

4

La situation des malades tuberculeux perdus de vue en cours de traitement au centre antituberculeux de Brazzaville (Congo)

André Mbou

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 : dépister des cas, assurer le traitement et le suivi des malades, assurer une surveillance épidémiologique.

La Tuberculose constitue de nos jours une charge importante et croissante, ceci à causé de la pandémie VIH / SIDA. Depuis une dizaine d'années, le programme a adopté la stratégie DOTS (Traitement de brève durée sous surveillance directe), soutenu par l'OMS. Malgré la mise en œuvre de cette stratégie ; Tous les centres de santé n'assurent pas le DOTS, dans leur paquet minimum activités (PMA).

La tuberculose est un problème socio-économique ayant des implications médicales et sanitaires considérables. Les approches de lutte devraient être 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.

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 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.

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 socio-politiques qui ont secoué le Congo de 1997 à 2001().

De 1998 à 2001, 13 253 cas de tuberculose ont été enregistrés au Centre Antituberculeux (CAT), avec un taux de létalité de 0,70% et 0,6% pour 200.

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.

Les Cahiers de l'IGRAC

Le centre antituberculeux de Brazzaville (CAT) reste le plus grand centre de santé dans la prise en charge des malades tuberculeux à titre externe.

Les malades tuberculeux sont enregistrés individuellement sur une fiche de surveillance ayant pour indication, Nom, âge, adresse, date diagnostic type et catégorie de la tuberculose. Les traitements antituberculeux donnés aux patients sont standardisés selon le type de cas. Les nouveaux cas de tuberculose pulmonaires reçoivent une chimiothérapie de courte durée de huit mois. Durant deux mois de phases intensive, les patients les prennent au CAT et cela est suivi d'un traitement d'entretien de six mois à domicile, sans surveillance avec l'isoniazide et la thiacetazone ou isoniazide et l'Ethambutol.

La ville de Brazzaville où se trouve le centre est subdivisée en sept circonscriptions socio-sanitaires (CSS) et une gamme des centres de santé intégrés. Près de 20% des centres de santé assure le traitement par DOTS.

Le taux de guérison était de 50%, et le taux de succès de 74%.

Bien que les taux de guérison et le succès se sont améliorés en 2001, le taux d'abandon enregistré est dans l'ordre de 16%. Ces patients qui abandonnent le traitement représentent un risque élevé de contamination pour la population et cela favorise la résistance des bacilles de KOCH aux médicaments antituberculeux.

Les causes d'abandon se résument en terme : d'une notification insuffisante des malades guéris ; d'accessibilité des centres de santé pour les malades ; d'arrêt de traitement par le patient lorsqu'il ressent une amélioration ; de la durée trop longue du traitement ; de la rupture occasionnelle des médicaments ; de l'insuffisance de l'information, de l'éducation et la communication en faveur des malades.

Notre étude s'est intéressée aux patients atteints de tuberculose pulmonaire à frottis positifs, enregistrés comme cas d'abandon au centre antituberculeux de Brazzaville.

Tableau N° 1

Répartition des malades suivant le traitement durant 8 mois pour 4218 cas

Indication	Nombres des patients
Abandon du traitement Ou perdu de vue ; ne sont plus venus prendre le médicament pendant deux mois consécutifs.	678
Guérison (malade ayant achevé le traitement) avec frottis négatif au contrôle.	2140
III Terminé Patients qui ont fini le traitement mais dont on ne connaît pas les résultats des frottis	730
Décès Décédés au cours de traitement	25
Transfert Patients transférés dans un autre centre dont les résultats restent inconnus.	178
Reprise évolutive	245
Echec	14
Rechute	208

Source : CAT 2001

Au regard de tous ces faits, nous nous sommes posés 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 œuvre du DOTS ?

