



Open Access Full Text Article

ORIGINAL RESEARCH

Determinants of low detection of tuberculosis in district hospitals of N'Djamena city

Les déterminants de la faible détection de la tuberculose dans les Hopitaux de districts de la ville de N'Djamena

R. Ngakoutou, A. Ahmet, M. Joseph, D. Dieudonne, L. Mbainadji, J. Toralta, M. Nemian, L. Allawaye, B. Mahamat Ali, K. Adjougoula, A. Mihimit

Faculté des Sciences de la Santé Humaine et CHU-RN. N'Djamena

ABSTRACT

Introduction. Tuberculosis (TB) is a common endemic caused by bacteria of the Mycobacterium tuberculosis complex. It is still a major public health problem due to its morbidity and mortality in countries with limited resources. The objective of our study was to analyze the causes of the low detection of tuberculosis in the district hospitals of the city of N'Djamena in order to improve care. **Patients and method.** This is a descriptive prospective study carried out from data collection sheets and records of target patients treated in the district hospitals of the city of N'Djamena during the period from November 1 2020 to April 30, 2021, i.e. six (06) months. The variables studied were socio-demographic, economic, cultural, environmental as well as practices, attitudes and behaviors towards the disease. **Results.** During our study, we collected 187 tuberculosis patients of all forms, 98.65% of whom were bacilliferous. The average age was 35.5 years with extreme ages 15 and 60 years. The most represented age group was between 31-40 years old with a sex ratio of 2 in favor of men. Regarding general knowledge of signs of TB, cough was cited in 83 cases or 44% as the most common symptom, followed by weight loss (16%), fever (10%), night sweat (3%), others (8%) and 19% of patients, i.e. 35, said they did not know the signs of tuberculosis. However, 86.3% of patients said that the hospital was indicated for the management of tuberculosis. 8.2% believed that the treatment was done by the traditional healer and 4.1% said that it was self-medication and 1.4% opted for the marabout. **Conclusion.** The representatives of tuberculosis are unknown by the population, which explains the use of mixed care. Communication for behavior change must be intensified in order to effectively combat poor knowledge, a common denominator mentioned in the under-screening of tuberculosis.

KEYWORDS: Tuberculosis; low detection; district hospitals; N'Djamena.

RÉSUMÉ

Introduction. La tuberculose (TB) est une endémie fréquente causée par les bactéries du complexe Mycobacterium tuberculosis. Elle constitue encore un problème majeur de santé publique par sa morbi-mortalité dans les Pays à ressources limitées. L'objectif de notre étude était d'analyser les causes de la faible détection de la tuberculose dans les hôpitaux de districts de la ville de N'Djamena en vue d'améliorer la prise en charge. **Patients et méthode.** Il s'agit d'une étude prospective descriptive réalisée à partir de fiches de collecte de données et dossiers de patients cibles prise en charge dans les hôpitaux de district de la ville de N'Djamena durant la période allant du 1^{er} Novembre 2020 au 30 Avril 2021 soit six (06) mois. Les variables étudiées étaient sociodémographiques, économiques, culturels, environnementales ainsi que les pratiques, attitudes et comportements en vers la maladie. **Résultats.** Durant notre étude, nous avons colligé 187 patients tuberculeux toute forme confondue dont 98,65% étaient bacillifères. L'âge moyen était de 35,5 ans avec comme âges extrêmes 15 et 60 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle comprise entre 31-40 ans avec un sex-ratio de 2 en faveur des hommes. En ce qui concerne la connaissance générale de signes de la TB, la toux a été cité dans 83 cas soit 44 % comme le symptôme le plus commun, suivi d'amaigrissement (16%), la fièvre (10 %), sueur nocturne (3%), autres (8%) et 19% de patients soit 35 disaient ne pas connaître les signes de la tuberculose. Cependant, 86,3% de patients affirmaient que l'hôpital était indiqué pour la prise en charge de la tuberculose. 8,2% estimaient que le traitement se faisait chez le guérisseur traditionnel et 4,1% disaient que c'est l'automédication et 1,4% optaient pour le marabout. **Conclusion.** Les représentants de la tuberculose sont méconnus par la population ce qui explique le recours aux soins mixtes. Une communication pour le changement de comportement doit être intensifiée afin de lutter efficacement contre les faibles connaissances, dénominateur commun évoqué dans le sous-dépistage de la tuberculose.

