



CENTRE AFRICAIN D'ETUDES SUPERIEURES EN GESTION



CESAG SANTE

MBA GESTION DES SERVICES DE SANTE

Option : Gestion des Programmes de Santé

27^{ème} Promotion 2016-2017



MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

THEME

**CONTRIBUTION A L'AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE
DES MALADES TUBERCULEUX PAR LA REDUCTION DU TAUX
D'ABANDON DU TRAITEMENT ANTI BACILLAIRE :
CAS DU CENTRE DE SANTE CHEIKH AHMADOU BAMBA MBACKE
DE DAKAR AU SENEGAL (EX PMI DE MEDINA).**

Présenté par :

Dr KONAN Kouamé Guy Marcel

Médecin

Sous la direction de :

Pr CISSE Daouda

Master Science, Ph.D en Épidémiologie

Professeur Titulaire en Santé Publique

Enseignant associé au CESAG

Décembre 2017

DEDICACES

Ce travail qui couronne un an de formation aussi passionnante que pleine d'expériences est dédié :

- En premier lieu à mon créateur Dieu sans qui rien n'aurait été possible ;
- Au pays de la Teranga, le Sénégal ainsi qu'à ses habitants qui m'ont accueilli à bras ouvert et permis d'oublier le chagrin de la séparation d'avec mon éburnie natale.
- A ma mère adorée, dame N'Guessan Affoué Viviane qui a su insuffler en moi les bonnes bases éducationnelles nécessaires, me permettant d'affronter et de surmonter tous les obstacles de la vie ;
- A mes filles chéries Konan Affoué Marjoleine et Konan Adjoua Eunice qui ont par leur présence et leur joie de vivre, apporté dans mon cœur un nouveau souffle de vie ;
- A mon champion Konan Jean Marc, sache que je pense toujours à toi ;
- A ma grande sœur que j'admire Apouetou Amena Marie Louise ;
- A mes neveux (Koko Ange, Méa Landry), nièces (Kouamé Simphorienne, Akpetou Leila), cousines (Konan Sandra, Akpetou Rosalie) et cousins (Akpetou Marcellin) ainsi qu'amis (Docteur Koné Salifou, Docteur Drigbé Boh, Docteur Amani Raphael...) ;
- Aux membres de mon équipe OMS (Dr Samassi Yacoubou, Dr Racky Diouf, Mlle Awa Batchili), sachez que travailler avec vous durant cette période de formation a été l'une des plus belles expériences de ma vie. Pleins de succès à vous dans vos carrières respectives.
- A ma complice de toujours Fernande Assoh, ton soutien sans faille a été le ciment qui a consolidé ma conviction à aller de l'avant.
- A toute la famille GSS de la 27^{ème} promotion et particulièrement les « *Ladys* », sachez que même si je vous ai donné parfois l'impression d'être un anticonformiste « *pour reprendre l'expression de l'une d'entre vous* », j'ai été ravi de partager avec vous ce laps de temps. Je ne vous oublierai jamais.

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont particulièrement :

- A notre Maître et Directeur de mémoire, le Professeur Cissé Daouda enseignant associé au CESAG, pour la spontanéité avec laquelle il a bien voulu accepter de diriger ce travail. Soyez rassuré de notre profonde gratitude. Que Dieu vous donne une longue vie pleine de bonheur ;
- A Mlle Fatou Awa BATCHILI, infirmière à l'hôpital Principal de Dakar qui malgré son emploi du temps chargé, a pu toujours trouver le temps pour m'accompagner tout au long des enquêtes de terrain. Merci à toi très chère amie, que Allah dans sa grande bonté te donne tout ce qui est cher à ton cœur.
- Au chef du département CESAG Santé, Dr El Hadji Gueye et à tout son personnel en particulier à madame Soukeyna GUEYE et à monsieur SOUZA pour tous les efforts qu'ils ont déployés pour nous assurer une formation de qualité ;
- Au professeur WADE Boubacar, enseignant associé au CESAG, pour sa disponibilité et ses conseils avisés ;
- Au médecin chef du District Dakar Sud, Docteur Jacques Diammé NDour pour m'avoir ouvert les portes de son district afin que le travail de recherche puisse être réalisé.
- Au médecin chef adjoint du District Dakar Sud, Docteur Bousso Kouro pour m'avoir accompagné tout au long de cette étude ;
- A Monsieur Bayébié Bado François et à Monsieur Adombi Ulrych pour toutes les aides qu'ils m'ont apportés pendant mon séjour au Sénégal ;
- A tout le personnel du CDT du Centre de Santé Cheikh Ahmadou Bamba Mbacké de Dakar, Mesdames Ly Ismou, Caroline Kampara, Sène Aminata, Khary Ndoye ;
- A mes amis de Dakar, Docteur Touré Gaoussou, Docteur Bohoussou K. Simplicie, Docteur Koffi Stéphane, Monsieur Koné Bema Drissa ;
- A Docteur BROU Gbotto Raymond, Directeur Département de la santé de Mankono en République de Côte d'Ivoire ;
- A Docteur AKUI Okamou, Directeur Régional de la Santé du Worodougou-Béré en République de Côte d'Ivoire ;
- Au Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de la République de Côte d'Ivoire.

SOMMAIRE

DEDICACES	I
REMERCIEMENTS	II
SOMMAIRE	III
SIGLES ET ABREVIATIONS :	V
LISTE DES TABLEAUX	VI
LISTE DES FIGURES	VII
LISTE DES ANNEXES	VIII
INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : ANALYSE SITUATIONNELLE ET CADRE THEORIQUE	4
CHAPITRE 1 : ANALYSE SITUATIONNELLE	5
1.1 Analyse de l'environnement externe et interne.....	6
CHAPITRE 2 : CADRE THEORIQUE	18
2.1 Problématique	18
2.2 Intérêt et justification	19
2.3 Cadre conceptuel.....	21
2.4 But et objectifs de l'étude	28
DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE ET RESULTATS DE L'ENQUETE .	29
CHAPITRE 3 : METHODOLOGIE	30
3.1 Type d'étude	30
3.2 Population cible.....	30
3.3 Période d'étude.....	30
3.4. Echantillonnage.....	30
3.5. Les variables étudiées	31
3.6. Déroulement de l'étude.....	32
3.7 Limites et contraintes (information, temps, ressources).....	33
CHAPITRE 4 : PRESENTATION DES RESULTATS ET COMMENTAIRES	34
4.1 Détermination des caractéristiques socio-professionnelles des patients tuberculeux ayant abandonné leur traitement.....	34
4.2 Analyse du suivi thérapeutique des patients ayant abandonné leur traitement	36
4.3 Facteurs explicatifs de l'abandon du traitement selon les patients	40
4.4 Facteurs explicatifs de l'abandon des traitements selon le personnel de santé	46

4.5 Commentaires	47
TROISIEME PARTIE : PROBLEMES, CAUSES ET SOLUTIONS	51
CHAPITRE 5 : IDENTIFICATION ET ANALYSE DES CAUSES DU PROBLEME	52
5.1 Identification et priorisation des problèmes	52
5.2 Identification des causes	54
5.3 Hiérarchisation des causes d'abandon du traitement antituberculeux.....	56
5.4 Priorisation des causes d'abandon du traitement antituberculeux par les malades.....	57
CHAPITRE 6 : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS.....	60
6.1 Identifications des solutions	60
6.2 Priorisation des solutions.....	61
6.3 Justification du choix de la solution	63
6.4 Mise en œuvre de la solution	63
RECOMMANDATIONS	72
CONCLUSION	75
BIBLIOGRAPHIE.....	77
ANNEXES	82
TABLE DES MATIERES.....	90

SIGLES ET ABREVIATIONS :

MBA : Master of Business Administration

PNT : Programme National de lutte contre la Tuberculose

PNDS : Plan National de Développement Sanitaire

ANSD : Agence Nationale de Statistique et de la Démographie

MSAS : Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ODD : Objectifs de Développement Durable

OMD : Objectif du Millénaire pour le Développement

IHS : Institut d'Hygiène Sociale

EPS : Etablissement Public de Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

