

# 12

---

## Situation des malades tuberculeux en cours de traitement perdus de vue au Centre antituberculeux de Brazaville (Congo): une revue

André Mbou

La lutte contre la tuberculose est l'un des objectifs du millénaire fixé par les Nations Unies. Au regard de la mise en œuvre du Programme national de Lutte contre la Tuberculose, on constate un certain nombre de faiblesses telles que, le non suivi des malades à domicile, la non-intégration à grande échelle de la stratégie du traitement direct par observation du personnel de santé (DOTS) qui se fait au niveau du Centre de Santé, la formation du personnel, la rupture des stocks des médicaments.

Cette résistance soulève d'autres facteurs dont:

- l'accessibilité aux services de santé,
- le faible niveau de revenu des familles,
- la durée du traitement qui varie entre 6 et 8 mois,
- la résistance de certaines souches à certains médicaments.

C'est ainsi que la prise en charge du malade tuberculeux reste une préoccupation pour le Programme national de Lutte contre la Tuberculose. Ce dernier devrait se préoccuper de la mise en œuvre du DOTS et sa décentralisation au niveau périphérique.

### Introduction

En République du Congo, le droit à la santé est garanti par la loi fondamentale à savoir: droit à la protection de la santé des individus, droit à l'accès aux soins de santé. Au Congo Brazzaville, le département de la Santé, par le biais de sa Direction de la lutte contre la maladie, a mis en place un Programme national de

Lutte contre la Tuberculose (PNLT). Le programme assure les soins au tuberculeux à travers le Centre antituberculeux à Brazzaville. Le CAT a pour tâches:

- le dépistage des cas,
- le traitement et le suivi des malades,
- la surveillance épidémiologique.

Le PNLT a pour mission la mise en œuvre du programme d'élaboration des stratégies, la formation du personnel et la supervision des activités au niveau des centres.

La tuberculose est un problème socio-économique ayant des implications médicales et sanitaires considérables. Les approches de lutte devraient être faites en fonction des tendances de développement socio-économique et ethniques. Il est important de regarder les problèmes de résistance des malades au traitement antituberculeux avec pertinence. La stratégie DOTS s'avère indispensable surtout de son efficacité.

### Problématique

La recrudescence des maladies endémiques reste une préoccupation pour les services de santé. Il a été constaté que la morbidité est encore élevée dans l'ordre de 23%. Cette morbidité est due, en grande partie, aux maladies transmissibles dont la tuberculose et d'autres infections respiratoires.

Les tuberculeux à macroscopie positive ou TPM+ sont responsables de l'extension de la maladie dans la population. Lutter contre la tuberculose consiste en leur détection, leur traitement et leur guérison bactériologique. La guérison d'un tuberculeux dépend de sa responsabilité dans la prise de son traitement jusqu'à la fin et son arrêt dépend de l'avis du personnel de santé qui soigne.

La tuberculose connaît une recrudescence inquiétante associée à l'infection VIH/SIDA et aux perturbations qu'a connues le Programme national de Lutte contre la Tuberculose durant les conflits sociopolitiques qui ont secoué le Congo de 1997 à 2001.

En 2002, la tuberculose demeure la quatrième cause de morbidité au Congo, dont le taux de mortalité est de 11%.

Dans le cadre de nos activités de surveillance épidémiologique et de gestion de l'information des malades, nous avons constaté à partir des données statistiques les faits suivants:

- une augmentation des cas de tuberculose référés à l'hôpital dans l'ordre de 10%, surtout dans les périodes des troubles sociopolitiques;
- la stratégie DOTS n'est pas intégrée effectivement au Centre de Santé dans leur paquet minimum d'activités;
- cette situation de non intégration du DOTS explique des problèmes de mauvaise mise en œuvre du programme. Cela aussi pose des problèmes d'accessibilité des malades aux soins;

- la tuberculose est toujours reconnue comme une maladie de la pauvreté accentuée par le mauvais état de santé chronique et aggravée par la co-infection tuberculose et VIH/SIDA;
- de 1998 à 2001, 13 253 cas de tuberculose ont été enregistrés au Centre antituberculeux (CAT) avec un taux de létalité de 0,70%;
- le taux d'abandon dans l'ensemble est dans l'ordre de 19%. Par contre en 2001, il a été de 16,10% et le risque de contamination reste encore élevé.

Certains facteurs tels que: la force de travail, le faible niveau de revenu de familles, le comportement des parents et celui du personnel de santé, le coût des services affectent l'état de santé et le comportement des malades dans la prise du traitement.

Au regard de tous ces faits, je me suis posé les questions suivantes:

- Quels sont les déterminants économiques, sociaux, culturels et éthiques dans le traitement de la Tuberculose?
- Quels sont les facteurs qui favorisent cet abandon?
- Quelles sont les difficultés rencontrées par le programme dans la mise en oeuvre du DOTS?

