



ORIGINAL RESEARCH

Problematic of Management of tuberculosis in Niamey - Niger

Problématique de la prise en charge de la tuberculose à Niamey -Niger

M.M. Assao Neino¹, M.A. Gagara Issoufou², A.Z. Soumana¹, Z. Tchouso¹, P. Yata¹,
D.A. Maizoumbou²

¹: Centre National Antituberculeux de Niamey. Niger

²: Service de Pneumo-Phtisiologie de l'Hôpital National Lamordé. Niger

ABSTRACT

Niger is a highly endemic tuberculosis country which is subdivided into 8 regions. According to the WHO report, AFRO / GLC MONITORING MISSION REPORT (Niger) 2015, the poorest results (tuberculosis) of the country are observed in the Niamey region which is the capital and which is supposed to have the best results given these potentialities (materials, logistics, staff ...) but this is not the case. This led us to carry out this work whose goal is to research the problem of the management of tuberculosis in Niamey. It was a prospective 6-month study of 34 health care professionals managing TB and all patients registered in the TB registry of the selected facilities. A total of 86 patients were registered in the TB registry and 34 health workers were questioned. The male sex of patients accounted for 80%, smoking was found in 47.7% of patients, tuberculosis was unknown by 43% of patients before the start of their treatment. Information, education communication (IEC) was received by 98% of tuberculosis patients. Females predominated in 79.40% of health workers and 61.8% were not trained in IEC. The search for the lost of sight is a serious problem for 77.4% of the agents. It is important to insist on preventive measures, the training of agents, the IEC, the epidemiological surveillance and the research of the lost of views for a better management of our patients.

KEYWORDS: Problematic, management, tuberculosis, Niamey.

RÉSUMÉ

Le Niger est un pays à haute endémicité tuberculeuse qui est subdivisé en 8 régions. Selon le rapport OMS, AFRO/GLC MONITORING MISSION REPORT (Niger) 2015, les moins bons résultats (tuberculose) du pays sont observés dans la région de Niamey qui est la capitale et sensée avoir les meilleurs résultats compte tenue de ces potentialités (matériels, logistique, personnel...) mais ce n'est pas le cas. Ceci nous a poussés à réaliser ce travail dont le but est de rechercher la problématique de la prise en charge de la tuberculose à Niamey. C'était une étude prospective d'une période de 6 mois chez 34 professionnels de la santé prenant en charge la tuberculose et l'ensemble des patients enregistrés dans le registre de la tuberculose des structures choisies. Au total 86 patients étaient enregistrés dans le registre de la tuberculose et 34 agents de la santé étaient questionnés. Le sexe masculin des patients représentait 80%, le tabagisme était retrouvé chez 47,7% des patients, la tuberculose était méconnue par 43% des malades avant le début de leur traitement. L'information, éducation communication (IEC) était reçue par 98% des tuberculeux. Le sexe féminin prédominait chez 79,40% des agents de santé et 61,8% n'avaient pas été formé en IEC. La recherche des perdus de vue est un sérieux problème pour 77,4% des agents. Il est important d'insister sur les mesures préventives, la formation des agents, l'IEC, la surveillance épidémiologique et la recherche des perdus de vues pour une meilleure prise en charge de nos patients.

MOTS CLÉS: Problématique, prise en charge, tuberculose, Niamey.

Corresponding author: Dr. M.M. Assao Neino. Centre National Antituberculeux de Niamey. Niger