De ces questions ont découlé les objectifs ci-après: identifier les facteurs d'abandon ; déterminer les difficultés de mise en œuvre du PNLT ; déterminer les déterminants socio-économiques, culturels et éthiques dans le traitement de la tuberculose.

Les Cahiers de l'IGRAC

Notre hypothèse de travail repose sur la non observation du traitement par les malades tuberculeux.

Matériels et méthodes

Nous avons menée une étude rétrospective à type transversal, au centre Anti. tuberculeux de Brazzaville (CAT). Les résultats observés vont du 1^{er} février 2001 au 31 septembre 2001.

Nos variables d'études ont été l'âge, le sexe, l'adresse et le service des soins.

Nous avons exploité les registres des malades au CAT pour observer les indications suivantes : malade totalement guéri, abandon, décès, transférés et traitement terminé. Nous nous sommes déportés dans les habitations des malades dont les adresses étaient précises pour vérifier si les malades étaient vivants ou décédés.

Nous avons tenu compte de la définition OMS sur l'abandon ; les cas réels d'abandon définis les malades qui ne sont pas venus prendre les traitements ou les médicaments du CAT pendant deux à trois mois consécutifs.

Nous avons rechercher les facteurs tel que, l'état de santé du patient, l'accessibilité au centre, si le patient était décédé ou vivant, la date de la mort.

Les autres facteurs intéressaient les paramètres démographiques et socio-économiques, le comportement du patient sur la connaissance de la maladie, les relations entre le patient et le personnel de santé.

Résultats

Le centre antituberculeux (CAT) a enregistré 4218 cas de tuberculose pulmonaire à frottis positif au cours des 12 mois de l'étude. Il y a eu 678 perdus de vue soit 16%. Les informations sur le traitement, révèle que 730 ont terminé le traitement, soit 50,70% qui peuvent être considérés comme guéris.

Au cours de la période, 25 décès ont été enregistrés, 178 ont été soit transférés soit déplacés du fait des troubles socio-politiques survenus dans le pays. 14 malades ont connu un échec ; 245 ont présenté une reprise évolutive de la maladie et 208 malades ont fait une rechute.

Discussion

Les réels résultats des traitement ont été déterminés dans 70% des cas d'abandon. Les autres 30% sont, faute des fausses adresses, dans les registres et ou encore par manque des fiches de suivi.

Sur les 678 cas d'abandons, le fréquence a été réellement de 50% au regard des résultats du registre .

Plus d'un tiers des patients pour les quels on a enregistré un abandon ont terminé le traitement, et nombreux étaient guéris. Durant les troubles socio-politiques peu d'informations concernant les malades ont été enregistrés, par exemple le transfert.

Au regard de ces résultats, le problème de notification reste encore insuffisant et la mise en œuvre de la stratégie DOTS n'est pas intégré d'une façon efficiente dans le système de santé, les Docteurs Ibrahim M. Samba et Eugène A. Nyarko l'ont soulevé dans leur écrits.

Près de 40% des malades enregistrés au CAT étaient séropositifs ; il était possible de constater que certains cas d'abandons sont morts, sur ce le taux de mortalité chez les patients tuberculeux infecté par le VIH était élevé.

Docteur Wilfrid C. Nkhoma a décrit dans ses écrits l'insuffisance des infrastructures de santé destinées à appuyer la mise en œuvre des programmes de lutte et le manque de coordination des efforts des traitements des cas communs (tuberculose VIH/ SIDA)

Le manque des ressources nécessaires, pose d'énormes problème aux personnels de santé dans la prise en charge et le suivi des malades. Parmi les raisons d'abandon, l'ignorance du traitement, la durée et leur comportement.

Il est donc nécessaire d'informer la population sur la tuberculose, le suivi de traitement et intensifier les activités d'IEC.

La littérature consécutive à ces travaux est peu abondante et n' est souvent connue que des seuls spécialistes .Pour ce travail, nous nous sommes penchés sur les travaux effectués par des universitaires ou des spécialistes des questions de santé publique.

