

## EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA TUBERCULOSE DANS LA ZONE DE SANTE DE KADUTU, SUD-KIVU, RD CONGO

### [ EVALUTION OF THE TAKING IN CARE OF TUBERCULOSE IN AREA OF HEALTH KADUTU, SOUTH-KIVU, DR CONGO ]

*David MARHEGANE Kwigomba<sup>1</sup> and NSHOMBO NSIMIRE Laurence<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Faculté de Santé publique, Université Savante du Kivu, Bukavu, RD Congo

<sup>2</sup>Département de Santé, Institut Supérieur de Techniques Médicales de Bukavu, Bukavu, RD Congo

---

Copyright © 2016 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the *Creative Commons Attribution License*, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

**ABSTRACT:** The General aim of this work was to contribute to the improvement or amelioration of the taking in care of the tuberculose generally in BUKAVU town and particularly in KADUTU area of health and its specific aims were the following: To identify the sanitarian formations that take the tuberculose in care in KADUTU area of health ; to release the eventual obstacles or causes of inaccessibility in front of the care ; to evaluate the level of implication of the treatment strategy that can be observed and to evaluate the level of personal knowledge healing and the patients in tuberculose materiel.

We have driven an analytic and transversal study.

The population of study is made of all patients with microscopy pulmonary tuberculose (TPM+) under the treatment that we have conducted in kadutu area of health during our research period and the prestataires or beneficiaries of cares which take care of them. We have submitted a questionnaire of enquiry to our study of population in order to manage this study .After the treatment and analysis, the result is that 72,3% of patients alternate of the taking of medicines at home, 33,3 % take the medicines every day in the sanitarian formations , 33,3% take twice a week and 6,6 % take once a week ; Inorder to reach the sanitarian formations ,the distance to go through is the principal obstacle that patients reach in the persecution or pursuit of the treatment (70% patients have approved this ) ; at 20 % are effectuated the home visits and not effectuated to 80% which is a negative effect in cases of patients, for the measure of recuperation of irregulars to the cares of renouncement cases , the result of our study proves that 60% of healings don't proceed to the reach of these cases. But apart from that, this has also a negative impact on the following of patients. By opposition of these results , the program of fighting against the tuberculose recommend that the patients must take medicines every day in the medical structure and the absence of only one day to the treatment is against the measure s of recuperation ( written invitation, home visit) done by the nurses ,family members, community members other patients. To sum up, the taking in care of tuberculose in the kadutu area of health is not effective.

**KEYWORDS:** Tuberculose, taking in care, healing personal, sanitarian formation, co-infection.

**RESUME:** ce travail avait comme objectif général de contribuer à l'amélioration de la prise en charge de la tuberculose dans la ville de Bukavu en général et dans la zone de santé de kadutu en particulier et comme objectifs spécifiques : d'identifier les formations sanitaires qui prennent la tuberculose en charge dans la Zone de santé(Zs) de kadutu ;dégager les obstacles éventuels ou causes d'inaccessibilité aux soins ; Evaluer le niveau d'implication de la stratégie du traitement directement observé (TDO ) et évaluer le niveau de connaissance du personnel soignant et des patients en matière de la tuberculose.

Nous avons mené une étude analytique et transversale. La population d'étude est composée de tous les malades avec tuberculose pulmonaire à microscopie positive sous traitement que nous avons trouvé dans la zone de santé de kadutu pendant la période de notre recherche et les prestataires de soins qui leur prennent en charge. Pour bien mené notre étude,

nous avons soumis un questionnaire d'enquête à notre population d'étude. Après traitement et analyse des données, il ressort que 72,3 % des malades alternent la prise des médicaments à domicile, 33,3 prennent les médicaments chaque jour dans les formations sanitaires, 33,3 % les prennent 2 fois par semaine et 6,6 % les prennent une fois la semaine ; la distance à parcourir pour atteindre les structures sanitaires est le principal obstacle que connaissent les patients dans la poursuite de leur traitement (70 % l'ont éprouvé); les visites à domicile sont effectuées à 20 % et non effectuées à 80 % ce qui a un effet négatif sur le suivi des patients; pour ce qui est des mesures de récupération des irréguliers aux soins et les cas d'abandon, les résultats de notre recherche prouvent que 60 % des soignants ne procède pas à la recherche de ces cas. Ceci a également un impact négatif sur le suivi des patients. Par opposition à ces résultats, le programme de lutte contre la tuberculose recommande que les malades prennent les médicaments chaque jour dans la formation sanitaire et que l'absence d'un jour au traitement impose la mise en route des mesures de récupération (invitation écrite, visite à domicile) effectuée par les infirmiers, membre de la famille, membre de la communauté ou autres malades. En conclusion, la prise en charge de la tuberculose dans la zone de santé de kadutu n'est pas effective.

