



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 7 (1)

ISSN:1987-071X e-ISSN 1987-1023

Received, 10 November 2024

Accepted, 16 March 2025

Published, 21 March 2025

<https://www.revue-rasp.org>

*To cite : Hien (2025). Acceptabilité des populations au Burkina Faso face au traitement préventif intermittent de la tuberculose: Etude qualitative. Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, 7(1), 66-77.*  
<https://doi.org/10.4314/rasp.v7i1.5>

Research

## Acceptabilité des populations au Burkina Faso face au traitement préventif intermittent de la tuberculose : Etude qualitative.

*Acceptability of populations in Burkina Faso to intermittent preventive treatment of tuberculosis: Qualitative study.*

Hervé Hien<sup>1,2\*</sup>, Yisso Fidèle Bacyé<sup>2,3</sup>, Herman Badolo<sup>2</sup>, clément Meda<sup>4</sup>, Maxime Drabo<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Institut de recherche en science de la santé ( IRSS), Centre national de recherche et scientifique et technologique (CNRST) , Ouagadougou, Burkina Faso

<sup>2</sup> Institut national de santé publique, Ouagadougou, Burkina Faso,

<sup>3</sup> Université Thomas Sankara, Centre Universitaire de Tenkodogo

<sup>4</sup> Institut national des sciences de la santé ( INSSA), Université nazi Boni, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso.

\* Correspondance : Email : [hien\\_herve@hotmail.com](mailto:hien_herve@hotmail.com), Tel +22670245554

### Résumé

La récurrence de la tuberculose au Burkina Faso a conduit à adopter la stratégie pilote chez les enfants de moins de 5 ans, basée sur le traitement préventif de la tuberculose. Cependant, le programme manque de connaissances pour couvrir les adultes et les enfants de plus de 5 ans. L'objectif de notre étude était d'analyser l'acceptabilité du traitement préventif de la tuberculose auprès des patients suivis dans des centres de prise en charge afin de proposer des pistes de réflexions pour passer à l'échelle. Nous avons réalisé une étude transversale descriptive qualitative de juillet à août 2023 dans la Maison d'Arrêt et de Correction de Ouagadougou et dans la Centre Régional de Lutte Antituberculeuse de Bobo-Dioulasso. La population d'étude était constituée des patients suivis régulièrement sous TPT dans ces deux structures. L'échantillonnage était raisonné pour les entretiens individuels tenant compte de la saturation. Nous avons conduit des entretiens et des focus groups. Les données ont été enregistrées avec la permission des patients. Les données ont été traitées à partir du logiciel Nvivo version 14. Les données ont été collectées auprès de 45 participants pour les entretiens individuels et auprès des focus groupes. Les participants ont déclaré approuvé la mise en œuvre du traitement préventif de la tuberculose. Selon les participants, la durée du traitement préventif était le facteur qui influencerait significativement son acceptabilité. Les refus et les craintes étaient liés aux conditions précaires de vie des pensionnaires et aux difficultés d'alimentation. Les participants ont estimé que le projet était pertinent. Cependant, lors du passage à l'échelle de l'intervention, certains défis doivent être considérés par les gestionnaires programme.

**Mots clés:** Tuberculose, traitement préventif , acceptabilité, enfants plus de 5 ans, Burkina Faso

## Abstract

The recurrence of tuberculosis in Burkina Faso has led to the adoption of a pilot strategy based on the preventive treatment of tuberculosis (TPT) in under 5 years children. However, the program lacks the knowledge to cover this adult and under 5 years children. The objective of this study was to analyze the acceptability of preventive treatment of tuberculosis among patients followed in care centres in order to propose perspectives to scale up. We conducted a qualitative descriptive cross-sectional study from July to August 2023 in the Ouagadougou Detention and Correction Center (MACO) and in the Regional Center for Tuberculosis Control (CRLAT) in Bobo-Dioulasso. The study population were patients regularly followed under TPT in these two structures. Sampling was non-probabilistic. The individual interviews have taken into account saturation. We conducted interviews and 2 focus groups (one in each structure). The data were recorded with the patient's permission. Data have been transcribed and processed using the Nvivo version 14 software. Data were collected from 45 participants for individual interviews and focus groups. Participants endorsed the implementation of TB preventive treatment. According to the participants, the duration of preventive treatment has been the factor that significantly influenced its acceptability. The refusals and fears were linked to the precarious living conditions of the residents and the difficulties of feeding. Survey participants believe that the TPT project is relevant. However, during the scaling up of this intervention some challenge that need to be addressed by the TB program.

**Keywords:** tuberculosis, preventive treatment, acceptability, Burkina Faso

## 1. Introduction

La tuberculose est perçue comme une urgence mondiale, c'est un problème de santé publique (Dion M-J; 2002) en raison du nombre de cas annuels estimé à 10,6 millions (OMS; 2022), avec 1,3 millions de décès (OMS ;2023). Cette maladie peut être analysée comme un obstacle important de développement, ce qui justifie le fait que les objectifs de développement durable des Nations Unies visent à la stopper d'ici à 2030. Comme partout en Afrique Sub-Saharienne, au Burkina Faso, cette maladie demeure un problème majeur de santé publique (Maïga S et al; 2021). La situation demeure préoccupante quoique le pays enregistre une légère baisse du taux d'incidence (Banque Mondiale ; 2022). Il est passé de 70 cas de tuberculose pour 100 000 habitants en 2000 à 44 cas de tuberculose (TB) pour 100 000 habitants en 2022 (Banque Mondiale , 2022), et une mortalité de la TB chez les VIH négatifs à 6,4 pour 100 000 habitants(Atlas Mondial de données; 2021).

