

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR  
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE



UNIVERSITE DE BOUAKE



**Etude des Connaissances, Attitudes et Pratiques  
sur la tuberculose dans les 19 anciennes régions  
sanitaires de Côte d'Ivoire**

*Avril 2012*

**RAPPORT FINAL**

Financée par



Investissons dans notre avenir

**Le Fonds mondial**

De lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme

*Validé le : 09 août 2012*

*Finalisé et livré le : 18 août 2012*

## **EQUIPE DE RECHERCHE**

### **Chercheur principal**

Dr DOUDOU Dimi Théodore

### **Statisticien, adjoint du chercheur principal**

YEO Gningniminni Daouda

### **Sociologues**

Dr COULIBALY Brahim

BLA Claire Konan

KRA Gérard Landry

KOFFI Sosthène Konan

### **Médecin**

Dr ANGBO Odile Epse EFFI

### **Géographe**

DIOBO K. Sabine D.

### **ONT PARTICIPE A LA REDACTION DE CE RAPPORT**

Dr DOUDOU Dimi Théodore

YEO Gningniminni Daouda

Dr COULIBALY Brahim

BLA Claire Konan

KRA Gérard Landry

KOFFI Sosthène Konan

DIOBO K. Sabine D.

Dr ANGBO Odile Epse EFFI

Dr KOUAKOU Konan Jérôme

TRA Goin Lou Tina Virginie

### **RESPONSABLES DU CRD**

*Prof : N'DRI Kouadio, Directeur  
Dr NINDELAÏ Roland Patrice, Sous-Directeur*

**Pour citer ce document :** CRD, 2012 – Etude des Connaissances, Attitudes et Pratiques sur la tuberculose dans les 19 anciennes régions sanitaires de Côte d'Ivoire, avril 2012, Rapport final, Avec la collaboration de Caritas Côte d'Ivoire et du Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT).

## SOMMAIRE

<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>2</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	<b>3</b>
<b>LISTE DES FIGURES</b> .....	<b>3</b>
<b>LISTE DES ENCADRES</b> .....	<b>4</b>
<b>LISTE DES ANNEXES</b> .....	<b>4</b>
<b>SIGLES ET ACRONYMES</b> .....	<b>5</b>
<b>RESUME EXECUTIF</b> .....	<b>6</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>9</b>
<b>Chapitre I. Méthodologie</b> .....	<b>12</b>
I.1. Type d'étude .....	12
I.2. Populations cibles .....	12
I.3. Instruments de collecte des données .....	12
I.4. Echantillonnage.....	13
I. 5. Préparation de la collecte des données .....	15
I.6. Déroulement de la collecte des données .....	16
I. 7. Traitement et analyse des données.....	18
I.8. Considérations éthiques .....	18
I.9. Limites de l'étude.....	19
<b>Chapitre II : Caractéristiques sociodémographiques et socio-sanitaires des ménages et des enquêtés</b> .....	<b>20</b>
II.1. Caractéristiques sociodémographiques et socio-sanitaires des ménages.....	20
II.2. Caractéristiques sociodémographiques et socio-sanitaires des enquêtés.....	25
<b>Chapitre III : Connaissances relatives à la tuberculose</b> .....	<b>31</b>
III.1. Connaissance des modes de transmission, des facteurs favorisants et des symptômes de la tuberculose .....	31
III.2. Connaissance des moyens de prévention de la TB.....	36
III.3. Connaissance des recours possibles en cas de TB.....	39
III.4. Connaissance des personnes vulnérables à la TB.....	43
III. 5. Déterminants des connaissances.....	45
<b>Chapitre IV : Attitudes relatives à la tuberculose</b> .....	<b>50</b>
IV.1. Attitudes des individus enquêtés .....	50
IV.2 Déterminants des attitudes .....	54
<b>Chapitre V : Pratiques relatives à la Tuberculose</b> .....	<b>63</b>
V.1. Pratiques préventives.....	63
V.2. Pratiques curatives.....	65
V.3. Déterminants des pratiques.....	68
<b>Chapitre VI : Sources d'information sur la tuberculose</b> .....	<b>78</b>
VI.1. Niveau d'utilisation de la télévision et la radio par les populations enquêtées .....	78
VI.2. Exposition aux messages sur la tuberculose .....	79
<b>Discussion-Conclusion-Recommandations</b> .....	<b>87</b>
<b>Références bibliographiques</b> .....	<b>91</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>92</b>

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition de l'échantillon par région sanitaire .....	14
Tableau 2 : Répartition de l'échantillon de l'enquête qualitative.....	15
Tableau 3 : Nombre de ménages enquêtés par région.....	16
Tableau 4: Nombre d'individus enquêtés.....	17
Tableau 5 : Récapitulatif des entretiens réalisés.....	17
Tableau 6 : Répartition des ménages selon qu'ils ont déjà enregistré ou non un cas de tuberculose....	23
Tableau 7 : Répartition des ménages enquêtés selon qu'ils ont ou non en leur sein au moins un enfant ayant reçu le BCG .....	24
Tableau 8: Répartition des individus ayant eu la toux selon que celle-ci était passagère ou persistante .....	27
Tableau 9 : Personnes déclarant avoir déjà contracté la TB.....	28
Tableau 10 : Répartition des enquêtés selon leur connaissance des causes, des modes de transmission et des facteurs favorisants de la tuberculose.....	34
Tableau 11 : Répartition des enquêtés selon les signes par lesquels ils reconnaissent la tuberculose ..	37
Tableau 12 : Répartition des enquêtés selon leur capacité à identifier le siège du CAT/CDT dans leur localité.....	41
Tableau 13 : Répartition des enquêtés selon leur connaissance des recours possibles en cas de toux persistante.....	42
Tableau 14 : Répartition des enquêtés selon leur attitude face à l'idée de l'examen de crachat en cas de toux prolongée.....	51
Tableau 15 : Répartition des enquêtés selon l'existence ou non de rejet des tuberculeux dans la communauté .....	53
Tableau 16 : Répartition des enquêtés selon leur attitude face à l'éventualité de suivre un parent tuberculeux dans la prise quotidienne de ses médicaments.....	55
Tableau 17 : Répartition des enquêtés selon leur attitude face à l'éventualité de suivre un ami/collègue tuberculeux dans la prise quotidienne de ses médicaments.....	56
Tableau 18 : Répartition des enquêtés par sexe et degré d'attitude.....	58
Tableau 19 : Répartition des personnes affirmant faire quelque chose pour éviter la tuberculose selon la pratique préventive effectuée.....	64
Tableau 20 : Recours effectué par les enquêtés en cas de toux persistante .....	66
Tableau 21 : Répartition des enquêtés ayant eu une toux persistante par sexe et degré de pratiques curatives .....	71
Tableau 22 : Répartition des enquêtés déclarant avoir fait quelque chose pour prévenir la TB, selon la présence d'eau « sale » dans l'environnement du ménage et le degré de pratiques préventives.....	73
Tableau 23 : Répartition des enquêtés déclarant avoir eu une toux persistante, selon le nombre de personnes par pièce de l'habitation et le degré de pratiques curatives face à ce symptôme .....	74
Tableau 24 : Répartition des enquêtés déclarant avoir eu la TB, selon le nombre de personnes par pièce de l'habitation et le degré de pratiques curatives face à la maladie.....	75
Tableau 25 : Répartition des enquêtés selon qu'ils ont entendu parler ou non de la tuberculose .....	80
Tableau 26 : Répartition des populations enquêtées selon qu'elles ont été ou non exposées à des messages de lutte contre la tuberculose.....	83

## LISTE DES FIGURES

<b>Carte 1</b> : Personnes ayant une bonne connaissance de la tuberculose par région .....	<b>46</b>
<b>Carte 2</b> : Personnes de 18 ans et plus ayant une bonne attitude face à la tuberculose par région .....	<b>57</b>

<b>Carte 3</b> : Personnes de 18 ans et plus déclarant avoir eu une toux persistante et ayant une bonne pratique face à ce symptôme par région .....	<b>69</b>
<b>Carte 4</b> : Personnes de 18 ans et plus déclarant faire quelque chose pour éviter la tuberculose et ayant une bonne pratique préventive par région .....	<b>70</b>
<b>Carte 5</b> : Personnes de 18 ans et plus ayant contracté la tuberculose et adoptant de bonnes pratiques curatives face à cette maladie par région.....	<b>72</b>

## **LISTE DES ENCADRES**

<b>Encadré 1</b> : Regard sur les aspects qualitatifs des connaissances .....	<b>47</b>
<b>Encadré 2</b> : Regard sur les aspects qualitatifs des attitudes .....	<b>59</b>
<b>Encadré 3</b> : Regard sur les aspects qualitatifs des pratiques .....	<b>76</b>

## **LISTE DES ANNEXES**

<b>ANNEXE 1</b> : Outils de collecte.....	<b>I</b>
<b>ANNEXE 2</b> : Méthodologie de tirage des ménages .....	<b>XXI</b>
<b>ANNEXE 3</b> : Répartition des régions sanitaires en zones d'étude .....	<b>XXII</b>
<b>ANNEXE 4</b> : Méthodologie de construction des indicateurs composites du niveau socioéconomique des ménages et de l'appréciation des connaissances, des attitudes et des pratiques .....	<b>XXVI</b>
<b>ANNEXE 5</b> : Tableaux complémentaires.....	<b>XXXI</b>

## SIGLES ET ACRONYMES

<b>ASC</b>	: Agent de Santé Communautaire
<b>BCG</b>	: Bacille Calmette - Guérin
<b>BK</b>	: Bacille de Koch
<b>CAP</b>	: Connaissances, Attitudes et Pratiques
<b>CAT</b>	: Centre Antituberculeux
<b>CDT</b>	: Centre de Diagnostic et Traitement
<b>CIE</b>	: Compagnie Ivoirienne d'Electricité
<b>CNER</b>	: Comité National d'Ethique et de la Recherche
<b>CRD</b>	: Centre de Recherche pour le Développement
<b>CSpro 4.1.</b>	: Census Survey Processus version 4.1
<b>CT</b>	: Centre de Traitement
<b>DOTS</b>	: Directly Observed Treatment Short course
<b>IDR</b>	: Intra Dermo Reaction
<b>OMS</b>	: Organisation Mondiale de la santé
<b>ONG</b>	: Organisation Non Gouvernementale
<b>PEV</b>	: Programme Elargi de Vaccination
<b>PNS</b>	: Plan National Stratégique
<b>PNLT</b>	: Programme National de Lutte contre la Tuberculose
<b>RGPH98</b>	: Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 1998
<b>SPSS 18</b>	: Statistical Package for Social Sciences version 18.
<b>TB</b>	: Tuberculose
<b>TDR</b>	: Termes de Référence
<b>TPM+</b>	: Tuberculose Pulmonaire à Microscopie Positive
<b>VIH</b>	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

## RESUME EXECUTIF

La tuberculose demeure encore aujourd'hui, un problème majeur de santé publique et une importante cause de mortalité évitable dans la population adulte, aussi bien dans le monde qu'en Côte d'Ivoire. A l'instar de la plupart des pays touchés par la tuberculose, la Côte d'Ivoire est aussi engagée dans la mise en œuvre des stratégies DOTS et Halte à la tuberculose. Plusieurs actions sont initiées dans l'optique d'atteindre les résultats escomptés mais cette maladie continue de progresser. La présente étude confiée au Centre de Recherche pour le Développement (CRD), visait à explorer auprès d'un échantillon représentatif de personnes d'âge supérieur ou égal à 18 ans vivant en Côte d'Ivoire, leurs connaissances, leurs attitudes et leurs pratiques sur la tuberculose.

Les résultats suivants ont été obtenus suite à l'analyse des données de l'enquête CAP :

### ➤ **Connaissances**

- Pourcentage de personnes âgées de 18 ans et plus identifiant le BK comme cause de la TB : 0,2%
- Pourcentage de personnes âgées de 18 ans et plus identifiant la proximité avec une personne qui tousse comme mode de transmission de la TB : 55,7%
- pourcentage de personnes âgées de 18 ans et plus identifiant les baisers comme mode de transmission de la TB : 6,9%
- Pourcentage de personnes âgées de 18 ans et plus citant au plus deux bons modes de transmission de la TB : 0,6%
- Pourcentage de personnes âgées de 18 ans et plus citant trois ou quatre bons modes de transmission de la TB : 48,1%
- Pourcentage de personnes âgées de 18 ans et plus citant au moins cinq bons modes de transmission de la TB : 51,3%
- Pourcentage de personnes âgées de 18 ans et plus identifiant la poussière comme facteur favorisant de la TB : 7,6%
- Pourcentage de personnes âgées de 18 ans et plus identifiant le VIH comme facteur favorisant de la TB : 0,3%
- Pourcentage de personnes âgées de 18 ans et plus citant le crachat contenant du sang comme symptôme de la TB : 40,6%
- Pourcentage de personnes âgées de 18 ans et plus citant les douleurs dans la poitrine comme symptôme de la TB : 13,9%
- Pourcentage de personnes âgées de 18 ans et plus citant les sueurs nocturnes comme symptôme de la TB : 1,8%
- Pourcentage de personnes âgées de 18 ans et plus citant un seul bon symptôme de la TB : 39,2%
- Pourcentage de personnes âgées de 18 ans et plus citant deux bons symptômes de la TB : 38,5%
- Pourcentage de personnes âgées de 18 ans et plus citant au moins trois bons symptômes de la TB : 19,2%
- Pourcentage de personnes âgées de 18 ans et plus mentionnant le vaccin BCG comme moyen de prévention de la TB: 36,9%
- Pourcentage de personnes âgées de 18 ans et plus qui connaissent le BCG : 54,6%
- Pourcentage de personnes âgées de 18 ans et plus qui connaissent l'IDR : 7,5%
- Pourcentage de personnes âgées de 18 ans et plus parvenant à identifier le siège du CAT/CDT de leur localité : 24,2%
- Pourcentage de personnes âgées de 18 ans et plus citant le CAT/CDT comme lieu de recours possible en cas de toux persistante : 18,3%
- Pourcentage de personnes âgées de 18 ans et plus connaissant la durée normale du traitement de la TB (6 mois) : 62,7%.
- Pourcentage de personnes de 18 ans et plus ayant une bonne connaissance de la tuberculose : 29,6%
- Pourcentage des hommes de 18 ans plus ayant une bonne connaissance de la tuberculose : 32,7%
- Pourcentage des femmes de 18 ans plus ayant une bonne connaissance de la tuberculose : 26,9%

## ➤ Attitudes

- Pourcentage de personnes âgées de 18 ans et plus disposées à se soumettre à une analyse de crachat en cas de toux persistante : 96,5%
- Pourcentage de personnes âgées de 18 ans et plus ayant évoqué des cas de rejet de tuberculeux dans la communauté : 3,4%
- Pourcentage de personnes âgées de 18 ans et plus préférant conduire un parent à l'hôpital en cas de suspicion d'une tuberculose : 60,3%
- Pourcentage de personnes âgées de 18 ans et plus préférant conseiller à un parent d'aller à l'hôpital en cas de suspicion d'une tuberculose : 36,2%
- Pourcentage de personnes âgées de 18 ans et plus disposées à conduire un ami ou un collègue à l'hôpital en cas de suspicion d'une tuberculose : 19,8%
- Pourcentage de personnes âgées de 18 ans et plus préférant conseiller à un ami ou un collègue d'aller à l'hôpital en cas de suspicion d'une tuberculose : 75,9%
- Pourcentage de personnes âgées de 18 ans et plus disposées à suivre un parent tuberculeux au cours de son traitement : 94,9%
- Pourcentage de personnes âgées de 18 ans et plus disposées à suivre quelqu'un de leur entourage tuberculeux au cours de son traitement : 92%
- Pourcentage de personnes âgées de 18 ans et plus ayant de bonnes attitudes face à la TB: 2,8%
- Pourcentage d'hommes âgés de 18 ans et plus ayant de bonnes attitudes face à la TB : 2,5%
- Pourcentage de femmes âgées de 18 ans et plus ayant de bonnes attitudes face à la TB : 3,1%
- Pourcentage de personnes âgées de 18 ans et plus ayant des attitudes acceptables : 23,9%

## ➤ Pratiques

- Pourcentage de ménages avec enfants de moins de 6 ans ayant fait le BCG : 52,8%
- Pourcentage de ménages avec au moins une personne ayant eu la tuberculose : 1,6%
- Pourcentage de personnes de 18 ans et plus ayant eu une toux persistante au cours des six derniers mois avant l'enquête : 19,5%
- Pourcentage de personnes de 18 ans et plus ayant déjà contracté la tuberculose : 2,4%
- Pourcentage de personnes âgées de 18 ans et plus déclarant avoir fait quelque chose pour éviter la tuberculose : 27,5%
- Pourcentage de personnes âgées de 18 ans et plus affirmant avoir fait un vaccin pour éviter la TB : 30,2%
- Pourcentage de personnes âgées de 18 ans et plus évitant de boire dans le même verre qu'un tuberculeux pour éviter la TB : 27,8%
- Pourcentage de personnes âgées de 18 ans et plus évitant de manger dans la même assiette qu'un tuberculeux pour éviter la TB : 4,3%
- Pourcentage de personnes âgées de 18 ans et plus évitant d'entrer en contact avec un tuberculeux afin de ne pas attraper la tuberculose : 6,6%
- Pourcentage de personnes âgées de 18 ans et plus ayant eu recours au CAT parmi les individus ayant contracté la TB : 96,8%
- Pourcentage de personnes âgées de 18 ans et plus ayant pris régulièrement leurs médicaments parmi les individus qui se sont rendus au CAT pour traitement : 95,6%
- Pourcentage de personnes âgées de 18 ans et plus déclarant avoir contracté une toux persistante et ayant une bonne pratique face à ce symptôme : 49%
- Pourcentage d'hommes âgés de 18 ans et plus déclarant avoir contracté une toux persistante et ayant une bonne pratique face à ce symptôme : 48,4%
- Pourcentage de femmes âgées de 18 ans et plus déclarant avoir contracté une toux persistante et ayant une bonne pratique face à ce symptôme : 49,6%
- Pourcentage de personnes âgées de 18 ans et plus déclarant avoir fait quelque chose pour éviter la TB et ayant de bonnes pratiques préventives face à la tuberculose : 62,2%
- Pourcentage d'hommes âgés de 18 ans et plus déclarant avoir fait quelque chose pour éviter la TB et ayant de bonnes pratiques préventives face à la tuberculose : 60,7%
- Pourcentage de femmes âgées de 18 ans et plus déclarant avoir fait quelque chose pour éviter la TB et ayant de bonnes pratiques préventives face à la tuberculose : 64%
- Pourcentage de personnes âgées de 18 ans et plus déclarant avoir contracté la TB et ayant adopté de bonnes pratiques curatives face à cette maladie : 92,6%
- Pourcentage d'hommes âgés de 18 ans et plus déclarant avoir contracté la TB et ayant adopté de bonnes pratiques curatives face à cette maladie : 89,6%



- Pourcentage de femmes âgées de 18 ans et plus déclarant avoir contracté la TB et ayant adopté de bonnes pratiques curatives face à cette maladie : 95,7%.

➤ **Sources d'information sur la TB**

- Pourcentage de personnes âgées de 18 ans et plus ayant déjà entendu prononcer le mot tuberculose : 89,4%
- Pourcentage de personnes âgées de 18 ans et plus ayant entendu prononcer le mot tuberculose au centre de santé : 24,2%
- Pourcentage de personnes âgées de 18 ans et plus ayant été exposées à des messages sur la tuberculose : 41,1%
- Pourcentage d'hommes âgés de 18 ans et plus ayant été exposés aux messages sur la TB : 49%
- Pourcentage d'hommes âgés de 18 ans et plus ayant été exposés aux messages sur la TB : 34,2%
- Pourcentage de personnes âgées de 18 ans et plus ayant été exposées aux messages sur la TB par la télévision : 66,9%
- Pourcentage de personnes âgées de 18 ans et plus ayant été exposées aux messages sur la TB par la radio : 36,8%
- Pourcentage de personnes âgées de 18 ans et plus ayant été exposées aux messages sur la TB par les affiches : 16,9%
- Pourcentage de personnes âgées de 18 ans et plus ayant été exposées aux messages sur la TB par les panneaux : 4,6%
- Pourcentage de personnes âgées de 18 ans et plus ayant été exposées aux messages sur la TB par les dépliants : 6,1%
- Pourcentage de personnes âgées de 18 ans et plus se souvenant du contenu des messages auxquels ils ont été exposés : 49,7%

Face aux faiblesses constatées dans les connaissances, les attitudes et les pratiques des populations en matière de TB, l'étude a proposé les six objectifs ci-après, pour un plan d'action au bénéfice de Caritas Côte d'Ivoire et du PNLT.

➤ **Objectifs proposés pour le plan d'action**

**Objectif 1 :** D'ici à 2015, améliorer le niveau de connaissance sur la TB d'un taux de 29,6% à 80% chez les populations et à 100% chez les personnes atteintes.

**Objectif 2 :** D'ici à 2015, améliorer les attitudes des populations face à la tuberculose en faisant passer les attitudes positives du taux de 2,8% à 50%.

**Objectif 3 :** Améliorer la couverture vaccinale du BCG en passant de 74% en 2012 à 100% en 2015

**Objectif 4 :** D'ici à 2015, améliorer le taux de recours de la population générale aux CAT/CDT pour le dépistage de la TB en cas de toux persistante de 1,4% à 50% ;

**Objectif 5 :** D'ici à 2015, accroître la culture préventive face à la tuberculose chez les populations en faisant passer le pourcentage d'individus qui adoptent un comportement préventif contre la TB de 27,5% à 60% ;

**Objectif 6 :** D'ici à 2015, couvrir 80 % de la population générale en messages éducatifs sur la tuberculose.

## INTRODUCTION

- **Contexte et justification**

La tuberculose demeure encore aujourd'hui, à l'échelle mondiale un problème majeur de santé publique et une importante cause de mortalité évitable dans la population adulte. Selon le rapport 2011 de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), en 2010, on a dénombré 5,7 millions de nouveaux cas de tuberculose et de récurrences, équivalant à 65 % du nombre estimé de cas incidents. Le nombre de décès dus à la tuberculose est estimé à 1,1 millions, dont 0,35 millions de décès chez les VIH positifs. Les actions de lutte ont permis de réduire la progression de la tuberculose, mais à un rythme qui reste encore faible. L'incidence mondiale est passée de 142 cas pour 100 000 habitants en 2004 à 137 cas en 2009 (OMS, 2010). Excepté la région africaine, le monde ainsi que toutes les régions de l'OMS sont en voie de réduire de moitié les taux de mortalité d'ici 2015.

Par ailleurs, on observe une inégale répartition des cas de tuberculose dans le monde : Région Africaine 35%, Asie du Sud Est 30%, Pacifique Occidental 20% (OMS, 2010). En 2010, la proportion de personnes atteintes de tuberculose et qui sont porteuses de VIH est estimée à 59% en Afrique alors que ce taux est de 34% à l'échelle mondiale.

Dans le cadre de la lutte contre cette pathologie, la stratégie DOTS (1993-2005) et la stratégie Halte à la Tuberculose (2006-2015), recommandées par l'OMS ont été adoptées par la majorité des pays.

La stratégie DOTS visait la détection d'au moins 70% des cas de tuberculose contagieuse et le succès des traitements dans 85% des cas. Elle comporte cinq éléments considérés comme essentiels : i) volonté politique accompagnée d'une augmentation et d'une pérennisation des financements, ii) dépistage des cas par des examens bactériologiques de qualité assurée, iii) traitement normalisé avec surveillance et soutien des patients, iv) système efficace d'approvisionnement en médicaments et de gestion pharmaceutique, v) système de suivi et d'évaluation et mesure des effets.

La stratégie « Halte à la tuberculose » quant à elle, s'appuie sur les succès de la stratégie DOTS tout en reconnaissant les difficultés essentielles que posent la co-infection tuberculose-VIH et la tuberculose multirésistante. Elle apporte également des réponses aux problèmes d'accès, d'équité et de qualité. En outre, cette stratégie adopte des innovations qui reposent sur des données factuelles en s'efforçant de faire participer les dispensateurs de soins privés, de donner les moyens d'agir aux personnes et aux communautés touchées et d'aider à renforcer les systèmes de santé et à promouvoir la recherche.

A l'instar de la plupart des pays touchés par la tuberculose, la Côte d'Ivoire est aussi engagée dans la mise en œuvre de ces deux stratégies. Plusieurs actions sont initiées dans l'optique d'atteindre les résultats escomptés, notamment la décentralisation du dépistage et du traitement de la tuberculose au niveau des centres de santé en plus des CAT, l'extension de la couverture de la stratégie DOTS, le renforcement des capacités des acteurs, l'approvisionnement régulier des Centres de Diagnostic et de Traitement (CDT) en médicaments et intrants et l'implication des organisations non gouvernementales (ONG) dans la prise en charge communautaire des malades de la tuberculose.

De façon concrète, l'Etat ivoirien a mis en place des structures de prise en charge et formé du personnel compétent à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. On dénombrait en 2010, 140 Centre de Diagnostic et Traitement (CDT) fonctionnels dont 16 Centre Antituberculeux (CAT) ; 1 642 personnels de santé ont été formés pour l'identification des cas suspects et le suivi des patients mis en traitement. Cet engagement de l'Etat se traduit également par une disponibilité régulière et gratuite des médicaments antituberculeux essentiels.

Malgré les efforts consentis par la Côte d'Ivoire en matière de prise en charge de la tuberculose, cette maladie continue de progresser. Au cours des cinq dernières années, le nombre de malades s'est accru, passant de 21 204 malades en l'an 2006 à 23 210 malades au cours de l'année 2010, dont 14 131 cas de tuberculose pulmonaire à frottis positif (la forme contagieuse de la maladie). A cela s'ajoute l'impact négatif de l'infection à VIH. On enregistre 36 à 41 % des cas de tuberculose attribuables au VIH. L'incidence des cas déclarés toutes formes confondues pour l'année 2010 est de 106 cas pour 100 000 habitants et le nombre de cas de tuberculose enregistrés en 2011 est de 22 911 (PNLT, 2011).

La Côte d'Ivoire a obtenu du Fonds Mondial des subventions au titre du Round 9 Consolidé, pour la composante Tuberculose avec deux bénéficiaires principaux : le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) pour le volet public et CARITAS Côte d'Ivoire pour le volet communautaire. Pour une meilleure orientation des stratégies de mise en œuvre des activités communautaires, CARITAS Côte d'Ivoire et ses partenaires organisent une étude sur les Connaissances, les Attitudes et les Pratiques (CAP) des populations sur la tuberculose. Les résultats de cette étude permettront de renforcer la planification et les stratégies de prévention, de prise en charge et de soutien aux populations face à la pandémie de la tuberculose en Côte d'Ivoire.

- **Objectifs de l'étude**

- ✓ **Objectif général**

L'objectif général de cette étude était d'explorer, auprès d'un échantillon représentatif des personnes d'âge supérieur ou égal à 18 ans vivant en Côte d'Ivoire, leurs connaissances, leurs attitudes et leurs pratiques sur la tuberculose.

- ✓ **Objectifs spécifiques**

Cinq objectifs ont été définis pour cette enquête CAP. Ce sont :

- Décrire les connaissances, les attitudes et les pratiques des personnes vivant en Côte d'Ivoire sur la tuberculose ;
- Décrire les comportements individuels et collectifs des personnes vivant en Côte d'Ivoire face à la tuberculose ;
- Identifier les principales sources d'information sur la tuberculose ;
- Définir les objectifs du plan d'action de la lutte contre la tuberculose au niveau communautaire ;
- Proposer des choix stratégiques pour les interventions de la lutte.

- **Annonce du plan de rédaction**

Ce rapport comporte six chapitres : i) le premier aborde les aspects méthodologiques de l'enquête, ii) le second procède à une description des caractéristiques sociodémographiques et socio-sanitaires des ménages et des enquêtés, iii) le troisième aborde les connaissances relatives à la tuberculose, iv) le quatrième s'intéresse aux attitudes relatives à la tuberculose, v) le cinquième aux pratiques relatives à la tuberculose, enfin vi) le sixième examine les sources d'information sur la tuberculose.

## Chapitre I. Méthodologie

### I.1. Type d'étude

Il s'agit d'une enquête ménage quantitative de type transversal, avec un volet qualitatif pouvant aider à produire des analyses approfondies.

### I.2. Populations cibles

Les populations cibles de l'étude sont les suivantes :

- Les *chefs de ménage* ou leur représentant pour obtenir des informations générales sur le ménage ;
- Les *individus âgés de 18 ans et plus* comme indiqué dans les TDR, pour recueillir les informations relatives à leurs connaissances, à leurs attitudes et à leurs pratiques relatives à la tuberculose ; ainsi qu'aux comportements collectifs et individuels face à cette affection et les sources d'information sur la maladie ;
- Les *malades et les anciens malades* de la tuberculose reçus dans les CDT, pour avoir une idée des informations sur la tuberculose qu'ils détiennent suite à la fréquentation du CDT, les circonstances de leur accès au traitement proposé par cette structure et leurs itinéraires thérapeutiques, les sources d'information sur la maladie, ainsi que leurs attitudes et leurs pratiques face à la maladie et aux soins proposés ;
- Les *leaders communautaires et religieux* en vue d'obtenir leur opinion sur les comportements collectifs et les pratiques des membres de leurs communautés face à la tuberculose ; sans omettre leurs propres connaissances, attitudes et pratiques face à la maladie ;
- les *professionnels de la santé*<sup>1</sup> pour les données relatives au dépistage et à la prise en charge de la tuberculose, le comportement des agents de santé vis-à-vis des malades et de la maladie, et leur opinion sur les comportements individuels et les pratiques des communautés de leur localité face à la tuberculose.

### I.3. Instruments de collecte des données

Comme outils de collecte ont été utilisés des questionnaires et des guides d'entretien individuels et collectifs (annexe 1).

L'enquête ménage s'est appuyée sur deux types de questionnaires :

- i) *Un questionnaire ménage*<sup>2</sup>, renseigné par le chef de ménage ou son représentant. Cet outil a permis de lister tous les membres du ménage et de disposer d'un ensemble d'informations sur le type d'habitat des ménages, leurs caractéristiques socio-économiques, environnementales et socio-démographiques ;

---

<sup>1</sup> Les professionnels de la santé, entendu ici dans le sens le plus large : médecins, infirmiers, aides soignants qui ont généralement à charge cette affection au sein des structures spécialisées ou intégrées liées à la tuberculose.

<sup>2</sup> Voir le protocole de recherche pour le détail sur les outils de collecte

- ii) **Un questionnaire adulte de 18 ans et plus**, qui visait toutes les personnes âgées de 18 ans et plus (y compris le chef de ménage) vivant de façon permanente dans les ménages enquêtés et présentes au moment de l'enquête. Le questionnaire comporte (i) un volet connaissance de la tuberculose, (ii) un volet attitudes vis-à-vis de la tuberculose, (iii) un volet pratiques préventives et curatives permettant de rendre compte des expériences personnelles ou de pairs, (iv) un volet sources d'informations sur la tuberculose, (v) un volet comportements aggravant ou minimisant le risque de tuberculose, (vi) et enfin un volet déterminants des comportements à l'égard de la tuberculose.

La collecte des données qualitatives s'est faite à l'aide de trois guides d'entretien :

- i) un **guide focus group** adressé aux malades et anciens malades de la tuberculose. Cet outil a couvert les aspects relatifs aux informations sur la maladie détenues suite à la fréquentation du CAT/CDT, aux itinéraires thérapeutiques, à l'efficacité des traitements, aux comportements collectifs aggravant ou minimisant le risque de tuberculose (discrimination, rechute, contamination des autres, etc.) ;
- ii) un **guide d'entretien individuel** visant les leaders communautaires et religieux pour recueillir des informations relatives aux perceptions et aux croyances liées à l'origine, aux causes et aux manifestations de la tuberculose, aux comportements collectifs et individuels face à la tuberculose et à l'impact de la maladie sur la communauté ;
- iii) un **guide d'entretien individuel** visant les professionnels de la santé en vue de collecter les données sur le dépistage et le traitement de la tuberculose, le comportement des agents de santé vis-à-vis des malades et de la maladie, savoir leurs opinions sur les comportements collectifs et les pratiques des communautés de leur localité face à la tuberculose, ainsi que les rapports des patients aux médicaments.

## **I.4. Echantillonnage**

### **I.4.1. Echantillonnage de l'enquête quantitative**

#### **I.4.1.1. Type de sondage**

L'échantillonnage a été réalisé sur la base d'un sondage à deux degrés. Au premier degré, les grappes ont été tirées et au second les ménages ont été tirés dans les grappes sélectionnées. Cette méthode de sondage aléatoire a été utilisée sur une base de sondage qui a préalablement subi une stratification géographique suivant le découpage de la Côte d'Ivoire en 19 régions sanitaires. Chaque région sanitaire a été considérée comme une strate. Cependant, les régions des Lagunes 1 et 2 ont été subdivisées en trois strates (Lagune 1, Lagune 2, Abidjan communes) compte tenu de la particularité de la ville d'Abidjan avec sa forte concentration de population.

#### **I.4.1.2. Base de sondage**

Le tirage aléatoire des ménages par grappe s'est fait à partir de la base de sondage constituée par une liste exhaustive de tous les ménages dressés dans les différents districts sanitaires.

### I.4.1.3. Calcul de la taille de l'échantillon

Dans la réalisation d'une enquête par sondage, l'on est souvent confronté à deux types de contraintes liées à la détermination de la taille de l'échantillon et sa représentativité. Le premier est la méthode de sa détermination par la contrainte budgétaire et la seconde est celle par la contrainte de précision. Dans le premier cas, on fixe le coût unitaire d'une personne enquêtée. On divise ensuite le montant du budget qui est souvent limité par ce coût unitaire de la personne ou du ménage enquêté. Dans notre cas, il s'agit du ménage. La taille est donc déterminée selon la formule suivante :

$$N = \frac{\text{Coût total de l'enquête}}{\text{Coût unitaire du ménage enquêté.}}$$

La représentativité est ici assurée par une répartition des ménages à enquêter, calculée proportionnellement à la taille de la population de chaque région sanitaire. Ainsi une taille de 3130 ménages à enquêter a été déterminée. Cette taille de 3130 ménages tient compte d'une majoration de 10% consacrée à d'éventuels non répondants. On a donc une taille de 3126 ménages préalablement déterminés avant l'ajustement aux 10% pour tenir compte des éventuels non répondants. En considérant le RGPH-98, la taille moyenne du ménage est d'environ 5,81 soit de 6 individus par ménage avec environ 3 individus de 18 ans et plus. Vu que nous avons en définitive 3130 ménages, l'étude devait porter sur un intervalle d'enquêtés allant de 1x3130 à 3x3130. Soit un minimum de 3130 et un maximum de 9390 individus.

### I.4.1.4. Répartition de l'échantillon par région sanitaire

L'échantillon calculé a été reparti proportionnellement à la taille de la population de chaque région sanitaire (tableau 1).

**Tableau 1** : Répartition de l'échantillon par région sanitaire

N°	Régions sanitaires	Nombre de districts	Nombre de grappe par région ajusté	Nombre de ménage ajusté
1	Agneby	3	11	110
2	Worodougou	2	7	70
3	Lacs	4	10	100
4	Vallée du Bandama	7	22	220
5	Sud Comoé	3	9	90
6	Moyen Comoé	2	8	80
7	Zanzan	5	14	140
8	Montagnes	6	19	190
9	Denguélé Bafing	4	7	70
10	Savanes	4	19	190
11	Marahoué	4	12	120
12	Haut Sassandra	3	22	220
13	Bas Sassandra	4	29	290
14	Sud Bandama	2	14	140
15	Moyen Cavally	4	10	100
16	Fromager	2	11	110
17	Lagune 1	5	10	100
18	Lagune 2	2	5	50
19	N'ZI Comoé	6	13	130
20	Abidjan	11	61	610
	Total	83	313	3130

#### I.4.1.5. Méthodologie de tirage des ménages

Il a été procédé à un tirage aléatoire des grappes sur la base des données de la population des régions sanitaires, pour s'assurer que la sélection des ménages est équitablement répartie sur l'ensemble de chaque région. Une grappe regroupait 200 ménages. Pour la sélection des ménages, dans chaque grappe tirée, le superviseur de chaque équipe a tiré 10 ménages de manière aléatoire. Puis, il a choisi un point de repère à partir duquel l'équipe de collecte a procédé au dénombrement des ménages dans le sens des aiguilles d'une montre. L'équipe de collecte disposait d'une carte de dénombrement des ménages (annexe 2).

#### I.4.2 Echantillonnage de l'enquête qualitative

L'échantillon du volet qualitatif est réparti comme suit (tableau 2) :

**Tableau 2** : Répartition de l'échantillon de l'enquête qualitative

Population cible	Techniques collecte des données	
	Entretiens individuels	Focus groups
- Leaders communautaires et religieux	- 02 leaders par région sanitaire	01 Focus group mixte par région sanitaire
- Professionnel de la santé	- 01 responsable CAT par région sanitaire - 01 responsable CDT par région sanitaire	
- Malades et anciens malades de la tuberculose		
<i>Total</i>	04 entretiens par région sanitaire soit 76 entretiens pour les 19 régions sanitaires	01 focus group <sup>3</sup> par région sanitaire soit 19 focus pour les 19 régions sanitaires

### I. 5. Préparation de la collecte des données

#### 1.5.1. Formation des enquêteurs et prétest

La formation s'est déroulée du 08 au 09 mars 2012. Elle a comporté une phase théorique (formation en salle) qui s'est déroulée le 08 mars dans une salle de conférence de la résidence M'maya sise à Cocody Riviera et une phase pratique (pré-test des outils de collecte). Le pré-test s'est déroulé le 09 mars 2012 dans le quartier "Odosse" de la ville de Grand-Bassam, à environ 30 km d'Abidjan.

Au cours de cette formation, des réponses ont été apportées aux difficultés relevées par les enquêteurs. A l'issue la formation, les outils de collecte ont été enrichis à la lumière des suggestions des enquêteurs et finalisés.

<sup>3</sup> Les focus groups comprenaient au moins six (6) personnes et au maximum douze (12) selon les normes méthodologiques. Ils étaient mixtes.



## I.5.2. Répartition des régions sanitaires en zones d'étude

Pour un meilleur déroulement de la collecte des données, les régions sanitaires ont été organisées en 6 zones d'étude (annexe 3).

## I.5.3. Structuration des équipes de collecte

Chaque zone d'étude était coordonnée par un chef d'équipe ou coordonnateur de zone, généralement un sociologue. Ce dernier était chargé de conduire les focus groups et les entretiens individuels, et de veiller au bon fonctionnement du recueil des informations dans sa zone. Le coordonnateur de zone avait comme collaborateurs 1 superviseur des enquêtes quantitatives et 4 enquêteurs chargés de la collecte des données dans les ménages, soit une équipe globale de 36 membres, dont 6 coordonnateurs, 6 superviseurs des enquêtes quantitatives et 24 enquêteurs.

## I.5.4. Structuration des équipes de collecte

Pour l'accès des différentes équipes aux sites d'étude retenus, des ordres de mission ont été fournis par le CRD. En outre, des courriers en provenance du ministère de la santé ont été envoyés par Fax par le PNLT à toutes les directions régionales et départementales de santé et aux CAT/CDT des localités concernées par l'étude.

## I.6. Déroulement de la collecte des données

La collecte des données s'est effectuée du 26 avril au 05 mai 2012 dans toutes les zones. Les échantillons réalisés (quantitatif et qualitatif) sont exposés dans les tableaux ci-après (tableaux 3, 4 et 5).

**Tableau 3 : Nombre de ménages enquêtés par région<sup>4</sup>**

REGIONS	Fréquence	Pourcentage
ABIDJAN	604	19,4
SUD COMOE	91	2,9
LAGUNE 1	99	3,2
LAGUNE 2	50	1,6
SUD BANDAMA	139	4,5
FROMAGER	108	3,5
WORODOUGOU	70	2,2
MONTAGNES	188	6,0
DENGUELE BAFING	71	2,3
MOYEN CAVALLY	102	3,3
VALLEE DU BANDAMA	221	7,1
SAVANES	191	6,1
LACS	101	3,2
MARAHOUÉ	121	3,9
HAUT SASSANDRA	214	6,9
BAS SASSANDRA	289	9,3
ZANZAN	139	4,5
N'ZI COMOE	133	4,3
MOYEN COMOE	79	2,5
AGNEBY	111	3,6
Total	3121	100,0

<sup>4</sup> On note un écart de 9 ménages entre la taille attendue et l'échantillon effectivement réalisé. Cette différence due à la découverte (et à la suppression), lors du traitement des données, de quelques fiches mal renseignées, n'a aucune influence sur la représentativité de l'échantillon. En effet, on enregistre un taux de réalisation de 99,7%.

**Tableau 4:** Nombre d'individus enquêtés

REGION	Fréquence	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
ABIDJAN	797	19,9	19,9
SUD COMOE	97	2,4	22,4
LAGUNE 1	170	4,3	26,6
LAGUNE 2	77	1,9	28,5
SUD BANDAMA	195	4,9	33,4
FROMAGER	131	3,3	36,7
WORODOUGOU	79	2,0	38,7
MONTAGNES	244	6,1	44,8
DENGUELE BAFING	81	2,0	46,8
MOYEN CAVALLY	154	3,9	50,6
VALLEE DU BANDAMA	317	7,9	58,6
SAVANES	217	5,4	64,0
LACS	165	4,1	68,1
MARAHOUÉ	129	3,2	71,3
HAUT SASSANDRA	216	5,4	76,7
BAS SASSANDRA	347	8,7	85,4
ZANZAN	161	4,0	89,4
N'ZI COMOE	174	4,4	93,8
MOYEN COMOE	94	2,4	96,1
AGNEBY	155	3,9	100,0
Total	4000	100,0	

**Tableau 5 :** Récapitulatif des entretiens réalisés

REGIONS	Cibles	Focus Group	Entretiens individuels		Total
		Malades/Anciens Malades	Professionnels santé	Leaders communautaires	
ABIDJAN-COMMUNE		02	02	08	16
LAGUNE 1		-	-	-	-
LAGUNE 2		-	-	-	-
SUD BANDAMA		01	01	01	04
FROMAGER		01	01	01	03
SUD COMOE		01	01	01	03
MOYEN CAVALLY		01	01	02	05
LES MONTAGNES		01	01	02	05
DENGUELE		-	01	02	04
WORODOUGOU		01	01	02	05
LACS		01	01	02	05
VALLEE DU BANDAMA		01	01	02	05
SAVANES		01	01	02	05
BAS SASSANDRA		01	01	02	05
HAUT SASSANDRA		01	01	02	05
MARAHOUÉ		01	01	02	05
AGNEBY		01	01	02	05
N'ZI COMOE		01	01	02	05
MOYEN COMOE		01	01	02	05
ZANZAN		01	01	02	05
Total		18	19	39	95

## **I. 7. Traitement et analyse des données**

### **I.7.1. Données quantitatives**

De retour du terrain, la phase de codification a été suivie de la saisie sous **CSpro 4.1**. Une fois la saisie terminée, les données ont été exportées vers le logiciel **SPSS 18** sous lequel l'apurement des données s'est effectué.

L'apurement des données a permis le traitement des données manquantes (traitement des sans objet et des non réponses, recherche des doublons, contrôle de vraisemblance).

Une fois l'apurement des données achevé, les tableaux ont été sortis en suivant un plan d'analyse élaboré à cet effet. Une analyse descriptive a été ensuite effectuée sous SPSS et a consisté en des tris à plats de certaines variables en plus des croisements de variables prévus. Des tests de Khi 2 ont été réalisés au seuil d'erreur de 5% pour attester de la significativité de la différence entre les proportions.

Des indicateurs composites de connaissance (bonne connaissance/connaissance moyenne/faible connaissance), d'attitude (bonne attitude/attitude acceptable/mauvaise attitude) et de pratique (bonnes pratiques/mauvaises pratiques) ont été également conçus. Ces indicateurs ont été croisés avec des variables individuelles et collectives, en vue de l'identification des facteurs associés à la connaissance et au comportement des groupes cibles (voir annexe 4).

### **I.7.2 Données qualitatives**

Les données qualitatives enregistrées à l'aide de dictaphones, ont été retranscrits intégralement sous forme informatique (fichiers Word). Puis, les documents ont été lus attentivement pour se familiariser avec le contenu, et en produire une synthèse en fonction des différents thèmes exprimés.

## **I.8. Considérations éthiques<sup>5</sup>**

Les exigences éthiques de la présente étude étaient les suivantes : l'autorisation du Comité National d'Éthique et de la Recherche (CNER), l'information des enquêtés, la participation volontaire des enquêtés et la confidentialité de leurs réponses, les précautions prises lors de la conduite des focus groups avec les malades et anciens malades, ainsi que les avantages et bénéfiques des populations.

- **Autorisation du CNER**

Une rencontre entre le CRD et le CNER a eu lieu le 11 avril 2012 en vue de l'examen du protocole de recherche par cette institution nationale, avant le démarrage de l'enquête.

---

<sup>5</sup> En 2007, au huitième sommet de l'Union Africaine, les chefs d'Etat et de gouvernement se sont engagés à veiller à une application stricte en Afrique de l'éthique dans les sciences afin de préserver l'environnement et les ressources naturelles du continent d'une part et d'autre part, de préserver toutes pratiques nuisibles aux populations africaines.

- **Information des enquêtés**

Pendant la collecte des données, un formulaire d'information a été lu aux différents enquêtés. Ce formulaire présente la durée de l'enquête, les objectifs de l'étude, les résultats attendus, la structure en charge de l'étude et les partenaires impliqués. En outre, ce texte met un accent sur la confidentialité de l'étude. Il mentionne que ni le nom, ni l'adresse des enquêtés ne sont mentionnés au moment de la rédaction du rapport et que personne (sauf les chercheurs responsables) n'a accès aux réponses.

- **Consentement des enquêtés**

Une fois dans le ménage, l'enquête ne débutait qu'après l'autorisation effective du chef de ménage. Un texte de consentement éclairé a été soumis à l'appréciation de chaque enquêté. Ce texte les a informés de l'objet de l'étude. Il a précisé que leur participation est volontaire et qu'ils sont en droit d'accepter de répondre à tout ou partie des questions.

- **Précautions prises pour la réalisation des focus groups**

Les enquêteurs dans les ménages n'étaient pas en contact direct avec les malades, car l'enquête ménages a porté sur la population générale. En ce qui concerne les focus groups avec les malades et anciens malades, ils ont été réalisés uniquement par les chefs d'équipe de collecte des données, dont la plupart ont déjà conduit des enquêtes en milieu de CAT. Seuls les malades ayant au moins deux mois de suivi du traitement au CAT/CDT ont été retenus pour les discussions de groupe afin d'éviter tout risque de contamination. En outre, lors des échanges, le chercheur était à l'extérieur du demi-cercle formé par les malades sous la forme d'un « U ». L'installation des malades était effectuée par les agents de santé.

- **Avantages et bénéfices**

Dans cette étude, les bénéfices pour les populations étaient de deux ordres. D'abord, tous les participants aux entretiens de groupes ont bénéficié d'une collation offerte par l'équipe de recherche. Puis, au niveau de l'enquête ménages une sensibilisation de 5 à 10 minutes des enquêtés s'est effectuée après l'administration de chaque questionnaire, en vue de corriger les connaissances, les attitudes et les pratiques erronées.

## **I.9. Limites de l'étude**

L'objectif, en utilisant une approche qualitative, consiste à obtenir le maximum d'informations des plus générales aux particulières afin de recueillir toutes les données sur une question précise. La démarche idéale dans ce cas, c'est de pousser la demande d'information autant de fois que possible, aboutir à une forme de redondance de l'information encore appelée saturation. Dans le cadre de cette étude, le volet qualitatif n'a pas suivi cette démarche de redondance pour des raisons de contrainte de temps. Quant aux aspects quantitatifs de la présente étude, une des limites est liée au fait que les réponses relatives aux questions sur les connaissances n'étaient pas suggérées au répondant. En effet, certains enquêtés, au moment où ils sont interrogés, peuvent ne pas se souvenir de choses qu'ils savent.

## Chapitre II : Caractéristiques sociodémographiques et socio-sanitaires des ménages et des enquêtés

### II.1. Caractéristiques sociodémographiques et socio-sanitaires des ménages

#### II.1.1. Caractéristiques sociodémographiques des ménages

##### II.1.1.1. Milieu de résidence

On note, que 74,8% des ménages enquêtés résident en ville contre 25,2% pour le milieu rural<sup>6</sup>. 13 régions enregistrent un pourcentage de ménages vivant en milieu urbain, supérieur ou égal à 60% (Vallée du Bandama : 100% ; Abidjan : 98,3%, Moyen Comoé : 88,6%, Denguélé Bafing : 85,9%, Savanes : 81,2%, Haut Sassandra 77,1% ; Montagnes : 73,4%, Fromager : 73,1%, Lacs : 71,3%, Moyen Cavally : 70,6%, Bas Sassandra : 70,2%, Lagune 1 : 69, 7%, N'zi Comoé : 63,2%). Deux régions se situent entre 50 et 59% (Worodougou : 57,1%, Zanzan : 59,7%). Enfin, trois régions se distinguent par leur effectif de ménages résidant en milieu rural plus élevé que celui des ménages issus du milieu urbain (Agnéby : 63,1% de ménages en milieu rural, Lagune 2 : 62%, Sud Comoé : 63,1%).

##### II.1.1.2. Taille moyenne des ménages

La taille moyenne des ménages se situe de façon générale dans l'intervalle de trois à quatre personnes (38,2%) ou celui de cinq à six individus (29,8%). 19,8% des ménages abritent plus de six personnes et 12,2%, une à deux personnes. Cette logique générale est respectée quel que soit le milieu de résidence. Toutefois, les ménages du milieu urbain enregistrent un pourcentage plus élevé en ce qui concerne les moyennes de 3 à 4 et 1 à 2 individus par ménage (respectivement 39,7% contre 33,9%, et 12,6% contre 10,9%). Pour les moyennes de 5 à 6 personnes et plus de 6, c'est l'inverse ; celles-ci dominent en milieu rural (respectivement 30,2% contre 29,9%, et 25% contre 18,1%). Dans quatorze régions (Abidjan, Sud Comoé, Lagune 1, Sud Bandama, Fromager, Denguélé Bafing, Worodougou, Moyen Cavally, Vallée du Bandama, Savanes, Zanzan, N'zi Comoé, Moyen Comoé, Agnéby), la tendance générale donnant une ascendance aux intervalles 3 à 4 personnes et 5 à 6 personnes est respectée. Dans les autres, on observe une situation inverse. En effet, dans la région Lagune 2, 44% des ménages ont au moins 6 personnes en leur sein. C'est de même dans la région des Lacs (44,6%). A l'inverse, dans les régions du Haut Sassandra (62,6%), Marahoué (55,4%) et celle des Montagnes (41,5%), la tranche de 3 à 4 personnes domine sur toutes les autres.

##### II.1.1.3. Nombre de personnes par pièce

Dans la plupart des ménages enquêtés (83,4%), le nombre de personnes par pièce est inférieur ou égal à trois. 16,6% des ménages mettent en moyenne plus de 3 personnes par pièce. Cette tendance générale est respectée quel que soit le milieu de résidence. Mais, on note une légère ascendance du milieu rural sur le milieu urbain en ce qui concerne les ménages dont le

---

<sup>6</sup> Cette dominance du milieu urbain, se justifie par le fait que les sites péri-urbains ont été considérés par les enquêteurs comme relevant de la ville.

nombre de personnes par pièce est inférieur ou égal à 3 (84,2% contre 83,1%). La tendance générale s'observe également dans toutes les régions sans exception. Toutefois, quelques régions se distinguent par un pourcentage de ménages avec plus de 3 personnes par pièce supérieur à 20% (Lacs : 35,6%, Abidjan : 24,2%, Zanzan : 22,3%, Savanes : 20,9%, Agnéby : 20,7%, Vallée du Bandama : 20,4%).

#### **II.1.1.4. L'habitat**

La plupart (82,4%) des habitations des ménages enquêtés ont des murs construits à l'aide de matériau dur (ciment), 7,9% sont en banco, 7,3% en géo béton, 2% ont leurs murs faits de planches et 0,3% sont construits à l'aide de divers matériaux. Le matériau dur (ciment) domine dans toutes les régions avec partout des pourcentages supérieurs à 60% excepté dans les régions du Bas Sassandra (58,8%) et du Moyen Cavally (58,8%).