E-mail: mourt2000@yahoo.fr

INTRODUCTION

La tuberculose demeure un problème de santé public. En 2016 dans le monde, l'OMS avait chiffré 10,4 millions de personnes ayant contracté la tuberculose et 1,7 million de décès (dont 0,4 million ayant aussi le VIH). Plus de 95% des décès dus à la tuberculose surviennent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire [1]. Situé en Afrique de l'Ouest, le Niger est un pays à haute endémicité tuberculeuse avec une superficie de 1.267.000 km² et une population qui était estimée à 19.223.156 habitants en 2015. Sur le plan administratif il est subdivisé en 8 régions (Agadez, Diffa, Dosso, Maradi, Tahoua, Tillabéry, Zinder et Niamey la capitale). Sa densité moyenne est de l'ordre de 13,5 habitants/km² avec une disparité importante entre les différentes régions du pays : plus de 75% de la population vit dans moins de 40 % du territoire national et environ 15% est nomade. Les résultats de traitement des nouveaux cas de TB (cohorte 2013) démontre que sur les 6.956 cas de TB enregistrés, 4349 ont été déclarés guéris (soit 63%), 443 cas de décès (soit 6%) et 660 cas de perdus de vue (soit 10%). Le taux de succès thérapeutique reste insuffisant (79% en 2014) par rapport à la cible de 83% pour la cohorte 2013; et un taux de détection faible (62%). Le taux de succès thérapeutique pour les nouveaux cas de TPM+ est passé de 82% pour la cohorte 2010 à 79% pour la cohorte 2013. Le nombre de perdus de vue connaît une forte augmentation: 12% en 2005, 6% en 2010, 13% en 2012 et 10% en 2013. Les moins bons résultats sont observés dans la région de Niamey (60% de taux de succès thérapeutique, 26% de perdus de vue) [2]. Niamey est sensée avoir les meilleurs résultats compte tenue des potentialités (matériels, logistique, personnel...) que lui offre la capitale mais ce n'est pas le cas. Ceci nous a poussés à réaliser ce travail dont le but est de rechercher la problématique de la prise en charge de la tuberculose à Niamey.

MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude prospective d'une période de 6 mois (1^{er} Décembre 2016 au 31 Mai 2017) chez les professionnels de la santé prenant en charge la tuberculose et l'ensemble des patients tuberculeux enregistrés dans le registre de la tuberculose des structures choisies durant la période de l'étude. Etaient inclus dans notre étude 86 patients tuberculeux et 34 professionnels de la santé (Pneumologue, Infirmier, Laborantin, communicateur...) ayant acceptés de répondre aux questionnaires. Au Niger à travers le PNLT, la prise en charge de la Tuberculose est gratuite (antituberculeux, crachat à la recherche du bacille acido alcoolo résistant, sérologie rétrovirale, et la radiographie pulmonaire) dans les Centres de dépistage et de traitement (CDT) de la tuberculose

qui dispose ses examens. Les patients TB-MDR et TB-XDR (tuberculose ultrarésistante) n'étaient pas inclus car ils sont pris en charge par la fondation Damien. La région de Niamey dispose de 11 CDT dont le CNAT (Centre National Antituberculeux) qui est la structure Nationale de référence de la prise en charge des tuberculeux.

Deux questionnaires (un adressé aux patients et l'autre aux agents de la santé) avaient été élaborés prenant en compte les aspects sociodémographiques, les antécédents, la clinique, les connaissances sur la tuberculose, l'accueil et le circuit du patient, l'information éducation communication (IEC), la réception des antituberculeux, le délai de mise sous antituberculeux, le bilan préthérapeutique, l'application du traitement directement observé (TDO), la disponibilité des plans de communication et supports pour la sensibilisation des patients, les références et transferts des patients, la recherche des perdus de vue, la disponibilité des réactifs et des agents de santé, le besoin de formation et ou recyclage des agents). L'enquête s'est tenue dans l'anonymat et la confidentialité. La participation à l'enquête de chaque sujet interrogé a été obtenue après un consentement éclairé de la part de l'enquêteur. Les données collectées avaient été traitées et analysées à l'aide du logiciel épi info version 3.5.4 avec des tests uni variés pour une valeur significative de $p < 0,05$.

RÉSULTATS

Au total 86 patients avaient été enregistrés dans le registre de la tuberculose durant la période de l'étude soit l'ensemble des patients qui se sont présentés dans les différentes structures choisies. Le sexe masculin représentait 80%, la tranche d'âge 31 à 40 ans représentait 31,4% et 81% résidaient en milieu urbain (Figure 1).

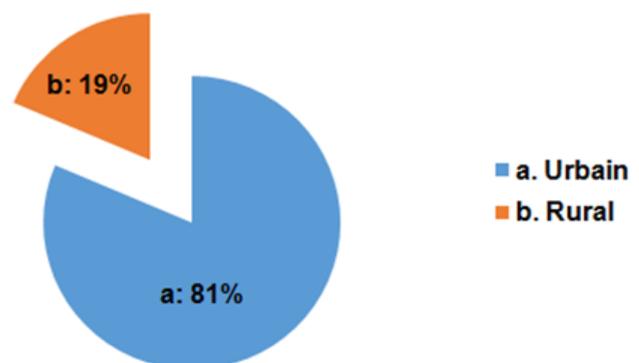


FIGURE 1. Répartition des patients selon la résidence.