Au Burkina Faso, la lutte contre cette maladie est coordonnée par un Programme National de lutte contre la tuberculose, mis en place depuis 1995 (Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique Burkina Faso; 2020) . Son objectif est d'atteindre la cible de guérison des malades de 75% des patients dépistés (OMS; 2024). Les stratégies développées sont :

- la Stratégie « DOTS » 1995-2005, qui est une stratégie de traitement de brève durée sous surveillance. Le traitement est constitué de pilules à prise quotidienne et régulière sur une période sans discontinuité de 6 à 8 mois (A.Vs; 1998) ;
- la Stratégie « Mettre fin à la tuberculose » 2016-2035 a pour cible, une réduction de 95% du taux de mortalité de la tuberculose et 90% de l'incidence de la tuberculose. Pour cette stratégie, il convient d'élargir le champ de lutte contre la tuberculose en intégrant les outils et les mécanismes innovants de traitement et de prévention de cette maladie (Ouédraogo M. et al; 1999). L'incidence de la tuberculose est passée de 55 cas pour 100 000 habitants en 2012 à 44 pour 100 000 habitants en 2022 (Banque Mondiale , 2022). L'on estime que cette stratégie est une contribution majeure à l'atteinte des résultats mondiaux (Agbota G et al; 2022).

Dans la dynamique de la lutte contre cette maladie, le Burkina Faso, à l'instar des autres pays, faisant face à la particulière vulnérabilité des enfants de moins de 5 ans à la tuberculose, a mis en œuvre une stratégie de protection de ces enfants en contact de cas de tuberculose confirmée bactériologiquement,

à travers le traitement préventif de la tuberculose (TPT). Le traitement préventif de la tuberculose est une chimioprophylaxie administrée à des sujets à risque de contamination d'une tuberculose-maladie. Il est aussi présenté comme traitement d'une infection tuberculeuse ou d'une infection tuberculeuse latente. Il comprend deux grandes familles : une monothérapie à l'isoniazide pendant six ou neuf mois ou un traitement préventif plus court à base de Rifampicine (OMS ; 2021 ; Bégué P ; 1995). Ce traitement semble davantage plus efficace que la surveillance exclusive sous traitement préventif. Chez l'enfant, son action atteint une réduction du risque de tuberculose secondaire de 80 à 90% (Hien et al ; 2023 ; Kampoer B; 2016).

L'adoption de ce traitement en faveur des enfants a permis au Burkina Faso d'investiguer en 2021, 89,4% des enfants de moins de 5 ans en contact avec des cas avérés de tuberculose. Ceux déclarés éligibles au TPT ont été estimés à 95,4% et 79,3% ont été mis sous TPT(OMS ; 2021)

En partant de cette expérience pilote par le programme avec les enfants de moins de 5 ans, le programme national de lutte envisage l'extension de cette stratégie chez les adultes et chez les enfants de 5 ans et plus, contacts de cas de tuberculose confirmée bactériologiquement, conformément aux recommandations de l'OMS. Notre recherche trouve son ancrage dans le cadre d'analyse de Morestin (Morestin F; 2011), comprenant six dimensions: l'efficacité, les effets non recherchés, l'équité, la faisabilité, les coûts et l'acceptabilité. L'acceptabilité étant perçue comme la réaction, la réponse que formule l'acteur social face à l'introduction d'une innovation (De Sousa A; 2011; Brunson M. W; 1996). Cette réponse de l'individu est le produit des représentations sociales. La contextualisation de cette stratégie tiendra compte de l'acceptabilité des populations , mais aussi de la documentation des conditions d'alimentation et des effets indésirables chez les plus grands qui constituent des motifs de réticence évoqués plus souvent. L'objectif de cette étude était d'analyser l'acceptabilité au TPI de la tuberculose auprès des patients suivis dans des structures de prise en charge dans les deux grandes villes du pays.

## **2. Matériaux et Méthodes**

### **2.1. Site de l'étude**

Ouagadougou et Bobo-Dioulasso étaient les deux villes du Burkina Faso dans lesquelles ont été identifiées les structures d'où les participants ont été identifiés Ces structures étaient le Centre de Diagnostic et de Traitement de la Tuberculose (CDT) basé à Bobo-Dioulasso dans la région sanitaire des Hauts Bassins. La deuxième structure était le milieu carcéral notamment la maison d'arrêt et de correction de Ouagadougou (MACO), dans la région sanitaire du Centre. Ces deux régions ont été identifiées par le programme de lutte contre la tuberculose pour documenter l'acceptabilité de la stratégie. Elles ont constitué des zones d'expérimentation de la stratégie pour tirer les leçons avant de passer à l'échelle. Le fait que ces régions soient les zones d'intérêt du programme de lutte contre la tuberculose justifient le choix de ces sites pour la présente étude.

### **2.2. Type d'étude et période d'étude**

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive qualitative du juillet à août 2023

### **2.3. Population d'étude et sélection des participants**

La population cible de cette étude était composée :

- les détenus malades de tuberculose suivis en routine dans les deux centres identifiés pour l'étude ;
- les accompagnants et les familles des malades de la tuberculose du Centre Régional de Lutte anti-tuberculeuse (CRLAT) ;

- les agents de santé du CRLAT et de la MACO ;
- les acteurs au niveau central et régional de l'administration sanitaire et pénitentiaire.

L'échantillonnage était raisonnable. L'étude a été réalisée sur un échantillon total de 45 participants répartis comme suit :

- à la MACO : 5 agents de santé, 3 gardes de sécurité pénitentiaire, 20 codétenus dont 10 hommes et 10 femmes ;
- au CRLAT : 15 accompagnants ;
- au niveau central : 2 personnes ressources du programme tuberculose.

Nous avons obtenu le consentement des participants avant leur invitation pour participer à l'entretien.