La principale source d'éclairage des ménages enquêtés est l'électricité distribuée par l'Etat à travers la CIE (90,9%), 5% utilisent la lampe tempête, 0,7% la bougie et 0,7% la torche. L'électricité fournie par la CIE domine dans toutes les régions avec un pourcentage partout supérieur à 70%. Le plus faible taux de ménages utilisant l'électricité publique est enregistré par la région du Bas Sassandra (68,2%).

L'aération des habitations est généralement rendue possible grâce à des volets (79%). 11, 5% des ménages ont des habitations dotées de persiennes, 4,5% utilisent des claustras, et 5% font usage d'autres type d'aération. Les volets dominant dans toutes les régions avec un pourcentage minimum de plus de 60%. Toutefois, dans deux régions (Vallée du Bandama : 34,4%, Savanes : 22%) les pourcentages relatifs aux persiennes sont supérieurs à 20%.

#### **II.1.1.5. Le niveau de vie<sup>7</sup>**

Les ménages enquêtés se rangent pour la plupart (53%) dans la catégorie « faible niveau de vie ». 45,1% répondent aux caractéristiques de ménages à niveau de vie moyen et seulement 1,9% se rangent dans la catégorie « bon niveau de vie ». Cette tendance générale est respectée quel que soit le milieu de vie. Toutefois, les ruraux dominant dans les catégories « faible niveau de vie » (59,4% contre 50,8%) et « niveau de vie élevé » (3,8% contre 1,3%), alors que dans la catégorie « niveau de vie moyen », c'est l'inverse (47,9% pour les ménages de citadins contre 36,8% chez les ruraux). Dans les régions, l'ascendance de la catégorie « faible niveau de vie » se confirme dans 9 régions (Bas Sassandra : 68,5%, Savanes : 68,1%, Montagnes : 66%, Haut Sassandra : 62,2%, Zanzan (59%), Moyen Cavally (56,9%), Moyen Comoé (53,2%), Denguélé Bafing (53,5%), Marahoué (52,1%). 6 régions se distinguent avec un niveau de vie moyen (Sud Comoé : 65,9%, Lagune 2 : 62%, Lagune 1 : 57,6%,

---

<sup>7</sup> Un indicateur composite de niveau de vie des ménages a été conçu en utilisant les variables : type de maison, principal matériau du sol, source principale d'eau, principale source d'éclairage, nombre de personnes par pièce en moyenne (pour la chambre non conjugale), biens possédés par le ménage. L'enquêté se trouve attribué des notes ou scores à chaque question. Le nombre de point qu'il obtient (score ou note) est fonction de la modalité choisie à cette question. La somme des points obtenus à chaque question, lui donne un total de points correspondant à son niveau de vie. Cette variable est recodée en une autre de trois classes permettant de connaître ceux qui ont un faible niveau (27 à 40 points), un niveau moyen (40 à 49 points), et un bon niveau de vie (50 points et plus) (Voir annexe 4).

Worodougou : 57,1%, Fromager : 56,5%). Deux régions enregistrent les pourcentages les plus hauts, de ménages à niveau de vie élevé (Lagune 2 : 16%, Lacs : 3%), bien que ceux-ci soient faibles.

## **II.1.2. Caractéristiques socio-sanitaires des ménages**

### **II.1.2.1. Ménages avec au moins une personne ayant eu la tuberculose**

Sur l'ensemble des ménages enquêtés, 1,6% affirment avoir eu en leur sein au moins une personne atteinte de la tuberculose. Ce taux est de 1,9% en milieu rural, contre 1,5% en milieu urbain. Il est de 1,7% chez les ménages ayant pour chef une femme contre 1,6% chez ceux dont le chef est un homme. Les régions enregistrant les pourcentages les plus élevés sont celles du Moyen Cavally (5,9%) et des Lacs (5%). 9 régions enregistrent des pourcentages inférieurs à 5% mais supérieurs au taux général de 1,6 (Sud Bandama : 3,6%, Bas Sassandra : 2,8%, Denguélé Bafing : 2,8%, Lagune 1 : 2%, lagune 2 : 2%, Haut Sassandra : 1,9%, Agnéby : 1,8%, Vallée du Bandama : 1,8%, Marahoué : 1,7%). Les ménages des autres régions, en dehors d'Abidjan (0,7%) ne déclarent aucun cas de tuberculose (tableau 6).

### **II.1.2.2. Ménages avec enfants de moins de 6 ans ayant fait le BCG**

2740 ménages ont déclaré avoir des enfants de moins de 6 ans en leur sein. 52,8% de ces ménages avaient au moins un enfant ayant reçu le vaccin de BCG<sup>8</sup>, 42,8% ont indiqué que leurs enfants n'ont pas été vaccinés et 4,3% ne savent pas si les enfants ont reçu leur dose de BCG. En milieu rural, plus de la moitié des ménages ayant des enfants de moins de 6 ans en leur sein (52,5%) ont au moins 1 enfant vacciné au BCG, contre 44,3% pour le milieu urbain. Pour ce qui est du genre, ce sont 55% des ménages ayant en leur sein des enfants de moins de 6 ans et qui ont pour chef une femme, dans lequel au moins 1 enfant est vacciné au BCG. Ce taux est de 52,4% chez les ménages dirigés par des hommes. Dans douze régions, les ménages ayant en leur sein des enfants de moins de 6 ans se distinguent par des pourcentages d'enfants de moins de 6 ans vaccinés contre la tuberculose supérieurs à 50% (Moyen Comoé : 92,5%, Vallée du Bandama : 77,7%, Moyen Cavally : 68,6%, Agnéby : 66%, Savanes 66%, Zanzan : 66,7%, Worodougou : 65,6%, Denguélé Bafing : 65,2%, N'Zi Comoé : 59,5%, Lagune 2 : 56%, Montagnes : 53, 7%, Abidjan : 52,9%). Les autres régions ont des pourcentages de ménages avec enfants de moins de 6 ans vaccinés au BCG, inférieurs à 50%. Les plus faibles sont enregistrés dans les régions du Fromager (20,4%), Sud Comoé (25,3%) et Haut Sassandra (36%). Cinq régions ont un taux certes inférieur à 50%, mais supérieur ou égal à 40% (Sud Bandama : 47,5%, Lacs : 45,5%, Bas Sassandra : 45%, Lagune 1 : 44,4%, Marahoué : 43,8%) (tableau 7).

### **II.1.2.3. Caractéristiques des ménages et cas de tuberculose**

Le croisement de la variable "présence de personnes ayant eu la tuberculose dans le ménage" avec le type de matériau de construction de l'habitation ( $p=0,07$ ), le type d'éclairage de l'habitation ( $p=0,08$ ), le nombre moyen de personnes par pièce de l'habitation

---

<sup>8</sup> Ce taux est sous-estimé par les populations. Selon les données du PEV, la couverture en BCG est de 74% au mois de février 2012

(p=0,07), le type d'aération de l'habitation (p=0,23), le niveau d'ensoleillement de l'habitation (p=0,82), le niveau de vie économique (p=0,07), n'a pas donné de résultat significatif.

**Tableau 6 :** Répartition des ménages selon qu'ils ont déjà enregistré ou non un cas de tuberculose

Région		Cas de tuberculose		Total
		Aucun tuberculeux	Au moins une personne ayant eu la tuberculose	
ABIDJAN	Effectif	600	4	604
	%	99,3%	0,7%	100,0%
SUD COMOE	Effectif	90	1	91
	%	98,9%	1,1%	100,0%
LAGUNE 1	Effectif	97	2	99
	%	98,0%	2,0%	100,0%
LAGUNE 2	Effectif	49	1	50
	%	98,0%	2,0%	100,0%
SUD BANDAMA	Effectif	134	5	139
	%	96,4%	3,6%	100,0%
FROMAGER	Effectif	108	0	108
	%	100,0%	0%	100,0%
WORODOUGOU	Effectif	70	0	70
	%	100,0%	0%	100,0%
MONTAGNES	Effectif	186	2	188
	%	98,9%	1,1%	100,0%
DENGUELE BAFING	Effectif	69	2	71
	%	97,2%	2,8%	100,0%
MOYEN CAVALLY	Effectif	96	6	102
	%	94,1%	5,9%	100,0%
VALLEE DU BANDAMA	Effectif	217	4	221
	%	98,2%	1,8%	100,0%
SAVANES	Effectif	190	1	191
	%	99,5%	0,5%	100,0%
LACS	Effectif	96	5	101
	%	95,0%	5,0%	100,0%
MARAHOUE	Effectif	119	2	121
	%	98,3%	1,7%	100,0%
HAUT SASSANDRA	Effectif	210	4	214
	%	98,1%	1,9%	100,0%
BAS SASSANDRA	Effectif	281	8	289
	%	97,2%	2,8%	100,0%
ZANZAN	Effectif	139	0	139
	%	100,0%	0%	100,0%
N'ZI COMOE	Effectif	133	0	133
	%	100,0%	0%	100,0%
MOYEN COMOE	Effectif	78	1	79
	%	98,7%	1,3%	100,0%
AGNEBY	Effectif	109	2	111
	%	98,2%	1,8%	100,0%
Total	Effectif	3071	50	3121
	%	98,4%	1,6%	100,0%



**Tableau 7 : Répartition des ménages enquêtés selon qu'ils ont ou non en leur sein au moins un enfant ayant reçu le BCG**

Région		Enfants de moins de 6 ans ayant fait le BCG		
		Aucun enfant	Un à trois enfants	Ne sais pas
ABIDJAN	Effectif	224	258	6
	%	37,1%	42,7%	1,0%
SUD COMOE	Effectif	63	23	5
	%	69,2%	25,3%	5,5%
LAGUNE 1	Effectif	49	44	6
	%	49,5%	44,4%	6,1%
LAGUNE 2	Effectif	18	28	4
	%	36,0%	56,0%	8,0%
SUD BANDAMA	Effectif	60	66	13
	%	43,2%	47,5%	9,4%
FROMAGER	Effectif	81	22	5
	%	75,0%	20,4%	4,6%
WORODOUGOU	Effectif	21	42	1
	%	30,0%	60,0%	1,4%
MONTAGNES	Effectif	82	101	5
	%	43,6%	53,7%	2,7%
DENGUELE BAFING	Effectif	22	43	1
	%	31,0%	60,6%	1,4%
MOYEN CAVALLY	Effectif	30	70	2
	%	29,4%	68,6%	2,0%
VALLEE DU BANDAMA	Effectif	33	115	0
	%	14,9%	52,0%	0%
SAVANES	Effectif	42	97	8
	%	22,0%	50,8%	4,2%
LACS	Effectif	54	46	1
	%	53,5%	45,5%	1,0%
MARAHOUÉ	Effectif	58	46	1
	%	47,9%	38,0%	0,8%
HAUT SASSANDRA	Effectif	103	63	9
	%	48,1%	29,4%	4,2%
BAS SASSANDRA	Effectif	152	130	7
	%	52,6%	45,0%	2,4%
ZANZAN	Effectif	6	78	33
	%	4,3%	56,1%	23,7%
N'ZI COMOE	Effectif	46	75	5
	%	34,6%	56,4%	3,8%
MOYEN COMOE	Effectif	2	37	1
	%	2,5%	46,8%	1,3%
AGNEBY	Effectif	27	64	6
	%	24,3%	57,7%	5,4%
Total	Effectif	1173	1448	119
	%	37,6%	46,4%	3,8%

## **II.2. Caractéristiques sociodémographiques et socio-sanitaires des enquêtés**

### **II.2.1. Caractéristiques sociodémographiques**

#### **II.2.1.1. Durée de résidence**

Un peu plus de la moitié (56,9%) des personnes interrogées affirment résider depuis plus de 10 ans dans la localité cible de l'étude. 17,8% y résident depuis 1 à 4 ans et 16,1% ont une durée de résidence qui se situe entre 5 et 9 ans. Les enquêtés qui sont présents dans la localité depuis moins d'un an enregistrent un taux de 9,2%. L'analyse par région s'aligne sur le constat général.

#### **II.2.1.2. Sexe**

La population enquêtée est à majorité de sexe féminin (53,3%) comparativement au sexe masculin (46,8%). Les femmes représentent plus de la moitié des personnes enquêtées dans 12 régions : Moyen-Comoé (68,1%), Vallée du Bandama (65,6%), Lagune 2 (64,9%), Abidjan (62,5%), N'zi Comoé (59,8%), Moyen-Cavally (59,1%), Lacs (58,8%), Agnéby (58,7%), Zanzan (57,8%), Denguélé-Bafing (55,6%), Savanes (55,3%) et Lagune 1 (52,4%). Dans les 8 autres, la proportion de personnes de sexe masculin est plus élevée : Sud-Comoé (54,6%), Sud-Bandama (59%), Fromager (60,3%), Worodougou (57%), Montagnes (50,8%), Marahoué (59,7%), Haut-Sassandra (73,1%) et Bas-Sassandra (59,7%).

#### **II.2.1.3. Age**

La population enquêtée est majoritairement constituée de personnes relativement jeunes, ayant moins de 45 ans (76,1%), dont 29,5% pour la tranche d'âge 25-34 ans, 23,6% pour les 35 à 44 ans et 23% pour les moins de 25 ans. Les faibles proportions, en ce qui concerne l'âge des enquêtés, sont enregistrées dans les tranches d'âge 45-54 ans (12,6%) et 55 ans et plus (11,4%).

Abidjan communes (35,3%) et les régions du Nzi Comoé (35,1%), Moyen Comoé (31,9%), Vallée de Bandama (31,5%), Agnéby (31%), Zanzan (29,8%), Marahoué (29,5%), Haut-Sassandra (28,7%), Lagune 2 (28,6%) et des Montagnes (27%), enregistrent les forts taux des enquêtés de la tranche d'âge 25-34 ans. Les proportions les plus élevées des personnes de moins de 25 ans enquêtées sont constatées dans huit régions : Zanzan (34,8%), Lacs (29,7%), Agneby (29,7%), Abidjan (28,6%), Vallée du Bandama (27,4%), Savanes (24%), Moyen-Comoé (23,4%) et Moyen-Cavally (22,1%).

Dans la catégorie 35-44 ans, les taux les plus élevés sont observés dans les régions du Sud Comoé (36,1%), Denguélé-Bafing (34,6%), Sud-Bandama (32,8%), Worodougou (31,6%), Fromager (31,30%), Lagune1 (25,30%) et du Moyen-Cavally (24,7%).

#### **II.2.1.4. Niveau d'instruction**

Une proportion importante des individus enquêtés a été scolarisée (71% dont 35,1% du niveau secondaire, 27,4% du primaire, et 8,5% du niveau supérieur). Les non scolarisés enregistrent un taux de 29%. La tendance générale montrant une ascendance du niveau secondaire sur les autres, s'observe dans les régions Lagune 1 (51,2%), Sud-Bandama (47,7%), Fromager (45,8%), Lagune 2 (41,6%), Haut-Sassandra (39,8%), Agnéby (38,1%), Abidjan (37,1%), Sud-Comoé (37,1%) et des Montagnes (31,6%). Toutefois, le taux de personnes de niveau primaire (37,7%) et secondaire (37%) sont quasi similaires dans la région de l'Agnéby. S'agissant des personnes non scolarisées, elles sont fortement représentées dans les régions suivantes : Savanes (60,8%), Moyen-Comoé (45,7%), N'zi-Comoé (39,7%), Bas-Sassandra (39,2%), Zanzan (39,1%), Lacs (38,2%) et Marahoué (36,4%). C'est seulement dans deux régions : Worodougou (32,9%) et Moyen Cavally (37,7%), que le pourcentage des enquêtés de niveau primaire est élevé.

#### **II.2.1.5. Statut résidentiel**

La quasi-totalité des enquêtés (93,7%) résident de façon permanente dans la localité de l'enquête, contre 2,1% de nomades, 2,6% de saisonniers, 1,3% de voyageurs et 0,4% avec un autre statut. Ce constat est vérifié à l'intérieur de chacune des régions enquêtées.

### **II.2.2. Caractéristiques socio-sanitaires des enquêtés**

#### **II.2.2.1. Personnes ayant eu une toux persistante**

Sur l'effectif de 4000 individus que compte l'échantillon des personnes de 18 ans et plus, 1310 soit 32,5% affirment avoir eu la toux au cours des six derniers mois ayant précédé l'enquête. Sur ce sous effectif de 1310, ce sont 255 personnes soit 19,5% chez lesquelles la toux était persistante ; 1055 soit 80,5% affirment qu'il s'agissait d'une toux passagère. Le pourcentage d'individus affirmant avoir eu une toux persistante est de 19,8% en milieu urbain contre 18,5% en milieu rural. Il est de 19,9% chez les femmes contre 19% chez les hommes. Les pics de toux persistante se retrouvent dans 8 régions, à savoir : le Sud Comoé (31,9%), le Sud Bandama (29,6%), le Fromager (27,1%), la Marahoué (26,7%), Abidjan (26%), Lagune 1 (23,6%), le Worodougou (23,1%) et les Montagnes (21,7%). Les plus faibles pourcentages sont enregistrés dans les régions du N'zi Comoé (5,1%), Moyen Comoé (6,9%) et des Savanes (8,2%). Les autres régions enregistrent des taux supérieurs à 10% et inférieurs à 20% (tableau 8).

#### **II.2.2.2. Personnes ayant déjà contracté la tuberculose**

Sur un effectif de 4000 personnes interrogées, 94 soit 2,4% affirment avoir déjà contracté la tuberculose. Ce taux est de 2,4% en milieu rural contre 2,3% en milieu urbain. Il est de 2,6% chez les hommes contre 2,2% chez les femmes. Quatre régions enregistrent les pourcentages les plus élevés. Ce sont : le Moyen Cavally (4,5%), le Sud Bandama (4,1%) et le Fromager (3,1%). Quatre autres enregistrent les taux les plus bas : Worodougou (0%), Savanes (0,5%), Zanzan (1,2%) et Bas Sassandra (1,4%) (tableau 9).

### II.2.2.3. Déterminants individuels de l'exposition à une toux persistante et à la tuberculose

Après croisement des caractéristiques individuelles des personnes interrogées avec le fait qu'elles aient eu ou non une toux persistante au cours des six derniers mois, on note que l'âge ( $p=0,01$ ), la profession ( $p=0,02$ ) et la durée de résidence ( $p=0,03$ ) donnent un résultat significatif.

En ce qui concerne les personnes déclarant avoir déjà eu la tuberculose, seul le statut résidentiel se montre pertinent ( $p=0,04$ ). Ces résultats révèlent les faits suivants :

**Tableau 8:** Répartition des individus ayant eu la toux selon que celle-ci était passagère ou persistante

Région		Si oui, est-ce une toux persistante		
		Toux passagère	Toux persistante	Total
ABIDJAN	Effectif	205	72	277
	%	74,00%	26,00%	100%
SUD COMOE	Effectif	32	15	47
	%	68,10%	31,90%	100%
LAGUNE 1	Effectif	55	17	72
	%	76,40%	23,60%	100%
LAGUNE 2	Effectif	33	6	39
	%	84,60%	15,40%	100%
SUD BANDAMA	Effectif	69	29	98
	%	70,40%	29,60%	100%
FROMAGER	Effectif	51	19	70
	%	72,90%	27,10%	100%
WORODOUGOU	Effectif	20	6	26
	%	76,90%	23,10%	100%
MONTAGNES	Effectif	65	18	83
	%	78,30%	21,70%	100%
DENGUELE BAFING	Effectif	18	4	22
	%	81,80%	18,20%	100%
MOYEN CAVALLY	Effectif	45	8	53
	%	84,90%	15,10%	100%
VALLEE DU BANDAMA	Effectif	75	10	85
	%	88,20%	11,80%	100%
SAVANES	Effectif	45	4	49
	%	91,80%	8,20%	100%
LACS	Effectif	50	8	58
	%	86,20%	13,80%	100%
MARAHOUÉ	Effectif	22	8	30
	%	73,30%	26,70%	100%
HAUT SASSANDRA	Effectif	54	7	214
	%	88,50%	11,50%	100,00%
BAS SASSANDRA	Effectif	59	8	67
	%	88,10%	11,90%	100,00%
ZANZAN	Effectif	38	5	43
	%	88,40%	11,60%	100,00%
N'ZI COMOE	Effectif	37	2	39
	%	94,90%	5,10%	100%
MOYEN COMOE	Effectif	27	2	29
	%	93,10%	6,90%	100%
AGNEBY	Effectif	55	7	62
	%	88,70%	11,30%	100%
Total	Effectif	1055	255	1310
	%	80,50%	19,50%	100%

**Tableau 9 : Personnes déclarant avoir déjà contracté la TB**

Région		Avez-vous déjà contracté la tuberculose ?		Total
		OUI	NON	
ABIDJAN	Effectif	21	776	797
	%	2,6%	97,4%	100,0%
SUD COMOË	Effectif	1	96	97
	%	1,0%	99,0%	100,0%
LAGUNE 1	Effectif	4	166	170
	%	2,4%	97,6%	100,0%
LAGUNE 2	Effectif	1	76	77
	%	1,3%	98,7%	100,0%
SUD BANDAMA	Effectif	8	187	195
	%	4,1%	95,9%	100,0%
FROMAGER	Effectif	4	127	131
	%	3,1%	96,9%	100,0%
WORODOUGOU	Effectif	0	79	79
	%	0%	100,0%	100,0%
MONTAGNES	Effectif	9	235	244
	%	3,7%	96,3%	100,0%
DENGUELE BAFING	Effectif	2	79	81
	%	2,5%	97,5%	100,0%
MOYEN CAVALLY	Effectif	7	147	154
	%	4,5%	95,5%	100,0%
VALLEE DU BANDAMA	Effectif	9	308	317
	%	2,8%	97,2%	100,0%
SAVANES	Effectif	1	216	217
	%	0,5%	99,5%	100,0%
LACS	Effectif	3	162	165
	%	1,8%	98,2%	100,0%
MARAHOUË	Effectif	3	126	129
	%	2,3%	97,7%	100,0%
HAUT SASSANDRA	Effectif	6	210	216
	%	2,8%	97,2%	100,0%
BAS SASSANDRA	Effectif	5	342	347
	%	1,4%	98,6%	100,0%
ZANZAN	Effectif	2	159	161
	%	1,2%	98,8%	100,0%
N'ZI COMOË	Effectif	3	171	174
	%	1,7%	98,3%	100,0%
MOYEN COMOË	Effectif	2	92	94
	%	2,1%	97,9%	100,0%
AGNEBY	Effectif	3	152	155
	%	1,9%	98,1%	100,0%
Total	Effectif	94	3906	4000
	%	2,4%	97,7%	100,0%

- ce sont 24,2% des personnes les plus âgées (55 ans et plus) et 21,4% des individus les plus jeunes (moins de 25 ans) ayant eu la toux au cours des six derniers mois précédant l'enquête, qui sont concernés par une toux persistante. Ce taux est relativement plus bas chez les adultes d'âge médian. En ce qui concerne les personnes âgées de 55 ans et plus, ce sont les régions du Sud Comoé (75%), Lagune 2 (40%) et Denguélé-Bafing (50%) qui enregistrent les pourcentages les plus élevés. Dans la classe d'âge des moins de 25 ans, les régions dont les pourcentages dominent sont celles de la Marahoué (50%), du Haut Sassandra (40%) et du Moyen Comoé (40%).

- pour 25% des travailleurs domestiques qui ont eu la toux au cours des six derniers mois précédant l'enquête, il s'agissait d'une toux persistante. Ensuite on a les agriculteurs et éleveurs (24,7%), les travailleurs du privé (23,4%) et les élèves et étudiants (21,5%). Les travailleurs de l'Etat (15%) enregistrent les pourcentages les plus faibles de personnes ayant eu une toux persistante. La région d'Abidjan compte la proportion la plus importante de travailleurs domestiques 33% ayant eu une toux persistante durant les six derniers mois avant l'enquête. En ce qui concerne les agriculteurs et les éleveurs, les pourcentages les plus importants se situent dans les régions du Sud Comoé (50%), du Fromager (41,7%) et Lagune 2 (50%). Dans la catégorie des fonctionnaires de l'Etat, c'est la région du Worodougou qui se distingue (50%). Quant aux travailleurs du privé qui ont affirmé avoir eu une toux persistante, ils enregistrent des pourcentages plus élevés dans les régions Lagune 2 (50%), Lagune 1 (44,4%) et du Sud Comoé (40%) (Voir tableau en annexe 5).

- pour 20,2% des individus ayant vécu 5 à 9 années dans leur localité de résidence et ayant eu une toux au cours des six derniers mois, cette toux était persistante. Ce taux est de 19,6% pour ceux qui ont passé 1 à 4 ans dans la localité et 19,4% chez ceux qui vivent dans la région depuis 10 années ou plus. Le plus faible taux de toux persistante est enregistré chez les personnes ayant moins d'une année de séjour dans la localité (17,9%). Chez la plupart des personnes des régions vivant dans la localité depuis au moins 10 années et ayant eu la toux au cours des 6 derniers mois précédant l'enquête, il s'agissait d'une toux persistante. Les pourcentages d'individus ayant moins d'un an de résidence et déclarant avoir eu une toux persistante sont tous très faibles ; ils sont nuls dans 9 régions : le Moyen Comoé, le N'Zi Comoé, le Zanzan, le Bas Sassandra, les Savanes, le Moyen Cavally, le Denguélé-Bafing, le Worodougou et la région Lagune 2. Les pics d'individus résidant dans la localité depuis moins d'un an et ayant eu une toux persistante se retrouvent dans les régions des Montagnes (18,5%), Agnéby (14,3%), Haut Sassandra (14,3%), Sud Comoé (14,3%) et Marahoué (13,6%). Par ailleurs, deux régions se distinguent par le fait que la moitié de leurs individus interrogés résident dans la localité depuis 1 à 4 ans (Savanes : 50%) ou depuis 5 à 9 ans (Denguélé Bafing : 50%) (annexe 5).

- les voyageurs (3,9%) et les saisonniers (2,9%) déclarent le plus avoir déjà contracté la tuberculose comparativement aux autres types de résidents. La région des Montagnes s'illustre avec 22,2% de voyageurs ayant affirmé avoir contracté la tuberculose (annexe 5).

#### **II.2.2.4. Déterminants collectifs de l'exposition à la tuberculose**

Le croisement de la variable « Si toux au cours des six derniers mois, est-ce une toux persistante » avec le niveau de vie socio-économique du ménage de l'individu enquêté ( $p=0,29$ ), le type d'aération de l'habitation ( $p=0,31$ ), l'ensoleillement de la maison ( $p=0,49$ ), la présence de broussailles autour de l'habitation ( $p=0,88$ ), celle d'eaux stagnantes ( $p=0,12$ ), la divagation d'animaux domestiques dans la cour de l'habitation ( $p=0,63$ ), la propreté de l'espace ( $p=0,45$ ) et le nombre de personnes par pièce de couchage ( $p=0,42$ ), n'a pas donné de résultat significatif.

De même, pour les personnes ayant déjà contracté la TB : niveau de vie économique du ménage de l'individu :  $p=0,64$ , aération de l'habitation ( $p=0,65$ ), ensoleillement de la maison ( $p=0,46$ ), la présence ou non de broussailles autour de l'habitation ( $p=0,70$ ), la présence ou non d'eau stagnante ( $p=0,82$ ), la divagation ou non d'animaux ( $p=0,15$ ), le fait que l'espace de l'habitation soit propre ou non ( $p=0,65$ ).

- **Commentaire relatif aux caractéristiques des ménages et des enquêtés**

Les résultats de l'étude montrent que les ménages sont situés en grande majorité en milieu urbain (74,8%). Cela s'explique en partie par le fait que les sites périurbains ont été considérés par les enquêteurs comme relevant du milieu urbain. Ils sont de taille relativement réduite. En effet, on remarque que 68% des ménages abritent au plus 6 personnes (38,2% pour les 3 à 4 personnes et 29,8% pour les 5 à 6 individus). Ce constat s'aligne sur le RGPH de 1998 qui situe la taille des ménages en Côte d'Ivoire autour de 6 personnes. En tenant compte du milieu de vie, on observe que les ménages du milieu rural semblent plus peuplés que ceux du milieu urbain. On a 30,2% de ménages ruraux contre 29,9% d'urbains ayant une taille de 5 à 6 personnes et respectivement 25% contre 18,1% qui abritent plus de 6 personnes.

On relève aussi que le nombre de personnes en moyenne par pièce (hormis la chambre conjugale) est d'environ 3 personnes (83,8%).

Par ailleurs, 82,4% de l'habitat est fait avec du matériau dur (ciment) et les ménages utilisent comme source principale d'éclairage l'électricité fournie par la CIE (90,9%). L'aération est généralement rendue possible grâce à des volets (79%).

On note que les populations enquêtées sont à majorité de sexe féminin (53,3%) contre 46,8% d'hommes. Cela pourrait se justifier par le fait que lors du passage des équipes de collecte, plusieurs hommes étaient hors de leur domicile. Elle est en majorité jeune puisque 76,1% a moins de 45 ans et on enregistre une proportion importante d'individus qui ont été scolarisés (71%).

En ce qui concerne le milieu de résidence, on remarque que plus de la moitié des enquêtés (56,9%) résident dans la localité depuis plus une dizaine d'années. D'ailleurs, la quasi-totalité des enquêtés résident de façon permanente dans la localité.

On observe par ailleurs qu'une faible proportion de personnes enquêtées (19,5%) a eu une toux persistante au cours des 6 derniers mois précédant l'enquête. Ce taux est légèrement plus élevé chez celles issues du milieu urbain comparativement à celles du milieu rural. En revanche, il est enregistré dans des proportions égales chez les individus des deux sexes.

Par ailleurs, une faible proportion de ménages (1,6%) ont déjà enregistré en leur sein des personnes atteintes de tuberculose. Ce taux est légèrement plus important en milieu rural qu'en milieu urbain. De même que dans les ménages dont le chef est de sexe féminin.

Enfin, très peu d'individus enquêtés (2,4%) ont affirmé avoir déjà contracté la tuberculose.

## Chapitre III : Connaissances relatives à la tuberculose

### III.1. Connaissance des modes de transmission, des facteurs favorisant et des symptômes de la tuberculose

Les causes, les modes de transmission et les facteurs favorisant de la TB ont été déterminés à l'aide des réponses à la question « Comment se transmet la tuberculose ? »

#### III.1.1. Causes

Le bacille de Koch, principale cause de la tuberculose, est mentionné par seulement 5 enquêtés sur un effectif de 4000, soit 0,2%. Cette tendance générale est observée selon le genre : hommes (0,2%) et femmes (0,1%).

La proportion de répondants qui citent le BK est de 0,3% en milieu rural contre 0,1% en milieu urbain. Les régions où ce germe est évoqué sont Worodougou (1,9%), Sud Comoé (1,3%), Montagnes (0,7%), Bas Sassandra (0,4%) et Abidjan commune (0,1%).

#### III.1.2. Modes de transmission

Les populations enquêtées évoquent plusieurs éléments perçus comme étant les modes de transmission de la tuberculose. Parmi ces facteurs, la proximité avec une personne qui tousse est évoquée avec un taux de 55,7% comme le principal mode de transmission. Les autres modes de transmission évoqués enregistrent des proportions relativement faibles. Ce sont : les baisers (6,9%), les rapports sexuels (1,6%), l'éternuement (1,5%), le serrement des mains (1,5%), les poils de chat (1,2%), l'hérédité (0,4%) et les sorts/malédiction (0,3%).

En tenant compte du milieu de résidence, on se rend compte que les enquêtés provenant du milieu urbain évoquent le plus la proximité avec une personne qui tousse (56,2%) que ceux du milieu rural (54,4%). Ils mentionnent aussi les rapports sexuels (1,7%). En revanche, ceux du milieu rural évoquent le plus les baisers (7,7%), le serrement des mains (2,4%), l'éternuement (1,8%), et les poils de chat (1,3%).

L'analyse selon le genre s'aligne sur le constat général. En effet, on observe que quel que soit leur sexe, plus de la moitié des répondants citent la proximité avec une personne qui tousse comme la cause majeure de transmission de la tuberculose. Toutefois, on observe un pourcentage relativement plus important chez les femmes (56,1%) que chez les hommes (55,4%). De façon spécifique, on note que les hommes citent majoritairement les baisers (7,5%) et l'hérédité (0,4%) comparativement aux femmes. En revanche, les femmes dominent lorsqu'il s'agit des facteurs tels que les rapports sexuels (1,8%), l'éternuement (1,6%), les poils de chat (1,4%) et les sorts (0,3%).

Au niveau des régions, l'exposition à une personne qui tousse est évoquée dans presque toutes les localités (19 régions sanitaires sur les 20), avec des pics dans les régions suivantes : Denguélé-Bafing (72,7%), Montagnes (69,5%), Bas Sassandra (64,9%), Moyen Comoé (62,9%), Abidjan communes (61,6%), Haut Sassandra (61,3%), Moyen Cavally (60,9%),



Marahoué (60,4%), Worodougou (59,6%), Vallée du Bandama (57,9%), Zanzan (54,9%) et Savanes (50,4%). Les baisers sont plus évoqués dans les régions du Sud Comoé (36,4%), du Fromager (25,9%) et Lagunes 1 (22,1%).

De façon générale<sup>9</sup> on note que :

- 0,6% des enquêtés citent au plus deux bons modes de transmission de la tuberculose ;
- 48,1% citent trois ou quatre bons modes de transmission de la tuberculose ;
- 51,3% citent au moins cinq bons modes de transmission de la tuberculose.

### III.1.3. Facteurs favorisants

Les facteurs favorisants de la tuberculose, cités, sont par ordre décroissant, l'air pollué (15,8%), la poussière (7,6%), l'environnement souillé (6,2%), la consommation d'aliments gras (2%), le VIH (0,3%), la cigarette (0,3%), le froid (0,1%).

En milieu urbain, les populations relèvent généralement l'air pollué (16,4%), la poussière (8%) et l'environnement souillé (6,3%), tandis que ceux du milieu rural évoquent le plus la consommation d'aliments gras (2,3%), la cigarette (0,5%) et le VIH (0,4%).

En tenant compte du sexe, on note que les hommes citent majoritairement l'air pollué (17,8%), la poussière (8,6%), l'environnement souillé (8,2%), la consommation d'aliments gras (2,1%), la cigarette (0,6%) et le froid (0,2%). Quant aux femmes, elles énumèrent dans des proportions plus importantes l'environnement souillé (4,2%) et la poussière (6,6%).

Le VIH est mentionné faiblement mais dans la même proportion à la fois par les hommes et les femmes (0,3% pour chaque).

L'analyse par région révèle, que l'air pollué est plus évoqué dans les régions du Denguélé-Bafing (34,1%), du Moyen Cavally (28,2%), des Lacs (25,6%) et des Montagnes (21,4%). Pour ce qui est de la poussière, elle est majoritairement citée dans le Moyen Cavally (14,5%), le Sud Bandama (13,6%) et le Sud Comoé (13%). L'environnement souillé, est relevé le plus dans le Sud Comoé (15,6%), le Sud Bandama (14,2%), le Fromager (12,9%) et le Denguélé-Bafing (11,4%). La consommation d'aliments gras est mentionnée dans le moyen Cavally (7,3%). Le VIH est cité dans des proportions très faibles. Les taux les plus considérables sont enregistrés dans les régions du Worodougou (1,9%), des Montagnes (1,3%) et du Sud Comoé (1,3%) (tableau 10).

### III.1.2. Symptômes

On note, que les enquêtés mentionnent plusieurs symptômes de la tuberculose. Les quatre principaux signes évoqués sont la toux prolongée (87,6%), le sang dans le crachat (40,6%) l'amaigrissement (32,7%) et les douleurs dans la poitrine (13,9%). Les autres symptômes enregistrent des pourcentages très faibles.

---

<sup>9</sup> Un indicateur composite de connaissance des modes de transmission de la tuberculose a été conçu en utilisant les réponses relatives à la question : « Comment se transmet la tuberculose ? ». L'enquêté s'est vu attribuer des notes ou scores à chaque réponse. Ainsi, les enquêtés qui donnent au plus à une bonne réponse obtiennent 1 point. Ceux qui ont deux bonnes réponses obtiennent 2 points, et ceux qui ont plus de deux bonnes réponses 3 points. La somme des points obtenus à cette question lui donne un total de points correspondant à son niveau de connaissance des modes de transmission de la tuberculose. Cette variable est recodée en une autre de trois classes permettant d'identifier ceux qui citent au plus deux bons modes de transmission, trois ou quatre modes et au moins cinq bons modes (Voir annexe 4).

En considérant le milieu de résidence des enquêtés, on s'aperçoit que quel que soit le milieu de vie, la plupart des enquêtés citent la toux prolongée comme principal symptôme avec néanmoins un taux un peu plus élevé pour ceux du milieu rural (urbain : 87,2% ; rural : 88,8%). Les populations des deux milieux citent dans les mêmes proportions (très faibles), la perte d'appétit (4,3%). En revanche, celles du milieu urbain énumèrent en nombre plus important l'amaigrissement (34,3%), la fatigue (5,3%), la fièvre (4%), la chute des cheveux (1,9%), les maux de tête (1,8%) et le froid (0,8%). Alors que, les enquêtés du milieu rural citent surtout le sang dans le crachat (43,5%) et les douleurs à la poitrine (17,7%).

L'analyse par sexe révèle qu'hommes et femmes reconnaissent que la toux prolongée est le principal symptôme de la tuberculose. Ils le mentionnent sensiblement dans les mêmes proportions (Hommes : 87,4% et Femmes : 87,8%). Toutefois, de façon spécifique, les hommes évoquent le sang dans le crachat (43,1%), les douleurs dans la poitrine (15,4%), la fatigue générale (5,9%), la perte d'appétit (5,3%), la fièvre (4,7%), les maux de tête (1,7%) et le froid (1%). Quant aux femmes, elles évoquent l'amaigrissement (34,3%) et la chute des cheveux (2,1%).

L'analyse par région fait apparaître que la toux est évoquée dans toutes les régions sanitaires avec des pics dans les régions suivantes : Denguélé-Bafing (100%), Fromager (98,3%), Zanzan (98%), Moyen Comoé (97,1%), Moyen Cavally (93,6%), N'zi Comoé (93%), Agnéby (92,7%), Sud Bandama (92,6%), Sud Comoé (92,2%), Montagnes (92,2%) et Lagunes 2 (90,1%). Le sang dans le crachat est majoritairement évoqué par les enquêtés du Denguélé-Bafing (61,4%), du Sud Comoé (55,8%), du Sud Bandama (54,3%), du Fromager (53,4%), la Marahoué (52,5%) et le Haut Sassandra (50%). En revanche, l'amaigrissement est plus évoqué à Abidjan (47,5%), dans les Savanes (38%), Lagunes 2 (36,6%), le Sud Comoé (35,1%), le Moyen Comoé (34,3%), le Zanzan (33,3%), Lagunes 1 (32,9%) et la Vallée du Bandama (31,8%). Enfin, les douleurs dans la poitrine présentent les pourcentages les plus élevés au niveau du Bas Sassandra (35,9%), du Denguélé-Bafing (22,7%) et du Haut Sassandra (20,1%) (Tableau 11).

**Tableau 10 :** Répartition des enquêtés selon leur connaissance des causes, des modes de transmission et des facteurs favorisant de la tuberculose

Région		Air pollué	Toux	Eternuement	Serrement des mains	Poils de chat	Rapport sexuel	Baisers	Consommation d'aliments	Hérédité	Sort/malédiction/mystique	Froid	Environnement souillé	Poussière	VIH	Cigarette	Bacille de Koch	Autres	NSP
ABIDJAN	Eff	110	434	10	5	16	18	18	12	8	0	0	43	75	3	2	1	240	48
	%	0,2	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,3	0,1
SUD COMOE	Eff	8	18	0	1	0	0	28	0	0	0	0	12	10	1	1	1	5	16
	%	10,4%	23,4%	0,0%	1,3%	0,0%	0,0%	36,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	15,6%	13,0%	1,3%	1,3%	1,3%	6,5%	20,8%
LAGUNE 1	Eff	28	67	1	4	3	4	33	0	0	1	0	7	13	0	0	0	41	26
	%	18,8%	45%	0,7%	2,7%	2,0%	2,7%	22,1%	0,0%	0,0%	0,7%	0,0%	4,7%	8,7%	0,0%	0,0%	0,0%	27,5%	17,4%
LAGUNE 2	Eff	5	29	2	2	1	0	11	1	0	0	0	6	4	0	0	0	20	12
	%	7,1%	41,4%	2,9%	2,9%	1,4%	0,0%	15,7%	1,4%	0,0%	0,0%	0,0%	8,6%	5,7%	0,0%	0,0%	0,0%	28,6%	16,9%
SUD BANDAMA	Eff	20	77	0	0	0	0	30	6	0	0	0	23	22	0	0	0	31	18
	%	12,3%	47,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	18,5%	3,7%	0,0%	0,0%	0,0%	14,2%	13,6%	0,0%	0,0%	0,0%	19,1%	11,1%
FROMAGER	Eff	15	44	0	1	1	1	30	2	0	1	0	15	12	1	0	0	23	17
	%	12,9%	37,9%	0,0%	0,9%	0,9%	0,9%	25,9%	1,7%	0,0%	0,9%	0,0%	12,9%	10,3%	0,9%	0,0%	0,0%	19,8%	14,7%
WORODOUGOU	Eff	5	31	1	1	1	1	4	1	1	1	1	2	3	1	1	1	9	16
	%	9,6%	59,6%	1,9%	1,9%	1,9%	1,9%	7,7%	1,9%	1,9%	1,9%	1,9%	3,8%	5,8%	1,9%	1,9%	1,9%	17,3%	30,8%
MONTAGNES	Eff	33	107	2	2	1	1	2	5	1	2	1	8	6	2	2	1	43	18
	%	21,4%	69,5%	1,3%	1,3%	0,7%	0,7%	1,3%	3,3%	0,7%	1,3%	0,7%	5,2%	3,9%	1,3%	1,3%	0,7%	28,1%	11,8%
DENGUELE BAFING	Eff	15	32	0	0	1	0	1	0	0	0	1	5	1	0	0	0	7	7
	%	34,1%	72,7%	0,0%	0,0%	2,3%	0,0%	2,3%	0,0%	0,0%	0,0%	2,3%	11,4%	2,3%	0,0%	0,0%	0,0%	15,9%	15,9%
MOYEN CAVALLY	Eff	31	67	6	3	2	7	7	8	1	2	0	7	16	0	0	0	33	10
	%	28,2%	60,9%	5,5%	2,7%	1,8%	6,4%	6,4%	7,3%	0,9%	1,8%	0,0%	6,4%	14,5%	0,0%	0,0%	0,0%	30,0%	9,1%
VALLEE DU BANDAMA	Eff	50	135	6	6	0	10	14	4	0	0	1	14	9	0	0	0	35	37
	%	21,5%	57,9%	2,6%	2,6%	0,0%	4,3%	6,0%	1,7%	0,0%	0,0%	0,4%	6,0%	3,9%	0,0%	0,0%	0,0%	15,0%	15,9%
SAVANES	Eff	21	61	1	3	1	1	9	4	0	0	0	2	12	0	0	0	20	21
	%	17,4%	50,4%	0,8%	2,5%	0,8%	0,8%	7,4%	3,3%	0,0%	0,0%	0,0%	1,7%	9,9%	0,0%	0,0%	0,0%	16,5%	17,4%

LACS	Eff	34	63	5	5	0	3	9	2	0	0	0	10	5	0	0	0	17	37
	%	25,6%	47,4%	3,8%	3,8%	0,0%	2,3%	6,8%	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%	7,5%	3,8%	0,0%	0,0%	0,0%	12,8%	27,8%
MARAHOUE	Eff	6	61	0	1	1	0	2	1	0	0	0	8	5	0	0	0	11	23
	%	5,9%	60,4%	0,0%	1,0%	1,0%	0,0%	2,0%	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%	7,9%	5,0%	0,0%	0,0%	0,0%	10,9%	22,8%
HAUT SASSANDRA	Eff	10	106	2	0	2	1	0	4	0	0	0	1	9	0	2	0	41	28
	%	5,8%	61,3%	1,2%	0,0%	1,2%	0,6%	0,0%	2,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	5,2%	0,0%	1,2%	0,0%	23,7%	16,0%
BAS SASSANDRA	Eff	40	168	7	8	5	1	2	7	0	1	0	11	18	0	2	1	28	43
	%	15,4%	64,9%	2,7%	3,1%	1,9%	0,4%	0,8%	2,7%	0,0%	0,4%	0,0%	4,2%	6,9%	0,0%	0,8%	0,4%	10,8%	16,6%
ZANZAN	Eff	6	28	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	8
	%	11,8%	54,9%	0,0%	3,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	27,5%	15,7%
N'ZI COMOE	Eff	7	34	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	1	0	0	0	26	10
	%	9,9%	47,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,4%	1,4%	0,0%	0,0%	0,0%	2,8%	1,4%	0,0%	0,0%	0,0%	36,6%	14,1%
MOYEN COMOE	Eff	3	22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	3
	%	8,6%	62,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	45,7%	8,6%
AGNEBY	Eff	16	46	1	1	0	0	1	0	0	0	0	5	2	1	0	0	46	17
	%	14,7%	42,2%	0,9%	0,9%	0,0%	0,0%	0,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4,6%	1,8%	0,9%	0,0%	0,0%	42,2%	15,6%
<b>Total</b>	Eff	463	1630	44	45	35	48	202	58	11	8	4	181	223	9	10	5	706	415
	%	15,8%	55,7%	1,5%	1,5%	1,2%	1,6%	6,9%	2,0%	0,4%	0,3%	0,1%	6,2%	7,6%	0,3%	0,3%	0,2%	24,1%	14,2%

De façon générale<sup>10</sup>, on relève que :

- 39,2% des enquêtés citent un seul bon symptôme
- 38,5% citent deux bons symptômes
- 19,2% citent au moins trois bons symptômes
- 3,1% ne citent aucun bon symptôme de la tuberculose. (Voir annexe 4).

## **III.2. Connaissance des moyens de prévention de la TB**

### **III.2.1 Modes d'évitement**

Sur un effectif total de 4000 individus enquêtés, la majorité (3298 soit 82,5%) pense qu'il est possible d'éviter la tuberculose, contre 4% qui soutiennent le contraire. Par ailleurs, 13,6% affirment ne pas savoir s'il est possible d'éviter la tuberculose.

En considérant le milieu de résidence, on note qu'en milieu urbain, 83,2% affirment qu'il est possible d'éviter la tuberculose contre 3,9% qui disent le contraire et 12,9% qui ne savent pas. En milieu rural, ce sont plutôt 80,4% qui soutiennent qu'il est possible d'éviter la tuberculose contre 4,1% qui disent le contraire et 15,5% qui déclarent ne pas savoir. Les enquêtés du milieu urbain soutiennent le plus qu'il est possible d'éviter la tuberculose comparativement à ceux du milieu rural. En tenant compte du genre, on note que hommes comme femmes soutiennent qu'il est possible de ne pas contracter la tuberculose. Chez les hommes ce sont 83,3% qui affirment qu'il est possible de ne pas contracter la tuberculose contre 3,9% qui disent le contraire et 12,9% qui déclarent ne pas savoir. Chez les femmes, on a 81,7% qui soutiennent qu'il est possible d'éviter la tuberculose, 4% qui indiquent le contraire et 14,2% disent ne pas savoir.

La tendance générale s'observe également à l'intérieur des régions sanitaires.

Quatre modes d'évitement de la tuberculose sont majoritairement évoqués. Il s'agit d'abord de faire le vaccin BCG (36,9%), ne pas utiliser les mêmes récipients qu'un tuberculeux (33,9%), vivre dans un environnement propre (27,3%) et enfin ne pas entrer en contact avec un tuberculeux (23%). En ce qui concerne le fait de vivre dans une maison bien aérée et bien ensoleillée, très peu de personnes en font mention (1,2%). L'analyse par région révèle que le fait de ne pas entrer en contact avec un tuberculeux est seulement évoqué en majorité dans les régions du Moyen Cavally (43,2%), du Worodougou (38,2%), du Bas Sassandra (35,1%) et du Denguélé Bafing (30,9%). En ce qui concerne le fait de ne pas utiliser les mêmes récipients qu'un tuberculeux, ce mode d'évitement est plus évoqué dans la Marahoué (55,9%), le Haut Sassandra (55,9%), le Bas Sassandra (46,9%), le Moyen Cavally (45%) et le Denguélé Bafing (38,2%). Quant au fait de vivre dans un environnement propre, il est mentionné en priorité dans le Sud Comoé (43%) et le Fromager (41,1%).

---

<sup>10</sup> Un indicateur composite de connaissance des symptômes de la tuberculose a été conçu en utilisant les réponses relatives à la question : « par quoi reconnaissez-vous la tuberculose ? ». L'enquêté s'est vu attribuer des notes ou scores à chaque réponse. Les enquêtés qui ont cité un bon symptôme ont obtenu 1 point. Ceux qui en ont cité deux obtiennent 2 points, et 3 points pour ceux qui ont cité plus de deux bons symptômes (voir annexe 4).

**Tableau 11 : Répartition des enquêtés selon les signes par lesquels ils reconnaissent la tuberculose**

Région		Toux prolongée	Douleurs à la poitrine	Sang dans les crachats	Maigrissement (Perte de poids)	Fatigue générale	Sueurs nocturnes	Fièvre	Froid	Maux de tête	Perte d'appétit	Chute de cheveux	Autres
ABIDJAN	Eff	611	90	294	335	34	8	39	9	21	30	9	28
	%	86,70%	12,80%	41,70%	47,50%	4,80%	1,10%	5,50%	1,30%	3,00%	4,30%	1,30%	4,00%
SUD COMOE	Eff	71	8	43	27	0	0	4	1	0	0	1	1
	%	92,20%	10,40%	55,80%	35,10%	0,00%	0,00%	5,20%	1,30%	0,00%	0,00%	1,30%	1,30%
LAGUNE 1	Eff	134	14	63	49	5	2	8	0	2	5	5	13
	%	89,90%	9,40%	42,30%	32,90%	3,40%	1,30%	5,40%	0,00%	1,30%	3,40%	3,40%	8,70%
LAGUNE 2	Eff	64	4	29	26	1	2	1	0	1	1	2	6
	%	90,10%	5,60%	40,80%	36,60%	1,40%	2,80%	1,40%	0,00%	1,40%	1,40%	2,80%	8,50%
SUD BANDAMA	Eff	150	15	88	47	5	4	8	0	0	7	2	11
	%	92,60%	9,30%	54,30%	29,00%	3,10%	2,50%	4,90%	0,00%	0,00%	4,30%	1,20%	6,80%
FROMAGER	Eff	114	15	62	34	4	1	6	2	0	4	0	4
	%	98,30%	12,90%	53,40%	29,30%	3,40%	0,90%	5,20%	1,70%	0,00%	3,40%	0,00%	3,40%
WORODOUGOU	Eff	43	1	16	10	2	0	0	0	0	1	1	6
	%	82,70%	1,90%	30,80%	19,20%	3,80%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1,90%	1,90%	11,50%
MONTAGNES	Eff	141	18	64	34	9	6	2	1	1	4	3	11
	%	92,20%	11,80%	41,80%	22,20%	5,90%	3,90%	1,30%	0,70%	0,70%	2,60%	2,00%	7,20%
DENGUELE BAFING	Eff	44	10	27	12	5	5	2	1	2	4	0	3
	%	100,00%	22,70%	61,40%	27,30%	11,40%	11,40%	4,50%	2,30%	4,50%	9,10%	0,00%	6,80%
MOYEN CAVALLY	Eff	103	9	42	31	5	2	2	0	2	4	1	7
	%	93,60%	8,20%	38,20%	28,20%	4,50%	1,80%	1,80%	0,00%	1,80%	3,60%	0,90%	6,40%
VALLEE DU BANDAMA	Eff	195	36	69	74	8	2	4	0	3	9	14	16
	%	83,70%	15,50%	29,60%	31,80%	3,40%	0,90%	1,70%	0,00%	1,30%	3,90%	6,00%	6,90%
SAVANES	Eff	103	14	34	46	4	1	0	0	0	1	2	9
	%	85,10%	11,60%	28,10%	38,00%	3,30%	0,80%	0,00%	0,00%	0,00%	0,80%	1,70%	7,40%
LACS	Eff	109	11	41	35	6	3	1	1	3	7	4	21
	%	82,00%	8,30%	30,80%	26,30%	4,50%	2,30%	0,80%	0,80%	2,30%	5,30%	3,00%	15,80%
MARAHOUE	Eff	75	14	53	28	10	3	12	2	1	14	0	7
	%	74,30%	13,90%	52,50%	27,70%	9,90%	3,00%	11,90%	2,00%	1,00%	13,90%	0,00%	6,90%
HAUT SASSANDRA	Eff	142	35	87	52	15	6	9	1	2	19	1	15
	%	81,60%	20,10%	50,00%	29,90%	8,60%	3,40%	5,20%	0,60%	1,10%	10,90%	0,60%	8,60%
BAS SASSANDRA	Eff	214	93	116	43	21	5	4	1	5	12	0	23
	%	82,60%	35,90%	44,80%	16,60%	8,10%	1,90%	1,50%	0,40%	1,90%	4,60%	0,00%	8,90%
ZANZAN	Eff	50	5	5	17	2	0	2	0	1	1	0	2
	%	98,00%	9,80%	9,80%	33,30%	3,90%	0,00%	3,90%	0,00%	2,00%	2,00%	0,00%	3,90%
NZI COMOE	Eff	66	5	20	19	1	1	2	0	1	1	1	2
	%	93,00%	7,00%	28,20%	26,80%	1,40%	1,40%	2,80%	0,00%	1,40%	1,40%	1,40%	2,80%
MOYEN COMOE	Eff	34	4	8	12	3	1	2	0	1	0	0	1
	%	97,10%	11,40%	22,90%	34,30%	8,60%	2,90%	5,70%	0,00%	2,90%	0,00%	0,00%	2,90%
AGNEBY	Eff	101	7	28	26	6	1	4	1	0	4	1	8
	%	92,70%	6,40%	25,70%	23,90%	5,50%	0,90%	3,70%	0,90%	0,00%	3,70%	0,90%	7,30%
Total	Eff	2564	408	1189	957	146	53	112	20	46	128	47	194
	%	87,60%	13,90%	40,60%	32,70%	5,00%	1,80%	3,80%	0,70%	1,60%	4,40%	1,60%	6,60%

Pour ce qui est de faire le BCG, cette réponse est la plus mentionnée dans les régions d'Abidjan (48,5%), le N'zi Comoé (46%), le Zanzan (44,8%), le Moyen Comoé (42,7%), l'Agnéby (42,6%), les Lacs (42%), les Montagnes (39,9%), la Vallée du Bandama (38,2%), les Savanes (37,5%), le Denguélé Bafing (33,8%), le Worodougou (32,7%), le Fromager (32,1%), le Moyen Cavally (30,6%) et le Bas Sassandra (30,5%).