MOTS CLÉS: Tuberculose; faible détection; hôpitaux de district; N'Djamena.

Corresponding author: Dr NGAKOUTOU RANGAR. FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE HUMAINE - UNIVERSITE DE N'DJAMENA - TCHAD. E-mail: ngakoutou_rangar@yahoo.fr

INTRODUCTION

La tuberculose est une maladie infectieuse contagieuse provoquée par une mycobactérie du complexe tuberculosis principalement le *Mycobacterium tuberculosis* ou bacille de Koch (BK).

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), environ un quart de la population mondiale est porteuse d'une tuberculose latente, ce qui signifie que ces personnes ont été infectées par le bacille tuberculeux mais ne sont pas encore malades et ne peuvent pas transmettre la maladie.

Mais sur toute la durée de leur vie, les sujets infectés par le bacille tuberculeux ont 5% de risque de développer la maladie [1].

La tuberculose est l'une des dix premières causes de mortalité dans le monde (la neuvième cause de décès au plan mondial et la principale cause de décès due à un agent infectieux unique, devant le VIH/sida) [2].

En 2019, l'OMS estimait qu'environ 10 millions de personnes avaient contracté la tuberculose et parmi elles, 7,1 millions étaient dépistées et officiellement notifiées. La charge de morbidité varie considérablement d'un pays à un autre. [2]. Une des nouvelles caractéristiques de l'épidémie est une augmentation des souches multi résistantes [3].

En Afrique subsaharienne, la tuberculose reste encore une maladie largement répandue où les mesures visant à freiner son expansion souffrent souvent de faiblesses liées aux contraintes financières, au niveau de vie de la population et au système de santé en place [4].

Au Tchad, selon l'OMS en 2019, l'incidence de la tuberculose était très élevée, pour chaque cent mille habitant, l'OMS crédite à 142 cas de tuberculose toutes formes confondues [5].

Un programme national de lutte contre la tuberculose (PNT) a été mise en œuvre depuis 1990 avec pour objectif d'infléchir le cours de l'épidémie. Il assure la gratuité des examens nécessaires au diagnostic de la tuberculose et des soins antituberculeux [6].

L'un des principaux objectifs de tout programme de lutte antituberculeuse est de réduire la transmission de la tuberculose dans la communauté, et à travers le dépistage précoce des cas et l'instauration rapide d'une thérapeutique adaptée [7].

Mais malgré les énormes avancées dans plusieurs aspects de lutte contre la tuberculose, la maladie tuberculeuse reste toujours d'actualité et pose un véritable problème de santé publique au Tchad.

L'objectif de notre étude était d'analyser les causes de la faible détection de la tuberculose dans les hôpitaux de districts de la ville de N'Djamena en vue d'améliorer la prise en charge.

METHODE

Il s'agissait d'une étude prospective descriptive et transversale durant la période du 1^{er} Novembre au 30 Avril, soit six (06) mois et portant sur les patients pris en charge pour la tuberculose dans quatre (04) hôpitaux de district de la ville de N'Djamena qui sont :

- L'hôpital de district de la Paix de Farcha;
- L'hôpital de district de l'Union de Chagoua ;
- L'hôpital de district Sultan Kasser;
- L'hôpital de district de Gozator.

Etait inclus dans notre étude, tout patient tuberculeux âgé de 15 ans et plus, pris en charge pour tuberculose dans ces hôpitaux durant la période d'étude.

Par contre les patients âgés de moins de 15 ans, les tuberculeux pris en charge en dehors de la période d'étude et les patients non consentants étaient exclus de l'étude.

Les variables étudiées étaient sociodémographiques, cliniques, comportementales, et pratiques. Nous avons utilisé une méthode non probabiliste par commodité c'est-à-dire l'entretien se faisait avec les cas présents au moment de l'enquête.

Le recueil des données était réalisé grâce à des fiches standards élaborées à cet effet et la saisie était effectués par les logiciels Epi data et Epi info.

Les considérations éthiques étaient respectées notamment la confidentialité des informations recueillies et l'anonymat de personnes concernées.

Le consentement verbal de la population cible est sollicitée avant l'administration du questionnaire.