#### *2.4. Collecte des données*

Deux techniques de collecte de données ont été utilisées lors de l'étude

- Des entretiens individuels avec les patients, les accompagnants des patients, les agents de santé et les acteurs du niveau central
- Deux focus groups ont été réalisés dans chaque centre avec un groupe de 10 personnes par focus group (un premier de 10 à la MACO avec les accompagnants des patients, et le deuxième de 10 avec les accompagnants de patients au CRLAT)

A la MACO, nous avons bénéficié de l'accompagnement de l'administration pénitentiaire pour obtenir les RDV avec les patients pour les entretiens. Les agents de santé officiant à la MACO ont permis de désigner les participants selon les critères « cas contacts, cellule collective ». Nous avons obtenu le consentement des participants avant leur invitation pour participer à l'entretien.

Au CRLAT de Bobo-Dioulasso, nous avons rencontré les accompagnants de patients venus pour leur visite de suivi. Pendant que les patients étaient reçus par l'équipe médicale, les entretiens étaient réalisés avec les accompagnants. Les entretiens individuels et les focus group ont été animés à l'aide de guides d'entretiens. Nous avons réalisé les entretiens individuels tenant compte de la saturation. Les discours produits en Français, en Mooré ou en Dioula, selon la convenance linguistique de l'enquêté, ont été enregistrés à l'aide de dictaphones après autorisations des enquêtés.

#### *2.5. Traitement et analyse des données*

La transcription intégrale des discours a été réalisée. Ce choix de transcription a permis au chercheur de retrouver tous les éléments de l'entretien. Une analyse de contenu thématique a été réalisée sur les données qualitatives. Elle s'est focalisée sur la considération que la mise en œuvre du TPT s'inscrit dans le cadre des politiques publiques dont l'évaluation de leur réussite requiert l'étude de leur acceptabilité (Morestin F ; 2023). Il convient de considérer l'interaction sociale comme facteur essentiel de l'acceptabilité sociale de toute innovation (Mbarambara P et al; 2016). Il s'est donc agi de mobiliser la théorie de l'action raisonnée (theory of reasoned Action) qui détermine l'adoption des innovations par le biais de deux facteurs: « l'attitude de l'individu à l'égard de la réalisation d'un comportement et la norme subjective » (Abriane A et al; 2021, p.280). L'attitude de l'individu résulte des représentations sociales des croyances qui pourraient découler de l'adoption de l'innovation. La norme subjective émane quant à elle de l'influence sociale sur le comportement de l'individu. Pour cette étude, les principales dimensions étudiées étaient : l'acceptabilité du TPT et les déterminants qui influencent l'acceptabilité.

#### *2.6. Considerations éthiques et administratives*

L'étude a reçu un avis favorable du comité d'éthique institutionnel de l'Institut national de santé publique. Des autorisations préalables ont été obtenues pour la collecte des données : auprès des responsables du ministère en charge de la santé pour la collecte des données au CRLAT et auprès du responsable de la MACO pour la collecte des données auprès des prisonniers. Des autorisations ont

étaient obtenues auprès des participants pour les entretiens individuels et les focus group. Les entretiens et les focus group aussi bien leurs retranscriptions et le traitement des données ont été réalisés en respectant l'intimité et la confidentialité des participants.

### **3. Résultats**

La présentation des résultats se structure autour de trois principaux thèmes : le profil des participants aux entretiens, les perceptions des participants au TPT, les déterminants influençant l'acceptabilité au TPT

#### *3.1. Profil des participants*

Au total 45 personnes ont participé à l'étude dont 28 à la MACO, 2 au niveau central et 10 au CRLAT de Bobo-Dioulasso. Des hommes et des femmes ont participé à l'étude. Les accompagnants rencontrés au niveau du CRLAT Bobo-Dioulasso avaient un âge compris entre 25 et 44 ans. Ils avaient des niveaux d'instruction allant du primaire au supérieur. Pour le supérieur, seul un participant a déclaré détenir une licence. A la MACO les détenus ayant pris part au focus étaient également des hommes et des femmes avec un âge compris entre 15 et 67 ans. Les participants avaient des niveaux d'instruction variés, allant de non scolarisés (n=20) à niveau supérieur (n=8).

#### *3.2. Perception et attitudes face au TPT*

Dans l'ensemble, les participants ne désapprouvent pas la mise en œuvre du TPT en dépit des craintes liées à la durée des traitements et aux effets désagréables. La tuberculose se caractérise par son impact socio-économique (le rejet du malade dans certaines situations, l'impuissance économique du malade et de ses proches). Conscients de tous ces effets un accompagnant tuberculeux affirme : « *moi en tout cas, je trouve ça très bien. C'est une maladie qu'on a du mal à traiter...* » (TPT\_2, homme, 36 ans, accompagnant, CRLAT).

La même opinion est soutenue lors d'un focus group par un codétenu à la MACO : « *je trouve que c'est une bonne idée, c'est pour sauver des gens...* » (TPT\_FG-201, 41 ans, codétenu). Dans la même optique, ils considèrent le TPT comme une opportunité pour se faire dépister « *le TPT est une bonne chose du moment où nous venons de divers horizons. Il va falloir faire ça pour détecter ceux qui sont malades* » (TPT\_15, homme, 39 ans, détenu, chef de couloir MACO).

Les sentiments sont quelquefois opposés à propos du TPT. Dans le cas des focus group organisés avec les codétenus, la teneur des débats montre une divergence des points de vue à ce sujet : certains estiment que seule la maladie est une occasion d'administration de médicaments. C'est le cas de TPT\_24, FG-14 : « *je pense que si on n'est pas malade on ne doit pas prendre de comprimés, je trouve que ce n'est pas une bonne idée* ».