Concernant le fait de vivre dans une maison bien aérée et bien ensoleillée, il est plus évoqué dans le Haut Sassandra (4,5%), le Moyen Cavally (3,6%) et la Marahoué (3,6%). Dans les régions de Lagune 2 (40,9%), Lagune 1 (36%) et le Sud Bandama (32,7%), les enquêtés évoquent diverses autres raisons.

### **III.2.2 BCG**

Sur un effectif de 4000 répondants, 2184 (soit 54,6%) connaissent le BCG contre 1816 (soit 45,4%) qui disent le contraire. L'analyse par milieu de résidence s'aligne sur ce constat général. Mais, on note que les individus issus de ces différents milieux affirment dans la même proportion connaître le BCG (respectivement 54,6%). En considérant le sexe du répondant, on remarque que près de 60% des femmes (59,9%) affirment connaître le BCG, contre 40,1% qui disent le contraire. Chez les hommes, ces taux sont respectivement de 51,4% et 48,6%.

Parmi les enquêtés qui affirment connaître le BCG, la majorité le définit généralement comme étant un vaccin (62%) ou encore de façon précise comme étant le premier vaccin fait à l'enfant à la naissance (24,2%). En revanche, une faible proportion d'enquêtés définit le BCG comme étant un médicament pour soigner la tuberculose (1,9%), une maladie (1,5%) ; 10,5%, font allusion à d'autres définitions. La tendance générale est également observée dans les régions sanitaires, puisque dans toutes les régions le BCG est majoritairement défini comme étant le vaccin contre la tuberculose. Par ailleurs, ceux qui le définissent comme étant le premier vaccin à la naissance, se rencontrent essentiellement dans l'Agnéby (40,3%), le Moyen Cavally (37,7%), le Haut Sassandra (30,9%) et Abidjan-communes (29,5%).

Pour ce qui est des populations cibles du BCG les enquêtés citent toute personne (35,7%) et les nouveau-nés (35,6%). 8,5% citent les enfants de moins de 5 ans, 2,6% les adultes, 1,1% les jeunes et enfin 0,6% les femmes enceintes. Ce sont 16% des enquêtés qui disent ne pas avoir de notion sur les populations cibles du BCG.

### **III.2.3. IDR**

Sur un effectif global de 4000 répondants on remarque que c'est seulement 299 soit 7,5% affirment connaître l'IDR contre 92,5% qui soutiennent le contraire. En tenant compte du milieu de résidence, on observe qu'un pourcentage un peu plus élevé d'individus issus du milieu urbain (8%) connaît l'IDR comparativement à ceux du milieu rural (6,1%). En ce qui concerne le genre, on note qu'hommes et femmes ont une faible connaissance de l'IDR, mais le pourcentage de femmes connaissant domine (8,2% contre 6,6% chez les hommes).

La plupart (73,9%) des enquêtés qui affirment connaître l'IDR le définissent comme étant un contrôle/test d'exposition à la tuberculose. 26,1% donnent des définitions erronées, à savoir : rappel de vaccin (8%), rappel de BCG (6%), un médicament pour soigner la tuberculose

(2,7%), autres définitions (9,3%). La réalité au niveau des régions s'aligne sur le constat général qui donne la primauté à la définition « contrôle/test d'exposition à la tuberculose ». Les pics s'observent dans les localités du Fromager (100%), du Worodougou (100%), des Montagnes (100%) et du Moyen Comoé (100%). On observe également des proportions très élevées dans les régions Sud Bandama (90,9%), Vallée du Bandama (90%), Marahoué (87,5%), Haut Sassandra (84,2%), N'zi Comoé (80%), Savanes (75%), Zanzan (74,4%) et Abidjan-commune (72,5%). Les autres régions enregistrent des proportions d'enquêtés définissant l'IDR de cette façon, en dessous de la moyenne.

### **III.3. Connaissance des recours possibles en cas de TB**

#### **III.3.1. CAT/CDT**

##### **III.3.1.1. Définition du CAT**

Sur un effectif de 1694 déclarant savoir ce que c'est qu'un CAT la plupart des enquêtés (89,1%) le définit comme étant le centre antituberculeux. 01% affirment que c'est un lieu où on soigne les tuberculeux. En revanche, 5,9% le définissent autrement, dont 3,8% comme une conduite à tenir, 0,3% comme un centre antitétanique et 1,9% mentionnent diverses définitions erronées. 4% indiquent ne pas savoir.

En tenant compte du milieu de résidence, on note que 89,2% des enquêtés issus du milieu urbain, contre 88,7% des individus résidant en zone rurale, définissent le CAT comme un centre anti tuberculeux. L'analyse selon le genre révèle que 90,1% des hommes contre 88,2% des femmes donnent cette définition.

Les proportions (les plus fortes) observées au niveau des régions s'alignent également sur le constat général, avec un maximum de personnes définissant le CAT comme un centre antituberculeux, dans les régions Lagune 2 (100%), Fromager (93,8%), Haut Sassandra (93,8%), Lacs (93,2%), Moyen Cavally (92,9%), Bas Sassandra (91,7%), Montagnes (90,2%), Lagune 1 (90,2%), Abidjan-Commune (89,5%), Zanzan (89,5%), N'zi Comoé (88%), Worodougou (87,5%), Sud Bandama (87,3%), Moyen Comoé (87%), Denguélé Bafing (86,4%), Sud Comoé (86,1%), Savanes (85,5%), Agnéby (85,5%), Vallée du Bandama (82,6%) et Marahoué (81%).

##### **III.3.1.2. Définition du CDT**

S'agissant du CDT, le constat général qui est établi est que sur un effectif de 309 individus qui déclarent connaître ce que c'est, la plupart (81,6%) le définissent comme étant un Centre de Dépistage et de Diagnostic contre 14,6% qui évoquent l'idée d'un hôpital. 3,8% donnent une définition erronée ou ne savent pas.

En ce qui concerne le milieu de résidence, on note qu'en milieu urbain, 82,1% des enquêtés le définissent comme un centre de dépistage et de traitement contre 14,1% qui le définissent comme un hôpital. En milieu rural, ce sont plutôt 80% qui disent qu'il s'agit d'un centre de traitement et de dépistage contre 16% qui font allusion à un hôpital.

Pour ce qui est du genre, on remarque que 83,2% d'hommes définissent le CDT comme le centre de dépistage ou de traitement de la tuberculose contre 16% qui le définissent comme un hôpital. En ce qui concerne les femmes, ce sont 80,3% d'entre elles qui le définissent comme



un centre de dépistage et de traitement contre 13,5% qui le définissent comme étant un hôpital.

La tendance générale montrant une ascendance de la réponse « Centre de Dépistage et de Diagnostic » est également observée au niveau des régions, avec un pic dans les régions Lagune 2 (100% d'enquêtés qui définissent comme étant un Centre de Dépistage et de Diagnostic), Sud Bandama (100%) et de la Marahoué (100%).

### **III.3.1.3. Localisation du CAT/CDT**

Sur un effectif total de 4000 enquêtés, seulement 969 soit 24,2% affirment savoir dans quel lieu se trouve le CAT/CDT de leur localité. 75,8% ne le savent pas. L'analyse par milieu de résidence révèle, que 24,6% des enquêtés issus du milieu urbain contre 23,3% pour ceux qui résident en zone rurale, affirment connaître le lieu où se trouve logé le CAT/CDT. S'agissant du genre, on note que 27,1% d'hommes contre 21,7% des femmes, déclarent connaître le lieu d'existence du CAT/CDT dans leur localité.

Cette tendance générale est respectée à l'intérieur de toutes les régions sanitaires. Toutefois, les personnes qui n'ont aucune connaissance de la situation géographique du CAT/CDT, se trouvent beaucoup plus dans les régions de Lagune 1 (92,4%), du Moyen Cavally (87%), de Lagune 2 (87%), du Sud Bandama (85,1%), du Bas Sassandra (84,7%), de l'Agnéby (84,5%), du Sud Comoé (81,4%), de la Marahoué (79,8%), du Zanzan (78,3%), de la Vallée du Bandama (77,3%), des Montagnes (76,6%), des Savanes (76,5%), du Denguélé Bafing (72,8%), d'Abidjan-Commune (70,9%) et du N'zi Comoé (70,7%).

Les enquêtés qui ont une connaissance de la localisation du CAT/CDT de leur localité, proviennent majoritairement des régions du Fromager (45%), du Haut Sassandra (42,6%), des Lacs (31,5%), du Moyen Comoé (30,9%) et du Worodougou (30,4%) (tableau 12).

### **III.3.1.4. CAT/CDT : lieux de recours possibles en cas de toux persistante**

En cas de toux persistante ou qui dure plus de deux semaines, la majorité des enquêtés affirment qu'il faut se rendre à l'hôpital (76,5%) ; 18,3% mentionnent le CAT/CDT.

L'analyse par milieu de résidence, révèle que les populations citadines mentionnent plus le CAT/CDT (19%), comparativement à ceux des villages (16,4%). Quant au genre, on note qu'en cas de toux persistante, 19,7% d'hommes contre 17,1% de femmes, soutiennent qu'il faut se rendre au CAT/CDT pour faire un dépistage.

L'analyse par région s'aligne également sur la tendance observée au niveau général. Dans toutes les régions, la plupart des enquêtés évoquent le recours à l'hôpital. Les populations qui mentionnent en majorité le recours au CAT/CDT proviennent surtout des régions des Lacs (28,5%), du Fromager (26,7%), de la Vallée du Bandama (24,3%), du Moyen Cavally (24%), du Nzi Comoé (23,6%), du Worodougou (22,8%) et du Moyen Comoé (20,2%) (tableau 13).

**Tableau 12 : Répartition des enquêtés selon leur capacité à identifier le siège du CAT/CDT dans leur localité**

	OUI		NON		TOTAL	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
ABIDJAN	232	29,1	565	70,9	797	100
SUD COMOE	18	18,6	79	81,4	97	100
LAGUNE 1	13	7,6	157	92,4	170	100
LAGUNE 2	10	13,0	67	87,0	77	100
SUD BANDAMA	29	14,9	166	85,1	195	100
FROMAGER	59	45,0	72	55,0	131	100
WORODOUGOU	24	30,4	55	69,6	79	100
MONTAGNES	57	23,4	187	76,6%	244	100
DENGUELE BAFING	22	27,2	59	72,8%	81	100
MOYEN CAVALLY	20	13,0	134	87,0%	154	100
VALLEE DU BANDAMA	72	22,7	245	77,3%	317	100
SAVANES	51	23,5	166	76,5%	217	100
LACS	52	31,5	113	68,5%	165	100
MARAHOUÉ	26	20,2	103	79,8%	129	100
HAUT SASSANDRA	92	42,6	124	57,4%	216	100
BAS SASSANDRA	53	15,3	294	84,7%	347	100
ZANZAN	35	21,7	126	78,3%	161	100
N'ZI COMOE	51	29,3	123	70,7%	174	100
MOYEN COMOE	29	30,9	65	69,1%	94	100
AGNEBY	24	15,5	131	84,5	155	100
Total	969	24,2	3031	75,8	4000	100

**Tableau 13 : Répartition des enquêtés selon leur connaissance des recours possibles en cas de toux persistante**

	Aller à la pharmacie		Aller à l'hôpital		Aller au CAT/CDT pour faire un dépistage		Aller chez le tradi-praticien		Ne fais rien		Autres		NSP		Total	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
ABIDJAN	2	0,3	583	73,1	147	18,4	0	0,0	3	0,4	43	5,4	19	2,4	797	100
SUD COMOE	0	0,0	85	87,6	11	11,3	0	0,0	1	1,0	0	0,0	0	0,0	97	100
LAGUNE 1	0	0,0	145	85,3	11	6,5	2	1,2	3	1,8	4	2,4	5	2,9	170	100
LAGUNE 2	0	0,0	66	85,7	3	3,9	2	2,6	1	1,3	4	5,2	1	1,3	77	100
SUD BANDAMA	0	0,0	169	86,7	20	10,3	0	0,0	1	0,5	2	1,0	3	1,5	195	100
FROMAGER	0	0,0	96	73,3	35	26,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	131	100
WORODOUGOU	0	0,0	59	74,7	18	22,8	0	0,0	0	0,0	2	2,5	0	0,0	79	100
MONTAGNES	0	0,0	173	70,9	57	23,4	2	0,8	2	0,8	5	2,0	5	2,0	244	100
DENGUELE	0	0,0	64	79,0	14	17,3	0	0,0	0	0,0	2	2,5	1	1,2	81	100
BAFING																
MOYEN CAVALLY	1	0,6	109	70,8	37	24,0	1	0,6	3	1,9	2	1,3	1	0,6	154	100
VALLEE DU BANDAMA	0	0,0	235	74,1	77	24,3	1	0,3	0	0,0	3	0,9	1	0,3	317	100
SAVANES	0	0,0	159	73,3	53	24,4	1	0,5	2	0,9	2	0,9	0	0,0	217	100
LACS	0	0,0	103	62,4	47	28,5	0	0,0	3	1,8	7	4,2	5	3,0	165	100
MARAHOUÉ	0	0,0	106	82,2	12	9,3	0	0,0	0	0,0	4	3,1	7	5,4	129	100
HAUT SASSANDRA	1	0,5	180	83,3	28	13,0	0	0,0	0	0,0	3	1,4	4	1,9	216	100
BAS SASSANDRA	2	0,6	260	74,9	52	15,0	1	0,3	1	0,3	14	4,0	17	4,9	347	100
ZANZAN	0	0,0	133	82,6	27	16,8	1	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	161	100
N'ZI COMOE	1	0,6	131	75,3	41	23,6	1	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	174	100
MOYEN COMOE	0	0,0	75	79,8	19	20,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	94	100
AGNEBY	0	0,0	130	83,9	23	14,8	0	0,0	0	0,0	1	0,6	1	0,6	155	100
TOTAL	7	0,2	3061	76,5	732	18,3	12	0,3	20	0,5	98	2,5	70	1,8	4000	100

### **III.3.2. Le traitement reçu au CAT/CDT**

#### **III.3.2.1. Possibilité de guérir après un traitement reçu au CAT/CDT**

La quasi totalité des populations enquêtées (89,2%) affirment qu'on peut guérir complètement de la tuberculose après un traitement reçu au CAT. 4,9% disent le contraire et 5,9% affirment ne pas savoir s'il est possible de guérir de la tuberculose. En considérant le milieu de résidence, on remarque que 89,9% des enquêtés issus du milieu urbain soutiennent qu'il est possible de guérir après un traitement reçu au CAT/CDT contre 87,3% pour ceux du milieu rural. L'analyse selon le genre, montre que 89,6% des femmes et 88,7% des hommes soutiennent qu'il est possible de guérir de la tuberculose après un traitement reçu au CAT/CDT.

Ce constat est également observé dans la plupart des régions. Toutefois, dans la région du Bas Sassandra, 10,4% des enquêtés affirment qu'il n'est pas possible de guérir de la tuberculose après un traitement reçu au CAT. Les enquêtés qui ne savent pas qu'il est possible de guérir après un traitement reçu au CAT, s'observent le plus dans les régions Agnéby (19,4%), Lagune 2 (13%), Lagune 1 (12,4%), Fromager (12,2%), Zanzan (10,6%) et N'Zi Comoé (10,3%).

#### **III.3.2.2. Durée du traitement**

Plus de la moitié des enquêtés (62,7%) affirment que la durée du traitement normal de la tuberculose est de 6 mois. Néanmoins 21% disent ne pas connaître cette durée, 12,4% affirment que le traitement de la TB dure moins de 6 mois, une proportion assez faible (4%) mentionne des durées au-delà de 7 mois (entre 7 et 8 mois : 0,8% ; 9 mois : 0,3% ; 9 mois et plus : 2,9%). En tenant compte du milieu de résidence, on note que 63% des enquêtés issus des zones urbaines contre 61,9% de ceux qui résident en milieu rural, affirment que la durée normale du traitement est de 6 mois. L'analyse par genre révèle que 65,2% des femmes contre 59,9% chez les hommes, affirment que la durée normale du traitement de la tuberculose est de 6 mois.

Le constat effectué au niveau des régions rejoint la tendance générale. En effet, plus de la moitié des répondants dans les régions affirment que la durée normale du traitement de la tuberculose est de 6 mois. C'est la région des Lacs (20%), qui enregistre la plus grande proportion d'enquêtés affirmant que le traitement dure moins de 6 mois. Par ailleurs, on relève que les populations qui ne savent pas la durée normale du traitement se rencontrent généralement dans les régions Lagune 1 (34,1%), Haut Sassandra (27,8%), Fromager (24,4%), Lagune 2 (23,4%), Marahoué (23,3%), Abidjan-Commune (22,7%), Sud Agnéby (22,6%), Vallée du Bandama (22,4%), Bandama (21%) et Lacs (20,6%).

### **III.4. Connaissance des personnes vulnérables à la TB**

En ce qui concerne la vulnérabilité, les répondants citent d'abord « tout le monde » (37,9%), ensuite les consommateurs de tabac (24,3%). Les personnes infectées par le VIH, sont évoquées en troisième position (18%). Ensuite suivent les personnes vivant dans un environnement malpropre (13,4%). Enfin, sont cités les consommateurs d'alcool (11,3%), les personnes vivant dans la promiscuité (0,7%) et celles dont les habitations n'ont pas d'aération

(0,4%). Des enquêtés évoquent d'autres personnes vulnérables avec un taux de 19,8%, à savoir les personnes âgées, le personnel médical et toute autre personne en contact avec les tuberculeux.

L'analyse par milieu de résidence, s'aligne sur les constats sus effectués. Ainsi, on note que 38,2% des individus issus du milieu urbain citent « tout le monde » contre 37,1% pour le milieu rural. De façon particulière, on remarque que les enquêtés issus du milieu urbain citent également dans des proportions un peu plus importantes les consommateurs de tabac (25,1%), les personnes vivant avec le VIH (18,7%), les personnes vivant dans un environnement sale (13,5%) ou dans la promiscuité (0,7%). En revanche, ceux du milieu rural mentionnent les consommateurs d'alcool (12,4%) et les personnes vivant dans des habitations n'ayant pas d'aération (0,7%). Egalement, ils citent d'autres types d'individus à hauteur de 22,7%. Il s'agit des personnes âgées, du personnel médical et toute autre personne en contact avec les tuberculeux. Pour ce qui est du genre, il ressort que tant les hommes que les femmes évoquent en grand nombre l'item « Tout le monde ». Toutefois, le pourcentage enregistré par les femmes (40,1%) domine celui des hommes (35,3%).

L'analyse par région fait apparaître que les enquêtés qui citent les consommateurs de tabac se retrouvent majoritairement dans les régions Moyen Cavally (50%), Lagune 2 (36,4%) et Denguélé-Bafing (29,6%). Quant à ceux qui avancent que toute personne est vulnérable à la tuberculose, on les retrouve prioritairement dans la Vallée du Bandama (46,1%), le Haut Sassandra (45,8%), les Savanes (43,3%), le Bas Sassandra (42,9%), les Montagnes (39,3%), l'Agnéby (38,7%), à Abidjan (38,4%), dans les Lacs (38,2%), les Lagunes 1 (37,6%), la Marahoué (37,2%), le Sud Comoé (37,1%), le Sud Bandama (36,4%), le Fromager (35,9%), le Zanzan (35,4%), le Moyen Comoé (34%), le Worodougou (32,9%) et le N'zi Comoé (29,9%),

Parlant des personnes atteintes par le VIH, elles sont plus mentionnées par les enquêtés du Moyen Cavally (29,9%), d'Abidjan (24,2%) et de la Marahoué (24%).

En ce qui concerne les consommateurs d'alcool, ils sont fréquemment cités dans les régions Moyen Cavally (31,2%), Lagune 2 (27,3%) et Montagnes (24,2%). L'allusion faite à l'environnement pollué est notée par les enquêtés du Worodougou (22,8%), du Denguélé-Bafing (22,2%) et du Moyen Cavally (21,4%). Enfin, pour ce qui est de la promiscuité et du manque d'aération, ces éléments sont plus évoqués pour l'un, dans la Marahoué (3,1%) et pour l'autre dans les régions de l'Agnéby (2,6%) et du Bas Sassandra (2%).

### **III. 5. Déterminants des connaissances**

#### **III.5.1. Appréciation du niveau de connaissance des individus enquêtés<sup>11</sup>**

Dans l'ensemble, on constate que 29,6% ont une bonne connaissance de la tuberculose. 68,2% ont une connaissance moyenne et 2,2% ont une faible connaissance de la tuberculose (Voir annexe 4).

En tenant compte du milieu de résidence, on relève que 29,7% des citadins contre 29,5% des individus résidant en milieu rural ont une bonne connaissance de la tuberculose. Pour ce qui est du genre, on note que le pourcentage des hommes ayant une bonne connaissance (32,7%) domine celui des femmes (26,9%). La tendance générale révélant une faible proportion des personnes ayant une bonne connaissance de la TB est également observée dans toutes les régions sanitaires (carte 1).

#### **III.5.2. Déterminants individuels**

Les croisements effectués entre l'indicateur intégré de connaissance (Bonne connaissance, connaissance Moyenne et Faible connaissance) avec les paramètres Sexe ( $p=15,66$ ), Age ( $p=1,99$ ), Profession ( $p=20,1$ ), Niveau d'instruction ( $p=27,62$ ), Statut résidentiel ( $0,38$ ) de l'enquêté, n'ont pas donné de résultats significatifs.

En revanche, le croisement effectué avec le paramètre durée de résidence donne un résultat positif ( $p=0,00$ ). Celui-ci montre, que les personnes ayant une bonne connaissance de la tuberculose sont généralement celles qui résident dans la localité depuis 1 à 4 ans (32,9%) contre 29,8% pour les 10 ans et plus, 27% pour les 5 à 9 ans et 26,8% pour les moins de un an.

Parmi les enquêtés résidant dans leur localité depuis 1 à 4 ans, l'analyse par régions montre que les populations ayant une bonne connaissance proviennent majoritairement de la Marahoué (53,8%), du Fromager (45%), du Moyen Comoé (44,4%), du Bas Sassandra (43,4%) et des Montagnes (41,4%) (annexe 5).

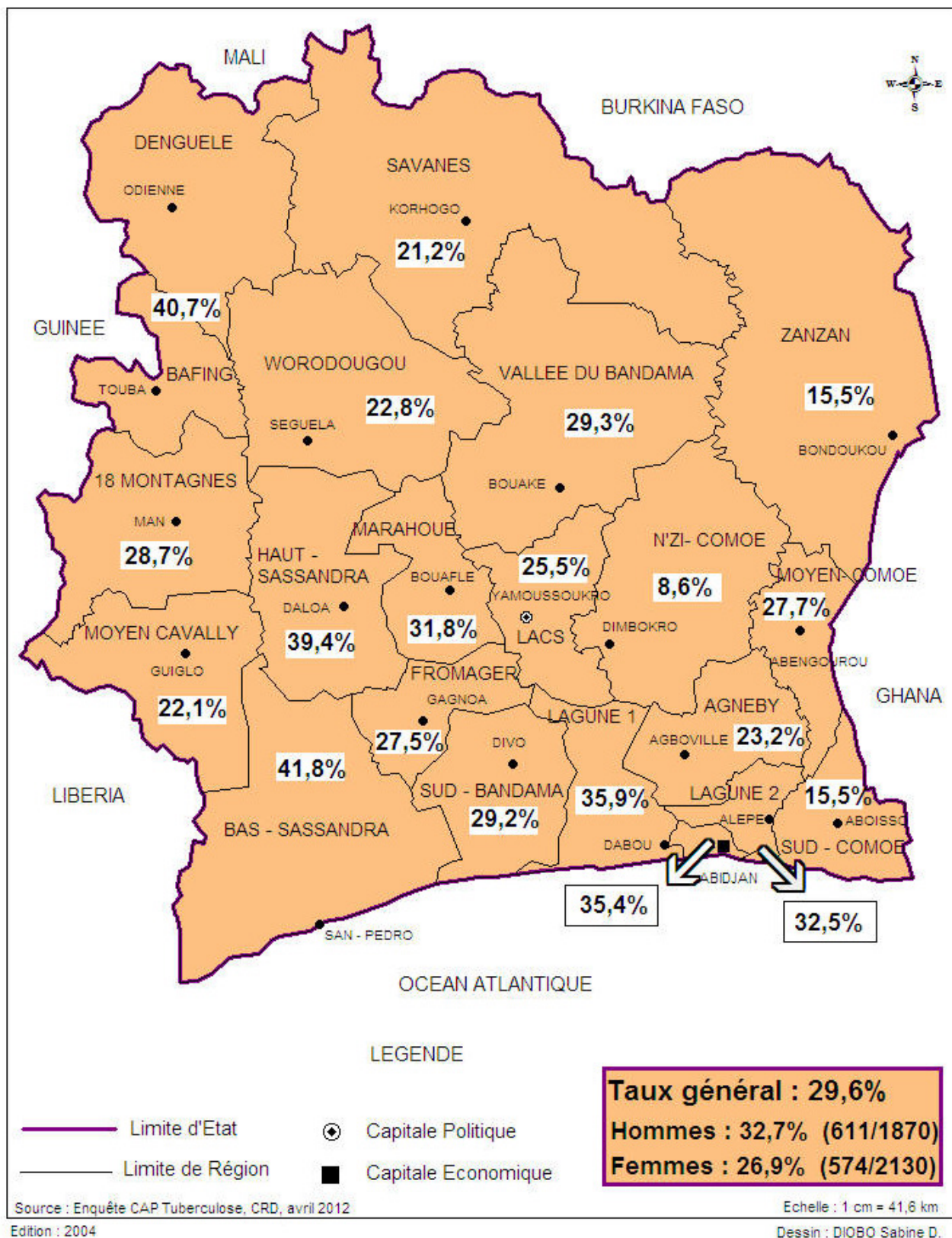
#### **III.5.3. Déterminants collectifs**

Les croisements effectués entre ce même indicateur et le milieu de vie ( $p=0,53$ ), le niveau de vie économique du ménage de l'enquêté ( $p=0,34$ ), le type d'aération des habitations ( $p=2,23$ ), l'ensoleillement de la maison ( $p=1,74$ ), l'environnement immédiat de l'habitation ( $p=2,30$ ) et le nombre de personnes par pièces ( $0,28$ ) ne sont pas significatifs.

---

<sup>11</sup> L'indicateur composite de degré de connaissance a été conçu en utilisant les indicateurs : connaissance des modes de transmission, connaissance des symptômes, connaissance des causes de vulnérabilité, connaissance des modes d'évitement de la TB.

L'appartenance à un niveau de connaissance dépend du nombre de points total obtenu. Ceux qui ont donc un grand score sont les enquêtés qui ont réalisé des bons scores dans les quatre indicateurs à savoir celui de la connaissance des modes de transmission, de la connaissance des symptômes, de la vulnérabilité et des modes d'évitement de la maladie (Voir annexe 4).



**Carte 1 :** Personnes ayant une bonne connaissance de la tuberculose par région

## Encadré 1 : Regard sur les aspects qualitatifs des connaissances

### • Professionnels de la santé

Les professionnels de la santé rencontrés sont des agents bien engagés dans la lutte et la prise en charge de la TB depuis en moyenne 15 ans (plus de 20 ans pour les plus anciens et 2 ans pour les nouveaux). De nombreuses formations (sur les plans international avec l'UICMTR au Bénin et national avec le PNLT) dans le domaine leur ont permis d'acquérir une parfaite maîtrise des techniques de dépistage, de traitement et des informations à diffuser sur la TB. Ils ont une parfaite connaissance de l'agent pathogène, notamment le bacille de Koch ainsi que les différentes formes : tuberculose pulmonaire et tuberculose extra pulmonaire. Au niveau des causes, bien qu'elles soient dans l'ensemble très connues des soignants, certains notamment les infirmiers, confondent les facteurs favorisants tels que la promiscuité et le tabac à la cause de la tuberculose.

Concernant les notions relatives à la prise en charge de la tuberculose telles que la DOTS, Halte à la tuberculose et le CDIP, nombreux sont les soignants qui sont restés assez évasifs. Sur ce dernier point, certains insistent pour dire qu'ils ont l'obligation morale de demander au patient de faire son test de VIH/sida. D'autres par contre n'hésitent pas à appliquer le CDIP de façon obligatoire. Bien que les professionnels savent tous le lien important qui existe entre le VIH/sida et la tuberculose, cause sous-jacente de la maladie, ils citent d'autres pathologies notamment le diabète, la consommation excessive de médicaments immunodépresseurs, le stress, la malnutrition, etc.

En matière de demande en formation, les souhaits ont majoritairement été formulés par les infirmiers. Ceux-ci concernent le besoin de renforcement des capacités en gestion d'un CDT, en gestion des ressources humaines (certains disent ne pas savoir le contenu du paquet minimum d'activités des bénévoles qui collaborent avec les CAT/CDT), en prévention des différentes formes de stigmatisation liées à la tuberculose.

### • Malades/ anciens malades

Les malades et anciens malades interrogés au cours des focus groups connaissent le nom du CAT où ils sont pris en charge. Ils le désignent par le nom exact ou par un nom où figure un terme qui rappelle la tuberculose (exemple : centre tuberculeux), par un nom local *sôkôsôkô bola* en malinké (la maison de la toux). D'autres encore désignent le centre par l'ancienne appellation de « Grandes Endémies », par le nom d'un repère mitoyen (PMI, CHU).

Contrairement aux malades des CAT qui connaissent relativement bien le nom de leur centre de prise en charge, ceux des CDT ne connaissent en général que le nom de la structure au sein de laquelle celui-ci est logé (Hôpital, Grandes Endémies, etc.). La majorité de ceux qui sont pris en charge dans un CAT ou un CDT ne l'ont connu qu'après avoir contracté la maladie. Soit, ils en ignoraient complètement l'existence soit ils n'en avaient qu'une connaissance visuelle (pour les CAT surtout) sans savoir exactement ce qu'on y fait. Ou encore, ils savaient qu'il existe un tel centre dans la localité, mais ne savaient pas exactement où il se situait.



La plupart des malades n'ont pas eu recours au CAT ou au CDT au début de la maladie. Ils ont d'abord traité une autre maladie : paludisme, toux ou fièvre typhoïde.

*« Moi j'étais à Abidjan et puis ça a commencé. Mais je ne savais pas que c'était la tuberculose. Certains me disaient que c'est palu, d'autres disaient que c'est fièvre typhoïde. Je suivais les traitements mais ça n'allait pas, je maigrissais seulement. C'est là on m'a dit de venir à Man ici, au village je vais faire médicament traditionnel aussi. Et malgré le fait que je fais médicament traditionnel ça n'allait pas, je maigrissais seulement. C'est là on m'a dit de venir voir ici (CAT), si y a pas autre maladie à côté. Quand je suis venu, ils m'ont contrôlé, ils ont pris mon crachat et ils ont regardé. Y a pas la tuberculose dedans mais ma poitrine là, y a des trous trous dedans. C'est ça le docteur m'a donné traitement de 10 jours. Quand c'est fini, je suis venu encore. Ils ont pris mon crachat et ils ont regardé. Ils n'ont rien vu, c'est ça ils ont dit ils vont me mettre sous traitement ».* **Participant à un Focus Group, Man.**

Si certains ont d'abord commencé par l'automédication, les médicaments de rue ou des médicaments traditionnels, d'autres ont eu recours à des hôpitaux et cliniques. Rares sont les malades qui se sont adressés en premier recours à un CAT ou un CDT dès les premiers signes. Ils n'y viennent que lorsqu'il n'y a pas d'amélioration et que leur état de santé s'empire. Le recours à un CAT ou CDT se fait sur conseil d'un professionnel de santé à la suite d'exams médicaux, d'un proche (voisin, ami, responsable spirituel, collègue), d'un membre de la famille ou d'un ancien malade. Les nombreuses prises en charge tardives montrent que la maladie (les symptômes) n'est pas suffisamment connue par les populations.

Concernant la durée du traitement, les malades en ont une parfaite connaissance. D'ailleurs, ils pensent tous qu'on ne peut guérir au bout de deux semaines à un mois de traitement mais plutôt au bout d'un traitement bien suivi qui dure 6 mois. Ils fondent leur position principalement sur les explications fournies par le médecin du CAT ou de l'infirmier du CDT. Certains ajoutent même que, si au bout d'un certain temps après la prise des médicaments, on ne tousse plus, si la maladie se calme, on ne peut pas dire qu'on est guéri, parce que le microbe lui reste dans le corps. Si on interrompt le traitement la maladie resurgit. Il faut donc continuer le traitement sans laisser de jour pour que le microbe disparaisse de l'organisme.

*« Quand je suis venu ici, le docteur m'a dit, ce médicament on le prend chaque jour et chaque matin, ne pas manquer un jour jusqu'à sur 6 mois. Et si je manque un jour, en tout cas le traitement sera dur. Donc moi qui suis là, je toussais beaucoup, je sais qu'on m'a donné les médicaments je ne tousse plus comme avant. Je ne peux pas dire je suis guéri parce qu'on m'a dit si je manque un jour le traitement sera dur encore. Donc je dois continuer jusqu'à 6 mois. »* **Participant Focus Group, Guiglo.**

- **Commentaire relatif aux connaissances**

Les résultats de cette étude montrent que la toux apparaît comme le principal mode de transmission de la tuberculose parmi toutes celles qui ont été citées. En réalité, pour les populations (quel que soit le sexe et le milieu de résidence), la proximité avec une personne atteinte et qui tousse est un facteur de contamination. En dehors de ce facteur, les populations n'arrivent pas à identifier le Bacille de Koch (BK) comme étant la cause exacte de cette pathologie. En revanche, la toux persistante, l'amaigrissement, le crachat dans le sang ainsi que les douleurs ressenties au niveau de la poitrine se présentent comme les principaux signes à partir desquels elles soupçonnent la tuberculose.

De plus, son caractère contaminant et la méconnaissance des causes exactes de cette pathologie, poussent les populations à l'appréhender comme une maladie extrêmement dangereuse, à laquelle toute personne est exposée. Ce caractère grave de la tuberculose tel que perçu par les populations rejoint la vision de l'OMS selon laquelle une personne dépistée TPM+ non traitée contamine en moyenne 10 à 15 personnes par an.

Les populations enquêtées (surtout les hommes) s'accordent à reconnaître qu'il est possible d'éviter la tuberculose par l'adoption de règles de vie et d'hygiène, notamment la non utilisation des mêmes récipients qu'un malade tuberculeux et l'évitement de contacts directs avec un tuberculeux. Il ne s'agit pas d'un rejet du malade mais de dispositions personnelles en vue de ne pas entrer en contact avec l'agent pathogène contenu dans le crachat. D'ailleurs, ces dispositions sont celles prodiguées par le personnel soignant.

Cette étude fait ressortir également que les populations n'ont pas une grande connaissance des CAT et CDT tant chez les individus des deux sexes que selon le milieu de résidence. Cela semble lié au fait que ces structures sont logées pour la plupart dans l'enceinte des hôpitaux généraux, services de grandes endémies, CHR, bureaux de districts sanitaires. Ce qui ne facilite pas toujours une nette distinction, au niveau des populations, des activités effectuées dans ces structures spécialisées. De plus, quand bien même les populations ont connaissance de l'existence de structures (CAT/CDT) chargées d'assurer la prise en charge médicale de la tuberculose, le recours à celles-ci n'est pas systématique. Pour elles, le premier recours en cas de toux persistante est plutôt un hôpital général quitte à ce que de là-bas elles soient orientées vers les structures spécialisées. Ou encore, le recours est effectué sur conseil d'un proche. Cette situation est sans doute liée aussi aux symptômes de la tuberculose qui s'apparentent à ceux d'autres pathologies, en l'occurrence le paludisme, la fièvre typhoïde, l'anémie, etc.

En ce qui concerne le traitement, au-delà du caractère contraignant lié à la prise quotidienne des comprimés à jeun (pendant six mois), et de certains effets secondaires observés (démangeaisons, douleurs articulaires, vomissements, etc.), les populations sont toutes favorables à son suivi jusqu'à terme. Elles s'accordent pour généralement à reconnaître l'efficacité du traitement reçu au CAT/CDT. D'ailleurs, la plupart en ont une assez bonne connaissance de la durée normale du traitement. De façon spécifique, les femmes en ont une meilleure connaissance comparativement aux hommes. De même que les citadins comparativement aux ruraux.

Pour ce qui est des professionnels de la santé, on note que la longue expérience de pratique leur confère une bonne connaissance des causes et des symptômes de cette maladie. A cela, il faut ajouter les formations continues reçues tout au long de leur parcours professionnels. Toutefois, les difficultés dans l'application de la stratégie DOTS (notamment le manque de suivi communautaire des malades sous traitement pour motif d'interruption des activités des ONG faute de financements) suscitent des inquiétudes chez les praticiens en ce qui concerne la réussite du traitement de première ligne (celui de 6 mois), et l'apparition de souches multi résistantes de BK face aux traitements.

## Chapitre IV : Attitudes relatives à la tuberculose

### IV.1. Attitudes des individus enquêtés

#### IV.1.1. Attitudes face à une toux persistante

Sur un effectif de 4 000 adultes âgés de 18 ans et plus interrogés, 3861 soit 96,5% sont favorables à l'idée de se rendre dans un CAT pour faire une analyse de crachat en cas de toux prolongée. Parmi eux, 69,4% sont très favorables et 27,1% ne sont que favorables. La tendance générale se confirme quel que soit le milieu de résidence de l'enquêté. Toutefois, le pourcentage enregistré en milieu urbain (96,9%) est légèrement supérieur à celui du milieu rural (95,5%). En ce qui concerne le genre, on note que 96,8% d'hommes sont favorables contre 96,3% chez les femmes. Dans cinq régions sanitaires, la quasi totalité des enquêtés a une opinion très favorable. Ce sont : le Zanzan (98,1%), les Lacs (97,6%), le N'zi Comoé (97,1%), le Moyen Comoé (96,8%) et la Vallée du Bandama (95,6%). En revanche, dans les régions du Sud Bandama (65,6%), Lagune 1 (64,7%) et Lagune 2 (53,2%), les proportions des adultes qui sont juste favorables à cette idée dominent celles des personnes qui sont très favorables.

En ce qui concerne l'opinion « pas du tout favorable », on relève que ce sont les régions Lagune 2 (5,2%) et Savanes (5,1%), qui enregistrent des pourcentages au-delà de la moyenne générale (1,4%) (tableau 14).

#### IV.1.2. Attitudes face à l'idée de conduire un proche tuberculeux à l'hôpital

La plupart des enquêtés sont favorables à l'éventualité de conduire un proche tuberculeux à l'hôpital (96%). Parmi eux, 60,5% sont très favorables et 35,5% favorables. En ce qui concerne spécifiquement les individus qui sont très favorables, l'analyse par milieu de résidence montre une domination du milieu urbain (61,6%) par rapport au milieu rural (57,5%). Quant à la différence entre hommes et femmes, on relève que les femmes ayant affirmé être très favorables (61%) enregistrent une proportion plus importante que celle des hommes (59,9%). Au niveau des régions, ce sont celles du Moyen Comoé (91,5%), des Lacs (90,9%) et du Zanzan (90,7%) qui enregistrent les taux les plus élevés de personnes très favorables. Cependant, quand il s'agit des personnes qui ne sont pas du tout favorables à accompagner à l'hôpital, quelqu'un de leur entourage souffrant de la tuberculose, on note que les régions des Savanes (6,5%) et de l'Agnéby (4,5%) ont les proportions les plus considérables.

#### IV.1.3. Disposition à partager la même chambre qu'un malade tuberculeux

On note une prédominance des individus qui ne sont pas du tout favorables à l'idée de partager la même pièce de couchage avec un parent ou ami tuberculeux (50,4%). Suivent ensuite les enquêtés très favorables (19,5%) et ceux qui sont favorables (17,2). La proportion de personnes ayant donné un avis plus ou moins favorable est de 13%. En milieu urbain, on constate que les enquêtés ayant affirmé ne pas être du tout favorables à l'idée de partager la

même chambre qu'un parent tuberculeux dominant (50,9%), comparativement au milieu rural (49%). La majorité des hommes (51,2%) n'est pas favorable ; ce taux est 49,6% chez les femmes. Les pics des enquêtés n'étant pas du tout favorables sont enregistrés dans les régions du Moyen Comoé (67%), Sud Comoé (63,9%), Vallée du Bandama (63,4%), Agnéby (63,2%) et du Fromager (62,6%). Toutefois, on remarque que dans certaines localités, les personnes interrogées, qui affirment être capables de dormir dans la même chambre qu'un tuberculeux (très favorable et favorable) dominant. Ce sont : la Marahoué (56,6%), le Bas Sassandra (55,9%), le Haut Sassandra (53,7%), les Montagnes (51,6%) et le Worodougou (50,6%).

**Tableau 14** : Répartition des enquêtés selon leur attitude face à l'idée de l'examen de crachat en cas de toux prolongée

Région		Toux prolongée ou qui dure, ferez-vous une analyse de crachat ?				Total
		Très favorable	Favorable	Plus ou moins favorable	Pas du tout favorable	
ABIDJAN	Effectif	554	226	17	0	797
	%	69,5%	28,4%	2,1%	0%	100%
SUD COMOE	Effectif	53	33	8	3	97
	%	54,6%	34,0%	8,2%	3,1%	100%
LAGUNE 1	Effectif	48	110	8	4	170
	%	28,2%	64,7%	4,7%	2,4%	100%
LAGUNE 2	Effectif	30	41	2	4	77
	%	39,0%	53,2%	2,6%	5,2%	100%
SUD BANDAMA	Effectif	48	128	12	7	195
	%	24,6%	65,6%	6,2%	3,6%	100%
FROMAGER	Effectif	87	37	6	1	131
	%	66,4%	28,2%	4,6%	0,8%	100%
WORODOUGOU	Effectif	39	40	0	0	79
	%	49,4%	50,6%	0%	0%	100%
MONTAGNES	Effectif	132	111	1	0	244
	%	54,1%	45,5%	0,4%	0%	100%
DENGUELE BAFING	Effectif	40	39	1	1	81
	%	49,4%	48,1%	1,2%	1,2%	100%
MOYEN CAVALLY	Effectif	87	63	1	3	154
	%	56,5%	40,9%	0,6%	1,9%	100%
VALLEE DU BANDAMA	Effectif	303	7	4	3	317
	%	95,6%	2,2%	1,3%	0,9%	100%
SAVANES	Effectif	193	8	5	11	217
	%	88,9%	3,7%	2,3%	5,1%	100%
LACS	Effectif	161	2	0	2	165
	%	97,6%	1,2%	0%	1,2%	100%
MARAHOUE	Effectif	84	42	3	0	129
	%	65,1%	32,6%	2,3%	0%	100%
HAUT SASSANDRA	Effectif	156	60	0	0	216
	%	72,2%	27,8%	0%	0%	100%
BAS SASSANDRA	Effectif	208	126	6	7	347
	%	59,9%	36,3%	1,7%	2,0%	100%
ZANZAN	Effectif	158	2	1	0	161
	%	98,1%	1,2%	0,6%	0%	100%
N'ZI COMOE	Effectif	169	3	0	2	174
	%	97,1%	1,7%	0%	1,1%	100%
MOYEN COMOE	Effectif	91	0	1	2	94
	%	96,8%	0%	1,1%	2,1%	100%
AGNEBY	Effectif	136	6	8	5	155
	%	87,7%	3,9%	5,2%	3,2%	100%
Total	Effectif	2777	1084	84	55	4000
	%	69,4%	27,1%	2,1%	1,4%	100%

#### **IV.1.4. Attitude face à l'idée d'habitation commune avec un tuberculeux**

Plus de trois quarts des personnes âgées de 18 ans et plus interrogées, affirment que l'on doit accepter de vivre avec un malade tuberculeux (83,1%) ; 17% donnent un avis contraire. La domination des individus favorables est confirmée quel que soit le milieu de résidence des enquêtés (urbain : 83,2% ; rural : 82,6%), et le genre (femmes : 83,4% ; hommes : 82,6%). L'analyse par région sanitaire montre que celles du Sud Comoé (91,8%), des Savanes (90,3%) et du Zanzan (90,1%) enregistrent des taux nettement supérieurs à la moyenne générale. La plus faible proportion s'observe au niveau de la région du Moyen Cavally (62,3%).

#### **IV.1.5. Rejet de malades tuberculeux dans l'entourage**

La plupart des enquêtés estiment que les malades de la tuberculose ne sont pas rejetés dans l'entourage (64,9%). Ceux qui ne savent pas s'il y a des rejets au sein de la communauté atteignent 31,8%. Les personnes ayant répondu par l'affirmative ne représentent que 3,4%. En milieu urbain, ce sont 65,5% des enquêtés qui affirment que les tuberculeux ne subissent aucun rejet. Ce taux est de 63,2% pour le milieu rural. En ce qui concerne la différence entre hommes et femmes, on note que 65,8% des hommes contre 64% des femmes soutiennent qu'il n'y a pas de rejet des tuberculeux dans la communauté. Les régions qui enregistrent les proportions les plus élevées d'enquêtés ayant mentionné un rejet des malades tuberculeux dans leur entourage, sont celles de Lagune 1 (7,1%), Lagune 2 (6,5%), Sud Bandama (6,2%), Moyen Comoé (5,2%) et de l'Agnéby (5,2%).

Les rejets des malades de tuberculose généralement évoqués sont d'ordre familial (44,8%) ou amical (34,3%). Les rejets professionnels sont relevés par seulement 10,4% des enquêtés, ayant affirmé que le tuberculeux est rejeté par la communauté. En ce qui concerne le rejet familial, les pics sont observés dans la région des Savanes (80%) et la région du N'zi Comoé (75%). Pour ce qui est du rejet amical, on observe une prédominance dans la région des Montagnes (60%) et à Abidjan (53,8%). Concernant le rejet professionnel, les pourcentages dépassent largement la moyenne générale dans les régions du Fromager (50%), du Haut Sassandra (50%) et de l'Agnéby (37,5%) (tableau 15).

#### **IV.1.6. Réaction en cas de suspicion d'un cas de tuberculose**

Les attitudes des enquêtés en cas de suspicion de tuberculose ont été mesurées non seulement pour un parent mais aussi pour quelqu'un de l'entourage. Il en ressort que la quasi totalité des enquêtés ont l'intention de référer les personnes qu'ils soupçonnent d'avoir la tuberculose à un centre de santé (96,5%). Parmi eux, 60,3% sont disposés à les conduire à l'hôpital et 36,2% comptent se limiter à leur donner le conseil d'aller à l'hôpital. C'est dans la région des Savanes (89,9%) et celle du Denguélé-Bafing (81,5%) qu'on retrouve les proportions les plus importantes d'enquêtés qui choisissent de conduire le malade dans un hôpital. Par ailleurs, au niveau des individus préférant prodiguer des conseils, la région d'Abidjan enregistre le taux le plus élevé (55%).

Quand il ne s'agit plus d'un parent mais de quelqu'un du village ou du quartier qu'on soupçonne d'avoir la tuberculose, les enquêtés développent des attitudes différentes. Ceux qui

préfèrent se limiter au conseil (75,9%) dominant largement ceux qui ont déclaré conduire le malade à l'hôpital (19,8%). L'analyse par région révèle que celles du Moyen Comoé (40,4%) et du N'zi Comoé (35,1%) ont les taux les plus considérables pour cette attitude. Il convient de noter également que les régions Lagune 2 (6,5%) et des Lagune 1 (5,3%) ont les pourcentages les plus élevés d'individus ayant affirmé qu'ils ne feraient rien en cas de suspicion de tuberculose dans leur village ou quartier.

**Tableau 15 :** Répartition des enquêtés selon l'existence ou non de rejet des tuberculeux dans la communauté

Région		Le tuberculeux est-il rejeté dans votre entourage ?			Total
		OUI	NON	NSP	
ABIDJAN	Effectif	26	474	297	797
	%	3,3%	59,5%	37,3%	100%
SUD COMOE	Effectif	0	51	46	97
	%	,0%	52,6%	47,4%	100%
LAGUNE 1	Effectif	12	110	48	170
	%	7,1%	64,7%	28,2%	100%
LAGUNE 2	Effectif	5	61	11	77
	%	6,5%	79,2%	14,3%	100%
SUD BANDAMA	Effectif	12	99	84	195
	%	6,2%	50,8%	43,1%	100%
FROMAGER	Effectif	2	75	54	131
	%	1,5%	57,3%	41,2%	100%
WORODOUGOU	Effectif	1	64	14	79
	%	1,3%	81,0%	17,7%	100%
MONTAGNES	Effectif	5	193	46	244
	%	2,0%	79,1%	18,9%	100%
DENGUELE BAFING	Effectif	3	68	10	81
	%	3,7%	84,0%	12,3%	100%
MOYEN CAVALLY	Effectif	8	120	26	154
	%	5,2%	77,9%	16,9%	100%
VALLEE DU BANDAMA	Effectif	7	193	117	317
	%	2,2%	60,9%	36,9%	100%
SAVANES	Effectif	5	121	91	217
	%	2,3%	55,8%	41,9%	100%
LACS	Effectif	5	115	45	165
	%	3,0%	69,7%	27,3%	100%
MARAHOUÉ	Effectif	3	83	43	129
	%	2,3%	64,3%	33,3%	100%
HAUT SASSANDRA	Effectif	4	140	72	216
	%	1,9%	64,8%	33,3%	100%
BAS SASSANDRA	Effectif	16	191	140	347
	%	4,6%	55,0%	40,3%	100%
ZANZAN	Effectif	0	128	33	161
	%	0%	79,5%	20,5%	100%
N'ZI COMOE	Effectif	8	133	33	174
	%	4,6%	76,4%	19,0%	100%
MOYEN COMOE	Effectif	4	70	20	94
	%	4,3%	74,5%	21,3%	100%
AGNEBY	Effectif	8	106	41	155
	%	5,2%	68,4%	26,5%	100%
Total	Effectif	134	2595	1271	4000
	%	3,4%	64,9%	31,8%	100%

#### **IV.1.7. Disposition à suivre le traitement d'un malade tuberculeux**

Cet indicateur a été observé selon l'affinité avec le malade de la tuberculose, notamment les parents d'une part et les amis ou collègues d'autre part. Pour la première catégorie (parent), l'étude révèle que la majorité des enquêtés (94,9%) est ouverte (très favorable et favorable) à l'idée d'effectuer un suivi quotidien durant le traitement du proche tuberculeux, dont 58,1% sont très favorables et 36,8% favorables. S'agissant spécifiquement des enquêtés qui sont très favorables, l'analyse par milieu de résidence montre que les citadins le sont (59,3%) plus que les personnes vivant dans les villages (54,6%). En ce qui concerne le genre, on note que les femmes (61,2%) se montrent très favorables comparativement aux hommes (54,5%). Dans les régions, les maximas de personnes très favorables se retrouvent dans le Moyen Comoé (96,8%), la Vallée du Bandama (94,3%), le Zanzan (92,5%), les Savanes (92,2%), les Lacs (91,5%) et le N'zi Comoé (91,4%). Dans toutes les régions, les taux d'adultes n'étant pas du tout favorables sont très faibles. Les plus importants pourcentages s'observent dans la région sanitaire du Moyen Cavally (5,8%) et dans celle des Lacs (3,6%) (tableau 16).