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 est de l'ordre de 10 à 15% . Cela intéresse plus la tranche d'âge

Les Cahiers de l'IGRAC

économiquement productive (15-54 ans). Certains facteurs qui contribuent à l'accroissement des cas de tuberculose et aux décès sont : la croissance démographique, 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.Kruij 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 (Kruij 1999 : 6).

Fanjoso Rakotomanana et L.P.Rabarijoana 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 de manque de ressources financières et insuffisance du personnel évoluant au 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 : p.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, Aboubavy Fall et Cyr Tchicaya. 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 réelle dans la prise en charge de ces malades (Mafouana-Nsala 1998 : 16). Aboubavy Fall, quant à lui, a étudié la question de la prévalence de la tuberculose au niveau du district de Mbacke au Sénégal (A. 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, ces deux derniers 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 malade. *

* *

Il est clair que la capacité actuelle de lutte efficace contre la tuberculose et le VIH/SIDA est infirme. Le Programme National de lutte contre la Tuberculose (PNLT) devrait améliorer les services dans les centres de santé intégrés en accélérant la stratégie DOTS qui peut 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 des pouvoirs publics.

Références bibliographiques

Ametal, Elliot, 1995 *The impact of human immuno-deficiency virus on mortality of patients treated for tuberculosis in a cohort study in Zambia. Transactions of the royal Society of Tropical Medicine and Hygiene.* 89 : 78-82.

Baniafouna, C., 2001, *Congo démocratie, vol. 4. Devoir de mémoire. Congo - Brazzaville (15 octobre 1997-31 décembre 1999)*, Paris, l'Harmattan.

Bidounga, N., 1990, *Prise en charge de la tuberculose et évaluation du programme à Brazzaville*, Mémoire de fin de cycle au Centre Inter-Etat de Santé publique d'Afrique centrale, Brazzaville.

Constitution de la République du Congo adoptée au référendum de janvier 2002.

Les Cahiers de l'IGRAC

- 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.
- 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.
- Malher Detal, 1997 *Traitement de la Tuberculose : principe à l'intention des programmes nationaux*. deuxième éditions, Genève, OMS.
- 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, 2001, *Observation de la santé en Afrique*, Volume 2, N° 1, Jan – Juin.
- OMS, 1997 *Guide pour la surveillance de la résistance bactérienne aux médicaments antituberculeux*. 36p.
- OMS, 1996, *Prendre en charge la tuberculose au niveau nationale*, Genève, pag mult.
- OMS TB a crossroads 1998, *Who report on the global tuberculosis epidemic*, Geneva.
- OMS, 1996 *La tuberculose en Afrique: un continent 46 pays un combat incertain couronné de succès*. AFRO. : Brazzaville. 16 p
- ONU-SIDA, 1997, *Tuberculose et SIDA. Point de vue*.
- PNUD, 2002, *Rapport national pour le développement humain*, Brazzaville
- Programme national de lutte contre la tuberculose, 2000, *Analyse épidémiologique de 1992 à 1994*, Brazzaville, Congo.
- 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 », in *Cahier de la santé*, vol. 9, n°4, juil.- août, p. 225-229.
- Rathonina, 1998, *Etude épidémiologique et la lutte contre la tuberculose de la circonscription, médicale de Vakinakotia à Madagascar*, mémoire de fin de cycle, Ecole de santé publique, Madagascar.
- Razakazo, 1999, *Situation épidémiologique de la tuberculose à Madagascar*, Mémoire de fin de cycle, Ecole de santé publique, Madagascar.
- Ryt, M.L. et al., 1999, « La situation des patients tuberculeux à frottis positifs K au Malawi dans les cas d'abandon du traitement », in *Bulletin de l'OMS*, p.386-391.
- 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 Antananarivoville et Antsirabe », in *Int J. Tuber Lung Dis* 2, p. 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).