D'autres estiment que cette idée d'innovation de prévention de la tuberculose chez les plus de 5 ans est salutaire : « *moi je pense que c'est une bonne idée, puisqu'on protège les gens contre la tuberculose* » (TPT\_24, FG-18). Ces propos mettent en exergue les spécificités des individus pour exprimer la variabilité des points de vue. Mais, il faut indiquer que le point de vue de l'individu est limité en fonction de sa position sociale mais aussi de son capital culturel. C'est dans ce contexte que TPT\_1 (homme, 36 ans, accompagnant, CRLAT) affirme ceci :

« *pour moi, c'est un très bon projet. Je dis ça parce que, tu as le malade chez toi, tu le vois chaque fois, tu ne peux pas dire que tu ne vas pas te faire contaminer, puisque tu es proche de lui chaque fois. Les gens le fuient mais toi tu es là tous les jours. Maintenant, s'il y a un produit*

*on dit si tu prends et même si tu es avec le malade chaque fois tu seras épargné de la contamination, mais ! je le ferai le plus vite possible car je vois comment mon malade souffre et je vois comment les gens se comportent avec lui.*

La gratuité est l'autre élément d'appréciation du TPT. Les interviews montrent que cette forme d'accès est un atout d'adhésion au programme.

*« En tout cas, le gouvernement a bien fait. Ça va aider les gens à ne plus avoir la tuberculose parce que la maladie là n'est pas vraiment simple. Et puis en plus, comme le médicament là est gratuit là ça va beaucoup soulager les gens car les gens n'ont pas l'argent pour acheter tous ces médicaments pendant six mois »*(TPT\_7, 38 ans, homme, accompagnant CRLAT).

Outre les accompagnants et les codétenus interrogés, les agents de santé perçoivent positivement le TPT. Leurs avis sont formulés dans les propos suivants de TPT\_18 (homme agent de santé, 10 ans d'ancienneté, Ouagadougou):

*« En tout cas nous, nous percevons très bien la pertinence, c'est peut-être d'autres acteurs qui vont douter de la pertinence. Ça va aider à limiter la propagation du microbe de la tuberculose dans ce milieu qui est clos »* (TPT\_18, homme, agent de santé, 10 ans d'ancienneté, Ouagadougou).

En somme, les personnes interrogées ne désapprouvent pas l'importance du TPT. Aucun entretien ne remet en cause cette pertinence.

### 3.3. *Obstacles à l'adhésion au traitement préventif de la tuberculose*

Les entretiens réalisés montrent certes la perception de la pertinence du TPT par les différentes personnes interrogées. En termes d'adhésion, il existe des cas de refus. Ces cas pour la plupart recensés au niveau de la MACO sont relatifs aux conditions de vie des pensionnaires. Les points de vue des participants dans ce milieu évoquent des ressentiments d'autant plus qu'ils estiment être dans des conditions précaires d'alimentation :

*« C'est bien mais à la MACO ici, beaucoup de gens n'ont pas à manger correctement, donc si c'était un vaccin une bonne fois c'était beaucoup mieux, sinon avaler des médicaments ici pendant plusieurs mois, ce n'est pas facile hein ! Moi en tout cas, si c'est volontaire je ne vais pas faire, je préfère le vaccin, mais si je n'ai pas le choix, là je vais avaler et je préfère chaque semaine là parce que c'est ça qui est mieux pour moi »*. (TPT\_20, homme, 30 ans, détenu MACO)

Le détenu reconnaît la pertinence de l'approche pour la lutte contre la tuberculose, mais comme il l'explique, la formule du TPT (voie orale) ainsi que la périodicité de prise de la dose ne conviennent pas. Ces aspects se posent comme une difficulté d'adhésion au TPT. Il poursuit en présentant l'alimentation comme un frein à l'adhésion des prisonniers au TPT. *« Bon ici à la MACO, si les gens sont bien sensibilisés et s'ils peuvent avoir à manger correctement, ils vont accepter »* (TPT\_20, homme, 30 ans, détenu MACO). Le fait que l'interviewé fasse allusion à l'alimentation s'explique par le fait que la conscience collective établit une relation entre prise orale de médicaments et nourriture. Il serait inconvenant de prendre des médicaments à jeun.

Outre ce cas, des accompagnants de tuberculeux accusent le poids social comme contrainte à leur adhésion au TPT. Pour eux, leur environnement social assimilerait ce TPT à un cas de maladie.

*« Ah vraiment moi je ne peux pas accepter ça hein ! Parce que même si tu n'as pas la maladie, c'est la pensée-là même qui va te tuer. Et puis les gens vont s'asseoir dire que tu as la tuberculose et c'est les problèmes qui ont commencé. Les gens vont te regarder mal et se méfier de toi. Tu peux même perdre ton travail »* (TPT\_7, 38 ans, homme, accompagnant CRLAT).

Par ailleurs, la versatilité de l'acteur social est un paramètre important à prendre en compte pour la réussite de la stratégie. Comme l'explique un interviewé:

*« Vraiment il faut qu'on se dise la vérité. Les gens peuvent accepter au début mais si ça dure, là seulement vous allez voir, ils ne vont plus revenir ou le jour qu'ils seront occupés là, ils ne vont pas venir sans même parler de l'essence qu'ils doivent mettre dans la moto pour venir. En tout moi je ne suis pas trop loin d'ici mais il y a des gens qui viennent de très loin d'ici ».*

Ce dernier semble mettre en évidence les contraintes du TPT, et n'a pas foi à ce que les cibles fréquentent régulièrement les centres de santé afin de se faire administrer le TPT. En termes de contraintes, il évoque la distance, et les coûts du déplacement à supporter par les bénéficiaires.