Pour ce qui est des amis ou collègues, les enquêtés sont majoritairement disposés à les suivre pendant la prise de leurs médicaments, à l'instar du parent. On relève 92% pour cette catégorie d'individus dont 52,7% sont très favorables et 39,9% favorables. Dans la catégorie 'très favorables', les citadins affichent une attitude positive (53,8%) comparativement aux personnes du milieu rural (49,8%). On a 54,5% chez les femmes contre 50,7% des hommes qui déclarent être très favorables. Dans les régions, les pourcentages les plus élevés de personnes très favorables se retrouvent dans le Moyen Comoé (84%), les Lacs (83%), le Zanzan (82,6%) et le N'zi Comoé (80,5%). Les taux les plus bas sont ceux de la région Lagune 1 (24,7%) et Moyen Cavally (18,8%). Par ailleurs, en considérant les individus ayant affirmé qu'ils ne sont pas du tout favorables à suivre un ami ou un collègue dans la prise de ses médicaments, cette dernière région (Moyen Cavally) enregistre le taux le plus important avec un pourcentage de 9,1% ; suivie des régions de l'Agnéby (5,8%) et du N'zi Comoé (4,6%) (tableau 17).

### **IV.2 Déterminants des attitudes**

#### **IV.2.1 Appréciation des attitudes des enquêtés<sup>12</sup>**

On note, que les pourcentages décroissent considérablement à mesure que l'on passe de la mauvaise attitude à l'attitude acceptable puis à la bonne attitude : respectivement 73,3%, 23,9% et 2,8%. L'analyse par milieu de résidence révèle que le pourcentage d'adultes qui ont une bonne attitude face à la tuberculose en zone urbaine (3,8%) est supérieur à celui obtenu en milieu rurale (2,5%). Cependant, en ce qui concerne les individus ayant une attitude acceptable, on observe une prédominance du milieu rural (25,8%) sur le milieu urbain

---

<sup>12</sup> L'indicateur d'appréciation de l'attitude face à la tuberculose a été élaboré par l'agrégation de plusieurs variables : la disposition ou non à se rendre au CAT/CDT pour une analyse de crachat en cas de toux persistante, l'adhésion ou non à l'idée de suivre tous les jours un ami ou un collègue tuberculeux au cours de son traitement, l'attitude en cas de soupçon de tuberculose chez un membre de la famille et l'attitude en cas de soupçon de tuberculose chez un membre de la communauté (village/quartier à la tuberculose). L'enquêté s'est vu attribuer des notes ou scores à chaque question. (Voir annexe 4).

(23,2%). Pour ce qui est du genre, on relève que les femmes ont une meilleure attitude face à la TB comparativement aux hommes. 3,1% ont de bonnes attitudes contre 2,5% chez les hommes. Dans deux régions sanitaires (Moyen Comoé et Denguélé-Bafing), aucun des adultes interrogés n'a une bonne attitude face à la tuberculose. Les localités qui enregistrent les meilleurs pourcentages au niveau des bonnes attitudes sont celles de Lagune 2 (10,4%), Fromager (7,6%), Lagune 1 (5,9%) et l'Agnéby (5,2%) (carte 2). Au niveau des attitudes acceptables, les taux les plus considérables sont enregistrés dans les régions du Moyen Cavally (48,7%), Fromager (34,4%), Haut Sassandra (30,6%) et Montagnes (30,3%).

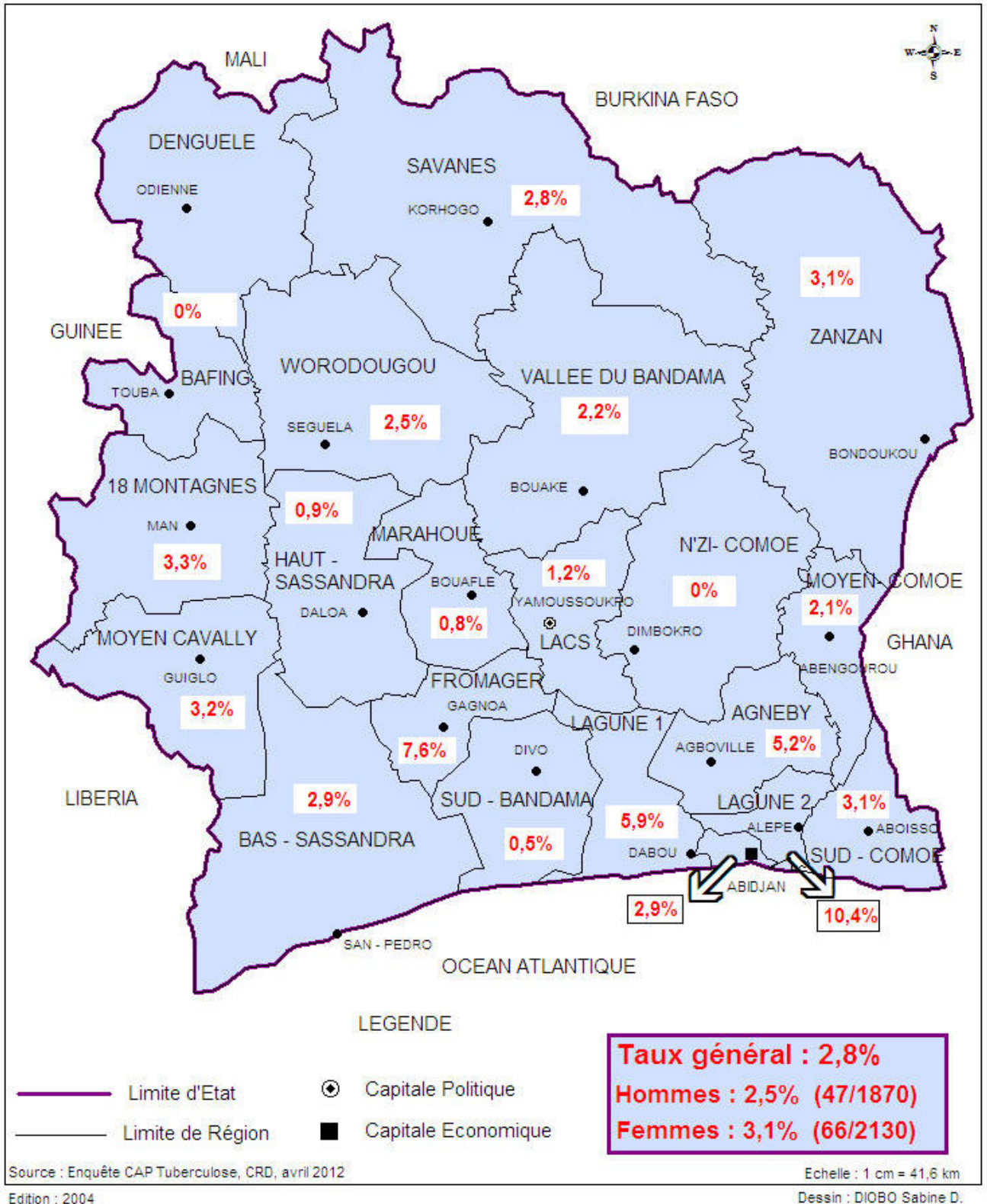
**Tableau 16 :** Répartition des enquêtés selon leur attitude face à l'éventualité de suivre un parent tuberculeux dans la prise quotidienne de ses médicaments

Région		Suivrez-vous tous les jours un parent au cours de son traitement ?				Total
		Très favorable	Favorable	Plus ou moins favorable	Pas du tout favorable	
ABIDJAN	Effectif	441	289	56	11	797
	%	55,3%	36,3%	7,0%	1,4%	100%
SUD COMOEO	Effectif	40	53	3	1	97
	%	41,2%	54,6%	3,1%	1,0%	100%
LAGUNE 1	Effectif	43	122	4	1	170
	%	25,3%	71,8%	2,4%	0,6%	100%
LAGUNE 2	Effectif	22	52	2	1	77
	%	28,6%	67,5%	2,6%	1,3%	100%
SUD BANDAMA	Effectif	61	123	11	0	195
	%	31,3%	63,1%	5,6%	0%	100%
FROMAGER	Effectif	49	79	3	0	131
	%	37,4%	60,3%	2,3%	0%	100%
WORODOUGOU	Effectif	21	55	1	2	79
	%	26,6%	69,6%	1,3%	2,5%	100%
MONTAGNES	Effectif	70	164	6	4	244
	%	28,7%	67,2%	2,5%	1,6%	100%
DENGUELE BAFING	Effectif	25	55	1	0	81
	%	30,9%	67,9%	1,2%	0%	100%
MOYEN CAVALLY	Effectif	47	89	9	9	154
	%	30,5%	57,8%	5,8%	5,8%	100%
VALLEE DU BANDAMA	Effectif	299	12	3	3	317
	%	94,3%	3,8%	0,9%	0,9%	100%
SAVANES	Effectif	200	10	1	6	217
	%	92,2%	4,6%	0,5%	2,8%	100%
LACS	Effectif	151	6	2	6	165
	%	91,5%	3,6%	1,2%	3,6%	100%
MARAHOUÉ	Effectif	69	56	3	1	129
	%	53,5%	43,4%	2,3%	0,8%	100%
HAUT SASSANDRA	Effectif	104	107	5	0	216
	%	48,1%	49,5%	2,3%	0%	100%
BAS SASSANDRA	Effectif	148	166	24	9	347
	%	42,7%	47,8%	6,9%	2,6%	100%
ZANZAN	Effectif	149	10	1	1	161
	%	92,5%	6,2%	0,6%	0,6%	100%
N'ZI COMOEO	Effectif	159	9	3	3	174
	%	91,4%	5,2%	1,7%	1,7%	100%
MOYEN COMOEO	Effectif	91	2	1	0	94
	%	96,8%	2,1%	1,1%	0%	100%
AGNEBY	Effectif	134	11	6	4	155
	%	86,5%	7,1%	3,9%	2,6%	100%
Total	Effectif	2323	1470	145	62	4000
	%	58,1%	36,8%	3,6%	1,6%	100%



**Tableau 17** : Répartition des enquêtés selon leur attitude face à l'éventualité de suivre un ami/collègue tuberculeux dans la prise quotidienne de ses médicaments

Région		Suivrez-vous tous les jours un ami/collègue au cours de son traitement ?				Total
		Très favorable	Favorable	Plus ou moins favorable	Pas du tout favorable	
ABIDJAN	Effectif	436	304	49	8	797
	%	54,7%	38,1%	6,1%	1,0%	100,0%
SUD COMOE	Effectif	39	50	8	0	97
	%	40,2%	51,5%	8,2%	0%	100,0%
LAGUNE 1	Effectif	42	116	10	2	170
	%	24,7%	68,2%	5,9%	1,2%	100,0%
LAGUNE 2	Effectif	23	46	7	1	77
	%	29,9%	59,7%	9,1%	1,3%	100,0%
SUD BANDAMA	Effectif	52	122	19	2	195
	%	26,7%	62,6%	9,7%	1,0%	100,0%
FROMAGER	Effectif	46	77	8	0	131
	%	35,1%	58,8%	6,1%	0%	100,0%
WORODOUGOU	Effectif	21	57	0	1	79
	%	26,6%	72,2%	0%	1,3%	100,0%
MONTAGNES	Effectif	66	172	5	1	244
	%	27,0%	70,5%	2,0%	0,4%	100,0%
DENGUELE BAFING	Effectif	21	56	2	2	81
	%	25,9%	69,1%	2,5%	2,5%	100,0%
MOYEN CAVALLY	Effectif	29	96	15	14	154
	%	18,8%	62,3%	9,7%	9,1%	100,0%
VALLEE DU BANDAMA	Effectif	252	52	7	6	317
	%	79,5%	16,4%	2,2%	1,9%	100,0%
SAVANES	Effectif	158	45	6	8	217
	%	72,8%	20,7%	2,8%	3,7%	100,0%
LACS	Effectif	137	14	10	4	165
	%	83,0%	8,5%	6,1%	2,4%	100,0%
MARAHOUÉ	Effectif	71	56	2	0	129
	%	55,0%	43,4%	1,6%	0%	100,0%
HAUT SASSANDRA	Effectif	97	106	13	0	216
	%	44,9%	49,1%	6,0%	0%	100,0%
BAS SASSANDRA	Effectif	147	157	33	10	347
	%	42,4%	45,2%	9,5%	2,9%	100,0%
ZANZAN	Effectif	133	24	2	2	161
	%	82,6%	14,9%	1,2%	1,2%	100,0%
N'ZI COMOE	Effectif	140	21	5	8	174
	%	80,5%	12,1%	2,9%	4,6%	100,0%
MOYEN COMOE	Effectif	79	12	3	0	94
	%	84,0%	12,8%	3,2%	0%	100,0%
AGNEBY	Effectif	120	12	14	9	155
	%	77,4%	7,7%	9,0%	5,8%	100,0%
Total	Effectif	2109	1595	218	78	4000
	%	52,7%	39,9%	5,5%	2,0%	100,0%



**Carte 2 :** Personnes de 18 ans et plus ayant une bonne attitude face à la tuberculose par région

S'agissant des mauvaises attitudes, on note qu'il y a plusieurs régions où plus de 80% des enquêtés ont une mauvaise attitude face à la tuberculose, à savoir : Lagune 1 (83,5%), Lacs (83%), Marahoué (82,2%), Moyen Comoé (81,9%), N'zi Comoé (81,6%) et Zanzan (81,4%).

#### IV.2.2 Déterminants individuels des attitudes

Le croisement de l'appréciation des attitudes des enquêtés avec les déterminants individuels ne révèle pas de lien significatif en ce qui concerne le niveau d'instruction ( $p=0,07$ ), la profession ( $p=0,15$ ), le statut de résidence ( $p=0,13$ ) et l'âge des enquêtés ( $p=0,92$ ). En revanche, l'association entre les degrés d'attitude et le sexe des enquêtés ( $p=0,00$ ) est significatif au seuil de 5%.

Ce résultat indique, que les deux populations ont un degré d'attitude quasi similaire quand il s'agit des mauvaises et des attitudes acceptables. Mais, en ce qui concerne les bonnes attitudes, les femmes se distinguent (tableau 18).

L'analyse par région montre qu'en matière de bonne attitude, la totalité des enquêtés qui ont de telles dispositions sont des femmes dans les régions Lagune 2 (100%) et Savanes (100%). S'agissant des attitudes acceptables, les localités du Moyen Comoé (73,3%), N'zi Comoé (71,9%) et des Lacs (69,2%) ont les taux les plus élevés de femmes, alors que les régions de la Marahoué (72,7%) et celle du Haut Sassandra (75,8%) dominant chez les hommes. Au niveau des mauvaises attitudes la gente féminine se distingue dans les régions de Lagune 2 (67,3%) et du Moyen Comoé (68,8%). Les hommes eux dominant dans la région du Haut Sassandra (72,3%) (annexe 5).

**Tableau 18** : Répartition des enquêtés par sexe et degré d'attitude

Sexe		INDICATEUR D'APPRECIATION DE L'ATTITUDE			Total	
		MAUVAISE ATTITUDE	ATTITUDE ACCEPTABLE	BONNE ATTITUDE		
Masculin	Effectif	1363	460	47	1870	
	%	72,9%	24,6%	2,5%	100,0%	
Féminin	Effectif	1567	497	66	2130	
	%	73,6%	23,3%	3,1%	100,0%	
Total		Effectif	2930	957	113	4000
		%	73,2%	23,9%	2,8%	100,0%

#### IV.2.3. Déterminants collectifs des attitudes

Les tests de Chi 2 indiquent qu'il n'existe pas de relation statistique significative entre les degrés d'attitudes et les déterminants collectifs que sont le milieu de vie des enquêtés ( $p=8,37$ ) et le niveau socioéconomique du ménage auquel ils appartiennent ( $p=0,12$ ).

## Encadré 2 : Regard sur les aspects qualitatifs des attitudes

- **Professionnels de santé**

Plusieurs soignants avouent avoir eu peur de la tuberculose au moment d'intégrer les centres spécialisés. Cette considération a évolué au fil du temps avec l'expérience, comme l'affirme ce soignant d'un CAT.

*« Avant ma formation en médecine, je trouvais que ceux qui s'occupaient des tuberculeux étaient forts, extraordinaires. Il m'arrivait de vouloir les comparer à des extra-terrestres. J'avais le sentiment que ces médecins étaient exposés à une maladie contagieuse et dangereuse. Mais présentement, le sentiment n'est plus le même. Je sais que la tuberculose ne s'attrape pas forcément sur le lieu de travail (de prise en charge) mais plutôt ailleurs. Le malade tuberculeux est à prendre comme son frère ».*

Les rapports entre les soignants et les malades diffèrent du médecin à l'infirmier. Si les soignants, dans leur majorité, restent prudents dans leurs rapports avec les malades, les médecins eux affichent une grande méfiance. En revanche, le rapprochement soignant-malade paraît plus aisé au niveau des infirmiers, qui malgré la distance physique des meubles, développent un rapport étroit avec les malades. Leurs attitudes ne changent aucunement quel que soit le stade de la maladie du patient.

En ce qui concerne les cas d'échec, les soignants expriment un sentiment de déception et de tristesse. D'une part, ce sentiment de déception se justifie par le fait que les cas d'échecs constituent, pour eux, une longue période de travail improductif. D'autre part, le sentiment de tristesse s'explique, non seulement par les efforts vains réalisés par les malades ; mais aussi par le nouveau périple auquel ils sont condamnés. Toutefois, les soignants développent un sentiment de mécontentement vis-à-vis des cas d'irrégularité dans l'observance du traitement et des perdus de vue. Ce mécontentement se traduit par des remontrances qu'ils font aux malades qui sont dans de telles situations. Les propos suivant d'infirmiers majors illustrent cette réaction.

*« Quand je revois un perdu de vue, je suis dans tous les états. Dans un premier temps parce que voilà quelqu'un qui va me donner des problèmes ».*

*« Les irréguliers et les perdus de vue, je suis désagréable envers eux car ils sont très dangereux. Ils vont aggraver leur cas et contaminer d'autres personnes. Je ne suis pas tendre avec eux, je ne mâche pas mes mots devant eux ».*

Au delà de ce mécontentement, des conseils et des consignes sont donnés pour une meilleure observance du traitement.

## • Malades et anciens malades

Suite à l'annonce de leur résultat, la plupart des malades ont ressenti de la gêne, de la peur, du découragement, une profonde tristesse, bien souvent accompagnée de pleurs. Cela était dû à plusieurs raisons. D'abord, il y avait l'idée d'une cessation de l'exercice de leur activité professionnelle ou de certains comportements habituels (rapports sexuels, restrictions alimentaires, alcool, cigarette, etc.). Puis, ces sentiments sont suscités par l'idée qu'ils seront désormais mis à l'écart, mal vus, considérés comme des sidéens par les autres. Ces craintes font que certains n'osent pas l'annoncer tout de suite à l'entourage, ou le font tardivement. Le témoignage d'une ancienne malade corrobore cette assertion.

*En tout cas lorsque j'ai expliqué à ma grande sœur, il n'y a pas eu de problème, elle m'a encouragé. Mais mon camarade (copain) ça n'a pas été facile parce que j'étais venue avec son frère pour faire l'examen. Quand je lui ai dit le résultat, il m'a demandé de trouver quelque chose à dire (mensonge) à mon camarade parce que si je lui dis ça (tuberculose), ça sera notre séparation. Donc quand mon camarade est arrivé je n'ai pas pu lui dire la vérité parce que quand il est arrivé il m'a dit j'espère que ce n'est pas la tuberculose ! Donc j'avais peur, je n'ai pas pu lui dire la vérité et le jour où son frère lui a dit la vérité, il a dit entre nous deux c'est fini (séparation).*

En termes de rejet par la communauté, il faut noter, que la réaction négative des proches de certains malades à l'annonce de la maladie ne dure pas longtemps. Au bout d'un certain temps, ils finissent par s'en remettre et accepter le malade. Mieux, les malades rencontrés affirment qu'ils ont été généralement consolés, encouragés surtout par la famille qui considère la tuberculose comme toute autre maladie. Les restrictions se limitent généralement à des mesures hygiéniques (ustensiles personnels, contact réduit avec les enfants, etc.).

Certains malades qui ont suivi un itinéraire thérapeutique lassant et qui ont assez dépensé de l'argent ont exprimé qu'ils étaient heureux et soulagés d'apprendre qu'ils souffraient de la tuberculose. En apprenant la nouvelle, ils savent désormais de quoi ils souffrent, que le traitement sera désormais ciblé, qu'ils ne dépenseront plus grand-chose parce que le traitement est gratuit, et qu'ils pourront être guéris s'ils suivent correctement le traitement.

Dans la conception des malades, quand on parle de tuberculose on pense au VIH/sida. Une première raison c'est que « la tuberculose fait maigrir comme le SIDA ». Une autre raison c'est que les médecins des centres de prise en charge de la tuberculose font subir un test de sérologie aux malades déclarés tuberculeux. Toutefois, quelques malades assimilent la tuberculose à la toux ou à la fièvre typhoïde.

Les malades interrogés jugent efficaces les médicaments prescrits pour le traitement de la tuberculose, même si certains se plaignent d'effets secondaires (faim, douleurs dans les articulations, douleurs aux pieds, migraines, etc.). Après quelques jours de traitement, la toux s'arrête ou diminue. Les malades apprécient la gratuité et la disponibilité des médicaments. Toutefois, ils trouvent les comprimés trop gros et difficiles à avaler.

Les malades croient en la guérison totale à l'issue d'un traitement correctement observé. Cette certitude s'explique par le fait qu'ils ont reçu cette information des soignants ou parce qu'ils

ont vu des personnes guéries après un suivi régulier du traitement. Mais certains malades ne croient pas qu'il est possible de guérir de la tuberculose. S'appuyant sur leur propre expérience, deux malades du CAT de Gagnoa remettent en cause la possibilité d'être guéri au bout de six mois.

*« Je me suis dit que la maladie n'allait plus jamais revenir parce qu'on dit après 6 mois de traitement tu es guéri. Egalement j'ai commencé à fumer et à boire et c'est revenu encore et cette fois-ci quand c'est revenu, c'est revenu sous forme de même chose là : palu. ça là, je ne me suis pas inquiété, puisque je me suis dit que c'est les petites maladies qui viennent, puis ça va. Mais un soir quand j'ai fini de manger, j'ai commencé à vomir ; c'est là j'ai su que non, quand tu vomis et puis y a du sang c'est qu'il faut te dire que le traitement à échoué, c'est ainsi que moi et maman nous sommes venus ici, encore une deuxième fois. Le docteur a dit mon petit tu as mal fait, il ne faut plus recommencer ce genres de choses. Mais du fait que vous dites que vous soignez cette maladie et ça finit, nous automatiquement on se met en tête que, quand on soigne une maladie, qu'on a un résultat c'est que la maladie est finie, mais pourquoi aujourd'hui la maladie est là encore. C'est là qu'il a dit qu'il y a eu des séquelles. La maladie elle ne finit pas mais c'est une manière de calmer la maladie, on calme la maladie, et au fil du temps, si ce qu'on te dit avec le temps d'ici 10 ans, 15 ans tu ne dois plus ressentir ces douleurs là, mais la maladie est toujours là. Donc à vrai dire, la maladie ne se soigne pas en tant que telle mais elle se calme, c'est ce que j'ai constaté. »*

*« Vraiment moi, c'est ça je dis, le jour je serai guéri je dirai Dieu merci. Sinon en 2008 jusqu'aujourd'hui, ce n'est pas 6 mois. J'ai suivi un premier traitement, après le traitement de 6 mois, le docteur m'a dit : petit tu es guéri, mais avec les petites toux, on va continuer à te prescrire des ordonnances, que tu vas passer pour payer pour que les séquelles disparaissent et la toux va s'arrêter, il n'y a pas de problème. Jusqu'à un an, j'ai fait quelque mois à Korhogo ce n'est pas fini, quand je suis revenu je suis venu voir le docteur. J'ai continué avec lui quelques mois ça n'allait pas et ça a amené encore les vomissements de sang et lui m'a amené maintenant voir à Cocody pour suivre le traitement, par manque de moyen j'ai fait le transfert ici pour prendre chez eux ici. »*

Dans toutes les régions, les malades interrogés sont unanimes à reconnaître la qualité de l'accueil et des soins qui leur sont administrés dans les CAT et CDT. Ils bénéficient d'un très bon suivi, parfois personnalisé : visite, coups de fil. Les rapports sont humains. Les malades se sentent soutenus moralement. Certains de ceux qui ont été transférés d'un centre à un autre reçoivent parfois des appels du centre d'origine pour s'enquérir de l'évolution de leur état. Généralement, les malades adhèrent aux mesures de protection prescrites par les soignants. Ils trouvent que ces mesures sont nécessaires pour éviter de contaminer d'autres personnes. A l'exception de rares malades qui expriment un désaccord à l'idée de se couvrir la bouche avec un mouchoir avant de tousser. Ils estiment qu'ils peuvent tousser ou éternuer librement en prenant le soin d'orienter leur bouche dans le sens opposé à leurs voisins.

- **Commentaire relatif aux attitudes face à la tuberculose**

L'étude a permis d'appréhender les attitudes face à la tuberculose aux niveaux de la population générale, des professionnels de la santé et des malades ou anciens malades de la tuberculose.

D'abord au niveau de la population générale, il ressort qu'elles sont généralement favorables à se faire dépister en cas de toux persistante. Cependant, pour que cette attitude soit convertie en pratique, il faut que les populations connaissent les recours institutionnels capables d'assurer la prise en charge de la tuberculose. Mieux, une connaissance de la localisation de ces structures de santé s'avère déterminante. On remarque tout de même une meilleure disposition des femmes en ce qui concerne le suivi du traitement quel que soit le lien d'affinité avec le malade. Ce fait pourrait s'expliquer par le fait, que dans la répartition sexuelle des tâches, la santé familiale demeure l'apanage des femmes. De même, les populations enquêtées sont disposées à accompagner dans un centre de santé, un parent qu'ils soupçonnent d'être atteint de tuberculose. Ces attitudes qui s'apparentent à un soutien apporté au parent, pourraient s'expliquer par les formes de solidarité organiques qui ont toujours existé dans les sociétés africaines, même si elles se sont affaiblies du fait des échanges culturels. Cette forme de solidarité expliquerait également le fait que les cas de rejet aient été rarement signalés au cours de l'enquête. Cependant, bien qu'acceptant de vivre avec lui, les enquêtés ne sont, en général, pas du tout favorables à l'idée de partager le même dortoir qu'un malade tuberculeux. Pour eux, cela constituerait un gros risque de contamination. De façon spécifique, les femmes et les populations rurales, affichent moins une réticence à dormir dans la même chambre qu'un malade tuberculeux.

Ensuite, en ce qui concerne les attitudes des professionnels de la santé, on peut relever la peur d'être en contact avec les tuberculeux avant leur affectation dans un centre spécialisé, même si ce sentiment disparaît par la suite. La présente étude met également en relief une certaine distance des médecins avec les malades, ce qui n'est pas le cas avec les infirmiers. En effet, le fait que ces derniers se chargent de la consultation et du traitement des patients alors que les médecins, dans les CAT, assurent des fonctions administratives, pourrait justifier ce constat.

Enfin, au niveau des malades et anciens malades, l'étude montre que leurs attitudes s'alignent sur celles des populations générales. Ils ont confirmé qu'ils n'avaient pas subi de rejet de la part de leurs familles respectives. Mais, ce sont souvent certains amis qui deviennent distants. Par ailleurs, en raison de leur expérience vécue de la maladie, ils en ont moins peur. Les malades sont pour la plupart convaincus de l'efficacité des médicaments et d'une guérison totale à l'issue du traitement, ce qui réduit leurs craintes et inquiétudes. Toutefois, certains malades ou anciens malades sont sceptiques quant au recouvrement total de la santé pour deux raisons essentielles. D'une part, ils font encore la toux, même après le traitement. D'autre part, ils détiennent des informations sur certaines personnes qui ne sont toujours pas totalement guéries après de longs mois de traitement.

## Chapitre V : Pratiques relatives à la Tuberculose

### V.1. Pratiques préventives

#### V.1.1 Pratiques générales de prévention contre la tuberculose

Sur 4000 personnes enquêtées, 1100 soit 27,5% affirment avoir déjà fait quelque chose pour éviter la tuberculose. Cette affirmation est plus forte dans la région du Worodougou (51,2%) et faible dans le Zanzan (13,7%). Ce sont 28,1% d'individus du milieu rural contre 27,3% en milieu urbain qui déclarent adopter une telle pratique. 32,5% des hommes contre 23,1% de femmes affirment agir dans ce même sens.

Pour éviter la tuberculose, les populations font le vaccin (30,2%), évitent de boire dans le même verre qu'un tuberculeux (27,8%), évitent l'utilisation des verres, assiettes des lieux publics (10,6%), d'être en contact avec un tuberculeux (6,6%), de manger dans la même assiette qu'un tuberculeux (4,3%) ou encore boivent des décoctions (1,7%). Au-delà de ces mesures, d'autres procédés préventifs (18,7%) sont utilisés contre la tuberculose. La tendance en milieu urbain et en milieu rural s'aligne sur la logique générale. Il en est de même pour la comparaison entre hommes et femmes.

En ce qui concerne les régions, le Worodougou met l'accent sur d'autres pratiques d'évitement (43,8%) comme la prière, l'hygiène, éviter de marcher pieds nus dans les crachats. Dans la région de la Marahoué, les populations évitent plus de boire dans le même verre (35,30%) ou de manger dans les mêmes assiettes qu'un tuberculeux (26,5%). Quant au Haut Sassandra, les populations évitent plus de boire dans le même verre que le tuberculeux (57,1%). Dans le moyen Comoé, les populations évitent d'utiliser les assiettes et les verres des lieux publics (23,50%) après le vaccin contre la tuberculose (35,3%) (tableau 19).

#### V.1.2 Pratiques relatives au BCG

La vaccination des enfants au BCG dans les ménages des individus enquêtés, est généralement suivie par la mère (74,7%). C'est seulement dans 7,4% des ménages que le père est impliqué, et 1,4% pour les aînés des enfants de la famille. D'autres personnes (8,1%) interviennent dans le suivi de la vaccination des enfants. Toutefois, il arrive que dans des ménages, personne ne soit commis pour suivre cette activité (8,4%).

Tant en milieu urbain qu'en zone rurale, les pourcentages obéissent à la logique générale. En ce qui concerne les régions, si l'implication de la mère domine dans toutes les localités, on observe des écarts pour ce qui est de celle des pères. Tandis que le père est impliqué à 14,9% dans la région du Moyen Cavally, ce taux est seulement de 1,8% dans celle de Lagune 2. Par ailleurs, les personnes extérieures interviennent plus dans la région du Zanzan (16,1%). L'indifférence est plus relevée dans la région du Sud Comoé (22,7%).



**Tableau 19 :** Répartition des personnes affirmant faire quelque chose pour éviter la tuberculose selon la pratique préventive effectuée

Région		Si oui, qu'avez-vous fait pour l'éviter ?							Total
		J'ai fait un vaccin contre la tuberculose	J'évite de boire dans le même verre qu'un tuberculeux	J'évite de manger dans la même assiette qu'un tuberculeux	J'évite d'être en contact avec un tuberculeux	Je bois des décoctions	J'évite d'utiliser les verres/assiettes des lieux publics	Autre	
ABIDJAN	Effectif	71	63	8	7	1	32	42	224
	%	31,70%	28,10%	3,60%	3,10%	0,40%	14,30%	18,80%	100%
SUD COMOE	Effectif	7	14	1	5	0	1	6	34
	%	20,60%	41,20%	2,90%	14,70%	0,00%	2,90%	17,60%	100%
LAGUNE 1	Effectif	22	13	2	8	2	9	31	87
	%	25,30%	14,90%	2,30%	9,20%	2,30%	10,30%	35,60%	100%
LAGUNE 2	Effectif	10	8	0	2	1	4	10	35
	%	28,60%	22,90%	0,00%	5,70%	2,90%	11,40%	28,60%	100%
SUD BANDAMA	Effectif	17	23	5	6	2	7	22	82
	%	20,70%	28,00%	6,10%	7,30%	2,40%	8,50%	26,80%	100%
FROMAGER	Effectif	5	18	1	12	3	4	9	52
	%	9,60%	34,60%	1,90%	23,10%	5,80%	7,70%	17,30%	100%
WORODOUGOU	Effectif	3	1	1	2	0	2	7	16
	%	18,80%	6,30%	6,30%	12,50%	0,00%	12,50%	43,80%	100%
MONTAGNES	Effectif	20	12	0	5	0	1	16	54
	%	37,00%	22,20%	0,00%	9,30%	0,00%	1,90%	29,60%	100%
DENGUELE BAFING	Effectif	9	3	0	1	2	0	5	20
	%	45,00%	15,00%	0,00%	5,00%	10,00%	0,00%	25,00%	100%
MOYEN CAVALLY	Effectif	26	6	1	3	0	6	4	46
	%	56,50%	13,00%	2,20%	6,50%	0,00%	13,00%	8,70%	100%
VALLEE DU BANDAMA	Effectif	35	33	3	5	0	3	8	87
	%	40,20%	37,90%	3,40%	5,70%	0,00%	3,40%	9,20%	100%
SAVANES	Effectif	18	8	0	1	1	3	5	36
	%	50,00%	22,20%	0,00%	2,80%	2,80%	8,30%	13,90%	100%
LACS	Effectif	24	10	0	2	0	6	2	44
	%	54,50%	22,70%	0,00%	4,50%	0,00%	13,60%	4,50%	100%
MARAHOUÉ	Effectif	2	12	9	0	1	5	5	34
	%	5,90%	35,30%	26,50%	0,00%	2,90%	14,70%	14,70%	100%
HAUT SASSANDRA	Effectif	4	36	5	2	0	11	5	63
	%	6,30%	57,10%	7,90%	3,20%	0,00%	17,50%	7,90%	100%
BAS SASSANDRA	Effectif	12	23	8	4	6	9	11	73
	%	16,40%	31,50%	11,00%	5,50%	8,20%	12,30%	15,10%	100%
ZANZAN	Effectif	8	7	0	3	0	1	3	22
	%	36,40%	31,80%	0,00%	13,60%	0,00%	4,50%	13,60%	100%
N'ZI COMOE	Effectif	20	3	0	2	0	3	3	31
	%	64,50%	9,70%	0,00%	6,50%	0,00%	9,70%	9,70%	100%
MOYEN COMOE	Effectif	6	1	2	3	0	4	1	17
	%	35,30%	5,90%	11,80%	17,60%	0,00%	23,50%	5,90%	100%
AGNEBY	Effectif	13	12	1	0	0	6	11	43
	%	30,20%	27,90%	2,30%	0,00%	0,00%	14,00%	25,60%	100%
Total	Effectif	332	306	47	73	19	117	206	1100
	%	30,20%	27,80%	4,30%	6,60%	1,70%	10,60%	18,70%	100%

## **V.2. Pratiques curatives**

### **V.2.1. Recours en cas de toux persistante**

Durant les six derniers mois ayant précédé l'enquête, 32,8% de la population de l'échantillon global des individus de 18 ans et plus ont eu la toux. Sur un effectif de 2924 individus habitant en milieu urbain, 959 soit 32,8% ont eu la toux au cours des six derniers mois. En milieu rural, sur un effectif de 1076, 351 soit 32,6% ont eu la toux pendant la même période. 34,9% d'hommes contre 30,9% de femmes ont affirmé avoir eu la toux pendant les six derniers mois. Les régions qui enregistrent des pics d'individus ayant eu la toux sont le Fromager (53,4%), le Sud-Bandama (50,3%) et Lagune 2 (50,6%). Le plus faible taux se retrouve dans le Bas-Sassandra (19,3%). Cette toux était passagère chez 80,5% et persistante dans 19,5% des cas. Le taux de toux persistante le plus élevé est enregistré dans la région du Sud Comoé (31,9%) et le plus bas dans le N'Zi Comoé (5,1%).

La plupart des enquêtés ayant indiqué avoir eu une toux persistante (pendant plus de 2 semaines), n'ont mené aucune démarche de soins (92,2%). 1,4% se sont rendus au CAT, 2,5% dans d'autres centres de santé public, 0,3% dans des centres de santé privés, 1,4% s'adonnent à l'automédication à domicile, 1,1% se sont rendus à la pharmacie, 0,6% chez les Tradipraticiens et 0,5% à la Pharmacie par terre. Que ce soit en milieu urbain ou rural, il n'y a pas de différence particulière dans les pratiques des populations. Il en est de même qu'il s'agisse de la comparaison entre hommes et femmes. Dans toutes les régions, la tendance est au-delà de 80% pour ceux qui ne font rien. Pour les autres recours les taux les plus élevés sont : 4,7% pour le CAT/CDT dans la région de la Marahoué ; 5,1% pour les autres centres de santé publique dans le Worodougou ; 1,3% pour les centres de santé privés dans le Fromager ; 3,1% pour les Tradipraticiens dans le Sud Comoé ; 5% pour les pharmacies agréées par l'Etat dans la région du Fromager ; 1,6% pour les pharmacies par terre dans le Denguélé-Bafing et 7,5% pour l'automédication dans la région du Fromager (tableau 20).

### **V.2.2. Recours en cas de toux avec présence de sang dans la salive**

Plus de la moitié des enquêtés (56,5%) dit ignorer le recours thérapeutique des personnes toussant du sang dans leur entourage. Cependant, 37,3% ont cité le recours à un infirmier ou un médecin, 2,1% le tradipraticien, 0,8% l'usage de décoctions ou d'un médicament à domicile, 0,8% la pharmacie par terre, 0,3% les pharmacies agréées et 0,2% les médicaments chinois. L'analyse par milieu de résidence montre que la logique est la même que la tendance générale quel que soit le milieu de vie. De même, les pourcentages varient de la même manière que la tendance générale, qu'il s'agisse des hommes ou des femmes.

Dans toutes les régions, le pourcentage de ceux qui ignorent le recours effectué par le tousseur de sang dans leur entourage, est supérieur à 50% excepté dans le Worodougou (25,3%) et l'Agnéby (46,5%). Le pourcentage du recours aux centres de santé est en deuxième position avec un pic dans la région du Worodougou (54,4%).

**Tableau 20 : Recours effectué par les enquêtés en cas de toux persistante**

Région	ABIDJAN	Quel est premier recours pour vous soigner ?									Total
		CAT	Autre centre de santé public	Centre de santé privé	Tradipraticien	Directement à la pharmacie	Pharmacie par terre	automédication/Plantes à la maison	rien	Autre	
ABIDJAN	Effectif	14	21	5	2	9	6	7	527	1	592
	%	2,4%	3,5%	0,8%	0,3%	1,5%	1,0%	1,2%	89,0%	0,2%	100,0%
SUD COMOE	Effectif	0	5	0	2	3	1	3	51	0	65
	%	0,0%	7,7%	0,0%	3,1%	4,6%	1,5%	4,6%	78,5%	0,0%	100,0%
LAGUNE 1	Effectif	0	3	1	3	2	0	4	102	0	115
	%	0,0%	2,6%	0,9%	2,6%	1,7%	0,0%	3,5%	88,7%	0,0%	100,0%
LAGUNE 2	Effectif	0	2	0	1	1	0	1	39	0	44
	%	0,0%	4,5%	0,0%	2,3%	2,3%	0,0%	2,3%	88,6%	0,0%	100,0%
SUD BANDAMA	Effectif	2	5	0	3	6	0	9	101	0	126
	%	1,6%	4,0%	0,0%	2,4%	4,8%	0,0%	7,1%	80,2%	0,0%	100,0%
FROMAGER	Effectif	0	3	1	1	4	1	6	64	0	80
	%	0,0%	3,8%	1,3%	1,3%	5,0%	1,3%	7,5%	80,0%	0,0%	100,0%
WORODOUGOU	Effectif	0	3	0	1	2	0	0	53	0	59
	%	0,0%	5,1%	0,0%	1,7%	3,4%	0,0%	0,0%	89,8%	0,0%	100,0%
MONTAGNES	Effectif	0	7	1	1	2	1	3	164	0	179
	%	0,0%	3,9%	0,6%	0,6%	1,1%	0,6%	1,7%	91,6%	0,0%	100,0%
DENGUELE BAFING	Effectif	1	1	0	0	1	1	0	59	0	63
	%	1,6%	1,6%	0,0%	0,0%	1,6%	1,6%	0,0%	93,7%	0,0%	100,0%
MOYEN CAVALLY	Effectif	3	4	0	0	0	0	1	101	0	109
	%	2,8%	3,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,9%	92,7%	0,0%	100,0%
VALLEE DU BANDAMA	Effectif	3	1	2	1	1	0	2	232	0	242
	%	1,2%	,4%	,8%	0,4%	0,4%	0,0%	0,8%	95,9%	0,0%	100,0%
SAVANES	Effectif	2	1	0	1	0	0	0	168	0	172
	%	1,2%	0,6%	0,0%	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	97,7%	0,0%	100,0%
LACS	Effectif	2	4	0	1	1	0	0	107	0	115
	%	1,7%	3,5%	0,0%	0,9%	0,9%	0,0%	0,0%	93,0%	0,0%	100,0%
MARAHUE	Effectif	5	1	0	0	0	1	1	99	0	107
	%	4,7%	0,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,9%	0,9%	92,5%	0,0%	100,0%
HAUT SASSANDRA	Effectif	3	1	0	0	0	1	1	155	1	162
	%	1,9%	,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	0,6%	95,7%	,6%	100,0%
BAS SASSANDRA	Effectif	1	3	0	0	1	1	1	281	0	288
	%	0,3%	1,0%	0,0%	0,0%	,3%	0,3%	0,3%	97,6%	0,0%	100,0%
ZANZAN	Effectif	1	4	0	0	0	0	0	118	0	123
	%	0,8%	3,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	95,9%	0,0%	100,0%
N'ZI COMOE	Effectif	1	1	0	0	0	0	0	135	0	137
	%	0,7%	0,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	98,5%	0,0%	100,0%
MOYEN COMOE	Effectif	0	0	0	0	0	1	1	65	0	67
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,5%	1,5%	97,0%	0,0%	100,0%
AGNEBY	Effectif	4	3	0	0	0	0	0	93	0	100
	%	4,0%	3,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	93,0%	0,0%	100,0%
Total	Effectif	42	73	10	17	33	14	40	2714	2	2945
	%	1,4%	2,5%	0,3%	0,6%	1,1%	,5%	1,4%	92,2%	0,1%	100,0%

Par ailleurs, le recours aux médicaments à domicile domine dans la région du Worodougou (7,6%). Quant à l'usage de décoctions, il est plus cité dans la région Lagune 1 (2,9%). Il en est de même pour les pharmacies par terre mentionnées dans les régions de l'Agnéby (1,9%) et à Abidjan (1,6%). Le recours aux médicaments chinois enregistre 0,8% dans le Fromager et est en dessous de 1% dans toutes les régions.

### **V.2.3. Recours en cas de tuberculose**

Très peu de personnes enquêtées ont déjà contracté la tuberculose (2,4%). Les taux les plus élevés se situent dans les régions du moyen Cavally (4,5%) et du Sud-Bandama (4,1%). Les plus faibles se retrouvent dans les régions du Denguélé-Bafing et des Savanes (0,5%). Les autres régions ont des pourcentages qui oscillent entre 1 et 4%.

Sur l'effectif de 94 enquêtés ayant déjà contracté la tuberculose, 91 soit 96,8% affirment s'être rendus dans un CAT ou un centre de santé pour le traitement. Sur 68 tuberculeux vivant en milieu urbain, 66 soit 97,1% se sont rendus au CAT, tandis qu'en milieu rural, sur 26 cas, 25 soit 96,2% ont eu recours au CAT. 97,8% des femmes contre 95,8% des hommes ayant eu la TB se sont rendus dans un CAT pour le traitement. Si dans toutes les régions, la quasi-totalité des personnes ayant eu la tuberculose affirment recourir à ces structures de santé, dans la région de la vallée du Bandama et de la Marahoué, les pratiques sont différentes. En effet, 33,3% des personnes concernées dans la Marahoué et 22,2% de celles de la vallée du Bandama ne se sont pas rendues au CAT ni dans un centre de santé.

Parmi les 3 individus qui n'ont pas été au CAT, 2 résident en milieu urbain et 1 en milieu rural. L'un des 2 individus vivant en milieu urbain est de sexe masculin et l'autre une femme. Les individus résidant en milieu urbain ont tous eu recours à l'automédication. Alors que, celui qui réside en zone rurale a eu recours à un traitement traditionnel. Le non recours au centre de santé est généralement justifié par l'insuffisance de moyens financiers. C'est ce motif qui est évoqué par la personne résidant en milieu rural. En milieu urbain, l'un des deux individus le mentionne ; l'autre (la femme) évoque un autre motif non précisé.

### **V.2.4. Observance du traitement**

Les individus ayant contracté la tuberculose et qui se sont rendus dans un centre de santé ont à 95,6% affirmé avoir pris régulièrement leurs médicaments. Quelques uns (4,4%) au contraire avouent n'avoir pas respecté cette consigne. Ce sont 100% des tuberculeux du milieu rural qui se sont rendus au CAT (contre 93,9% pour le milieu urbain) qui affirment avoir régulièrement pris leurs médicaments. Sur 45 femmes s'étant rendues au CAT pour un cas de tuberculose, 44 soit 97,8% ont pris régulièrement leurs médicaments. Chez les hommes, sur un effectif de 46, 43 soit 93,5% ont régulièrement pris leur médicaments.

On retrouve les personnes n'ayant pas respecté cette consigne, essentiellement dans les régions du Zanzan, Fromager et des Montagnes. Les raisons de la prise irrégulière des médicaments sont principalement l'éloignement des centres de santé et la rupture des médicaments.

### V.3. Déterminants des pratiques

#### V.3.1 Appréciation des pratiques<sup>13</sup>

De façon générale, on constate que la proportion d'individus ayant de bonnes pratiques face à une toux persistante est inférieure à celle des personnes ayant de mauvaises. En effet, 49% des populations enquêtées qui ont eu une toux persistante au cours des deux semaines précédant l'enquête, ont de bonnes pratiques face à une toux persistante contre 51% qui en ont de mauvaises.

En milieu urbain, ce sont 51,6% d'individus ayant eu une toux persistante qui ont de bonnes pratiques face à celle-ci, contre 41,5% chez les populations du milieu rural. L'analyse selon le genre fait apparaître que 49,6% des femmes ont de bonnes pratiques face à la toux persistante contre 48,4%.

Les taux les plus élevés de bonne pratique face à une toux persistante sont enregistrés dans les régions du Zanzan (100%), du N'zi Comoé (100%), de l'Agnéby (100%), du Moyen Cavally (87,5%), des Savanes (75%), des Lacs (75%), la Marahoué (75%), la Vallée du Bandama (60%), le Haut Sassandra (57,1%) et Abidjan (55,6%) (Carte 3).

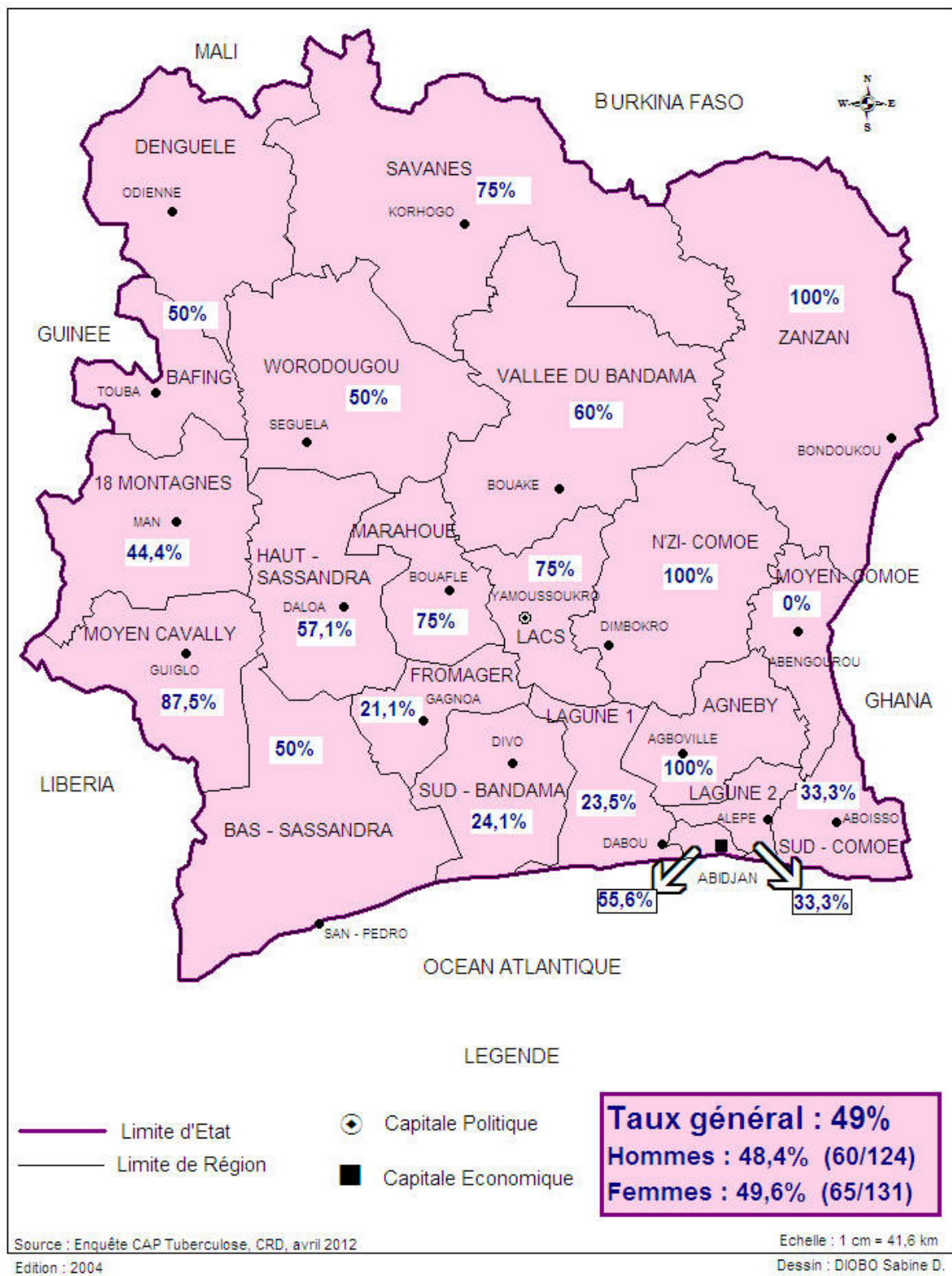
Le taux de personnes ayant de bonnes pratiques préventives en matière de tuberculose parmi celles qui affirment faire quelque chose pour éviter la TB, est de 62,2% ; les enquêtés qui ont de mauvaises pratiques représentent 37,8%.

En milieu urbain, le pourcentage des individus ayant de bonnes pratiques préventives est de 63,4% contre 58,9% en milieu rural. En tenant compte du sexe, on note que 64% des femmes ont de bonnes pratiques préventives contre 60,7% des hommes. Les pics de bonnes pratiques préventives sont enregistrés dans les régions suivantes : Vallée du Bandama (82,8%), Lacs (75%), Savanes (72,2%), Moyen Cavally (71,7%), Haut Sassandra (71,4%), N'zi Comoé (71%), Zanzan (68,2%), Marahoué (66,7%), Sud Comoé (64,7%), Denguélé Bafing (63,2%), Abidjan (62,8%), Montagnes (62,7%), Agnéby (60,5%) (Carte 4).

