

Ministère de l'éducation nationale

République du Mali

Université de Bamako

Un peuple – Un But – Une Foi

Faculté de Médecine, de Pharmacie
et d'Odontostomatologie

Année universitaire 2005/2006

Thèse N°.....

TITRE

Analyse des stigmas sur la tuberculose chez les prestataires
de soins dans les centres de santé des communes 1, 5 et 6
du District de Bamako

Thèse

Présentée et soutenue publiquement le...../...../2005

Devant la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie

Par

Mr Boubacar Zoumana CISSE

Pour obtenir le grade de Docteur en médecine

(DIPLOME D'ETAT)

JURY

Président : Professeur Abdoulaye AG RHALY

Membre : Docteur NACO Alimata DIALLO

Co- directeur : Docteur Boubacar TRAORE

Directeur : Professeur Abdel Kader TRAORE

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2003 - 2004

ADMINISTRATION

DOYEN : **MOUSSA TRAORE** - PROFESSEUR

1^{ER} ASSESSEUR : **MASSA SANOGO** - MAITRE DE CONFERENCES

2^{EME} ASSESSEUR : **GANGALY DIALLO** - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

SECRETAIRE PRINCIPAL : **YENIMEGUE ALBERT DEMBELE** - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

AGENT COMPTABLE : **MADAME FATOUMATA TALL** - CONTROLEUR DE TRESOR

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophthalmologie
Mr Bocar SALL	OrthopédieTraumatologieSecourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Mohamed TOURE	Pédiatrie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-entérologie

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie - Traumatologie,

Chef de D.E.R.

Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscéral

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mme SY Aïda SOW	Gynéco Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco Obstétrique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco Obstétrique
Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco Obstétrique
Mr Sadio YENA	Chirurgie Générale
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Issa DIARRA	Gynéco Obstétrique

5. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie Réanimation
Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mr Adama SANGARE	Orthopédie Traumatologie
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie Réanimation
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Mady MAKALOU	Orthopédie Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie Obstétrique
Mme Djénèba DOUMBIA	Anesthésie Réanimation
Mr Tiemoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	ORL

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Bréhima KOUMARE	Bactériologie Virologie
Mr Siné BAYO	Anatomie Pathologie Histoembryologie
Mr Yéya T. TOURE	Biologie
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie –Mycologie

Chef de D.E.R.

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie
Mr Amadou TOURE	Histo embryologie
Mr. Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie Virologie

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdrahamane S. MAIGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Mamadou KONE	Physiologie
Mr.Massa SANOGO	Chimie Analytique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F.M. TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie Animale
Mr Abdrahamane TOUNKARA	Biochimie
Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie - Virologie
Mr Benoît KOUMARE	Chimie Analytique
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Amagana DOLO	Parasitologie
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Boureima KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie Virologie
Mr Cheik Bougadari TRAORE	Anatomie Pathologie

5. ASSISTANTS

Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie,
Chef de DER	
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entéro-Hépatologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Leprologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Medicine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mme Tatiana KEITA	Pédiatrie
Mr Diankiné KAYENTAO†	Pneumo-Phtisiologie
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie

4. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Mahamadou B. CISSE	Pédiatrie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme DIARRA Assétou SOUCKO	Médecine Interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou B. TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychiatrie
Mr Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses
Mr Soungalo DAO	Maladies Infectieuses

5. ASSISTANT

Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
------------------------	------------

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEUR

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Arouna KEITA	Matière Médicale
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie,
Chef de D.E.R.	

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Benoit KOUMARE	Chimie Analytique
Mr Drissa DIALLO	Matières Médicales
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Ababacar I. MAIGA	Toxicologie
Mr Yaya KANE	Galénique

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique,
Chef de D.E.R.	

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Moussa A. MAIGA	Santé Publique
--------------------	----------------

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique
--------------------	----------------

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE	Santé Publique
Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Alassane A. DICKO	Santé Publique

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souléymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Arouna COULIBALY	Mathématiques
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie Médicale
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mme Rokia SANOGO	Pharmacognosie
Mr Boubacar TRAORE	Pharmacognosie
Mr Saibou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire
Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale
Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
Mr Oumar THIERO	Bio statistique
Mr Mangara M. BAGAYOGO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO	Biologie Parasitologie

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA	Bromatologie
Pr. Babacar Faye	Pharmacodynamie
Pr. Eric Pichard	Pathologie infectieuse
Pr. Mounirou Cissé	Hydrologie
Pr. Amadou Papa Diop	Biochimie

Je dédie ce travail :

A ALLAH

Le tout puissant le miséricordieux.

Toi qui nous assiste depuis la naissance jusqu'à la mort, Toi qui par ta grâce m'a permis de réaliser ce travail, Merci pour le vécu et pour le futur.

A mon père feu **ZOUMANA CISSE**

Les mots me manquent pour te faire savoir à quel point tu comptais pour moi.

Tu as été plus qu'un père pour moi et mes frères, tu as été un confident et un ami, tes conseils sont toujours retenus. Tes soutiens moraux et financiers ne m'avaient jamais fait défaut.

Enfin voilà l'occasion pour te prouver toute mon affection et toute ma reconnaissance.

A ma mère **FANTA TRAORE**

Source de ma vie, pionnière de mon éducation, brave femme, dynamique, courageuse, généreuse, combattante, tu es ma fierté de tout le temps. Ton souci premier a été ma réussite et tu as consenti tous les sacrifices nécessaires, ce travail est le fruit de tes efforts. Saches que l'honneur de ce travail te revient.

Ce jour solennel soit pour toi non seulement une occasion de réjouissance, de fierté mais aussi le témoignage de toute mon affection et de tout mon attachement profond.

A ma femme **AMINATA DIAKITE**

Ton soutien tant moral que matériel et les nombreux sacrifices pendant les dures périodes des examens m'ont permis de venir à bout de ce travail. Qu'il soit le témoignage de ma profonde gratitude.

A ma fille **AISSATA B.CISSE**

Tu as souffert pendant cette période. Que DIEU te donne longue vie.

A mes frères et sœurs **SANOU CISSE, ASSETOU CISSE, OUMOU CISSE , SIRA CISSE, BINTOU CISSE, SEGA CISSE, ALPHA CISSE, AISSATA CISSE , SIDI CISSE, MAMADOU CISSE** et **AMINATA CISSE**

Il ne se passe une seconde de ma vie sans que je pense à vous.

Vous avez été pour moi une source d'inspiration avec vos bénédictions, conseils et l'amour inestimable que vous portez à mon égard. Soyez fiers de votre frère.

REMERCIEMENT

A mes tantes et oncles de Boukassoumbougou et de Kalamba coura : merci pour vos conseils, vos encouragements et vos bénédictions.

A mon oncle **Dr Seydou A. Traoré** et sa famille à Fadjiguila : ce travail est également le fruit de tes encouragements et de ton soutien matériel.

A mon cousin **Moussa Traoré** ton soutien moral m'a été d'un apport inestimable dans l'accomplissement de ce travail.

A mes amis

YACOUBA SAMAKE et MODIBO Z. DOUMBIA

Chaque moment de la vie, on fait des rencontres et celle avec vous a été le plus beau cadeau de ma vie.

A madame **Dako Sanata Koné**

Je n'oublierai jamais ton soutien indéfectible qui ma jamais fait défaut .les mots me manquent vraiment pour te prouver à quel point tu comptes pour moi

A mes amis , et internes de la FMPOS et du CNAM : **Mamadou A Touré, Djibril Boré, Harouna Kondé, Mountaga Touré, Youssouf Diakité** et Dr **Mohamed Saliou, Mme Alima Keita, Hassan Coulibaly, Sidiki Sangaré, Issa Doumbia, Lassine Cisse, Abraham Koné, Gassaka Cissoko, Marthe Samaké**

Au Dr **Karim Coulibaly** de la dermatologie du CNAM et Dr **Ismaël Diawara** du laboratoire Sandoz

A Mr **Boubacar Diallo** ingénieur Biostatisticien du CNAM merci pour ta gentillesse, ta disponibilité, ton dévouement pour la réalisation de ce travail.

A Mr **Dramane Diallo** ingénieur informaticien du CNAM merci pour ta disponibilité

A tous les prestataires de soins des centres de santé des communes 1, 5 et 6 du district de Bamako.

A tous les patients tuberculeux, je vous souhaite prompt rétablissement.

A NOS MAITRES ET JUGES

Mr le Président du jury

Pr. Abdoulaye Ag RHALY

Professeur titulaire de médecine interne

Ancien Directeur Général de l' INRSP

Ancien Secrétaire Général de l' OCCGE

Secrétaire permanent du comité national d' éthique pour la santé et les sciences de la vie

Vous nous faites ce jour un grand honneur et beaucoup de plaisir, en acceptant malgré vos multiples occupations de présider notre jury.

Votre rigueur scientifique, votre sérieux dans le travail et votre disponibilité font de vous un maître exemplaire.

Recevez à travers ce travail le témoignage de notre profonde reconnaissance .

Maître et juge

Docteur Diallo Alimata Naco

Médecin, coordinatrice National du Programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT)

Nous sommes touchés par votre simplicité et votre disponibilité. L'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail est pour nous l'occasion de vous témoigner notre profonde reconnaissance et notre estime.

Maître et co-directeur de thèse

Docteur **Boubacar Traoré**

Médecin chercheur au Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie (CNAM)

Cher Maître, nous garderons de vous un homme de science et un enseignant soucieux de la formation de ses élèves.

Votre rigueur scientifique, votre amour pour le travail bien fait et votre disponibilité font de vous un Maître respecté.

Nous vous prions d'accepter ici l'expression de notre profond respect et notre profonde gratitude.

A notre Maître et Directeur de thèse

Professeur **Abdel Kader Traoré**

Maître de conférence agrégé

Spécialiste en médecine interne

Spécialiste en communication scientifique

Président de Togunet

Membre de l'international council of Iodine Deficiency Disorder (ICCIDD)

Directeur du Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie (CNAM)

Cher Maître, nous ne vous remercierons jamais d'avoir voulu nous confier ce travail et surtout de nous aider à le réaliser grâce à votre connaissance scientifique et votre disponibilité permanente .

Votre rigueur scientifique, votre souci constant de la bonne formation de vos élèves et du travail bien fait font de vous un Maître admirable.

Trouvez ici cher Maître, l'expression de toute notre reconnaissance et de notre profond respect. Que le tout puissant vous accorde bonne santé et longévité.

SOMMAIRE

CHAPITRES

Pages

INTRODUCTION	1
Objectif général	2
Objectifs spécifiques	2
1. Généralités	3
1. 2. Historique	3
1. 2. Epidémiologie.....	5
1. 3. Définitions	6
1. 4. Physiopathologie	7
1. 5. Formes cliniques	9
1. 6. Diagnostic bactériologique	12
1. 7. Tests tuberculiques	16
1. 8. Diagnostic radiologique	17
1. 9. Autres examens	20
1. 10. Traitement	22
2. Méthodologie	24
2.1. Cadre et lieu d'étude.....	24
2.2. Type d'étude	24
2.3. Période d'étude	24
2.4. Population d'étude.....	24
2.5. Echantillonnage	24
2.6. Modalité de l'étude	24

3. Résultats	26
4. Commentaires et discussions	43
5. Conclusion et recommandations	48
6. Bibliographie	51
Fiches signalétiques	58
Serment d'Hippocrate	62

Annexes

Fiches d'enquêtes

Régime de traitement

GLOSSAIRE

ADN : Acide Désoxyribonucléique

AEG : Altération de l'Etat Général

ARN : Acide Ribonucléique

ATCD : Antécédents

BAAR : Bacille Acido-Alcool-Résistant

BCG : Bacille de Calmette et Guérin

BK : Bacille de Koch

cm : Centimètre

CNAM : Centre National d'Appui à la Lutte contre la Maladie

DOTS : Traitement Directement Supervisé (Directly Supervised Treatment)

g : Gramme

HTA : Hypertension Artérielle

IDR : Intradermoréaction à la Tuberculine

IM : Intramusculaire

Kg : Kilogramme

LCR : Liquide Céphalo-rachidien

mg : Milligramme

ml : Millilitre

mm : Millimètre

NFS : Numération Formule Sanguine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PCR : Polymerase Chain Reaction

PEV : Programme Elargi de Vaccination

PNLT : Programme National de Lutte Contre la Tuberculose

RCL : Reaction Chain Ligase

SIDA /AIDS : Syndrome d'Immunodéficience humaine Acquis (acquired immunodeficiency Syndrome)

TPM+ : Tuberculose Pulmonaire à Expectoration Positive

VIH : Virus de l'immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

La tuberculose est une maladie infectieuse due à une mycobactérie, strictement aérobie dénommée bacille de Koch. C'est une maladie connue depuis des milliers d'années. La transmission se fait essentiellement par voie aérienne et accessoirement par voie digestive. Malgré l'avènement des nouvelles mesures thérapeutiques efficaces, l'épidémie mondiale a gagné du terrain.

En 1990, 1,7 milliard de personnes étaient infectées par le bacille tuberculeux dans le monde [21].

L'incidence des nouveaux cas était de 8 millions en 1992.

Le taux le plus élevé se trouve en Afrique (220/100 000 habitants) [21]. Et plus de 2 millions des cas de tuberculose surviennent chaque année en Afrique Subsaharienne. Ces chiffres augmentent rapidement sous l'effet de l'épidémie du VIH/SIDA.

Le VIH et la tuberculose accélèrent mutuellement leurs progressions et forment une association meurtrière. En 1992, 12,7% des tuberculeux étaient séropositifs pour le VIH [22].

Dans la majorité des pays de l'Afrique subsaharienne 30 à 70% des personnes atteintes de tuberculose seraient positives au VIH/SIDA [10].

La tuberculose reste la 5ème cause de décès dans le monde par maladie contagieuse et la première due à un seul agent infectieux.

Elle représente 26% des morts évitables dans les pays en développement [21].

Au Mali, en 1999, on estime que l'incidence annuelle des nouveaux cas de tuberculose est de 80 pour 100 000 habitants (moyenne nationale) [49].

Depuis l'adoption de la stratégie de traitement DOTS, on obtient de plus en plus des taux de guérison encourageant. Cette stratégie DOTS n'est pas restée sans problèmes auxquels sont confrontés les patients tuberculeux.

La prise en charge du patient tuberculeux se heurte à un certain nombre de problèmes, dont la stigmatisation. Cette stigmatisation du patient tuberculeux représente un problème réel d'une part dans l'entourage et d'autre part chez le personnel soignant. Ceci gêne considérablement sa réinsertion.

Le but de notre travail est d'analyser ces stigmas chez le personnel sanitaire pour comprendre leur attitude à l'égard du patient tuberculeux.

Ce genre d'étude a été réalisé par une équipe des chercheurs du CNAM et du PNLT en collaboration avec l'école de santé publique de l'Université Libre de Bruxelles à Kita et Yanfolila en 2003. L'absence d'études disponibles en milieu urbain nous a motivé à reprendre une telle étude dans les commune 1, 5 et 6 du district de Bamako. Les objectifs de notre étude sont les suivants :

Objectif général

-Analyser les stigmas chez le personnel de santé.

Objectifs spécifiques

- Identifier les causes que les prestataires pensent être les raisons pour lesquelles un patient peut tarder à consulter.
- Identifier les problèmes que les prestataires pensent que les patients tuberculeux peuvent rencontrer.
- Identifier les causes d'abandon de traitement que les prestataires pensent être les plus importantes.
- Identifier les problèmes rencontrés par les prestataires de soins.

1. GENERALITES :

1.1. Historique :

La tuberculose est connue depuis des milliers d'années ; on a d'ailleurs pu identifier des séquelles de cette maladie sur des momies égyptiennes. Les Grecs la nommaient « phtisie », c'est à dire une consommation, la comparant à un feu intérieur qui brûlait les viscères.

Aux âges obscurs, l'infection tuberculeuse était pour les hébreux un des châtiments divins. Hippocrate (5^{ème} - 4^{ème} siècle), Galien (2^{ème} siècle) tentaient déjà de donner une explication à cette maladie mais qui était le plus souvent confondue avec bien d'autres affections pulmonaires.

Il faudra attendre les 18^{ème} et 19^{ème} siècles pour faire la part de ce qui revient dans la phtisie à la tuberculose et progresser significativement dans la compréhension de cette maladie.

C'est ainsi que « les caries vertébrales » du moyen âge ont été reconnues comme d'origine tuberculeuse par P. POTT (1713-1788) [16].

G. B. MORGANI (1682-1771) a fait faire des progrès spectaculaires à l'anatomie pathologique clinique, ce qui a permis à G. L. BAYLE (1774-1816) de décrire la granulation miliaire et les aspects anatomiques de la phtisie tuberculeuse. Peu à peu le mot phtisie va tomber en désuétude jusqu'à être définitivement écarté du vocabulaire en 1891. Il va être remplacé par « tuberculose », employé pour la première fois dans son sens actuel par le médecin allemand SCHÖNLEIN en 1834 [16, 22].

C'est surtout grâce aux travaux de H. LAENNEC que la tuberculose a trouvé son identité. Dans son livre "De l'auscultation médiate", publié en 1819, il isole et reconnaît la tuberculose qu'il distingue des autres affections pulmonaires. Il affirme son unicité tant sur le plan anatomique que sur le plan clinique.