Si les personnes enquêtées éprouvent des craintes qui freinent leur enthousiasme à adhérer au TPT de la tuberculose, il demeure, du point de vue des acteurs de mise en œuvre notamment les agents de santé, que les adultes pourront adhérer facilement à la stratégie:

*« Les adultes adhèrent. C'est au niveau des enfants peut-être, que le problème va se poser. Les parents se plaignent même souvent que les enfants n'ont rien et nous on veut leur donner des médicaments. Ils se disent que les enfants ne sont pas collés aux malades. Sinon eux-mêmes les accompagnants quand ils suivent un malade deux semaines voire trois semaines, ils nous posent des questions à savoir s'il n'y a pas de produits pour eux vu qu'ils sont chaque fois avec le malade. On leur dit non ce n'est pas comme ça. Il faut forcément se dépister d'abord voir avant qu'on vous donne le TPT. Donc si on arrive à mettre ce produit en place, ça va être bien car il y a beaucoup de cas contacts qu'on a mis sous TPT ..... »* (TPT\_25, femme, 25 ans, agent de santé).

Pour l'agent de santé, le besoin existe déjà et il a été formulé par les accompagnants qui craignent de contracter la maladie lorsqu'ils sont obligés d'accompagner des patients atteints de tuberculose. Les données montrent qu'il existe des craintes d'adhésion en dépit de la nécessité de la mise en œuvre du TPT. Plusieurs facteurs peuvent expliquer l'acceptabilité.

### 3.4. Facteurs influençant l'acceptabilité

Deux principaux facteurs influencent l'acceptabilité du TPT : la durée du TPT et les effets indésirables du médicament.

#### 3.4.1. Durée du traitement préventif de la tuberculose

La durée du TPT est le facteur qui influencerait significativement l'acceptabilité du TPT. Les personnes interrogées estiment que les délais non seulement sont assez longs mais sont surtout contraignants. *« Vraiment qu'on réduise le temps là car six (6) mois vraiment si tu n'es pas patient là en tout cas, tu vas abandonner ça dès »* (TPT\_5, femme, 44ans, accompagnante).

La durée du TPT pourrait inciter à l'acceptation du TPT ou à son rejet. Les propos ci-dessus montrent que la réduction de la durée du TPT peut être un atout pour son acceptabilité.

Le cas spécifique de la MACO ne diffère pas des précédents. En effet, la mobilité des détenus peut rendre le TPT difficile ou créer des perdus de vue car une fois libéré pendant le cycle de TPT, il serait difficile de retrouver un détenu pour qu'il achève le processus de TPT :

*« Un détenu peut venir aujourd'hui, dans une semaine il part ou bien dans deux semaines il repart. Je pense que le TPT d'un mois-là, c'est bon. Les détenus même n'aiment pas quand c'est long. Ils vont dire qu'ils n'arrivent pas à supporter. Ils vont dire qu'ils n'arrivent pas à manger et on leur donne des produits »* (TPT\_16, 49 ans, chef de couloir, détenu MACO).

Dans la même optique, les personnes interrogées pensent que si le temps d'administration des doses est trop rapproché cela peut constituer une contrainte d'acceptabilité dans la mesure où elle contribue

au rallongement de la durée du TPT. « *Soit on donne 1 médicament chaque semaine ou on réduit le temps là parce que la période de TPT même là est longue. Je trouve quand-même qu'il faut réduire les temps à 2 ou 3 mois comme ça* » (TPT\_12, femme, 27 ans, accompagnante).

En plus de la durée du TPT, la question de distance est évoquée. Les accompagnants interrogés ne pensent pas être capables d'effectuer de longues distances pour le TPT. Ainsi, ils posent la distance en plus de la durée du TPT comme contrainte à l'acceptabilité du TPT :

*« Vraiment, le gros problème que je vois c'est la distance même pour venir ici chercher les médicaments. On veut vraiment la santé mais si tu dois quitter ton village loin et faire 30 km pour venir prendre des médicaments ha ! personne ne viendra. C'est la vérité. Si on résout le problème de déplacement là les gens vont accepter selon moi »* (TPT\_5, femme, 44ans, accompagnante CRLAT).

Ces points de vue sont unanimes avec la déclaration de TPT\_25, agent de santé pour qui la durée du TPT peut susciter des contraintes de mise en œuvre :

*« Ici, c'est la durée du TPT qui va poser problème. Au niveau des enfants, le TPT préventif prend trois mois. Si au niveau des adultes la durée de TPT aussi prend trois mois, je pense que ça sera bon. Si la durée pouvait être en tout cas plus court il n'y aurait pas de problème »* (TPT\_25, femme, 25 ans, agent de santé).

Pour cet agent de santé, il convient d'adopter des délais de TPT ne dépassant pas trois mois.

### 3.4.2. Effets indésirables du médicament

Les effets indésirables du médicament sont l'autre facteur pouvant influencer son acceptabilité. Cette inquiétude est prononcée par la quasi-totalité des interviewés. Comme le déclare un enquêté, « *ce sont les effets secondaires, qui peuvent décourager quelqu'un* » (TPT\_4, homme, 42 ans, accompagnant). En termes d'effets secondaires, il faut inventorier le manque d'appétit, les nausées, les vomissements, les douleurs abdominales, les éruptions cutanées mineures, les démangeaisons légères et la somnolence. A ce propos, les personnes interrogées estiment qu'il y en a suffisamment :

*« Les effets secondaires là, c'est trop hein ! Si vraiment il y avait d'autres choses pour ne pas contracter la maladie, moi j'allais prendre. Les effets secondaires là, c'est trop : somnolence, éruption des boutons, les vomissements et autres, imagine que tu aies une activité, tu ne seras pas à l'aise quoi »* (TPT\_11, 38 ans, femme, accompagnant CRLAT).