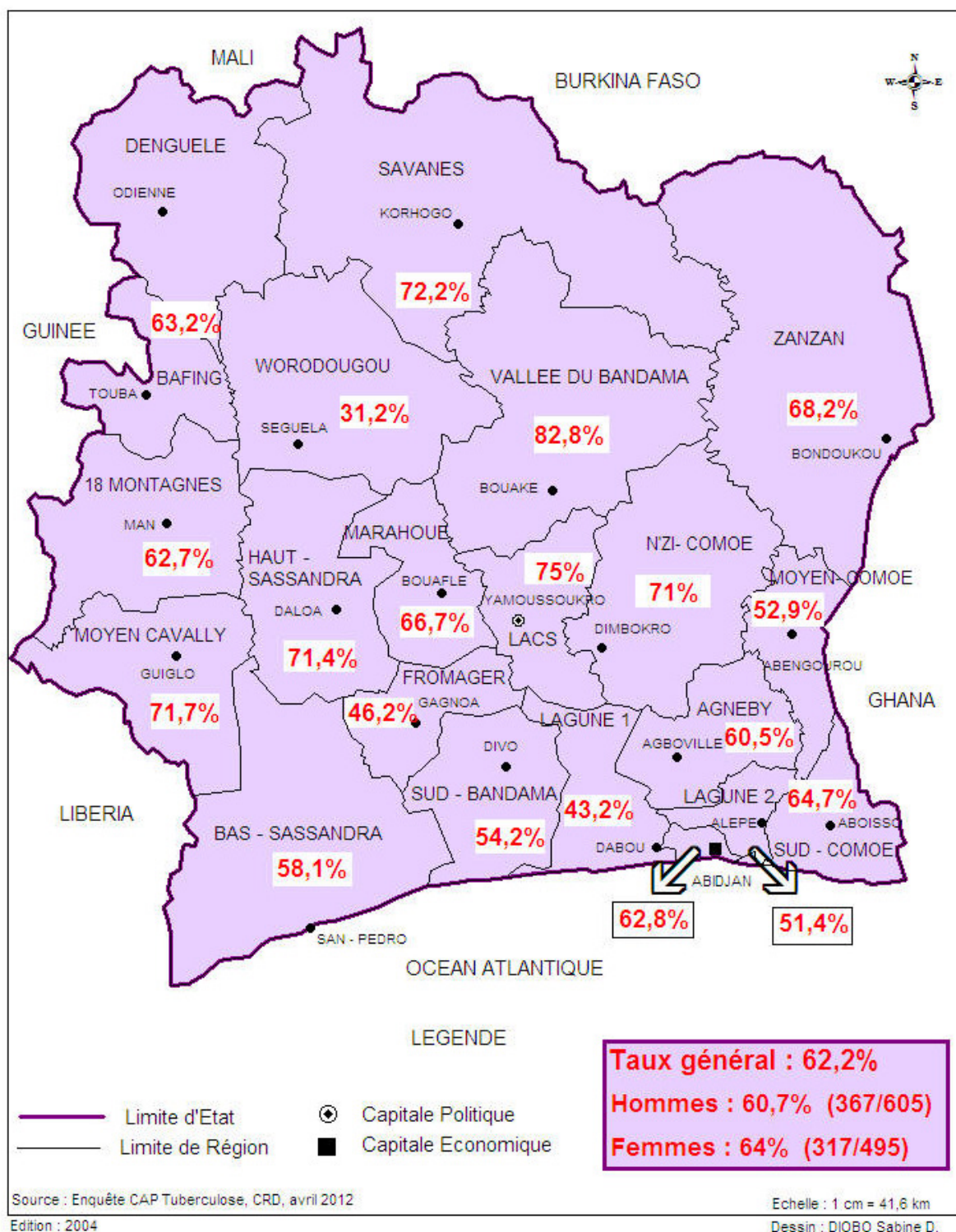
Pour ce qui est des personnes ayant eu la tuberculose, on note que 92,6% de celles-ci ont de bonnes pratiques curatives contre seulement 7,4% qui en ont de mauvaises. Ce sont 96,2% des personnes concernées en milieu rural qui ont de bonnes pratiques contre 91,2% en milieu urbain. Ce sont aussi 95,7% des femmes qui ont de bonnes pratiques curatives contre 89,6% des hommes ayant eu la TB. Dans les régions, le pic de 100% s'observe à Abidjan, dans le Sud Comoé, Lagune 1, Lagune 2, le Sud Bandama, le Denguélé-Bafing, le Moyen Cavally, les Savanes, les Lacs, le Haut Sassandra, le Bas Sassandra, le N'zi Comoé, le Moyen Comoé et l'Agnéby. D'autres pics sont enregistrés dans les régions Montagnes (77,8%), Vallée du Bandama (77,8%), Fromager (75%) et Marahoué (66,7%) (carte 5).

---

<sup>13</sup> En ce qui concerne les indicateurs composites de pratiques préventives et curatives (bonne pratique, mauvaise pratique), des scores ont été attribués aux réponses données par les individus à un groupe de questions. Par exemple tous ceux qui n'ont pu citer au moins une bonne réponse ont eu zéro et ont été considérés comme des personnes ayant une mauvaise pratique face à une toux persistante. Ceux qui ont cité plus d'une bonne réponse ont une bonne pratique (Voir annexe 4).



**Carte 3 :** Personnes de 18 ans et plus déclarant avoir eu une toux persistante et ayant une bonne pratique face à ce symptôme par région



**Carte 4 :** Personnes de 18 ans et plus déclarant faire quelque chose pour éviter la tuberculose et ayant une bonne pratique préventive par région

### V.3.2 Déterminants individuels

#### V.3.2.1. Déterminants des pratiques préventives

Le croisement de la variable « pratiques préventives de la tuberculose » avec le sexe ( $p=1,32$ ), le statut résidentiel ( $p=0,36$ ), l'âge ( $p=0,53$ ), la profession ( $p=2,46$ ), le niveau d'instruction ( $p=0,22$ ), la durée de résidence ( $p=1,70$ ) et la profession ( $p=2,46$ ) des enquêtés ne donne pas de résultats significatifs.

#### V.3.2.2. Déterminants des pratiques curatives face à la toux

Les croisements effectués entre la variable « pratiques curatives des personnes ayant eu une toux persistante », le statut résidentiel ( $p=1,32$ ), l'âge ( $p=0,87$ ), le niveau d'instruction ( $p=3,20$ ) ; la durée de résidence ( $p=0,39$ ) et la profession ( $p=0,73$ ) ne donnent pas de résultats significatifs. En revanche, le test de Chi 2 montre un résultat significatif quand on croise cette variable avec le sexe ( $p=0,03$ ).

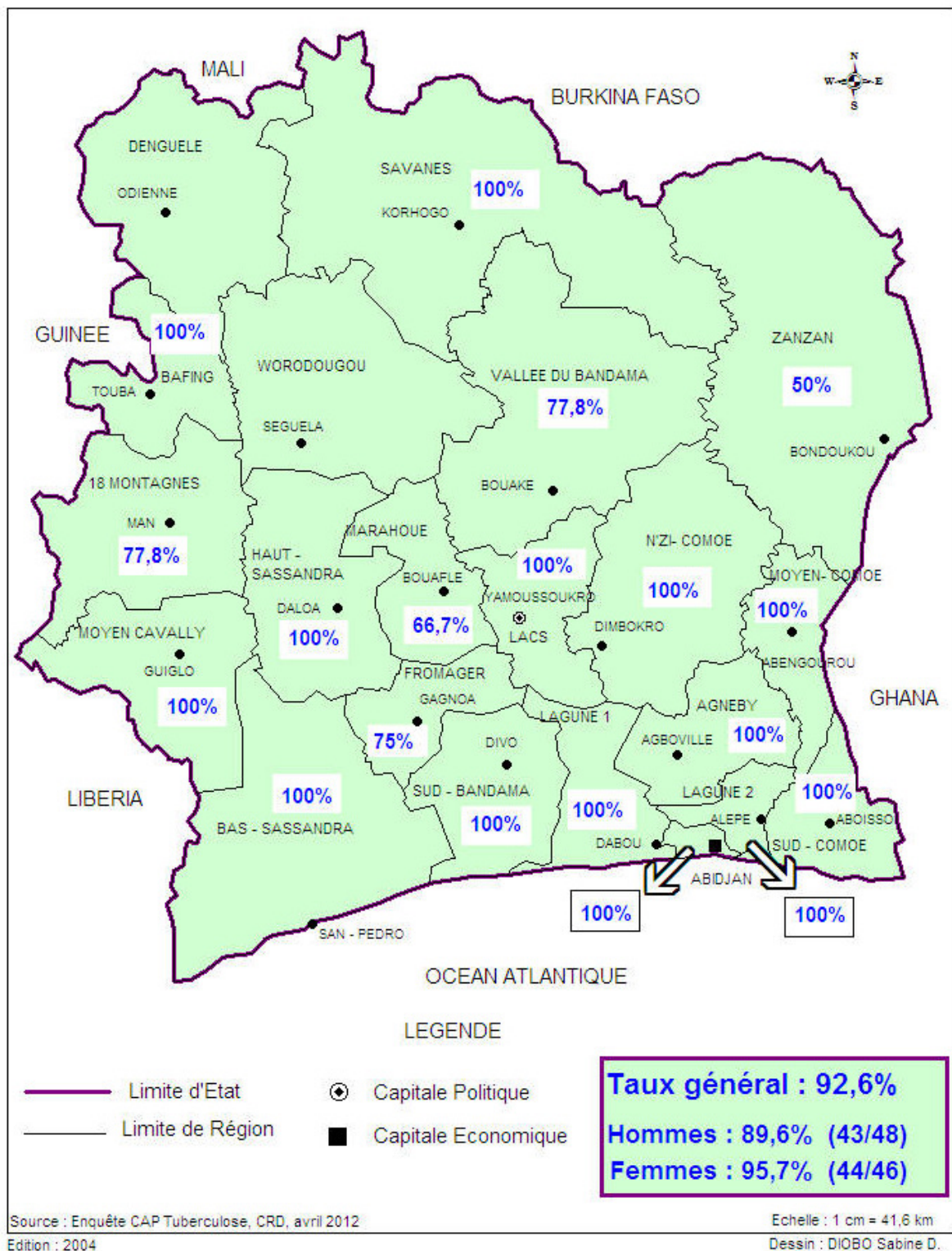
On note que les femmes se rangent plus dans la catégorie « bonne pratiques curatives face à la toux persistante » comparativement aux hommes. Les pourcentages enregistrés sont respectivement de 49,6% contre 48,4% (tableau 21).

**Tableau 21** : Répartition des enquêtés ayant eu une toux persistante par sexe et degré de pratiques curatives

Sexe		INDICATEUR DES PRATIQUES CURATIVES DE PERSONNES AYANT EU UNE TOUX PERSISTANTE		Total	
		MAUVAISES PRATIQUES	BONNES PRATIQUES		
Masculin	Effectif	64	60	124	
	%	51,6%	48,4%	100,0%	
	Féminin	Effectif	66	65	131
		%	50,4%	49,6%	100,0%
Total	Effectif	130	125	255	
	%	51,0%	49,0%	100,0%	

Les pics pour les hommes ayant de bonnes pratiques curatives face à une toux persistante s'observent dans le Moyen Cavally (100%), les Lacs (100%), le Zanzan (100%), l'Agnéby (100%), la Marahoué (83,3%), les Savanes (75%), Lagunes 2 (66,7%) et le Denguélé-Bafing (66,7%). En ce qui concerne les femmes, les pics de bonnes pratiques curatives face à la toux persistante sont constatées majoritairement dans les régions du Haut Sassandra (100%), du N'zi Comoé (100%), de l'Agnéby (100%), du Zanzan (100%), de la Vallée du Bandama (83,3%), du Moyen-Cavally (75%), à Abidjan (59,2%) et dans les Montagnes (57,1%) (Voir tableau, annexe 5).





**Carte 5 :** Personnes de 18 ans et plus ayant contracté la tuberculose et adoptant de bonnes pratiques curatives face à cette maladie par région

### V.3.1.3. Déterminants des pratiques curatives face à la tuberculose

Le croisement de la variable « pratiques de personnes ayant eu la tuberculose » avec le sexe (p=1,24), le statut résidentiel (p=2,03) l'âge (p=7,55), la profession (p=1,12), la durée de résidence (p=0,23) et le niveau d'instruction (p=0,12) ne donne pas de résultats significatifs.

### V.3.2. Déterminants collectifs

#### V.3.2.1. Déterminants des pratiques préventives

Le croisement de la variable « pratiques préventives » avec le niveau socioéconomique (p=0,43), le milieu de résidence (p=1,85), le type d'aération de l'habitation (p=5,80), l'ensoleillement de la maison (p=0,26), la présence de broussailles autour de l'habitation (p=0,23), la divagation d'animaux domestiques dans la cour de l'habitation (p=0,22) et le nombre de personnes par pièce de couchage (p=0,38), ne donne pas de résultats significatifs. En revanche, le croisement avec la présence ou non d'eau sale dans l'espace du ménage de l'individu enquêté donne un résultat significatif (p=0,00).

Ce résultat révèle que les individus qui déclarent avoir fait quelque chose pour prévenir la TB et qui résident dans un environnement avec présence d'eau sale (73,2%), ont de bonnes pratiques préventives face à la TB comparativement à ceux qui vivent dans un environnement ne comportant pas d'eau « sale » (72,9%) (tableau 22).

**Tableau 22** : Répartition des enquêtés déclarant avoir fait quelque chose pour prévenir la TB, selon la présence d'eau « sale » dans l'environnement du ménage et le degré de pratiques préventives

Environnement avec eau sale			INDICATEUR DES PRATIQUES PREVENTIVES		Total
			MAUVAISES PRATIQUES	BONNES PRATIQUES	
Oui	Effectif	38	104	142	
	%	26,8%	73,2%	100,0%	
Non	Effectif	260	698	958	
	%	27,1%	72,9%	100,0%	
Total		Effectif	298	802	1100
		%	27,1%	72,9%	100,0%

Les personnes vivant dans des logements avec présence « d'eau sale » dans l'environnement et ayant de bonnes pratiques préventives face à la TB, se retrouvent majoritairement dans les régions Lagune 2 (100%), Fromager (100%), Haut Sassandra (100%), Moyen Comoé (100%), Agnéby (100%), N'zi Comoé (100%), Lacs (90%), Lagune 1(85,7%), Moyen Cavally (85,7%), Sud Bandama (83,3%), Vallée du Bandama (83,3%), Bas Sassandra (83,3%), Savanes (70%) et Abidjan (67,6%) (Voir tableau, annexe 5).

### V.3.2.2. Déterminants des pratiques curatives face à la toux

Le croisement de la variable « pratiques de personnes ayant eu une toux persistante » avec le milieu de résidence ( $p=1,94$ ), le type d'aération de l'habitation ( $p=0,12$ ), l'ensoleillement de la maison ( $p=0,78$ ), la présence de broussailles autour de l'habitation ( $p=0,09$ ), la divagation d'animaux domestiques dans la cour de l'habitation ( $p=0,24$ ) et la présence d'eau sale autour des habitations ( $p=3,22$ ) n'a pas donné de résultats significatifs.

En revanche, le croisement effectué avec le nombre de personnes par pièce de couchage révèle un résultat statistiquement significatif ( $p=0,02$ )

Ce résultat révèle que les personnes ayant eu une toux persistante et qui adoptent de bonnes pratiques curatives face à ce symptôme se retrouvent plus parmi celles qui résident dans des habitations ayant plus de 3 personnes par pièce de couchage (50%) comparativement aux enquêtés résidant dans des habitations ayant au plus 3 personnes par pièce (48,8%) (tableau 23).

**Tableau 23 :** Répartition des enquêtés déclarant avoir eu une toux persistante, selon le nombre de personnes par pièce de l'habitation et le degré de pratiques curatives face à ce symptôme

Nombre de personnes par pièce			INDICATEUR DES PRATIQUES DE PERSONNES AYANT EU UNE TOUX PERSISTANTE		Total
			MAUVAISES PRATIQUES	BONNES PRATIQUES	
Inférieur ou égal à trois	Effectif		107	102	209
		%	51,2%	48,8%	100,0%
	Supérieur à trois	Effectif	23	23	46
		%	50,0%	50,0%	100,0%
<b>Total</b>		Effectif	130	125	255
		%	51,0%	49,0%	100,0%

Les individus ayant de bonnes pratiques curatives face à la toux persistante et résidant dans des ménages mettant plus de 3 personnes par pièce de couchage, proviennent majoritairement des régions des Savanes (100%), du Zanzan (100%), de l'Agnéby (100%) et de la Marahoué (66,7%). En revanche, lorsque les individus résident dans des ménages avec un intervalle de 1 à 3 personnes par pièce, les pics de bonnes pratiques s'observent dans les régions: Moyen Cavally (100%), Zanzan (100%), N'zi Comoé (100%), Agnéby (100%), Marahoué (80%), Lacs (75%), Savanes (66,7%) et Vallée du Bandama (60%) (Voir tableau, annexe 5).

### V.3.2.3. Déterminants des pratiques curatives face à la tuberculose

Le croisement de la variable « pratiques de personnes ayant eu la tuberculose » avec le niveau socioéconomique du ménage de l'individu ( $p=84$ ), le milieu de résidence ( $p=0,66$ ), le type d'aération de l'habitation ( $p=1,07$ ), l'ensoleillement de la maison ( $p=0,06$ ), la présence de broussailles autour de l'habitation ( $p=3,10$ ), la divagation d'animaux domestiques dans la cour de l'habitation ( $p=0,07$ ) et la présence ou non d'eau sale autour des habitations ( $p=1,09$ ) n'a pas donné de résultats significatifs.

En revanche, lorsqu'on effectue ce croisement avec le nombre de personnes par pièce de couchage, le résultat s'avère significatif ( $p=0,00$ ).

Ce résultat montre que 92,6% des personnes ayant eu la TB et résidant dans des ménages avec un effectif d'individus par pièce de couchage inférieur ou égal à 3 ont de bonnes pratiques curatives face à la TB, comparativement à ceux qui vivent dans des habitations avec plus de 3 individus par pièce (92,3%) (tableau 24).

**Tableau 24 :** Répartition des enquêtés déclarant avoir eu la TB, selon le nombre de personnes par pièce de l'habitation et le degré de pratiques curatives face à la maladie

Nombre de personnes par pièce			INDICATEUR DES PRATIQUES DE PERSONNES AYANT EU LA TUBERCULOSE		Total
			MAUVAISE PRATIQUES	BONNE PRATIQUES	
Inférieur ou égal à trois	Effectif	6	75	81	
	%	7,4%	92,6%	100,0%	
Supérieur à trois	Effectif	1	12	13	
	%	7,7%	92,3%	100,0%	
Total		Effectif	7	87	94
		%	7,4%	92,6%	100,0%

Les pics de bonnes pratiques curatives face à la TB (pour ce qui est des individus résidant dans des ménages avec un maximum de trois personnes par pièce de couchage) s'observent à Abidjan (100%), le Sud Comoé (100%), Lagune 1 (100%), Lagune 2 (100%), le Sud Bandama (100%), le Denguélé Bafing (100%), les Savanes (100%), le Haut Sassandra (100%), le Bas Sassandra (100%), le N'zi Comoé (100%), le Moyen Comoé (100%), l'Agnéby (100%), les Montagnes (87,5%), le Fromager (75%) et dans la Vallée du Bandama (75%). En ce qui concerne les personnes vivant dans des ménages dont l'effectif d'individus par pièce est supérieur à trois, les pics de bonnes pratiques sont enregistrés à Abidjan (100%), Lagune 1 (100%), le Moyen Cavally (100%), la Vallée du Bandama (100%), la Marahoué (100%), le Haut Sassandra (100%) et la région du Bas Sassandra (100%) (Voir tableau, annexe 5).

### Encadré 3 : Regard sur les aspects qualitatifs des pratiques

#### • Professionnels de la santé

Dans les centres spécialisés dans la prise en charge de la tuberculose, le malade est soumis à un examen de crachat renforcé par une radiologie en vue d'obtenir la preuve de la maladie dont il souffre. Quand la preuve de la tuberculose est établie, il bénéficie d'une prise en charge psychosociale et médicale gratuite pendant six mois renouvelable (plus de six mois) lorsque le traitement a échoué. La prise en charge médicale consiste à la mise sous traitement du malade par rapport à la tuberculose. Une dotation hebdomadaire en médicaments est faite aux patients en raison des difficultés à se déplacer du lieu d'habitation vers le centre de prise en charge. Cette dotation augmente en fonction des difficultés de chaque malade. Le malade doit prendre régulièrement (quotidiennement) ses comprimés sous observance directe du médecin, de l'infirmier, d'un membre de la famille ou d'un volontaire. Des injections sont associées dans certains cas. Le dépistage du VIH est fait pour rechercher la coïnfection. Des contrôles sont faits aux 2<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> mois pour voir l'évolution de la guérison. La prise en charge psychologique est faite par l'assistant social. Elle consiste à rester en contact avec les malades et leur donner des conseils lorsqu'ils ont un problème psychologique. La prise en charge sociale consiste pour l'assistant social, d'entrer en contact avec l'entourage du tuberculeux. Cette démarche vise à sensibiliser les proches afin qu'ils acceptent le tuberculeux. L'entourage immédiat du patient est invité à se faire dépister. Cette prise en charge, au delà des contraintes qu'elle impose au personnel soignant (exposition régulière à la maladie sans mesure individuelle ni institutionnelle de protection), augmente la charge de travail dans un contexte où les taux de consultation augmentent d'année en année au sein d'établissements sanitaires connaissant déjà des défaillances en nombre de personnel et de matériel de travail. Les CAT étaient aidés sur le volet communautaire par des ONG qui n'existent plus aujourd'hui faute de subventions. Quant aux structures elles mêmes, l'observation a permis de faire des constats. Les services de prise en charge de la tuberculose sont plus ou moins spacieux comparativement à l'initiative première de soins. Ainsi, les CAT sont plus spacieux et renferment tous les rudiments nécessaires au diagnostic (radiologie et laboratoire). Les CDT qui sont devenus des CAT sont plus exigus et sont nantis uniquement de laboratoire, moins aérés et souvent en déphasage avec les normes d'hygiène. Ainsi, de façon générale, la propreté des locaux est bonne, les climatiseurs existent et fonctionnent dans les CAT tandis que les CDT doivent se contenter de brasseurs ou simplement s'en passer. Les CDT fonctionnent au restreint (un infirmier et un microscopiste), repliés sur eux-mêmes. Ces centres n'ont souvent aucun panneau d'indication, ce qui pose des difficultés pour les retrouver.

#### • Malades

Les malades de la tuberculose après les premiers signes de la maladie font un à trois mois (pour les cas fréquents) avant d'être orientés dans un centre de traitement de la tuberculose. L'on doit cette durée à l'itinéraire thérapeutique de chacun des malades. Avant leur premier

contact avec un CAT ou un CDT, ils ont d'abord recherché la guérison ailleurs. Pour les malades, les premiers symptômes ne font pas penser à la tuberculose mais plutôt au paludisme, et dans une moindre mesure, à la fièvre typhoïde ou à une toux simple. Les recours avant le CAT ou CDT sont l'automédication, les médicaments de rue, l'hôpital, les médicaments traditionnels, les charlatans. Ce parcours préliminaire peut durer plusieurs mois, voire des années pour certains. C'est un membre de la famille, un ami, une personne de l'entourage et souvent un ancien malade de la tuberculose ou un médecin qui oriente le malade dans un centre de traitement de la tuberculose.

### • **Commentaire relatif aux pratiques**

On note, que lorsque l'individu a une toux persistante (plus de deux semaines), la recherche de soins dans les centres de santé n'est pas systématique. C'est lorsqu'il y a du sang dans la salive, que le tousseur se rapproche généralement des centres de santé. Lorsqu'il est déclaré tuberculeux, il suit régulièrement son traitement. Ceux qui n'y vont pas (faute de moyens financiers et à cause de difficultés liées à l'accessibilité géographique) se réfèrent à d'autres voies de prise en charge comme les tradipraticiens, l'automédication, les médicaments de rue, les charlatans. Dans les centres de santé, les malades prennent régulièrement leurs médicaments sauf en cas d'oubli ou de rupture du stock de médicaments.

On remarque la faiblesse de la culture préventive chez les populations, puisque seulement 27,5% affirment avoir fait quelque chose pour éviter la maladie. Toutefois, les pratiques d'évitement mobilisées par les personnes qui font quelque chose pour prévenir la maladie sont bonnes. Car les populations jugent cette maladie contagieuse, dangereuse et mortelle. C'est dans ce sens que certains préfèrent mettre l'accent sur les pratiques liées à l'hygiène que celle-ci soit corporelle ou environnementale. Il ressort tout de même que les hommes (32,5%) sont plus nombreux que les femmes (23,1%) à affirmer avoir fait quelque chose pour éviter la tuberculose. Cependant, s'agissant du recours au CAT (femmes : 97,8% ; hommes : 95,83%), et du suivi régulier du traitement (femmes : 97,8% ; hommes : 93,5%), le pourcentage enregistré par les femmes est plus élevé que celui des hommes. Les femmes semblent donc mieux se comporter en matière de recours au CAT et d'observance du traitement. L'analyse par milieu de résidence ne montre pas de différence particulière entre citadins et ruraux en matière de pratiques des populations. Toutefois, on observe une légère hausse en milieu rural par rapport au milieu urbain quant aux actions faites pour éviter la tuberculose (rural : 28,1% ; urbain : 27,3%). Pour ce qui est du recours en cas de tuberculose, les citadins semblent accéder plus couramment au CAT que les malades qui résident en milieu rural.

On relève, que du stade de la toux à la confirmation de la tuberculose, en passant par la présence de sang dans la salive du tousseur, les pratiques s'améliorent. Plus l'individu a des précisions sur sa maladie (surtout avec l'aggravation des signes), plus il se rapproche d'un centre de santé. Une fois à l'intérieur d'une structure spécialisée (CAT/CDT), il adopte de bonnes pratiques. Lorsque le malade n'a pas de précision sur le mal dont il souffre, il utilise plusieurs voies pour des traitements symptomatiques. La détermination de la maladie ouvre la voie pour une bonne observance du traitement en vue de la guérison.

Cependant, la faiblesse de pratique curative en cas de toux persistante (qui en réalité devrait apparaître comme une forme de prévention de la tuberculose) est inquiétante, puisque plus de la moitié (51%) des personnes ayant une toux persistante ne mènent aucune démarche de soins.

## Chapitre VI : Sources d'information sur la tuberculose

### VI.1. Niveau d'utilisation de la télévision et la radio par les populations enquêtées

#### VI.1.1. Télévision

Un peu plus de trois quarts des individus enquêtés soit 76,5% affirment avoir l'habitude de suivre des émissions télévisées ; 23,5% déclarent ne pas le faire régulièrement (23,5%). Les données relatives au milieu de résidence des enquêtés révèlent une légère domination des téléspectateurs de la ville (77,3%) comparativement à ceux du milieu rural (74,3%). Pour ce qui est de la différence entre hommes et femmes, on note que 78,7% d'hommes contre 74,5% chez les femmes déclarent suivre des émissions télévisées.

La prédominance de ce fait s'observe également à l'intérieur de toutes les régions avec un maximum dans celles de Lagune 1 (87,6%) et du Sud Bandama (85,1%). La région du Moyen Cavally (56,5%) enregistre le taux le plus réduit de personnes ayant déclaré avoir l'habitude de regarder la télévision.

Le moment de suivi des émissions télévisées majoritairement mentionné par les enquêtés, est la soirée<sup>14</sup> (55,1%). Ensuite, on a la proportion de ceux qui déclarent regarder des émissions télévisées à tout moment de la journée (22, 2%) et celle des personnes qui le font entre 12 h et 14 h (13,1%). Pour les autres modalités, on a : très tôt le matin (2,4%), l'après-midi (2,9%) et la nuit entre minuit et 5 h (0,8%).

S'agissant du milieu de résidence des individus enquêtés, ceux issus du milieu rural enregistrent des pourcentages au-dessus de ceux des citadins, pour ces deux moments (soirée et à tout moment). On a respectivement, 55,8% contre 54,9% pour le suivi des émissions télévisées dans la soirée, et 22,9% contre 21,9% en ce qui concerne l'indicateur « à tout moment de la journée ».

L'analyse selon le genre, indique que les hommes accordent plus le temps à la télévision pendant la soirée (63%). Les femmes qui regardent la télévision à ce moment de la journée enregistrent un pourcentage moindre (47,8%). Pour ce qui est du suivi des émissions télévisées à tout moment de la journée, le pourcentage des femmes (26,2%) est plus important que celui des hommes (17,8%).

Quant aux régions, dans le Moyen-Cavally, c'est le pourcentage des enquêtés qui regardent la télévision à tout moment de la journée (35,6%) qui domine, suivi de celui des personnes ayant mentionné la soirée (29,9%) et entre midi et 14 heures (19,5%).

#### VI.1.2. Radio

On observe une légère domination des individus ayant déclaré écouter fréquemment la radio (50,1%) ; comparativement à ceux qui affirment le contraire (49,9%). L'analyse par milieu de résidence montre que la majorité des enquêtés des villes écoute la radio régulièrement (53,3%), ce qui n'est pas le cas dans les villages (41,5%). Les résultats des hommes confirment également la prédominance des auditeurs de la radio, avec un taux de 66,5%. En

---

<sup>14</sup> De 19 heures à 23 heures.

revanche, la proportion des femmes qui affirment écouter habituellement la radio (35,8%) est largement inférieure à 50%.

De même, l'analyse par régions montre une ascendance des individus écoutant les émissions radiodiffusées, à l'exception de cinq localités où les enquêtés ayant répondu par l'affirmative sont minoritaires. Ce sont la Vallée du Bandama (47,5%), les Savanes (46,5%), le Moyen-Comoé (42,6%), l'Agnéby (40,6%) et Abidjan (35,8%).

Les enquêtés qui déclarent écouter la radio à tout moment (35,3%) et très tôt le matin (32,7%) enregistrent les pourcentages les plus considérables. Ceux qui évoquent la soirée comme moment d'écoute de la radio enregistrent un taux relativement important (15,1%).

Il ressort de l'analyse par milieu de vie, qu'en zones rurales, les populations écoutent plus la radio à tout moment de la journée qu'en milieu urbain (39,2% contre 34,2%). De même, l'ascendance des populations du milieu rural est observée au niveau des auditeurs de la soirée, avec un taux de 16,1% contre 14,8% pour le milieu urbain. Cependant, les populations urbaines (33,2%) enregistrent une proportion plus grande que celle des ruraux (31,1%) en ce qui concerne l'indicateur « très tôt le matin ».

L'analyse selon le genre, révèle qu'en ce qui concerne les moments d'écoute « à tout moment de la journée » et « très tôt le matin », les proportions d'hommes dominent celles des femmes (à tout moment : 38,1% chez les hommes contre 30,8% chez les femmes ; très tôt le matin : 37,3% chez les hommes contre 25% chez les femmes). S'agissant des enquêtés qui écoutent la radio pendant la soirée, les femmes (20,2%) enregistrent un taux supérieur à celui des hommes (12,1%).

A l'intérieur des régions, le Sud Comoé se distingue quand il s'agit des auditeurs qui écoutent la radio à tout moment (54,5%). En revanche pour les auditeurs matinaux (très tôt le matin), les régions de la Marahoué (50%) et Bas Sassandra (50%) possèdent les taux les plus élevés. Exceptionnellement dans les régions du Worodougou (32,5%) et du N'zi Comoé (27,8%), les proportions des individus dont le moment d'écoute est la soirée, sont largement supérieures à la moyenne générale.

## **VI.2. Exposition aux messages sur la tuberculose**

### **VI.2.1. Personnes ayant déjà entendu parler de la tuberculose**

Sur un effectif de 4000 personnes âgées de 18 ans et plus interrogées, la majorité (89,4%) affirme avoir déjà entendu parler de la tuberculose. Les données par milieu de résidence montrent que les populations rurales (90,2%) ont un taux qui domine celui des citadins (82,2%). Quant au genre, on relève que les hommes qui ont déclaré avoir déjà entendu parler de la tuberculose (91,9%) enregistrent un taux plus élevé que celui des femmes (87,3%).

S'agissant des régions, les pics s'observent dans le Fromager (97,7%), à Abidjan (94,2%) et dans la région Lagune 1 (94,1%). En revanche, les plus faibles proportions sont enregistrées dans la Marahoué (79,1%) et dans le Bas Sassandra (77,3%) (tableau 25).



**Tableau 25 :** Répartition des enquêtés selon qu'ils ont entendu parler ou non de la tuberculose

Tableau croisé Région * Avez-vous déjà entendu parler de la tuberculose ?					
Région			Avez-vous déjà entendu parler de la tuberculose ?		Total
			OUI	NON	
ABIDJAN	Effectif	751	46	797	
	%	94,2%	5,8%	100,0%	
SUD COMOE	Effectif	87	10	97	
	%	89,7%	10,3%	100,0%	
LAGUNE 1	Effectif	160	10	170	
	%	94,1%	5,9%	100,0%	
LAGUNE 2	Effectif	70	7	77	
	%	90,9%	9,1%	100,0%	
SUD BANDAMA	Effectif	181	14	195	
	%	92,8%	7,2%	100,0%	
FROMAGER	Effectif	128	3	131	
	%	97,7%	2,3%	100,0%	
WORODOUGOU	Effectif	66	13	79	
	%	83,5%	16,5%	100,0%	
MONTAGNES	Effectif	217	27	244	
	%	88,9%	11,1%	100,0%	
DENGUELE BAFING	Effectif	69	12	81	
	%	85,2%	14,8%	100,0%	
MOYEN CAVALLY	Effectif	138	16	154	
	%	89,6%	10,4%	100,0%	
VALLEE DU BANDAMA	Effectif	287	30	317	
	%	90,5%	9,5%	100,0%	
SAVANES	Effectif	197	20	217	
	%	90,8%	9,2%	100,0%	
LACS	Effectif	147	18	165	
	%	89,1%	10,9%	100,0%	
MARAHOUÉ	Effectif	102	27	129	
	%	79,1%	20,9%	100,0%	
HAUT SASSANDRA	Effectif	167	49	216	
	%	77,3%	22,7%	100,0%	
BAS SASSANDRA	Effectif	288	59	347	
	%	83,0%	17,0%	100,0%	
ZANZAN	Effectif	142	19	161	
	%	88,2%	11,8%	100,0%	
N'ZI COMOÉ	Effectif	154	20	174	
	%	88,5%	11,5%	100,0%	
MOYEN COMOÉ	Effectif	86	8	94	
	%	91,5%	8,5%	100,0%	
AGNEBY	Effectif	141	14	155	
	%	91,0%	9,0%	100,0%	
Total	Effectif	3 578	422	4 000	
	%	89,5%	10,6%	100,0%	

## **VI.2.2. Canal par lequel les populations ont entendu parler de la tuberculose**

Sur un effectif de 3 578 enquêtés qui ont déclaré avoir déjà entendu parler de la tuberculose, 865 ont cité le centre de santé comme canal d'information, ce qui correspond à 24,2%. Ce constat général est confirmé à l'intérieur des régions. Celles du Denguélé-Bafing (36,2%), Lacs (34%) et Vallée de Bandama (32,4%) enregistrent les plus fortes proportions d'enquêtés ayant entendu parler de la tuberculose dans un centre de santé.

Les enquêtés affirmant avoir entendu parler de la tuberculose par le canal de la télévision représentent 44,9%. Contrairement à la tendance générale, la majorité des individus enquêtés dans les régions de Sud-Comoé (66,7%), Fromager (59,4%), Bas-Sassandra (53,5%), Abidjan (51,8%), Haut-Sassandra (51,5%), et de Sud-Bandama ont affirmé avoir entendu parler de la tuberculose à la télévision. C'est dans la région des Savanes qu'on observe le taux le plus faible (28,4%).

La radio est très peu mentionnée comme source d'information parmi les personnes adultes qui ont déclaré qu'elles ont déjà entendu parler de la tuberculose. Seulement 22,4% des enquêtés ont cité ce moyen de communication. Cette tendance est vérifiée dans toutes les régions enquêtées. Quatre régions se distinguent avec des taux largement au dessus du général. Il s'agit du Moyen-Cavally (44,9%), du Sud-Comoé (37,9%), du Bas-Sassandra (36,5%) et du Denguélé-Bafing (33,3%).

Seulement une infime partie de la population enquêtée (5,6%) a relevé les campagnes de sensibilisation comme source d'information sur la tuberculose. Cependant, les régions du Worodougou (15,9%) et des Montagnes (10,1%) enregistrent des proportions qui dépassent 10%.

La presse écrite a été très peu citée parmi les moyens d'information sur la tuberculose ; 2,4% des enquêtés ont mentionné avoir entendu parler de la tuberculose par le canal d'un journal. Dans les régions du Worodougou (0%), de la Vallée de Bandama (0%) et des Savanes (0%), aucun enquêté n'a entendu parler de la tuberculose par un journal écrit.

Les enquêtés qui affirment avoir entendu parler de la tuberculose de bouche à oreille représentent 22,9%, avec un pic dans les régions des Lacs (34%), des Savanes (32,5%) et du Worodougou (30,3%).

Seulement 35 individus interrogés ont attesté avoir entendu parler de la tuberculose par intermédiaire d'un agent de santé communautaire, soit 1%. Cet effectif n'est distribué que dans 9 régions sur les 20. Ce sont par ordre décroissant le Bas Sassandra (4,2%), le Worodougou (3%), le Fromager (2,3%), les Lacs (2%), la Marahoué (2%), les Montagnes (1,8%), Abidjan (0,7%), l'Agnéby (0,7%) et le Sud Bandama (0,6%).

La proportion des enquêtés affirmant avoir entendu parler de la tuberculose par le biais d'un parent ou d'un ami est de 23%. Les maximas son enregistrés dans les régions du Sud Comoé (40,2%), de la Marahoué (39,2%), du Fromager (37,5%) et du Sud-Bandama (33,7%).

Près du quart des enquêtés ont mentionné avoir entendu parler de la tuberculose à l'école (23,3%). On retrouve les pourcentages les plus importants dans les régions du Fromager (32,8%), du Haut Sassandra et Lagune 1 (30%).

### **VI.2.3. Personnes exposées aux messages sur la lutte contre la tuberculose**

Sur l'ensemble des enquêtés, moins de la moitié ont déclaré avoir été exposés à des messages sur la lutte contre la tuberculose (41,1%). En ce qui concerne le milieu de vie, les citadins (42,2%) enregistrent un taux plus important que celui des populations villageoises (38,2%). Pour ce qui est du genre, on observe un écart considérable entre la proportion des hommes qui affirment avoir été exposés à des messages de lutte (49%) et celle des femmes (34,2%), en faveur des premiers cités.

Dans certaines régions, ce taux est supérieur à 50%. Ce sont les régions Lagune 2 (66,2%) et Fromager (51,9%). Il convient de noter que dans les régions de l'Agnéby (49,7%), Lagune 1 (47,1%) et du Sud Bandama (46,2%), les pourcentages avoisinent 50%. Les régions du Zanzan (28,6%) et du Worodougou (16,5%) enregistrent les proportions les plus réduites de personnes qui ont déclaré avoir vu, entendu ou lu des messages traitant de la lutte contre la tuberculose (tableau 26).

### **VI.2.4. Canal par lequel les populations ont été exposées à des messages sur la lutte contre la tuberculose**

Le pourcentage des personnes ayant été en contact avec des messages sur la tuberculose à partir de la télévision est de 66,9%. Les enquêtés vivant en milieu rural (69,1%) enregistrent une proportion relativement plus importante que celle des citadins (66,2%). On observe une parité entre les sexes : 66,9% pour les hommes et 66,9% pour les femmes. Dans les régions, la moyenne est partout supérieure à 50%. La région du Worodougou se distingue avec un taux de 84,6%.

De façon générale, 36,8% des individus ayant été exposés aux messages l'ont été grâce à la radio. L'analyse par milieu de résidence, révèle que 38,2% des ruraux contre 36,4% des citadins, ont accédé aux messages de lutte par la radio. Le pourcentage des hommes (43,7%) est supérieur à celui des femmes (28,3%).

S'agissant des régions, les pics s'observent dans le Bas Sassandra (64,2%) et le Moyen-Cavally (62,9%). Les régions du Haut Sassandra, de la Marahoué et du Worodougou, enregistrent des taux relativement importants (ceux-ci oscillent entre 53% et 58%).

La proportion des individus ayant eu accès à des messages sur la tuberculose à partir des affiches est de 16,9%. Le pourcentage enregistré par les individus du milieu urbain qui ont été exposés par le biais des affiches (17,7%) est relativement plus important que celui des ruraux (14,6%). Pour ce qui est du genre, on note une légère domination de la population masculine (17,9%) comparativement à la gence féminine (15,6%). D'une région à une autre, on a des variations, mais les forts taux s'observent dans le Denguélé-Bafing (42,9%), les 18 Montagnes (38,8%), le Moyen Cavally (38,7%) et la région du Worodougou (30,8%).

**Tableau 26 :** Répartition des populations enquêtées selon qu'elles ont été ou non exposées à des messages de lutte contre la tuberculose

Tableau croisé Région * Avez-vous déjà vu/entendu/lu des messages de lutte contre la tuberculose ?				
Région		Avez-vous déjà vu/entendu/lu des messages de lutte contre la tuberculose ?		Total
		OUI	NON	
ABIDJAN	Effectif	345	452	797
	%	43,3%	56,7%	100,0%
SUD COMOEO	Effectif	34	63	97
	%	35,1%	64,9%	100,0%
LAGUNE 1	Effectif	80	90	170
	%	47,1%	52,9%	100,0%
LAGUNE 2	Effectif	51	26	77
	%	66,2%	33,8%	100,0%
SUD BANDAMA	Effectif	90	105	195
	%	46,2%	53,8%	100,0%
FROMAGER	Effectif	68	63	131
	%	51,9%	48,1%	100,0%
WORODOUGOU	Effectif	13	66	79
	%	16,5%	83,5%	100,0%
MONTAGNES	Effectif	80	164	244
	%	32,8%	67,2%	100,0%
DENGUELE BAFING	Effectif	28	53	81
	%	34,6%	65,4%	100,0%
MOYEN CAVALLY	Effectif	62	92	154
	%	40,3%	59,7%	100,0%
VALLEE DU BANDAMA	Effectif	146	171	317
	%	46,1%	53,9%	100,0%
SAVANES	Effectif	91	126	217
	%	41,9%	58,1%	100,0%
LACS	Effectif	73	92	165
	%	44,2%	55,8%	100,0%
MARAHOUE	Effectif	41	88	129
	%	31,8%	68,2%	100,0%
HAUT SASSANDRA	Effectif	75	141	216
	%	34,7%	65,3%	100,0%
BAS SASSANDRA	Effectif	133	214	347
	%	38,3%	61,7%	100,0%
ZANZAN	Effectif	46	115	161
	%	28,6%	71,4%	100,0%
N'ZI COMOEO	Effectif	70	104	174
	%	40,2%	59,8%	100,0%
MOYEN COMOEO	Effectif	42	52	94
	%	44,7%	55,3%	100,0%
AGNEBY	Effectif	77	78	155
	%	49,7%	50,3%	100,0%
Total	Effectif	1 645	2 355	4 000
	%	41,1%	58,9%	100,0%

La proportion des personnes ayant été exposées au message sur la tuberculose par l'intermédiaire des panneaux est très faible. Elle est seulement de 4,6%. L'analyse par milieu de vie montre qu'il n'y a pas de différence majeure entre le milieu urbain (4,6%) et le milieu rural (4,4%). S'agissant du genre, on relève que chez les hommes, le pourcentage dépasse légèrement le taux général (5,5%), comparativement à celui des femmes (3,4%).

Quelques pics certes faibles, se distinguent du taux général au niveau des régions. On les retrouve dans les 18 montagnes (15%), le Moyen-Cavally (12,9%) et la région des Lacs (12,2%).

Seulement 6,1% des enquêtés disent avoir été exposés à des messages sur la tuberculose à partir de dépliants. Les populations rurales (7,3%) enregistrent un taux plus important que les citadins (5,7%). Les hommes ayant accédé aux messages par ce même canal représentent 6,4% contre 5,6% chez les femmes.

Les régions du Denguélé-Bafing, des Savanes, de l'Agnéby et du Haut Sassandra se distinguent, avec des taux respectifs de 14,3%, 12,1%, 11,7% et 10,7%.

#### **VI.2.5. Durée et fréquence d'exposition des populations aux messages sur la lutte contre la tuberculose**

Parmi les personnes qui déclarent avoir été exposées à des messages de lutte contre la tuberculose, la fréquence d'exposition était faible chez la majorité (83,3%, dont 47,1% quelques fois et 36,2% rarement exposés). Les enquêtés ayant évoqué une exposition récurrente (très souvent) représentent 16,8%. Les populations du milieu rural dominent lorsqu'il s'agit de la réponse « rarement » (41,4% contre 34,4% en milieu urbain). Pour ce qui est de la fréquence récurrente, ce sont les populations urbaines qui se distinguent (très souvent : 17,6% contre 14,4% pour le milieu rural). Des observations similaires à l'analyse par milieu de vie, se dégagent au niveau du milieu de résidence. La gente féminine représente la catégorie qui a le plus mentionné la réponse « rarement » (38,5% contre 34,3% pour la population masculine). Cependant, quand il s'agit des enquêtés qui indiquent une fréquence d'exposition récurrente, la proportion des hommes est dominante (17,6% contre 15,8% pour les femmes).

Au niveau des régions, les pics d'enquêtés ayant évoqué une exposition récurrente se retrouvent dans les Montagnes (28,8%), le Moyen Cavally (25,8%), le Worodougou (23,1%), le Moyen Comoé (21,4%) et la Vallée du Bandama (20,5%). En ce qui concerne la proportion des enquêtés rarement atteints par les messages, les taux les plus élevés se situent dans les régions des Lagunes 1 (53,8%) et de la Marahoué (53,7%).

A la question relative à la durée d'exposition aux messages sur la tuberculose, les enquêtés ont répondu qu'ils l'ont été durant moins d'une semaine (29,4%), ou ont mentionné qu'ils ne savaient pas (28,1%). Les personnes adultes qui ont affirmé avoir été exposées pendant une à deux semaines et plus d'un mois représentent respectivement 18,8% et 14,7%.

Les données par milieu de résidence, révèlent un écart entre les populations qui affirment ne pas savoir la durée d'exposition aux messages de lutte contre la tuberculose (milieu urbain 29,6% ; milieu rural : 19,5%). Les résultats selon le genre, s'alignent sur la tendance générale, excepté le fait qu'on observe une parité, au niveau des femmes, entre celles qui évoquent une

durée de moins d'une semaine (29,2%) et celles qui disent ne pas se souvenir de la durée d'exposition (29,2%).

L'analyse par région laisse entrevoir quelques particularités. D'abord, on observe la prédominance de ceux qui ont déclaré avoir été exposés aux messages pendant moins d'une semaine, dans les régions du Zanzan (52,2%) et du Sud Comoé (50%). Puis, concernant ceux qui mentionnent une durée d'exposition d'une à deux semaines, la région du Denguélé-Bafing (50%) a le pourcentage le plus élevé. Enfin, en ce qui concerne les enquêtés affirmant ne pas savoir la durée d'exposition aux messages sur la tuberculose, la région d'Abidjan s'illustre avec un taux de 57,8%.

#### **VI.2.6. Capacité des populations à se souvenir des messages auxquels elles ont été exposées**

Un peu moins de la moitié des enquêtés ayant été exposés aux messages, indiquent qu'ils se souviennent du contenu des messages sur la tuberculose auxquels ils ont été exposés (49,7%). Selon le milieu de résidence, on note que plus de la moitié des enquêtés de la ville se souviennent du contenu des messages (50,5%), tandis qu'en milieu rural ce taux est de 47,4%. Le pourcentage des hommes qui affirment s'en souvenir (61,5%) est largement supérieur au taux enregistré par les femmes (43,2%).

Dans huit régions sanitaires, les proportions pour cette modalité sont dominantes. Ce sont Lagune 2 (62,7%), Worodougou (61,5%), Sud Bandama (52,1%), Savanes (56%), Lagune 2 (55%), Abidjan (53,9%), Lacs (52,1%) et Vallée du Bandama (52,1%). On observe une parité entre les populations qui ont affirmé se souvenir des messages et ceux qui ont dit le contraire dans la région du Fromager. C'est dans la région du Zanzan (76,2%) qu'on retrouve le taux le plus important d'individus qui ont déclaré ne plus se souvenir des messages qu'ils ont vus, lus ou entendus sur la tuberculose.

En substance, les enquêtés ont généralement retenu des messages qu'il faut se rendre à l'hôpital en cas de toux prolongée.

#### **VI.3. Accès à l'information et connaissances, attitudes et pratiques relatives à la tuberculose**

Le croisement de l'exposition aux messages avec les indicateurs d'appréciation des connaissances, des attitudes et des pratiques des individus ne révèle pas de lien d'association significatifs. Pour chacun des indicateurs, les valeurs du Chi 2 sont les suivantes : connaissances ( $p=9,75$ ), attitudes ( $p=3,62$ ), pratiques des personnes ayant eu une toux persistante ( $p=0,08$ ), pratiques des personnes ayant eu la tuberculose ( $p=0,07$ ) et pratiques préventives ( $p=3,07$ ).

## • **Commentaire relatif aux sources d'information sur la tuberculose**

L'analyse des résultats relatifs à la communication sur la tuberculose révèle, que globalement, les populations ont entendu parler de la tuberculose. Cet écho relatif à la tuberculose est plus important en milieu rural qu'en milieu urbain. Ce résultat pourrait se justifier par les relations de types communautaires en vigueur dans les villages. En effet, la proximité des habitants dans les villages facilite le relais des informations. On peut citer comme exemple, la survenue d'un cas de tuberculose dans la communauté qui pourrait être rapidement propagé dans le village. Ainsi, en milieu rural, la probabilité d'avoir au moins une fois entendu le mot tuberculose devient plus grande qu'en ville. Généralement la télévision et la radio constituent les principaux canaux par lesquels les populations ont entendu parler de la tuberculose.

A ces médias, il faut ajouter les structures de santé et l'école. En revanche, l'exposition des individus à des messages portant sur la lutte contre la tuberculose est très limitée. Moins de la moitié de ceux qui ont une fois entendu parler de la tuberculose ont été exposés à des messages de sensibilisation, avec des taux assez faibles dans les régions du Zanzan et du Worodougou. Cette situation pourrait s'expliquer par l'insuffisance de campagnes d'information sur l'ensemble du territoire. Il ressort des entretiens avec les leaders communautaires et les responsables des CDT et CAT, que dans certaines localités, aucune activité de communication sur la tuberculose n'a été initiée. En milieu rural, la situation est encore plus préoccupante parce que les populations bénéficient rarement de l'intervention des ONG qui essaient tant bien que mal de réaliser des activités dans le domaine de la tuberculose. En effet, par manque de moyens financiers, humains et matériels (engins motorisés, dotation en carburant), ces structures ne parviennent pas toujours à accéder au monde rural.

En ce qui concerne la faible proportion des enquêtés qui a eu accès à des messages de lutte contre la tuberculose, ce sont les médias télévisés et radiophoniques qui ont constitué les principaux canaux d'information. Les dépliants, les affiches et les panneaux publicitaires ont été peu souvent cités par les enquêtés. Ce résultat pourrait se justifier par le fait que les affiches et les dépliants ne sont disponibles que dans les structures spécialisées dans la prise en charge de la tuberculose. Ces supports d'information ne font pas l'objet d'une vulgarisation au sein de la population générale. En revanche, dans quelques régions sanitaires, des émissions sur la tuberculose sont animées par les responsables des CAT ou CDT sur les chaînes de radio de proximité.

Par ailleurs, les résultats de l'enquête CAP montrent que près de la moitié des personnes qui ont vu, lu ou écouté des messages sur la tuberculose ne se souviennent plus du contenu du message. Cela pourrait se justifier par les fréquences d'exposition qui sont très faibles (rarement ou quelques fois) et par la durée d'exposition à ces messages qui est estimée à moins d'une semaine. Cependant, au sein de la population masculine, on observe une majorité qui se souvient des messages auxquels ils ont été exposés. De même, les populations urbaines qui ont affirmé avoir un souvenir du contenu des messages domine celle des ruraux. Cette capacité mémorielle pourrait se justifier par les taux d'alphabétisation qui sont relativement plus élevés en milieu urbain qu'en milieu rural, ainsi que chez les hommes comparativement aux femmes.

Pour finir, il convient de relever qu'en ce qui concerne l'accès des ménages aux médias, la télévision est nettement mieux suivie que la radio. L'étude révèle que la différence au niveau de l'accès à la télévision n'est pas significative, tant du point de vue du genre que sur le plan du milieu de résidence. Toutefois, au niveau de la l'utilisation de la radio, les femmes écoutent le font moins que les hommes. De même, on enregistre moins d'auditeurs de la radio en milieu rural qu'en milieu urbain. Les enquêtés suivent généralement les émissions télévisées dans la soirée ou entre midi, pendant que les auditeurs écoutent la radio à tout moment de la journée et très tôt le matin.