IPRES : Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal

SONATEL : Société Nationale de Télécommunication

MAC : Maison d'Arrêt et Correctionnelle

SMI : Santé Maternel et infantile

DGS : Direction Générale de la Santé

PVVIH : Personnes Vivant avec le Virus de l'Immuno-déficience Humaine

CDT : Centre de Diagnostic et de Traitement

ASC : Agent de Santé Communautaire

DOTS : Directly Observed Treatment Short-course

TOD : Traitement Directement Observé

FCFA : Franc de la Communauté Financière d'Afrique

RHZES : Rifampicine Isoniazide Pirazinamide Ethambutol Streptomycine

Tuberculose MR : Tuberculose multirésistante

TPM+ : Tuberculose Pulmonaire à Microscopie Positive

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Population desservie par le district Sanitaire de Dakar Sud	8
Tableau II: Nombre de structures menant les activités de lutte contre la tuberculose dans le district	10
Tableau III : Cartographie des cas déclarés de TB selon les zones au 1 ^{er} Semestre 2017.....	11
Tableau IV: Analyse de cohorte issue de traitements du 1 ^{er} semestre 2016 des nouveaux cas de tuberculose bactériologiquement confirmés.	12
Tableau V : Déroulement chronologique des activités de l'étude.....	32
Tableau VI : Répartition des abandons selon le sexe et le lieu de résidence	35
Tableau VII : Répartition des abandons selon la mise en application du TDO	37
Tableau VIII: Répartition des abandons selon le nombre de comprimé à prendre quotidiennement à l'initiation du traitement.....	38
Tableau IX : Répartition des abandons selon les évolutions cliniques et biologiques.....	39
Tableau X : Répartition des abandons selon la connaissance de la durée du traitement de la tuberculose.	40
Tableau XI : Plaintes des malades à propos du médicament	41
Tableau XII : Répartition des malades selon les plaintes liées aux conditions de prise des médicaments.	42
Tableau XIII : Répartition des abandons selon le respect de la confidentialité du malade ...	45
Tableau XIV: Répartition des abandons selon les raisons évoquées par les malades.....	45
Tableau XV : Tableau de priorisation des problèmes du CDT	53
Tableau XVI : Matrice des causes d'abandon du traitement antituberculeux par les malades	56
Tableau XVII : Hiérarchisation des causes d'abandon du traitement antituberculeux par les malades	57
Tableau XVIII : Priorisation des solutions pour la réduction du taux d'abandon du traitement antituberculeux	62
Tableau XIX : Cadre logique de la mise en œuvre de la solution pour la réduction des cas d'abandon du traitement antituberculeux.....	65
Tableau XX : Plan Opérationnel	67
Tableau XXI : Chronogramme des activités de mise en œuvre du plan d'action	68
Tableau XXII : Budgétisation du plan de l'activité de sensibilisation.....	69
Tableau XXIII : Plan de mise en œuvre du volet Suivi et Evaluation.....	70

LISTE DES FIGURES

Figure I : Répartition des abandons selon l'âge	34
Figure II : Répartition des abandons selon la profession	35
Figure III : Répartition des abandons selon le niveau d'étude.....	36
Figure IV : Répartition des abandons selon la forme de la tuberculose.....	36
Figure V: Répartition des abandons selon les antécédents des malades.....	37
Figure VI: Répartition des abandons selon le nombre de bilans réalisés	38
Figure VII: Répartition des abandons selon leur perception de la durée du traitement.	43
Figure VIII: Répartition des abandons selon leur perception de l'accueil au centre.	44
Figure IX: Répartition des abandons selon l'appréciation du circuit du patient	44
Figure X : Diagramme D'ISHIKAWA des causes d'abandon du traitement de la tuberculose par les malades.....	55
Figure XI: Diagramme de Pareto des causes d'abandon du traitement antituberculeux par les malades	58

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE DESTINE AUX MALADES	83
ANNEXE 2 : GRILLE DE QUESTIONS DESTINEE AUX AGENTS DE SANTE.....	85
ANNEXE 3 : FICHE DE TRAITEMENT ANTITUBERCULEUX	86
ANNEXE 4 : FICHE DE TRAITEMENT ANTITUBERCULEUX (SUITE).....	87
ANNEXE 5 : REGISTRE DES CAS DE TUBERCULOSE DES CENTRES DE TRAITEMENT (PAGE GAUCHE)	88
ANNEXE 6 : REGISTRE DES CAS DE TUBERCULOSE DES CENTRES DE TRAITEMENT (PAGE DROITE)	89

CESAG BIBLIOTHEQUE

INTRODUCTION

La tuberculose est une maladie infectieuse très contagieuse provoquée par une mycobactérie, le bacille de Koch. C'est une pathologie ubiquitaire qui est favorisée par beaucoup de facteurs dont la précarité, la promiscuité, la dénutrition. Malgré de nombreuses politiques de lutte de nos différents états pour son éradication, elle fait encore des ravages dans la population mondiale du fait de l'infection à VIH SIDA. Considérée comme un problème majeur de santé publique par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), elle a son actif des chiffres effroyables.

En effet, en 2014 l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que plus de 9,6 millions de nouveaux cas de tuberculose [1] apparaissent chaque année. Cependant seulement 63 % des cas sont détectés selon l'OMS constituant un frein dans la lutte contre cette maladie. Ces mêmes rapports indiquent que le nombre de décès provoqué par la tuberculose était de 1,5 million en 2015. La prévalence de la tuberculose liée au VIH était de 1,1 million soit 13% avec le nombre de décès estimé à 430 000. La tuberculose multirésistante était à 440 000 avec un nombre de décès à 150 000 [2]. Dans les pays du sud, la crise économique, la poussée démographique et l'extension de l'infection VIH restent de vrais obstacles à la progression de la lutte antituberculeuse [1].

En Afrique, cette maladie est la deuxième cause de mortalité parmi la population adulte après le sida. L'OMS estime que les cas ont été multipliés par quatre dans 18 pays africains depuis 1990. Cette maladie infectieuse tue, en effet, chaque année 540 000 personnes sur le continent, soit 1 500 morts par jour. L'épidémie a également atteint un niveau sans précédent dans la population des femmes, où elle est devenue la première cause de mortalité ; un million d'entre elles en meurent chaque année, dont 400 000 en Afrique [3]. Le taux de perdus de vue reste encore relativement élevé malgré des efforts consentis à ce niveau. Ainsi donc, on notait en 2008 au Maroc 10,3% de perdus de vue [4], 18,8 % à Madagascar [5].

Au Sénégal, la lutte contre la tuberculose est coordonnée par le Programme de la Lutte contre la Tuberculose (PNT). Ce programme a enregistré en 2014 environ 12 810 cas de tuberculose

¹ Maartens G, Wilkinson RJ. Tuberculosis. Lancet 2007 ; 370 (9604) : 2030-2043.

² OMS : rapport annuel, global tuberculosis control 2011

³ Berber M. Tuberculose : Une urgence en Afrique [Article en ligne]. Publié le 29/08/2005 [consulté le 17 octobre 2017]. Disponible : http://www1.rfi.fr/actufr/articles/068/article_38232.asp

⁴ Tazi L, El Baghdadi J, Lesjean S, Loch C, Supply P, Tibayrenc M, et al. Genetic diversity and population structure of *Mycobacterium tuberculosis* in Casablanca, a Moroccan city with high incidence of tuberculosis. J. Clin. Microbiol. 2004 ; 42 (1) : 461-466.

⁵ Rakotomanana F. et al. Profil des malades perdus de vue en cours de traitement dans le programme national de lutte contre la tuberculose à Madagascar. Cahiers Santé 1999 ; 9 : 225-9

et 3% de décès. Dans cette cartographie épidémiologique, la région de Dakar enregistrerait 5 734 malades, soit 44%. [6].

La maladie touche principalement la population active comprise entre 15 et 44 ans avec 76% de TPM+. Elle affecte aussi plus fréquemment les hommes que les femmes. Le sexe-ratio est de 2,23 en faveur des hommes, qui représenteraient 69% des tuberculeux pulmonaires. En 2012, la tuberculose chez l'enfant représentait 703 cas. La tuberculose multi résistante est apparue aussi au Sénégal et 32 cas sont détectés en 2012. Le rapport du PNT révèle une sérologie VIH chez 8 464 cas de tuberculeux. Le Programme National de lutte contre la Tuberculose s'est fixé comme objectif, éliminer la tuberculose d'ici 2030. C'est dans cette optique que le PNT poursuit l'expansion et le renforcement de la stratégie DOTS de qualité et prend en charge la co-infection TB-VIH, et les tuberculoses multirésistantes (MDR-TB).

Dans le but d'atteindre les objectifs mondiaux fixés dans les ODD, il paraît opportun de faire le diagnostic du dysfonctionnement de la prise en charge des patients tuberculeux afin d'améliorer la rétention des malades sous traitement anti-bacillaire. L'objectif principal de ce présent travail est de contribuer à l'amélioration de la prise en charge des malades tuberculeux par la réduction du taux d'abandon du traitement anti-bacillaire au Centre de Santé Cheikh Ahmadou Bamba Mbacké de Médina. Dans une approche de résolution de problèmes, nous essayerons de comprendre les motifs qui pousseraient les patients à abandonner leur traitement.

Ce travail comprend trois parties :

- Une première partie regroupant les chapitres I et II traite de l'analyse situationnelle et du cadre d'étude ;
- Une deuxième partie rassemblant les chapitres III et IV développe la méthodologie et présente les résultats ;
- Une troisième partie a trait à l'identification des problèmes, à l'analyse de leurs causes et la proposition de solutions.

⁶Leral. La tuberculose au Sénégal : Dakar l'épicentre de l'infection [Article en ligne]. c2013 [consulté le 16 octobre 2017]. Disponible : https://www.seneneews.com/2013/04/14/la-tuberculose-au-senegal-dakar-lepicentre-de-linfection_57244.html

**PREMIERE PARTIE : ANALYSE
SITUATIONNELLE ET CADRE
THEORIQUE**

CHAPITRE 1 : ANALYSE SITUATIONNELLE

Le Sénégal est un pays situé en Afrique de l'ouest avec une superficie de 196 722 km² ; son réseau hydrographique est constitué de quatre grands fleuves : le Sénégal, le Gambie, le Casamance, le Saloum. Son climat de type tropical se caractérise par une longue saison sèche de novembre à juin et une saison humide de juillet à octobre plus durable en Casamance au sud du pays. A l'instar des autres pays du Sahel, il est confronté à la désertification depuis plusieurs décennies [7]. Au niveau administratif, le Sénégal est composé de de circonscriptions administratives (14 régions, 45 départements et 117 arrondissements) et de collectivités locales (45 départements et 557 communes).