La tuberculose devenait alors un fléau et conduit à la création d'établissements spécialisés (sanatoriums) dont le premier fut ouvert en 1854 en Allemagne.

En 1865, JA. VILLEMIN, s'appuyant sur les expériences qu'il avait pratiqué sur les lapins conclut que la tuberculose est le fait d'un agent causal spécifique.

En 1882, R. KOCH découvre le bacille tuberculeux humain : *Mycobacterium tuberculosis* et réussit sa culture sur sérum de bœuf coagulé en 1884. Il mis au point la tuberculine.

En 1895, W. C. ROENTGEN découvre les rayons X, et C. FORLANINI (1847-1918) réalisa les premières radiographies pulmonaires en Italie dès 1896.

En 1885, ZIEHL et NEELSEN mirent au point une méthode de coloration spécifique aux mycobactéries basée sur leur acido-alcool-resistance. Cette méthode de coloration est aujourd'hui utilisée dans les laboratoires d'analyses médicales pour le diagnostic biologique de la tuberculose [16].

A partir de 1895 de nombreuses mycobactéries furent découvertes.

En 1909 la tuberculine fut utilisée par C. MANTOUX (1879-1947).

A. CALMETTE (1863-1933), médecin et C. GUERIN (1872-1961), vétérinaire avaient constaté que l'ensemencement d'une souche virulente de *Mycobacterium bovis* sur un milieu fait de pomme de terre, bile de bœuf et de glycérine n'altérait, en dehors de son pouvoir pathogène aucun des caractères principaux du bacille, notamment pas celui d'induire une allergie. Des ensemencements répétés 230 fois entre 1906 et 1921 ont rendu la souche inoffensive.

Dès 1921 la vaccination par le BCG (bacille de Calmette et Guérin) est utilisée chez l'homme.

La chimiothérapie antituberculeuse est apparue à la fin de la deuxième guerre mondiale. En effet, jusqu'aux années 1950, les traitements antituberculeux furent lourds et très souvent inefficaces. En 1944, S.A. WAKSMAN découvre le premier antibiotique actif contre le bacille tuberculeux : la streptomycine [16]. D'autres médicaments seront découverts dans les vingt années qui ont suivi :

- l'éthambutol en 1951,
- l'isoniazide et le pyrazinamide en 1952,
- l'éthionamide en 1956,
- la rifampicine en 1969.

La disponibilité d'un traitement efficace a eu cependant un impact très favorable sur l'évolution de la tuberculose. Pourtant, sa régression avait commencé avant la découverte des antibiotiques suite à l'amélioration des conditions de vie de la population.

Ce fait illustre bien le caractère social de cette maladie dont l'apparition et l'évolution sont fortement liées à la pauvreté.

1.2. Epidémiologie :

On estime qu'un tiers de la population mondiale est déjà infecté par la maladie. Chaque année, environ 8,4 millions de nouveaux cas naissent de ce réservoir d'infection, et 1,9 millions de personnes meurent des suites de la tuberculose.

Les populations pauvres et marginalisées des pays en voie de développement sont les plus touchées : 95 % de l'ensemble des cas et 98% des décès [34].

Au début des années 1980, l'intérêt porté à la tuberculose dans les pays industrialisés avait presque disparu pour se porter sur les maladies respiratoires chroniques non transmissibles.

Dans les pays en développement, la tuberculose reste une des maladies dont la morbidité et la mortalité sont les plus élevées.

En 2002, l'OMS a donné une estimation de l'incidence de la tuberculose dans le monde résumée dans le tableau I.

TABLEAU I : ESTIMATION DE L'INCIDENCE DE LA TUBERCULOSE ET DE LA MORTALITE PAR TUBERCULOSE EN 2002.

Estimation de l'incidence de la tuberculose et de la mortalité par tuberculose, 2002						
Région de l'OMS	Nombre de cas (en millier)		Cas pour 100 000 habitants		Décès par tuberculose (y compris chez les VIH-positifs)	
	Toutes formes (%)	Frottis positif	Toutes formes	Frottis positif	Nombre (en millier)	Pour 100000 hbts
Afrique	2354 (26)	1000	350	149	556	83
Amériques	370 (4)	165	43	19	53	6
Asie du sud-Est	2890 (33)	1294	182	81	625	39
Europe	472 (5)	211	54	24	73	8
Méditerranée Est	622 (7)	279	124	55	143	28
Pacifique Ouest	2090 (24)	939	122	55	373	22
Ensemble du monde	8797(100)	3887	141	63	1823	29

Source : [34]

1.3. Définitions :

La tuberculose est une maladie résultant des effets pathogènes sur l'organisme du bacille de Koch qui appartient au genre *Mycobacterium* [6].

1.3.1. La tuberculose pulmonaire :

Elle résulte de la localisation pulmonaire du bacille tuberculeux. On distingue 2 formes : la tuberculose pulmonaire à microscopie négative et la tuberculose pulmonaire à microscopie positive.

1.3.1.1. La tuberculose pulmonaire à microscopie négative :

Elle est diagnostiquée chez les patients répondants à l'un des critères suivants :

- ceux avec au moins trois échantillons de crachats négatifs pour le BAAR à l'examen direct, des anomalies radiologiques compatibles avec une tuberculose pulmonaire ;
- ceux avec au moins deux séries de trois échantillons de crachats négatifs prélevés à 10-15 jours d'intervalle et des anomalies radiologiques compatibles avec une tuberculose pulmonaire active et persistante malgré un traitement antibiotique à large spectre non spécifique ;
- ceux avec au moins un échantillon de crachats ne contenant pas de BAAR et dont la culture est positive.

1.3.1.2. La tuberculose pulmonaire à microscopie positive :

Elle est diagnostiquée chez les patients répondants à l'un des critères suivants :

- ceux avec au moins deux échantillons de crachats positifs pour le BAAR à la microscopie directe ;
- ceux avec au moins un échantillon de crachat positif pour le BAAR et des anomalies radiologiques compatibles avec une tuberculose pulmonaire évolutive ;
- ceux avec au moins un échantillon de crachat positif pour le BAAR et une culture positive pour *Mycobacterium tuberculosis* pour le même échantillon [37].

1.3.2. **La tuberculose extra pulmonaire :**

C'est la localisation du bacille tuberculeux dans un organe autre que le poumon.

1. 4. Physiopathologie :

1.4.1. Agent pathogène :

La tuberculose est une maladie infectieuse due à une mycobactérie, bacille acido-alcool-resistant, aérobie strict, immobile, non capsulé, asporulé, communément dénommé bacille tuberculeux, dont la variété la plus répandue est représentée par le bacille de type humain, *Mycobacterium tuberculosis* (99% des cas).

Dans les régions d'élevage, les bovidés peuvent être infectés par une autre variété, *Mycobacterium bovis*, transmissible à l'homme (1% des cas).

En Afrique on a identifié chez l'homme un bacille de type intermédiaire, *Mycobacterium africanum*, dont la pathogénicité est la même que *Mycobacterium tuberculosis* [13].

Le bacille tuberculeux est un bacille à croissance lente (division toutes les 20 heures) avec un taux élevé de mutants résistants aux antibiotiques.

1.4.2. Transmission :

La localisation la plus fréquente de la maladie tuberculeuse est pulmonaire (80-90% des cas). C'est elle qui en raison de sa contagiosité est responsable de la transmission du bacille. Cette dernière se fait par l'intermédiaire des aérosols bacillaires émis par les malades atteints de lésions ouvertes de tuberculose pulmonaire, c'est à dire ceux dont l'expectoration contient des germes mis en évidence par l'examen microscopique direct.

Les gouttelettes de pflüge émises par ces malades se transforment en noyaux microscopiques (1 à 10 micromètres) demeurant longtemps en suspension dans l'air ambiant. Ces bacilles, une fois inhalés, vont se loger au niveau des alvéoles pulmonaires et créer la lésion initiale.

Il arrive cependant que des particules bacillifères plus grosses soient émises par les malades mais lorsqu'elles sont inhalées par les sujets en contact, elles sont retenues par le mucus bronchique et rejetées à l'extérieur ou avalées. Les bacilles déposés sur la peau ou sur les muqueuses saines sont rarement infectants.

1.4.3. Primo-infection :

La primo-infection tuberculeuse est la conséquence de la première pénétration du bacille de KOCH dans un organisme indemne de tout contact antérieur et donc anergique.

Les bacilles inhalés vont entraîner une réaction immunitaire de type cellulaire qui aboutit à la formation d'un granulome ou chancre d'inoculation. Cette réponse immunitaire se développe dans les 2 à 6 semaines suivant l'infection et se traduit par la positivité des réactions à la tuberculine.

La primo-infection tuberculeuse est habituellement silencieuse cliniquement. Pour un petit nombre de sujets seulement, elle peut mener directement à la tuberculose maladie : 6% des enfants de moins de cinq ans et 9% des 10 à 25 ans feront une tuberculose évolutive dans les cinq ans [12]. Pour un autre petit groupe de sujets, la tuberculose maladie apparaîtra à partir de foyers tuberculeux quiescents, contemporains de la primo-infection, après un délai plus ou moins long (réactivation endogène).

Cette primo-infection peut être responsable de signes généraux, de symptômes respiratoires et ou d'anomalies radiologiques. L'expression clinique la plus fréquente est un syndrome infectieux avec ou sans splénomégalie. Le tableau peut être réduit à l'association d'une asthénie, d'une anorexie et d'un amaigrissement sans cause bien précise identifiée, voire à une simple asthénie isolée. On peut avoir d'autres manifestations :

- **La typhobacillose de Landouzy** : elle simule le tableau d'une fièvre typhoïde avec une fièvre progressive en plateau située entre 39 et 40°C, des sueurs abondantes à prédominance nocturne, une tachycardie et souvent une splénomégalie.
- **La kératoconjonctivite phlycténulaire** : d'apparition isolée ou accompagnée de discrets symptômes généraux, d'une rougeur conjonctivale, en plusieurs points, de petites phlyctènes de la taille d'une tête d'épingle.
- **L'érythème noueux** : fait de nodosités de 1 à 4 centimètres de diamètre enchâssées dans le derme et l'hypoderme, saillantes sous la peau, douloureuses,

siégeant à la face antero-interne des jambes, s'étendant aux cuisses et au bord cubital des avant-bras.

- **Les adénopathies** : elles peuvent être médiastinales siégeant dans les zones inter bronchiques ou latérorachéales, parfois associées à un trouble de ventilation segmentaire ; ou cervicales, sous maxillaires, axillaires. Sans traitement, elles évoluent vers la caséification, le ramollissement et la fistulisation.

1. 5. Formes cliniques:

1.5.1. La tuberculose pulmonaire commune :

La tuberculose pulmonaire est le résultat soit d'une surinfection exogène à partir d'un sujet très contagieux (tuberculose primaire), soit d'une réinfection tuberculeuse, granulome ou tuberculose pulmonaire insuffisamment ou non traitée ayant laissé en place des bacilles vivants (tuberculose secondaire).

Généralement les lésions anatomiques et la symptomatologie clinique ne sont pas proportionnelles.

Dans certains cas le tableau clinique est celui d'une maladie respiratoire aiguë : hémoptysie, épanchement pleural, pneumothorax, infection broncho-pulmonaire aiguë, bronchites récidivantes ne régressant pas de façon satisfaisante sous antibiothérapie usuelle. Le plus souvent, les symptômes s'installent progressivement sur plusieurs semaines ou plusieurs mois et persistent. La toux est le signe le plus fréquent ; elle est d'abord sèche puis productive. L'asthénie ne cède pas au repos, l'amaigrissement peut être rapide, la fièvre bien tolérée passe souvent inaperçue et accompagnée d'hypersudation à prédominance nocturne.

La progression des lésions parenchymateuses ou pleurales peut expliquer une dyspnée ; d'abord à l'effort, puis permanente.

La tuberculose complique le plus souvent le déficit immunitaire dû au VIH. Lorsque les deux infections coexistent, l'effet est cumulatif : l'infection par le VIH exacerbe la tuberculose et celle-ci pourrait accélérer la progression de l'infection par le VIH.

Chez les sujets séropositifs pour le VIH, la symptomatologie peut être atypique ; une fièvre prolongée, une perte de poids inexplicables constituent des signes d'appel suffisants pour initier une recherche de tuberculose.

1.5.2. La Tuberculose extra- pulmonaire :

Les malades présentant une tuberculose extra pulmonaire ne sont pas contagieux s'il n'y a pas de localisations pulmonaires associées. Néanmoins elle doit être systématiquement recherchée en cas de tuberculose pulmonaire. On peut avoir :

1.5.2.1. La pleurésie tuberculeuse :

Elle est en général unilatérale, mais peut être bilatérale dans un quart des cas. Elle est isolée ou associée à l'atteinte d'une autre séreuse ou à une tuberculose pulmonaire. Le liquide est citrin, sérofibrineux, riche en lymphocytes. La pleurésie hémorragique et le pneumothorax sont peu fréquents. Le BK recherché par l'examen direct ou la culture est rarement retrouvé. La biopsie pleurale à l'aiguille d'Abrams permet un diagnostic rapide lorsqu'elle montre des granulomes caséeux.

1.5.2.2. La méningite tuberculeuse :

Elle se raréfie depuis la généralisation de la vaccination par le BCG dans le cadre du programme élargi de vaccination (PEV). Par contre le développement du SIDA risque de faire remonter sa prévalence.

Les enfants et les adultes jeunes sont surtout atteints. Dans sa forme typique la méningite basilaire associe un syndrome méningé et un syndrome infectieux progressif et peu intense : fièvre au long cours, otalgie, vomissement. La raideur méningée est moins nette qu'au cours des méningites purulentes. A la ponction lombaire le LCR est classiquement clair, avec une lymphocytose, une hyperalbuminorachie et une hypoglucochorachie.

Sa gravité nécessite la mise en route rapide du traitement.

La létalité avoisine 30%. Des séquelles fonctionnelles s'observent dans plus d'un tiers des cas : hémiplégie, paralysie des paires crâniennes, cécité par atrophie optique, troubles sensoriels, calcifications intracrâniennes,

1.5.2.3. La tuberculose ganglionnaire :

Très fréquente sous nos tropiques, les adénopathies médiastinales, hilaires sont en général de taille modérée, mais peuvent parfois obstruer une bronche. En périphérie les adénopathies sont surtout cervicales, puis axillaires et inguinales. Initialement

fermes et mobiles, les ganglions sont ensuite fixés par une péri adénite avec peu de signes inflammatoires. Les fistules externes à bord irrégulier laissent ensuite sourdre un pus caséux qui se recouvre de croûtes. Le diagnostic repose sur la recherche de BK et la biopsie ganglionnaire.

1.5.2.4. La Tuberculose ostéo-articulaire :

La forme la plus fréquente est le mal de pott qui est l'atteinte de la partie antérieure du corps vertébral. Le BK peut atteindre une ou plusieurs vertèbres par voie hémotogène. Il provoque une nécrose caséuse des bords ou du stroma des corps vertébraux qui s'effondrent et déforment le rachis avec apparition d'une gibbosité. La moelle et les racines nerveuses peuvent être lésées par des abcès intrarachidiens ou des lésions osseuses.

Les Symptômes rachidiens sont des douleurs radiculaires ou vertébrales, des raideurs localisées du rachis avec le signe de la sonnette.

1.5.2.5. Autres localisations possibles :

- la tuberculose péritonéale, la péricardite tuberculeuse
- la tuberculose hépatique et/ou splénique, la tuberculose iléo-cæcale
- la tuberculose cutanée etc....

1.5.3. La Miliaire tuberculeuse :

Elle traduit une dissémination du bacille tuberculeux par voie hémotogène. Les lésions tuberculeuses s'étendent à un grand nombre d'organes ; d'où le terme de "tuberculoses disséminées" préféré par certains auteurs. C'est une forme grave mettant en jeu le pronostic vital. Elle représente moins de 2% des tuberculoses et environ 10% des tuberculoses extra pulmonaires [59].

Elle réalise le tableau d'une maladie aiguë généralisée ; le début est variable brutal avec ascension thermique à 40°C, mais il est le plus souvent progressif avec une asthénie croissante, un amaigrissement, des céphalées, des nausées et une insomnie.

A l'examen on objective :

- un gargouillement de la fosse iliaque associé à un météorisme ;
- une hépato-splénomégalie discrète.

Il convient de rechercher d'autres localisations.

L'examen de fond d'œil peut mettre en évidence des granulations choroïdiennes, témoignant d'une dissémination dans la circulation céphalique.

1.6. Diagnostic bactériologique :

Le diagnostic de certitude de la tuberculose repose sur la mise en évidence du BK dans les produits pathologiques.

Dans la tuberculose pulmonaire, elle permet la recherche des sujets bacillifères qui sont à l'origine de la dissémination de la maladie.

1. 6. 1. Examen direct d'expectoration :

1.6.1.1. Principe :

Les mycobactéries, du fait de la structure de leur paroi, ne prennent pas les colorants usuels comme ceux utilisés pour la coloration de Gram. Elles sont capables en revanche d'être colorées par la fuchsine ou l'auramine et de conserver ces colorants malgré l'action conjointe de l'acide et de l'alcool. Elles sont dites acido- alcool-résistantes (BAAR).