TABLEAU 1 Répartition des patients selon la structure de la prise en charge de la tuberculose		
Structure prenant en charge la tuberculose	Fréquence	Pourcentage
CNAT	26	30,2%
CSI Boukoki	17	19,8%
CSI Recasement	14	16,3%
CSI Talladjé	13	15,1%
CSI Gawaye	9	10,5%
CSI Aéroport	7	8,1%
Total	86	100%

TABLEAU 2 Répartition des patients selon les antécédents personnels médicaux			
Antécédents médicaux	personnels	Fréquence	Pourcentage
Tabagisme		41	47,7%
Tuberculose		8	27,5%
HTA		3	10,3%
Diabète		2	6,9%
BPCO		2	6,9%

Les non instruits représentaient 30,2%, les instruits 69,8% et le CNAT avait pris en charge 30,2% des patients (Tableau 1).

L'antécédent de tuberculose représentait 27,5%, celui de tabagisme 47,7% et ce dernier était poursuivi par 17% des patients malgré la prise du traitement antituberculeux (Tableau 2).

La tuberculose pulmonaire à bacilloscopie positive (TPB+) représentait 89,50% (Figure 2)

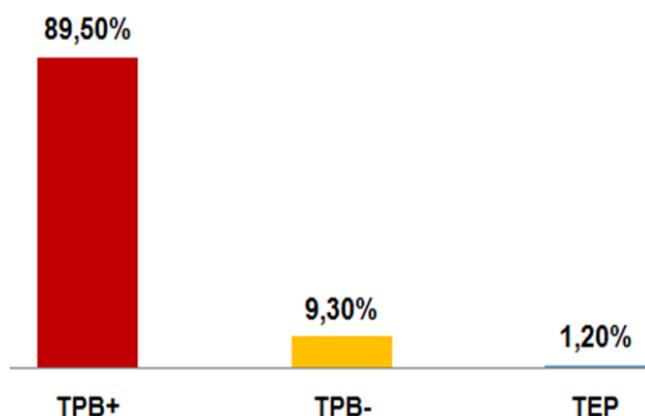


FIGURE 2. Répartition des patients selon le type de la tuberculose.

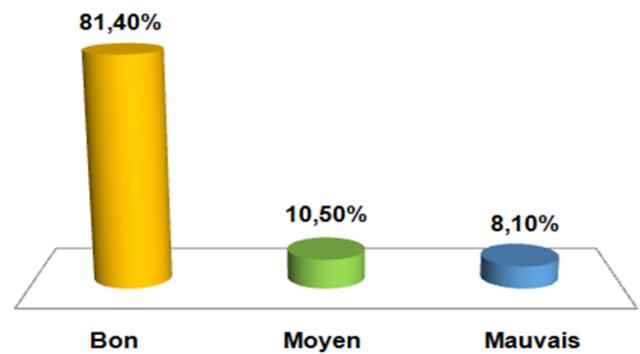


FIGURE 3. Répartition des patients selon leur appréciation de l'accueil du professionnel de la santé.

Les nouveaux cas de tuberculose représentaient 91% et le retraitement 9%. La tuberculose était méconnue par 43% des patients avant le début de leur traitement et l'accueil était jugé bon par 81,40% des

TABLEAU 3 Répartition des agents de la santé professionnel en fonction de leur statut		
Statut des agents de la santé	Fréquence	Pourcentage
Infirmier(ère)	20	58,8
Laborantin(e)	5	14,7
Pneumologue	3	8,8
Médecin généraliste	3	8,8
Communicateur	3	8,8

patients (Figure 3).