En 2017, la population sénégalaise est estimée à 15 256 346 habitants, elle est essentiellement jeune avec une prédominance du genre féminin (52 %). La région de Dakar abrite 23,13 % de la population totale avec une densité de population de 6 452 habitants au Km² contre une moyenne nationale de 78 habitants au Km² [8]. Majoritairement musulmane (94%), ses principaux groupes ethniques sont : les wolofs (43%), les poulars (24%), les sérères (15%), les diolas (5%), les mandingues (4%) et les Soninkés (2%).

L'offre de soins épouse globalement l'architecture de la pyramide sanitaire. Au sommet, l'hôpital pouvant être de trois niveaux (1 à 3) constitue la référence, suivi du centre de santé au niveau intermédiaire et des postes de santé au niveau périphérique. Ce dispositif est complété par l'offre du secteur privé à tous les échelons de la pyramide sans qu'il y ait toutefois une correspondance parfaite entre les plateaux techniques des deux systèmes à chaque niveau. Le découpage sanitaire comprend les régions médicales et les districts sanitaires. Les régions médicales correspondent aux territoires des régions administratives, alors que plusieurs districts sanitaires peuvent se retrouver dans un même département. Les districts sanitaires, au nombre de 76, constituent l'unité opérationnelle la plus périphérique de la pyramide sanitaire et englobe un réseau de postes de santé eux-mêmes supervisant les cases de santé et les maternités rurales.

Les programmes prioritaires concernent divers domaines de santé, tels que les maladies évitables par la vaccination, le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose et les maladies non

⁷ Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009 – 2018 Sénégal : p 07

⁸ Agence Nationale de Statistique et de la Démographie (ANSD) 2017 Sénégal

transmissibles. Tous ces programmes sont fondés soit sur des politiques, soit sur des stratégies nationales. Pour l'essentiel, ils sont organisés et fonctionnent sur un mode vertical. [9]

1.1 Analyse de l'environnement externe et interne

1.1.1 Environnement externe

1.1.1.1 Présentation du district sanitaire Dakar Sud

➤ Aperçu historique

Le District Sanitaire Dakar Sud a été érigé en district par la note circulaire no 01753 / MSAS du 15 Mars 1991 en tant qu'unité territoriale opérationnelle adaptée aux situations locales dont la mise en place répond au processus de développement de la santé recommandé par l'OMS avec comme objectif la rationalisation et le développement harmonieux des structures sanitaires en vue d'améliorer qualitativement et quantitativement les services offerts. Il avait initialement pour hôpital de référence l'Institut d'Hygiène sociale (IHS). Son ressort territorial actuel a par la suite été fixé le 19 juillet 2006 [10]. Ensuite, l'érection de l'Institut d'Hygiène Sociale (ex-Polyclinique) en Etablissement Public de Santé (EPS), à la faveur du décret présidentiel n°2010-774 du 15 juin 2010 a permis au centre spécialisé de la PMI (Protection Maternelle et Infantile) de devenir le nouveau centre de référence du district. La PMI a alors bénéficié de réhabilitations lui permettant de jouer pleinement son rôle d'établissement de référence.

➤ Données géographiques (géographie physique)

Le district est partie intégrante de la Région Médicale de Dakar qui est composée de dix (10) districts sanitaires situés dans les trois (03) départements de ladite région de Dakar. La région médicale comprend 11 centres de santé, 108 postes de santé et 16 cases de santé.

Avec une superficie de 10,8 km², le district Sud situé dans le département de Dakar dépend administrativement de l'arrondissement du Plateau qui assure la tutelle des quatre communes

⁹ Plan stratégique de lutte contre la tuberculose du Sénégal période 2013 – 2017

¹⁰ Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale. Arrêté ministériel n° 4532 mspm-sg-bl du 19 juillet 2006 fixant le ressort territorial et la liste des districts [En ligne]. Dakar : Journal Officiel de la République du Sénégal N° 6311 du Samedi 9 décembre 2006 [consulté le 29 Septembre 2017]. Disponible : <http://www.jo.gouv.sn/spip.php?article5206>

implantées au sein du District Sud en plus de celle de Fann-Point E-Amitié relevant d'un autre district. Il est limité au nord par le District Dakar Centre, à l'est, au sud et à l'ouest par l'Océan Atlantique. Avec le District Dakar Centre, ses limites partent du canal IV et vont à la place Bakou, puis passent devant le commissariat de Bel Air pour atteindre le Môle 8 en prenant la route des Grands Moulins [11]. Ses principaux quartiers sont :

- Dakar Plateau,
- Médina,
- Gueule Tapée,
- Fass,
- Colobane,
- Gorée.

Il est facilement accessible par les moyens de transport courant utilisant divers types de véhicules comme le bus (Dakar Dem Dikk, Tata), le car rapide, le taxi, le Ndiaga N'Diaye, le clando [12].

Situé dans une zone tropicale subdésertique, le district à l'instar de la ville de Dakar bénéficie d'un microclimat de type côtier, influencé par les alizés maritimes et la mousson [13]. La saison chaude et humide s'étend de juin à octobre avec des températures avoisinant 27 °C et un pic de précipitations en août (250 mm). Pendant la saison sèche, un peu plus fraîche qui commence en novembre et dure jusqu'en mai, il ne pleut pratiquement pas (environ 1 mm par mois) [3].

➤ Caractéristiques sociodémographiques

La population du District Sanitaire Dakar Sud est estimée en 2017 à 191 972 habitants [14] répartie sur une superficie de 10,8 Km² soit une densité de 17 775 habitants au Km² avec l'existence de zone de forte concentration de population à Rebeuss, Médina, Gueule Tapée, Fass...

Cette population est essentiellement urbaine et exerce comme professions des activités dans les secteurs administratifs, commerciaux et informels. Elle est à l'instar de tout le pays

¹¹ Wade M, Contribution à l'amélioration de la prise en charge des patients tuberculeux dans le District sanitaire Sud de Dakar [mémoire]. Sénégal : CESAG ; 2009, 100 p.

¹² Wikipédia. Dakar [En ligne]. c2017 [consulté le 6 octobre 2017]. Disponible : https://fr.wikipedia.org/wiki/Dakar#cite_note-21.

¹³ Jacques Charpy, La Fondation de Dakar (1845-1857-1869), Paris, Larose, 1958, p. 337 (Le climat de la région de Dakar).

¹⁴ District Sanitaire Dakar Sud. Bilan des activités de lutte contre la tuberculose et la coinfection TB-VIH du 1er semestre 2017. Dakar : District Sanitaire Dakar sud ; 2017. 49 p.

constituée à majorité de jeunes. Le wolof, l'une des six langues nationales du Sénégal, est largement utilisé dans les activités quotidiennes et est en situation d'expansion au détriment des autres langues nationales et du français [15].

Tableau I : Population desservie par le district Sanitaire de Dakar Sud

Couches de la population	Nombre	Pourcentage
Population district	191 972	
Femmes en âge de procréer	46 457	24,20 %
Grossesse attendue	6 834	3,56 %
Enfants de 0 à 11 mois	6 834	3,56 %
Enfants de 0 à 5 ans	36 168	18,84 %
Personnes âgées de plus de 60 ans	10 539	5,49 %
Enfants âgés de moins de 14 ans	75 906	39,54 %

[Source : Document bilan des activités de lutte contre la tuberculose et la co-infection TB-VIH du 1er semestre 2017]

1.1.1.2 Informations générales sur le district

Le système de santé de district comprend tous les éléments qui contribuent à la santé dans les ménages, les écoles, les lieux de travail, les places publiques et les milieux communautaires, de même que l'environnement physique et psychosocial.

Le district coordonne et supervise les activités préventives et curatives des différents programmes notamment :

- Survie de l'enfant : programmes de nutrition, de vaccination, de prise en charge intégrée des maladies de l'enfance ;
- Santé de la mère : surveillance de la grossesse (Consultation Périnatale), planification familiale, Consultation Post-Natale (CPON), SONUB (Soins Obstétricaux et néonataux d'Urgence) ;

¹⁵ La langue française dans le monde, 2014, Éditions Nathan, p. 31 et 46

- Lutte contre les maladies : transmissibles (paludisme, tuberculose et VIH/SIDA) et non transmissibles (diabète, hypertension, cancers).

Le système de santé du District Dakar Sud comprend les éléments suivants :

- L'équipe-cadre dirigée par le médecin-chef, comprenant le médecin-adjoint, le superviseur des soins de santé primaires, la coordinatrice de la santé reproductive, un responsable de l'Education pour la Santé, un responsable PEV, un gestionnaire et un responsable suivi-évaluation ;
- Les centres de santé secondaires de Colobane et Plateau ;
- Le centre de Protection Maternelle et Infantile de Médina (PMI Médina), qui est le centre de référence du district ;
- Les postes de santé publics (étatiques ou municipaux) de Gorée, HLM-Fass, Raffenel et Sandial ;

Par ailleurs, le district comprend d'autres structures sanitaires, avec lesquelles il collabore sur le plan technique. Il s'agit, notamment :

- Des structures confessionnelles (les dispensaires privés catholiques de Saint-Laurent et de Saint-Martin ainsi que l'hôpital islamique d'Al Falah à Colobane) ;
- Des établissements publics de santé tels que l'Institut d'Hygiène Sociale, l'Hôpital Aristide Le Dantec, l'Hôpital Principal et le Centre Hospitalier Abass Ndao ;
- Des structures paramilitaires ou centres médicaux de garnison (Service d'hygiène ; Gendarmerie ; Administration pénitentiaire ; sûreté nationale ; Sapeurs-pompiers ; Marine, Centre Médical Interarmées.) ;
- Des structures parapubliques et d'entreprise (structures médicales du Port Autonome de Dakar, de l'IPRESS, de la SENELEC, de la SONATEL ainsi que le centre médico-social des fonctionnaires) ;
- Des structures privées lucratives (Mataboul Chifa, Clinique Niang) ou relevant d'ONG (Fondation Elizabeth Diouf et Keur Yaye Sylvie de la Gueule-Tapée).