**MOTS-CLEFS:** Tuberculose, prise en charge, personnel soignant.

## 1 INTRODUCTION GENERALE

La tuberculose est une préoccupation majeure non seulement pour les personnels soignants, mais aussi pour l'ensemble de la population, départ le nombre des personnes atteintes et les décès qu'elle cause.

Les études ont montré qu'il y a plus de 100 ans qu'il a été possible d'utiliser le microscope pour détecter le *Mycobacterium tuberculosis* et plus de 50 ans que les médicaments existent. Malgré cela la tuberculose continue à faire des victimes et le de cas ne cesse d'augmenter.

Elle est devenue la première cause de la mortalité parmi les personnes porteuses du VIH tandis que l'infection à VIH constitue le facteur de risque le plus important pour qu'une infection tuberculeuse latente se transforme en tuberculose maladie(1)

Pour faire face à l'augmentation inadmissible de nombre de cas dans le monde, la tuberculose a été déclarée une urgence mondiale en 1993 par l'organisation mondiale de la santé. (2)

Selon (3), un individu sur 3 départ le monde est infecté par le bacille tuberculeux, soit environ 2 milliards de personnes et 300million seront infectés dans dix ans prochains. Chaque année, environ 9 millions des personnes développent la tuberculose maladie. Cette dernière tue annuellement d'avantage les adultes.

En effet, à peu près 3 millions de personnes meurent de la tuberculose chaque année soit 50.000 décès par semaine ou environs 300 décès par heure, dont 95% dans les pays en développement : 80% de décès surviennent chez les adultes entre 15 et 59 ans, c'est-à-dire dans la tranche d'âge la plus productive des populations. D'où les pertes des potentialités sur le plan économique et social et le retard que la maladie occasionne sur le plan développement selon le pays.

En 2010, 17millions de décès ont été en enregistré dans le monde, l'Afrique couvrant le ¼ de ces derniers ; dans cette même année on enregistre 4000 décès au Congo.

Le rapport de la Coordination provinciale du Sud-Kivu de la lutte contre la tuberculose en 2010 affirme qu'au courant de cette année il y a eu 4544 cas enregistrés au dépistage parmi les quelles 4% sont décédés, 3% ont abandonné le traitement et 8% chez qui le traitement a échoué.

Dans notre cible (ZS de KADUTU) le rapport de cette même année 2010 montre un effectif de 481 cas au dépistage dont 5% de décès, 3% de traitement achevé ou terminé, 4% d'abandons, 1.1% d'échec au traitement, 22% des transferts et 65% de guérison pendant que la mission du programme est de guérir au moins 85% de cas dépistés. Ce qui nous a motivé à en faire une préoccupation : Pourquoi les décès dans la zone de santé de Kadutu pendant qu'il existe un traitement efficace, disponible et gratuit contre la tuberculose?

La prise en charge de la tuberculose dans les structures sanitaires intégrées n'est pas effective : ce qui constitue un sérieux problème dans la lutte contre la tuberculose dans la ZS de Kadutu, ceci nous a poussées d'émettre les hypothèses suivantes :

Le niveau d'application de la stratégie DOTS (directly observed treatment short course) serait insuffisant.

L'inaccessibilité géographique et financière empêcherait aux malades d'atteindre les services de soins.

Les malades auraient une connaissance insuffisante au sujet de leur maladie.

Le suivi biologique de cas et la prise en charge seraient insuffisants.

L'objectif général de ce travail est de contribuer à l'amélioration de la prise en charge de la tuberculose dans la ville de Bukavu en général et dans la zone de santé de Kadutu en particulier. Plus spécifiquement, il s'agit d'(de) :

- Identifier les formations sanitaires(FOSA) qui soignent les tuberculeux dans la ZS
- Dégager les obstacles éventuels ou les causes d'inaccessibilité aux soins
- Evaluer le niveau de connaissance du personnel soignant et des patients en matière de la tuberculose
- Déterminer le niveau d'application de la stratégie DOTS.