Le circuit des malades était jugé bon dans 61,6%, moyen (12,8%), mauvais (25,6%) et 38,4% des agents le trouvait long. L'IEC avait été reçue par 98% des tuberculeux, les patients qui avaient reçu leur médicament sans interruption représentaient 86% et avec interruption 14%. Les raisons avancées pour ces derniers étaient la rupture des antituberculeux dans 83,3% des cas. La moitié (50%) des patients avait des problèmes financiers de transport pour réceptionner les antituberculeux et avait également évoqué l'éloignement de leur CDT (93%) et la difficulté d'avoir un moyen de transport au niveau de leur résidence (7%). Le traitement antituberculeux était démarré le même jour dans 98,8% des cas et les patients qui ne présentaient pas des problèmes pour réaliser leur bilan pré-thérapeutique représentaient 83,7%. Les examens radiologiques étaient réalisés en dehors du CNAT dans 94,7%. L'ensemble du professionnel de la santé prenant en charge la tuberculose et ayant accepté de répondre aux questionnaires étaient au nombre 34. Le sexe féminin des agents de la santé représentait 79,40%, une expérience de plus de 5 ans dans la prise en charge de la tuberculose était retrouvée dans 58,8% des cas. Les infirmier (es) représentaient 58,8% (Tableau 3).

DISCUSSION

Le sexe masculin des patients était prédominant 80% avec un sex-ratio de 4,05. Notre résultat est supérieur à celui de HAMA S. [3] au Niger et TRAORE BY. [4] au Mali, qui avaient retrouvé cette prédominance masculine avec un sex-ratio respectif de 3,76 et 2,8. La tranche d'âge de 31- 40 ans était la plus touchée 31,4%. DEMBELE JP. [5] au Mali avait retrouvé 50% des patients âgés de 25 à 44 ans. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que cette tranche d'âge constitue la couche la plus active de la population.

Dans notre étude 30,1% des patients tuberculeux étaient non instruits. Cela pourrait s'expliquer par une augmentation de taux de scolarisation et d'alphabétisation au Niger durant ces dernières années. L'antécédent de tuberculose représentait 27,5%. Nos résultats sont proches de ceux de BOUHERAOUA. H qui avait retrouvé 24% [6].

Le tabagisme était retrouvé chez un peu plus de la moitié (52,3%) des patients. Cela pourrait s'expliquer par une augmentation du tabagisme et de la population nigérienne, par une mauvaise campagne de sensibilisation de la population sur les méfaits du tabac ou par une mauvaise IEC du professionnel de la santé sur la lutte contre le tabagisme. Le tabagisme était poursuivi par 17% des patients malgré la prise du traitement antituberculeux. Ceci pourrait témoigner d'une mauvaise IEC par le professionnel de la santé ou par la maladie du patient qui fait que certains tuberculeux sont difficiles à convaincre ou à respecter les consignes données par les agents de la santé, sans doute à cause de la stigmatisation de la tuberculose et du VIH.

Un peu plus de la moitié (57%) des patients avait entendu parler de la tuberculose avant le début de leur traitement. Pour SANI YANOUSA. H, 99,61% de la population avait entendu parler de la tuberculose [7]. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que dans notre étude nous nous sommes intéressés uniquement aux patients tuberculeux et non à la population générale. Ainsi nous savons que la tuberculose touche le plus souvent la population la plus défavorisée vivant dans des conditions socioéconomiques et démographiques défavorables.

L'accueil était jugé bon par 81,40% des patients tuberculeux. Cela pourrait s'expliquer par le fait que plus de la moitié (58,8%) du professionnel de la santé avait plus de 5 ans d'expérience d'une part et sont motivés dans leur travail d'autre part.

Plus de la moitié des patients (61,6%) avait affirmé que le circuit était bon. Cependant 38,4% des patients n'avaient pas jugés le circuit bon et il est

important pour nous de prendre en considération ces patients afin d'améliorer leur prise en charge. En effet, un circuit qui n'est pas bon est un facteur associé aux perdus de vue.

La majorité des patients (98%) avait reçue l'IEC. Toutefois 2% des patients n'avaient pas reçu d'IEC. Ainsi l'IEC devrait être systématique et est la clé du traitement. L'insuffisance des actions de l'IEC à l'intention des patients est le facteur renforçant le plus important sur lequel il faut agir pour induire un changement de comportement [8].

Dans notre étude 14% des patients interrogés avaient signalé qu'il leur est arrivé de passer récupérer leur traitement antituberculeux et de ne pas être servi. Cela pourrait s'expliquer soit par un retard dans la livraison des médicaments ou par l'absence du professionnel de la santé qui prend en charge les patients tuberculeux.