Tableau II: Nombre de structures menant les activités de lutte contre la tuberculose dans le district

STRUCTURES	Nombre total	Nombre de structures menant les activités de lutte contre la tuberculose
Centres de santé	3	2
Laboratoires (publics et privés)	15	3
Nombre de Poste de Santé (préciser le nombre où le traitement de la tuberculose est décentralisé)	4	4
Hôpitaux et cabinets privés et d'entreprise	8	2
Structures militaires et affiliées (CMG*, MAC** ...)	9	4

*CMG=Centre Médical de la Gendarmerie, **MAC=Maison d'Arrêt et de Correction

[**Source :** Document bilan des activités de lutte contre la tuberculose et la coinfection TB-VIH du 1er semestre 2017 du District Dakar Sud]

Tous les postes de santé sont situés à moins de 5 Km du centre de santé. Le poste de santé le plus éloigné du centre de santé de référence est celui de Gorée, à 4 Km.

Au niveau de la gestion financière, le District Dakar Sud dispose de la personnalité juridique et financière qui lui permet de collecter et de disposer des ressources générées par ses activités ainsi que celles qui lui sont affectées.

- Données de lutte contre la tuberculose dans le district

Tableau III : Cartographie des cas déclarés de TB selon les zones au 1^{er} Semestre 2017

Zones du district	Nombre de Structures	Unités de traitement	Nombre Cas	Proportion de cas
MEDINA	08	01	112	41,8%
COLOBANE	05	02	38	14,2%
FASS	01	01	31	11,6%
PLATEAU	09	03	55	20,5%
GUEULE TAPEE	01	00	22	8,2%
GOREE	01	01	0	0%
			10(HZ)	3,7%
TOTAL	25	8	268	100%

[Source : Document bilan des activités de lutte contre la tuberculose et la co-infection TB-VIH du 1er semestre 2017 du District Dakar Sud]

Tableau IV: Analyse de cohorte issue de traitements du 1^{er} semestre 2016 des nouveaux cas de tuberculose bactériologiquement confirmés.

Période	Nombre de patients déclarés	ISSUES DES TRAITEMENTS						TOTAL	Non évalué
		Guérison Frottis négatifs	Traitement terminé	Échec	Décès	Interruption de traitement			
Trimestre 1	92	72	2	1	1	10	86	6	
Trimestre 2	79	62	2	2	1	3	70	9	
Total	171	134	4	3	2	13	156	15	
Pourcentage		77.45%	2,3%	1,7%	1,15%	7.5%	100%	8,6%	

[Source : Bilan des activités de lutte contre la tuberculose et la co-infection TB-VIH du 1^{er} semestre 2017]

1.1.2 Environnement interne

1.1.2.1 Présentation du centre de santé Cheikh Ahmadou Bamba Mbacké de Medina

➤ Historique

Il est créé en 1953 par arrêté de l'administration coloniale française un centre médico-social dépendant de la municipalité qui en plus des soins servait aussi de centre d'application aux sages-femmes [16]. En 1975, après les indépendances, le centre de Planification Familiale (PF) de Bel Air fut transféré au centre de la PMI devenu ainsi une composante du service national de la santé maternelle et infantile. Les services de PF et SMI (Santé Maternelle et infantile) qui évoluaient de façon parallèle furent réunis en Août 1999. Par la suite, la PMI prit le statut de

¹⁶ Diallo B. Contribution à la réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant dans le centre de PMI de la Médina, par l'amélioration de la participation des femmes enceintes au dépistage volontaire du VIH [mémoire]. Sénégal : CESAG ; 2010. 80 p.

centre de santé en Août 2007. Elle fut alors un fleuron de l'attelage de la ville de Dakar voire de la région, ses performances en avaient fait une référence dans le domaine de la prise en charge des questions de prévention de la santé du couple mère-enfant [17]. Le centre connut après de nombreux problèmes notamment de fréquentation [18] avec les locaux qui tombaient en lambeaux. A la faveur de son érection en centre de référence du District Dakar Sud par note ministérielle (cf. note de service n°00259/MSAS/DGS/CSC du 09 janvier 2015), il connut des réhabilitations puis le transfert du siège du district dans ses locaux. En 2017, la PMI changea de nom pour s'appeler Centre de Santé Cheikh Ahmadou Bamba Mbacké.

➤ Situation spatiale

Le centre de santé Cheikh Ahmadou Bamba Mbacké de Medina se trouve dans le quartier de la Médina à Dakar, il est situé sur l'avenue Blaise Diagne aux encablures du marché Tilène [17] non loin du centre secondaire d'état civil de la mairie de Médina et du centre culturel Douta Seck.

➤ Mission et objectifs de la PMI

La PMI est un établissement Médico-social dont la mission consiste à assurer des soins préventifs, curatifs, promotionnels et de réhabilitation pour une population circonscrite sur le plan géographique. Ainsi, les quatre (04) missions du centre de santé sont :

- Diagnostic et administration de soins ;
- Recherche et formation ;
- Prévention (mission de santé publique) ;
- Administration et gestion financière.

Le centre a pour objectifs de :

- Réduire les mortalités maternelle et infanto-juvénile ;
- Prendre en charge correctement les PVVIH sur le plan biologique et thérapeutique ;
- Assurer la prévention et le traitement du paludisme et les maladies fréquentes ;
- Améliorer l'accueil et le confort des malades dans les salles d'hospitalisation.

¹⁷ Thiaw I. Contribution à l'amélioration de la motivation du personnel du centre PMI Medina de Dakar [mémoire]. Sénégal : CESAG ; 2007. p6.

¹⁸ Koné SE. Communication interne et efficacité des services de santé : cas du centre PMI Médina Dakar au Sénégal [mémoire]. Sénégal : CESAG ; 2003. 81p.

➤ **Services du centre de santé**

La PMI est composée des services avec chacun un rôle bien défini :

- Direction (bureau du Médecin Chef du district, secrétariat, bureau du gestionnaire, bureau plan SESAM, bureau comptabilité, bureau comité de santé) ;
- Maternité avec des salles de consultation prénatale avec un hall d'attente et des salles d'accouchement et de suite de couche ;
- Médecine générale : 2 bureaux de consultation pour médecin, une salle de soins d'urgence, une salle de mise en observation ; 4 salles d'hospitalisation ;
- Laboratoire d'analyse médicale (examens hématologiques, immunologiques, biochimiques, examens parasitologiques et bactériologiques) ;
- Pharmacie avec une salle de vente, une salle de stockage et un bureau pour la pharmacienne ;
- Parc automobile composé d'une ambulance et de 02 véhicules de liaison ;
- Service de CDT avec une salle exigüe de 02 bureaux pour le traitement. Cette salle sert aussi de lieu de stockage des dossiers de malades ;
- Service vaccination ;
- Service de tri-enfants.

➤ **Ressources humaines**

Les ressources humaines sont constituées des personnels étatique, communal et communautaire. Le médecin chef du district a la gestion de l'hôpital, son personnel comprend :

- 03 médecins généralistes ;
- 01 Pharmacien ;
- 02 Infirmières brevetées ;
- 12 aides infirmiers ;
- 02 assistants infirmiers ;
- 07 Sages-femmes d'Etat ;
- 01 auxiliaire de puériculture ;
- 02 techniciens supérieurs de laboratoire ;
- 04 filles de salle ;

- 08 techniciennes de surface ;
- 01 comptable ;
- 02 aides comptables ;
- 04 Agents de service ;
- 02 commis d'administration ;
- 01 vendeur de médicament ;
- 01 chauffeur ;
- 03 gardiens.

➤ Activités

Plusieurs activités sont menées au centre de santé Cheikh Ahmadou Bamba Mbacké de Médina :

- Les soins préventifs (vaccination ; planning familial) ;
- Les soins curatifs pédiatriques et médicaux généraux ;
- La prise en charge des PVVIH (Personnes vivantes avec le VIH) et des malades tuberculeux.

1.1.2.2 Prise en charge des malades tuberculeux au CDT

Le CDT est un centre de diagnostic et de traitement de la tuberculose. Il est en collaboration étroite avec plusieurs services de la PMI (laboratoire, médecine, pharmacie...) pour le suivi optimal des malades tuberculeux et est épaulé dans ses activités par des ASC (Agents de Santé Communautaire).