RESULTATS

Durant la période d'enquête, au total 187 patients étaient inclus dans l'étude; les caractéristiques sociodémographiques, économiques, environnementaux, culturels et les connaissances, pratiques et attitudes étaient décrits.

Caractéristiques sociodémographiques

Dans cette étude 27,3% de nos enquêtés avaient l'âge compris entre 31 à 40 ans, 70% étaient de sexe masculin dont 47,6% étaient mariés et 24,1% d'entre eux étaient élèves/étudiants.

TABLEAU 1		Répartition des patients selon les données sociodémographiques	
Variables		Effectif	Pourcentage (%)
Tranche d'âge	< 26 ans	45	24,1
	26 - 30 ans	35	18,7
	31 - 40 ans	51	27,3
	41 - 50 ans	33	17,6
	> 50 ans	23	12,3
Sexe	Féminin	56	29,9
	Masculin	131	70,1
Profession	vendeur/ vendeuse	28	15,0
	Cultivateur	29	15,5
	Eleveur	5	2,8
	Elève/ Etudiant	45	24,1
	Fonctionnaire	6	3,2
Statut matrimonial	Ménagère	23	12,3
	Homme en tenue	18	9,6
	Autres	33	17,5
	Célibataire	71	38,0
Statut matrimonial	Marié	89	47,6
	Divorcé	18	9,6
	Veuf	9	4,8

Connaissance générale des signes de la tuberculose

Dans notre étude 44% des patients connaissaient la toux comme signe principal de la tuberculose, 55,6% savaient sa voie de transmission, 86,3% connaissaient le lieu de prise en charge, et la radiodiffusion était la source d'information dans 31,8% des cas.

TABLEAU 2		Répartition des patients selon la connaissance générale des signes de la tuberculose	
Connaissance générale de la TB		Effectif	Pourcentage (%)
Signe de TB	Toux de plus de 21 jours	82	44,0
	Amaigrissements	31	17,0
	Fièvre	19	10,0
	Sueurs nocturne	7	4,0
	NSP	39	21,0
Agent causal	Autres	9	5,0
	BK	11	6,0
Entendu parler de TB	NSP	176	94,1
	Oui	159	85,0
	Non	28	15,0
	Agents de santé	41	26,0
	Amis	14	9,1
Canal d'information	Voisin	17	10,6
	Parent	29	18,2
	Radiodiffusion	51	31,8
	Télévision	5	3,0
	Autre	2	1,5
Transmission de TB	Crachat	104	55,6
	L'air	3	1,6
	Manger	56	30,0
	NSP	21	11,2
	Toucher	3	1,6
Lieu de soigne	Hôpital	161	86,3
	Tradipraticien	15	8,2
	Automédication	8	4,1
	Marabout	3	1,4

*NSP: ne sait pas; TB: tuberculose.

Le niveau d'instruction

Dans notre étude, 42% de nos enquêtés ont un niveau d'instruction secondaire.

La consultation traditionnelle avant la PEC à l'hôpital

Avant la PEC à l'hôpital, 27% de nos enquêtés avaient consulté un médecin traditionnel.

La distance domicile-hôpital

Dans notre série 71,6% de nos enquêtés avaient une distance domicile-hôpital inférieur à 3km.

Les moyens de prévention de la tuberculose

Pour ce qui est de prévention 18,90% de nos patients ne connaissaient pas les mesures de la prévention de la tuberculose.

La notion de contact étroit

Notre étude montre que 78,8% de nos enquêtés étaient en contact étroit avec un patient à l'hôpital.

La durée du traitement

Notre étude montre que 31,1% des enquêtés ne connaissaient pas la durée du traitement.

DISCUSSION

Dans notre étude, les hommes étaient majoritaire soit 70,1% des cas avec un sex-ratio de 2. Ce résultat était similaire à ceux retrouvés par Ndeindo et all au Tchad (76,1%) [6]; Dembélé et all au Mali (72,5%) [8] et Guedenon et all au Benin (69,4%) [9]; qui avaient retrouvé respectivement 3; 2 et 1,5 de sexe ratio en faveur des hommes. Cette prédominance masculine pourrait s'expliquer par les difficultés économiques des femmes à consulter. Les femmes semblaient avoir plus de difficultés à rentrer dans le système sanitaire probablement à cause d'obstacles culturels et sociaux limitant leur autonomie. Les habitudes alimentaires (alcoolisme et/ou tabagisme, toxicomanie), les métiers (peintre, ouvrier de chantier routier, ...) étaient plus fréquents chez les hommes que chez les femmes. Ces facteurs étaient incriminés dans la baisse de l'immunité pouvant expliquer la survenue de la tuberculose chez ceux-ci.