## **2 MATERIEL ET METHODE**

### **2.1 MATERIELS**

Les fiches de traitement : pour vérifier si les prises des médicaments sont supervisées et cochées et les résultats de control (suivi biologique).

Registres de laboratoire et Registre de traitement, le premier pour identifier tous les patients diagnostiqués et le second pour identifier les malades pris en charge.

Les rapports, pour vérifier le résultat de traitement

Un Ordinateur ; pour l'encodage des données

Un Questionnaire : en rapport avec les directives.

### **2.2 APPROCHE METHODOLOGIQUE**

Pour nous permettre de déterminer le degré d'accessibilité des malades aux soins, le niveau de connaissance du personnel soignant et des patients au sujet de la tuberculose, le niveau de l'application de la stratégie DOTS dans la zone de santé de KADUTU un questionnaire d'enquête a été soumis aux personnels soignants et aux patients tuberculeux.

Nous avons ciblé les quatre centres de santé de diagnostic et de traitement (CSDT) de la Zone de santé de Kadutu , lesquels nous avons considéré comme population d'étude : les patients et les personnels soignants.

les Patients : Tous les nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive ( TPM+) durant notre période d'étude.

Personnel : Infirmiers et techniciens de laboratoire prenant en charge les tuberculeux.

Etant donné que ces soignants ne sont qu'à 15 dans les 4 CSDT, nous avons inclus ces derniers dans notre deuxième groupe d'Echantillonnage.

**Tableau 1 : Les patients et les personnels soignants enquêtés dans les 4CSDT de la zone de santé**

N°	CSDT	Echantillon I		Echantillon II	
		malades	%	personnel	%
01	HPGR DE BUKAVU	60	63,8	7	46,6
02	HGR Dr RAU de CIRIRI	15	15,96	4	26,6
03	CENTRE HOSPITALIER DE KADUTU	13	13,83	2	13,3
04	CENTRE DE SANTE NYAMUGO	6	6,38	2	13,3
	total	94	100	15	99,8

L'échantillonnage a été systématique chez tous les tuberculeux TPM+.

### **2.3 LES VARIABLES ETUDIES**

\* Pour les personnels de santé :

- Caractéristiques générales (sexe, niveau d'étude, formation en PATI 4)

- Maîtrise des directives (cahier des suspects, microscope, registre des patients, fiches de traitement, espace TDO)

\* Pour les patients :

Caractéristiques générales (Age, sexe, résidence, profession, niveau d'étude)

Prise supervisée des médicaments (par qui)

### 3 RESULTATS

**TABLEAU N° II : IDENTIFICATION ET CONNAISSANCE SUR LE TRAITEMENT**

Variables	Effectifs	Pourcentage
1. Age : a. de 1 à 19ans	5	5,31
b. de 20 à 39ans	71	75,53
c. de 40 à 59ans	12	12,76
d. de 60 et plus	6	6,38
<i>Total</i>	<i>94</i>	<i>99,9</i>
Sexe : a. masculin	59	62,8
b. féminin	35	37,2
<i>Total</i>	<i>94</i>	<i>100</i>
3. Niveau d'étude :		
nul	21	22,3
primaire	25	26,6
secondaire	45	47,9
université	3	3,2
<i>Total</i>	<i>94</i>	<i>100</i>
4. Nombre de personnes par maison :		
a. 1 à 5 personnes	23	24,5
b. 6 à 10 personnes	47	50
c. plus de 10 personnes	7	7,4
d. pas de réponse	17	18,1
<i>Total</i>	<i>94</i>	<i>100</i>
7. Profession des malades :		
a. Sans	42	44,7
b. Fonctionnaire	5	5,3
c. Commerçant	21	22,3
d. Autres :		
- Elève	13	13,8
- Militaire	5	5,3
- Chauffeur	3	3,2
- Maçon	4	4,3
- Porteur	1	1,1
<i>Total</i>	<i>94</i>	<i>100</i>
8. Revenu mensuel des malades :		
a. 10 à 50 \$US	5	5,32
b. 51 à 100\$US	5	5,32
c. > 100\$US	2	2,13
d. Non précis	82	87,23
<i>Total</i>	<i>94</i>	<i>100</i>
9. Régime thérapeutique :		
a. 1 <sup>er</sup> régime	55	58,5
b. 2 <sup>e</sup> régime	39	41,5
<i>Total</i>	<i>94</i>	<i>100</i>
10. Connaissance de la date du début de traitement :		
a. Connaissent	82	87,2

b. Ne connaissent pas	12	12,8
<i>Total</i>	<i>94</i>	<i>100</i>
Connaissance de la durée de traitement :		
Connaissent la durée	90	95,7
Ne connaissent pas la durée	4	4,3
<i>Total</i>	<i>94</i>	<i>100</i>