Les patients sont le plus souvent dépistés au sein de la PMI dans les autres services ou proviennent des autres centres de santé (Fann, IHS...). Tous les patients tuberculeux nouvellement dépistés sont enregistrés dans les registres du PLT au niveau du CDT. Un dossier leur est ouvert (fiche de traitement antituberculeux) après confirmation du diagnostic. Le bilan à l'entrée est le suivant :

- Un examen des crachats ou le GeneXpert ;
- Une glycémie ;
- Une sérologie VIH réalisée après avec consentement éclairé du patient.

La recherche de BAAR se fait au laboratoire du centre. Au cours du counseling qui peut durer plus de 30 mn, l'information transmise au patient repose sur la nécessité d'une prise quotidienne du traitement pendant toute la durée du traitement. On parle des effets secondaires du traitement, les conséquences pour le malade en cas d'arrêt prématuré du traitement, la nécessité pour le malade d'adhérer au TDO (Traitement Directement Observé).

Tous les membres de l'équipe de traitement ont été formés à la prise en charge de la tuberculose. La dispensation du traitement est gratuite et se fait au CDT en fonction du poids du malade, le traitement est ambulatoire. Les protocoles thérapeutiques en vigueur suivent ceux préconisés par le PNT :

- Pour les nouveaux cas, le centre applique le protocole thérapeutique suivant :
 - Pendant 2 mois : prendre l'association de RHZE (Rifampicine, Isoniazide, Pyrazinamide, Ethambutol) ;
 - Puis pendant 4 mois : prendre l'association de RH (Rifampicine, Isoniazide).
- Ce protocole thérapeutique diffère pour les cas de retraitement (échec thérapeutique, reprise, rechute) :
 - Pendant 2 mois : prendre l'association de RHZES (Rifampicine, Isoniazide, Pyrazinamide, Ethambutol, Streptomycine en injection intramusculaire pendant 2 mois) ;
 - Puis pendant 6 mois : prendre l'association de RHZE (Rifampicine, Isoniazide, Pyrazinamide, Ethambutol).

Le traitement chez l'enfant est identique à celui de l'adulte ; seul le dosage des médicaments diffère.

Le suivi est d'abord clinique par l'appréciation du statut pondéral tous les 15 jours et ensuite biologique par la recherche de BAAR dans les crachats. La recherche de BAAR se fait selon le chronogramme suivant :

- Nouveau cas ; au 2^e, 6^e et 5^e mois de traitement ;
- Cas de retraitement au 3^e, 6^e et 8^e mois de traitement.

Les examens suivants peuvent être demandés accessoirement en fonction des signes d'appels :

- La Numération Formule Sanguine (NFS) ;
- La créatinine, l'uricémie et les transaminases.

- La radiographie du thorax : Elle est généralement réalisée à l'IHS car il n'existe pas de service de radiologie au centre de santé. Elle coûte six mille francs (6 000) CFA au minimum ;

Les critères de guérison sont cliniques (amélioration du poids) et bactériologiques (absence de BAAR dans les crachats ou GeneXpert Négatif).

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CHAPITRE 2 : CADRE THEORIQUE

Dans ce chapitre, il s'agit pour nous de présenter notre étude tout en la situant dans son contexte à savoir :

- En poser clairement la problématique ;
- Montrer son intérêt et son cadre conceptuel ;
- En définir les concepts clés.

2.1 Problématique

Le Sénégal qui a pour challenge de relever le défi du développement, a mis en place à travers le « Plan Sénégal Emergent 2014-2030 », un plan ambitieux lui permettant d'être un pays émergent d'ici 2030. Pour y parvenir, le pays sait qu'il a besoin de compter sur toutes ses ressources disponibles y compris une population dynamique, en bonne santé participant pleinement à son essor, d'où la mise en place de plusieurs stratégies de lutte contre les maladies dites prioritaires notamment le paludisme, le VIH sida, la tuberculose.

En ce qui concerne la tuberculose, la mission de lutter contre cette maladie a été confiée au Programme de Lutte contre la Tuberculose (PNT), celui-ci coordonnant ses activités de lutte en s'appuyant sur les structures situées au niveau opérationnel notamment les districts sanitaires. L'objectif principal de la lutte antituberculeuse est de rompre la chaîne de contamination en agissant sur le réservoir de bacilles qui est exclusivement humain [19].

L'atteinte de cet objectif repose en grande partie sur la prise en charge correcte des cas dépistés qui en constitue une étape critique [20]. Mais force est de constater que l'un des principaux obstacles à cette prise en charge correcte reste le nombre élevé d'abandons du traitement par les malades. En effet, l'abandon précoce du traitement a pour corollaires des rechutes, mais surtout l'apparition de souches multirésistantes aux antituberculeux classiques. La conséquence immédiate est un délai de traitement plus long, plus complexe et plus onéreux pour l'état dans un contexte de raréfaction des ressources allouées à la santé. A cela, il faut

¹⁹ Toman K. Dépistage et chimiothérapie de la tuberculose : questions et réponses. Paris ; Masson, 1980.

²⁰ Piot A M. A simulation model of case finding and treatment in tuberculosis control programs. WHO/TB/techn inf /6753 Genève; OMS.

ajouter aussi la survenue des décès avec destructuration des cellules familiales, base du développement communautaire donc du pays.

Au regard du nombre encore élevé de patients qui abandonnent leurs traitements antituberculeux, nous sommes en droit de nous poser les interrogations suivantes : « Pourquoi les malades abandonnent ils le traitement antituberculeux ? » et « Comment à notre niveau, pouvons-nous contribuer à améliorer la rétention des malades tuberculeux dans les soins ? ». Cette étude s'est donc attelée à trouver des réponses à ces différentes préoccupations.

2.2 Intérêt et justification

2.2.1 Intérêt de l'étude

- L'intérêt de cette étude réside dans l'ampleur des écarts qui peut exister dans la pratique de la prise en charge des tuberculeux et les conséquences que cela pourrait engendrer ;
- L'étude a permis au stagiaire de se confronter à la réalité de la gestion sanitaire, d'appliquer les connaissances théoriques acquises durant la formation notamment les modules d'identification et analyse des problèmes de santé ; la méthode de résolution des problèmes ;
- Elle a aussi mis à la disposition du district des informations viables lui permettant de prendre des mesures éclairées en vue d'une amélioration de la qualité de la Prise En Charge (PEC) des malades tuberculeux.

2.2.2 Justification

La tuberculose est l'une des dix (10) premières causes de mortalité dans le monde. En 2015, 10,4 millions de personnes ont contracté cette maladie et 1,8 million en sont mortes. Plus de 95% des décès dus à la tuberculose surviennent dans les pays en développement. Cette pathologie touche surtout les adultes pendant les années où ils sont le plus productifs ; les autres tranches d'âges ne sont d'ailleurs pas épargnées. Les sujets infectés ayant aussi le VIH ont 20 à 30 fois plus de risque de développer une tuberculose évolutive. Un million d'enfants (âgés

de 0 à 14 ans) ont développé la maladie et 170 000 (à l'exclusion des enfants ayant le VIH) en sont morts en 2015 [21].

A cela, il faut ajouter qu'un sujet ayant une tuberculose évolutive peut infecter 10 à 15 autres personnes par an lors de ses contacts proches perpétuant ainsi le cycle de propagation de cette maladie dans la population mondiale. À l'échelle mondiale, on estime qu'en 2015, 480 000 personnes ont développé une tuberculose multirésistante (tuberculose-MR) essentiellement du fait d'une mauvaise observance du traitement anti-tuberculeux.

En 2015, on a enregistré un grand nombre de cas en Asie, avec 61% des nouveaux cas, suivie de l'Afrique, avec 26% des nouveaux cas. Au Sénégal, selon l'OMS, le taux d'incidence de la tuberculose était estimé à 136 cas de tuberculose pour 1000 000 habitant en 2013. Le taux d'abandon des malades atteints de tuberculose à microscopie positive sous traitement était de (7%) sur 7 894 nouveaux cas. Quant à la létalité, elle était de 3% et les échecs thérapeutiques des nouveaux cas représentaient 2% [22].

La prise en charge de cette maladie repose sur l'administration d'un traitement efficace de longue durée, véritable défi à relever dans la plupart des pays du monde [23]. Ce traitement a permis d'ailleurs de sauver selon l'OMS, 49 millions de vies entre 2000 et 2015 et permis aussi de diminuer l'incidence de 1,5% par an depuis 2000.

Mettre un terme à l'épidémie de tuberculose au Sénégal d'ici à 2030 fait partir des cibles pour la santé indiquées dans les Objectifs de Développement Durable (ODD). Mais cet objectif risque d'être considérablement mis en cause par la persistance du cycle de contamination résultant aussi bien d'un faible dépistage dans la communauté mais aussi par le très faible taux de guérison dû essentiellement aux nombreux cas d'abandon du traitement avec pour corollaire l'apparition de nouvelles sources multirésistantes aux antituberculeux classiques.

²¹ Organisation Mondiale de la Santé. Tuberculose: Aide mémoire. [En ligne]. Genève: OMS; 2017 [Consulté le 10 septembre 2017]. Disponible: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/fr/> .

²² Plan stratégique de lutte contre la tuberculose au Sénégal, 2013-2017

²³ Rodrigo T, Caylà JA, Casals M, García-García JM, Caminero JA, Ruiz-Manzano J, Blanquer R, Vidal R, Altet N, Calpe JL, Penas A. A predictive scoring instrument for tuberculosis lost to follow-up outcome. *Respir Res* 2012 ; 13: 75.