De ces questions découlent des objectifs:

- Identifier les facteurs d'abandon,
- Déterminer les difficultés de mise en œuvre du PNLT.

Notre hypothèse de travail se traduit par la non-observation du traitement par les malades tuberculeux.

### **Revue de la littérature**

Le problème de la prise en charge et le suivi des malades tuberculeux dans les centres de santé ont donné lieu à des travaux de recherche qui ont été effectués aussi bien au Congo qu'ailleurs en Afrique. La littérature consécutive à ces travaux est peu abondante et n'est souvent connue que des spécialistes. Pour ce travail, nous nous sommes penchés sur les travaux effectués par des universitaires ou des spécialistes des questions de santé publique.

Dr Ibrahim M. Samba, Directeur de l'AFRO, dans son message à l'occasion de la journée mondiale de la santé sur la Tuberculose, a déclaré que 35% des États sur 46, ont assuré la mise en œuvre de la stratégie DOTS avec une couverture thérapeutique suffisante. Par contre la capacité de notification des cas reste encore faible soit 44%.

Dr Eugène A. Nyarko, dans son étude sur l'aperçu de la situation de la Tuberculose dans la région africaine, rappelle que l'engagement des gouvernants demeure insuffisant dans l'allocation des ressources pour la lutte contre la tuberculose. La faiblesse des systèmes de santé explique la mauvaise couverture des services de santé.

Wilfred C. Nkhoma, dans ses écrits sur la maîtrise de la double épidémie Tuberculose et VIH/SIDA, relève l'insuffisance des infrastructures de santé destinées à appuyer la mise en œuvre des programmes de lutte et le manque de coordination des efforts de traitement des cas communs (malades de Tuberculose et VIH/ SIDA).

Dr E. N. L. Browne explique l'impact socioéconomique de la Tuberculose. Au premier plan, il démontre que le taux de notification de la Tuberculose qui est de l'ordre de 10 à 15% intéresse plus la tranche d'âge économiquement productive (15-54 ans). Certains facteurs qui contribuent à l'accroissement des cas de tuberculose et aux décès sont: la croissance démographique et l'inefficacité des programmes de lutte contre la Tuberculose.

Concernant la difficulté de retrouver les malades ayant abandonné leur traitement, nous avons trouvé une réponse dans l'étude sur la situation réelle des patients tuberculeux à frottis positifs, au Malawi, réalisée par M. L. Kruytet et son équipe de recherche. Dans cette étude, ils ont en effet démontré que les fausses adresses données par les patients constituent un réel problème dans le suivi. Il est souvent difficile de les retrouver après constat d'abandon (Kruyt 1999:6).

Fanjoso Rakotomanana et L. P. Rabanijoana se sont penchés sur le rapport entre le genre et la lutte contre la tuberculose. En effet dans leur étude sur les perdus de vue en cours de traitement dans le Programme national de lutte contre la tuberculose à Madagascar, ils montrent que le sexe masculin reste prédominant sur l'ensemble des malades (21,9%). Ils pensent que les hommes fréquentent moins les centres de traitement après dépistage, ceci à cause de certaines occupations et aussi de l'ignorance (F. Rakotomanana et L. P. Rabarijoana 1999:225-229).

Dans son étude sur la prise en charge des tuberculeux, J. Ndi-Ndi constate que les activités d'information, d'éducation et de communication (IEC) sont peu performantes. Les malades n'ont pas des informations suffisantes sur la maladie. Le personnel n'insiste pas trop sur cette activité. (Ndi-Ndi 1998:6).

Pour N. Bidounga, le problème majeur est celui du manque de ressources financières et l'insuffisance du personnel évoluant dans le Programme. C'est ce qu'il décrit dans son étude *sur la prise en charge de la tuberculose et évaluation du programme*.

Sur cette même question de prise en charge, S. Thiam nous donne l'expérience du Sénégal, au niveau de la population infantile de Dakar (Thiam 1997:15). Il indique que les enfants restent une population très vulnérable à cette pathologie, dont près de 15%. Cela est redevable aux mauvaises conditions de vie et de proximité.

La question de la prévalence a été abordée par Mafouana-Nsala et Aboubacry Fall. Dans son étude intitulée *La prévalence de l'infection à VIH/SIDA chez les tuberculeux hospitalisés au service de pneumologie du CHU-B.*, M. P. Mafouana-Nsala démontre la corrélation entre l'infection à VIH et la tuberculose pulmonaire. Cette association pose un problème réel dans la prise en charge de ces malades (Mafouana-Nsala 1998:16). Aboubacry Fall, quant à lui, a étudié la question de la prévalence

de la tuberculose au niveau du district de Mbacké au Sénégal (Fall 1996:2). En 1991, dans son mémoire de fin cycle à l'Institut national des sciences de la santé (INSSA), Cyr Tchicaya se penche lui aussi sur la question du dépistage et de la prise en charge de la tuberculose dans les services de soins de santé primaire (Tchicaya 1992:95). Dans leurs travaux, les deux auteurs démontrent l'inexistence de l'intégration du programme de lutte contre la tuberculose dans les centres de santé intégrés. La mise en place des postes sentinelles pour la surveillance épidémiologique devrait permettre un dépistage systématique et un suivi régulier de malades.