Sources : Nos enquêtes

**COMMENTAIRES :**

Au vu des résultats de ce tableau nous constatons que l'âge le plus affecté par la maladie est celui de 20 à 39 ans avec 71 cas soit 75,5 % de cas, suivi par celui de 40 à 59 ans avec 12 cas soit 12,76 %, vient ensuite celui de plus de 60 ans avec 6 cas soit 6,38 % enfin celui de 1 à 19 ans avec 5 cas soit 5,31 %.

Pour ce qui concerne le sexe, nous verrons que les hommes sont nombreux que les femmes soient 62,8 % sur 37,2 % ;

Pour le niveau d'étude, 47,9 % ont fait les études secondaires, 25,6 % l'école primaire, 3,2 % les études universitaires et 22,3 % n'ont pas étudié.

La même source montre que 37,2 % de ces malades vivent dans une maison à 3 pièces, 21,3 % vivent dans une maison à 4 pièces, 7,4 % ont des maisons de 1 à 2 pièces et 84,1 % ne précisent pas le nombre de pièces pour leurs maisons.

Considérant la vie professionnelle, nous remarquons que 44,7 % sont des chômeurs, 5,3 % sont des fonctionnaires, 22,3 % des commerçants, 13,8 % sont des élèves, 5,3 % des militaires, 3,2 % des chauffeurs, 4,3 % des maçons et 1,1 % sont des porteurs (porte-faits).

Le revenu mensuel : 5,32 % totalisent 10-50 \$, 5,32 % ont 51 à 100 \$, 2,13 % ont plus de 100 \$ et 87,23 % se sont abstenu de répondre à cette question.

Pour le régime thérapeutique, 58,5 % prennent le premier régime (sont suivi en phase intensive) et 41,5 % sont suivi en phase de continuation (2<sup>e</sup> régime).

Pour la connaissance de la date du début du traitement, 87,2 % connaissent le début de leur traitement et 12,8 % ne connaissent pas.

Pour la durée du traitement : 95,7 % connaissent la durée du traitement et 4,3 % ne connaissent pas.

**Tableau N°III : EN RAPPORT AVEC LES FACTEURS DE RISQUE ASSOCIES A LA MALADIE**

Variables	Effectifs	Pourcentage
1. Statut sérologique :		
a. Positif	3	3,2
b. Négatif	62	66,0
c. Non connu	29	30,8
<i>Total</i>	<i>94</i>	<i>100</i>
Où prenez-vous le médicament ?		
Dans la FOSA	26	27,7
A domicile	68	72,3
<i>Total</i>	<i>94</i>	<i>100</i>
3. Quelle est votre fréquence dans la FOSA		
Chaque jour	26	27,7
Une fois/semaine	60	63,8
Deux fois / semaine	0	0
Deux fois / mois	8	8,5
<i>Total</i>	<i>94</i>	<i>100</i>
4. Quelle est la distance à parcourir de la maison pour arriver dans la FOSA :		
a. 0 à 1 Km	33	35,1
b. 2 à 3 Km	22	23,4
c. 4 à 6 Km	33	35,1

d. $\geq 7$ Km	6	6,4
<i>Total</i>	<i>94</i>	<i>100</i>
5. Prenez-vous de l'alcool ?		
a. Oui	34	36,2
b. Non	60	63,8
<i>Total</i>	<i>94</i>	<i>100</i>
6. Combien de bouteille prenez-vous/prise		
a. 1 à 2	13	38,23
b. 3 à 5	7	20,59
c. 6 à 10	6	17,65
d. Non précis	8	23,53
<i>Total</i>	<i>34</i>	<i>100</i>
7. Vous arrive-t-il de fumer ?		
a. Oui	19	20,22
b. Non	75	79,78
<i>Total</i>	<i>94</i>	<i>100</i>
8. Combien des cigarettes par jour ?		
a. 1 - 5	8	42,1
b. 6 - 10	8	42,1
c. > 10	3	15,78
<i>Total</i>	<i>19</i>	<i>99,98</i>
9. Vous arrive-t-il de manquer le médicament dans la FOSA ?		
a. Oui	0	0
b. Non	94	100
<i>Total</i>	<i>94</i>	<i>100</i>
10. Votre consultation dans la FOSA était-elle orientée par :		
a. vous même	79	84,04
b. Etablissement privé	10	10,64
c. Membre de la communauté	5	5,32
<i>Total</i>	<i>94</i>	<i>100</i>
La prise des médicaments est-elle supervisée ?		
Oui	31	32,97
Non	63	67,02
<i>Total</i>	<i>94</i>	<i>99,99</i>
Par qui la prise des médicaments est-elle supervisée ?		
Membre de la communauté	1	3,22
Parents	08	25,80
Infirmier	12	38,70
Conjoint (e)	10	32,25
<i>Total</i>	<i>31</i>	<i>99,97</i>