Il est impératif d'effectuer le prélèvement si possible avant tout traitement antimycobactérien. L'utilisation de récipients stériles, à usage unique et à fermeture hermétique est recommandée. Il faut éviter la contamination pouvant être à l'origine d'examen faussement positif.

En cas de négativité des expectorations ou devant la difficulté pour un patient d'émettre des crachats de qualité, les produits d'aspiration trachéale ou trachéo-bronchique seront recueillis à l'aide d'une sonde d'aspiration.

En hospitalisation, des tubages gastriques sont également réalisés chez les malades à jeun, alités depuis la veille et le plutôt possible après le réveil.

1.6.1.2. Coloration :

La structure pariétale des mycobactéries permet la fixation irréversible de colorants tels que la fuchsine et l'auramine ou la rhodamine, d'où une spécificité de 100% de cette méthode pour les mycobactéries [21].

- La méthode de Ziehl-Neelsen :

La technique de référence pour colorer ces bactéries est la méthode de Ziehl-Neelsen, utilisant la fuchsine phéniquée à chaud, suivie d'une décoloration par une solution d'acide et d'alcool mélangé, et d'une contre coloration au bleu de méthylène. L'observation des frottis se fait au grossissement (objectif x 100) du fait de la taille des BAAR, et une observation d'au moins 300 champs est nécessaire avant de rendre un résultat négatif (20min/lame). Cela représente l'inconvénient majeur de cette technique pour l'observation en série de nombreux frottis.

Les mycobactéries apparaissent comme de fins bacilles plus ou moins réguliers, roses sur un fond bleu, bleu-vert.

- la méthode de la fluorescence :

Plusieurs laboratoires ont remplacé la technique de Ziehl-Neelsen par celle de la coloration à l'auramine phéniquée, qui présente les mêmes propriétés que la fuchsine pour colorer les mycobactéries. L'observation est effectuée sur un microscope à fluorescence, à l'objectif x 25, ce qui permet d'examiner la totalité du frottis en 5 minutes, au moins.

1.6.1.3. Notation des résultats :

Le nombre de bacilles observés dans un frottis reflète la gravité de la maladie et de la contagiosité du malade. Il est donc important de noter le nombre de bacilles observés sur chaque frottis. Le tableau ci dessous montre la méthode de notation des résultats.

TABLEAU II : NOTATION DES RESULTATS DE L'EXAMEN DIRECT D'EXPECTORATION.

Nombre de BAAR observés	Champs examinés en immersion	Réponse à rendre
- zéro (o) BAAR	300 champs	Négatif
- 1-3 BAAR	100 champs	Douteux- à reprendre
- 1-9 BAAR	100 champs	Faiblement positif
- 10-99 BAAR	100 champs	1+
- 1-10 BAAR	Par champs	2+
- plus de 10 BAAR	Par champs	3+

Source : [37]

Si le frottis est correctement préparé, il est vraisemblable que le nombre de bacilles qu'il contient sera lié à la concentration des bacilles dans les crachats. La probabilité de ne pas trouver de BAAR dans les frottis diminue constamment lorsque la concentration des bacilles dans les expectorations augmente. Quand la concentration des bacilles dans les expectorations atteint 100 000 par ml, la probabilité d'un résultat négatif approche de zéro [54].

1.6.1.4. Sensibilité de l'examen microscopique :

L'examen microscopique n'est pas très sensible puisqu'il faut de 5000 à 10000 bacilles par ml de crachat pour que l'on puisse voir au moins un BAAR sur un frottis avec une probabilité supérieure à 95% [56]. L'examen de plusieurs échantillons en général trois, améliore la sensibilité de la technique.

Malgré ses limites, l'examen microscopique est une étape essentielle du diagnostic de la tuberculose puisqu'il permet de détecter rapidement, en pratique en moins d'une heure, les malades les plus bacillifères, donc les plus contagieux pour leur entourage.

Près de 50 % des malades atteints de tuberculose pulmonaire à culture positive ont des bacilles visibles à l'examen microscopique.

En cas d'infection par le VIH, le taux de positivité des frottis dépend du degré de la déficience immunitaire.

1.6.1.5. Résultats faussement positifs :

- Particules acido résistantes :

Il arrive qu'un échantillon de crachats ou un frottis contiennent des particules qui sont acido résistantes, c'est à dire que, traitées par la méthode de Ziehl-Neelsen, elles retiennent le colorant rouge (fuchsine phéniquée) et résistent à la décoloration par l'acide et l'alcool. Les particules rouges peuvent parfois ressembler à des bacilles tuberculeux.

Ce sont certaines particules alimentaires (par exemple des cires, des huiles), des précipités, d'autres micro-organismes, des matières inorganiques et des artéfacts.

- Contamination par transfert de bacilles d'un frottis à l'autre :

Il peut arriver que des bacilles soient transférés accidentellement d'une lame positive à une lame négative, lorsque plusieurs lames sont traitées simultanément dans des cuves à coloration ou à décoloration.

Des bacilles peuvent également être transférés accidentellement si la baguette de verre ou le compte-gouttes utilisé pour appliquer l'huile à immersion sur la lame touche la surface d'une lame positive et enlève un peu de frottis.

1.6.1.6. Résultats faussement négatifs :

Ils sont habituellement dus à des insuffisances dans la préparation, la coloration et la lecture de la lame. Le recueil correct de l'échantillon et la sélection soignée des particules de crachats sont des éléments essentiels de la préparation du frottis. On devra y porter une attention toute spéciale.

1.6.2. Diagnostic à partir de la culture :

La culture est beaucoup plus sensible que l'examen microscopique et permet l'identification de la mycobactérie isolée, ainsi que la mesure de la sensibilité aux antibiotiques. En raison des exigences nutritives et de la croissance lente de la majorité des espèces mycobactériennes (en moyenne 20 heures pour le temps de dédoublement de *Mycobacterium tuberculosis*), il est nécessaire d'employer des milieux de culture enrichis et de décontaminer les prélèvements avant de les ensemercer.

Le milieu solide à l'œuf de Löwenstein-Jensen est le milieu le plus couramment employé. Lors de la primo culture, les colonies de *Mycobacterium tuberculosis* s'y développent en moyenne en 21 à 28 jours. Dès l'apparition de colonies constituées, après vérification microscopique de BAAR, les cultures sont déclarées positives. Les résultats sont exprimés quantitativement en nombre de colonies par tube.

1.7. Tests tuberculiques :

Ils ont pour but de mettre en évidence l'allergie spécifique de type retardé.

Un résultat positif signifie simplement qu'une primo-infection a eu lieu, anciennement ou non ; sauf chez les tout-petits, où il implique l'existence grave, voire mortelle sans traitement d'une infection tuberculeuse ; mais ne préjuge en aucune façon l'existence actuelle d'une tuberculose maladie.

En revanche, la connaissance d'un virage récent permet de poser avec certitude le diagnostic de primo-infection tuberculeuse. Les moyens utilisés sont la percuti-réaction et l'intradermoréaction [12].

1.7.1. La percuti-réaction :

La tuberculine est appliquée sur l'épiderme qu'elle pénètre s'il est assez fin. Le procédé est utilisé chez les enfants. Chez l'adulte, l'épaisseur habituelle des téguments en rend les résultats inconstants. On recourt soit à la pommade (Moro Patch), soit au timbre tuberculinique.

1.7.2. L'intradermoréaction :

Sous nos tropiques, l'IDR (intradermoréaction) de Mantoux est la méthode la plus employée.

On utilise habituellement la tuberculine lyophilisée de l'Institut Pasteur (tuberculine IP 48, intradermoréactions à 104). Ailleurs, on utilise souvent la tuberculine RT 23 additionnée de Tween 80 ; 2 unités, conseillée par l'OMS et dont l'action est voisine. La réaction est positive s'il existe au 3^{ème} jour une induration palpable au point d'inoculation. L'interprétation de ces tests exige une grande prudence pour éviter les erreurs par excès ou par défaut.

Les maladies anergisantes classiques telles que la rougeole, la coqueluche, le SIDA, la sarcoïdose, les lymphomes hodgkiniens ou la malnutrition peuvent donner des réactions faussement négatives. A l'inverse, certaines mycobactéries atypiques positivent l'IDR.

1.7.2.1. Technique :

La technique est simple mais doit être rigoureuse et précise. Elle consiste à injecter dans le derme une quantité connue de tuberculine purifiée. On injecte au niveau de la face dorsale de l'avant bras, au 1/3 moyen de sa ligne médiane, 1/10 ml de tuberculine à l'aide d'une seringue divisée en 1/10 et d'une aiguille très courte, très fine et surtout à biseau très court. On enfonce la pointe de l'aiguille, biseau vers le haut, presque parallèlement à la peau, pour ne faire pénétrer que le biseau de l'aiguille, tout en étirant fermement la peau entre le pouce et l'index, dans l'axe du bras, de manière à bien fixer la peau. L'injection de 1/10 ml crée une papule au

niveau de laquelle la distension des pores provoque le phénomène de « peau d'orange » qui permet de s'assurer que l'injection a bien été intradermique. La dimension de la papule produite ne doit pas être prise en considération : seul compte le volume injecté qui doit être exactement de 1/10 ml pour obtenir un test de 10 unités de tuberculine.

1.7.2.2. Résultat :

La lecture se fait à la 72^{ème} heure par la mesure de l'induration évaluée en millimètres dans son diamètre horizontal. On doit pour cela effleurer soigneusement du bout des doigts, afin de déterminer le contour de l'induration. Celle-ci est plus ou moins facile à déceler car elle peut présenter divers aspects, depuis celui d'une papule indurée très ferme et très circonscrite jusqu'à un œdème de consistance molle à limites floues. Ce dernier type d'induration, souvent exempt d'érythème, peut facilement passer inaperçu.

1.8. Diagnostic radiologique :

La tuberculose est le plus grand imitateur radiologique, c'est à dire capable de ressembler à quasiment toutes les autres affections pulmonaires ; pourtant il existe plusieurs aspects radiologiques hautement suggestifs.

Il existe diverses images évocatrices dont aucune n'est pathognomonique. Habituellement la tuberculose chez l'adulte siège et creuse aux sommets. La topographie des lésions surtout parenchymateuses, apicales et postérieures est préférentielle ; L'explication semble être la plus grande pression intra alvéolaire de l'oxygène favorable aux bacilles de Koch [39].

1.8.1. Description des lésions :

L'on distingue deux phases évolutives de l'atteinte pulmonaire par la tuberculose.

- La tuberculose primaire ou primo-infection
- La tuberculose secondaire ou la tuberculose commune.

1.8.2. Primo-infection :

L'expression habituelle est principalement radiologique. On peut distinguer :

- Les adénopathies médiastinales isolées :

Unilatérales en général, parfois bilatérales et plus souvent à droite, latérotrachéales, sus bronchiques, inter bronchiques et/ou inter trachéo-bronchique.

- Les adénopathies avec chancre :

Souvent volumineux, lorsqu'il est visible, le chancre se situe fréquemment dans les lobes inférieurs.

- Les adénopathies avec fistulisation ganglio-bronchique :

Des lésions nodulaires apparaissent dans les champs pulmonaires, conséquence de la dissémination ganglio-bronchique.

- Les adénopathies associées à un épanchement pleural :

C'est une forme plutôt rencontrée chez l'adolescent et l'adulte jeune, mais aussi parfois plus tardivement.

1.8.3. Tuberculose pulmonaire commune :

- Les nodules :

Ils sont très fréquents, de taille variable (1-2 mm jusqu'à 1 cm) isolés ou confluents à limites plus ou moins floues. Ils siègent surtout dans les sommets ou régions sous claviculaires, souvent des deux cotés.

- Les opacités en plages (lobes tuberculeux) :

Elles sont moins fréquentes et se caractérisent par une densification massive, systématisée ou non, homogène ou non, fréquemment excavée et parfois rétractile (figure 1).

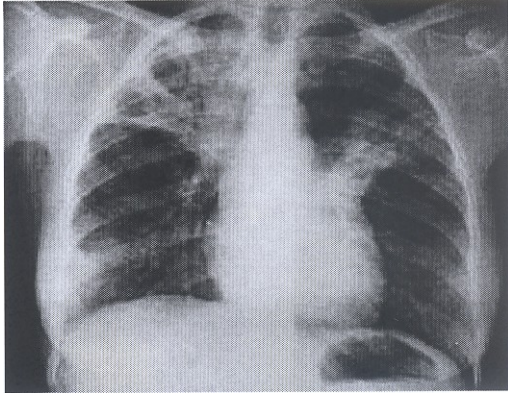


Figure 1 : opacité systématisée du lobe supérieur droit avec des excavations.

- Les cavités :

Il s'agit de cavités plus ou moins arrondies à parois épaisses et parfois irrégulières formant un contour complet, reliées au hile par une bronche de drainage à parois épaisses. Elles peuvent siéger en n'importe quel territoire des champs pulmonaires mais plus souvent dans les zones supérieures et postérieures, les nodules satellites sont fréquents dans le voisinage de ces cavités (Figure 2).

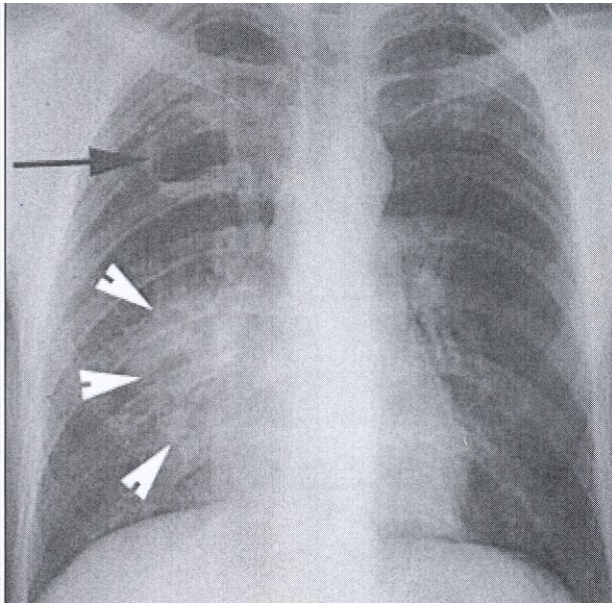


Figure 2 : caverne apicale droite contenant un niveau hydro-aérique. La communication bronchique s'est compliquée d'une dissémination bronchogène au niveau de la base droite.

- Le tuberculome :

Opacité macro nodulaire ayant en général une taille de 1-4cm. Le tuberculome peut croître ou rester stable dans le temps (Figure 3).

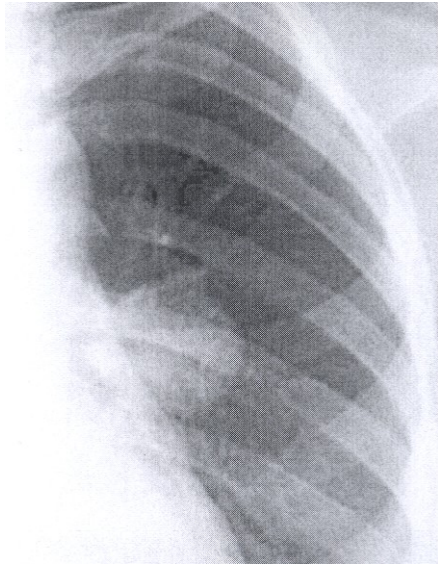


Figure 3 : grande opacité à projection hilare gauche de contours réguliers.

1. 9. Autres examens : Nouvelles méthodes

1.9.1. La respirométrie, radiométrie ou BACTEC :

C'est une méthode de détection rapide de la croissance des mycobactéries en milieu liquide. Elle est basée sur la mesure du CO₂ marqué par le carbone 14 libéré par les mycobactéries au cours de leur croissance .

Des quantités minimales de CO₂ marqué pouvant être mesurées, la présence de mycobactéries est détectée précocement, en moyenne 8 à 14 jours après mise en culture selon que les prélèvements soient positifs ou non à l'examen microscopique. C'est actuellement la méthode la plus rapide pour la réalisation de l'antibiogramme effectué en moyenne en 7 jours.

1.9.2. Les méthodes immunologiques :

De nombreux essais ont été effectués pour mettre au point une sérologie spécifique de la tuberculose. Jusqu'ici, aucun d'entre eux n'a donné de résultats satisfaisants probablement parce que les antigènes utilisés, aussi purifiés soient-ils, contiennent des déterminants antigéniques présents chez l'ensemble des mycobactéries, et

entraînent des réactions croisées entre *Mycobacterium tuberculosis* et les autres mycobactéries.

1.9.3. Le test immuno-chromatographique (ICT) :

Le test ICT ou kit ICT tuberculosis Amrad est un test rapide basé sur la détection d'anticorps contre *Mycobacterium tuberculosis* dans le sang total, le plasma, le sérum ou les fluides des sites extra pulmonaires tels que les fluides pleuraux, péritonéaux ou lymphatiques chez les patients atteints de tuberculose.

Le test utilise de nombreux antigènes sécrétés par *Mycobacterium tuberculosis* pendant une infection active. Il s'est avéré négatif chez les sujets infectés par le VIH, donc il n'est pas efficace dans le diagnostic de la tuberculose dans les pays à forte prévalence de l'infection par le VIH [32].