Le centre de santé Cheikh Ahmadou Bamba Mbacké (ex PMI) de Dakar a été choisi dans le District Dakar Sud car c'est le centre de référence du district ; celui-ci accueille le plus grand nombre de patients tuberculeux et a un taux d'abandon du traitement non négligeable.

2.3 Cadre conceptuel

2.3.1 Définition des concepts

- Cas présumé de tuberculose : Patient qui présente des signes évocateurs de la tuberculose « cas suspect ».
- Cas de tuberculose confirmée bactériologiquement : Positivité de l'échantillon biologique établi par l'examen microscopique de frottis, mise en culture ou TDR approuvés par l'OMS (GeneXpert) ;
- Cas de tuberculose diagnostiqué cliniquement se base sur une symptomatologie respiratoire durable associée à des anomalies radiologiques :
 - A 2 séries de recherche de BAAR dans les expectorations négatives au frottis ou au GeneXpert ;
 - La décision de traiter par une chimiothérapie antituberculeuse.
- Tuberculose pulmonaire à microscopie positive (TPM+) : C'est un cas de tuberculose pulmonaire avec soit :
 - Deux examens microscopiques positifs sur deux échantillons d'expectoration différents ;
 - Un examen microscopique positif avec signes cliniques et radiologiques compatibles ;
 - Un examen microscopique positif et une culture positive ;
- Nouveau cas de tuberculose : C'est un patient qui n'a jamais reçu de traitement antituberculeux ou qui a reçu moins d'un mois de traitement antituberculeux ;
- Cas de retraitement : C'est un patient qui a déjà reçu un traitement antituberculeux pendant un (01) mois ou plus. Ces cas peuvent être classés selon les catégories suivantes :
 - Une rechute : C'est un malade traité antérieurement pour une tuberculose active, déclaré guéri en fin de traitement et chez lequel on trouve un épisode récurrent de tuberculose à une nouvelle consultation ;

- Un échec thérapeutique : c'est un malade qui est positif à l'examen bacilloscopique des crachats à la fin du 5^e mois de traitement ou à n'importe quel moment entre le 5^e mois et la fin du traitement ;
- La reprise de traitement : c'est un patient qui a pris au moins un mois de traitement et qui revient au centre de traitement avec des examens de crachats positifs après 2 mois consécutifs d'interruption ou plus.
- La tuberculose chronique : c'est la persistance du bacille de la tuberculose après un retraitement entièrement supervisé, il s'agit habituellement de cas de tuberculoses multirésistants ;
- Interruption de traitement ou perdu de vue ou abandon de traitement : C'est un malade qui a interrompu son traitement pendant 2 mois consécutifs ou plus ;
- Non évalué : Patient tuberculeux à qui aucun résultat thérapeutique n'a été attribué. Cette catégorie inclut les cas transférés à une autre unité de traitement et ceux dont les résultats sont inconnus de l'unité chargée de la notification ;
- Le counseling ou la prise en charge psychosociale consiste à permettre au patient de connaître sa maladie afin qu'il puisse participer à son traitement mais aussi à minimiser les risques de propagation de la maladie dans la communauté ;
- Guéri : un patient sous traitement pour tuberculose est considéré guéri lorsque le traitement est terminé et deux contrôles bactériologiques sont négatifs : un au cours du dernier mois de la cure thérapeutique et un autre au cours du traitement. Dans notre contexte cette situation est matérialisée par la délivrance d'un certificat de guérison par le centre de santé [24,25].

2.3.2 Stratégies de lutte antituberculeuse

2.3.2.1 Stratégie DOTS

En 1993, la tuberculose a été déclarée urgence mondiale par l'OMS. Deux ans plus tard le traitement sous supervision directe (DOTS) a été lancé en tant que stratégie de l'OMS. Le but

²⁴ Programme National de Lutte Anti-Tuberculeuse. Guide de la lutte anti-tuberculeuse à l'usage des professionnels de santé. Rabat, Maroc: Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies, Ministère de la santé. Royaume du Maroc; 3^eème Edition 2009

²⁵ World Health Organization. Treatment of tuberculosis. Guidelines for national programmes. WHO/CDS/TB/2003.313. 3rd ed., Geneva, Switzerland ; 2003.

premier de la stratégie DOTS est de fournir au patient des soins permettant de prévenir et de guérir la tuberculose. La stratégie DOTS repose sur des soins efficaces qui réduisent la souffrance, combattent et préviennent la tuberculose dans la communauté.

La stratégie DOTS préconise la mise en place des cinq composantes suivantes :

- Un engagement des pouvoirs publics en vue d'assurer des activités durables et complètes de lutte contre la tuberculose ;
- Le dépistage des cas par examen microscopique des frottis d'expectorations réalisés chez des patients symptomatiques qui se présentent spontanément dans les services de santé ;
- La chimiothérapie standardisée de brève durée au moyen de schémas thérapeutiques de 6-8 mois pour au minimum tous les cas à frottis positif confirmés. Cette prise en charge correcte comprend un traitement sous observation directe pendant la phase intensive chez tous les nouveaux cas à frottis positif, une phase de continuation avec des schémas thérapeutiques comportant de la rifampicine, et un schéma thérapeutique complet pour le retraitement ;
- L'approvisionnement régulier et ininterrompu en tous les antituberculeux ;
- Un système standardisé d'enregistrement et de notification permettant d'évaluer les résultats du dépistage et du traitement pour chaque patient ainsi que les performances globales du programme de lutte contre la tuberculose.

2.3.2.2 Stratégie « Halte à la Tuberculose »

La stratégie « Halte à la tuberculose » a été développée par l'OMS dans le plan mondial halte à la tuberculose 2006-2015. Les composantes de la stratégie « halte à la tuberculose » sont au nombre de six :

- Poursuivre l'extension d'une stratégie DOTS de qualité et son amélioration. Pour que tous ceux qui en ont besoin, y compris les plus démunis et les plus vulnérables, puissent disposer partout de services de qualité, et y accéder, il est important d'étendre le traitement DOTS jusqu'aux zones les plus éloignées ;
- Lutter contre la co-infection TB/VIH, de la tuberculose Tuberculose-MR et répondre aux besoins des populations défavorisées et vulnérables. La lutte contre la co-infection

tuberculose/VIH, la tuberculose multirésistante et les autres problèmes qui se posent nécessitent, par-delà l'application de la stratégie DOTS, l'élargissement de l'action et des moyens mis en œuvre, et la réalisation des objectifs fixés pour 2015, y compris l'Objectif du Millénaire pour le Développement (OMD) lié à la tuberculose (objectif 6 ; cible 8), en dépend ;

- Contribuer au renforcement des systèmes de santé en s'appuyant sur les soins de santé primaires. Les programmes nationaux de lutte antituberculeuse doivent contribuer à la mise en œuvre des stratégies générales destinées à faire progresser les systèmes de financement, de planification, de gestion, d'information et d'approvisionnement, et au renforcement de la prestation de services innovants ;
- Impliquer tous les soignants. Les tuberculeux s'adressent à un large éventail de dispensateurs de soins publics, privés, institutionnels et volontaires. Pour atteindre tous les malades et s'assurer que les soins qui leur sont dispensés sont de qualité, il est important d'associer des soignants de toutes les catégories ;
- Permettre aux patients tuberculeux et aux communautés de se prendre en charge par le biais de partenariats. Les projets communautaires de soins antituberculeux ont montré les tâches essentielles en matière de lutte antituberculeuse dont peuvent s'acquitter des personnes et des communautés. Ces réseaux peuvent mobiliser la société civile et assurer un soutien politique et une pérennité à long terme aux programmes de lutte antituberculeuse ;
- Favoriser et promouvoir la recherche. Des outils existent pour lutter contre la tuberculose mais l'amélioration des pratiques et l'élimination nécessitent la mise au point de nouveaux produits diagnostiques, de nouveaux médicaments et de nouveaux vaccins.

2.3.3 Facteurs favorisant l'abandon du traitement par les malades

L'abandon proprement dit du traitement apparaît selon plusieurs auteurs généralement à la deuxième phase du traitement [26,27,28]. Les causes de l'abandon du traitement peuvent être classées en trois (03) principaux facteurs : [29,30]

- Les facteurs liés au malade ;
- Les facteurs liés à la communauté ;
- Les facteurs liés au système de santé.

2.3.3.1 Facteurs liés au malade

En ce qui concerne les facteurs liés au malade, on peut citer la perception et la compréhension de la maladie qui sont très importants et constituent des étapes cruciales de la prise en charge. C'est d'ailleurs l'importance de cette étape qui conditionnera plus tard le bon suivi du traitement. Un malade ayant subi un mauvais counseling sur la maladie ne pourra pas percevoir la situation grave mais pas désespérée dans laquelle il se trouve, il ne pourra donc pas, faute d'informations adéquates, adhérer totalement au traitement afin de prendre toutes les dispositions pour un suivi approprié, mais aussi les dispositions préventives pour ne pas constituer un danger pour sa famille et son entourage immédiat. Une mauvaise perception peut se solder par un déni de la maladie. En effet, un rejet du diagnostic est un facteur non négligeable de l'abandon du traitement car dans le subconscient du malade il souffrirait d'une pathologie autre que celle diagnostiquée par le médecin.