Par ailleurs, la population d'étude était majoritairement de jeunes. La tranche d'âge la plus représentée était celle comprise entre 31-40 ans avec un taux de 27,0%. L'âge moyen de notre population d'étude était de 35,5 ans avec comme âges extrêmes 15 et 60 ans. Ce résultat était inférieur à ceux de Abdoulaye au Tchad [10] qui notait 42,9% dans la tranche d'âge 16-35 ans et Diallo au Mali [11] qui retrouvait 50,46% dans la tranche d'âge 31-40 ans. Il en ressort que la population active était la plus affectée par la TB sans doute dû à la négligence de la maladie. Pour des raisons complexes, il arrive souvent qu'ils ne considèrent pas la santé comme une priorité au regard d'autres priorités de survie quotidienne.

Concernant le statut matrimonial, les mariés étaient plus représentatifs avec 47 % des cas. Ce taux est inférieur à ceux retrouvés par Tosi et all [12] au Tchad (65,2%), N'dao et all [13] au Mali (60%), et Diallo et all [11] au Mali (56,6%). Etant donné que dans notre étude

75,7% de cas avait un âge supérieur à 18 ans, il paraît donc naturel d'y retrouver les personnes mariées en conformité avec la loi tchadienne qui trouve une personne apte à cet âge pour se marier. Vu aussi le contact étroit que vit ceux-ci alors il est naturel d'avoir ce pourcentage aussi important par rapport aux autres.

Dans notre étude, 42% de nos enquêtés avaient un niveau d'instruction secondaire. Ce résultat était superposable à ceux de M. Akrim et all au Maroc (23,7%) [13]; E.A. Bumba et all au Congo (72,5%) [14]. Cela pourrait s'expliquer par la promiscuité des jeunes donc ignorant ainsi la contagiosité de la maladie.

En ce qui concerne la connaissance générale de signes de la TB, la toux a été citée dans 83 cas soit 44 % des cas comme symptôme le plus commun, suivi d'amaigrissement (16%), et de fièvre (10 %). Cependant, 19% de patients affirmaient ne pas connaître les signes de la tuberculose. Ce résultat était comparable à celui de A. Barry et all en 2011 en Guinée [47] qui trouvaient 77% de patients qui avaient déclaré la toux, 65%, l'amaigrissement 32% et la fièvre, 35%.

Concernant les attitudes, et les pratiques comportementales influençant le dépistage de la tuberculose, 161 soit 86,3% de patients interviewées affirmaient que c'était l'hôpital qui était indiqué pour une meilleurs prise en charge de la TB, 8,2% estimaient que le traitement se faisait chez le guérisseur traditionnel, 4,1% disaient que l'automédication était la meilleurs et enfin 1,4% optaient pour le traitement de la tuberculose chez le marabout. Selon Diarra et all, 34,6 % de sujets enquêtés pensaient qu'il y avait une autre alternative au traitement de la tuberculose autre que le traitement moderne (65,4%) [15].

Par ailleurs si 85% des patients interviewés déclaraient connaître la tuberculose, 31,8% de nos patients connaissaient la TB à travers la radiodiffusion, 25,8% à travers les agents de santé et 18,2% auprès des parents. Ces résultats étaient inférieurs à ceux de Diarra et all. (télévision et radiodiffusion 75 %) Barry et all (radiodiffusion 59%) [15].

La radiodiffusion et les agents de santé étaient les meilleurs moyens d'information et de sensibilisation de la population du fait qu'ils étaient les moyens les plus accessibles au citoyen.

Malgré une connaissance appréciable des signes de la tuberculose, notre étude avait révélé une faible connaissance de l'agent causal par les patients (6%). Selon Diarra et all à Bamako, 10,6 % des patients savaient que la tuberculose était causée par une bactérie contre 55 % de Marinac all. au Kansas (USA) en

1998[15]. Cependant, l'étude notait une connaissance moyenne du mode de transmission de la tuberculose par les patients (55,7%) contre 11,4% des patients qui ignoraient totalement sa transmission et 18,9% de nos enquêtés avaient une faible connaissance du mode de prévention.