1.9.4. Les techniques d'amplification génique :

Les techniques d'amplification génique consistent à amplifier et détecter une séquence nucléique spécifique. Ces méthodes ont la potentialité d'identifier spécifiquement les bacilles tuberculeux en quelques heures, directement dans les échantillons cliniques, sans que le préalable d'une culture bactérienne soit nécessaire. Elles regroupent différentes techniques. Les plus répandues sont la réaction en chaîne par polymérase (PCR), la réaction en chaîne par ligase (RCL), l'amplification iso thermique d'ARN via un intermédiaire d'ADN.

Pour les produits à microscopie négative et culture positive, la sensibilité est de l'ordre de 80 % et la spécificité de 97 à 98 % ; en d'autres termes, le taux de faux positifs est de 2 à 3 %. [8].

1.10. Traitement :

Le traitement de toutes les formes de tuberculose repose sur la prise régulière d'antibiotiques. Le repos et l'arrêt des activités professionnelles sont décidés en fonction de l'état clinique et/ou de la situation sociale du malade.

1.10.1. Les médicaments antituberculeux :

Les cinq médicaments antituberculeux majeurs sont :

- l'isoniazide = H, (3 - 5 mg / kg / jour, posologie à ajuster si dosage individuel possible)
- la rifampicine = R, (10mg / kg / jour, 10 – 15 mg / jour chez les enfants)
- le pyrazinamide = Z, (30 - 35 mg / kg / jour)
- l'éthambutol = E, (20 – 25 mg / kg / jour)
- la streptomycine = S, (1g / jour chez l'adulte, 30 mg / kg / jour chez l'enfant en une injection Im)

L'isoniazide et la rifampicine sont de puissants bactéricides actifs contre tous les types de bacilles. La streptomycine est efficace contre les germes en multiplication rapide. L'éthambutol est bactériostatique. Le pyrazinamide est actif en milieu acide contre les bacilles intracellulaires ; en association à trois autres antituberculeux majeurs, il permet de raccourcir la durée du traitement.

1.10.2. Les schémas thérapeutiques :

Les médicaments antituberculeux peuvent être prescrits selon :

- un schéma d'une seule prise quotidienne en auto administration ou en traitement supervisé (DOTS). Il s'applique à tout nouveau cas de tuberculose pulmonaire ou extra pulmonaire. Il dure 8 mois comprenant une phase initiale de 2 mois avec quatre antituberculeux suivie d'une phase de continuation de 6 mois avec deux antituberculeux. 2RHZE / 6EH

- un schéma de retraitement comprenant une phase initiale de 2 mois avec 5 antituberculeux, suivie d'un mois avec 4 antituberculeux, puis d'une phase de tri thérapie prolongée à 5 mois. 2RHZES / 1RHZE / 5R₃H₃E₃

1.10.3. Les résultats du traitement :

Le résultat du traitement d'une tuberculose, au moins en ce qui concerne les formes pulmonaires bacillaires est évalué selon 6 catégories. Ces catégories sont basées sur le résultat bactériologique de fin de traitement et sont rapportées dans le tableau III

TABLEAU III : RESULTAT DU TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE BACILLAIRE.

Guérison	Patient qui a achevé son traitement et a eu des résultats de frottis négatifs au 5 ^e mois et à la fin du traitement.
Traitement achevé	Patient qui a achevé son traitement mais n'a eu aucun ou seulement un résultat de frottis négatif à 5 mois ou après.
Echec de traitement	Patient qui reste bacillaire 5 mois ou plus après le début du traitement.
Décès	Patient qui décède pendant le traitement quelle qu'en soit la cause.
Traitement interrompu	Patient dont le traitement est interrompu pendant 2 mois ou plus avant la fin prévue ou non terminé 9 mois après le début.
transfert	Patient qui a été transféré dans un autre centre.

Source : [37]

1.10.4. La vaccination par le BCG :

Le BCG est un vaccin préparé à partir de bacilles tuberculeux bovins. Ces derniers sont vivants mais ont perdu leur virulence. Le BCG n'empêche pas l'infection par le bacille tuberculeux mais protège les enfants contre les formes graves de la maladie (méningite, formes disséminées...). La protection de l'adulte est controversée (environ un cas sur deux) ; il a donc peu d'impact sur l'épidémiologie.

2. METHODOLOGIE

2.1. Cadre et lieu d'étude :

Notre étude a été réalisée dans trois centres de santé de référence et les centres de santé communautaires impliqués dans la prise en charge des patients tuberculeux des communes 1, 5 et 6 du District de Bamako. Le choix de ces communes a été motivé par les difficultés rencontrées dans les rapports d'activités par le PNLT.

Le centre de santé de référence d'une commune, est le premier niveau de prise en charge dans les communes. A cet effet il a un rôle de supervision et de centralisation des informations sanitaires.

2.2. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude qualitative transversale descriptive à passage unique.

2.3. Période d'étude :

L'étude a été effectuée de janvier 2004 à octobre 2004.

2.4. Population d'étude :

La population d'étude a été tous les prestataires de soins (n=196) dans les centres de santé de référence et les centres de santé communautaire impliqués dans la prise en charge du patient tuberculeux.

2.5. Echantillonnage :

L'échantillonnage a été exhaustif.

- ***Critères d'inclusion***

Tous les prestataires de soins qui travaillent dans les centres de santé de référence et les centres de santé communautaire impliqués dans la prise en charge du patient tuberculeux dans les communes concernées par notre étude

- ***Critères de non inclusion***

Le refus de participer à l'étude.

Les centres de santé communautaire ne réalisant pas la prise en charge du patient tuberculeux.

Les prestataires absents au moment de la période de l'étude

2.6. Modalité de l'étude :

Avant l'enquête, nous avons pris contact avec les médecins chefs des centres de santé concernés afin d'avoir une autorisation pour effectuer l'enquête, recenser et informer le personnel de la réalisation de l'enquête.

Au moment de l'étude, un questionnaire a été soumis à tous les prestataires en vue d'être rempli sous la supervision de l'enquêteur.

Le rôle du superviseur était d'expliquer au personnel non impliqué dans la prise en charge du patient tuberculeux, les questions qui paraissaient difficiles.

2.7. Saisie et analyse des données :

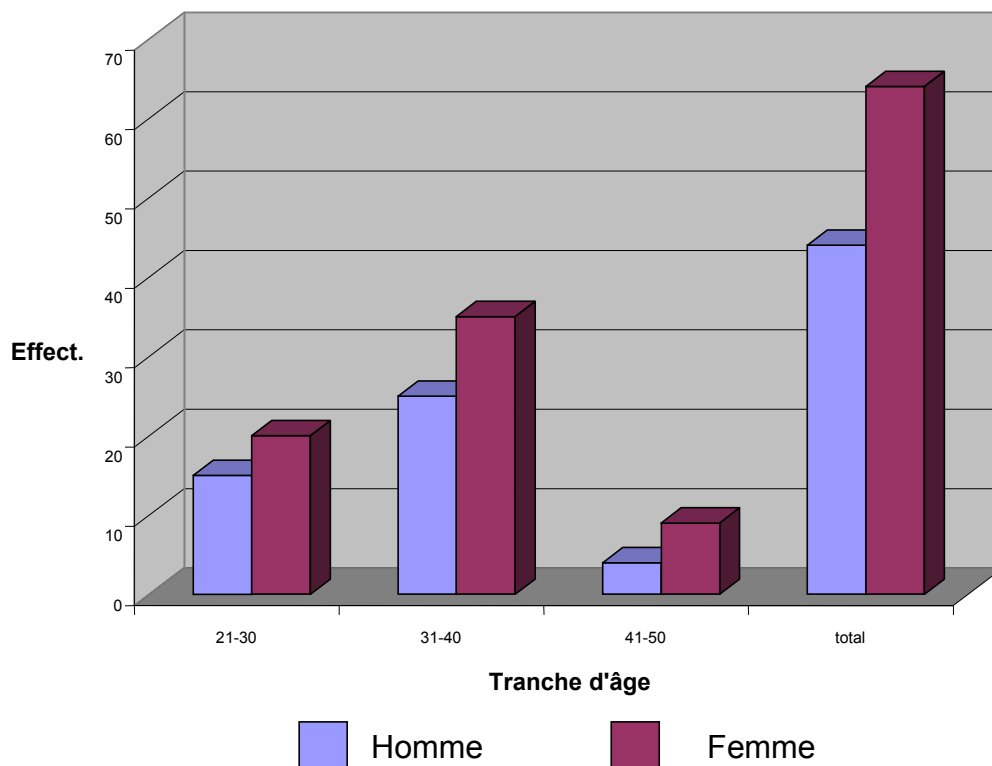
Les données recueillies lors de l'enquête ont été saisies sur EPI INFO version 6 et analysées sur SPSS.

3. RESULTATS :

3.1. Résultats sociodémographiques :

Au total nous avons interrogé 108 prestataires de soins sur 196 attendus dans 13 structures sanitaires dont 3 CSRéf et 10 CSCoM. Il ressort de l'analyse des données, les résultats suivants :

3.1.1. Résultats en fonction de l'âge et du sexe :



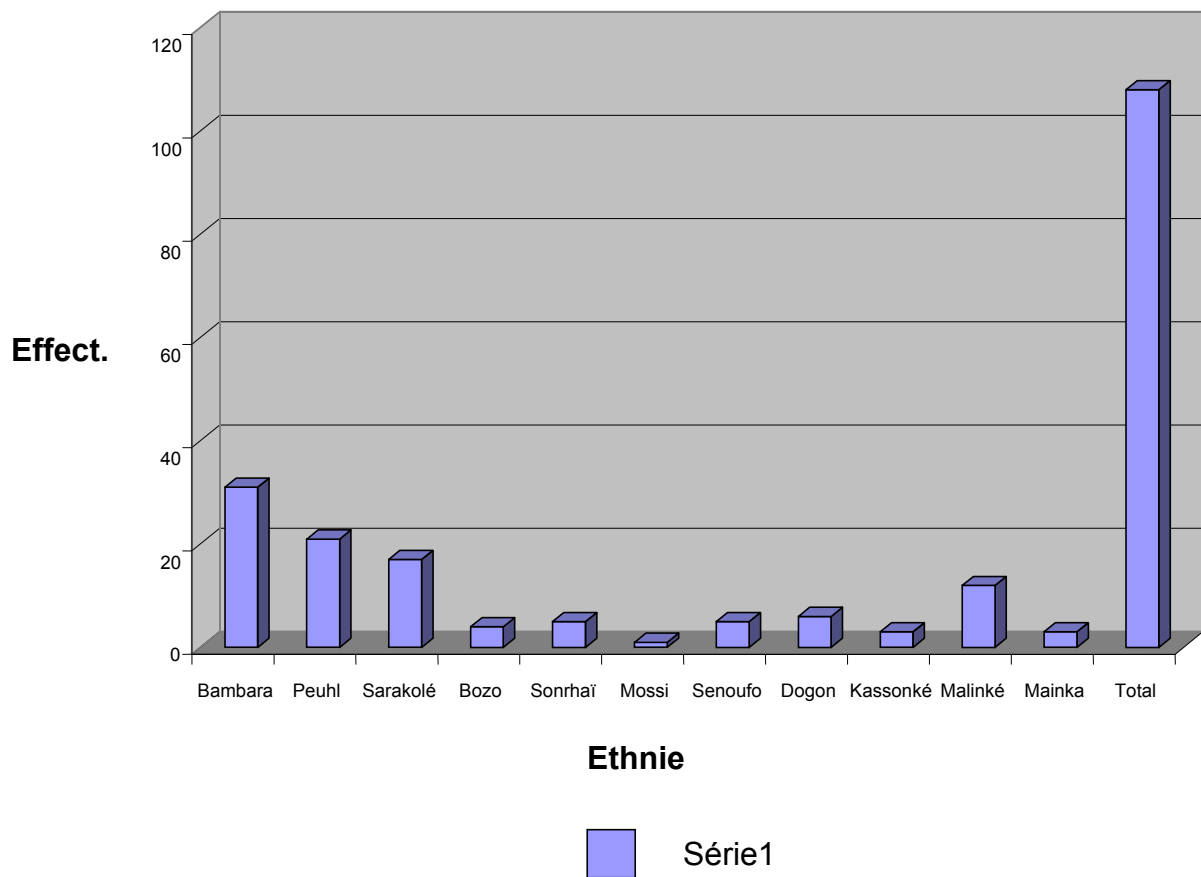
Graphique 1 : répartition du personnel sanitaire en fonction de l'âge et du sexe

La tranche d'âge médiane a été de 31-40 ans.

L'âge moyen était de 34 +/- 5 ans avec des extrêmes à 23 ans et 49 ans.

Les femmes ont représenté 59,3% des prestataires interrogés et les hommes 40,7%

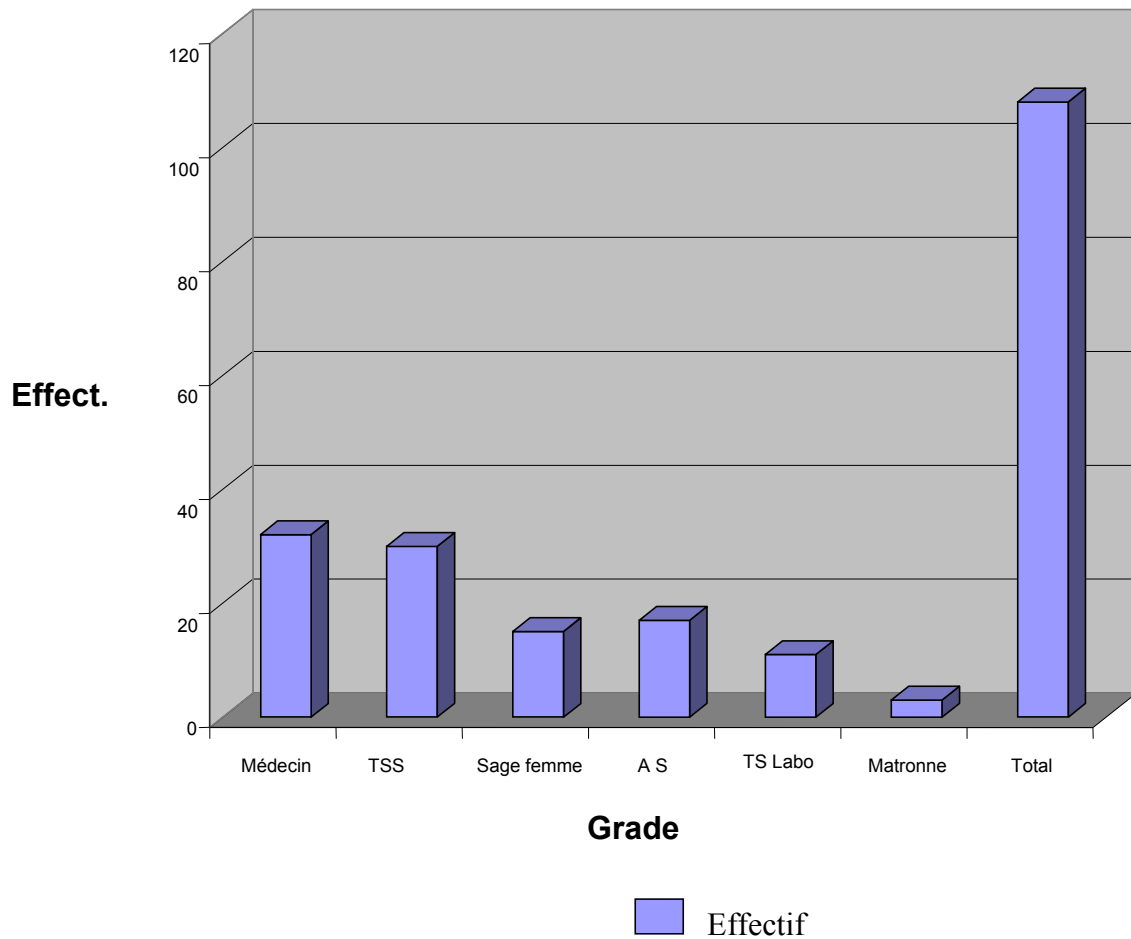
3.1.2. Résultats en fonction de l'ethnie :



Graphique 2 : répartition du personnel sanitaire en fonction de l'ethnie

Les ethnies les plus représentées ont été successivement les Bambaras (32%), les Peulhs (22%) et les Sarakolés (18%).

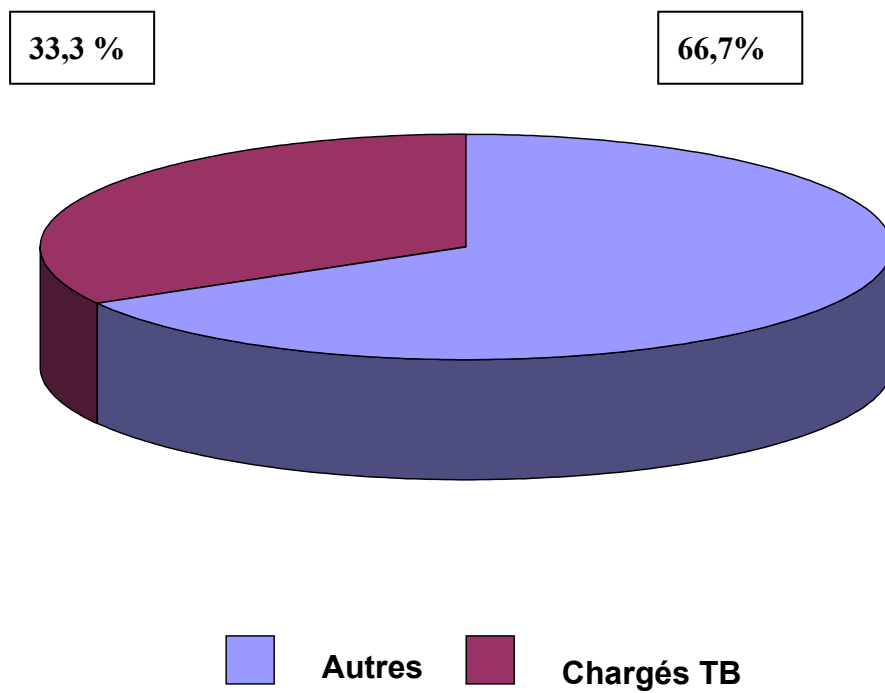
3.1.3. Résultats en fonction du grade :



Graphique 3 : répartition du personnel sanitaire en fonction du grade

Les grades les plus représentés dans notre étude ont été respectivement les médecins (32%), les techniciens supérieurs de santé (30%) et les sages femmes (18%).