## Discussion-Conclusion-Recommandations

- **Discussion**

La tuberculose est présentée dans la littérature comme une affection qui n'est pas bien connue des populations dès les premiers signes. On la soupçonne quand une toux persiste. La toux étant une maladie et un symptôme à la fois, les populations ne parviennent pas à identifier dès le départ s'il s'agit d'une toux simple ou d'une toux liée à la tuberculose. Cette faible connaissance relevée dans notre étude se confirme dans les travaux de Imorou et De Sardan sur les populations de Gaya (Imorou et De Sardan, 2004). Appelée «Kotto beeri » en Zarma, la tuberculose est considérée comme une grande toux en raison de sa gravité. Cette expression varie en fonction des qualificatifs que l'on veut donner à la maladie. Des confusions sont faites avec la coqueluche, les autres toux liées au rhume et à l'asthme. On lui attribue plusieurs formes (souvent en relation avec des couleurs) avec des symptômes variables. Elle est parfois considérée comme non contagieuse et liée à diverses causes, comme le relèvent Berthe et *al.* (2009) : « Par ailleurs *kotto beeri* est même perçu par certains, moins nombreux, comme n'étant pas contagieuse, mais comme étant plutôt une maladie héréditaire, ou encore une maladie des génies ou du mauvais sort ». Cette position n'est pas loin de celle de Diarra, étudiant la population de 18 ans et plus de Bamako. Son étude révèle que la population générale avait une connaissance raisonnable de la tuberculose car 24,8% des personnes avaient une bonne connaissance, 58,1% une connaissance partielle et 17,1% une mauvaise connaissance (Diarra, 2005). Ce qui est quasi similaire au résultat de la présente étude menée en Côte d'Ivoire, malgré de légers écarts dans les différentes proportions enregistrées. Celle-ci révèle que les populations enquêtées ont une connaissance moyenne de la tuberculose (68,2% ont une connaissance moyenne, 29,6% ont une bonne connaissance et 2,2% ont une faible connaissance).

Les attitudes face à la tuberculose sont généralement bonnes. Bien que sachant les risques liés au rapprochement du tuberculeux, les populations apportent un soutien pour éviter d'isoler totalement le malade. Cette attitude est l'expression de la solidarité africaine. Mais ailleurs comme l'évoquent, Munro et *al* (2007), les barrières socio-culturelles entravent l'adhésion au traitement de la TB et font appel à la fois à une accentuation des interventions centrées sur le patient et à un accroissement de la recherche concernant l'adhésion dans une perspective non-biomédicale. Cette position vient renforcer les résultats de la présente étude puisque plusieurs malades de la tuberculose ont eu d'autres recours que les CAT et CDT. Dans le même sens, une étude au Viet Nam a observé que les patients préfèrent un traitement privé (non-DOTS) plutôt que de recourir au DOTS gratuit dans le système public en raison de la plus grande confidentialité qu'assurent les pourvoyeurs privés (Lönnroth et *al.*, 2001). Si la recherche de la confidentialité existe partout, il a été aussi donné de constater que les malades sont dans plusieurs cas fiers de savoir de quoi ils souffrent. Ils ont donc le courage de suivre ce traitement jusqu'au bout. Quant au personnel soignant, au-delà de la peur ressentie avant la prise de fonction, il se rapproche des malades surtout avec la stratégie DOTS ; celle-ci pour une meilleure application nécessite que le patient et le personnel soignant se rencontrent



régulièrement. Le traitement est fait en conformité avec les normes internationales tout en se référant aux principes nationaux. En Côte d'Ivoire le traitement de la tuberculose est réservé aux institutions sanitaires publiques et plus précisément aux CAT. Le malade est donc livré à un long parcours jusqu'au dernier recours légal. C'est ce que semblent souligner Skordis-Worrall et al (2010) dans le cas du diagnostic de la tuberculose à Cape Town en Afrique du Sud. « *Un certain nombre de facteurs liés aux pourvoyeurs ou à l'institution entraînent un allongement du retard au diagnostic. Si les pourvoyeurs ne diagnostiquent pas correctement une maladie prolongée, les patients continuent habituellement à chercher de l'aide jusqu'à arriver à un diagnostic et à un traitement corrects. Les déficiences en médicaments et en personnel ont poussé des institutions à référer les patients ailleurs, ce qui allonge le processus de recherche de soins et le retard au diagnostic* ». Ces conclusions sur les attitudes des tuberculeux viennent renforcer les résultats de la présente enquête CAP.

Une étude socio anthropologique menée par Berthe et al (2009), à partir d'entretiens individuels, de focus groups et d'observations réalisés à Mopti au Mali, nous situe sur les pratiques en vigueur dans les communautés : « *Pour prévenir la tuberculose, les individus prennent diverses mesures qui consistent à se tenir à l'écart des facteurs causaux par lesquels l'infection est censée se transmettre. De même, les recours thérapeutiques sont fortement dépendants de la causalité : dans l'ordre, les recours les plus fréquents demeurent l'automédication, les tradithérapeutes et le recours au centre de santé* ». Si ces pratiques sont conformes à celles de notre étude, en ce qui concerne l'itinéraire thérapeutique, notons que les outils de collecte<sup>15</sup> utilisés par ces auteurs n'ont pas permis la mesure du degré de bonnes pratiques.

Par ailleurs, Imorou et De Sardan dans leur étude sur la tuberculose à Gaya (Imorou et Sardan, 2004), ont relevé les pratiques illégales en vue de recueillir des revenus illicites autour de la tuberculose chez les agents de santé, l'absence de relation avec le secteur privé formel et le problème des soins informels et illégaux. Dans la présente étude CAP, personne n'a évoqué de pratiques illicites visant à soutirer des sous aux malades. Quant aux autres points, ils sont vérifiés sur le terrain. En matière de traitement de la tuberculose notamment, on note l'absence de relation officielle avec le secteur privé formel en Côte d'Ivoire. Les recours informels et illicites auxquels les auteurs font allusion, s'inscrivent dans l'itinéraire thérapeutique des malades depuis les manifestations de la toux jusqu'au CAT.

On peut retenir de ce qui précède que si l'étude est propre à la Côte d'Ivoire, les résultats sont semblables à ceux de plusieurs pays.

---

<sup>15</sup> L'étude menée par Berthe au Mali est purement qualitative d'où l'absence de questionnaire.

## Conclusion et recommandations

La lutte contre la tuberculose en Côte d'Ivoire a connu un élan de redynamisation avec la mise en place du PNLT en 2001. Le Programme National avec l'appui des bailleurs, principalement le Fonds Mondial, multiplie les efforts particulièrement depuis 2008, comme indiqué dans la revue PNS 2012-2016, pour une meilleure organisation de la lutte contre la TB. De ce point de vue, la présente enquête CAP commanditée par Caritas Côte d'Ivoire, présente un enjeu majeur. Quels sont les conclusions qui se dégagent de cette étude ? Comment se servir de ses résultats, comme socle, pour proposer des objectifs et stratégies pouvant guider l'action de Caritas Côte d'Ivoire au niveau communautaire ?

Au lieu des recommandations classiques, nous faisons ici l'option de dégager les constats majeurs qui ressortent de l'enquête CAP. A partir de ces faits, nous proposons des objectifs du plan d'action de Caritas pour les prochaines années de mise en œuvre du volet communautaire du projet de lutte contre la tuberculose.

- ***Constats majeurs ressortant de l'étude***

On note, que plusieurs constats se dégagent de l'étude :

**En matière des connaissances**, les populations savent que la toux constitue un facteur de contamination et que le contact avec un malade tuberculeux représente un autre facteur supplémentaire. Toutefois, on relève un faible niveau de connaissance général de la tuberculose au sein de la population (29,6%). De façon spécifique, les résultats montrent la faiblesse de la proportion des individus identifiant le BK comme cause de la tuberculose (0,2%). De même, on relève une très faible tranche d'individus qui évoquent le VIH sida parmi les causes sous-jacentes de la maladie (0,3%). Par ailleurs, très peu d'individus évoquent la poussière (7,6%) et les baisers (6,9%). En outre, on assiste à une non maîtrise du rôle et de la localisation géographique des CAT, et surtout des CDT. Seulement 24,2% des enquêtés ont affirmé connaître l'emplacement du siège de ces structures dans leur localité de résidence.

**En ce qui concerne les attitudes**, les populations ont de bonnes dispositions quand il s'agit de se soumettre au test de crachat en cas de toux persistante, de référer vers les centres de santé un parent ou quelqu'un de l'entourage qu'ils soupçonnent d'avoir la tuberculose. Cependant, on observe une proportion très réduite d'enquêtés qui ont une bonne attitude face à la tuberculose (2,8%). En effet, il existe plusieurs indicateurs pour lesquels les populations présentent des attitudes maladroites, notamment le refus de partager la même chambre avec une personne atteinte de tuberculose, de même le refus d'utiliser les mêmes ustensiles que d'anciens malades déclarés guéris.

**S'agissant des pratiques**, le point positif est que les personnes qui ont déclaré avoir fait quelque chose pour éviter la tuberculose, adoptent de bonnes pratiques préventives face à la tuberculose (62,2%). Mais des points d'ombre demeurent. En effet, on note une faiblesse de la culture préventive chez les enquêtés ; seulement 27,5% affirment avoir fait quelque chose pour prévenir la tuberculose.

**Quant aux sources d'information sur la tuberculose**, le constat est qu'une très grande majorité des individus ont déjà entendu prononcer le mot tuberculose (89,4%). Mais parmi eux, seulement 24,2% l'ont entendu dans une structure de santé. En outre, on enregistre un faible effectif d'enquêtés ayant été exposés aux messages sur la lutte contre la tuberculose (41,1%). Enfin, les individus se souvenant du contenu des messages parmi ceux qui ont été exposés n'atteignent pas 50%.

Face à ces constats, nous formulons les objectifs suivants pour des actions pouvant aider à améliorer les connaissances, les attitudes et les pratiques des populations en matière de TB.

- **Objectifs du plan d'action**

**Objectif 1 :** D'ici à 2015, améliorer le niveau de connaissance sur la TB d'un taux de 29,6% à 80% chez les populations et à 100% chez les personnes atteintes ;

**Objectif 2 :** D'ici à 2015, améliorer les attitudes des populations face à la tuberculose en faisant passer les attitudes positives du taux de 2,8% à 50% ;

**Objectif 3 :** Améliorer la couverture vaccinale du BCG en passant de 74% en 2012 à 100% en 2015 ;

**Objectif 4 :** D'ici à 2015, améliorer le taux de recours de la population générale aux CAT/CDT pour le dépistage de la TB en cas de toux persistante de 1,4% à 50% ;

**Objectif 5 :** D'ici à 2015, accroître le contrôle de la transmission de la tuberculose chez les populations en faisant passer le pourcentage d'individus qui adoptent un comportement préventif contre la TB de 27,5% à 60% ;

**Objectif 6 :** D'ici à 2015, couvrir 80 % de la population générale en messages éducatifs sur la tuberculose.

- **Stratégies**

Les stratégies indicatives suivantes pourront aider à atteindre ces objectifs :

- la sensibilisation des populations sur les causes de la TB ;
- la sensibilisation des populations sur les symptômes ;
- la sensibilisation sur le traitement et la possibilité de guérir de la TB ;
- la sensibilisation des populations sur les mesures préventives et les moyens de recours ;
- la sensibilisation des populations pour une meilleure intégration communautaire des anciens malades ;
- la lutte contre la stigmatisation ;
- la sensibilisation des populations pour un recours systématique aux CAT/CDT en cas de toux persistante ;
- la sensibilisation des malades sur la nécessité d'observer scrupuleusement les mesures d'hygiène ;
- la redynamisation des activités communautaires des ONG locales.

## Références bibliographiques

Berthe (A) et al, 2009, Approche socioanthropologique de la tuberculose à Mopti (Mali) : représentations populaires et recours thérapeutiques en cas de tuberculose, in *Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé*. Volume 19, Numéro 2, P. 8

Diarra (B), 2005, *Etude des Connaissances, Attitudes et Pratiques Comportementales de la Population Générale de Bamako face à la Tuberculose*. Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie Université de Bamako (Thèse de médecine).

Imorou (A ) et De Sardan (O) , 2004, *La tuberculose à Gaya : approche socio-anthropologique*, Etudes et Travaux n° 25

Lönnroth (K), et al, Afford free treatment? Perceived consequences of health care provider choices among people with tuberculosis in *Ho Chi Minh City, Vietnam*. *Soc Sci Med* 2001; 52: 935–948.

Munro (S A) et al, 2007, *Patient adherence to tuberculosis treatment: a systematic review of qualitative research*. *P LoS Med*; 4:e238.

Ministère de la santé et de la lutte contre le SIDA : *Plan National Stratégique 2012-2016*

OMS, 2011, *Rapport mondial sur la tuberculose 2011*.

Skordis-Worrall J., Hanson K., Mills A., 2010, Confusion, recours aux soins et retard au diagnostic de la tuberculose à Cape Town, Afrique du Sud, *Int J Tuberc Lung Dis* 14(2):171–180.

# ANNEXES



## QUESTIONNAIRE MENAGE

# **Etude des Connaissances, Attitudes et Pratiques (CAP) sur la tuberculose dans les 19 anciennes régions sanitaires de Côte d'Ivoire**

**FONDS MONDIAL/CARITAS/CRD : ETUDE SUR LES CONNAISSANCES, LES ATTITUDES ET  
LES PRATIQUES (CAP) DES POPULATIONS SUR LA TUBERCULOSE EN COTE D'IVOIRE.**

**FORMULAIRE D'INFORMATION**

**Introduction**

Bonjour Madame/Monsieur, dans le cadre d'une étude demandée par Caritas<sup>16</sup> Côte d'Ivoire, sur les connaissances, les attitudes et les pratiques des populations en rapport avec la tuberculose, votre localité a été sélectionnée. Notre équipe est conduite par un (e) responsable qui est sur place avec nous. (Dans le cas où la demande express de voir le responsable en question est mentionnée, l'enquêteur pourra alors aller le chercher afin de confirmer ses dires.)

Notre travail consiste à discuter avec vous afin de recenser et d'analyser vos connaissances, vos attitudes et vos pratiques en rapport avec la tuberculose. Il s'agit d'une étude nationale qui s'adresse à tout individu vivant sur le territoire sans aucune distinction de nationalité, de sexe, d'ethnie, d'origine socioprofessionnelle, etc.

Nous utilisons un questionnaire individuel et un questionnaire de groupe afin de recueillir les informations. Nous travaillons à la fois avec les responsables communautaires, les responsables des structures de santé ainsi qu'avec les malades, anciens malades et la population en général ayant un âge supérieur à 18 ans.

**Confidentialité et anonymat**

Cette étude est anonyme et confidentielle. Autrement dit, nous ne retiendrons ni votre nom ni votre adresse au moment de la rédaction du rapport. Personne (sauf moi-même ou les chercheurs responsables) n'aura accès à vos réponses.

**Avantages et bénéfices**

Cette étude, en se faisant dans votre localité place l'homme au centre même de la recherche et vous implique dans les procédures de connaissances, d'attitudes et de pratiques liées à la tuberculose. Après notre départ, ces discussions pourront susciter (nous l'espérons) une méditation sur nos échanges, un approfondissement de vos connaissances ainsi que les nôtres aussi et une mise en pratique des résolutions que vous prendrez en faveur de vous-même, de votre entourage et de votre communauté.

---

<sup>16</sup> Caritas est très connu en Côte d'Ivoire. Dans le cas contraire, il faudra expliquer ce qu'est cette institution aux enquêté (e) s.

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT LIBRE ET ECLAIRE

La participation à cette étude est volontaire. Vous pouvez choisir de ne pas y participer. Par ailleurs, en y participant, vous pouvez décider à tout moment d'interrompre l'entretien et de vous retirer quand vous le souhaitez. Si vous avez des questions ou des préoccupations concernant cette étude, vous pouvez les poser maintenant. Nous restons à votre écoute tout au long de l'entretien.

Après avoir compris les termes de l'étude, j'accepte librement de participer à cet entretien.

Date.....

Signature de l'enquêté(e).....

Enquêteur ayant recueilli le consentement

Nom.....

Signature.....



## I. IDENTIFICATION

<b>Q001. Nom et code de l'enquêteur :</b> Nom _____	<b>Q002. Nom et code du superviseur:</b> Nom _____
<b>Q003. Jour/Mois/Année de l'enquête :</b> _____ / _____ / _____	
<b>Q004. Région</b> ..... /__ /	<b>Q005. Zone :</b> Zone 1 ..... 1 Zone 2 ..... 2 Zone 3 ..... 3 Zone 4 ..... 4 Zone 5 ..... 5 Zone 6 ..... 6
<b>Q006 Code du district sanitaire :</b> _____ /__ /__ /	<b>Q007 Aire de santé</b> ..... /__ /
<b>Q008. Milieu de résidence :</b> 1. Urbain    2. Rural            /__ /	<b>Q009 Quartier urbain/village</b> ..... /__ /
<b>Q010A. Numéro de ménage :</b> _____ /__ /__ /__ /	
<b>Q010B. Identifiant du Ménage :</b> /__ /__ /__ /__ /__ /__ /	

**RESULTAT** (Après avoir complété tous les questionnaires du ménage, remplissez les informations suivantes)

<b>Q011 : Résultat de l'interview du ménage :</b> Rempli ..... 1 Refusé ..... 2 Partiellement rempli ..... 3 Entretien différé..... 4 Autre (à préciser) ..... 5	12.1. Taille du ménage /__ /__ / 12.2. Total des membres éligibles (18 ans et plus) /__ /__ / 12.3 Nombre de Tb dans le ménage /__ /__ / 12.4 Nombre de femmes Tb dans le ménage /__ /__ / 12.5 Nombre d'hommes Tb dans le ménage /__ /__ / 12.6. N° de ligne du répondant au questionnaire ménage /__ /__ /				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; padding: 5px;"><i>Emargement enquêteur</i></td> <td style="width: 25%; padding: 5px;"><i>Superviseur</i> Nom Date</td> <td style="width: 25%; padding: 5px;"><i>Coordonnateur de zone</i> Nom Date</td> <td style="width: 25%; padding: 5px;"><i>Agent de saisie</i>..... /__ /__ /</td> </tr> </table>	<i>Emargement enquêteur</i>	<i>Superviseur</i> Nom Date	<i>Coordonnateur de zone</i> Nom Date	<i>Agent de saisie</i> ..... /__ /__ /	
<i>Emargement enquêteur</i>	<i>Superviseur</i> Nom Date	<i>Coordonnateur de zone</i> Nom Date	<i>Agent de saisie</i> ..... /__ /__ /		
Observations .....	Observations .....	Observations .....	Observations .....		

## II. LISTE DES MEMBRES DU MENAGE

13 N° d'ordre	14. Nom de référence	15. Lien de parenté avec le chef de ménage	16. Sexe 1. Mas. 2. Fém.	17. Age (en années révolues)	18. Niveau d'instruction	19. Profession (Occupation principale)	20. A-t-il déjà eu une TB ? 1. Oui 2. Non 3. NSP	21. Si oui, statut actuel par rapport à la TB 1. Malade Tb 2. Guéri Tb 3. NSP	22. Eligibilité (18 ans et +)	23. Présence au moment de l'enquête 1. Oui 2. Non
01		__	__	__	__	__	__	__	__	__
02		__	__	__	__	__	__	__	__	__
03		__	__	__	__	__	__	__	__	__
04		__	__	__	__	__	__	__	__	__
05		__	__	__	__	__	__	__	__	__
06		__	__	__	__	__	__	__	__	__
07		__	__	__	__	__	__	__	__	__
08		__	__	__	__	__	__	__	__	__
09		__	__	__	__	__	__	__	__	__
10		__	__	__	__	__	__	__	__	__
11		__	__	__	__	__	__	__	__	__
12		__	__	__	__	__	__	__	__	__
13		__	__	__	__	__	__	__	__	__
14		__	__	__	__	__	__	__	__	__
15		__	__	__	__	__	__	__	__	__
16		__	__	__	__	__	__	__	__	__
17		__	__	__	__	__	__	__	__	__
18		__	__	__	__	__	__	__	__	__
19		__	__	__	__	__	__	__	__	__
20		__	__	__	__	__	__	__	__	__
21		__	__	__	__	__	__	__	__	__
22		__	__	__	__	__	__	__	__	__
<b>Total</b>							__	__	__	__

**Lien de parenté avec le chef de ménage :** 1. Chef de ménage 2. Conjoint(e) 3. Enfant 4. Frère/sœur 5. Oncle/tante 6. Collatéral 7. Père/mère 8. Autre

**Niveau d'instruction (école conventionnelle française) :** 1. Non scolarisé 2. Primaire 3. Secondaire 4. Supérieur 5. Sans objet 6. NSP 7. Pas applicable

**Occupation:** 1. Sans emploi/ménagère 2. Agriculture/Elevage 3. Petit Commerce/Artisanat 4. Grand Commerce/Artisanat 5. Fonctionnaire de l'Etat 6. Travailleur du privé 7. Elève/Étudiant 8. Retraité 9. Travailleur domestique 10. Autres 11. Pas applicable

### III. CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES ET ENVIRONNEMENTALES DU MENAGE

N°	QUESTIONS, INSTRUCTIONS ET FILTRES	REPONSES	CODES	ALLER A
Q024	Type de maison	Planches Banco Géobéton Maison en dur (ciment) Autres (préciser).....	1 2 3 4 5	
Q025	Principal matériau du sol	Terre / sable Bois poli Carreaux Ciment Moquette Autres (préciser).....	1 2 3 4 5 6	
Q026	Source principale d'eau	Eau courante (SODECI) interne Eau courante externe Pompe publique Forage Puits Source/rivière/ marigot Autres (préciser).....	1 2 3 4 5 6 7	
Q027	Principale source d'éclairage	Electricité (CIE) Groupe électrogène Lampe tempête Bougie torche Lampe électronique ou à pile Energie solaire Autres (préciser).....	1 2 3 4 5 6 7 8	
Q028	Nombre de pièces de la maison	028.1. Nombre total de pièces 028.2. Nombre de pièces utilisées pour dormir	/ / / / / /	
Q029	Nombre de personnes par pièce en moyenne (pour la chambre non conjugale)	Inférieur ou égal à trois Supérieur à trois	1 2	
Q030	Types d'aération de la maison	Volet Persienne (en aluminium) Claustra Autres (préciser).....	1 2 3 4	
Q031	Ensoleillement de la maison	Maison bien ensoleillée Maison sombre	1 2	
Q032	Nombre d'enfants de moins de 6 ans ayant fait le BCG	Aucun enfant Un à trois enfants Ne sais pas	1 2 3	
Q033	Environnement immédiat de l'habitat <b>Possibilité de réponses multiples</b>	Broussaille Eaux stagnantes Animaux domestiques en liberté Environnement propre Autres (préciser).....	1 2 3 4 5	
Q034	De quel genre de toilettes dispose votre ménage ?	Chasse branchée à fosse Fosse/Latrines rudimentaires Fosse/Latrines améliorées Pas de toilettes/Nature Autres (préciser).....	1 2 3 4 5	
Q035	Dans votre ménage, y a-t-il quelqu'un qui possède les biens ci après ? <b>Possibilité de réponses multiples</b>	Engins à deux roues Véhicules à quatre roues Charrue Bœufs Moutons/chèvres Pirogue Filet de pêche Volaille Télévision Réfrigérateur	1 2 3 4 5 6 7 8 9	
Q036	Groupe ethnique du chef de ménage <b>Pour vérification, inscrire l'ethnie devant le groupe ethnique, pour les groupes ethniques non nationaux inscrire plutôt le pays</b>	Krou..... Mandé Nord..... Mandé Sud..... Gur..... CEDEAO (à préciser)..... Autre (préciser).....	1 2 3 4 5 6	



## **QUESTIONNAIRE 18 ANS ET PLUS**

# **Etude des Connaissances, Attitudes et Pratiques (CAP) sur la tuberculose dans les 19 anciennes régions sanitaires de Côte d'Ivoire**

**FONDS MONDIAL/CARITAS/CRD : ETUDE SUR LES CONNAISSANCES, LES ATTITUDES ET  
LES PRATIQUES (CAP) DES POPULATIONS SUR LA TUBERCULOSE EN COTE D'IVOIRE.**

**FORMULAIRE D'INFORMATION**

**Introduction**

Bonjour Madame/Monsieur, dans le cadre d'une étude demandée par Caritas<sup>17</sup> Côte d'Ivoire, sur les connaissances, les attitudes et les pratiques des populations en rapport avec la tuberculose, votre localité a été sélectionnée. Notre équipe est conduite par un (e) responsable qui est sur place avec nous. (Dans le cas où la demande express de voir le responsable en question est mentionnée, l'enquêteur pourra alors aller le chercher afin de confirmer ses dires.)

Notre travail consiste à discuter avec vous afin de recenser et d'analyser vos connaissances, vos attitudes et vos pratiques en rapport avec la tuberculose. Il s'agit d'une étude nationale qui s'adresse à tout individu vivant sur le territoire sans aucune distinction de nationalité, de sexe, d'ethnie, d'origine socioprofessionnelle, etc.

Nous utilisons un questionnaire individuel et un questionnaire de groupe afin de recueillir les informations. Nous travaillons à la fois avec les responsables communautaires, les responsables des structures de santé ainsi qu'avec les malades, anciens malades et la population en général ayant un âge supérieur à 18 ans.

**Confidentialité et anonymat**

Cette étude est anonyme et confidentielle. Autrement dit, nous ne retiendrons ni votre nom ni votre adresse au moment de la rédaction du rapport. Personne (sauf moi-même ou les chercheurs responsables) n'aura accès à vos réponses.

**Avantages et bénéfiques**

Cette étude, en se faisant dans votre localité place l'homme au centre même de la recherche et vous implique dans les procédures de connaissances, d'attitudes et de pratiques liées à la tuberculose. Après notre départ, ces discussions pourront susciter (nous l'espérons) une méditation sur nos échanges, un approfondissement de vos connaissances ainsi que les nôtres aussi et une mise en pratique des résolutions que vous prendrez en faveur de vous-même, de votre entourage et de votre communauté.

---

<sup>17</sup> Caritas est très connu en Côte d'Ivoire. Dans le cas contraire, il faudra expliquer ce qu'est cette institution aux enquêté (e) s.

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT LIBRE ET ECLAIRE

La participation à cette étude est volontaire. Vous pouvez choisir de ne pas y participer. Par ailleurs, en y participant, vous pouvez décider à tout moment d'interrompre l'entretien et de vous retirer quand vous le souhaitez. Si vous avez des questions ou des préoccupations concernant cette étude, vous pouvez les poser maintenant. Nous restons à votre écoute tout au long de l'entretien.

Après avoir compris les termes de l'étude, j'accepte librement de participer à cet entretien.

Date.....

Signature de l'enquêté(e).....

Enquêteur ayant recueilli le consentement

Nom.....

Signature.....

N°	QUESTIONS, INSTRUCTIONS ET FILTRES	REPNSES	CODES	ALLER A
<b>I. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES</b>				
M001	Reporter le nom de référence du chef de ménage	Nom de référence du chef de ménage	.....	
M002	Reporter l'identifiant du ménage	Identifiant du ménage	_/_/_/_/_/	
M003	Reporter le numéro de ligne de l'enquêté	Numéro de ligne	_/_/	
M004	Durée de résidence dans la localité	Moins d'un an Un à quatre ans Cinq à neuf ans Dix ans et plus	1 2 3 4	
M005	Sexe	Masculin Féminin	1 2	
M006	Age (année révolue)	Age	_/_/	
M007	Niveau d'instruction ( <i>Ecole conventionnelle française</i> )	Non scolarisé Primaire Secondaire Supérieur	1 2 3 4	
M008	Profession ( <i>Occupation principale</i> )	.....	_/	
M009	Situation matrimoniale	Marié Concubinage Célibataire Divorcé (e) Veuf (ve)	1 2 3 4 5	M011 M011 M011 M011
M010	Si marié (é), quel type de mariage ?	Coutumier Civil Religieux	1 2 3	
M011	Pays d'origine	Côte d'Ivoire Pays de la sous-région Ouest-africaine Autre pays africain Autre.....	1 2 3 4	M013 M013 M013
M012	Groupe ethnique	Akan ..... Krou..... Mandé du Nord..... Mandé du Sud ..... Gur.....	1 2 3 4 5	
M013	Religion	Chrétienne ..... Musulmane Animiste Sans religion Autre.....	1 2 3 4 5	
M014	Statut résidentiel	Permanent Nomade Saisonnier Voyageur Autre (préciser) .....	1 2 3 4 5	
<b>II. CONNAISSANCE DE LA TUBERCULOSE</b>				
M015	Connaissez-vous la maladie appelée « tuberculose » ?	Oui Non	1 2	M039
M016	Comment se transmet la tuberculose ?  (Possibilité de réponses multiples, entourer chaque code donné)  Après la première réponse demander s'il y a autre chose	Air pollué Toux Eternement Serrement des mains Poils de chat Rapport sexuel Baisers Consommation d'aliments (huile, arachide, manioc) Héréditaire Un sort/malédiction/mystique Froid Environnement souillé Poussière Autre (préciser) ..... NSP	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15	
M017	Par quoi reconnaissez-vous la tuberculose ?  (Possibilité de réponses multiples, entourer chaque réponse donnée) Après la première réponse demander s'il y a autre chose	Toux prolongée Douleurs à la poitrine Présence de sang dans les crachats Amaigrissement (Perte de poids) Fatigue générale Sueur nocturne Fièvre Froid	1 2 3 4 5 6 7 8	

		Maux de tête	9	
		Perte d'appétit	10	
		Chute de cheveux	11	
		Autre (préciser) .....	12	
M018	Connaissez-vous le BCG ?	Oui	1	
		Non	2	M020
M019	Si oui, qu'est ce que le BCG ?	Vaccin contre la tuberculose	1	
		Un médicament pour soigner la tuberculose	2	
		Premier vaccin à la naissance	3	
		Une maladie	4	
		Autre (préciser) .....	5	
M020	Connaissez-vous le IDR ?	Oui	1	
		Non	2	M022
M021	Si oui, qu'est ce que l'IDR ?	Contrôle/test d'exposition à la tuberculose	1	
		Rappel de BCG	2	
		Rappel de vaccin	3	
		Un médicament pour soigner la tuberculose	4	
		Autre (préciser) .....	5	
M022	A quel type de personne fait on le vaccin contre la tuberculose ? <i>(Une seule réponse)</i>	Nouveau né	1	
		Enfant de moins de 6 ans	2	
		Jeunes	3	
		Femmes enceintes	4	
		Adultes	5	
		Tout le monde	6	
		Ne sais pas	7	
M023	Selon vous, quel lien y a-t-il entre tuberculose et VIH Sida ?	Le VIH favorise la tuberculose	1	
		Tout tuberculeux a le VIH Sida	2	
		Il n'y a aucun lien entre les deux	3	
		Ne sais pas	4	
		Autres (préciser).....	5	
M024	Selon vous, quelles sont les personnes qui font facilement la tuberculose ? <i>(Possibilité de réponses multiples, entourer chaque réponse donnée)</i> <i>Après la première réponse demander s'il y a autre chose</i>	Personnes qui ont le VIH	1	
		Consommateurs de tabac	2	
		Consommateurs d'alcool	3	
		Personne vivant dans un environnement sale	4	
		Toute personne (tout le monde)	5	
		Autres (préciser).....	6	
M025	Pensez vous qu'il y a quelque chose qu'on peut faire pour ne pas contracter la tuberculose ?	Oui	1	
		Non	2	M027
		Ne sais pas	3	M028
M026	Si oui, que peut-on faire pour éviter la tuberculose ? <i>(Possibilité de réponses multiples, entourer chaque réponse donnée)</i> <i>Après la première réponse demander s'il y a autre chose</i>	Ne pas entrer en contact avec un tuberculeux	01	M028
		Ne pas utiliser les mêmes récipients qu'un tuberculeux	02	M028
		Vivre dans un environnement propre	03	M028
		Faire le vaccin BCG	04	M028
		Eviter les rapports sexuels non protégés	05	M028
		Prendre des médicaments préventifs traditionnels	06	M028
		Prendre des médicaments préventifs pharmaceutiques	07	M028
		Boire de l'eau propre	08	M028
		Eviter de manger des aliments gras	09	M028
		Eviter de boire de l'eau glacée	10	M028
		Ne pas se laisser mouiller par la pluie	11	M028
		Utiliser les amulettes	12	M028
		Vivre dans une maison bien aérée et bien ensoleillée	13	M028
		Eviter la fraîcheur/le froid	14	M028
		Autres (préciser).....	15	M028
		Ne sais pas	16	M028
M027	Pourquoi ne peut-on pas éviter la tuberculose ? <i>(Possibilité de réponses multiples, entourer chaque réponse donnée)</i> <i>Après la première réponse demander s'il y a autre chose</i>	La tuberculose est dans le sang	1	
		La tuberculose est dans l'air	2	
		La tuberculose est dans la nourriture	3	
		On se couche dehors	4	
		On côtoie toujours des gens	5	
		Autres (préciser).....	6	
M028	Diriez-vous que dans votre village/quartier la tuberculose est .... <i>(Citer les réponses pour que l'enquêté en choisisse une)</i>	Fortement présente?	1	
		Plus ou moins présente?	2	
		Faiblement présente?	3	
		Pas du tout présente?	4	
		Ne sais pas	5	
M029	Lorsque quelqu'un a une toux qui persiste ou qui dure, que doit-il faire ? <i>(Une seule réponse admise)</i>	Utiliser des décoctions de plantes	1	
		Vaccin	2	
		Aller à la pharmacie	3	
		Aller à l'hôpital	4	
		Aller au CAT/CDT pour faire un dépistage	5	
		Aller chez le tradi-praticien	6	
		Ne fais rien	7	
		Autres (préciser).....	8	
		Ne sais pas	9	



M030	La tuberculose est-elle différente de la toux ?	Oui Non	1 2	
M031	Savez-vous ce qu'on appelle un CAT ?	Oui Non	1 2	M033
M032	Si oui, qu'est ce qu'un CAT ? <i>(Réponses non suggérées, une seule réponse possible)</i>	Centre antituberculeux Conduite à tenir Centre antitétanique Un lieu où on soigne les tuberculeux Autre (préciser) ..... Ne sais pas	1 2 3 4 5 6	
M033	Savez-vous ce qu'on appelle CDT ?	Oui Non	1 2	M035
M034	Si oui, qu'est ce qu'un CDT ?	Centre de Dépistage/diagnostic et de traitement de la tuberculose Un hôpital Société de transport Autre (préciser) ..... Ne sais pas	1 2 3 4 5	
M035	Savez-vous où est situé le CAT dans votre localité/région de résidence ?	Oui Non	1 2	
M036	Peut-on guérir complètement de la tuberculose après un traitement reçu au CAT ?	Oui Non Ne sais pas	1 2 3	
M037	Combien de temps dure le traitement normal de la tuberculose ?	Moins de 6 mois 6 mois Entre 7 et 8 mois 9 mois Plus de 9 mois Ne sais pas	1 2 3 4 5 6	
<b>II. ATTITUDES VIS-VIS DE LA TUBERCULOSE</b>				
M038	Selon vous, la tuberculose est-elle une maladie... <i>(Citer les réponses pour que l'enquêté en choisisse une)</i>	Grave Plus ou moins grave Pas du tout grave Ne sais pas	1 2 3 4	
M039	En cas de toux prolongée ou qui dure, accepteriez-vous de vous rendre au CAT pour une analyse de crachat pour vérifier si ce n'est pas la tuberculose ?	Très favorable Favorable Plus ou moins favorable Pas du tout favorable	1 2 3 4	
M040	Quelqu'un de votre entourage est atteint de tuberculose. Il vous est demandé de le conduire à l'hôpital. Accepterez-vous ?	Très favorable Favorable Plus ou moins favorable Pas du tout favorable	1 2 3 4	
M041	Un de vos parents était malade de tuberculose. Après un traitement reçu au CAT/CDT, il a été déclaré guéri. Accepteriez-vous d'utiliser les mêmes ustensiles de cuisine que lui ?	Très favorable favorable Plus ou moins favorable Pas du tout favorable	1 2 3 4	
M042	Pouvez-vous supporter de partager la même chambre qu'un parent ou un ami tuberculeux ?	Très favorable Favorable Plus ou moins favorable Pas du tout favorable	1 2 3 4	
M043	Accepterez-vous de suivre tous les jours un parent au cours de son traitement (prise des comprimés) ?	Très favorable Favorable Plus ou moins favorable Pas du tout favorable	1 2 3 4	
M044	Accepterez-vous de suivre tous les jours un ami ou un collègue tuberculeux au cours de son traitement (prise des comprimés) ?	Très favorable Favorable Plus ou moins favorable Pas du tout favorable	1 2 3 4	
M045	Doit-on accepter de vivre avec un tuberculeux ?	Oui Non	1 2	
M046	Le tuberculeux est-il rejeté dans votre entourage ?	Oui Non Ne sais pas	1 2 3	M049 M049
M047	Si oui, précisez la nature du rejet	Professionnel Familial Amical Autre (préciser).....	1 2 3 4	
M048	Selon vous, quelles sont les raisons de l'isolement d'un malade de la tuberculose ? <i>(Plusieurs réponses possibles)</i>	Eviter de contaminer les autres Rejet observé Honte/Gène de son statut Prescription médicale Autre (préciser).....	1 2 3 4 5	
	Que feriez vous si vous soupçonnez que quelqu'un de votre famille a la tuberculose ?	Je le conduis à l'hôpital Je lui conseille d'aller à l'hôpital	1 2	

M049	<i>(Réponses non suggérées, une seule réponse possible)</i>	Je ne m'approche pas de lui	3		
		Je ne parle pas avec lui	4		
		Je ne mange pas avec lui	5		
		Je ne bois pas dans le même verre que lui	6		
		Je ne fais rien	7		
		Autres (préciser) .....	8		
M050	<i>(Réponses non suggérées, une seule réponse possible)</i>	Que feriez vous si vous soupçonnez que quelqu'un de votre Village/quartier a la tuberculose ?	Je le conduis à l'hôpital	1	
		Je lui conseille d'aller à l'hôpital	2		
		Je ne m'approche pas de lui	3		
		Je ne parle pas avec lui	4		
		Je ne mange pas avec	5		
		Je ne bois pas dans le même verre que lui	6		
		Je ne fais rien	7		
		Autres (préciser) .....	8		
<b>III. PRATIQUES RELATIVES A LA TUBERCULOSE</b>					
M051	Au cours des six derniers mois, avez-vous eu la toux ?	Oui	1		
		Non	2	M054	
M052	Si oui, est-ce une toux passagère ou une toux persistante ?	Toux passagère (moins d'une semaine)	1	M054	
		Toux persistante (plus d'une semaine)	2		
M053	Si toux persistante (plus d'une semaine), qu'avez-vous fait pour vous soigner	Premier recours / _/			
		Deuxième recours / _/			
		Troisième recours / _/			
		Quatrième recours / _/			
		Cinquième recours / _/			
		Recours actuel / _/			
		N.B : 1=CAT ; 2=Autre centre de santé public ; 3 = Centre de santé privé ; 4=Tradipraticien ; 5=Directement à la pharmacie ; 6=Pharmacie par terre ; 7=automédication/Plantes à la maison ; 8=rien ; 9= autre			
M054	Avez-vous déjà contracté la tuberculose ?	Oui	1		
		Non	2	M060	
M055	Si oui, êtes vous allés dans un CAT/Centre de santé ?	Oui	1		
		Non	2	M058	
M056	Si vous êtes allé dans un CAT/Centre de santé, avez-vous pris régulièrement vos médicaments ?	Oui	1	M060	
		Non	2		
M057	Si non, pourquoi n'avez-vous pas pris régulièrement vos médicaments ?	Rupture de médicaments	1	M060	
		Centre de santé éloigné	2	M060	
		Traitement difficile	3	M060	
		Autres (préciser) .....	4	M060	
M058	Si vous n'êtes pas allé dans un CAT/Centre de santé, qu'avez-vous fait ?	Traitement traditionnel	1		
		Médicaments de rue	2		
		Automédication	3		
		Pharmacie	4		
		Rien	5		
		Autres (préciser) .....	6		
M059	Pourquoi n'êtes-vous pas allé à l'hôpital?	Insuffisance de moyens	1		
		Préfère les médicaments traditionnels/chinois	2		
		Mauvais accueil à l'hôpital	3		
		Structure de santé éloignée	4		
		Autres (préciser) .....	5		
M060	Que font les gens de votre entourage quand ils toussent et qu'il y a du sang dans le crachat ?  <i>(Réponses non suggérées, une seule réponse possible)</i>	Consultent un infirmier/médecin	1		
		Consultent un tradipraticien	2		
		Se rendent à la pharmacie	3		
		Utilisent des médicaments achetés avec des vendeurs ambulants/Pharmacie par terre	4		
		Utilisent des médicaments chinois	5		
		Boivent des décoctions	6		
		Prise de médicaments à domicile	7		
		Ne sais pas	8		
		Autres (préciser) .....	9		
M061	Avez-vous déjà fait quelque chose pour éviter la tuberculose ?	Oui	1		
		Non	2	M063	
M062	Si oui, qu'est-ce que vous avez fait pour éviter la tuberculose?	J'ai fait un vaccin contre la tuberculose	1		
		J'évite de boire dans le même verre qu'un tuberculeux	2		
		J'évite de manger dans la même assiette qu'un tuberculeux	3		
		J'évite d'être en contact avec un tuberculeux	4		
		Je bois des décoctions	5		
		J'évite d'utiliser les verres/assiettes des lieux publics	6		
		Autre (préciser) .....	7		
	Dans votre ménage, qui est chargé de suivre le vaccin des	Père	1		

M063	enfants contre la tuberculose (BCG) ?	Mère Aînés (e) Personne Autres (préciser).....	2 3 4 5	
<b>IV. SOURCES D'INFORMATIONS SUR LA TUBERCULOSE</b>				
M064	Avez-vous déjà entendu parler de la tuberculose ?	Oui Non	1 2	M073
M065	Si oui, par quel moyen avez-vous entendu parler de la tuberculose? <b>Possibilité de réponses multiples)</b> <i>(Après la première réponse demander s'il y a autre chose</i>	Centre de santé Télévision Radio Campagne de sensibilisation Journal (écrit) Bouche à oreille ASC Parents ou amis Ecole Autres (préciser).....	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
M066	Avez-vous déjà vu, entendu ou lu des messages sur la lutte contre la tuberculose ?	Oui Non	1 2	M073
M067	Où avez vous vu, entendu ou lu ces messages ? <i>(Citer chaque réponse pour que l'enquêtée réponde par Oui ou par Non)</i>	Radio Télévision Affiches Panneaux Dépliants Autres (préciser).....	1 2 3 4 5 6	
M068	Ces messages, les avez-vous entendu, vu ou lu <i>Citer les réponses pour que l'enquêté en choisisse une)</i>	Rarement Quelques fois Très souvent	1 2 3	
M069	Pendant combien de temps avez-vous été exposé à ces Messages ?	Moins d'une semaine Une à deux semaines 1 mois Plus d'un mois NSP	1 2 3 4 5	
M070	Vous rappelez vous le contenu des messages ?	Oui Non	1 2	M073
M071	Que disaient ces messages ?	1..... 2..... 3.....		
M072	Qu'en pensez-vous ?	.....		
M073	Avez-vous l'habitude de regarder la télévision ?	Oui Non	1 2	M075
M074	Si oui, quels sont les moments de suivi des émissions télévisées ?	A tout moment Très tôt le matin (5h à 7h) La matinée (8h à 11h) Entre midi et deux L'après midi (15h à 18h) Soirée (19h à 23h) La nuit (Minuit à 5h)	1 2 3 4 5 6 7	
M075	Avez-vous l'habitude d'écouter la radio ?	Oui Non	1 2	M077
M076	Si oui, à quels moments de la journée écoutez-vous la radio ?	A tout moment Très tôt le matin (5h à 7h) La matinée (8h à 11h) Entre midi et deux L'après midi (15h à 18h) Soirée (19h à 23h) La nuit (Minuit à 5h)	1 2 3 4 5 6 7	
M077	Que proposez-vous pour la lutte contre la tuberculose en Côte d'Ivoire ? ..... .....			
M078	Avez-vous quelque chose à ajouter à la suite de notre échange ? ..... .....			

**Merci d'avoir accepté de répondre à nos questions**

**Heure de fin.....**

**I/ CONNAISSANCES SUR LA TUBERCULOSE**

- 1- Quel est votre statut au sein de la structure ?
  - 2- Quels sont les différents postes que vous avez occupés jusqu'ici en tant que médecin /infirmier (précisez les années) ?
  - 3- Depuis quand vous occupez-vous de la prise en charge de la tuberculose ?
- 4- Quels sont les stages ou formations que vous avez eus en rapport avec la tuberculose (préciser le nombre de formations, les initiateurs, les lieux et la durée) ?
- 5- Quels étaient les contenus de ces formations ?
- 6- Ces formations vous-ont-elles été utiles pour votre pratique professionnelle ? Pour la structure ?
- 7- Quels sont vos souhaits en matière de formation en relation avec la tuberculose ?
- 8- Quelles sont les informations que vous détenez sur les nouvelles techniques de dépistage et de traitement de la tuberculose ? (Orientez la conversation vers la DOTS, halte à a TB, CDIP...)
- 9- Quels sont selon vous les causes de la tuberculose et les différentes formes de cette maladie ?
- 10- Quelles sont selon vous les maladies associées à la tuberculose ?
- 11- Quelle est la place du VIH/SIDA parmi ces pathologies ?

**II/ ATTITUDES FACE A LA TUBERCULOSE**

- 1-Selon vous, la tuberculose est-elle une maladie grave? Pourquoi ?
- 2- Quelle perception aviez-vous du rapprochement entre les soignants et les malades de la tuberculose avant votre prise de service ?
- 3- Quelle perception en avez-vous maintenant ?
- 4- Pouvez-vous nous décrire les attitudes vis-à-vis d'un nouveau malade, d'un malade en cours de traitement, et d'un malade en fin de traitement ?
- 5- Comment ces attitudes évoluent-elles dans le temps, surtout avec l'avènement du VIH/SIDA ?
- 6-Que pensez-vous du traitement de la tuberculose par la médecine moderne ?
- 7-Que pensez-vous du traitement de la tuberculose par la médecine traditionnelle ?
- 10- Quelles attitudes avez-vous à l'égard :
  - Des cas d'échec ?
  - Des cas irréguliers dans le suivi du traitement et des soins prescrits ?
  - Des perdus de vue ?

**III/ PRATIQUES LIEES A LA TUBERCULOSE**

**Consultation- diagnostic- traitement- prévention**

SERVICES	APPRECIATIONS			OBSERVATIONS
	OUI	NON	MOYEN	
<b>LOCAL GENERAL (Structure)</b> - Propreté..... - Salle d'attente intérieure..... - Salle d'attente appatam (extérieure)..... - Ensoleillement salle d'attente..... - Existence de service de tri..... - Respect des mesures d'hygiène pour les malades (mouchoirs, toux discrète,...).....				

<b>SALLE DE CONSULTATION (médecin-malade)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aération/ensoleillement.....</li> <li>- Existence de climatisation/brasseur.....</li> <li>- Orientation du brasseur.....</li> <li>- Distance malade/soignant.....</li> <li>- Présence avec le malade .....</li> <li>- Durée de la consultation.....</li> <li>- Langue de la consultation.....</li> </ul>				
<b>LABORATOIRE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Indication (distance laboratoire/salle de consultation).....</li> <li>- Ensoleillement/aération.....</li> <li>- Volets ouverts pendant la manipulation.....</li> <li>- Ports de masque.....</li> <li>- Présence de personnes dans le laboratoire autres que les soignants.....</li> <li>- Si oui, combien ?.....</li> </ul>				

- 1-Que faites-vous quand vous recevez un tuberculeux dans cette structure de santé (orientation)?
- 2- En quoi consiste concrètement la prise en charge du tuberculeux dans votre structure ?
  - Au plan médical (schéma thérapeutique)
  - Au plan psychologique (conseil)
  - Social (rapport avec le malade et son entourage)
- 3- Quels sont vos moyens de diagnostic et de contrôle de la tuberculose ?
- 4- Quels sont les moyens qui font défaut pour une meilleure prise en charge dans votre structure ?
- 5- Quels sont vos moyens personnels de protection contre la tuberculose au sein de la structure?
- 6- Quels sont les moyens institutionnels de protection contre la tuberculose ?
- 7- Quels sont les moyens institutionnels de prévention contre la tuberculose ?
- 8- Quel est l'impact du VIH/sida sur les procédures de traitement ?  
Comment gérez-vous cet aspect au niveau de la structure ?
- 9- Comment appréciez-vous l'état actuel des consultations et leur évolution ?
- 10- Que pensez-vous du schéma thérapeutique proposé actuellement pour la prise en charge des tuberculeux ?
  - Quels sont ses avantages ? Les ressentez vous dans votre centre ?
  - Quels sont ses contraintes ?
  - Comment parvenez-vous à les braver (ses contraintes) ?

#### IV/ SOURCES D'INFORMATION SUR LA TUBERCULOSE

- 1-Quelles sont vos sources d'information sur la tuberculose ?
- 2-A quelle occasion parlez-vous de la tuberculose avec les habitants de votre localité ?
- 3-Quels sont les espaces de diffusion de ces informations sur la tuberculose ?
- 4-Quels sont les thèmes spécifiques (contenu) de ces messages ?
- 5- Quelles appréciations avez-vous des messages officiels ?
- 6- Quel est le contenu de l'information que vous donnez aux malades qui fréquentent votre structure ?

#### V/ SUGGESTIONS

- Que suggérez-vous pour une meilleure prise en charge de la TB par votre structure ?