### Conclusion

Il est clair que la capacité actuelle de lutte efficace contre la tuberculose et le VIH/SIDA est infime. Le Programme national de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) devrait améliorer les services dans les centres de santé intégrés en accélérant la stratégie DOTS en vue d'améliorer la prise en charge des malades, les attitudes, les connaissances et les pratiques du Personnel. Formuler des stratégies à base communautaire pour rendre les services plus accessibles aux malades, susciter la volonté des gouvernants dans l'allocation des ressources est une nécessité qui relève des pouvoirs publics.

### Références

- Bidounga, N., 1990, *Prise en charge de la tuberculose et évaluation du programme à Brazzaville*, Mémoire de fin de cycle au Centre Inter-État de Santé publique d'Afrique centrale, Brazzaville.
- Baniafouna, C., 2001, *Congo démocratie, vol. 4. Devoir de mémoire. Congo - Brazzaville (15 octobre 1997-31 décembre 1999)*, Paris: l'Harmattan.
- Constitution de la République du Congo* adoptée au référendum de janvier 2002.
- Fall, A., 1996, *Prévalence élevée des cas de tuberculose dans le district sanitaire de Mbacke (Sénégal)*, Mémoire de fin de cycle, Institut de santé et développement.
- Kala, R., 1985, *Considération épidémiologique à propos de l'étude rétrospective des tuberculeux à l'Hôpital Général de Brazzaville*, Thèse de doctorat de médecine, INSSA, Brazzaville.
- Kruyt, M. L. et al., 1999, « La situation des patients tuberculeux à frottis positifs K au Malawi dans les cas d'abandon du traitement », *Bulletin de l'OMS*, pp. 386-391.
- Loi 121/92 portant mise en place du Plan national de Développement sanitaire (PNDS).
- Mafouana Nsala, M. P., 1998, *La prévalence de l'infection à VIH chez les tuberculeux hospitalisés au service de pneumo-phthisiologie du CHU-B*, mémoire fin de cycle en Santé publique.
- Ndi-Ndi, J., 1998, *Prise en charge des malades tuberculeux à l'hôpital Jamot de Yaoundé*, Mémoire fin de cycle de santé publique, Université de Yaoundé.
- OMS, 1996, *Prendre en charge la tuberculose au niveau national*, Genève, pag. mult.
- OMS, 1996, *La tuberculose en Afrique: un continent de 46 pays, un combat incertain couronné de succès*. AFRO: Brazzaville.
- OMS, 1997, *Guide pour la surveillance de la résistance bactérienne aux médicaments antituberculeux*.

- OMS, 1998, *TB at crossroads: Who report on the global tuberculosis epidemic*, Geneva.
- OMS, 2001, *Observation de la santé en Afrique*, volume 2, n°1.
- ONU-SIDA, 1997, *Tuberculose et SIDA. Point de vue*.
- Programme national de lutte contre la tuberculose, 2000, *Analyse épidémiologique de 1992 à 1994*, Brazzaville, Congo.
- PNUD, 2002, *Rapport national pour le développement humain*, Brazzaville.
- Rakotomanana, F. et al., 1999, « Profil des malades perdus de vue en cours de traitement dans le programme national de lutte contre la tuberculose à Madagascar », *Cahier de la santé*, vol. 9, n°4, juil.- août, pp. 225-229.
- Razakazo, 1999, *Situation épidémiologique de la tuberculose à Madagascar*, Mémoire de fin de cycle, Ecole de santé publique, Madagascar.
- Rathonina, 1998, *Etude épidémiologique et la lutte contre la tuberculose de la circonscription, médicale de Vakinakotia à Madagascar*, mémoire de fin de cycle, École de santé publique, Madagascar.
- Thiam, S., 1989, *Prise en charge des enfants tuberculeux à Dakar*, Mémoire de fin de cycle, Institut de Santé et développement, Dakar.
- Rakotomizao, J. R. et al., 1998, « Facteurs d'abandon du traitement antituberculeux à Antananariville et Antsirabe », *Int J. Tuber Lung Dis* 2, pp. 891-892.
- Société des Nations (SDN), 1923, *Rapport provisoire sur la tuberculose et la maladie du sommeil en Afrique équatoriale*, Genève.
- Tchicaya, C., 1992, *Intégration du dépistage et de la prise en charge de la tuberculose: service de soins de santé primaires*, Mémoire, INSSA, Brazzaville (Congo).