Dans la même logique, cette enquêtée s'exprime:

*« Ah ! ... j'avais dit que je suis d'accord pour ça pour que le malade que j'ai amené ne me contamine pas à travers ses crachats et sa toux, ..., j'avais dit que j'accepte, mais vu les effets secondaires maintenant, je ne suis pas favorable... »* (TPT\_9, homme, 25 ans, accompagnant CRLAT).

Pour l'enquêté, les effets indésirables ne lui permettent pas d'assurer ses activités professionnelles. C'est ce qui fait renchérir un autre intervenant : « *On prend les médicaments pour avoir la paix et non prendre des médicaments pour se créer d'autres soucis* » (TPT\_4, homme, 42 ans, accompagnant). Ainsi, les effets indésirables créent la panique chez les populations, induisant une réticence à l'acceptabilité du TPT.

## 4. Discussion

Les résultats montrent que le rapport des individus à la mise en œuvre du TPT est relatif à leurs positions sociales. Ils évoquent divers facteurs pour expliquer l'acceptabilité du TPT. Les résultats indiquent que l'œil social est un déterminant de l'acceptation du TPT et cela est d'autant pertinent puisque la tuberculose est présentée comme une maladie sociale (Carillon S ; 2017). Sociale car outre

l'intégration du statut économique, elle implique la marginalisation du groupe de pairs. Le degré d'acceptabilité est relatif aux connaissances, les relations entre les facteurs sociaux, les valeurs et les croyances que l'individu a d'un phénomène social (Brunson M. W; 1996; Mbarambara P. M; 2016) . C'est ce que les auteurs tentent également de montrer lorsqu'ils affirment que l'acceptabilité est déterminée par l'utilité perçue et la facilité d'usage (Abriane A et al; 2021). Elle résulte ainsi de calculs rationnels opérés par l'acteur social qui prend en compte les contraintes liées à l'acceptation et les avantages qu'il en tire. Dans cette logique il faut prendre en compte les considérations telles que : « *le degré de familiarité et la compréhension des technologies proposées, la perception des risques associés au projet (sociaux, sanitaires, électoraux, économiques, mais aussi techniques), la connaissance des alternatives possibles, l'appréciation des coûts et des avantages des options préconisées, les dispositions des publics destinataires ou/et du territoire d'accueil... »* ( Zelem M.-C. ; 2017, P.3)

Comparant les notions d'acceptabilité sociale et de faisabilité dans un contexte des énergies renouvelables, l'auteur retient qu'il existe deux paramètres majeurs négligés à savoir : « la façon dont le projet est promu (du point de vue sémantique, politique, technique, économique ou social) et le degré de confiance dans le mode de gouvernance adopté » ( Zelem M.-C. ; 2017, P.3). L'acceptabilité sociale est le résultat d'un processus où les parties prenantes définissent les conditions minimales pour la mise en œuvre d'un projet ( Rey-Valette H.; 2017). Cette affirmation confirme l'importance de la communication ou sensibilisation évoquée par les acteurs interrogés comme condition de réussite de l'acceptabilité du TPT. Elle converge également à la validation des différents éléments mis en interaction par les personnes interrogées pour amorcer les préalables à l'acceptation du TPT. L'acceptabilité doit de ce fait procéder d'une analyse globale des différents facteurs d'influence. Aussi, les résultats montrent que les agents de santé manifestent une attitude favorable à l'adoption du TPT. Dans une étude sur le traitement préventif du paludisme au Bénin, il résulte que dans la plupart des cas, les agents de santé ont une perception positive (De Sousa A; 2011). Cela relève du rapport inconvenients de la maladie et infortunes occasionnés par l'adoption du TPT.

En outre, la durée du TPT, les effets considérables peuvent constituer des facteurs de réticence de l'acceptation du TPT. Ce résultat pourrait être catégorisé comme facteurs de risques, d'échec de projet lié aux maladresses entraînant un « [...] manque d'explicitation des risques inhérents à la technologie,[...] manque d'incitations ou de compensations financières » (De Sousa A; 2011, p.3).

Les résultats évoquent la prise en compte des moyens nécessaires à mobiliser par les populations pour accepter l'introduction du TPT. Le dénuement étant la caractéristique partagée des malades de tuberculose (Carillon S ; 2017), il importe de prendre en compte l'importance des charges à assumer par les populations pour accepter le TPT. C'est en sachant ce risque de la pauvreté des populations sur l'acceptabilité du TPT que l'Organisation Mondiale de la Santé considère la réduction de la pauvreté comme un aspect de la stratégie de lutte contre la tuberculose (OMS ; 2016). De ce point de vue la prise en compte des moyens à mobiliser par les populations est un facteur de détermination de l'acceptabilité du TPT.

Outre les obstacles d'ordre communautaire, les obstacles institutionnels sont des éléments de limitation des résultats du traitement. Au Benin, l'insuffisance et le manque d'infrastructures, de logistiques, de personnels ont été identifiés comme des obstacles à l'implémentation de la chimiothérapie courte de la tuberculose ( Gninafon M et al ; 1992).

L'adhésion a été utilisée comme un facteur d'acceptabilité, mais pour adhérer ((De Sousa A; 2011), il convient que les populations s'approprient l'innovation proposée, parviennent à l'adapter à leur mode de vie, et y perçoivent une utilité certaine. Il ajoute aussi que l'usage de l'innovation peut avoir pour effet, la modification des perceptions sociales. Mais, pour que cela se réalise, il note que l'innovation doit présenter des critères de reconstruction pour les acteurs sociaux. Dans le cas donc de cette recherche, l'adoption du TPT implique cette reconstruction de la posologie du médicament, son mode d'administration évoqué par les participants à l'enquête. La place centrale de l'interaction sociale dans

l'acceptabilité d'une innovation est la preuve qu'elle n'est pas fixe mais dynamique. En ce sens, « L'acceptabilité n'est ni irréversible, ni absolue, elle est toujours relative à un contexte socio culturel, à un niveau d'information et de connaissance et à un moment d'un processus de changement social » (Rey-Valette H.; 2017,p.72).