3.1.4. Résultats en fonction de la qualification :



Graphique 4 : répartition du personnel sanitaire en fonction de la qualification

Les prestataires de soins chargés de tuberculose ont représenté 33,3%

3.2. Analyse des stigmas :

TABLEAU IV : RAISONS POUR LES QUELLES UN PATIENT PEUT TARDER A CONSULTER

Réponses	Nbre Rep posi	%
Parce qu'il pense que tousser n'est pas un problème important	77	71,3
Parce qu'il pense qu'il sera mieux soigné par un guérisseur traditionnel ou un médecin privé	77	71,3
Parce qu'il a peur des piqûres	57	52,8
Parce qu'il habite loin du centre de santé	56	51,9
Parce qu'il craint d'être diagnostiqué comme tuberculeux, une maladie très mal vue par la communauté	56	51,9
Parce qu'il ne sera pas bien accueilli lors son arrivée au centre de santé	51	47,2
Parce qu'il pense que le centre de santé ne peut rien faire pour l'aider	47	43,5
Parce que cela coûte trop cher (transport, prix de la consultation, prix des médicaments,....)	44	40,7
Parce que les heures d'ouverture de la structure ne lui permettent pas de venir (par exemple, il travaille et ne peut s'absenter pour consulter)	27	25
Parce qu'il préfère dépenser l'argent nécessaire au transport et à la consultation pour acheter une radio ou une TV,....	20	18,5

Les raisons les plus fréquentes pour les quelles un patient peut tarder à consulter ont été :

- Tousser n'est pas un problème important (71,3%),
- Le patient sera mieux soigné par un guérisseur traditionnel ou un médecin privé (71,3%),
- Le malade a peur des piqûres (52,8%).

TABLEAU V : INFORMATIONS IMPORTANTES A DONNER A UN PATIENT NOUVELLEMENT DIAGNOSTIQUE COMME TUBERCULEUX

Réponses	Nbre Rep posi	%
Si vous ne prenez pas bien vos médicaments, vous ne serez jamais guéri, vous mourrez, et de plus vous transmettez à vos proches cette maladie	84	77,8
Il serait bien de discuter avec votre famille de votre maladie afin de voir si certains ne souffrent pas aussi de la tuberculose.	80	74,1
Vous pouvez avoir des douleurs articulaires et des douleurs abdominales suite à la prise de médicaments. Il ne faut pas hésiter à nous en parler, des médicaments existent pour vous aider à les supporter.	79	73,1
Vous devrez prendre des médicaments pendant 6 à 8 mois, tous les jours, mais au bout du traitement, vous serez guéri.	78	72,2
Il ne faut plus manger avec votre famille et vous devez utiliser de couverts personnels dont personne d'autre ne se servira.	78	72,2
Vous devez informer vos voisins et les personnes avec qui vous travaillez de votre maladie, afin qu'elles viennent se faire dépister pour savoir si elles ont été contaminées.	70	64,8
Vous ne pouvez plus vous occuper de vos enfants tant que vous êtes malade (embrasser, jouer avec eux,....)	56	51,9
Vous ne devez plus dormir avec votre conjoint.	48	44,4
Si vous étiez venu plus tôt au centre de santé, vous n'auriez pas contracté la tuberculose. Que cela vous serve de leçon pour futur.	39	36,1
Vous pouvez continuer à mener une vie tout à fait normale, continuer à travailler, à rencontrer vos amis.	36	33,3

Les informations les plus importantes à donner à un patient nouvellement diagnostiqué comme tuberculeux ont été :

- Si vous ne prenez pas bien vos médicaments, vous ne serez jamais guéri, vous mourrez, et de plus vous transmettez à vos proches cette maladie (77,8%),
- Il serait bien de discuter avec votre famille de votre maladie afin de voir si certains ne souffrent pas aussi de la tuberculose (74,1%),
- Vous pouvez avoir des douleurs articulaires et des douleurs abdominales suite à la prise de médicaments. Il ne faut pas hésiter à nous en parler, des médicaments existent pour vous aider à les supporter (73,1%).

TABLEAU VI : LES RAISONS LES PLUS FREQUENTES D'ABANDON DE TRAITEMENT

Réponses	Nbre Rep posi	%
Parce qu'ils croient que les médicaments contre la tuberculose ont de nombreux effets secondaires (par exemple, ils rendent stériles,..)	68	63,0
Parce que cela leur coûte cher de venir prendre les médicaments tous les jours sous supervision (frais de transport, perte de journées de travail,..)	58	53,7
Parce qu'une fois qu'ils se sentent mieux, ils pensent être guéris.	41	38,0
Parce qu'ils refusent de comprendre que c'est pour leur bien qu'ils doivent prendre le traitement 6 ou 8 mois.	40	37,0
Parce que leur famille ne les soutient pas suffisamment.	36	33,3
Parce qu'ils ont peur de prendre si longtemps des médicaments.	26	24,1
Parce qu'ils n'ont pas été à l'école et sont donc incapables de comprendre les explications que le personnel de santé leur donne.	24	22,2
Parce qu'ils ne veulent plus être vus comme tuberculeux dans la communauté	16	21,7
Parce que le personnel de santé ne passe pas suffisamment de temps à discuter avec eux l'utilité de prendre des médicaments pendant si longtemps, des difficultés que cela peut représenter et comment résoudre ces difficultés.	14	13,0
Parce que les effets secondaires des médicaments sont trop importants	13	12,0
Parce qu'ils ne sont pas suffisamment bien accueillis lors de leur venue au centre (file d'attente très longue, reproches, pas de bonjour,..) et craignent donc les visites au centre.	6	5,6

Les raisons les plus fréquentes d'abandon de traitement ont été :

- Les malades croient que les médicaments contre la tuberculose ont de nombreux effets secondaires (par exemple, ils rendent stériles,..) (63,0%),
- Cela coûte cher au malade de venir prendre les médicaments tous les jours sous supervision (frais de transport, perte de journées de travail) (53,7%),
- Une fois qu'ils se sentent mieux, les malades pensent être guéris (38,0%).

TABLEAU VII : L'ORIGINE DU REJET SOCIAL DES PATIENTS TUBERCULEUX

Réponses	Nbre Rep posi	%
Le personnel de santé transmet des messages d'informations qui incitent l'entourage du patient à le rejeter (dormir séparé, manger isolement,...)	69	63,9
La communauté a peur des patients tuberculeux car elle pense qu'ils sont victimes d'un mauvais sort	68	63,0
Les communautés ne connaissent pas bien la tuberculose, son mode de transmission et les mesures de précautions à prendre et à ne pas prendre lorsqu'une personne est contaminée	64	59,3
La famille n'est pas suffisamment solidaire et n'entoure pas suffisamment le patient.	63	58,3
Le personnel de santé a peur de la tuberculose et rejette inconsciemment le patient.	61	56,5
La tuberculose est une maladie contagieuse et donc les patients doivent être isolés. S'ils se sentent rejetés à cause de cela, c'est parce qu'ils n'ont pas un niveau d'éducation suffisant pour le comprendre.	58	53,7
La structure de santé est organisée de telle façon que le patient est discriminé (file d'attente séparée, sanitaire séparés, ...), ce qui influence la perception de la communauté sur les risques liés à la maladie.	44	40,7
La communauté pense que la tuberculose est une maladie honteuse (qu'on contracte par exemple lors de rapports sexuels hors mariage....)	39	36,1
Ce sont les patients eux-mêmes qui s'isolent, et non la communauté qui les rejettent.	15	13,9

Selon les prestataires, l'origine du rejet social provient du fait que :

- Le personnel de santé transmet des messages d'informations qui incitent l'entourage du patient à le rejeter (dormir séparé, manger isolement,...) (63,9%),
- La communauté a peur des patients tuberculeux car elle pense qu'ils sont victimes d'un mauvais sort (63,0%),
- Les communautés ne connaissent pas bien la tuberculose, son mode de transmission et les mesures de précautions à prendre et à ne pas prendre lorsqu'une personne est contaminée (59,3%).

TABLEAU VIII : PROBLEMES ECONOMIQUES RENCONTRES PAR LES PATIENTS TUBERCULEUX

Réponses	Nbre Rep posi	%
Manque de revenu	54	50
Coût du transport	9	8,3
Problèmes de nourriture	5	4,6
Traitement non décentralisé	1	0,9
Pas de problèmes	10	9,3

Les problèmes économiques les plus fréquemment rencontrés par patients tuberculeux ont été :

- Le manque de revenu (50%)
- Le coût du transport (8,3%)
- Les problèmes de nourritures (4,6%)

TABLEAU IX : CAUSES DES PROBLEMES ECONOMIQUES RENCONTREES PAR LES PATIENTS TUBERCULEUX

Réponses	Nbre Rep posi	%
Faiblesses dues à la maladie	27	25
Chômage	16	14,8
Pauvreté	12	11,1
Rejet social	3	2,8
Traitement long	2	1,9
Accès difficile	2	1,9
Contamination	1	0,9
Non prise en charge gratuite des maladies associées à la tuberculose	1	0,9

Les causes des problèmes économiques rencontrées ont été :

- La faiblesse due à la maladie (25%)
- Le chômage (14,8%)
- La pauvreté (11,1%)

TABLEAU X : LES PROBLEMES LES PLUS FREQUENTS QUE RENCONTRE LES PATIENTS TUBERCULEUX

Réponses	Nbre Rep posi	%
Ils souffrent de rejet social et familial	78	72,2
Ils craignent de mourir	76	70,4
Ils souffrent de toux, de fièvre et de faiblesse.	75	69,4
Ils ont des problèmes économiques suite à leur maladie	69	63,9
Ils perdent leur travail	46	42,6
Ils souffrent des effets secondaires des médicaments	43	39,8
Ils contaminent leurs proches	40	37,0
Ils pensent qu'ils resteront toujours « un peu tuberculeux » ou à risque de rechutes	40	37,0
Ils éprouvent des difficultés à se retrouver dans le système de santé (chemin du patient : difficultés à trouver le bon endroit pour recevoir les soins adéquats, difficultés pour se rendre au laboratoire, difficultés pour revenir à la consultation,...)	38	35,2
Ils ne comprennent pas leur maladie, son origine, son traitement et les modes de prévention	29	26,9

Les problèmes les plus fréquemment rencontrés par les patients tuberculeux ont été :

- Les patients souffrent de rejet social et familial (72,2%),
- Les patients craignent de mourir (70,4%),
- Les patients souffrent de toux, de fièvre et de faiblesse (69,4%).

TABLEAU XI : QUESTIONS LES PLUS IMPORTANTES QU'UN PRESTATAIRE DE SOINS DOIT POSER A UN PATIENT DIAGNOSTIQUE COMME TPM+

Réponses	Nbre Rep posi	%
Y-a-t-il d'autres personnes dans votre famille qui toussent ?	85	78,7
Depuis combien de temps toussiez-vous ?	80	74,1
Avez-vous de la fièvre ?	62	57,4
Habitez-vous loin du centre de santé, et comment venez-vous tous les jours ? N'est-ce pas trop cher ? croyez-vous que vous arriverez à venir tous les jours	44	40,7
Avez-vous perdu du poids ?	41	38
Avez-vous des questions à poser ?	39	36,1
Ne faudrait-il pas rencontrer votre famille pour discuter avec elle de la maladie ?	34	31,5
Que pensez-vous du fait de prendre des médicaments pendant 6 (ou 8 mois selon le contexte) mois ?	33	30,6
Avez-vous des allergies à certains médicaments ?	27	25,0
Où allez-vous dormir maintenant que vous avez la tuberculose ? Avec votre conjoint ou seul ?	20	18,5
Y a-t-il quelqu'un qui peut vous aider dans les tâches quotidiennes au début de la maladie ?	19	17,6
Dans votre travail comment pensez-vous que cela va se passer ? Souhaitez-vous annoncer le diagnostic à vos employeurs, pensez-vous que vous pouvez perdre votre emploi ?	17	15,7
Que puis-je faire pour vous aider ?	6	5,6

Les questions les plus importantes qu'un prestataire de soins doit poser à un patient nouvellement diagnostiqué comme TPM+ ont été :

- Y-a-t-il d'autres personnes dans votre famille qui toussent ? (78,7%),
- Depuis combien de temps toussiez-vous ? (74,1%),
- Avez-vous de la fièvre ? (57,4%)

TABLEAU XII : QUELQUES AFFIRMATIONS DES PRESTATAIRES DE SOINS

Réponses	Nbre Rep Posi	%
On ne peut pas faire confiance au patient pour la prise des médicaments.	59	54,6
Tous les patients qui doivent faire des examens d'expectorations vont toujours 3 fois au laboratoire et vont toujours rechercher leurs résultats de laboratoire.	56	51,9
Un patient avec 2 examens BK+ doit subir une radio pulmonaire afin de confirmer le diagnostic	55	50,9
La tuberculose se transmet lorsque les conditions d'hygiène ne sont pas respectées par les communautés	52	48,1
Une fois guéri de la tuberculose, un ancien patient est plus à risque qu'une autre personne de souffrir à nouveau de cette maladie	51	47,2
Le traitement pour les patients tuberculeux séropositifs dure plus longtemps et comporte plus de médicaments que le traitement des patients séronégatifs.	48	44,4
Le patient doit produire son expectoration à l'extérieur du laboratoire	42	38,9
Les patients souffrant de tuberculose ne sont plus contagieux après 15 jours de traitement	40	37,0
Il faut avertir l'employeur du patient que ce dernier est tuberculeux	39	36,1
Il faudrait faire un test sida à tout patient souffrant de tuberculose, sans nécessairement lui en parler, car le risque de co-infection est très grand.	35	32,4
Lorsqu'ils ont la tuberculose, les patients séropositifs récents souffrent plus fréquemment de forme à expectorations négatives que les patients séronégatifs.	31	28,7
Si on ne porte pas un masque lors de la supervision de la prise des médicaments, on peut être contaminé par la tuberculose.	27	25,0
Les patients séropositifs ne doivent pas faire d'examens de crachats pour le diagnostic de TB, il faut leur faire une radio.	25	23,1
Un patient qui tousse depuis 3 semaines, même 3 fois négatifs à l'examen BK doit commencer un traitement	16	14,8

Les affirmations les plus fréquentes chez les prestataires de soins ont été :

- On ne peut pas faire confiance au patient pour la prise des médicaments (54,6%),
- Tous les patients qui doivent faire des examens d'expectorations vont toujours 3 fois au laboratoire et vont toujours rechercher leurs résultats de laboratoire (51,9%),
- Un patient avec 2 examens BK+ doit subir une radio pulmonaire afin de confirmer le diagnostic (50,9%).

TABLEAU XIII : LE RÔLE DU PATIENT PENDANT SA MALADIE

Réponses	Nbre Rep posi	%
Il doit présenter au médecin tous les signes et symptômes de sa maladie	65	60,2
IL doit expliquer au prestataire de difficultés qu'il peut rencontrer dans le suivi de son traitement (difficultés à venir tous les jours au centre de santé, à effectuer les tâches ménagères,...)	55	50,9
Il doit veiller à ne transmettre la maladie à personne	45	41,7
Il doit poser les question relatives à sa maladie (durée, nombre de médicaments,...)	37	34,3
Il doit aller trouver toutes les personnes qu'il a fréquentées au cours des derniers mois pour leur dire qu'il souffre de tuberculose et qu'ils doivent aller se faire dépister.	27	25,0
Il n'a pas de rôle à jouer, il doit obéir aux conseils du médecin ou de l'infirmière puisque ce sont eux les professionnels et que ce sont eux qui connaissent les problèmes liés à la maladie.	25	23,1
Il ne doit rater aucun rendez-vous et ne pas arriver en retard.	23	21,3
Il doit participer à la prise de décision relative à sa maladie (par exemple, décider avec le prestataire de soins s'il prendra ses médicaments à la maison, avec le support d'un proche, ou bien au centre de santé,...)	19	17,6
Il doit être poli et aimable avec les infirmiers et médecins	10	9,3

Selon les prestataires de soins, les rôles les plus importants que doit jouer un patient pendant sa maladie ont été que :

- Le patient doit présenter au médecin tous les signes et symptômes de sa maladie (60,2%), Le patient doit expliquer au prestataire les difficultés qu'il peut rencontrer dans le suivi de son traitement (difficultés à venir tous les jours au centre de santé, à effectuer les tâches ménagères,...) (50,9%),
- Le patient doit veiller à ne pas transmettre la maladie à personne (41,7%).