En début de parcours, les patients n'identifiaient pas forcément la maladie comme une tuberculose, ce qui peut orienter leur choix de recours aux soins. Certains signes de la tuberculose peuvent conduire les patients à opter pour l'utilisation de soins informels [6]. Une croyance en une étiologie non microbienne peut être à l'origine de ce type de recours. Quant à l'automédication et l'achat de médicaments sur le marché informel, ils pourraient s'expliquer par la bénignité supposée des symptômes, les difficultés financières ou les problèmes liés à l'accès aux services de santé [6].

REFERENCE

1. World Health Organization: Global tuberculosis report 2015. Geneva, Switzerland: WHO; 2015.
2. ABBASSI H et all: Prise en charge de la tuberculose ganglionnaire : Culture, typage et antibiogramme. Mémoire.FES, Maroc. Juin2013.
3. Prasad R, Dhiraj Kumar S. et all: Multidrug and extensively drug-resistant TB (M/XDRTB): problems and solutions. Indian J Tuberc 2010 Oct. 57(4) :180-91.
4. OMS : Rapport sur la lutte contre la tuberculose dans le monde. 2010.
5. Programme National de lutte contre la Tuberculose. Tchad : Rapport annuel du PNT 2019.
6. Ndeindo. N, Doudéadoum N, Ngakoutou R, Virginie H, Pierre C, et all : Les déterminants du recours aux soins des tuberculeux en milieu urbain au Tchad. Thèse : université Pierre et Marie Curie. Paris VI. 2012.
7. Mohammed A, Bennani k, Essolbi A , Sghiar M, Likos A, Benmamoun A et all. :Déterminants des délais de consultation, de diagnostic et de mise sous traitement des patients nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive au Maroc. Mémoire. Juillet 2012.
8. Dembélé J P. : Aspects épidémiologiques de la tuberculose pulmonaire à Bacilloscopie positive au Mali pendant la décennie 1995-2004, Thèse médecine, Bamako, 2005, 198 : 59P.
9. Guedenon CIS. : Evaluation de l'efficacité du traitement de la tuberculose pulmonaire à bacilloscopie positive chez les patients infectés par le VIH au CNHPP de Cotonou (Benin) à propos de 923 cas. Thèse de Médecine Bamako 2008-8OP ; 609.
10. Abdoulaye A. : Les aspects radiologiques de la tuberculose chez les patients VIH. Thèse de Doctorat en Médecine N'Djamena, 2013.
11. Diallo H A. : Influence du VIH/SIDA sur l'épidémiologie de la tuberculose maladie dans les six communes de Bamako. Thèse Médecine CNTS, 2005-2006.
12. Tosi C, Ngangro N, Djimadoum N, Richard V et all: Study of HIV seroprevalence in patients with pulmonary tuberculosis in 1999 in Chad. Med Trop. 2002 2002; 62(6):627-33.
13. N'dao. O. : Evaluation de l'efficacité du traitement de la tuberculose a bacilloscopie négative au cours du VIH/SIDA au CHU du point G. Thèse Med. Bamako Mali, 2008.
14. ESAIE A. B.Djongi : Déterminants socioéconomiques influençant l'accessibilité aux soins dans la zone de santé de massa. Cas de l'HGRmassa/kasangulu. Province du Bas-Congo. Mémoire.Université de Kinshasa - Master en santé publique 2009.
15. Ahmadou. B. : Déterminants de la faible détection de la tuberculose dans le district sanitaire de Fria. Mémoire. Guinée Conakry 2011

La distance moyenne du domicile au centre de dépistage et de traitement est de 4,38 Km avec un maximum de 30 Km. Ce résultat corrobore à celui de Karimau et all au Maroc qui notait une moyenne à 6,3Km [11].

CONCLUSION

Les manifestations de la tuberculose restent méconnues par la population. Une communication pour le changement de comportement doit être intensifiée afin de lutter efficacement contre les faibles connaissances, dénominateur commun évoqué dans le sous-dépistage de la tuberculose.

CONFLIT D'INTERETS

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.