Il convient cependant d'indiquer que la mobilité des détenus à la MACO peut être un facteur d'échec de l'adoption du TPT dans la mesure où dès leur libération ces personnes peuvent constituer des cas de perdus de vue. Pour la présente étude, il est également pertinent de noter que l'identification de personnes recluses est une limite dans la mesure où ces derniers du fait de leur statut de détenus peuvent s'affirmer favorable à l'adoption du TPT. Leur consentement peut donc être lié au statut de détenus.

Cette recherche qualitative peut présenter des biais de désirabilité. Le biais de désirabilité sociale se définit comme la tendance à se présenter de façon favorable lors de entretiens en fonction de certaines normes sociales établies. Cependant, la triangulation des faits utilisée dans cette étude pourrait atténuer ce biais. Les enquêtés étaient variés d'une ville à l'autre, d'un site à l'autre, des contextes de vie différente (pénitencier et accompagnants de malade en liberté). Les entretiens ont été complétés par des focus groups. Les analyse des faits concordent et qui reflètent la perception des populations concernées.

## **5. Conclusion**

Cette recherche a porté sur l'acceptabilité du TPT de la tuberculose. Ils ne révoquent pas l'acceptabilité du TPT. Les participants à l'enquête estiment que le projet de TPT est pertinent. Cette appréciation est axée sur les avantages de la prévention qu'offre ce TPT. Si l'idée de la prévention est pertinente il existe toutefois des réticences relatives à l'adoption du TPT. Les représentations sociales subordonnent le TPT oral à l'alimentation du sujet, faisant dire aux pensionnaires de la MACO que leurs conditions d'alimentation ne facilitent pas une adhésion au TPT. D'autres facteurs tels que les effets indésirables et la durée du TPT constituent des motifs de réticence évoqués par les participants à l'enquête. Ces différents goulots d'étranglements sont des axes d'attention sur lesquels l'équipe du programme doit prendre en compte lors des futures réflexions pour le passage à l'échelle de la stratégie.

### **Remerciements**

Les remerciements sont adressés aux participants à cette étude qui ont donné de leur temps pour participer aux entretiens et aux focus groupes. Aussi, nous remercions les autorités des deux centres où les participants ont été identifiés ( la MACO de Ouagadougou et le CRLAT de Bobo-Dioulasso). Ils ont facilité l'accès les conditions favorables aux entretiens tenant compte de la confidentialité des patients.

### **Conflit d'intérêts**

Les auteurs déclarent aucun conflit d'intérêt lié à cette étude.

### **Contribution des auteurs.**

Tous les auteurs ont participé à la rédaction, à la correction, à la finalisation du manuscrit. Particulièrement, ils ont participé à la conception, l'analyse et l'interprétation de données, à la critique pour son contenu intellectuel important et approuvé la version à publier. Ils sont également acceptés d'être responsables de tous les aspects du travail.

### **Références**

- A.Vs, «DOTS, une stratégie efficace à grande échelle,» Le temps, 29 Décembre 1998. [En ligne]. Available: <https://www.letemps.ch/societe/dots-une-strategie-efficace-grande-echelle#:~:text=Il%20s'agit%20d'une,apparition%20de%20souches%20bact%C3%A9riennes%20r>