TABLEAU XIV : LES DIFFICULTES LES PLUS FREQUEMMENT RENCONTREES PAR LES PRESTATAIRES DE SOINS

Réponses	Nbre Rép posi	%
J'éprouve des craintes face au risque de contamination que je prends en travaillant avec les patients tuberculeux	76	70,4
J'éprouve des difficultés à faire accepter aux patients qu'ils doivent prendre leurs médicaments pendant 8 mois, même si cela est cher, ou leur prend du temps pour venir à la structure de santé	54	50,0
J'éprouve des difficultés liées au fait que les patients ne sont pas reconnaissant des soins que je leur donne	42	38,9
J'éprouve des difficultés à adapter les soins offerts aux besoins des patients (difficultés à adapter les horaires de travail aux horaires des patients, difficultés à adapter le coût des consultations aux moyens des patients,....)	29	26,9
Je ne peux pas suivre les normes du programme National de lutte contre la tuberculose dans ma structure de soins, avec mes patients	24	22,2

Les difficultés les plus fréquemment rencontrées par les prestataires de soins ont été :

- Craintes face au risque de contamination que je prends en travaillant avec les patients tuberculeux (70,4%),
- Difficultés à faire accepter aux patients qu'ils doivent prendre leur médicament pendant 8 mois même si cela est ou leur prend du temps pour venir à la structure de santé (50,0%),
- Difficultés liées au fait que les patients ne sont pas reconnaissants des soins que je leur donne (38,9%).

TABLEAU XV : RAISONS QUI EMPÊCHENT LES PRESTATAIRES DE SOINS DE FAIRE DES VISITES AU DOMICILE DES PATIENTS

Réponses	Nbre Rép posi	%
Non concernés par le programme tuberculose	16	14,8
Manque de moyens de déplacement	15	13,9
Adresses incomplètes des patients	5	4,6
Non (Ne font pas les visites à domicile)	5	4,6
Crainte d'être contaminé par la tuberculose	3	2,8
Non formés au suivi des patients	2	1,9
Ne faisant pas la recherche active des patients	2	1,9
Manque de temps	2	1,9
Malades trop nombreux	1	0,9

Les raisons qui empêchent les prestataires à faire des visites au domicile des patients ont été :

- Le manque de moyens de déplacement (13,9%)
- Les adresses incomplètes des patients (4,6%)

TABLEAU XVI : BUT DES VISITES AU DOMICILE DES PATIENTS

Réponses	Nbre Rép posi	%
Pour le suivi du patient	20	18,5
Rassurer le patient et son entourage	3	2,8
Retrouver les perdus de vue	3	2,8
Devoir du médecin	2	1,9
Combattre la maladie	1	0,9

Les buts des visites au domicile des patients les plus évoqués ont été :

- Pour le suivi du patient (18,5%)
- Rassurer le patient et son entourage (2,8%)
- Retrouver les perdus de vue (2,8%)

TABLEAU XVII : FREQUENCES DES VISITES AU DOMICILE DES PATIENTS

Réponses	Nbre Rép posi	%
Une (1) fois par mois	7	6,5
Une (1) fois par semaine	7	6,5
Une (1) fois par jour	6	5,6
Deux (2) fois par semaine	3	2,8
Chaque fois que le patient ne vient pas au rendez-vous	3	2,8
Deux (2) à trois (3) fois par mois	1	0,9
De temps en temps	1	0,9

Les fréquences des visites au domicile les plus évoqués ont été :

- Une (1) fois par mois (6,5%)
- Une (1) fois par semaine (6,5%)
- Une (1) fois par jour (5,6%)

TABLEAU XVIII : PROBLEMES LES PLUS IMPORTANTS DU FONCTIONNEMENT DU PREMIER ECHELON DE SOINS

Réponses	Nbre Rép posi	%
Manque de volonté chez les patients	7	6,5
Séparation des patients tuberculeux avec d'autres malades	2	1,9
Ruptures des médicaments	2	1,9

Les problèmes les plus importants du fonctionnement du premier échelon de soins ont été :

- Le manque de volonté chez les patients (6,5%)
- La séparation des patients tuberculeux avec d'autres malades (1,9%)
- Les ruptures des médicaments (1,9%)

TABLEAU XIX : PROBLEMES LES PLUS IMPORTANTS DE LA PRISE EN CHARGE DE PATIENTS TUBERCULEUX

Réponses	Nbre Rép posi	%
Mauvaise observance du traitement des patients	3	2,8
Refus du patient d'accepter sa maladie	3	2,8
Non respect des moyens d'hygiène	3	2,8
Refus d'adhérer au traitement	1	0,9

Les problèmes les plus importants de la prise en charge de patients tuberculeux ont été :

- La mauvaise observance du traitement des patients (2,8%)
- Le refus du patient d'accepter sa maladie (2,8%)
- Le non respect des moyens d'hygiène (2,8%)

4. COMMENTAIRE ET DISCUSSION :

Très peu de travaux ont été consacrés à l'analyse des stigmas chez les prestataires de soins dans le cadre de la tuberculose. L'une des études les plus récentes est l'"approche centrée sur le patient tuberculeux" réalisée à Kita et Yanfolila en 2003 par TRAORE A.K. et al.[60] en collaboration avec le Programme National du Lutte contre la Tuberculose du Mali et l'Université Libre de Bruxelles. Cette étude a porté sur 26 prestataires de soins dans les centres de santé de référence de Kita (12 prestataires) et Yanfolila (14 prestataires). Notre population d'étude est nettement supérieure à celle de TRAORE A.K. et al.[60].

Notre étude, descriptive, s'est limitée à l'analyse des stigmas chez les prestataires de soins dans 3 communes (1, 5 et 6) du District de Bamako, sans prendre en compte les stigmas des malades, des parents de malades et de la communauté.

Dans notre étude, nous avons observé 59,3% de femmes contre 40,7% d'hommes. L'âge moyen était de 34 +/- 5 ans avec des extrêmes à 23 ans et 49 ans. Les ethnies les plus représentées ont été respectivement les bambaras (32%), les peulhs (42%) et les Sarakolés (18%).

Les corps les plus représentés étaient respectivement les médecins (32%), les techniciens supérieurs de santé (30%) et les sages femmes (18%). Les chargés de tuberculose ont représenté 33,3% de la population d'étude.

Ces données socio démographiques n'ont pas été analysées spécifiquement dans les études réalisées à Kita et Yanfolila par TRAORE A.K. et al. [60]

De l'analyse des stigmas, il ressort que :

Les raisons les plus fréquentes pour les quelles un patient peut tarder à consulter ont été : [tableau IV]

- Tousser n'est pas un problème important (71,3%),
- Le patient sera mieux soigné par un guérisseur traditionnel ou un médecin privé (71,3%),
- Le malade a peur des piqûres (52,8%).

Nos réponses 1 et 3 diffèrent des celles trouvées par TRAORE A.K. et al. [60]. Seule la réponse 2 est semblable à celle de TRAORE A.K. et al. [60] qui ont trouvé 77,8%

Les informations les plus importantes à donner à un patient nouvellement diagnostiqué comme tuberculeux ont été : [tableau V]

- Si vous ne prenez pas bien vos médicaments, vous ne serez jamais guéri, vous mourrez, et de plus vous transmettez à vos proches cette maladie (77,8%),
- Il serait bien de discuter avec votre famille de votre maladie afin de voir si certains ne souffrent pas aussi de la tuberculose (74,1%),
- Vous pouvez avoir des douleurs articulaires et des douleurs abdominales suite à la prise de médicaments .Il ne faut pas hésiter à nous en parler,des médicaments existent pour vous aider à les supporter (73,1%).

Nos réponses 2 et 3 concordent avec celles obtenues par TRAORE A.K. et al.[60] avec respectivement (92,6%) et (81,5%). Seule la réponse 1 diffère avec celle de TRAORE A.K. et al.[60].

Les raisons les plus fréquentes d'abandon de traitement ont été : [tableau VI]

- Les malades croient que les médicaments contre la tuberculose ont de nombreux effets secondaires (par exemple, ils rendent stériles,..) (63,0%),
- Cela coûte cher au malade de venir prendre les médicaments tous les jours sous supervision (frais de transport, perte de journées de travail) (53,7%),
- Une fois qu'ils se sentent mieux, les malades pensent être guéris (38,0%).

Nos réponses 1 et 3 concordent avec celles obtenues par TRAORE A.K. et al.[60] avec respectivement (42,3%) et (76,6%). Seule la réponse 2 diffère avec celle de TRAORE A.K. et al. [60].

Selon les prestataires, l'origine du rejet social provient du fait que : [tableau VII]

- Le personnel de santé transmet des messages d'informations qui incitent l'entourage du patient à le rejeter (dormir séparé, manger isolement,...) (63,9%),
- La communauté a peur des patients tuberculeux car elle pense qu'ils sont victimes d'un mauvais sort (63,0%),
- Les communautés ne connaissent pas bien la tuberculose, son mode de transmission et les mesures de précautions à prendre et à ne pas prendre lorsqu'une personne est contaminée (59,3%).

Nos réponses 2 et 3 concordent avec celles obtenues par TRAORE A.K. et al. [60] avec respectivement (73,1%) et (84,6%). Seule la réponse 1 diffère avec celle de TRAORE A.K. et al. [60].

Les problèmes économiques les plus fréquemment rencontrés par patients tuberculeux ont été : [tableau VIII]

- Le manque de revenu (50%)
- Le coût du transport (8,3%)

- Les problèmes de nourritures (4,6%)

Nos réponses 1 et 2 concordent avec celles obtenues par TRAORE A.K. et al.[60] (qui n'ont pas déterminé de fréquence). Seule la réponse 3 diffère avec celle de TRAORE A.K. et al.[60].

Les causes des problèmes économiques rencontrées ont été : [tableau IX]

- La faiblesse due à la maladie (25%)

- Le chômage (14,8%)

- La pauvreté (11,1%)

Nos réponses sont semblables a celles obtenues par TRAORE A.K. et al.[60] (qui n'ont pas déterminé de fréquence).

Les problèmes les plus fréquemment rencontrés par les patients tuberculeux ont été : [tableau X]

- Les patients souffrent de rejet social et familial (72,2%),

- Les patients craignent de mourir (70,4%),

- Les patients souffrent de toux, de fièvre et de faiblesse (69,4%).

TRAORE A.K. et al. [60] ont trouvé les mêmes réponses avec respectivement (73,1%), (57,7%) et (84,6%).

Les questions les plus importantes qu'un prestataire de soins doit poser à un patient nouvellement diagnostiqué comme TPM+ ont été : [tableau XI]

- Y a t-il d'autres personnes dans votre famille qui toussent ? (78,7%),

- Depuis combien de toussiez vous ? (74,1%),

- Avez-vous de la fièvre ? (57,4%)

TRAORE A.K. et al. [60] ont trouvé les mêmes réponses avec respectivement (76,9%), (96,2%)et (65,4%).

Les affirmations les plus fréquentes chez les prestataires de soins ont été : [tableau XII]

- On ne peut pas faire confiance au patient pour la prise des médicaments (54,6%),

- Tous les patients qui doivent faire des examens d'expectorations vont toujours 3 fois au laboratoire et vont toujours rechercher leurs résultats de laboratoire (51,9%),

- Un patient avec 2 examens BK+ doit subir une radio pulmonaire afin de confirmer le diagnostic (50,9%).

Nos réponses diffèrent de celles de TRAORE A.K. et al.[60] qui ont obtenue :

- La tuberculose se transmet lorsque les conditions d'hygiène ne sont pas respectées par les communautés (73,1%)

- Le traitement pour les patients tuberculeux séropositifs dure plus longtemps et comporte plus de médicaments que le traitement des patients séronégatifs (57,7%)

- Il faut avertir l'employeur du patient que ce dernier est tuberculeux (53,8%)

Selon les prestataires de soins, les rôles les plus importants que doit jouer un patient pendant sa maladie ont été que : [tableau XIII]

- Le patient doit présenter au médecin tous les signes et symptômes de sa maladie (60,2%),

- Le patient doit expliquer au prestataire les difficultés qu'il peut rencontrer dans le suivi de son traitement (difficultés à venir tous les jours au centre de santé, à effectuer les tâches ménagères,...) (50,9%),

- Le patient doit veiller à ne pas transmettre la maladie à personne (41,7%).

Nos réponses 1 et 2 concordent avec celles obtenues par TRAORE A.K. et al. [60] avec respectivement (88,5%) et (53,8%). Seule la réponse 3 diffère avec celle de TRAORE A.K. et al. [60].

Les difficultés les plus fréquemment rencontrées par les prestataires de soins ont été : [tableau XIV]

- Craintes face au risque de contamination que je prends en travaillant avec les patients tuberculeux (70,4%),

- Difficultés à faire accepter aux patients qu'ils doivent leur médicament pendant 8 mois même si cela est ou leur prend du temps pour venir à la structure de santé (50,0%),

- Difficultés liées au fait que les patients ne sont pas reconnaissants des soins que je leur donne (38,9%).

Nos réponses 1 et 2 concordent avec celles obtenues par TRAORE A.K. et al. [60] avec respectivement (57,7%) et (73,1%). Seule la réponse 3 diffère avec celle de TRAORE A.K. et al. [60].

Les raisons qui empêchent les prestataires à faire des visites au domicile des patients ont été : [tableau XV]

- Le manque de moyens de déplacement (13,9%)

- Les adresses incomplètes des patients (4,6%)

Notre réponse 1 concorde avec celle obtenue par TRAORE A.K. et al. [60] (qui n'ont pas déterminé de fréquence). Seule la réponse 2 diffère avec celle de TRAORE A.K. et al. [60].

Les buts des visites au domicile des patients les plus évoqués ont été : [tableau XVI]

- Pour le suivi du patient (18,5%)
- Rassurer le patient et son entourage (2,8%)
- Retrouver les perdus de vue (2,8%)

TRAORE A.K. et al. [60] ont trouvé les mêmes réponses (Sans déterminer les fréquences).

Les fréquences des visites au domicile les plus évoqués ont été : [tableau XVII]

- Une (1) fois par mois (6,5%)
- Une (1) fois par semaine (6,5%)
- Une (1) fois par jour (5,6%)

Notre réponse 2 concorde avec celle obtenue par TRAORE A.K. et al. [60] (qui n'ont pas déterminé de fréquence). Seules les réponses 1 et 3 diffèrent avec celles de TRAORE A.K. et al. [60].

Les problèmes les plus importants du fonctionnement du premier échelon de soins ont été : [tableau XVIII]

- Le manque de volonté chez les patients (6,5%)
- La séparation des patients tuberculeux avec d'autres malades (1,9%)
- Les ruptures des médicaments (1,9%)

Nos réponses 2 et 3 concordent avec celles obtenues par TRAORE A.K. et al. [60] (qui n'ont pas déterminé de fréquence). Seule la réponse 1 diffère avec celle de TRAORE A.K. et al. [60].

Les problèmes les plus importants de la prise en charge de patients tuberculeux ont été : [tableau XIX]

- La mauvaise observance du traitement des patients (2,8%)
- Le refus du patient d'accepter sa maladie (2,8%)
- Le non respect des moyens d'hygiène (2,8%)

Nos réponses diffèrent de celles de TRAORE A.K. et al. [60] qui ont obtenu :

- Disponibilité des médicaments antituberculeux
- Sensibilisation des communautés
- Activités non décentralisées.

Les fréquences élevées des réponses dans les études de TRAORE A.K. et al. [60] semblent être dues au fait que la taille de son échantillon était faible (26 prestataires de soins pour les deux études). Aussi, certaines réponses semblent inadaptées due au fait qu'une partie importante de l'échantillon n'était pas des chargés de tuberculose (66,7%).

5. CONCLUSION ET RECOMMANDATION :

5.1. Conclusion :

De Janvier 2004 à Octobre 2004, nous avons mené une étude transversale descriptive à passage unique chez tous les prestataires de soins dans les centres de santé de référence des communes 1, 5 et 6 du District de Bamako, impliquées dans la prise en charge des patients tuberculeux. Des questionnaires ont été soumis à tous les prestataires pour être rempli sous la supervision de l'enquêteur. Notre objectif était d'analyser les stigmas chez le personnel de santé.

Au total nous avons interrogé 108 prestataires de soins dans 13 structures sanitaires (3 CSRéf et 10 CSCom) dont :

- 59,3% de femmes et 40,7% d'hommes,
- 32% de Bambaras, 22% de Peulhs et 18% de Sarakolés,
- 32% de médecins, 30% d'infirmiers et 18% techniciens de laboratoire,
- 33,3% de prestataires de soins chargés de tuberculose.

L'âge moyen des prestataires de soins interrogés était de 34 +/- 5 ans avec des extrêmes à 23 ans et 49 ans.

Il ressort de l'analyse des données que :

Les informations les plus importantes à donner à un patient nouvellement diagnostiqué comme tuberculeux ont été:

- Si vous ne prenez pas bien vos médicaments, vous ne serez jamais guéri, vous mourrez, et de plus vous transmettez à vos proches cette maladie (77,8%),
- Il serait bien de discuter avec votre famille de votre maladie afin de voir si certains ne souffrent pas aussi de la tuberculose (74,1%),
- Vous pouvez avoir des douleurs articulaires et des douleurs abdominales suite à la prise de médicaments. Il ne faut pas hésiter à nous en parler, des médicaments existent pour vous aider à les supporter (73,1%).