L'interruption des antituberculeux est un mauvais indicateur d'un programme de lutte contre la tuberculose et est un facteur favorisant les PDV et la multi-résistance aux antituberculeux. Ainsi dans les activités du PNLT ce dernier doit assurer l'approvisionnement régulier des antituberculeux et sans interruption [9].

Les patients qui n'avaient pas de problème pour réaliser leur bilan pré-thérapeutique étaient 83,7%. Cela pourrait s'expliquer par le fait que certains examens sont gratuits pour les patients tuberculeux dans les structures qui prennent en charge la tuberculose. En effet, le bilan pré-thérapeutique est un élément capital dans le suivi des effets indésirables des antituberculeux.

La totalité (100%) du professionnel de la santé n'appliquait pas le TDO. Cela pourrait s'expliquer par plusieurs facteurs notamment : La non motivation du professionnel de santé et celle des malades à commencer le TDO, l'absence de moyens financiers et ou de transport pour se rendre chaque jour dans le CDT, l'insuffisance du nombre du professionnel de la santé prenant en charge la tuberculose dans les structures, l'éloignement de certains CDT et Centres de Traitement au lieu de résidence de certains malades ou l'immensité du Niger (superficie de 1.267.000 km²) et la disparité entre les différentes régions.

Dans notre étude 52,9% des structures qui prenaient en charge la tuberculose n'avaient pas un plan de communication. La communication est l'un des piliers du succès d'un bon PNLT car l'accent doit être mis sur le dépistage et la communication pour sensibiliser la population et les malades [9].

Environ un quart (24,2%) des structures prenant en charge la tuberculose avaient signalés recevoir des fiches de transfert ou de référence qui n'étaient pas bien remplies. Cela pourrait témoigner de l'absence de formation du professionnel de la santé sur le remplissage des supports ou par la surcharge du travail de l'agent prenant en charge la tuberculose car le plus souvent cet agent de santé a en plus d'autres tâches à faire autre que la tuberculose.

La majorité (77,4%) des structures prenant en charge la tuberculose avait des problèmes pour la recherche des perdus de vue. Cela pourrait s'expliquer par l'insuffisance des moyens logistiques et financiers pour la recherche des perdus de vue.

CONFLIT D'INTÉRÊTS

Aucn.

REFERENCES

1. OMS aide mémoire octobre 2017 téléchargé le 24/12/17 à 16h.
2. OMS, AFRO/GLC MONITORING MISSION REPORT (Niger) 2015.
3. Traore By. Aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques de la tuberculose pulmonaire à microscopie négative au service de pneumo-phtisiologie de l'hôpital du point « G ».Thèse de médecine, Bamako, 2005, N°66.
4. ALIMAN A. Traitement de la tuberculose au Niger, Comparaison de deux schémas thérapeutiques (schéma de courte durée de 6 et 8 mois et schéma de longue durée de 12 mois) .Thèse de médecine, Niamey, 1996, N°28.
5. Dembele JP. Aspects épidémiologiques de la tuberculose pulmonaire à Bacilloscopie positive au Mali pendant la décennie 1995-2004, Thèse Médecine, Bamako, 2005, N°198.
6. Bouheraoua H. Tuberculose en 2011-2012 dans le service de médecine de l'établissement public de santé national de Fresnes(EPSNF). Thèse de médecine, Paris, 2013. Disponible sur :<http://www.bichat-larib.com>. (Consulté le 03/06/2016 à 14h).
7. SANI YANOUSSA H. Connaissances, attitudes et pratiques de la population sur la tuberculose Niamey. Thèse de médecine, Niamey, 2016.
8. PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE. Module des formateurs. *Niger*. 12p.
9. PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE. Guide technique de lutte contre la tuberculose. *Niger*, Edition 2010 ; 7 p

Plus de la moitié (65%) des structures prenant en charge la tuberculose avait signalé une insuffisance du nombre du professionnel de la santé. Ainsi le Ministère de la Santé et le PNLT doivent doter les différentes structures prenant en charge la tuberculose d'un personnel de la santé de qualité et en nombre suffisant afin d'assurer une meilleure prise en charge des malades.

CONCLUSION

Pour une meilleure prise en charge de nos patients, il est important d'insister sur les mesures préventives, la formation des agents, l'IEC, la surveillance épidémiologique et la recherche des perdus de vues.