Source : Nos enquêtes

#### COMMENTAIRES :

• Considérant les résultats de ce tableau, il ressort que 3,2 % ont une Sérologie VIH positive, 66 % sont séronégative et 30,8 % ne connaissent pas leur état sérologique au VIH; 27,7 % prennent les médicaments dans la FOSA et 72,3 % les prennent à domicile ; 27,7 % viennent chaque jour dans la FOSA 63,8 % viennent deux fois par semaine et 8,5 % arrivent deux fois par mois.

Concernant la distance, 35,1 % parcourent 0 à 1 Km pour atteindre les Structures sanitaires ; 23,4 % font 2 à 3 Km, 35,4 % parcourent 4 à 6 Km et 6,4 % font plus de 7 Km.

- La question de savoir si les malades prennent de l'alcool ; 36,2 % affirment la prise de l'alcool et 63,8 % le nient. Ceux qui en consomment déclarent que 38,23 % prennent 1 à 2 bouteilles par prise, 20,59 % prennent 3 à 5 bouteilles par prise, 17,65 % prennent 6 à 10 bouteilles par prise et 23,53 % ne réagissent pas à la question. Quant à la question de fumer, 20,22 % se reconnaissent comme des fumeurs et 79,78 % ne fument pas. Ceux qui fument déclarent que 42,1 % fument 1 à 5 cigarettes par jour 42,1 % fument 6 à 10 cigarettes par jour et 15,78 % fument  $\pm$  10 cigarettes/jour.
- Pour le manque des médicaments dans la FOSA, les 100 % des patients reconnaissent n'avoir jamais manqué les médicaments. Concernant l'orientation à la consultation dans les FOSA, les résultats du tableau montrent que 84,04 % des malades se sont orienté eux-mêmes dans ces structures sanitaires, 10,64 % orientés par les établissements privés et 5,32 % orientés par les membres de la communauté.
- La supervision des prises des médicaments est effectuée à 32,97 % sur 67,02 % non supervisés. La même source précise que la supervision par les Infirmiers est de 38,7 %, 32,25 % faite par les conjoints (es), 25,8 % faite par les parents et 3,22 % sont les supervisions faites par les membres de la communauté.

**Tableau N°IV : EN RAPPORT AVEC LA STRUCTURE / PERSONNEL**

Variables	Effectifs	Pourcentage
1. Niveau d'étude :		
a. Infirmier A1	3	20
b. Infirmier A2	12	80
c. Infirmier Ao	0	0
d. Médecin	0	0
e. Sans étude	0	0
<i>Total</i>	15	100
2. Avez-vous suivi une formation en PATI 4 ?		
a. Oui	12	80
b. Non	3	20
<i>Total</i>	15	100
3. La confirmation de la tuberculose est faite par :		
Médecin	1	6,67
Infirmier	1	6,67
Laborantin	13	86,66
<i>Total</i>	15	100
4. Le diagnostic est-t-il basé sur le résultat de crachat ?		
a. Oui	14	93,3
b. Non	1	6,7
<i>Total</i>	15	100
5. Combien de crachat prenez-vous chez un suspect ?		
a. Un seul	1	6,66
b. Deux	1	6,66
c. Trois	10	66,6
d. Quatre	0	0
e. Autre (non précis)	3	20
<i>Total</i>	15	99,98
6. Votre FOSA dispose-t-elle des médicaments suffisants en stock ?		
a. Oui	14	93,3
b. Non	1	6,7
<i>Total</i>	15	100
7. Avez-vous connu de rupture en 2010 ?		
a. Oui	9	60
b. Non	4	26,66
c. Non précis	2	13,33
<i>Total</i>	15	99,99
8. Combien de jour de rupture avez-vous connu ?		
a. Une semaine	1	11,1