Ces réponses diffèrent de la vraie information à donner à un patient nouvellement diagnostiqué comme tuberculeux. Donc certains prestataires de soins ne donnent pas la vraie information.

Les raisons les plus fréquentes d'abandon de traitement ont été:

- Les malades croient que les médicaments contre la tuberculose ont de nombreux effets secondaires (par exemple, ils rendent stériles,..) (63,0%),

- Cela coûte cher au malade de venir prendre les médicaments tous les jours sous supervision (frais de transport, perte de journées de travail) (53,7%),

- Une fois qu'ils se sentent mieux, les malades pensent être guéris (38,0%).

Donc le patient tuberculeux rencontre d'énormes difficultés qui sont à l'origine de l'abandon de traitement. Parmi ces difficultés, nous pouvons citer le déficit d'information donné par les prestataires de soins.

Les problèmes les plus fréquemment rencontrés par les patients tuberculeux ont été:

- Les patients souffrent de rejet social et familial (72,2%),

- Les patients craignent de mourir (70,4%),

- Les patients souffrent de toux, de fièvre et de faiblesse (69,4%).

Ces réponses sont plus des stigmas des prestataires que des vrais problèmes des patients. Ces stigmas sont de nature à aggraver les problèmes rencontrés par les patients.

Au vu de tous ces résultats, nous pouvons dire que la stigmatisation (surtout chez le personnel soignant) est un des problèmes auxquels sont confrontés les patients tuberculeux.

5.2.RECOMMANDATION :

Aux autorités politiques et sanitaires :

- La formation continue des prestataires de soins,
- Insérer un module sur la tuberculose dans les programmes des écoles de formations Sanitaires,
- Diffuser sur les média des messages IEC à l'endroit de la population,
- Accélérer la décentralisation de la prise en charge de la tuberculose.

Aux prestataires de soins :

- Donner la vraie information aux patients et aux parents de patients,
- Orienter les patients vers les personnes ressources, si on ne connaît pas la vraie information,
- S'informer et se former avant de donner les informations,
- Eviter la stigmatisation de la tuberculose.

Aux patients:

- S'adresser aux centres de santé le plus proche pour avoir des vraies informations sur son état de santé,
- Avoir confiance à son personnel de santé,
- Suivre correctement le traitement et les conseils.

Aux populations :

- Soutenir moralement, socialement et économiquement les patients tuberculeux,
- Eviter la stigmatisation de la tuberculose,
- Orienter toute personne qui tousse depuis plus de 15 jours vers un centre de santé le plus proche

6. BIBLIOGRAPHIE :

1) AMRANEA, GUESSOUS, BRUGIEREO.

Evaluation du test PCR amplicor MTB pour la détection de *Mycobacterium tuberculosis* dans les prélèvements microscopiques directs négatifs.

Pathologie et biologie médicales 1997; 45: 479 – 482.

2) BARNES P. F.

Rapid diagnosis test for tuberculosis progress but not gold standard.

Am. J. Respr crit care Med. 1997; 155: 1497-98.

3) BAH B., MASSARIT V., SOW O., SIRIWARDANAT M., CAMARA L.M., LAROUZE B., MURRAY J.F.

Dans une ville d'Afrique de l'Ouest, indices évoquant l'existence d'une tuberculose pulmonaire à bacilloscopie négative.

Int J. Tuber. Lung Dis 2002;6:592-98

4) CANTANZARO A., DAVIDSON B.L.

Rapid diagnosis test for tuberculosis. What is the appropriate use?

Am. J. Resp. care Med 1997; 155: 1804-14.

5) CHAN SL. And al.

Serodiagnosis of tuberculosis using an ELISA with antigen 5 and a hemaglutintion essay with glycolipid antigens.

Am. Rev. Resp. 1990; 142 : 385-90.

6) CHRETIEN J., MARSAC J.

Pneumologie 3^{ème} Ed. Masson et cie, Paris 1983.

7) CISSE A. A.

Aspects diagnostiques et thérapeutiques de la tuberculose en médecine interne de l'hôpital national du point G à propos de 160 cas.

Thèse de médecine, Bamako 1985

8) CLARRIDGE J.E., SHAWARA R.M., SHISNICK T.M. , PLKAYTIS B.B.

Large-scale use of polymerase chain reaction for detection of mycobacteriology laboratory.

J. Clin. Microbiol. 1993 ; 31 : 2049 – 56.

9) DIABATE T.

Etat de sensibilité aux antibiotiques antituberculeux des souches de bacilles hébergés par les malades tuberculeux en traitement à Bamako.

Thèse de Pharmacie, Bamako, 1990.

10) DIALLO S.

La coinfection VIH/ tuberculose au centre tuberculeux du point G.

FMPOS/ NIAID, HIV, clinical trial workshop. Bamako 2003.

11) DUTT A., MOERS D., STEAD W.

Smear negative, culture-positive pulmonary tuberculosis.

ARRD 1990 ; 141 : 1232 –

12) FAVES G. et MAILLARD J. M.

Tuberculose pulmonaire. La primo-infection – complications précoces de la primo-infection. **Encycl. Med. Chir. Paris, Poumon, 11-1973, 6027 A10**

13) GENTILINI M.

Médecine Tropicale – tuberculose, 5^e édition

Ed. Flammarion, paris, 1993

14) GIRON J. et al.

Imagerie de la tuberculose thoracique à l'approche de l'an 2000. Encycl. Med. Chir.

Radiodiagnostic – Cœur – Poumon, 32-390 – A-10, 1998, 19p

15) GLAVEZ M. ; SISSOKO B. F. ; DIALLO S. ; M'BAYE O. ; MARTINEZ V.

Aspects radiologiques de la tuberculose chez les malades atteints par le VIH à l'hôpital du point G.

Mali Médical ; XVII : p 3-4

16) GRELLET I. , KRUSE C.

Histoires de la tuberculose : les fièvres de l'âme 1800 – 1940

Ed. Ramsay, Paris1983

17) GROSSET J.

Place des examens micro biologiques et anatomopathologiques dans la décision diagnostique et thérapeutique.

Paris : Med Mal inf. 1995 ; 25 : 327 – 33.

18) GROSSET J., BOISVERT H., TRUFFOT.

Les mycobactéries.

Ed. Flammarion, Paris 1990

19) HARGREAVES N.J., KADZAKKUMANJA O., PHIRI S., NYANGULU D.S., SALANIPONI F.M.L., HARRIES A.D., SQUIRE S.B.

Quelles sont les causes de la tuberculose à bacilloscopie négative au Malawi, une zone de séroprévalence élevée pour le VIH.

Int J. Tuber. Lung Dis 2001 ; 5 : 113-122

20) HERE B., KUABAN C., DURIEUX P., CHRETIEN J., HUCHON G.

Features in Hospitalised patients with symptoms detected or radiologically detected pulmonary tuberculosis.

Eur. Respir. J, 1989 ; 2 : 3 – 6.

21) HERMANN J.L et LAGRANGE P.

Bactériologie de la tuberculose et des infections à mycobactéries atypiques encycl. Med chir. pneumologie G019 – A – 34, 1999, 14P.

22) HUCHON G.

Tuberculose et mycobactérioses non tuberculeuses

encycl. Méd. Chir. Pneumologie 6-019 – A 33, 1997 20p

23) KAYENTAO D., KEITA B., SANGARE S.

Etude des causes d'hospitalisation de 1987 à 1991 dans le service de pneumo-phtisiologie de l'HNPG à Bamako.

Med d'Afr. Noire : 1998 ; 700-703.

24) KAYENTAO D., KEITA B., SANGARE S.

Résultats du retraitement de la tuberculose pulmonaire par un régime court de 6 mois de 1985 à 1991 dans le service de pneumo-phtisiologie de l'HNPG à Bamako.

Bull. soc. Path. Ex. , 1987 ; 124-7.

25) KAYANTAO D. MAIGA I. BOUGOUDOGO F. POUABE R. KONE A. DIALLO S. SISSOKO B. M'BAYE O. KEITA B. SANGARE S.

Apport de la radiographie et de la bacilloscopie répétée dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire en milieu hospitalier à Bamako.

Bull. soc. Pathol. Exot, 2001 ; 4 : 243-245

26) KAYANTAO D. MAIGA I. BOUGOUDOGO F. POUABE R. KEITA B. SANGARE S.

Tuberculose pulmonaire à microscopie négative en milieu hospitalier spécialisé à Bamako.

Médecine d'Afrique noire, 2001 ; 48 : p 243

27) KAZE A. F.

Etude bibliographique de la tuberculose au Mali de 1982 à 2003

Thèse de médecine, Bamako, 2004.

28) LE PEUPLE A., VIVIEN JN., THIBIER R.

Recherches bactériologiques initiales dans un traitement ambulatoire correct.

Rev. Tub. Pneumo. 1970 ; 34 : 664-5.

29) LOEMBA H. et COL.

Impact du SIDA sur la recrudescence de la tuberculose et la réduction de la disponibilité des lits hospitaliers à Brazzaville (Congo).

Cahier santé, 1995 ; 5 : 278-82.

30) MARIAGE F. N.

Contribution à l'épidémiologie de la tuberculose pulmonaire au Mali et aspects cliniques.

Thèse de médecine, Marseille, 1971.

31) MEYER L., HUGO D.

Mycobactériologie en santé publique.

Publication du centre national référence pour la tuberculose et les mycobactéries.

Paris : Institut Pasteur, 1979 ; 98 p.

32) NIARE M.

Essai d'évaluation du test immuno-chromatographique « tuberculosis ICT » dans le diagnostic biologique de l'infection par *Mycobacterium tuberculosis* chez les patients suspects de tuberculose au dispensaire antituberculeux (DAT) à Bamako. Thèse de pharmacie, Bamako 2001

33) O.M.S.

Tuberculose et VIH. Manuel clinique ; Genève, 1996, 149p

34) O.M.S. la tuberculose. Document électronique.

(<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/fr/>)

35) OUEDRAOGO M., BONCOUNGOU K., OUEDRAOGO S.M., LOUGUE C., CISSE R., BIRBA E., BAMBARA M., KOSHINGA B.A., DRABO Y.J.

La miliaire tuberculeuse bacillifère à propos de 44 cas dans le service de pneumologie du centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo.

Médecine d'Afrique Noire, 2001 ; 48 : p 419

36) PARROT R., GROSSET J., AUGIER J., MEYER L.

Le rôle et la place des informations bactériologiques dans l'identification des sources de contagion.

Rev. Fr. Mal. Resp. 1976 ; 4 : 283 – 304.

37) PNLT.

Guide technique pour les personnels de santé ; Bamako 1999

38) PNLT.

Rapport d'activités ; Bamako 2002.

39) POUABE T. R.

Résultats comparés de la radiographie thoracique et de la bacilloscopie dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire.

Thèse de médecine, Bamako, 2000

40) RHALY S. Ag

Aspects cliniques, diagnostiques et thérapeutiques de la tuberculose chez les 0-15 ans dans les services de pneumo-physiologie de l'hôpital national du point G et du dispensaire antituberculeux de Bamako (à propos de 30 cas)

Thèse de médecine, Bamako, 1993

41) ROULLION A., ENARSON D.A. et CHRETIEN J.

Epidémiologie de la tuberculose dans le monde.

Encycl. Med. Chir. Pneumologie, 6-019 –A32, 1996, 15p.

42) SAMB B., HENZEL D. et al.

Diagnostic des tuberculoses à bacilloscopie négative en milieu hospitalier est africain.

Int J Tuber Lung Dis 1997 ; 1 ; 25 -30.

43) SANGARE B.

Aspect bactériologique de la tuberculose pulmonaire à Bamako.

Thèse de Pharmacie, Bamako, 1999

44) SANOGO, N.

Etude de la résistance aux antituberculeux.

Thèse de pharmacie, Bamako, 1996

45) SCHOCH O. D., RIEDER H L.

Characteristics of sputum smear-positive tuberculosis patients with and without HIV infection in a hospital in Zimbabwe.

European Respiratory Journal. 1996; 9: 284 -7.

46) SIDIBE S., KANE M., KAYENTAO D., KEITA A., KEITA B., SANGARE S., TRAORE I.

Apport de la radiographie dans le diagnostic de la tuberculose thoracique.

Mali Médical : 1996 ; 11 :2 -5.

47) SISSOKO B. F.

Tuberculose associée à l'infection à VIH ; étude de l'influence du type de virus à Bamako.

Thèse de médecine, Bamako, 1992

48) SISSOUMA B.

Contribution à l'étude bactériologique de la tuberculose pulmonaire à Bamako.

Thèse de Pharmacie, Bamako, 2001

49) SOKOUDJOU P.

Aspect radiologique de la tuberculose pulmonaire chez les sujets infectés par le VIH au Mali ; Apport de la radiographie standard.

Thèse de médecine, Bamako, 1999

50) SUDRE P., DAM G., TEN, KOCHI A.

La tuberculose aujourd'hui dans le monde.

Bull. organisation mondiale de la santé, 1992 ; 70 : 297 – 308.

51) SY B.

Considération épidémiologique et aspects radio cliniques de la tuberculose pulmonaire au Mali.

Thèse de médecine, Bamako, 1974

52) TIOURI H. et coll.

Particularités radiologiques standard des localisations thoraciques de la tuberculose chez les sidéens dans une population tunisienne.

Rev. Pneumo. Clin. , 1995; 51: 321 – 324.

53) TOGOLA M.

Etude de la tuberculose extra pulmonaire et disséminée chez les patients infectés ou non par le VIH.

Thèse de médecine, Bamako, 1999

54) TOMAN K.

Dépistage et chimiothérapie de la tuberculose, questions et réponses.

OMS – Genève, 1979, p255.

55) TRYSTAM D.

Les cas de tuberculose à culture positive entre 1972-1995 à la pitié salpêtrière.

Thèse de médecine ; Paris, 1996.

56) VEEN J., RAVIGLIONE M., RIEDER HL, MIGLIORI GB, GRAF P., et al.

Standardized tuberculosis treatment outcome monitoring in Europe.

Eur. Respir. J. 1998; 12: 505 – 10.

57) WOODS GL, WASHINGTON J.A. II.

Mycobacteria other than *Mycobacterium tuberculosis* review of microbiologic and clinical aspects.

Rev. Inf. DIS. 1987 ; 9 : 275 – 94.

58) WYPLOSZ B., et coll.

Bactériologie de la tuberculose et des infections à mycobactéries non tuberculeuses.

Rev. des maladies respiratoires, Paris, 1997 ; 14: 5533 – 48.

59) YERNAULT J.C.

La tuberculose : Pathogénie, Sémiologie et diagnostic.

Encycl. Méd. Chir. Poumon 6019 A33, 9 – 1986-16p.

60) TRAORE A. K. et al

Analyse et approche pour améliorer les abandons et la mauvaise observance du traitement par les patients tuberculeux dans les centres de santé de Yanfolila et Kita.

BAMAKO, 2003

61) CHEVASSUS C.

Les tuberculoses extra pulmonaires à Bamako à propos de 89 malades dépistés en un an.

Thèse de médecine Lyon 1979

62) DIABATE K.

Tuberculose extra pulmonaire à Bamako à propos de 148 cas dépistés en deux ans.

Thèse de médecine Bamako 1979

LOCALISATION ET RESUME DE LA THESE

Nom : Cissé

Prénom : Boubacar Z.

Titre : approche centrée sur le patient tuberculeux

Analyse des stigmas des prestataires de soins dans les centres de santé des Communes 1,5 et 6

Année académique : 2004-2005

Pays : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie

Secteur d'intérêt : santé publique et centre national d'appui à la lutte contre la maladie (CNAM)

Résumé

La tuberculose est devenue depuis quelques années un problème majeur de santé publique et de développement socio économique à travers le monde et en Afrique sub saharienne en particulier. La prise en charge du patient tuberculeux se heurte à un certain nombre de problèmes, dont la stigmatisation, qui se rencontre surtout chez le personnel sanitaire.

Le but de notre travail est d'analyser ces stigmas chez le personnel sanitaire pour comprendre leur attitude à l'égard du patient tuberculeux.

L'objectif de ce travail est d'Analyser les stigmas chez le personnel de santé, et les objectifs spécifiques sont :

- Analyser les informations les plus importantes à donner à un patient nouvellement diagnostiqué tuberculeux
- Identifier les raisons qui poussent à abandonner le traitement
- Connaître les problèmes rencontrés par les patients tuberculeux.

Pour atteindre notre objectif, nous avons mené une étude transversale descriptive à passage unique de Janvier 2004 à Octobre 2004 chez tous les prestataires de soins dans les centres de santé de référence des communes 1, 5 et 6 du District de

Bamako, impliquées dans la prise en charge des patients tuberculeux. Des questionnaires ont été soumis à tous les prestataires pour être remplis sous la supervision de l'enquêteur.

Au total nous avons interrogé 108 prestataires de soins dans 13 structures sanitaires dont :

- 59,3% de femmes et 40,7% d'hommes,
- 32% de Bambaras, 22% de Peulhs et 18% de Sarakolés,
- 32% de médecins, 30% d'infirmiers et 18% techniciens de laboratoire,
- 33,3% de prestataires de soins chargés de tuberculose.