- %C3%A9sistantes.. [Accès le 12 Mars 2024].
- Abriane A., Ziky R. et Bahida H., «Les déterminants de l'adoption de la digitalisation par les entreprises: Revue de littérature,» Revue Française d'Economie et de Gestion, Volume 2 : Numéro 10, pp. 271-301, 2021.
- Agbota G., Bonnet M. et Lienhardt C., «Perspectives d'élimination de la tuberculose : la stratégie OMS à l'épreuve de la pandémie de COVID-19,» Médecine et Maladies Infectieuses Formation? Volume 1, N° 2, pp. 62-68, <https://doi.org/10.1016/j.mmifmc.2022.03.338>, 2022.
- Atlas Mondial de données, «Burkina Faso - Taux de tuberculose,» 2021. [En ligne]. Available: <https://knoema.fr/atlas/Burkina-Faso/Taux-de-tuberculose>; consulté le 15/09/2023.
- Banque Mondiale, «Incidence de la tuberculose (pour 100 000 personnes) - Burkina Faso,» 2022. [En ligne]. Available: <https://donnees.banquemonde.org/indicator/SI.TBS.INCD?end=2022&locations=BF&start=2000&view=chart>. [Accès le 17 08 2024].
- Bégué P., «Traitement préventif de la tuberculose chez l'enfant contact. Eléments décisionnels et modalités thérapeutiques,» Méd Mal Infect,n°25, pp. 384-387, 1995.
- Brunson M. W., «A definition of "social acceptability" in ecosystem management,» chez Defining social acceptability in ecosystem management: a workshop proceedings, Portland, OR: USDA Forest Service, Pacific Northwest Research Station,, General Technical Report PNW-GTR-369, 1996, pp. 7-16.
- Carillon S. et Du Loû D. A., «Obstacles à la prévention et au dépistage de la tuberculose : une étude qualitative dans le département français de Seine-Saint-Denis,» Santé publique, pp. 157-166, 2017 n°2, Volume 29.
- De Sousa A. et Affo A. M., «Acceptabilité du Traitement préventif intermittent infantile du paludisme au sein du système sanitaire et en milieu communautaire au Bénin: acteurs et stratégies,» Sciences Sociales et Santé, Vol. 29, n° 4, pp. 69-94, 2011.
- Dion M.-J., «Mesures de la qualité de vie liée à la santé et des préférences auprès de personnes souffrant de la tuberculose,» Thèse présentée à la Faculté des Études Supérieures et de Recherche,Université McGill, Montréal, Montréal, 2001.
- Gninafon M., Anagonou Y. S., Kinde-Gazard D., Tawo L., Foundohou J. et Josse R., «Chimiothérapie antituberculeuse de courte durée au Benin situation actuelle et perspective d'avenir,» Médecine d'Afrique Noire :39 (6), pp. 431-437, 1992.
- Hien H. M., Badolo H., Diallo C. O. et Bazié H., «Profil du Burkina Faso sur la tuberculose,» onsp-sante.bf, Ouagadougou, 2023.
- Kamboer B., «Au Burkina Faso, une réponse communautaire efficace dans la lutte contre la tuberculose,» Independent observer of the global fund, numéro 8, pp. <https://aidspan.org/au-burkina-faso-une-reponse-communautaire-efficace-dans-la-lutte-contre-la-tuberculose>, consulté le 12/03/2024, 2016.
- Maïga S., Ouédraogo K. O., Nacanabo R. N., Sawadogo A., Ouédraogo A. R., Boncounou K., Namono S., Ouédraogo G. A., Kuiré M., Ouédraogo G., Badoum G. et Ouédraogo M., «Profil épidémi-clinique et issue thérapeutique de la tuberculose dans la ville de Ouahigouya - Burkina Faso,» Journal on Functional Ventilation and Pulmonology, vol12, issue 36, pp. 12-15, 2021.
- Mbarambara P. M, Mumbilyia E., Mututa M. P. et Ndag M. A., «Niveau d'acceptabilité de la planification familiale dans la Zone de Santé de Kadutu à l'Est de la RD Congo,» International Journal of Innovation and Applied Studies, Vol. 17 No. 4, pp. 1190-1197, 2016.
- Ministère de la santé et de l'Hygiène Publique, «Lutte contre la tuberculose: un plan stratégique 2021-2025 pour renforcer les actions,» 2020. [En ligne]. Available: [https://www.sante.gov.bf/detail?tx\\_news\\_pi1%5Baction%5D=detail&tx\\_news\\_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx\\_news\\_pi1%5Bnews%5D=318&cHash=a9ffbc494f4f4e79726ee1ff83fbe455](https://www.sante.gov.bf/detail?tx_news_pi1%5Baction%5D=detail&tx_news_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx_news_pi1%5Bnews%5D=318&cHash=a9ffbc494f4f4e79726ee1ff83fbe455); consulté le 15/09/2023.

Morestin F., «Méthode de synthèse de connaissances sur les politiques publiques : résumé,» Centre de Collaboration Nationale sur les politiques publiques et la santé, Montréal, [www.inspq.qc.ca](http://www.inspq.qc.ca) , consulté le 12/09/2023, 2011.

OMS, «Augmentation du nombre de cas de tuberculose et de décès dus à la maladie pendant la pandémie de COVID-19,» 2022. [En ligne]. Available: <https://www.who.int/fr/news/item/27-10-2022-tuberculosis-deaths-and-disease-increase-during-the-covid-19-pandemic#cms>. [Accès le 17 08 2024].

OMS, «Cadre pour la mise en oeuvre de la "stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose" dans la région Africaine au cours de la période 2016-2020,» Rapport du Secrétariat , Addis Abeba, 2016.

OMS, «L'Afrique fait des progrès en matière de diagnostic et de traitement de la tuberculose,» 2024. [En ligne]. Available: <https://www.afro.who.int/fr/news/lafrique-fait-des-progres-en-matiere-de-diagnostic-et-de-traitement-de-la-tuberculose#:~:text=Dans%20l'ensemble%20de%20la,2022%20par%20rapport%20%C3%A0%202015..> [Accès le 17 08 2024].

OMS, «Manuel opérationnel de l'OMS sur la tuberculose. Module 1: prévention, Traitement préventif de la tuberculose,» Organisation mondiale de la Santé, <https://apps.who.int/iris/?locale-attribute=fr&> , Genève, 2021.

OMS, «Tuberculose,» 7 Novembre 2023. [En ligne]. Available: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>. [Accès le 12 mars 2024].

Ouédraogo M., Ouédraogo G., Ouédraogo S. M., Zigani A., Somé L., Dingoumada B., Auregan G et Tiendrébéogo H., «A propos de la tuberculose à Ouagadougou: étude retrospective à propos de 2.202 cas,» Médecine d'Afrique Noire, vol.49, n°8/9, pp. 398-401, 1999.

Rey-Valette H. et Mathé S., «La notion d'acceptabilité sociale : de quoi s'agit-il et comment peut-on intervenir ?,» chez Durabilité des aliments pour le poisson en aquaculture : Réflexions et recommandations sur les aspects technologiques, économiques, sociaux et environnementaux, Gland, Suisse : UICN, et Paris, France , Comité français de l'UICN , 2017, pp. 72-76.

Zelem M.-C., «Les énergies renouvelables en transition : de leur acceptabilité sociale à leur faisabilité sociotechnique,» Revue de l'Energie, pp. 1-8, 2012.

@ 2025 HIEN, Licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

#### Note de l'éditeur

Bamako Institute for Research and Development Studies Press reste neutre en ce qui concerne les revendications juridictionnelles dans les publications des cartes/maps et affiliations institutionnelles.