b. Deux semaines	0	0
c. Trois semaines	7	77,8
d. Un mois	1	11,1
<i>Total</i>	<i>09</i>	<i>100</i>
9. Selon vous, il y a-t-il d'obstacle pour les malades à poursuivre le traitement dans votre FOSA ?		
a. Oui	10	66,66
b. Non	5	33,33
<i>Total</i>	<i>15</i>	<i>99,99</i>
10. Quels sont ces obstacles ?		
a. Trajet à parcourir pour atteindre la FOSA	7	70
b. Etudes	2	20
c. Indifférence de l'employeur	1	10
<i>Total</i>	<i>10</i>	<i>100</i>
Les malades irréguliers au traitement et les cas d'abandons, procédez-vous à leur recherche ?		
Oui	6	40
Non	9	60
<i>Total</i>	<i>15</i>	<i>100</i>
Si non, pourquoi ne procédez- vous pas à leur recherche ?		
Malades dispersés	9	100
Multiples occupations du personnel soignant	9	100
Pas de motivation	9	100
<i>Total</i>	<i>9</i>	<i>100</i>
Effectuez-vous des visites à domicile ?		
Oui	3	20
Non	12	80
<i>Total</i>	<i>15</i>	<i>100</i>
Pourquoi les visites à domicile ne sont pas effectuées ? :		
Pas de moyen de transport	6	50
Pas de motivation	4	33,3
Malades dispersés	2	16,7
<i>Total</i>	<i>12</i>	<i>100</i>
Les examens de contrôle sont-ils faits ?		
Oui	15	100
Non	0	0
<i>Total</i>	<i>15</i>	<i>100</i>
Combien de contrôle faites-vous ?		
1 seul	0	0
2 contrôles	2	13,3
3 contrôles	13	86,7
<i>Total</i>	<i>15</i>	<i>100</i>
Quel est le rythme d'arrivé dans la FOSA en phase intensive (1 <sup>er</sup> régime)		
Une fois / semaine	5	33,3
Chaque jour	5	33,3
Deux fois / semaine	5	33,3
<i>Total</i>	<i>15</i>	<i>99,9</i>
Quel est le rythme d'arrivé des malades en phase de continuation		
Une fois / semaine	10	66,7
Deux fois / semaine	4	26,7
Deux fois / mois	1	6,6
<i>Total</i>	<i>15</i>	<i>100</i>

Source : Nos enquêtes

**COMMENTAIRES :**

Considérant les résultats de ce tableau nous constatons que :

- Pour la variable niveau d'étude : 80 % de ceux qui prennent en charge les Tuberculeux sont des infirmiers A2 et 20 % des infirmiers A1.
- Pour la formation en PATI4 : 80 % du personnel ont suivi la formation en PATI4 et 20 % n'en ont pas suivi.
- Pour la confirmation de la maladie, à 86,66 % la confirmation vient des laborantins, 6,67% des infirmiers et 6,67% des médecins.
- Pour le diagnostic 93,3 % confirment qu'il est basé sur les résultats de crachat coloré selon la méthode de Ziehl et 6,7 % refusent ; 66,66 % prélèvent 3 crachats, chez les suspects tuberculeux, 6,66% prélèvent 1 échantillon, 6,66% prélèvent 2 échantillons et 20 % s'abstiennent à cette question.
- Pour ce qui est de la disponibilité des médicaments en stock, 93,3 % affirment la disponibilité et 6,7 % ne l'affirment pas.
- Pour ce qui concerne la rupture des médicaments, 60% reconnaissent avoir eu de rupture, 26,66% ne reconnaissent pas avoir eu de rupture et 13,33% ne réagissent pas à cette question.
- Ceux qui ont reconnu des ruptures, 77,8 % ont eu une rupture de trois semaines, 11,1 % une semaine et 11,1 % ont eu un mois de rupture.
- A la question de savoir s'il y a des obstacles pour que les patients poursuivent correctement leur traitement jusqu'au bout, 66,66 % affirment qu'ils en existent et 33,33% nient l'existence des obstacles.
- Ceux qui affirment l'existence d'obstacles évoquent à 70 % la distance à parcourir pour atteindre les structures sanitaires, à 20 % les études et à 10 % l'indifférence de l'employeur.
- Pour ce qui est de la recherche des cas irréguliers et les abandons, 60 % du personnel soignant ne cherchent ces malades et 40 % les cherchent.
- Les causes de ne pas rechercher de cas irréguliers et les abandons sont :  
Les 100 % de ceux qui ne le font pas accusent :  
La démotivation  
Les malades sont dispersés  
Multiples occupations du personnel soignant.
- Les visites à domicile des malades sont effectuées à 20 % et non effectuées à 80 %.
- Les 80 % du personnel qui n'effectuent pas les visites à domicile avancent comme raison : 50 % manquent le moyen de transport 33,3 % sont démotivés et 16,7 % disent que les malades sont dispersés et sont loin de la structure sanitaire.
- Concernant les examens de contrôle, les 100 % du personnel procèdent aux examens de contrôle. Mais il y a 13,3 % qui font deux contrôles et 86,7 % qui font trois contrôles.
- Pour le rythme d'arrivée dans la FOSA, ce tableau nous affirme que pendant la phase intensive 33,3 % arrivent une fois par semaine, 33,3 % arrivent chaque jour et 33,3 % arrivent deux fois par semaine.