L'âge moyen des prestataires de soins interrogés était de 34 +/- 5 ans avec des extrêmes à 23 ans et 49 ans.

Il ressort de l'analyse des données que :

Les informations les plus importantes à donner à un patient nouvellement diagnostiqué comme tuberculeux ont été:

- Si vous ne prenez pas bien vos médicaments, vous ne serez jamais guéri, vous mourrez, et de plus vous transmettez à vos proches cette maladie (77,8%),

Ces réponses diffèrent de la vraie information à donner à un patient nouvellement diagnostiqué comme tuberculeux. Donc certains prestataires de soins ne donnent pas la vraie information.

Les raisons les plus fréquentes d'abandon de traitement ont été:

- Les malades croient que les médicaments contre la tuberculose ont de nombreux effets secondaires (par exemple, ils rendent stériles,...) (63,0%),

Donc le patient tuberculeux rencontre d'énormes difficultés qui sont à l'origine de l'abandon de traitement. Parmi ces difficultés, nous pouvons citer le déficit d'information donné par les prestataires de soins.

Les problèmes les plus fréquemment rencontrés par les patients tuberculeux ont été:

- Les patients souffrent de rejet social et familial (72,2%),

Ces réponses sont plus des stigmas des prestataires que des vrais problèmes des patients. Ces stigmas sont de nature à aggraver les problèmes rencontrés par les patients.

Au vu de tous ces résultats, nous pouvons dire que la stigmatisation (surtout chez le personnel soignant) est un des problèmes auxquels sont confrontés les patients tuberculeux.

Mots clés : stigmas, prestataire de soins

LOCALIZATION AND SUMMARY OF THE THESIS

Name: CISSE

First name: Boubacar Z.

approche title centered on the tubercular patient

*Analysis of stigmas of care beneficiaries in centers of health of the
Townships 1,5 and 6*

Academic year: 2004-2005

Mali country

*Place of deposit: Library of the faculty of medicine, pharmacy and
odontostomatologie*

*Sector of interest public: santé and national center of support to the struggle against
the maladie (CNAM)*

Summarized

*The tuberculosis became since some years a major problem of public health and
development economic socio through the world and in Africa of the Sahara sub in
particular. The hold in charge some tubercular patient comes up against a certain
number of problems, of which the condemnation, that especially meets at the
sanitary staff.*

*The goal of our work is to analyze these stigmas at the sanitary staff to understand
their attitude to the consideration of the tubercular patient.*

*The objective of this work is to analyze stigmas at the staff of health, and the
specific objectives are:*

- Analyser the most important information to give to a patient newly diagnosed
tubercular*
- Identifier reasons that push to abandon the treatment*
- Connaître problems met by the tubercular patients.*

*To reach our objective we led a descriptive transverse survey to unique passage of
January 2004 to October 2004 at all beneficiaries of cares in centers of health of
township 1 reference, 5 and 6 of the District of Bamako, implied in charge in the hold*

of the tubercular patients. Questionnaires have been submitted to all beneficiaries to be filled under the investigator's supervision.

To the total we interrogated 108 beneficiaries of cares in 13 sanitary structures of which:

- 59,3% of women and 40,7% of men,*
- 32% of Bambaras, 22% of Peulhs and 18% of Sarakolés,*
- 32% of medicines, 30% of male nurses and 18% technicians of laboratory,*
- 33,3% of care beneficiaries loaded of tuberculosis.*

The middle age of care beneficiaries interrogated was 34 + / - 5 years with extremes at 23 years and 49 years.

He/it is evident from the data analysis that:

The most important information to give to a patient newly diagnosed like tubercular were:

- If you don't take your medicines well, you will never be healed, you will die, and besides you will transmit to your near this illness (77,8%),*

These answers defer true information to give to a patient newly diagnosed like tubercular. Therefore some beneficiaries of cares don't give the true information.

The reasons most frequent of treatment abandonment were:

- Patients believe that medicines against the tuberculosis have many effects secondary (for example, they make sterile.) (63,0%),*

Therefore the patient tubercular meeting of enormous difficulties that is to the origin of the treatment abandonment. Among these difficulties we can mention the deficit of information to give by beneficiaries of cares.

Problems the more frequently met by the tubercular patients were:

- Patients endure social and domestic dismissal (72,2%),*

These answers are more beneficiary stigmases than of the true problems of patients.

These stigmases are likely to aggravate problems met by patients.

To seen it of all these results, we can say that the condemnation (especially at the nursing staff) is one of problems to which are confronted the tubercular patients.

Key words: prestataire stigmas of cares

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate ,je jure ,au nom de l'être suprême , d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun travail clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion ,de nation, de race, de parti,ou de classe sociale viennent s'interposer entre devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure

III. QUESTIONNAIRE

- 1) Selon vous, quelles sont les raisons les plus fréquentes pour lesquelles un patient peut tarder à consulter une structure de santé pour un problème de toux chronique ? Cochez parmi les suivantes, les 5 qui vous paraissent les plus importantes

1. Parce qu'il habite loin du centre	
2. Parce qu'il pense que tousser n'est pas un problème important.	
3. Parce qu'il préfère dépenser l'argent nécessaire au transport et à la consultation pour acheter une radio ou une TV,...	
4. Parce qu'il ne sera pas bien accueilli lors de son arrivée au centre de santé	
5. Parce que les heures d'ouverture de la structure ne lui permettent pas de venir (par exemple, il travaille et ne peut s'absenter pour consulter)	
6. Parce qu'il pense que le centre de santé ne peut rien faire pour l'aider.	
7. Parce qu'il pense qu'il sera mieux soigné par un guérisseur traditionnel ou un médecin privé.	
8. Parce qu'il a peur de des piqûres	
9. Parce qu'il craint d'être diagnostiqué comme tuberculeux, une maladie très mal vue par la communauté.	
10. Parce que cela coûte trop cher (transport, prix de la consultation, prix des médicaments,...)	
11. Autre : _____	

- 2) Quelles sont les informations qu'il est important de donner à un patient nouvellement diagnostiqué comme tuberculeux ? Cochez, par mi les suivantes, celles qui vous paraissent importantes.

1. Vous devrez prendre des médicaments pendant 6 à 8 mois, tous les jours, mais aux au bout du traitement, vous serez guéri.	
2. Vous ne devez plus dormir avec votre conjoint.	
3. Vous pouvez continuer à mener une vie à fait normale, continuer à travailler, à rencontrer vos amis.	
4. Vous devez informer vos voisins et les personnes avec qui vous travailler de votre maladie, afin qu'elles viennent se faire dépister pour savoir si elles ont été contaminées.	
5. Il ne faut plus manger avec votre famille et vous devez utiliser des couverts personnels dont personne d'autre ne se servira.	
6. Si vous ne prenez pas bien vos médicaments,, vous ne serez jamais guéri, vous mourrez, et de plus vous transmettez à vos proches cette maladie.	
7. Vous pouvez avoir des douleurs articulaires et des douleurs abdominales suite à la prise de médicaments. Il ne faut pas hésiter à nous en parler, des médicaments existent pour vous aider à les supporter.	
8. Il serait bien de discuter avec votre famille de votre maladie afin de voir si certains ne souffrent pas aussi de la tuberculose.	
9. Si vous étiez venu plus tôt au centre de santé, vous n'auriez pas contracté la tuberculose. Que cela vous serve de leçon pour futur.	
10. Vous ne pouvez plus vous occuper de vos enfants tant que vous êtes malade (embrasser, jouer avec eux,...)	
11. Autre : _____	

3. Pourquoi certains patients abandonnent-ils fréquemment leur traitement ? Cochez les 3 raisons les fréquentes selon vous.

1. Parce qu'ils refusent de comprendre que c'est pour leur bien qu'ils doivent prendre le traitement 6 ou 8 mois.	
2. Parce que cela leur coûte cher de venir prendre les médicaments tous les jours sous supervision (frais de transport, perte de journées de travail,...)	
3. Parce qu'ils n'ont pas été à l'école et sont donc incapables de comprendre les explications que le personnel de santé leur donne.	
4. Parce que leur famille ne les soutient pas suffisamment.	
5. Parce qu'ils ne veulent plus être vus comme tuberculeux dans la communauté.	
6. Parce qu'une fois qu'ils se sentent mieux, ils pensent être guéris.	
7. Parce qu'ils croient que les médicaments contre la tuberculose ont de nombreux effets secondaires (par exemple, ils rendent stériles,...)	
8. Parce qu'ils ne sont pas suffisamment bien accueillis lors de leur venue au centre (file d'attente très longue, reproches, pas de bonjour,...) et craignent donc les visites au centre	
9. Parce que les effets secondaires des médicaments sont trop importants	
10. Parce que le personnel de santé ne passe pas suffisamment de temps à discuter avec eux l'utilité de prendre des médicaments pendant si longtemps, des difficultés que cela peut représenter et comment résoudre ces difficultés.	
11. Parce qu'ils ont peur de prendre si longtemps des médicaments.	
11. Autre :	

4. Les patients tuberculeux souffrent fréquemment de rejet social. D'après vous, quelle pourrait être l'origine de ce rejet ? Cochez les 5 raisons qui vous paraissent les plus importantes.

1. Les communautés ne connaissent pas bien la tuberculose, son mode de transmission, et les mesures de précautions à prendre et à ne pas prendre lorsqu'une personne est contaminée	
2. Le personnel de santé a peur de la tuberculose et rejette inconsciemment le patient.	
3. La communauté pense que la tuberculose est une maladie honteuse (qu'on contracte par exemple lors de rapports sexuels hors mariage,...)	
4. Le personnel de santé transmet des messages d'informations qui incitent l'entourage du patient à le rejeter (dormir séparé, manger isolément,...)	
5. La famille n'est pas suffisamment solidaire et n'entoure pas suffisamment le patient.	
6. La communauté a peur des patients tuberculeux car elle pense qu'ils sont victimes d'un mauvais sort.	
7. La tuberculose est une maladie contagieuse et donc les patients doivent être isolés. S'ils se sentent rejetés à cause de cela, c'est parce qu'ils n'ont pas un niveau d'éducation suffisant pour le comprendre	
8. La structure de santé est organisée de telle et donc le patient est discriminé (file d'attente séparée, sanitaires séparés,...), ce qui influence la perception de la communauté sur les risques liés à la maladie	
9. Ce sont les patients eux-mêmes qui s'isolent, et non la communauté qui les rejettent	
11. Autre :	

5. Pensez-vous que les patients souffrants de tuberculose rencontrent des problèmes économiques. Si oui, quels sont-ils et quelles en sont les causes.

- Type de problèmes économiques

- Causes des problèmes

6. Quels sont les 5 problèmes les plus fréquents que rencontrent les patients tuberculeux ?

1. Ils souffrent de toux, de fièvre et de faiblesse.	
2. Ils ont des problèmes économiques suite à leur maladie	
3. Ils souffrent de rejet social et familial	
4. Ils éprouvent des difficultés à se retrouver dans le système de santé (chemin du patient : difficultés à trouver le bon endroit pour recevoir les soins adéquats, difficultés pour se rendre au laboratoire, difficultés pour revenir à la consultation,...)	
5. Ils craignent de mourir	
6. Ils souffrent des effets secondaires des médicaments	
7. Ils ne comprennent pas leur maladie, son origine, son traitement et les modes des préventions	
8. Ils contaminent leurs proches	
9. Ils perdent leur travail	
10. Ils pensent qu'ils resteront toujours « un peu tuberculeux » ou à risque de rechutes.	
11. Autre : _____	

7. Parmi les questions suivantes, cochez les 5 plus importantes que le prestataire de soins doit poser à un patient nouvellement diagnostiqué comme TPM+1

1. Depuis combien de temps tousez-vous ?	
2. Avez-vous de la fièvre	
3. Habitez-vous loin du centre de santé, et comment venez-vous tous les jours ? N'est-ce pas trop cher ? Croyez-vous que vous arriverez à venir tous les jours ?	
4. Y-a-t-il d'autres personnes dans votre famille qui toussent ?	
5. Où allez-vous dormir maintenant que vous avez la tuberculose ? Avec votre conjoint ou seul ?	
6. Dans votre travail comment pensez-vous que cela va se passer ? Souhaitez-vous annoncer le diagnostic à vos employeurs, pensez-vous que vous pouvez perdre votre emploi ?	
7. Y-a-t-il quelqu'un qui peut vous aider dans les tâches quotidiennes au début de la maladie ?	
8. Avez-vous des questions à poser ?	
9. Avez-vous des allergies à certains médicaments	
10. Que puis-je faire pour vous aider ?	
11. Avez-vous perdu du poids ?	
12. Que pensez-vous du fait de prendre des médicaments pendant 6 (ou 8 selon le contexte) mois ?	
13. Ne faudrait-il pas rencontrer votre famille pour discuter avec eux de la maladie ?	
14. Autre : _____	

8. Parmi les affirmations suivantes, cochez celles qui sont vraies ?

1. Si on ne porte pas un masque lors de la supervision de la prise des médicaments, on peut être contaminé par la tuberculose.	
2. Tous les patients qui doivent faire des examens d'expectorations vont toujours 3 fois au laboratoire et vont toujours rechercher leurs résultats de laboratoire.	
3. Un patient qui tousse depuis 3 semaines, même 3 fois négatifs à l'examen BK doit commencer un traitement.	
4. Le patient doit produire son expectoration à l'extérieur du laboratoire	
5. La tuberculose se transmet lorsque les conditions d'hygiène ne sont pas respectées par les communautés.	
6. Un patient avec 2 examens BK+ doit subir un radio pulmonaire afin de confirmer le diagnostic.	
7. Les patients souffrant de tuberculose ne sont plus contagieux après 15 jours de traitement.	
8. Une fois guéri de la tuberculose, un ancien patient est plus à risque qu'une autre personne de souffrir à nouveau de cette maladie.	
9. Le traitement pour les patients tuberculeux séropositifs dure plus longtemps et comporte plus de médicaments que le traitement des patients séronégatifs.	
10. Les patients séropositifs ne doivent pas faire d'examens de crachats pour le diagnostic de TB, il faut leur faire une radio	
11. On ne peut pas faire confiance au patient pour la prise des médicaments.	
12. Il faut avertir l'employeur du patient que ce dernier est tuberculeux.	
13. Lorsqu'ils ont la tuberculose, les patients séropositifs récents souffrent plus fréquemment de forme à expectorations négatives que les patients séronégatifs	

TPM+ = Tuberculose pulmonaire à expectoration positive

9. **Quel est d'après vous le rôle du patient pendant sa maladie ? Choisissez les 3 points les plus importants.**

1. Il doit présenter au médecin tous les signes et symptômes de sa maladie.	
2. Il doit poser les questions relatives à sa maladie (durée, nombre de médicaments,...)	
3. Il doit expliquer au prestataire les difficultés qu'il peut rencontrer dans le suivi de son traitement (difficultés à venir tous les jours au centre de santé, à effectuer les tâches ménagères,...)	
4. Il n'a pas de rôle à jouer, il doit obéir aux conseil du médecin ou de l'infirmière puisque ce sont eux les professionnels et que ce sont eux qui connaissent les problèmes liés à la maladie.	
5. Il doit participer à la prise de décision relative à sa maladie (par exemple, décider avec le prestataire de soins s'il prendra ses médicaments à la maison, avec le support d'un proche, ou bien au centre de santé,...)	
6. Il ne doit rater aucun rendez-vous et ne pas arriver en retard.	
7. Il doit veiller à ne transmettre la maladie à personne	
8. Il doit être poli et aimable avec les infirmiers et médecins.	
9. Il doit aller trouver toutes les personnes qu'il a fréquentées au cours des derniers mois pour leur dire qu'il souffre de tuberculose et qu'ils doivent aller se faire dépister.	
10. Autre : _____	

10. **En tant que prestataire de soins, quelles sont les difficultés que vous rencontrez le plus fréquemment dans votre travail de soins aux patients tuberculeux.**

1. J'éprouve des craintes face au risque de contamination qu je prends en travaillant avec les patients tuberculeux	
2. J'éprouve des difficultés à faire accepter aux patients qu'ils doivent prendre leurs médicaments pendant 8 mois, même si cela est cher, ou leur prend du temps pour venir à la structure de santé,...	
3. Je ne peux pas suivre les normes du Programme National de lutte contre la Tuberculose dans ma structure de soins, avec mes patients	
4. J'éprouve des difficultés liées au fait que les patients ne sont pas reconnaissants des soins que je leur donne	
5. J'éprouve des difficultés à adapter les soins offerts aux besoins des patients (difficultés à adapter les horaires de travail aux horaires des patients, difficultés à adapter les coûts des consultations aux moyens des patients,...)	
6. Autre : _____	

11. **Faites-vous (ou quelqu'un travaillant avec vous) des visites au domiciles des patient tuberculeux ?**

Si non, pourquoi ?

Si oui :

Dans quel but ?

A quelle fréquence ?

12. Quels sont les trois problèmes les plus importants

- a. Du fonctionnement du premier échelon de soins dans votre contexte ?
- b. De la prise en charge de patients tuberculeux dans votre contexte ?

Commune

Escom

Personne s'occupant de la tuberculose

Oui non

- NOM
- PRENOM

- AGE
- SEXE
- ETHNIE
- PROFESSION