## **GUIDE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL ADRESSE AUX LEADERS COMMUNAUTAIRES ET RELIGIEUX**

### **I/ CONNAISSANCES SUR LA TUBERCULOSE**

1. Selon vous, qu'est ce que la tuberculose ? (*organe touché, signe principal*)
2. Comment nomme-t-on la tuberculose dans votre ethnie ? (*appellation locale*)
3. Que signifie ce nom? (*signification du nom et pourquoi ce nom et non un autre*)
4. Comment attrape-t-on la tuberculose? (*diverses causes connues*)
5. Comment se manifeste-t-elle ? (*signes de la maladie de façon générale, différents degrés de gravité et leurs signes*)
6. Combien de formes de tuberculose connaissez-vous ? Décrivez-les ! (*connaissance des différentes formes reconnues par la biomédecine*)
7. Quelles sont les structures de prise en charge de la tuberculose que vous connaissez? (*vérifier si la différence CT, CAT est connue et si une différence est établie avec les autres centres de santé*)
8. Quel lien faites-vous entre tuberculose et VIH/sida ? (*cause ?symptôme ? opportunisme ?*)

### **II/ ATTITUDES FACE A LA TUBERCULOSE**

9. (Un nom de personne de la préférence du chercheur) dit qu'on ne peut pas soigner la tuberculose, qu'en pensez-vous ? Justifiez votre réponse. (*existence ou non de traitement efficace et la médecine qui soigne*)
10. (Un nom de personne de la préférence du chercheur) dit qu'on ne peut pas guérir de la tuberculose, qu'en pensez-vous ? Justifiez votre réponse. (*recouvrement total de la santé*)
11. Avez-vous déjà eu affaire à des cas de tuberculose dans votre communauté ? (*quantité, années, liens sociaux*)
12. Comment se comporte-t-on avec un malade tuberculeux dans votre communauté ? (*acceptation ou non au sein du ménage, accompagnement ou non dans la recherche de soins, aide ou non à la prise quotidienne des médicaments du CAT, motifs des attitudes négatives*)
13. Que pensez-vous de ces attitudes ? (*facilitation de la guérison ou le contraire*)
14. Y- a-t-il un changement dans les attitudes vis-à-vis du malade tuberculeux dans votre communauté. Justifiez votre réponse (donnez les raisons) (*attitudes négatives, attitudes positives, nature des changements survenus, facteurs des changements survenus*)
15. Certaines personnes disent que tout malade tuberculeux est séropositif, qu'en pensez-vous ? Pourquoi ? (*opinion personnelle habituelle sur le sujet*)
16. Certaines personnes disent que la tuberculose est une maladie grave, qu'en pensez-vous ? Pourquoi ? (*motifs de gravité ou non gravité*)
17. Accepteriez-vous d'héberger un malade tuberculeux ? (*partage de l'espace de couchage, repas commun, durée du séjour supportable*)

### **PRATIQUES LIEES A LA TUBERCULOSE**

18. Selon vous, que doit-on faire pour éviter la tuberculose ? (*individuellement, au sein du ménage, à l'échelle de la communauté/quartier*)
19. Que faites-vous personnellement pour éviter la tuberculose ? (*gestes d'hygiène, autres pratiques personnelles*)
20. Que pensez-vous des dispositions prises par les populations de votre communauté /localité pour éviter la tuberculose ? (*existence ou non de dispositions à l'échelle communautaire, motifs, efficacité de ces dispositions, justification du niveau de performance*)

21. Que fait-on dans votre communauté quand quelqu'un tousse depuis plus de deux semaines ? *(inquiétude ? Sinon, à partir de quelle durée naît l'inquiétude ? soupçons de tuberculose ? Propos tenus à l'égard de la personne, suggestions de recours pour les soins ? Conseils prodigués)*
22. Vers quelles structures de soins se tournent les gens de votre communauté quand ils pensent avoir la tuberculose ? *(structure/praticien immédiatement fréquenté, motifs, instigateurs du recours ; structure / praticien fréquenté ensuite, motifs ; fidélité à une seule structure/praticien ? motifs)*
23. En tant que leader communautaire, qu'avez-vous personnellement fait la dernière fois que quelqu'un de votre communauté a eu la tuberculose ? *(personnes contactées, décisions prises, aide apportée, mobilisation de la communauté, influence sur le recours aux soins, implication dans le suivi du malade)*

#### **IV/ SOURCES D'INFORMATION SUR LA TUBERCULOSE**

24. Quelles sont vos sources d'information sur la tuberculose ? *(sources d'information, contenu de l'information pour chaque source, appréciation personnelle de l'information reçue)*
25. A quelle occasion parlez-vous de la tuberculose avec les membres de votre communauté ? *(types d'occasions, importance (quantité) du public présent, composantes du public présent, acteurs clés de l'organisation de ces rencontres)*
26. Quels sont les espaces dans votre communauté pour diffuser les informations sur la tuberculose ? *(lieux, périodes).*

### **I/ Connaissances sur la tuberculose**

- 1- Comment appelle-t-on l'hôpital dans lequel nous nous trouvons en ce moment ?
- 2- Comment avez-vous l'habitude de l'appeler ?
- 3- Quel était votre degré de connaissance de cet hôpital avant ce cas de maladie ? (*connaissance visuelle, connaissance de ce qu'on y fait, fréquentation ; motif de fréquentation*)
- 4- A quel stade de la maladie avez-vous eu recours à cet hôpital dans lequel nous nous trouvons ? (*degré de gravité, tableau clinique de l'état de santé à cette étape précise, présence de toux ? Durée à laquelle se situait la toux ; recours effectués avant ; motivation du recours au CAT à ce stade de la maladie*)
- 5- Personne-conseil dans la motivation pour la démarche de soins dans cette structure (*instigateurs du recours et arguments avancés par ces instigateurs*)
- 6- (Un nom de la préférence du chercheur) dit qu'après deux semaines à un mois de traitement avec les médicaments du CAT on est guéri, on peut arrêter le traitement. Qu'en pensez-vous ? Pourquoi ? (*connaissance de la durée du traitement au CAT, perception de cette durée*)

### **II/ Attitudes liées à la tuberculose**

- 1- Qu'avez-vous ressenti la première fois que vous êtes arrivé ici et qu'on vous a déclaré que vous avez la tuberculose? (*fatalité ? perte d'espoir ? Crainte de rejet ?*)
- 2- Comment a réagi votre entourage ? Votre famille ? (*compassion ? Rejet ? Quels acteurs pour chaque type de réaction ? Durée de cette réaction ? Motifs de cette réaction ? Influence de ces réactions sur le malade*)
- 3- Quand on parle de la tuberculose, à quelle autre maladie l'associe-t-on ? (*allusion faite dans l'entourage au VIH ? Crainte personnelle que l'entourage fasse allusion au VIH ? Motifs de la crainte*)
- 4- Que pensez-vous des médicaments qu'on vous donne dans cet hôpital ? (*coût, disponibilité, difficulté ou facilité de prise, efficacité, effets secondaires*)
- 5- Que pensez-vous de la façon dont les gens de cet hôpital (personnel de santé) s'occupent des malades qui viennent les voir ? (*accueil, disponibilité, qualité des soins, diffusion d'informations utiles, suivi des malades en dehors de la structure*)
- 6- Les spécialistes disent qu'on peut guérir de la tuberculose en suivant correctement le traitement du CAT, qu'en pensez-vous ? Justifier votre réponse. (*croissance ou non en une guérison totale, idéalisation de cette guérison, perception des progrès réalisés dans l'état de santé et si ces progrès les confortent dans l'atteinte certaine de ce niveau de guérison*)
- 7- L'évolution de votre état de santé a-t-il changé l'idée que vous aviez de la tuberculose ? si c'est le cas, quelles informations ou quelles pratiques des soignants ont contribué à cette évolution; quelles attitudes des proches ont pu aussi contribuer à cette évolution; le VIH/sida occupe-t-il une place particulière dans ces perceptions nouvelles?
- 8- Que pensez-vous de la consigne qui veut que la personne atteinte de tuberculose mette un linge/mouchoir sur la bouche au moment de tousser ? (*adhésion ou non, motif de l'adhésion ou non adhésion*)



### **III/ Pratiques liées à la tuberculose**

- 1- Depuis combien de temps êtes-vous traité(e) dans cet hôpital/CAT ?
- 2- Décrivez votre parcours dans la recherche de soins. (*différents recours, durées de ces recours, instigateurs des recours, satisfactions/déceptions, recours actuels et motifs de ces recours*)
- 3- Quels sont les changements que votre état a suscités (*les médicaments, la nourriture, les soins, les mobilisations de la solidarité, accompagnement au centre de santé, etc.*).
- 4- Quels changements le fait d'avoir eu la tuberculose a-t-il entraîné dans votre comportement ?
- 5- Que pensez-vous de votre fidélité dans la prise des médicaments reçus au CAT ? (*prise quotidienne ? interruption ? abandon ? menaces sur la prise quotidienne et moyens de résistance*)
- 6- Comment prenez-vous les médicaments reçus au CAT ? (*périodicité / fréquence ; personne aidant à la prise/rôle joué par cette personne ; détermination à poursuivre le traitement jusqu'à terme*)

### **IV/ Sources d'information sur la tuberculose**

- 1- Que savez-vous de la tuberculose ?
- 2- D'où tirez vous ces informations / cette connaissance ?
- 3- Que pensez-vous de la façon dont les médecins / infirmiers de cet hôpital/CAT vous donnent les informations sur la tuberculose ? (*quantité souhaitée ? satisfaction quant au contenu, fréquence de l'information ?*)
- 4- Que vous disent-ils exactement ?
- 5- Que pensez-vous de l'information sur la tuberculose donnée par la télévision et la radio en Côte d'Ivoire ? (*contenu de l'information, utilité, durée d'exposition à cette information, période d'exposition -actuelle ? passé lointain ? passé récent -*)

### **V/ Suggestions des participants**

1. Suggestions pour une meilleure prise en charge des personnes atteintes de tuberculose (*au sein de la structure de santé, dans la localité, en Côte d'Ivoire*).
2. Suggestions pour la prévention de la tuberculose au sein des populations.

**ANNEXE 2 : Méthodologie de tirage des ménages**

On procédera à un tirage aléatoire des grappes sur la base des données de la population des régions sanitaires, pour s’assurer que la sélection des ménages est équitablement répartie sur l'ensemble de chaque région. Une grappe regroupera 200 ménages. La méthodologie utilisée pour le tirage des ménages se présentera comme suit :

Sur chaque grappe tirée, le superviseur de chaque équipe se chargera de tirer 10 ménages de manière aléatoire. Dans chaque grappe, il choisira un point de repère à partir duquel l’équipe de collecte dénombre les ménages dans le sens des aiguilles d’une montre.

L’équipe de collecte disposera d’une carte de dénombrement des ménages

- i. Se mettre à l’entrée de la structure de référence mentionnée dans la liste
- ii. Choisir selon le sens de rotation des aiguilles d’une montre, le quartier le plus proche de la structure sanitaire.
- iii. Toujours dans le sens des aiguilles d’une montre, identifier le premier ménage éligible (âgé de 18 ans et plus)
- iv. Utiliser la fiche de tirage des ménages
- v. Faire la liste des ménages éligibles à l’enquête par numéro d’ordre d’inclusion
- vi. Calculer le pas de tirage P ( $P = \text{nombre de ménages identifiés} / \text{nombre de ménages tirés}$ )
- vii. Calculer un nombre aléatoire entre (0 et 1) ; soit A ce nombre.
- viii. Trouver le premier ménage à enquêter appelé : « nombre départ ». Soit D ce nombre. En multipliant le pas P par le nombre aléatoire A on a le nombre D, de départ qui correspond au numéro d’ordre du premier ménage à enquêter.
- ix. Pour trouver le second ménage, on fait la somme du nombre « D » + celle du pas « P » et ainsi de suite.

NB : Pour choisir le nombre aléatoire le superviseur se servira de sa montre. Ainsi les minutes et secondes que son horloge va indiquer après juste le dénombrement seront converties en secondes et divisées par 3600. L’aléa calculé de cette façon limitera le choix de l’Homme quant à la sélection des ménages à enquêter.

**Fiche de dénombrement des ménages**  
**F1...../.....**

N° d’ordre	ADRESSE (N° d’îlot/N° de lot/ N° de ménage)	N° de tirage
Total		

**ANNEXE 3 : Répartition des régions sanitaires en zones d'étude**

<b>Zone d'enquête</b>	<b>Région sanitaire</b>	<b>District sanitaire</b>	<b>Aire de santé (Code)</b>	<b>Nombre de ménages</b>	<b>Total ménage</b>
<b>ZONE 1 (610)</b>	ABIDJAN COMMUNES (610)	Marcory	HGM (01)	10	30
			FSUCOM ANOUMABO (02)	10	
			ALIODAN (03)	10	
		Yopougon ouest	Hôpital Général de Yop. Attié (01)	20	50
			FSU COM. Gesco (02)	10	
			FSU COM. Niangon (03)	10	
			CSU COM. Lokoa (04)	10	
		Yopougon Est	FSU COM OUASSAKARA (01)	20	80
			FSU COM KOWEIT(02)	10	
			FSU COM TOIT ROUGE (03)	20	
			CSU COM ANDOKOI (04)	10	
			EMY CNPS (05)	10	
			ONG ASAPSU1 (06)	10	
		Attécoubé	ATTECOUBE PLATEAUX (PMI) (01)	20	50
			LOCODIRO (02)	20	
			ABOBO DOUME (03)	10	
		Cocody-Bingerville	CENTRE MEDICAL COCODY (01)	10	60
			CSU COM ANGRE (02)	10	
			CSU COM ANONO (03)	10	
			CSU PALMERAIE(04)	10	
			PMI HG BINGERVILLE (05)	10	
			ZONE DE SILENCE COCODY (06)	10	
		Port-bouet - Vridi	Adjouffou (01)	10	30
			Jean Folly (02)	10	
			Gonzagueville (03)	10	
		Koumassi	HG KSSI (01)	40	90
			CSU PANGOLIN (02)	10	
			CSU ENFT JESUS (03)	10	
			CSU DIVO (04)	10	
			CSU CITE H BOIGNY (05)	10	
SSSU (MEDICO) (06)	10				
Abobo Est	H. BOIGNY (01)	10	70		
	AVOCATIER (02)	10			
	K CLOUETCHA (03)	10			
	BANCO SUD (04)	10			
	ABOBOTE (05)	10			
	HABITAT (06)	10			
	ABOBO BAOULE (07)	10			
Abobo Ouest	HG ABOBO SUD (01)	20	80		
	FSU COM. ANONKOUAKOUTE (02)	10			
	FSU COM. ABOBO SAGBE/SOUTRA (03)	10			

			CSU COM. AGOUE TO PK 18 (04)	10	60		
			CSU COM. BOCABO (05)	10			
			CENTRE DE SANTE EL RAPHA (06)	10			
			CENTRE DE SANTE ASAPSU (07)	10			
	Adjamé-Plateau	Williamsville (01)	20				
		220 logements (02)	20				
		Adjamé village(03)	10				
		Bromakoté (04)	10				
<b>ZONE 2 (490)</b>	ABOISSO (90)	Aboisso	ABOISSO VILLE (PMI) (01)	40	90		
N'ZIKRO (02)			10				
KOHOUROU (03)			10				
BAKRO (04)			10				
KRINDJABO (05)			10				
ASSOUBA (06)			10				
LAGUNE 1 (100)	Dabou	DABOU (01)	30	80			
		LOPOU (02)	10				
		COSROU (03)	10				
		Commune (04)	10				
		Tiéviéssou (05)	10				
		Jacqueville cité (06)	10				
LAGUNE 2 (50)	Tiassalé	TIASSALE VILLE+COMMUNE (01)	10	20			
		CSU NDOUCI (02)	10				
		ANYAMA COMMUNE(01)	20				
		CSR ATTINGUIE(02)	10				
	Anyama	CSR AKOUBE ANYAMA (03)	10	50			
		AHOUBO (04)	10				
		DIVO AMDSP (01)	10				
		DIVO CENTRE SOCIAL (02)	20				
DIVO (140)	Divo	DIVO DISP URBAIN (03)	10	140			
		DIVO PMI (04)	30				
		Grobiassoumé (05)	10				
		Tabléguikou (06)	10				
		Chiépo (07)	20				
		Palmci (08)	10				
		Gnéhiri (09)	10				
		Krézoukoué (10)	10				
		GAGNOA (110)	Gagnoa		Gagnoa (01)	80	110
					AHIZABRE (02)	10	
DIABOUO (03)	10						
LOGOBIA (04)	10						
<b>ZONE 3 (430)</b>	SEQUELA (70)	Séguéla	Séguéla (01)	40	70		
Diarabana (02)			10				
Bobi (03)			10				
Téguéla (04)			10				
MAN (190)	Man	CHR Man (01)	40	190			
		CSU LIBREVILLE (02)	30				
		CSU GBEPLEU (HKB) (03)	30				
		CSU Grand Gbapleu (04)	40				
		CSR Gbatongouin (05)	10				
		DR Blolé (06)	10				
		DR VOUNGOUE (07)	10				

			DR KIELE (08)	10		
			DR Sandougou (09)	10		
	ODIENNE (70)	Odienné	Odienné Commune (01)	60	70	
			Sirana (02)	10		
	GUIGLO (100)	Guiglo	ZOUAN (01)	20	100	
			PMI (02)	70		
			PETIT GUIGLO (03)	10		
<b>ZONE 4 (510)</b>	BOUAKE (220)	Bouaké	CSU BELLE VILLE (01)	20	220	
			CSU SOKOURA (02)	20		
			PMI SOKOURA (03)	10		
			CSC KOTIAKOFFIKRO (04)	30		
			Ahounansou (05)	20		
			N'gattakro (06)	10		
			Diézou (07)	30		
			Dares Salam (08)	20		
			FSU KOKO (09)	30		
			CSU NIMBO(10)	10		
			SSSU II NIMBO (11)	20		
	KORHOGO (190)	Korhogo	CSU Koko-ton (01)	20	190	
			CSU Petit paris (02)	30		
			PMI Korhogo (03)	40		
			Centre social 2 (04)	40		
			CSU Brigida postorino (05)	10		
			DD Sante (06)	10		
			CSR Kafiokaha 2 (07)	10		
			CSR Lataha (08)	10		
			CSR Fononvogo (09)	10		
			CSR Torgokaha (10)	10		
	YAMOOUSSOU KRO (100)	Yamoussoukro	Yamoussoukro (01)	70	100	
			Akpéssekro (02)	10		
			Logbakro (03)	10		
			Zatta (04)	10		
	<b>ZONE 5 (630)</b>	BOUAFLE (120)	Bouaflé	BOUAFLE (01)	50	120
				BOZI (02)	20	
				PAKOUABO (03)	10	
				DUONFLA (04)	10	
				DIACOHOU SUD (05)	10	
				SIETINFLA (06)	10	
KLAN (07)				10		
DALOA (220)		Daloa	VILLE DE DALOA (01)	170	220	
			CSR BOBOUA BAHOUAN (02)	20		
			CSR TCHEBLOGUHE (03)	10		
			DR DERAHOUAN (04)	10		
			DR NIOUBOUA (05)	10		
SAN PEDRO (290)		San pédro	LAC-CITE (01)	20	290	
			SEWEKE (02)	20		
			BARDOT (03)	160		
			SAN PEDRO COMMUNE (04)	40		
			DR WATTE (05)	30		
			CRS MOUSSADOUGOU (06)	20		
<b>ZONE 6 (460)</b>		BONDOUKOU (140)	Bondoukou	Sandégué (01)	10	140
				Gbanhui (Peteye) (02)	10	
				Flakiedougou (03)	40	

			Flakiedougou (Tefro) <b>(04)</b>	10	
			Tabagne <b>(05)</b>	30	
			Sorobango <b>(06)</b>	10	
			Deba <b>(07)</b>	10	
			Yezimala <b>(08)</b>	10	
			Taoudi <b>(09)</b>	10	
	<b>DIMBOKRO</b> (130)	Dimbokro	Dimbokro <b>(01)</b>	80	130
			Djangokro <b>(02)</b>	20	
			Abigui <b>(03)</b>	10	
			Nofou <b>(04)</b>	10	
			Soungassou <b>(05)</b>	10	
	<b>ABENGOURO</b> U (80)	Abengourou	Abengourou <b>(01)</b>	70	80
			Appoisso <b>(02)</b>	10	
	<b>AGBOVILLE</b> (110)	Agboville	Agboviile <b>(01)</b>	40	110
			Attobrou <b>(03)</b>	10	
			Azaguie <b>(04)</b>	20	
			Rubino <b>(05)</b>	10	
			Aboude <b>(06)</b>	20	
			Cechi <b>(07)</b>	10	

**ANNEXE 4 : Méthodologie de construction des indicateurs composites du niveau socioéconomique des ménages et de l'appréciation des connaissances, des attitudes et des pratiques**

<b>INDICATEUR SOCIO-ECONOMIQUES DU MENAGE</b>			
<b>N°</b>	<b>QUESTIONS</b>	<b>REPOSES</b>	<b>SCORES</b>
<b>Q024</b>	Type de maison	Planches	2points
		Banco	3points
		Géobeton	4points
		Maison en dur (ciment)	5points
		Autres (préciser).....	1point
<b>Q025</b>	Principal matériau du sol	Terre / sable	2points
		Bois poli	3points
		Carreaux	5points
		Ciment	4points
		Moquette	6points
		Autres (préciser).....	1point
<b>Q026</b>	Source principale d'eau	Eau courante (SODECLI) interne	6points
		Eau courante externe	4points
		Pompe publique	5points
		Forage	5points
		Puits	3points
		Source/rivière/ marigot	2points
		Autres (préciser).....	1point
<b>Q027</b>	Principale source d'éclairage	Electricité (CIE)	3points
		Groupe électrogène	2points
		Lampe tempête	1point
		Bougie	1point
		torche	1point
		Lampe électronique ou à pile	1point
		Energie solaire	4points
		Autres (préciser).....	1point
<b>Q029</b>	Nombre de personnes par pièce en moyenne (pour la chambre non conjugale)	Inférieur ou égal à trois	1=2points
		Supérieur à trois	2=1point
<b>Q034</b>	De quel genre de toilettes dispose votre ménage ?	Chasse branchée à fosse	5points
		Fosse/Latrines rudimentaires	4points
		Fosse/Latrines améliorées	3points
		Pas de toilettes/Nature	2points
		Autres (préciser).....	1points
<b>Q035</b>	Dans votre ménage, y a t-il quelqu'un qui possède les biens ci après ?	Engins à deux roues	1=OUI; 0=NON

	Véhicules à quatre roues	1=OUI; 0=NON
	Charrue	1=OUI; 0=NON
	Bœufs Moutons/chèvres	1=OUI; 0=NON
	Pirogue	1=OUI; 0=NON
	Filet de pêche	1=OUI; 0=NON
	Volaille	1=OUI; 0=NON
	Télévision	1=OUI; 0=NON
	Réfrigérateur	1=OUI; 0=NON

Dans le tableau ci-dessus, il est présenté la liste des variables qui entrent dans la construction de l'indicateur du niveau de vie des ménages. L'enquêté se trouve ainsi attribué des notes ou score à chaque question. Le nombre de point qu'il obtient (score ou note est fonction de la modalité choisie à cette question. La somme des points obtenu à chaque question, lui donne un total de points correspondant à son niveau de vie. Cette variable recodée en une autre de trois classes permettant de connaître ceux qui ont un faible niveau (27 à 40 points), un niveau moyen (40 à 49 points), et un bon niveau de vie (50 points et plus).

#### INDICATEUR DE CONNAISSANCE DES MODES DE TRANSMISSION

N°	QUESTIONS	REPOSES	SCORES
<b>M016 connaissance des modes de transmission</b>	Comment se transmet la tuberculose ?	Toux	1=OUI; 0=NON
		Baisers	0=OUI; 1=NON
		bacille de Kock	1=OUI; 0=NON
		VIH (facteur favorisant)	0=OUI; 1=NON
		Cigarette (facteur favorisant)	0=OUI; 1=NON
		Poussière	0=OUI; 1=NON

Ainsi nous avons des enquêtés qui ont répondu à au plus une bonne réponse et cela correspond à 1point. Ceux des enquêtés qui ont au moins deux bonnes réponses obtiennent 2points et trois points pour ceux qui ont plus de deux bonnes réponses.

N°	QUESTIONS, INSTRUCTIONS ET FILTRES	REPOSES	SCORES
<b>M017 connaissance des symptômes</b>	Par quoi reconnaissez-vous la tuberculose ?	Toux prolongée	1=OUI; 0=NON
		Douleurs à la poitrine	1=OUI; 0=NON
		Présence de sang dans les crachats	1=OUI; 0=NON
		Maigrissement (Perte de poids)	1=OUI; 0=NON
		Fatigue générale	1=OUI; 0=NON
		Sueur nocturne	1=OUI; 0=NON
		Perte d'appétit	1=OUI; 0=NON

Les enquêtés qui ont cité au plus un bon symptôme ont obtenu 1point. Ceux d'entre eux qui en ont cité deux obtiennent 2points et trois points pour ceux qui ont cité plus de deux bons symptômes.



N°	QUESTIONS	REPONSES	SCORES
<b>M024 connaissance des facteurs de vulnérabilité</b>	Selon vous, quelles sont les personnes qui font facilement la tuberculose?	Personnes qui ont le VIH	1=OUI; 0=NON
		Consommateurs de tabac	1=OUI; 0=NON
		Personne vivant dans la promiscuité	1=OUI; 0=NON
		Personne vivant dans les maisons non aérées	1=OUI; 0=NON

Les enquêtés qui ont répondu à au plus une bonne réponse ont obtenu 1point. Ceux d'entre eux qui ont au moins deux bonnes réponses obtiennent 2points et trois points pour ceux qui ont plus de deux bonnes réponses.

N°	QUESTIONS	REPONSES	SCORES
<b>M026 connaissance des modes d'évitement</b>	Si oui, que peut-on faire pour éviter la tuberculose ?	Ne pas utiliser les mêmes récipients qu'un tuberculeux	1=OUI; 0=NON
		Faire le vaccin BCG	1=OUI; 0=NON
		Vivre dans une maison bien aérée et bien ensoleillée	1=OUI; 0=NON

Les enquêtés qui ont cité entre zéro et deux bons modes d'évitement de la tuberculose ont obtenu 1point. Ceux d'entre eux qui en ont cité plus de deux obtiennent 3points.

Indicateurs du degré de connaissance de la tuberculose	REPONSES	SCORES
indicateur du degré de connaissance de la tuberculose	M016 connaissance des causes	report de score
	M017 connaissance des symptômes	report de score
	M024 connaissance des causes de vulnérabilité	report de score
	M026 connaissance des modes d'évitement	report de score
Total indicateur du degré de connaissance de la tuberculose		somme des trois scores

L'appartenance à un niveau de connaissance dépend du nombre de points total obtenu. Ceux qui ont donc un grand score sont les enquêtés qui ont réalisé des bons scores dans les quatre indicateurs à savoir celui de la connaissance des modes de transmission, de la connaissance des symptômes, de celle de la vulnérabilité et des modes d'évitement de la maladie. Les moyens et faibles ont respectivement moins scores et faibles scores, tous évalué selon les mêmes critères. Les scores variant entre 1 et 13, nous avons procédé à un recodage de l'indicateur obtenu. Le nouvel indicateur nommé « indicateur du degré de connaissance recodé » est constitué de la suivante manière : de 1 à 4 scores ils ont le code 2, de 5 à 8 ils ont le code 3 et ceux qui ont plus de 8 points ont le code 4.

### INDICATEUR DES ATTITUDES

Indicateur	Questions	REPONSES	SCORES
<b>M039 attitude face à la tuberculose</b>	En cas de toux prolongée ou qui dure, accepteriez-vous de vous rendre au CAT pour une analyse de crachat pour vérifier si ce n'est pas la tuberculose?	Très favorable	6
		Favorable	4
		Plus ou moins favorable	2

		Pas du tout favorable	0
--	--	-----------------------	---

Indicateur	Questions	REPONSES	SCORES
<b>M044 attitude face à la tuberculose</b>	Accepterez-vous de suivre tous les jours un ami ou un collègue tuberculeux au cours de son traitement (prise décomprimés) ?	Très favorable	6
		Favorable	4
		Plus ou moins favorable	2
		Pas du tout favorable	0

Indicateur	Questions	REPONSES	SCORES
<b>M049</b>	Que feriez-vous si vous soupçonnez que quelqu'un de votre famille a la tuberculose ?	Je le conduis à l'hôpital	6
		Je lui conseille d'aller à l'hôpital	5
		Je ne m'approche pas de lui	0
		Je ne parle pas avec lui	0
		Je ne mange pas avec lui	4
		Je ne bois pas dans le même verre que lui	4

Indicateur	Questions	REPONSES	SCORES
<b>M050</b>	Que feriez-vous si vous soupçonnez que quelqu'un de votre Village/quartier a la tuberculose ?	Je le conduis à l'hôpital	6
		Je lui conseille d'aller à l'hôpital	5
		Je ne m'approche pas de lui	0
		Je ne parle pas avec lui	0
		Je ne mange pas avec lui	4
		Je ne bois pas dans le même verre que lui	4

indicateur d'appréciation du degré d'attitude	dénomination	SCORES
<b>M039 attitude face à la tuberculose</b>	En cas de toux prolongée ou qui dure, accepteriez-vous de vous rendre au CAT pour une analyse de crachat pour vérifier si ce n'est pas la tuberculose?	report de scores
<b>M044 attitude face à la tuberculose</b>	Accepterez-vous de suivre tous les jours un ami ou un collègue tuberculeux au cours de son traitement (prise décomprimés) ?	report de scores
<b>M049 attitude face à la tuberculose</b>	Que feriez-vous si vous soupçonnez que quelqu'un de votre famille a la tuberculose ?	report de scores
<b>M050 attitude face à la tuberculose</b>	Que feriez-vous si vous soupçonnez que quelqu'un de votre Village/quartier a la tuberculose ?	report de scores

L'indicateur d'appréciation de l'attitude face à la tuberculose cumule le nombre de point obtenu dans les quatre précédents. Le nombre de point obtenu à cet indicateur a varié entre 5 et 24. Ainsi ceux qui ont eu entre 5 et 9 points ont des mauvaises attitudes face à la maladie, de 10 à 14 points, ils ont des attitudes acceptables face à la maladie et au-delà sont ceux qui se comportent bien face à la tuberculose.

## INDICATEUR DES PRATIQUES

	QUESTION	REPONSES	SCORES
M053 INDICATEUR DE PRATIQUE DES PERSONNES AYANT EU UNE TOUX DE PLUS DE 2 SEMAINES	Si toux persistante (plus d'une semaine), qu'avez-vous fait pour vous soigner	CAT	1
		Autre centre de santé public	1
		Centre de santé privé	1
		Tradipraticien	0
		Directement à la pharmacie	0
		Pharmacie par terre ;	0
		automédication/Plantes à la maison	0
		rien	0

Tous ceux qui n'ont pu citer au moins une bonne réponse ont eu zéro et sont considérées comme des personnes ayant une mauvaise pratique face à une toux persistante. Pour ceux d'entre eux qui ont cité plus d'une bonne réponse ont une bonne pratique.

INDICATEUR	QUESTIONS5 INDICATEUR DES PERSONNES AYANT EU UNE TUBERCULOSE	REPONSES	SCORES
M055	Si oui, êtes vous allés dans un CAT/Centre de santé ?	Oui	1
		Non	0
M056	Si vous êtes allé dans un CAT/Centre de santé, avez-vous pris régulièrement vos médicaments ?	Oui	1
		Non	0
TOTAL			

Tous ceux qui ont pu citer au moins une bonne réponse ont eu 1 point et sont considérées comme des personnes ayant une mauvaise pratique bien qu'ayant déjà contracté la tuberculose. Pour ceux d'entre eux qui ont cité plus d'une bonne réponse ont 2 points qui correspondent à une bonne pratique.

## INDICATEUR DES PRATIQUES PREVENTIVES

INDICATEUR	QUESTIONS	REPONSES	SCORES
M062	Si oui, qu'est-ce que vous avez fait pour éviter la tuberculose?	J'ai fait un vaccin contre la tuberculose	1
		J'évite de boire dans le même verre qu'un tuberculeux	1
		J'évite de manger dans la même assiette qu'un tuberculeux	1
		J'évite d'être en contact avec un tuberculeux	0
		Je bois des décoctions	0
		J'évite d'utiliser les verres/assiettes des lieux publics	0

Tous ceux qui n'ont pu citer au moins une bonne réponse ont eu zéro et sont considérées comme des personnes ayant une mauvaise pratique préventive face à la tuberculose. Pour ceux d'entre eux qui ont cité plus d'une bonne réponse ont un point qui correspond à une bonne pratique préventive face à la tuberculose.

## ANNEXE 5 : Tableaux complémentaires

### Age et proportion des enquêtés ayant eu une toux persistante

age 18 ans et plus recodé \* Si oui, est-ce une toux passagère ou une toux persistante ?

			Si oui, est-ce une toux passagère ou une toux persistante ?		Total
			Toux passagère	Toux persistante	
âge 18 ans et plus recodé	Moins de 25 ans	Effectif	228	62	290
		%	78,6%	21,4%	100,0%
	De 25 à 34 ans	Effectif	284	66	350
		%	81,1%	18,9%	100,0%
	De 35 à 44 ans	Effectif	275	58	333
%		82,6%	17,4%	100,0%	
De 45 à 54 ans	Effectif	146	30	176	
	%	83,0%	17,0%	100,0%	
55 ans et plus	Effectif	122	39	161	
	%	75,8%	24,2%	100,0%	
Total		Effectif	1055	255	1310
		%	80,5%	19,5%	100,0%

Région \* Si oui, est-ce une toux passagère ou une toux persistante ? \* âge 18 ans et plus recodé

				Si oui, est-ce une toux passagère ou une toux persistante ?		Total
				Toux passagère	Toux persistante	
âge 18 ans et plus recodé						
Moins de 25 ans	Région	ABIDJAN	Effectif	57	21	78
			%	73,1%	26,9%	100,0%
	SUD COMOE	Effectif	8	0	8	
		%	100,0%	,0%	100,0%	
	LAGUNE 1	Effectif	12	3	15	
		%	80,0%	20,0%	100,0%	
	LAGUNE 2	Effectif	3	0	3	
		%	100,0%	,0%	100,0%	
	SUD BANDAMA	Effectif	14	7	21	
		%	66,7%	33,3%	100,0%	
FROMAGER	Effectif	6	1	7		
	%	85,7%	14,3%	100,0%		
WORODOUGOU	Effectif	3	0	3		
	%	100,0%	,0%	100,0%		
MONTAGNES	Effectif	15	6	21		
	%	71,4%	28,6%	100,0%		
DENGUELE BAFING	Effectif	3	1	4		
	%	75,0%	25,0%	100,0%		

		MOYEN CAVALLY	Effectif	9	3	12
			%	75,0%	25,0%	100,0%
		VALLEE DU BANDAMA	Effectif	16	2	18
			%	88,9%	11,1%	100,0%
		SAVANES	Effectif	9	1	10
			%	90,0%	10,0%	100,0%
		LACS	Effectif	16	5	21
			%	76,2%	23,8%	100,0%
		MARAHOUÉ	Effectif	1	1	2
			%	50,0%	50,0%	100,0%
		HAUT SASSANDRA	Effectif	3	2	5
			%	60,0%	40,0%	100,0%
		BAS SASSANDRA	Effectif	13	3	16
			%	81,2%	18,8%	100,0%
		ZANZAN	Effectif	10	3	13
			%	76,9%	23,1%	100,0%
		N'ZI COMOÉ	Effectif	8	0	8
			%	100,0%	,0%	100,0%
		MOYEN COMOÉ	Effectif	3	2	5
			%	60,0%	40,0%	100,0%
		AGNEBY	Effectif	19	1	20
			%	95,0%	5,0%	100,0%
		Total	Effectif	228	62	290
			%	78,6%	21,4%	100,0%
De 25 à 34 ans	Région	ABIDJAN	Effectif	68	20	88
			%	77,3%	22,7%	100,0%
		SUD COMOÉ	Effectif	11	4	15
			%	73,3%	26,7%	100,0%
		LAGUNE 1	Effectif	12	4	16
			%	75,0%	25,0%	100,0%
		LAGUNE 2	Effectif	8	3	11
			%	72,7%	27,3%	100,0%
		SUD BANDAMA	Effectif	13	9	22
			%	59,1%	40,9%	100,0%
		FROMAGER	Effectif	12	3	15
			%	80,0%	20,0%	100,0%
		WORODOUGOU	Effectif	5	0	5
			%	100,0%	,0%	100,0%
		MONTAGNES	Effectif	12	3	15
			%	80,0%	20,0%	100,0%
		DENGUELE BAFING	Effectif	5	1	6
			%	83,3%	16,7%	100,0%
		MOYEN CAVALLY	Effectif	10	2	12
			%	83,3%	16,7%	100,0%
		VALLEE DU BANDAMA	Effectif	17	3	20
			%	85,0%	15,0%	100,0%
		SAVANES	Effectif	9	1	10

		%	90,0%	10,0%	100,0%	
	LACS	Effectif	12	0	12	
		%	100,0%	,0%	100,0%	
	MARAHOUÉ	Effectif	8	2	10	
		%	80,0%	20,0%	100,0%	
	HAUT SASSANDRA	Effectif	12	3	15	
		%	80,0%	20,0%	100,0%	
	BAS SASSANDRA	Effectif	16	3	19	
		%	84,2%	15,8%	100,0%	
	ZANZAN	Effectif	15	1	16	
		%	93,8%	6,2%	100,0%	
	N'ZI COMOÉ	Effectif	15	1	16	
		%	93,8%	6,2%	100,0%	
	MOYEN COMOÉ	Effectif	11	0	11	
		%	100,0%	,0%	100,0%	
	AGNEBY	Effectif	13	3	16	
		%	81,2%	18,8%	100,0%	
	Total	Effectif	284	66	350	
		%	81,1%	18,9%	100,0%	
De 35 à 44 ans	Région	ABIDJAN	Effectif	52	17	69
			%	75,4%	24,6%	100,0%
		SUD COMOÉ	Effectif	11	6	17
			%	64,7%	35,3%	100,0%
		LAGUNE 1	Effectif	12	5	17
			%	70,6%	29,4%	100,0%
		LAGUNE 2	Effectif	11	1	12
			%	91,7%	8,3%	100,0%
		SUD BANDAMA	Effectif	23	5	28
			%	82,1%	17,9%	100,0%
		FROMAGER	Effectif	19	8	27
			%	70,4%	29,6%	100,0%
		WORODOUGOU	Effectif	7	1	8
			%	87,5%	12,5%	100,0%
		MONTAGNES	Effectif	13	5	18
			%	72,2%	27,8%	100,0%
		DENGUELE BAFING	Effectif	8	1	9
			%	88,9%	11,1%	100,0%
		MOYEN CAVALLY	Effectif	15	0	15
			%	100,0%	,0%	100,0%
		VALLEE DU BANDAMA	Effectif	22	3	25
			%	88,0%	12,0%	100,0%
		SAVANES	Effectif	15	0	15
			%	100,0%	,0%	100,0%
		LACS	Effectif	6	1	7
			%	85,7%	14,3%	100,0%
		MARAHOUÉ	Effectif	7	3	10
			%	70,0%	30,0%	100,0%
		HAUT SASSANDRA	Effectif	18	0	18

		%		100,0%	,0%	100,0%
	BAS SASSANDRA	Effectif		14	0	14
		%		100,0%	,0%	100,0%
	ZANZAN	Effectif		6	1	7
		%		85,7%	14,3%	100,0%
	N'ZI COMOE	Effectif		3	0	3
		%		100,0%	,0%	100,0%
	MOYEN COMOE	Effectif		5	0	5
		%		100,0%	,0%	100,0%
	AGNEBY	Effectif		8	1	9
		%		88,9%	11,1%	100,0%
	Total	Effectif		275	58	333
		%		82,6%	17,4%	100,0%
De 45 à 54 ans	Région	Effectif	Effectif	16	6	22
		%	%	72,7%	27,3%	100,0%
		Effectif	Effectif	1	2	3
		%	%	33,3%	66,7%	100,0%
		Effectif	Effectif	13	3	16
		%	%	81,2%	18,8%	100,0%
		Effectif	Effectif	9	0	9
		%	%	100,0%	,0%	100,0%
		Effectif	Effectif	11	4	15
		%	%	73,3%	26,7%	100,0%
		Effectif	Effectif	6	3	9
		%	%	66,7%	33,3%	100,0%
		Effectif	Effectif	0	1	1
		%	%	,0%	100,0%	100,0%
		Effectif	Effectif	10	2	12
		%	%	83,3%	16,7%	100,0%
		Effectif	Effectif	1	0	1
		%	%	100,0%	,0%	100,0%
		Effectif	Effectif	8	2	10
		%	%	80,0%	20,0%	100,0%
		Effectif	Effectif	11	2	13
		%	%	84,6%	15,4%	100,0%
		Effectif	Effectif	6	1	7
		%	%	85,7%	14,3%	100,0%
		Effectif	Effectif	7	2	9
		%	%	77,8%	22,2%	100,0%
		Effectif	Effectif	3	0	3
		%	%	100,0%	,0%	100,0%
	HAUT SASSANDRA	Effectif		11	1	12
		%		91,7%	8,3%	100,0%
	BAS SASSANDRA	Effectif		11	1	12
		%		91,7%	8,3%	100,0%
	ZANZAN	Effectif		4	0	4
		%		100,0%	,0%	100,0%
	N'ZI COMOE	Effectif		6	0	6

		%	100,0%	,0%	100,0%	
		MOYEN COMOE	Effectif	5	0	5
		%	100,0%	,0%	100,0%	
		AGNEBY	Effectif	7	0	7
		%	100,0%	,0%	100,0%	
	Total		Effectif	146	30	176
		%	83,0%	17,0%	100,0%	
55 ans et plus	Région	ABIDJAN	Effectif	12	8	20
		%	60,0%	40,0%	100,0%	
		SUD COMOE	Effectif	1	3	4
		%	25,0%	75,0%	100,0%	
		LAGUNE 1	Effectif	6	2	8
		%	75,0%	25,0%	100,0%	
		LAGUNE 2	Effectif	2	2	4
		%	50,0%	50,0%	100,0%	
		SUD BANDAMA	Effectif	8	4	12
		%	66,7%	33,3%	100,0%	
		FROMAGER	Effectif	8	4	12
		%	66,7%	33,3%	100,0%	
		WORODOUGOU	Effectif	5	4	9
		%	55,6%	44,4%	100,0%	
		MONTAGNES	Effectif	15	2	17
		%	88,2%	11,8%	100,0%	
		DENGUELE BAFING	Effectif	1	1	2
		%	50,0%	50,0%	100,0%	
		MOYEN CAVALLY	Effectif	3	1	4
		%	75,0%	25,0%	100,0%	
		VALLEE DU BANDAMA	Effectif	9	0	9
		%	100,0%	,0%	100,0%	
		SAVANES	Effectif	6	1	7
		%	85,7%	14,3%	100,0%	
		LACS	Effectif	9	0	9
		%	100,0%	,0%	100,0%	
		MARAHOUÉ	Effectif	3	2	5
		%	60,0%	40,0%	100,0%	
		HAUT SASSANDRA	Effectif	10	1	11
		%	90,9%	9,1%	100,0%	
		BAS SASSANDRA	Effectif	5	1	6
		%	83,3%	16,7%	100,0%	
		ZANZAN	Effectif	3	0	3
		%	100,0%	,0%	100,0%	
		N'ZI COMOÉ	Effectif	5	1	6
		%	83,3%	16,7%	100,0%	
		MOYEN COMOÉ	Effectif	3	0	3
		%	100,0%	,0%	100,0%	
		AGNEBY	Effectif	8	2	10
		%	80,0%	20,0%	100,0%	
	Total		Effectif	122	39	161



%	75,8%	24,2%	100,0%
---	-------	-------	--------

### Profession et enquêtés ayant eu une toux persistante

#### Profession (Occupation principale) \* Si oui, est-ce une toux passagère ou une toux persistante ?

			Si oui, est-ce une toux passagère ou une toux persistante ?		Total
			Toux passagère	Toux persistante	
Profession (Occupation principale)	Sans emploi/ménagère	Effectif	264	62	326
		%	81,0%	19,0%	100,0%
	Agriculture/Elevage	Effectif	128	42	170
		%	75,3%	24,7%	100,0%
	Petit Commerce/Artisanat	Effectif	289	59	348
		%	83,0%	17,0%	100,0%
	Grand Commerce/Artisanat	Effectif	9	2	11
		%	81,8%	18,2%	100,0%
	Fonctionnaire de l'Etat	Effectif	82	15	97
		%	84,5%	15,5%	100,0%
	Travailleur du privé	Effectif	85	26	111
%		76,6%	23,4%	100,0%	
Elève/Étudiant	Effectif	128	35	163	
	%	78,5%	21,5%	100,0%	
Retraité	Effectif	31	7	38	
	%	81,6%	18,4%	100,0%	
Travailleur domestique	Effectif	3	1	4	
	%	75,0%	25,0%	100,0%	
Autres	Effectif	36	6	42	
	%	85,7%	14,3%	100,0%	
Total		Effectif	1055	255	1310
		%	80,5%	19,5%	100,0%

#### Région \* Si oui, est-ce une toux passagère ou une toux persistante ? \* Profession (Occupation principale)

				Si oui, est-ce une toux passagère ou une toux persistante ?		Total
				Toux passagère	Toux persistante	
Profession (Occupation principale)						
Sans emploi/ménagère	Région	ABIDJAN	Effectif	35	15	50
			%	70,0%	30,0%	100,0%
	SUD COMOE	Effectif	8	5	13	
		%	61,5%	38,5%	100,0%	
	LAGUNE 1	Effectif	11	2	13	
		%	84,6%	15,4%	100,0%	
	LAGUNE 2	Effectif	13	1	14	
		%	92,9%	7,1%	100,0%	

		SUD BANDAMA	Effectif	10	9	19
			%	52,6%	47,4%	100,0%
		FROMAGER	Effectif	13	6	19
			%	68,4%	31,6%	100,0%
		WORODOUGOU	Effectif	6	1	7
			%	85,7%	14,3%	100,0%
		MONTAGNES	Effectif	18	6	24
			%	75,0%	25,0%	100,0%
		DENGUELE BAFING	Effectif	4	0	4
			%	100,0%	,0%	100,0%
		MOYEN CAVALLY	Effectif	13	2	15
			%	86,7%	13,3%	100,0%
		VALLEE DU BANDAMA	Effectif	23	6	29
			%	79,3%	20,7%	100,0%
		SAVANES	Effectif	14	0	14
			%	100,0%	,0%	100,0%
		LACS	Effectif	17	2	19
			%	89,5%	10,5%	100,0%
		MARAHOUÉ	Effectif	1	0	1
			%	100,0%	,0%	100,0%
		HAUT SASSANDRA	Effectif	14	1	15
			%	93,3%	6,7%	100,0%
		BAS SASSANDRA	Effectif	17	2	19
			%	89,5%	10,5%	100,0%
		ZANZAN	Effectif	10	2	12
			%	83,3%	16,7%	100,0%
		N'ZI COMOE	Effectif	13	1	14
			%	92,9%	7,1%	100,0%
		MOYEN COMOE	Effectif	9	0	9
			%	100,0%	,0%	100,0%
		AGNEBY	Effectif	15	1	16
			%	93,8%	6,2%	100,0%
		Total	Effectif	264	62	326
			%	81,0%	19,0%	100,0%
Agriculture/Elevage	Région	ABIDJAN	Effectif	2	1	3
			%	66,7%	33,3%	100,0%
		SUD COMOE	Effectif	5	5	10
			%	50,0%	50,0%	100,0%
		LAGUNE 1	Effectif	9	2	11
			%	81,8%	18,2%	100,0%
		LAGUNE 2	Effectif	5	3	8
			%	62,5%	37,5%	100,0%
		SUD BANDAMA	Effectif	17	9	26
			%	65,4%	34,6%	100,0%
		FROMAGER	Effectif	7	5	12
			%	58,3%	41,7%	100,0%

		WORODOUGOU	Effectif	2	1	3
			%	66,7%	33,3%	100,0%
		MONTAGNES	Effectif	14	3	17
			%	82,4%	17,6%	100,0%
		MOYEN CAVALLY	Effectif	10	1	11
			%	90,9%	9,1%	100,0%
		VALLEE DU BANDAMA	Effectif	1	0	1
			%	100,0%	,0%	100,0%
		SAVANES	Effectif	2	1	3
			%	66,7%	33,3%	100,0%
		LACS	Effectif	5	0	5
			%	100,0%	,0%	100,0%
		MARAHOUÉ	Effectif	18	8	26
			%	69,2%	30,8%	100,0%
		HAUT SASSANDRA	Effectif	7	0	7
			%	100,0%	,0%	100,0%
		BAS SASSANDRA	Effectif	7	1	8
			%	87,5%	12,5%	100,0%
		ZANZAN	Effectif	2	1	3
			%	66,7%	33,3%	100,0%
		N'ZI COMOÉ	Effectif	4	0	4
			%	100,0%	,0%	100,0%
		MOYEN COMOÉ	Effectif	3	0	3
			%	100,0%	,0%	100,0%
		AGNEBY	Effectif	8	1	9
			%	88,9%	11,1%	100,0%
	Total		Effectif	128	42	170
			%	75,3%	24,7%	100,0%
Petit Commerce/Artisanat	Région	ABIDJAN	Effectif	73	27	100
			%	73,0%	27,0%	100,0%
		SUD COMOÉ	Effectif	8	2	10
			%	80,0%	20,0%	100,0%
		LAGUNE 1	Effectif	12	2	14
			%	85,7%	14,3%	100,0%
		LAGUNE 2	Effectif	5	1	6
			%	83,3%	16,7%	100,0%
		SUD BANDAMA	Effectif	18	4	22
			%	81,8%	18,2%	100,0%
		FROMAGER	Effectif	9	3	12
			%	75,0%	25,0%	100,0%
		WORODOUGOU	Effectif	5	2	7
			%	71,4%	28,6%	100,0%
		MONTAGNES	Effectif	14	3	17
			%	82,4%	17,6%	100,0%
		DENGUELE BAFING	Effectif	5	2	7
			%	71,4%	28,6%	100,0%
		MOYEN CAVALLY	Effectif	11	2	13
			%	84,6%	15,4%	100,0%

		VALLEE DU BANDAMA	Effectif %	20 100,0%	0 ,0%	20 100,0%	
		SAVANES	Effectif %	15 93,8%	1 6,2%	16 100,0%	
		LACS	Effectif %	11 100,0%	0 ,0%	11 100,0%	
		HAUT SASSANDRA	Effectif %	17 94,4%	1 5,6%	18 100,0%	
		BAS SASSANDRA	Effectif %	14 77,8%	4 22,2%	18 100,0%	
		ZANZAN	Effectif %	18 100,0%	0 ,0%	18 100,0%	
		N'ZI COMOE	Effectif %	10 90,9%	1 9,1%	11 100,0%	
		MOYEN COMOE	Effectif %	8 88,9%	1 11,1%	9 100,0%	
		AGNEBY	Effectif %	16 84,2%	3 15,8%	19 100,0%	
	Total		Effectif %	289 83,0%	59 17,0%	348 100,0%	
Grand Commerce/Artisanat	Région	ABIDJAN	Effectif %	3 60,0%	2 40,0%	5 100,0%	
		MONTAGNES	Effectif %	1 100,0%	0 ,0%	1 100,0%	
		SAVANES	Effectif %	1 100,0%	0 ,0%	1 100,0%	
		LACS	Effectif %	1 100,0%	0 ,0%	1 100,0%	
		BAS SASSANDRA	Effectif %	2 100,0%	0 ,0%	2 100,0%	
		AGNEBY	Effectif %	1 100,0%	0 ,0%	1 100,0%	
		Total		Effectif %	9 81,8%	2 18,2%	11 100,0%
	Fonctionnaire de l'Etat	Région	ABIDJAN	Effectif %	13 76,5%	4 23,5%	17 100,0%
		SUD COMOE	Effectif %	3 75,0%	1 25,0%	4 100,0%	
		LAGUNE 1	Effectif %	6 66,7%	3 33,3%	9 100,0%	
		LAGUNE 2	Effectif %	3 100,0%	0 ,0%	3 100,0%	
		SUD BANDAMA	Effectif %	5 83,3%	1 16,7%	6 100,0%	
		FROMAGER	Effectif %	4 66,7%	2 33,3%	6 100,0%	
		WORODOUGOU	Effectif %	1 50,0%	1 50,0%	2 100,0%	

		MONTAGNES	Effectif	3	0	3
			%	100,0%	,0%	100,0%
		DENGUELE BAFING	Effectif	3	0	3
			%	100,0%	,0%	100,0%
		MOYEN CAVALLY	Effectif	4	0	4
			%	100,0%	,0%	100,0%
		VALLEE DU BANDAMA	Effectif	9	1	10
			%	90,0%	10,0%	100,0%
		SAVANES	Effectif	2	0	2
			%	100,0%	,0%	100,0%
		LACS	Effectif	3	1	4
			%	75,0%	25,0%	100,0%
		HAUT SASSANDRA	Effectif	10	1	11
			%	90,9%	9,1%	100,0%
		BAS SASSANDRA	Effectif	7	0	7
			%	100,0%	,0%	100,0%
		ZANZAN	Effectif	1	0	1
			%	100,0%	,0%	100,0%
		N'ZI COMOE	Effectif	3	0	3
			%	100,0%	,0%	100,0%
		AGNEBY	Effectif	2	0	2
			%	100,0%	,0%	100,0%
	Total		Effectif	82	15	97
			%	84,5%	15,5%	100,0%
Travailleur du privé	Région	ABIDJAN	Effectif	22	8	30
			%	73,3%	26,7%	100,0%
		SUD COMOE	Effectif	3	2	5
			%	60,0%	40,0%	100,0%
		LAGUNE 1	Effectif	5	4	9
			%	55,6%	44,4%	100,0%
		LAGUNE 2	Effectif	1	1	2
			%	50,0%	50,0%	100,0%
		SUD BANDAMA	Effectif	5	1	6
			%	83,3%	16,7%	100,0%
		FROMAGER	Effectif	9	1	10
			%	90,0%	10,0%	100,0%
		WORODOUGOU	Effectif	5	1	6
			%	83,3%	16,7%	100,0%
		MONTAGNES	Effectif	8	2	10
			%	80,0%	20,0%	100,0%
		DENGUELE BAFING	Effectif	3	1	4
			%	75,0%	25,0%	100,0%
		MOYEN CAVALLY	Effectif	3	1	4
			%	75,0%	25,0%	100,0%
		VALLEE DU BANDAMA	Effectif	7	1	8
			%	87,5%	12,5%	100,0%
		SAVANES	Effectif	1	0	1
			%	100,0%	,0%	100,0%