Des malades pour ne pas subir le mépris de leur communauté abandonnent le traitement ou cachent leurs maladies ce qui entraînent des difficultés dans la mise en œuvre du traitement supervisé. Cette situation amène parfois les malades à donner des faux contacts ou fausses

²⁶ Menzies R., Rocher I., Vissandjee R., Factors associated with compliance in treatment of tuberculosis. *Tubercle Lung Dis* 199; 74: 780-788.

²⁷ Snider Jr. D.E. Vue générale des problèmes d'adhésion aux prescriptions en matière de programme de traitement de la tuberculose. *Bull Int Union Tuberc* 1982 ; 57 (3-4) : 255-260.

²⁸ Tekle B., Mariam D. H., Ali A., Défaillance à l'égard du DOTS et ses déterminants dans trois districts de la zone d'Arsi en Ethiopie. *Int J Tuberc Lung Dis* 2002 ; 6 (7) : 573-579.

²⁹ M'Boussa J, Martins H, Adicolle-Metoul JM, Loubaki F. L'influence des facteurs socio-culturels sur les abandons du traitement de la tuberculose pulmonaire. *Méd Afr Noire* 1999 ; 46 (10) : 458 – 65.

³⁰ Rakotomanana F, Rabarijaona LP, Ratsitorahina M, Cauchoix B, Razafinimanana J, Ratsirahonana A, Boisier P, Aurégan G. Profil des malades perdus de vue en cours de traitement dans le Programme national de lutte contre la tuberculose à Madagascar. *Cahiers Santé* 1999 ; 9 : 225-29.

adresses rendant difficile la recherche des perdus de vue par les agents de santé communautaire (ASC).

La notion de perception grave de la maladie et l'impossibilité pour le patient de respecter les impératifs du traitement proposé [31 ; 32] concourent eux aussi à l'abandon du traitement.

2.3.3.2 Facteurs communautaires

Ils sont liés à la compréhension, l'acceptation sociale et culturelle de la maladie [33]. En effet l'absence d'information sur la pathologie ne fait qu'attiser la hantise qu'a la population vis-à-vis de cette maladie. Cette peur de l'inconnu va se solder à terme par des manifestations qui ne sont pas de nature à rassurer le malade donc à lui permettre d'être observant. Ces manifestations néfastes seront traduites par des actes de décadence sociale comme l'isolement psychologique, la stigmatisation.

2.3.3.3 Facteurs liés au système sanitaire

On peut noter principalement, la distribution géographique inadéquate des centres de diagnostic et de traitement (CDT) et une insuffisance de centres de prise en charge de la tuberculose, qui peuvent avoir plusieurs conséquences pour les malades notamment le prix du transport du domicile au centre de santé, la difficulté de l'application du Traitement Directement Observé (TDO) dans la première phase puisqu'elle doit être totalement supervisée.

³¹ Comolet T, Rakotomalala R. Tuberculose et adhésion au traitement : proposition d'une méthodologie d'étude de l'abandon du traitement. *Arch Inst Past Madag.* 1995 ; 62 (1) : 68-71.

³² Muture BN, Keraka MN, Kimuu PK, Kabiru WE, Ombeka VO and Oguya F. Factors associated with default from treatment among tuberculosis patients in Nairobi province, Kenya: A case control study. *BMC Public Health* 2011; 11, 696.

³³ Bronner LE, Podewils LJ, Peters A, Somnath P, Nshuti L, Walt Mvd and Mametja LD. Impact of community tracer teams on treatment outcomes among tuberculosis patients in South Africa. *BMC Public Health* 2012 ; 12, 621.

A ces facteurs cités plus haut, il faut y adjoindre, l'indisponibilité des moyens performants de diagnostic (laboratoires bien équipés) et aussi l'indisponibilité d'un traitement efficace, bien toléré et à moindre coût [34,35].

2.3.3.4 Autres facteurs

Certains autres facteurs d'abandon du traitement antituberculeux par les malades ont été retrouvés dans la littérature, ce sont :

- L'alcoolisme [31] ;
- La sensation d'amélioration clinique [38] ;
- La durée relativement longue du traitement [31] ;
- L'incarcération, les voyages et les problèmes psychiatriques [36].

³⁴ Woessner J, Receveur M-C, Malvy D, Taytard A. Épidémiologie de la tuberculose à Mayotte. Bull Soc Pathol Exot, 2008 ; 101(4) : 316-22.

³⁵ Hassani L. Les facteurs impliqués dans l'abandon du traitement anti-bacillaire chez les patients atteints de tuberculose pulmonaire à microscopie positive. Cas des préfectures Ain Chock [Mémoire]. Maroc: INAS; 2010. 86p. Disponible: fulltext.bdsp.ehesp.fr/Inas/Memoires/massp/mss/2010/8077

³⁶ Zaghba N , Bakhatar A, Yassine N, Bellekhal N, Bahlaoui N. Abandon du traitement anti-bacillaire. Rev Mal Respir 2009 ; 26 : 136 – 40

2.4 But et objectifs de l'étude

2.4.1 But

Contribuer à l'éradication de la tuberculose dans le district Dakar Sud d'ici 2030.

2.4.2 Objectifs

2.4.2.1 Objectif général

Améliorer la prise en charge des malades tuberculeux par la réduction du taux d'abandon du traitement anti-bacillaire à la PMI de Médina.

2.4.2.2 Objectifs spécifiques

- Déterminer les caractéristiques socio-professionnelles des patients tuberculeux ayant abandonné leurs traitements ;
- Analyser le suivi thérapeutique des patients ayant abandonné leur traitement ;
- Montrer les différents facteurs explicatifs de la sortie des patients du circuit des soins.
- Proposer des solutions qui améliorent de façon efficace la rétention des malades tuberculeux dans les soins ;
- Formuler des recommandations en vue d'un retour des patients ayant abandonné leur traitement dans le circuit des soins.

DEUXIEME PARTIE :
METHODOLOGIE ET RESULTATS DE
L'ENQUETE

CHAPITRE 3 : METHODOLOGIE

3.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective à visée descriptive et analytique à la fois qualitative et quantitative, s'inscrivant dans le cadre d'une recherche opérationnelle. La méthodologie choisie, celle de résolution des problèmes repose sur une logique d'étapes :

- Dans un premier temps, identifier dans une organisation sanitaire un problème de gestion jugé prioritaire par les dirigeants et le personnel (taux d'abandon du traitement antituberculeux) ;
- Puis dans un deuxième temps, rechercher les causes du problème (les raisons qui poussent les patients tuberculeux à abandonner le traitement) ;
- Enfin proposer des solutions en vue de sa résolution.

3.2 Population cible

L'étude a ciblé les malades ayant abandonné leur traitement et les agents de santé impliqués dans la prise en charge de la tuberculose.

3.3 Période d'étude

L'étude a considéré la période étendue du 01 janvier 2014 au 30 juin 2017.

3.4. Echantillonnage

Notre enquête a donc concerné tous les malades ayant abandonné leur traitement mais aussi tout le personnel de soin impliqué dans la prise en charge des malades tuberculeux.

3.4.1. Critères d'inclusion

Sont inclus dans notre enquête, tous les malades de janvier 2014 à juin 2017 ayant abandonné leur traitement pendant au moins 2 mois qu'ils soient revenus ou pas dans les soins.

Sont inclus dans notre étude aussi le personnel de santé impliqué dans la PEC des malades tuberculeux pendant au moins six (06) mois.

3.4.2. Critères de non inclusion

Ne sont pas pris en compte dans notre étude les malades de janvier 2014 à juin 2017 ayant abandonné leur traitement au moins deux (02) mois dont le dossier est insuffisamment renseigné.

Ne sont pas pris en compte dans notre étude, le personnel soignant absent au moment de notre enquête.

En définitive sur analyse des dossiers, 63 patients ont été identifiés pour répondre à nos questions. Le nombre de personnel soignant enquêté était 03 composés de :

- Infirmière brevetée, responsable de traitement au CDT ;
- Aide infirmière, assistante CDT ;
- Assistante sociale, point focal tuberculose du district.

3.5. Les variables étudiées

Nous avons dans notre étude mis l'accent sur les variables en rapport avec le phénomène d'abandon du traitement par les patients tuberculeux. Ces variables sont :

- Caractéristiques socio-professionnelles ;
 - Age ;
 - Sexe et lieu de résidence ;
 - Profession et niveau d'étude.
- Suivi thérapeutique ;
 - Forme de la tuberculose, Antécédant du patient ;
 - Nombre de comprimés quotidien ;
 - Suivi biologique et clinique du patient.
- Facteurs explicatifs de l'abandon du traitement selon les malades ;
 - Durée du traitement avant l'abandon ;
 - Nombre de comprimés pris au cours du traitement, effets liés au médicament ;
 - Etat de connaissance générale de la maladie par le patient (durée du traitement, risques d'interruption du traitement...) ;
 - Appréciation de l'accueil, du circuit du malade, du délai d'attente au centre ;
 - Notion d'intolérance médicamenteuse ;
 - Impression de guérison, acceptation de la maladie par la famille (stigmatisation).

3.6. Déroulement de l'étude

Notre enquête s'est déroulée du 01 Août au 30 Octobre 2017 au centre de santé Cheick Ahmadou Bamba Mbacké de Medina selon le chronogramme établi dans le tableau ci-dessous.