Pendant que pour la phase de continuation : 66,67 % arrivent une fois par semaine, 26,7 % arrivent deux fois par semaine et 6,6 % arrivent deux fois par mois.

#### **4 DISCUSSIONS DES RESULTATS**

Ce point s'articule sur quatre grandes rubriques correspondant aux hypothèses de la recherche.

Niveau d'application de la stratégie DOTS

Il ressort de notre étude que 72,3% des malades alternent la prise de médicaments à domicile et 27,7% à l'hôpital.

Les résultats de notre recherche montrent que les patients qui prennent les médicaments à domicile sont motivés par le fait qu'ils ne sont pas hospitalisés, le fait de diminuer le nombre de fois pour parcourir le trajet les séparant de la FOSA, les contraintes des études et de l'indifférence de l'employeur.

Quant au rythme de la prise de médicaments au niveau de la FOSA en phase intensive, 33,3% prennent les médicaments chaque jour dans la FOSA, 33,3% une fois par semaine et 33,3% les prennent 2 fois par semaine.

En phase de continuation, 66,7% prennent les médicaments une fois par semaine, 26,7% les prennent deux fois par semaine et 6,6% les prennent deux fois par mois (variable 10,17, et 18 du tableau IV), alors qu'aux Philippines où le DOTS est appliqué à 100% les évaluations indiquent le taux de guérison est de 90%.(5)

#### Obstacle et cause d'inaccessibilité aux soins

La distance à parcourir pour atteindre les structures sanitaires est le principal obstacle que connaissent nos patients dans la poursuite de leur traitement (70% l'ont confirmé).

L'éloignement est combiné à d'autres facteurs comme le manque de moyen financier (voir le taux de chômage), les études (20%), l'indifférence de l'employeur (10%). (Variable 5 et 10 du tableau II.)

D'après l'OMS dans une de ses publications, un malade qui doit aller chercher trop loin son traitement sera moins susceptible de le suivre régulièrement. Face à cette difficulté, un projet pilote appelé " DOTS roulant " est mis en œuvre aux Philippines. (5)

#### Niveau de connaissance du personnel soignant et des patients au sujet de la maladie

##### Aspects liés aux personnels soignants

Notre étude montre que 80% du personnel sont formés en PATI 4, 93,3% posent leur diagnostic sur base des résultats des crachats examinés au laboratoire, 66,66% prélèvent 3 échantillons de crachat pour le diagnostic (variables ; 2, 4, 5 du tableau IV)

##### Aspects liés aux patients

Tous les patients soit 100% prennent les médicaments chaque jour, 87,2% des patients connaissent la date du début de leur traitement, 95,7% connaissent la durée de leur traitement, 69,2% connaissent leur état sérologique au VIH (variables 10,11 du tableau II ; Variable 1 en tableau III)

Les informations régulières de ces patients à propos de leur maladie ainsi que leur traitement est à la base de la bonne connaissance de la tuberculose. Les résultats de notre étude sont similaires à ceux trouvés par l'OMS en Afrique qui ont montré qu'à travers le renforcement des capacités nationales de dépistage, plus de 934 agents de santé impliqués dans la prise en charge de la tuberculose ont été formés. (5)

#### Suivi biologique des cas et déficience dans la prise en charge

Les 100% du personnel affirment que les contrôles se réalisent ; néanmoins 86,7% réalisent 3 contrôles et 13,3% réalisent deux contrôles.