		LACS	Effectif	3	1	4
			%	75,0%	25,0%	100,0%
		HAUT SASSANDRA	Effectif	1	0	1
			%	100,0%	,0%	100,0%
		BAS SASSANDRA	Effectif	2	1	3
			%	66,7%	33,3%	100,0%
		N'ZI COMOE	Effectif	2	0	2
			%	100,0%	,0%	100,0%
		MOYEN COMOE	Effectif	1	0	1
			%	100,0%	,0%	100,0%
		AGNEBY	Effectif	4	1	5
			%	80,0%	20,0%	100,0%
	Total		Effectif	85	26	111
			%	76,6%	23,4%	100,0%
Elève/Etudiant	Région	ABIDJAN	Effectif	38	10	48
			%	79,2%	20,8%	100,0%
		SUD COMOE	Effectif	4	0	4
			%	100,0%	,0%	100,0%
		LAGUNE 1	Effectif	7	3	10
			%	70,0%	30,0%	100,0%
		LAGUNE 2	Effectif	2	0	2
			%	100,0%	,0%	100,0%
		SUD BANDAMA	Effectif	8	5	13
			%	61,5%	38,5%	100,0%
		FROMAGER	Effectif	5	0	5
			%	100,0%	,0%	100,0%
		MONTAGNES	Effectif	5	3	8
			%	62,5%	37,5%	100,0%
		DENGUELE BAFING	Effectif	3	1	4
			%	75,0%	25,0%	100,0%
		MOYEN CAVALLY	Effectif	4	1	5
			%	80,0%	20,0%	100,0%
		VALLEE DU BANDAMA	Effectif	8	1	9
			%	88,9%	11,1%	100,0%
		SAVANES	Effectif	5	1	6
			%	83,3%	16,7%	100,0%
		LACS	Effectif	9	4	13
			%	69,2%	30,8%	100,0%
		HAUT SASSANDRA	Effectif	4	2	6
			%	66,7%	33,3%	100,0%
		BAS SASSANDRA	Effectif	6	0	6
			%	100,0%	,0%	100,0%
		ZANZAN	Effectif	6	2	8
			%	75,0%	25,0%	100,0%
		N'ZI COMOE	Effectif	4	0	4
			%	100,0%	,0%	100,0%
		MOYEN COMOE	Effectif	2	1	3
			%	66,7%	33,3%	100,0%

		AGNEBY	Effectif	8	1	9
			%	88,9%	11,1%	100,0%
	Total		Effectif	128	35	163
			%	78,5%	21,5%	100,0%
Retraité	Région	ABIDJAN	Effectif	9	1	10
			%	90,0%	10,0%	100,0%
		SUD COMOE	Effectif	1	0	1
			%	100,0%	,0%	100,0%
		LAGUNE 1	Effectif	2	1	3
			%	66,7%	33,3%	100,0%
		LAGUNE 2	Effectif	2	0	2
			%	100,0%	,0%	100,0%
		SUD BANDAMA	Effectif	3	0	3
			%	100,0%	,0%	100,0%
		FROMAGER	Effectif	3	2	5
			%	60,0%	40,0%	100,0%
		MONTAGNES	Effectif	2	0	2
			%	100,0%	,0%	100,0%
		MOYEN CAVALLY	Effectif	0	1	1
			%	,0%	100,0%	100,0%
		VALLEE DU BANDAMA	Effectif	3	0	3
			%	100,0%	,0%	100,0%
		SAVANES	Effectif	1	1	2
			%	50,0%	50,0%	100,0%
LACS	Effectif	1	0	1		
	%	100,0%	,0%	100,0%		
MARAHOUÉ	Effectif	2	0	2		
	%	100,0%	,0%	100,0%		
HAUT SASSANDRA	Effectif	0	1	1		
	%	,0%	100,0%	100,0%		
BAS SASSANDRA	Effectif	1	0	1		
	%	100,0%	,0%	100,0%		
AGNEBY	Effectif	1	0	1		
	%	100,0%	,0%	100,0%		
	Total		Effectif	31	7	38
			%	81,6%	18,4%	100,0%
Travailleur domestique	Région	ABIDJAN	Effectif	2	1	3
			%	66,7%	33,3%	100,0%
		FROMAGER	Effectif	1	0	1
			%	100,0%	,0%	100,0%
	Total		Effectif	3	1	4
			%	75,0%	25,0%	100,0%
Autres	Région	ABIDJAN	Effectif	8	3	11
			%	72,7%	27,3%	100,0%
		LAGUNE 1	Effectif	3	0	3
			%	100,0%	,0%	100,0%
	LAGUNE 2	Effectif	2	0	2	
		%	100,0%	,0%	100,0%	

SUD BANDAMA	Effectif	3	0	3
	%	100,0%	,0%	100,0%
WORODOUGOU	Effectif	1	0	1
	%	100,0%	,0%	100,0%
MONTAGNES	Effectif	0	1	1
	%	,0%	100,0%	100,0%
VALLEE DU BANDAMA	Effectif	4	1	5
	%	80,0%	20,0%	100,0%
SAVANES	Effectif	4	0	4
	%	100,0%	,0%	100,0%
MARAHOUÉ	Effectif	1	0	1
	%	100,0%	,0%	100,0%
HAUT SASSANDRA	Effectif	1	1	2
	%	50,0%	50,0%	100,0%
BAS SASSANDRA	Effectif	3	0	3
	%	100,0%	,0%	100,0%
ZANZAN	Effectif	1	0	1
	%	100,0%	,0%	100,0%
N'ZI COMOÉ	Effectif	1	0	1
	%	100,0%	,0%	100,0%
MOYEN COMOÉ	Effectif	4	0	4
	%	100,0%	,0%	100,0%
Total	Effectif	36	6	42
	%	85,7%	14,3%	100,0%

### Durée de résidence et enquêtés ayant eu une toux persistante

#### Durée de résidence dans la localité \* Si oui, est-ce une toux passagère ou une toux persistante ?

		Si oui, est-ce une toux passagère ou une toux persistante ?		Total	
		Toux passagère	Toux persistante		
Durée de résidence dans la localité	Moins d'un an	Effectif	87	19	106
		%	82,1%	17,9%	100,0%
	Un à quatre ans	Effectif	201	49	250
		%	80,4%	19,6%	100,0%
	Cinq à neuf ans	Effectif	178	45	223
		%	79,8%	20,2%	100,0%
	Dix ans et plus	Effectif	589	142	731
		%	80,6%	19,4%	100,0%
Total		Effectif	1055	255	1310
		%	80,5%	19,5%	100,0%



## Durée de résidence et enquêtés ayant eu une toux persistante par région

Région \* Si oui, est-ce une toux passagère ou une toux persistante ? \* Durée de résidence dans la localité

Durée de résidence dans la localité				Si oui, est-ce une toux passagère ou une toux persistante ?		Total
				Toux passagère	Toux persistante	
Moins d'un an	Région	ABIDJAN	Effectif	14	5	19
			%	73,7%	26,3%	100,0%
		SUD COMOE	Effectif	4	2	6
			%	66,7%	33,3%	100,0%
		LAGUNE 1	Effectif	5	1	6
			%	83,3%	16,7%	100,0%
		LAGUNE 2	Effectif	2	0	2
			%	100,0%	,0%	100,0%
		SUD BANDAMA	Effectif	3	3	6
			%	50,0%	50,0%	100,0%
		FROMAGER	Effectif	3	1	4
			%	75,0%	25,0%	100,0%
		WORODOUGOU	Effectif	2	0	2
			%	100,0%	,0%	100,0%
		MONTAGNES	Effectif	12	2	14
			%	85,7%	14,3%	100,0%
		DENGUELE BAFING	Effectif	1	0	1
			%	100,0%	,0%	100,0%
		MOYEN CAVALLY	Effectif	6	0	6
			%	100,0%	,0%	100,0%
VALLEE DU BANDAMA	Effectif	9	1	10		
	%	90,0%	10,0%	100,0%		
SAVANES	Effectif	3	0	3		
	%	100,0%	,0%	100,0%		
LACS	Effectif	5	1	6		
	%	83,3%	16,7%	100,0%		
MARAHOUÉ	Effectif	3	1	4		
	%	75,0%	25,0%	100,0%		
HAUT SASSANDRA	Effectif	2	1	3		
	%	66,7%	33,3%	100,0%		
BAS SASSANDRA	Effectif	1	0	1		
	%	100,0%	,0%	100,0%		
ZANZAN	Effectif	2	0	2		
	%	100,0%	,0%	100,0%		
N'ZI COMOE	Effectif	3	0	3		
	%	100,0%	,0%	100,0%		
MOYEN COMOE	Effectif	2	0	2		

		%	100,0%	,0%	100,0%	
		AGNEBY	Effectif	5	1	6
			%	83,3%	16,7%	100,0%
	Total		Effectif	87	19	106
			%	82,1%	17,9%	100,0%
Un à quatre ans	Région	ABIDJAN	Effectif	67	21	88
			%	76,1%	23,9%	100,0%
		SUD COMOE	Effectif	1	2	3
			%	33,3%	66,7%	100,0%
		LAGUNE 1	Effectif	11	1	12
			%	91,7%	8,3%	100,0%
		LAGUNE 2	Effectif	3	0	3
			%	100,0%	,0%	100,0%
		SUD BANDAMA	Effectif	12	6	18
			%	66,7%	33,3%	100,0%
		FROMAGER	Effectif	11	2	13
			%	84,6%	15,4%	100,0%
		WORODOUGOU	Effectif	3	0	3
			%	100,0%	,0%	100,0%
		MONTAGNES	Effectif	4	3	7
			%	57,1%	42,9%	100,0%
		DENGUELE BAFING	Effectif	6	0	6
			%	100,0%	,0%	100,0%
		MOYEN CAVALLY	Effectif	10	3	13
			%	76,9%	23,1%	100,0%
		VALLEE DU BANDAMA	Effectif	13	1	14
			%	92,9%	7,1%	100,0%
		SAVANES	Effectif	6	2	8
			%	75,0%	25,0%	100,0%
		LACS	Effectif	6	0	6
			%	100,0%	,0%	100,0%
		MARAHOUÉ	Effectif	2	2	4
			%	50,0%	50,0%	100,0%
		HAUT SASSANDRA	Effectif	9	0	9
			%	100,0%	,0%	100,0%
BAS SASSANDRA	Effectif	17	3	20		
	%	85,0%	15,0%	100,0%		
ZANZAN	Effectif	4	2	6		
	%	66,7%	33,3%	100,0%		
N'ZI COMOE	Effectif	7	0	7		
	%	100,0%	,0%	100,0%		
MOYEN COMOE	Effectif	3	0	3		
	%	100,0%	,0%	100,0%		
		AGNEBY	Effectif	6	1	7
			%	85,7%	14,3%	100,0%
	Total		Effectif	201	49	250
			%	80,4%	19,6%	100,0%
Cinq à neuf ans	Région	ABIDJAN	Effectif	45	17	62

		%		72,6%	27,4%	100,0%
	SUD COMOE	Effectif		9	2	11
		%		81,8%	18,2%	100,0%
	LAGUNE 1	Effectif		9	1	10
		%		90,0%	10,0%	100,0%
	LAGUNE 2	Effectif		1	1	2
		%		50,0%	50,0%	100,0%
	SUD BANDAMA	Effectif		8	2	10
		%		80,0%	20,0%	100,0%
	FROMAGER	Effectif		11	3	14
		%		78,6%	21,4%	100,0%
	WORODOUGOU	Effectif		2	2	4
		%		50,0%	50,0%	100,0%
	MONTAGNES	Effectif		6	2	8
		%		75,0%	25,0%	100,0%
	DENGUELE BAFING	Effectif		1	2	3
		%		33,3%	66,7%	100,0%
	MOYEN CAVALLY	Effectif		5	0	5
		%		100,0%	,0%	100,0%
	VALLEE DU BANDAMA	Effectif		15	4	19
		%		78,9%	21,1%	100,0%
	SAVANES	Effectif		4	0	4
		%		100,0%	,0%	100,0%
	LACS	Effectif		8	3	11
		%		72,7%	27,3%	100,0%
	MARAHOUÉ	Effectif		1	0	1
		%		100,0%	,0%	100,0%
	HAUT SASSANDRA	Effectif		15	1	16
		%		93,8%	6,2%	100,0%
	BAS SASSANDRA	Effectif		9	2	11
		%		81,8%	18,2%	100,0%
	ZANZAN	Effectif		9	0	9
		%		100,0%	,0%	100,0%
	N'ZI COMOÉ	Effectif		5	0	5
		%		100,0%	,0%	100,0%
	MOYEN COMOÉ	Effectif		5	1	6
		%		83,3%	16,7%	100,0%
	AGNEBY	Effectif		10	2	12
		%		83,3%	16,7%	100,0%
	Total	Effectif		178	45	223
		%		79,8%	20,2%	100,0%
Dix ans et plus	Région	ABIDJAN	Effectif	79	29	108
			%	73,1%	26,9%	100,0%
		SUD COMOÉ	Effectif	18	9	27
			%	66,7%	33,3%	100,0%
		LAGUNE 1	Effectif	30	14	44
			%	68,2%	31,8%	100,0%
		LAGUNE 2	Effectif	27	5	32

	%	84,4%	15,6%	100,0%
SUD BANDAMA	Effectif	46	18	64
	%	71,9%	28,1%	100,0%
FROMAGER	Effectif	26	13	39
	%	66,7%	33,3%	100,0%
WORODOUGOU	Effectif	13	4	17
	%	76,5%	23,5%	100,0%
MONTAGNES	Effectif	43	11	54
	%	79,6%	20,4%	100,0%
DENGUELE BAFING	Effectif	10	2	12
	%	83,3%	16,7%	100,0%
MOYEN CAVALLY	Effectif	24	5	29
	%	82,8%	17,2%	100,0%
VALLEE DU BANDAMA	Effectif	38	4	42
	%	90,5%	9,5%	100,0%
SAVANES	Effectif	32	2	34
	%	94,1%	5,9%	100,0%
LACS	Effectif	31	4	35
	%	88,6%	11,4%	100,0%
MARAHOUÉ	Effectif	16	5	21
	%	76,2%	23,8%	100,0%
HAUT SASSANDRA	Effectif	28	5	33
	%	84,8%	15,2%	100,0%
BAS SASSANDRA	Effectif	32	3	35
	%	91,4%	8,6%	100,0%
ZANZAN	Effectif	23	3	26
	%	88,5%	11,5%	100,0%
N'ZI COMOE	Effectif	22	2	24
	%	91,7%	8,3%	100,0%
MOYEN COMOE	Effectif	17	1	18
	%	94,4%	5,6%	100,0%
AGNEBY	Effectif	34	3	37
	%	91,9%	8,1%	100,0%
Total	Effectif	589	142	731
	%	80,6%	19,4%	100,0%

### Statut résidentiel et personnes ayant déjà eu une TB

#### Statut résidentiel \* Avez-vous déjà contracté la tuberculose ?

			Avez-vous déjà contracté la tuberculose ?		Total
			OUI	NON	
Statut résidentiel	Permanent	Effectif	88	3658	3746
		%	2,3%	97,7%	100,0%
	Nomade	Effectif	1	84	85
		%	1,2%	98,8%	100,0%
	Saisonnier	Effectif	3	99	102

	%		2,9%	97,1%	100,0%
Voyageur	Effectif		2	49	51
	%		3,9%	96,1%	100,0%
Autre (préciser)	Effectif		0	16	16
	%		,0%	100,0%	100,0%
Total	Effectif		94	3906	4000
	%		2,4%	97,6%	100,0%

### Statut résidentiel et personnes ayant déjà eu une TB

#### Région \* Avez-vous déjà contracté la tuberculose ? \* Statut résidentiel

Statut résidentiel				Avez-vous déjà contracté la tuberculose ?		Total
				OUI	NON	
Permanent	Région	ABIDJAN	Effectif	21	747	768
			%	2,7%	97,3%	100,0%
		SUD COMOIE	Effectif	1	94	95
			%	1,1%	98,9%	100,0%
		LAGUNE 1	Effectif	4	152	156
			%	2,6%	97,4%	100,0%
		LAGUNE 2	Effectif	1	69	70
			%	1,4%	98,6%	100,0%
		SUD BANDAMA	Effectif	7	179	186
			%	3,8%	96,2%	100,0%
		FROMAGER	Effectif	4	123	127
			%	3,1%	96,9%	100,0%
		WORODOUGOU	Effectif	0	69	69
			%	,0%	100,0%	100,0%
		MONTAGNES	Effectif	5	216	221
			%	2,3%	97,7%	100,0%
		DENGUELE BAFING	Effectif	2	73	75
			%	2,7%	97,3%	100,0%
		MOYEN CAVALLY	Effectif	7	130	137
			%	5,1%	94,9%	100,0%
		VALLEE DU BANDAMA	Effectif	9	289	298
			%	3,0%	97,0%	100,0%
		SAVANES	Effectif	1	210	211
			%	,5%	99,5%	100,0%
		LACS	Effectif	3	143	146
			%	2,1%	97,9%	100,0%
		MARAHOUE	Effectif	3	124	127
			%	2,4%	97,6%	100,0%
		HAUT SASSANDRA	Effectif	6	203	209
			%	2,9%	97,1%	100,0%
		BAS SASSANDRA	Effectif	5	323	328

			%	1,5%	98,5%	100,0%
		ZANZAN	Effectif	2	141	143
			%	1,4%	98,6%	100,0%
		N'ZI COMOE	Effectif	2	156	158
			%	1,3%	98,7%	100,0%
		MOYEN COMOE	Effectif	2	81	83
			%	2,4%	97,6%	100,0%
		AGNEBY	Effectif	3	136	139
			%	2,2%	97,8%	100,0%
		Total	Effectif	88	3658	3746
			%	2,3%	97,7%	100,0%
Nomade	Région	ABIDJAN	Effectif	0	23	23
			%	,0%	100,0%	100,0%
		LAGUNE 1	Effectif	0	1	1
			%	,0%	100,0%	100,0%
		LAGUNE 2	Effectif	0	2	2
			%	,0%	100,0%	100,0%
		SUD BANDAMA	Effectif	0	2	2
			%	,0%	100,0%	100,0%
		WORODOUGOU	Effectif	0	1	1
			%	,0%	100,0%	100,0%
		MONTAGNES	Effectif	1	1	2
			%	50,0%	50,0%	100,0%
		MOYEN CAVALLY	Effectif	0	6	6
			%	,0%	100,0%	100,0%
		VALLEE DU BANDAMA	Effectif	0	7	7
			%	,0%	100,0%	100,0%
		SAVANES	Effectif	0	2	2
			%	,0%	100,0%	100,0%
		LACS	Effectif	0	12	12
			%	,0%	100,0%	100,0%
		HAUT SASSANDRA	Effectif	0	1	1
			%	,0%	100,0%	100,0%
		BAS SASSANDRA	Effectif	0	11	11
			%	,0%	100,0%	100,0%
		ZANZAN	Effectif	0	6	6
			%	,0%	100,0%	100,0%
		N'ZI COMOE	Effectif	0	5	5
			%	,0%	100,0%	100,0%
		MOYEN COMOE	Effectif	0	1	1
			%	,0%	100,0%	100,0%
		AGNEBY	Effectif	0	3	3
			%	,0%	100,0%	100,0%
		Total	Effectif	1	84	85
			%	1,2%	98,8%	100,0%
Saisonnier	Région	ABIDJAN	Effectif	0	2	2
			%	,0%	100,0%	100,0%

		SUD COMOE	Effectif	0	1	1
			%	,0%	100,0%	100,0%
		LAGUNE 1	Effectif	0	11	11
			%	,0%	100,0%	100,0%
		LAGUNE 2	Effectif	0	3	3
			%	,0%	100,0%	100,0%
		SUD BANDAMA	Effectif	1	3	4
			%	25,0%	75,0%	100,0%
		FROMAGER	Effectif	0	1	1
			%	,0%	100,0%	100,0%
		WORODOUGOU	Effectif	0	4	4
			%	,0%	100,0%	100,0%
		MONTAGNES	Effectif	1	9	10
			%	10,0%	90,0%	100,0%
		DENGUELE BAFING	Effectif	0	4	4
			%	,0%	100,0%	100,0%
		MOYEN CAVALLY	Effectif	0	7	7
			%	,0%	100,0%	100,0%
		VALLEE DU BANDAMA	Effectif	0	6	6
			%	,0%	100,0%	100,0%
		SAVANES	Effectif	0	1	1
			%	,0%	100,0%	100,0%
		LACS	Effectif	0	3	3
			%	,0%	100,0%	100,0%
		MARAHOUÉ	Effectif	0	2	2
			%	,0%	100,0%	100,0%
		BAS SASSANDRA	Effectif	0	2	2
			%	,0%	100,0%	100,0%
		ZANZAN	Effectif	0	9	9
			%	,0%	100,0%	100,0%
		N'ZI COMOE	Effectif	1	10	11
			%	9,1%	90,9%	100,0%
		MOYEN COMOE	Effectif	0	9	9
			%	,0%	100,0%	100,0%
		AGNEBY	Effectif	0	12	12
			%	,0%	100,0%	100,0%
	Total		Effectif	3	99	102
			%	2,9%	97,1%	100,0%
Voyageur	Région	ABIDJAN	Effectif	0	3	3
			%	,0%	100,0%	100,0%
		SUD COMOE	Effectif	0	1	1
			%	,0%	100,0%	100,0%
		LAGUNE 1	Effectif	0	2	2
			%	,0%	100,0%	100,0%
		LAGUNE 2	Effectif	0	2	2
			%	,0%	100,0%	100,0%
		SUD BANDAMA	Effectif	0	1	1
			%	,0%	100,0%	100,0%

	FROMAGER	Effectif	0	3	3
		%	,0%	100,0%	100,0%
	WORODOUGOU	Effectif	0	5	5
		%	,0%	100,0%	100,0%
	MONTAGNES	Effectif	2	7	9
		%	22,2%	77,8%	100,0%
	DENGUELE BAFING	Effectif	0	2	2
		%	,0%	100,0%	100,0%
	MOYEN CAVALLY	Effectif	0	3	3
		%	,0%	100,0%	100,0%
	VALLEE DU BANDAMA	Effectif	0	3	3
		%	,0%	100,0%	100,0%
	SAVANES	Effectif	0	2	2
		%	,0%	100,0%	100,0%
	LACS	Effectif	0	3	3
		%	,0%	100,0%	100,0%
	HAUT SASSANDRA	Effectif	0	4	4
		%	,0%	100,0%	100,0%
	BAS SASSANDRA	Effectif	0	5	5
		%	,0%	100,0%	100,0%
	ZANZAN	Effectif	0	2	2
		%	,0%	100,0%	100,0%
	MOYEN COMOE	Effectif	0	1	1
		%	,0%	100,0%	100,0%
	Total	Effectif	2	49	51
		%	3,9%	96,1%	100,0%
Autre (préciser)	Région	ABIDJAN	Effectif	1	1
			%	100,0%	100,0%
		SUD BANDAMA	Effectif	2	2
			%	100,0%	100,0%
		MONTAGNES	Effectif	2	2
			%	100,0%	100,0%
		MOYEN CAVALLY	Effectif	1	1
			%	100,0%	100,0%
		VALLEE DU BANDAMA	Effectif	3	3
			%	100,0%	100,0%
		SAVANES	Effectif	1	1
			%	100,0%	100,0%
		LACS	Effectif	1	1
			%	100,0%	100,0%
		HAUT SASSANDRA	Effectif	2	2
			%	100,0%	100,0%
		BAS SASSANDRA	Effectif	1	1
			%	100,0%	100,0%



ZANZAN	Effectif		1	1
	%		100,0%	100,0%
AGNEBY	Effectif		1	1
	%		100,0%	100,0%
Total	Effectif		16	16
	%		100,0%	100,0%

### Durée de résidence et appréciation des connaissances sur la TB

			indicateur du degré de connaissance recodé			Total
			mauvaise connaissance	moyenne connaissance	bonne connaissance	
Durée de résidence dans la localité	Moins d'un an	Effectif	10	260	99	369
		%	2,7%	70,5%	26,8%	100,0%
	Un à quatre ans	Effectif	13	464	234	711
		%	1,8%	65,3%	32,9%	100,0%
	Cinq à neuf ans	Effectif	13	457	174	644
		%	2,0%	71,0%	27,0%	100,0%
	Dix ans et plus	Effectif	53	1545	678	2276
		%	2,3%	67,9%	29,8%	100,0%
Total		Effectif	89	2726	1185	4000
		%	2,2%	68,2%	29,6%	100,0%

### Durée de résidence et appréciation des connaissances sur la tuberculose par région

Région \* Si oui, est-ce une toux passagère ou une toux persistante ? \* Durée de résidence dans la localité

Durée de résidence dans la localité			mauvaise connaissance	moyenne connaissance	bonne connaissance	Total
Moins d'un an	Région ABIDJAN	Effectif	3	65	27	95
		%	3,2%	68,4%	28,4%	100,0%
SUD COMOE		Effectif	0	9	1	10
		%	,0%	90,0%	10,0%	100,0%
LAGUNE 1		Effectif	0	7	6	13
		%	,0%	53,8%	46,2%	100,0%
LAGUNE 2		Effectif	0	4	4	8
		%	,0%	50,0%	50,0%	100,0%
SUD BANDAMA		Effectif	0	8	2	10
		%	,0%	80,0%	20,0%	100,0%
FROMAGER		Effectif	0	5	4	9
		%	,0%	55,6%	44,4%	100,0%
WORODOUGOU		Effectif	1	3	1	5

		%	20,0%	60,0%	20,0%	100,0%
	MONTAGNES	Effectif	0	20	7	27
		%	,0%	74,1%	25,9%	100,0%
	DENGUELE BAFING	Effectif	0	6	3	9
		%	,0%	66,7%	33,3%	100,0%
	MOYEN CAVALLY	Effectif	1	14	5	20
		%	5,0%	70,0%	25,0%	100,0%
	VALLEE DU BANDAMA	Effectif	2	27	11	40
		%	5,0%	67,5%	27,5%	100,0%
	SAVANES	Effectif	0	10	3	13
		%	,0%	76,9%	23,1%	100,0%
	LACS	Effectif	1	12	5	18
		%	5,6%	66,7%	27,8%	100,0%
	MARAHOUÉ	Effectif	0	8	2	10
		%	,0%	80,0%	20,0%	100,0%
	HAUT SASSANDRA	Effectif	0	3	5	8
		%	,0%	37,5%	62,5%	100,0%
	BAS SASSANDRA	Effectif	0	17	7	24
		%	,0%	70,8%	29,2%	100,0%
	ZANZAN	Effectif	0	13	0	13
		%	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	N'ZI COMOE	Effectif	0	9	1	10
		%	,0%	90,0%	10,0%	100,0%
	MOYEN COMOE	Effectif	0	8	0	8
		%	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	AGNEBY	Effectif	2	12	5	19
		%	10,5%	63,2%	26,3%	100,0%
	Total	Effectif	10	260	99	369
		%	2,7%	70,5%	26,8%	100,0%
Un à quatre ans	Région ABIDJAN	Effectif	8	138	80	226
		%	3,5%	61,1%	35,4%	100,0%
	SUD COMOE	Effectif	0	7	1	8
		%	,0%	87,5%	12,5%	100,0%
	LAGUNE 1	Effectif	0	20	11	31
		%	,0%	64,5%	35,5%	100,0%
	LAGUNE 2	Effectif	0	5	1	6
		%	,0%	83,3%	16,7%	100,0%
	SUD BANDAMA	Effectif	1	19	11	31

		%	3,2%	61,3%	35,5%	100,0%
	FROMAGER	Effectif	0	11	9	20
		%	,0%	55,0%	45,0%	100,0%
	WORODOUGOU	Effectif	0	8	2	10
		%	,0%	80,0%	20,0%	100,0%
	MONTAGNES	Effectif	1	16	12	29
		%	3,4%	55,2%	41,4%	100,0%
	DENGUELE BAFING	Effectif	0	10	3	13
		%	,0%	76,9%	23,1%	100,0%
	MOYEN CAVALLY	Effectif	0	26	6	32
		%	,0%	81,2%	18,8%	100,0%
	VALLEE DU BANDAMA	Effectif	0	35	22	57
		%	,0%	61,4%	38,6%	100,0%
	SAVANES	Effectif	0	19	5	24
		%	,0%	79,2%	20,8%	100,0%
	LACS	Effectif	0	14	3	17
		%	,0%	82,4%	17,6%	100,0%
	MARAHOUÉ	Effectif	0	6	7	13
		%	,0%	46,2%	53,8%	100,0%
	HAUT SASSANDRA	Effectif	0	25	12	37
		%	,0%	67,6%	32,4%	100,0%
	BAS SASSANDRA	Effectif	2	41	33	76
		%	2,6%	53,9%	43,4%	100,0%
	ZANZAN	Effectif	0	20	4	24
		%	,0%	83,3%	16,7%	100,0%
	N'ZI COMOE	Effectif	1	21	2	24
		%	4,2%	87,5%	8,3%	100,0%
	MOYEN COMOE	Effectif	0	5	4	9
		%	,0%	55,6%	44,4%	100,0%
	AGNEBY	Effectif	0	18	6	24
		%	,0%	75,0%	25,0%	100,0%
	Total	Effectif	13	464	234	711
		%	1,8%	65,3%	32,9%	100,0%
Cinq à neuf ans	Région ABIDJAN	Effectif	3	117	49	169
		%	1,8%	69,2%	29,0%	100,0%
	SUD COMOE	Effectif	1	18	2	21
		%	4,8%	85,7%	9,5%	100,0%
	LAGUNE 1	Effectif	0	23	6	29
		%	,0%	79,3%	20,7%	100,0%
LAGUNE 2	Effectif	0	7	2	9	

		%		,0%	77,8%	22,2%	100,0%
	SUD BANDAMA	Effectif	1	18	4	23	
		%	4,3%	78,3%	17,4%	100,0%	
	FROMAGER	Effectif	2	15	5	22	
		%	9,1%	68,2%	22,7%	100,0%	
	WORODOUGOU	Effectif	0	10	2	12	
		%	,0%	83,3%	16,7%	100,0%	
	MONTAGNES	Effectif	1	25	7	33	
		%	3,0%	75,8%	21,2%	100,0%	
	DENGUELE BAFING	Effectif	1	6	5	12	
		%	8,3%	50,0%	41,7%	100,0%	
	MOYEN CAVALLY	Effectif	0	11	6	17	
		%	,0%	64,7%	35,3%	100,0%	
	VALLEE DU BANDAMA	Effectif	0	42	19	61	
		%	,0%	68,9%	31,1%	100,0%	
	SAVANES	Effectif	0	17	4	21	
		%	,0%	81,0%	19,0%	100,0%	
	LACS	Effectif	1	18	7	26	
		%	3,8%	69,2%	26,9%	100,0%	
	MARAHOUÉ	Effectif	0	4	3	7	
		%	,0%	57,1%	42,9%	100,0%	
	HAUT SASSANDRA	Effectif	1	32	14	47	
		%	2,1%	68,1%	29,8%	100,0%	
	BAS SASSANDRA	Effectif	0	37	18	55	
		%	,0%	67,3%	32,7%	100,0%	
	ZANZAN	Effectif	1	13	6	20	
		%	5,0%	65,0%	30,0%	100,0%	
	N'ZI COMOÉ	Effectif	1	15	1	17	
		%	5,9%	88,2%	5,9%	100,0%	
	MOYEN COMOÉ	Effectif	0	11	9	20	
		%	,0%	55,0%	45,0%	100,0%	
	AGNEBY	Effectif	0	18	5	23	
		%	,0%	78,3%	21,7%	100,0%	
	Total	Effectif	13	457	174	644	
		%	2,0%	71,0%	27,0%	100,0%	
Dix ans et plus	Région ABIDJAN	Effectif	17	164	126	307	
		%	5,5%	53,4%	41,0%	100,0%	
	SUD COMOÉ	Effectif	2	45	11	58	
		%	3,4%	77,6%	19,0%	100,0%	
LAGUNE 1	Effectif	3	56	38	97		

	%	3,1%	57,7%	39,2%	100,0%
LAGUNE 2	Effectif	2	34	18	54
	%	3,7%	63,0%	33,3%	100,0%
SUD BANDAMA	Effectif	1	90	40	131
	%	,8%	68,7%	30,5%	100,0%
FROMAGER	Effectif	1	61	18	80
	%	1,2%	76,2%	22,5%	100,0%
WORODOUGOU	Effectif	0	39	13	52
	%	,0%	75,0%	25,0%	100,0%
MONTAGNES	Effectif	3	108	44	155
	%	1,9%	69,7%	28,4%	100,0%
DENGUELE BAFING	Effectif	1	24	22	47
	%	2,1%	51,1%	46,8%	100,0%
MOYEN CAVALLY	Effectif	2	66	17	85
	%	2,4%	77,6%	20,0%	100,0%
VALLEE DU BANDAMA	Effectif	4	114	41	159
	%	2,5%	71,7%	25,8%	100,0%
SAVANES	Effectif	3	122	34	159
	%	1,9%	76,7%	21,4%	100,0%
LACS	Effectif	1	76	27	104
	%	1,0%	73,1%	26,0%	100,0%
MARAHOUÉ	Effectif	2	68	29	99
	%	2,0%	68,7%	29,3%	100,0%
HAUT SASSANDRA	Effectif	3	67	54	124
	%	2,4%	54,0%	43,5%	100,0%
BAS SASSANDRA	Effectif	3	102	87	192
	%	1,6%	53,1%	45,3%	100,0%
ZANZAN	Effectif	2	87	15	104
	%	1,9%	83,7%	14,4%	100,0%
N'ZI COMOE	Effectif	1	111	11	123
	%	,8%	90,2%	8,9%	100,0%
MOYEN COMOE	Effectif	2	42	13	57
	%	3,5%	73,7%	22,8%	100,0%
AGNEBY	Effectif	0	69	20	89
	%	,0%	77,5%	22,5%	100,0%
Total	Effectif	53	1545	678	2276
	%	2,3%	67,9%	29,8%	100,0%

## Sexe et appréciation des attitudes par région sanitaire

### Région \* INDICATEUR D'APPRECIATION DE L'ATITUDE \* Sexe

Sexe	INDICATEUR D'APPRECIATION DE L'ATITUDE			Total		
	MAUVAISES ATTITUDES	ATTITUDES ACCEPTABLES	BONNES ATTITUDES			
Masculin	Région ABIDJAN	Effectif	207	79	13	299
		%	69,2%	26,4%	4,3%	100,0%
	SUD COMOE	Effectif	40	11	2	53
		%	75,5%	20,8%	3,8%	100,0%
	LAGUNE 1	Effectif	68	9	4	81
		%	84,0%	11,1%	4,9%	100,0%
	LAGUNE 2	Effectif	18	9	0	27
		%	66,7%	33,3%	,0%	100,0%
	SUD BANDAMA	Effectif	84	30	1	115
		%	73,0%	26,1%	,9%	100,0%
	FROMAGER	Effectif	51	24	4	79
		%	64,6%	30,4%	5,1%	100,0%
	WORODOUGOU	Effectif	34	10	1	45
		%	75,6%	22,2%	2,2%	100,0%
	MONTAGNES	Effectif	85	38	1	124
		%	68,5%	30,6%	,8%	100,0%
	DENGUELE BAFING	Effectif	28	8	0	36
		%	77,8%	22,2%	,0%	100,0%
	MOYEN CAVALLY	Effectif	26	36	1	63
		%	41,3%	57,1%	1,6%	100,0%
	VALLEE DU BANDAMA	Effectif	88	20	1	109
		%	80,7%	18,3%	,9%	100,0%
	SAVANES	Effectif	80	17	0	97
		%	82,5%	17,5%	,0%	100,0%
	LACS	Effectif	59	8	1	68
		%	86,8%	11,8%	1,5%	100,0%
	MARAHOUÉ	Effectif	60	16	1	77
		%	77,9%	20,8%	1,3%	100,0%
	HAUT SASSANDRA	Effectif	107	50	1	158
		%	67,7%	31,6%	,6%	100,0%
	BAS SASSANDRA	Effectif	140	61	6	207
		%	67,6%	29,5%	2,9%	100,0%
	ZANZAN	Effectif	57	9	2	68
		%	83,8%	13,2%	2,9%	100,0%
	N'ZI COMOÉ	Effectif	61	9	0	70
		%	87,1%	12,9%	,0%	100,0%
	MOYEN COMOÉ	Effectif	24	4	2	30
		%				

		%	80,0%	13,3%	6,7%	100,0%	
	AGNEBY	Effectif	46	12	6	64	
		%	71,9%	18,8%	9,4%	100,0%	
Total		Effectif	1363	460	47	1870	
		%	72,9%	24,6%	2,5%	100,0%	
Féminin	Région	ABIDJAN	Effectif	387	101	10	498
			%	77,7%	20,3%	2,0%	100,0%
		SUD COMOE	Effectif	28	15	1	44
			%	63,6%	34,1%	2,3%	100,0%
		LAGUNE 1	Effectif	74	9	6	89
			%	83,1%	10,1%	6,7%	100,0%
		LAGUNE 2	Effectif	37	5	8	50
			%	74,0%	10,0%	16,0%	100,0%
		SUD BANDAMA	Effectif	54	26	0	80
			%	67,5%	32,5%	,0%	100,0%
		FROMAGER	Effectif	25	21	6	52
			%	48,1%	40,4%	11,5%	100,0%
		WORODOUGOU	Effectif	25	8	1	34
			%	73,5%	23,5%	2,9%	100,0%
		MONTAGNES	Effectif	77	36	7	120
			%	64,2%	30,0%	5,8%	100,0%
		DENGUELE BAFING	Effectif	30	15	0	45
			%	66,7%	33,3%	,0%	100,0%
		MOYEN CAVALLY	Effectif	48	39	4	91
			%	52,7%	42,9%	4,4%	100,0%
		VALLEE DU BANDAMA	Effectif	162	40	6	208
			%	77,9%	19,2%	2,9%	100,0%
		SAVANES	Effectif	79	35	6	120
			%	65,8%	29,2%	5,0%	100,0%
		LACS	Effectif	78	18	1	97
			%	80,4%	18,6%	1,0%	100,0%
		MARAHOUÉ	Effectif	46	6	0	52
			%	88,5%	11,5%	,0%	100,0%
		HAUT SASSANDRA	Effectif	41	16	1	58
			%	70,7%	27,6%	1,7%	100,0%
		BAS SASSANDRA	Effectif	98	38	4	140
			%	70,0%	27,1%	2,9%	100,0%
		ZANZAN	Effectif	74	16	3	93
			%	79,6%	17,2%	3,2%	100,0%
		N'ZI COMOE	Effectif	81	23	0	104
			%	77,9%	22,1%	,0%	100,0%
		MOYEN COMOE	Effectif	53	11	0	64
			%	82,8%	17,2%	,0%	100,0%
		AGNEBY	Effectif	70	19	2	91
			%	76,9%	20,9%	2,2%	100,0%
Total		Effectif	1567	497	66	2130	
		%	73,6%	23,3%	3,1%	100,0%	

Région \* indicateur des pratiques de personnes ayant eu une toux persistante \* Sexe

Sexe				indicateur des pratiques de personne ayant eu une toux persistante		Total
				Mauvaises pratiques	Bonnes pratiques	
Masculin	Région	ABIDJAN	Effectif	12	11	23
			%	52,2%	47,8%	100,0%
		SUD COMOE	Effectif	4	4	8
			%	50,0%	50,0%	100,0%
		LAGUNE 1	Effectif	5	4	9
			%	55,6%	44,4%	100,0%
		LAGUNE 2	Effectif	1	2	3
			%	33,3%	66,7%	100,0%
		SUD BANDAMA	Effectif	12	4	16
			%	75,0%	25,0%	100,0%
		FROMAGER	Effectif	7	2	9
			%	77,8%	22,2%	100,0%
		WORODOUGOU	Effectif	2	2	4
			%	50,0%	50,0%	100,0%
		MONTAGNES	Effectif	7	4	11
			%	63,6%	36,4%	100,0%



DENGUELE BAFING	Effectif	1	2	3
	%	33,3%	66,7%	100,0%
MOYEN CAVALLY	Effectif	0	4	4
	%	0,0%	100,0%	100,0%
VALLEE DU BANDAMA	Effectif	3	1	4
	%	75,0%	25,0%	100,0%
SAVANES	Effectif	1	3	4
	%	25,0%	75,0%	100,0%
LACS	Effectif	0	4	4
	%	0,0%	100,0%	100,0%
MARAHOUE	Effectif	1	5	6
	%	16,7%	83,3%	100,0%
HAUT SASSANDRA	Effectif	3	3	6
	%	50,0%	50,0%	100,0%
BAS SASSANDRA	Effectif	3	0	3
	%	100,0%	0,0%	100,0%
ZANZAN	Effectif	0	3	3
	%	0,0%	100,0%	100,0%
MOYEN COMOE	Effectif	2	0	2
	%	100,0%	0,0%	100,0%
AGNEBY	Effectif	0	2	2
	%	0,0%	100,0%	100,0%

Total		Effectif	64	60	124	
		%	51,6%	48,4%	100,0%	
Féminin	Région	ABIDJAN	Effectif	20	29	49
			%	40,8%	59,2%	100,0%
		SUD COMOE	Effectif	6	1	7
			%	85,7%	14,3%	100,0%
		LAGUNE 1	Effectif	8	0	8
			%	100,0%	0,0%	100,0%
		LAGUNE 2	Effectif	3	0	3
			%	100,0%	0,0%	100,0%
		SUD BANDAMA	Effectif	10	3	13
			%	76,9%	23,1%	100,0%
		FROMAGER	Effectif	8	2	10
			%	80,0%	20,0%	100,0%
		WORODOUGOU	Effectif	1	1	2
			%	50,0%	50,0%	100,0%
		MONTAGNES	Effectif	3	4	7
			%	42,9%	57,1%	100,0%
		DENGUELE BAFING	Effectif	1	0	1
			%	100,0%	0,0%	100,0%
		MOYEN CAVALLY	Effectif	1	3	4
			%	25,0%	75,0%	100,0%
	VALLEE DU	Effectif	1	5	6	

BANDAMA	%	16,7%	83,3%	100,0%
LACS	Effectif	2	2	4
	%	50,0%	50,0%	100,0%
MARAHOUÉ	Effectif	1	1	2
	%	50,0%	50,0%	100,0%
HAUT SASSANDRA	Effectif	0	1	1
	%	0,0%	100,0%	100,0%
BAS SASSANDRA	Effectif	1	4	5
	%	20,0%	80,0%	100,0%
ZANZAN	Effectif	0	2	2
	%	0,0%	100,0%	100,0%
N'ZI COMOE	Effectif	0	2	2
	%	0,0%	100,0%	100,0%
AGNEBY	Effectif	0	5	5
	%	0,0%	100,0%	100,0%
Total	Effectif	66	65	131
	%	50,4%	49,6%	100,0%

**Région \* indicateur des pratiques préventives \* ENVIRONNEMENT EAU SALE**

				indicateur des pratiques préventives		Total
				mauvaises pratiques	Bonnes pratiques	
ENVIRONNEMENT EAU SALE						
OUI	Région	ABIDJAN	Effectif	12	25	37

	%	32,4%	67,6%	100,0%
SUD COMOE	Effectif	3	1	4
	%	75,0%	25,0%	100,0%
LAGUNE 1	Effectif	1	6	7
	%	14,3%	85,7%	100,0%
LAGUNE 2	Effectif	0	1	1
	%	,0%	100,0%	100,0%
SUD BANDAMA	Effectif	1	5	6
	%	16,7%	83,3%	100,0%
FROMAGER	Effectif	0	2	2
	%	,0%	100,0%	100,0%
MONTAGNES	Effectif	6	6	12
	%	50,0%	50,0%	100,0%
DENGUELE BAFING	Effectif	4	4	8
	%	50,0%	50,0%	100,0%
MOYEN CAVALLY	Effectif	1	6	7
	%	14,3%	85,7%	100,0%
VALLEE DU BANDAMA	Effectif	3	15	18
	%	16,7%	83,3%	100,0%
SAVANES	Effectif	3	7	10
	%	30,0%	70,0%	100,0%
LACS	Effectif	1	9	10

		%		10,0%	90,0%	100,0%
	MARAHOUÉ	Effectif	1	0	1	
		%	100,0%	,0%	100,0%	
	HAUT SASSANDRA	Effectif	0	2	2	
		%	,0%	100,0%	100,0%	
	BAS SASSANDRA	Effectif	1	5	6	
		%	16,7%	83,3%	100,0%	
	ZANZAN	Effectif	1	0	1	
		%	100,0%	,0%	100,0%	
	N'ZI COMOE	Effectif	0	3	3	
		%	,0%	100,0%	100,0%	
	MOYEN COMOE	Effectif	0	1	1	
		%	,0%	100,0%	100,0%	
	AGNEBY	Effectif	0	6	6	
		%	,0%	100,0%	100,0%	
	Total	Effectif	38	104	142	
		%	26,8%	73,2%	100,0%	
NON	Région	ABIDJAN	Effectif	38	149	187
			%	20,3%	79,7%	100,0%
		SUD COMOE	Effectif	8	22	30
			%	26,7%	73,3%	100,0%
		LAGUNE 1	Effectif	40	40	80

	%	50,0%	50,0%	100,0%
LAGUNE 2	Effectif	13	21	34
	%	38,2%	61,8%	100,0%
SUD BANDAMA	Effectif	29	47	76
	%	38,2%	61,8%	100,0%
FROMAGER	Effectif	24	26	50
	%	48,0%	52,0%	100,0%
WORODOUGOU	Effectif	9	7	16
	%	56,2%	43,8%	100,0%
MONTAGNES	Effectif	15	27	42
	%	35,7%	64,3%	100,0%
DENGUELE BAFING	Effectif	4	8	12
	%	33,3%	66,7%	100,0%
MOYEN CAVALLY	Effectif	6	33	39
	%	15,4%	84,6%	100,0%
VALLEE DU BANDAMA	Effectif	10	59	69
	%	14,5%	85,5%	100,0%
SAVANES	Effectif	4	22	26
	%	15,4%	84,6%	100,0%
LACS	Effectif	3	31	34
	%	8,8%	91,2%	100,0%
MARAHOUÉ	Effectif	5	28	33
	%	15,2%	84,8%	100,0%

HAUT SASSANDRA	Effectif	7	54	61
	%	11,5%	88,5%	100,0%
BAS SASSANDRA	Effectif	20	47	67
	%	29,9%	70,1%	100,0%
ZANZAN	Effectif	5	16	21
	%	23,8%	76,2%	100,0%
N'ZI COMOE	Effectif	5	23	28
	%	17,9%	82,1%	100,0%
MOYEN COMOE	Effectif	4	12	16
	%	25,0%	75,0%	100,0%
AGNEBY	Effectif	11	26	37
	%	29,7%	70,3%	100,0%
Total	Effectif	260	698	958
	%	27,1%	72,9%	100,0%

Région \* indicateur des pratiques de personnes ayant eu une toux persistante \* NOMBRE DE PERSONNES PAR PIECES

NOMBRE DE PERSONNE PAR PIECES	indicateur des pratiques de personne ayant eu une toux persistante		Total		
	Mauvaises pratiques	Bonnes pratiques			
Inférieur ou égal à trois Région	ABIDJAN	Effectif	24	32	56
		%	42,9%	57,1%	100,0%
	SUD COMOE	Effectif	8	4	12
		%	66,7%	33,3%	100,0%

LAGUNE 1	Effectif	11	2	13
	%	84,6%	15,4%	100,0%
LAGUNE 2	Effectif	4	2	6
	%	66,7%	33,3%	100,0%
SUD BANDAMA	Effectif	18	6	24
	%	75,0%	25,0%	100,0%
FROMAGER	Effectif	13	4	17
	%	76,5%	23,5%	100,0%
WORODOUGOU	Effectif	3	3	6
	%	50,0%	50,0%	100,0%
MONTAGNES	Effectif	8	6	14
	%	57,1%	42,9%	100,0%
DENGUELE BAFING	Effectif	2	2	4
	%	50,0%	50,0%	100,0%
MOYEN CAVALLY	Effectif	0	7	7
	%	,0%	100,0%	100,0%
VALLEE DU BANDAMA	Effectif	4	6	10
	%	40,0%	60,0%	100,0%
SAVANES	Effectif	1	2	3
	%	33,3%	66,7%	100,0%
LACS	Effectif	2	6	8
	%	25,0%	75,0%	100,0%



		MARAHOUÉ	Effectif	1	4	5
			%	20,0%	80,0%	100,0%
		HAUT SASSANDRA	Effectif	2	3	5
			%	40,0%	60,0%	100,0%
		BAS SASSANDRA	Effectif	4	4	8
			%	50,0%	50,0%	100,0%
		ZANZAN	Effectif	0	3	3
			%	,0%	100,0%	100,0%
		N'ZI COMOÉ	Effectif	0	2	2
			%	,0%	100,0%	100,0%
		MOYEN COMOÉ	Effectif	2	0	2
			%	100,0%	,0%	100,0%
		AGNEBY	Effectif	0	4	4
			%	,0%	100,0%	100,0%
		Total	Effectif	107	102	209
			%	51,2%	48,8%	100,0%
Supérieur à trois	Région	ABIDJAN	Effectif	8	8	16
			%	50,0%	50,0%	100,0%
		SUD COMOÉ	Effectif	2	1	3
			%	66,7%	33,3%	100,0%
		LAGUNE 1	Effectif	2	2	4
			%	50,0%	50,0%	100,0%

SUD BANDAMA	Effectif	4	1	5
	%	80,0%	20,0%	100,0%
FROMAGER	Effectif	2	0	2
	%	100,0%	,0%	100,0%
MONTAGNES	Effectif	2	2	4
	%	50,0%	50,0%	100,0%
MOYEN CAVALLY	Effectif	1	0	1
	%	100,0%	,0%	100,0%
SAVANES	Effectif	0	1	1
	%	,0%	100,0%	100,0%
MARAHOUÉ	Effectif	1	2	3
	%	33,3%	66,7%	100,0%
HAUT SASSANDRA	Effectif	1	1	2
	%	50,0%	50,0%	100,0%
ZANZAN	Effectif	0	2	2
	%	,0%	100,0%	100,0%
AGNEBY	Effectif	0	3	3
	%	,0%	100,0%	100,0%
Total	Effectif	23	23	46
	%	50,0%	50,0%	100,0%

Région \* indicateur des pratiques de personnes ayant eu la tub recodé \* NOMBRE DE PERSONNE PAR PIECES

NOMBRE DE PERSONNES PAR PIECES				indicateur des pratiques de personnes ayant eu la tub recodé		Total
				Mauvaise pratiques	Bonnes pratiques	
Inférieur ou égal à trois	Région	ABIDJAN	Effectif	0	17	17
			%	,0%	100,0%	100,0%
		SUD COMOE	Effectif	0	1	1
			%	,0%	100,0%	100,0%
		LAGUNE 1	Effectif	0	3	3
			%	,0%	100,0%	100,0%
		LAGUNE 2	Effectif	0	1	1
			%	,0%	100,0%	100,0%
		SUD BANDAMA	Effectif	0	8	8
			%	,0%	100,0%	100,0%
		FROMAGER	Effectif	1	3	4
			%	25,0%	75,0%	100,0%
		MONTAGNES	Effectif	1	7	8
			%	12,5%	87,5%	100,0%
		DENGUELE BAFING	Effectif	0	2	2
			%	,0%	100,0%	100,0%
		MOYEN CAVALLY	Effectif	0	4	4
			%	,0%	100,0%	100,0%

VALLEE DU BANDAMA	Effectif	2	6	8
	%	25,0%	75,0%	100,0%
SAVANES	Effectif	0	1	1
	%	,0%	100,0%	100,0%
LACS	Effectif	0	3	3
	%	,0%	100,0%	100,0%
MARAHOUE	Effectif	1	1	2
	%	50,0%	50,0%	100,0%
HAUT SASSANDRA	Effectif	0	5	5
	%	,0%	100,0%	100,0%
BAS SASSANDRA	Effectif	0	4	4
	%	,0%	100,0%	100,0%
ZANZAN	Effectif	1	1	2
	%	50,0%	50,0%	100,0%
N'ZI COMOE	Effectif	0	3	3
	%	,0%	100,0%	100,0%
MOYEN COMOE	Effectif	0	2	2
	%	,0%	100,0%	100,0%
AGNEBY	Effectif	0	3	3
	%	,0%	100,0%	100,0%
Total	Effectif	6	75	81
	%	7,4%	92,6%	100,0%

Supérieur à trois	Région	ABIDJAN	Effectif	0	4	4
			%	,0%	100,0%	100,0%
		LAGUNE 1	Effectif	0	1	1
			%	,0%	100,0%	100,0%
		MONTAGNES	Effectif	1	0	1
			%	100,0%	,0%	100,0%
		MOYEN CAVALLY	Effectif	0	3	3
			%	,0%	100,0%	100,0%
		VALLEE DU BANDAMA	Effectif	0	1	1
			%	,0%	100,0%	100,0%
		MARAHOUE	Effectif	0	1	1
			%	,0%	100,0%	100,0%
		HAUT SASSANDRA	Effectif	0	1	1
			%	,0%	100,0%	100,0%
		BAS SASSANDRA	Effectif	0	1	1
			%	,0%	100,0%	100,0%
Total			Effectif	1	12	13
			%	7,7%	92,3%	100,0%