Les visites à domicile sont effectuées à 20% et non effectuées à 80% ce qui a un impact négatif sur le suivi des patients.

Pour ce qui est des mesures de récupération des irréguliers aux soins et les cas d'abandon, les résultats de notre travail montre que la plupart du personnel soignant soit 60% ne procède pas à la recherche de ces cas. Ceci également a un impact négatif sur le suivi des malades (Variable 11, 12, 15,16, du tableau IV).

Par opposition à ces résultats, le programme de lutte anti tuberculeuse recommande que l'absence d'un seul jour au traitement impose la mise en route les mesures de récupération (invitations écrites, visites à domicile) effectuées par les infirmiers, membre de la famille, membre de la communauté ou autres malades. (2)

## 5 CONCLUSION ET SUGGESTIONS

Le problème de la prise en charge de la tuberculose est une préoccupation à la fois internationale (voir les objectifs du millénaire), nationale et locale (voir la situation de la Zone de Santé de Kadutu).

Nous avons voulu contribuer à l'amélioration de la prise en charge de la tuberculose dans la ville de Bukavu, et pour y arriver, nous nous sommes posé la question de savoir pourquoi la tuberculose continue à faire des décès pendant que le traitement est disponible, efficace et gratuit.

Après l'analyse des résultats nous avons abouti aux principales conclusions suivantes :

1. L'Application de la stratégie DOTS n'est réalisée que chez 33% de cas.
2. Les obstacles et causes d'inaccessibilité aux soins sont :
  - L'éloignement de la structure sanitaire
  - L'indifférence de l'employeur
  - Les études pour les élèves.
4. Tous les personnels soignants connaissent la tuberculose, les obligations de la prise en charge mais ils ont des difficultés à les réaliser. Les malades connaissent le bien-fondé de leur traitement.
5. La prise en charge des patients connaît encore des lacunes :
  - 80% du personnel n'effectuent pas des visites à domicile chez les patients
  - 60% du personnel soignant ne réalisent pas les mesures de récupération des irréguliers et les abandons.

Eu égard à ce qui précède, nous suggérons ce qui suit :

A l'inspection/La Coordination Provinciale de Lutte contre la Tuberculose de :

Recruter un personnel mobile pouvant superviser les prises des médicaments aux domiciles des malades (DOTS roulant)

Motiver les prestataires dans la prise en charge de la tuberculose.

Renforcer la supervision des activités DOTS dans les FOSA

Multiplier (renforcer) les CSDT dans la province (dans les zones de santé)

Au Bureau Central de la Zone de Santé de Kadutu de :

Décentraliser la prise en charge de la tuberculose.

Renforcer la sensibilisation de la communauté dans la lutte contre la tuberculose et dans la lutte contre le VIH/SIDA

Aux structures sanitaires :

Sensibiliser toutes les couches de la population dans la lutte contre la tuberculose.

Renforcer la supervision des activités DOTS communautaire.

Répondre aux exigences de l'OMS et des partenaires relativement à la prise en charge de la tuberculose.

A la communauté de :

S'impliquer effectivement dans la lutte contre la tuberculose.

Enfin, notre étude n'a pas décelé toute la situation en rapport avec la prise en charge de la tuberculose.

Ainsi, nous proposons aux futurs chercheurs dans le même domaine de pouvoir nous compléter en ciblant les thèmes suivants :

Impact de la tuberculose sur la vie socio-économique des ménages.

Les facteurs favorisant la tuberculose multi résistante.

La prévalence du VIH chez les tuberculeux.

Les obstacles dans l'application de la stratégie DOTS dans la lutte anti tuberculeuse.

## **REFERENCES**

- [1] PNLS et PNLT. Guide de la prise en charge de la co-infection VIH- tuberculose ; destiné au personnel soignant de la zone de santé.TB/CTA, FHI, USAID, Novembre 2008 RDC
- [2] PATI 4, Guide de la prise en charge de la tuberculose, Kin 2008
- [3] OMS, Plan mondial Halt à la tuberculose, 2006
- [4] FOUND MONDIAL, De lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme : Introduction à la tuberculose, 2007
- [5] [http // www.securitession](http://www.securitession.org) OMS tuberculosis, Stratégie et opération, suivi et évaluation [http // www.int/gtb](http://www.int/gtb)
- [6] CPLT / SUD KIVU : Rapport 2010
- [7] BCZ / KADUTU : Rapport 2010