Tableau V : Déroulement chronologique des activités de l'étude

ACTIVITES	PERIODE											
	AOUT				SEPTEMBRE				OCTOBRE			
	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
Recherche documentaire												
Collecte des données												
Exploitation des données												
Rédaction du mémoire												

3.6.1 Recherche documentaire

Nous avons effectué une revue documentaire sur internet et à la bibliothèque du CESAG sur le sujet afin de mieux l'appréhender dans ses différentes dimensions. Cela a consisté à faire un passage en revue des différents travaux antérieurs à notre étude sur le thème choisi. Notre recherche documentaire a aussi porté sur les documents d'activités du CDT sur la tuberculose.

3.6.2 Collecte des données

Pour collecter les informations auprès de notre cible, l'enquête a été réalisée par une équipe de deux (02) personnes :

- Le stagiaire ;
- Une infirmière de profession, étudiante au CESAG.

Deux principales méthodes ont été utilisées, il s'est agi des entretiens individuels avec les patients et les agents de santé et de la revue documentaire (données existantes).

L'aspect quantitatif de l'étude a été abordé à l'aide d'un questionnaire semi structuré destiné à recueillir les explications des patients sur le phénomène étudié.

L'aspect qualitatif a été quant à lui abordé avec des entretiens à l'aide d'un guide d'entretien administré sur les lieux de travail des personnes concernées.

3.6.3 Exploitation des données

Les données ont été saisies sur World et analysées sur Excel du pack office 2016. Certaines variables quantitatives (âge) ont été présentées sous forme de moyenne et d'écart, les variables catégorielles (quantitatives ou autres) ont été l'objet d'analyse sous forme de fréquences et de proportions.

3.7 Limites et contraintes (information, temps, ressources)

Plusieurs difficultés ont été rencontrées au cours de nos travaux, on peut citer :

- La présence de nombreux faux contacts entraînant une incapacité pour les enquêteurs de joindre le client ;
- La réticence de certains malades à s'ouvrir aux enquêteurs posant du coup la fiabilité des informations recueillies auprès de ces derniers ;
- Le problème de complétude des dossiers des malades a rendu difficile la collecte des données de certains patients ;
- L'insuffisance de ressources financières ne nous a pas permis de rencontrer plusieurs malades pour apprécier la véracité de certaines informations ;
- La barrière de la langue entre les malades et le stagiaire a rendu difficile la communication directe, ce dernier se faisant traduire les propos par un interprète de circonstance.

CHAPITRE 4 : PRESENTATION DES RESULTATS ET COMMENTAIRES

Au cours de nos travaux, nous avons pu identifier 64 dossiers de malades. Après analyse, nous avons retenus 63 dossiers en nous basant sur les critères définis dans notre chapitre méthodologie. De ces dossiers, il ressort les résultats présentés sous forme de tableaux et de figures.

4.1 Détermination des caractéristiques socio-professionnelles des patients tuberculeux ayant abandonné leur traitement

4.1.1 Age

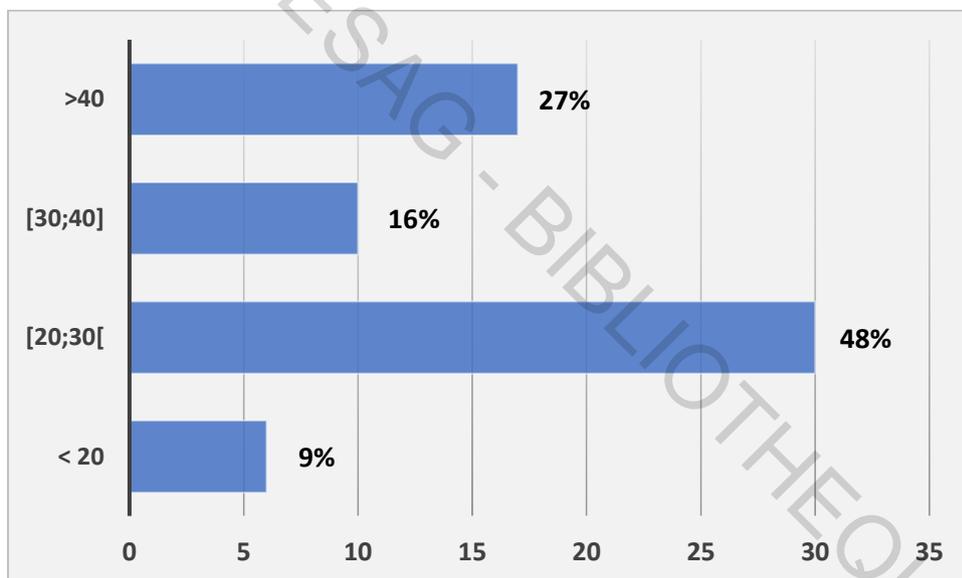


Figure I : Répartition des abandons selon l'âge

[Source : notre étude]

La moyenne d'âge des patients enquêtés était de 33,15 ans avec des extrêmes de 0,75 ans (9 mois) et 78 ans. La plupart des cas d'abandon (64%) ont un âge compris entre 20 et 40 ans (48% + 16%).

4.1.2 Sexe et lieu de résidence

Tableau VI : Répartition des abandons selon le sexe et le lieu de résidence

Caractéristiques	Fréquence absolue	Fréquence relative en %
Sexe		
Masculin	54	86
Féminin	09	14
Lieu de résidence		
Médina	54	86
Gueule Tapée	03	5
Fass	04	6
Reubess	01	1,5
Sandaga	01	1,5

[Source : notre étude]

- Quatre-vingt-six pourcent (86%) des patients étaient de sexe masculin et 14% de sexe féminin.
- Le quartier de Medina abritait (86 %) des malades ayant abandonné leur traitement.

4.1.3 Profession

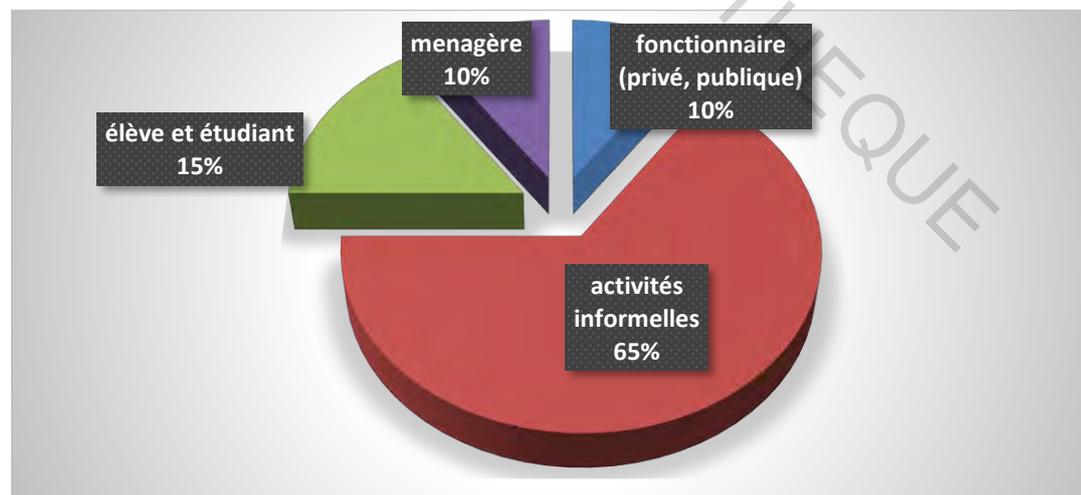


Figure II : Répartition des abandons selon la profession

[Source : notre étude]

La majorité des patients (65 %) exerçait des activités de type informel (chauffeur de taxi, pêcheur, mécanicien etc.), les ménagères représentaient (10%).

4.1.4 Niveau d'études

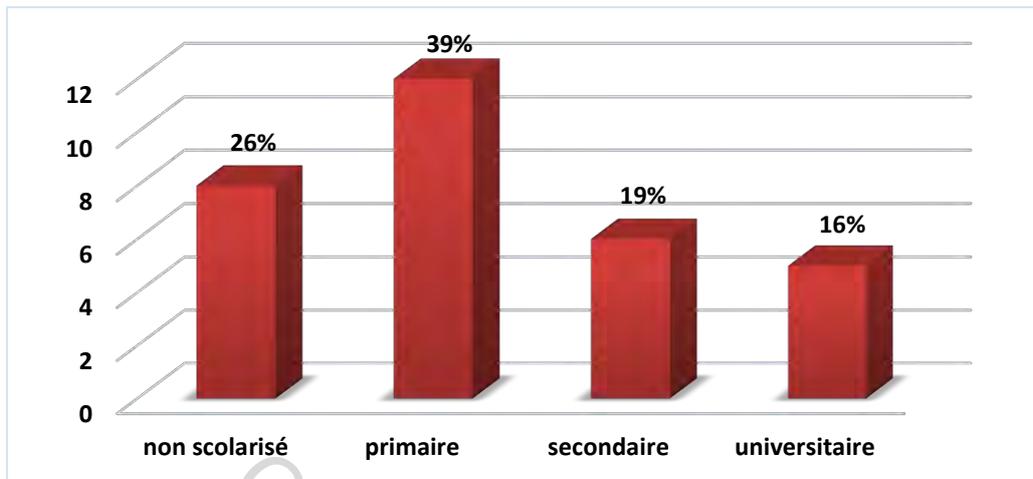


Figure III : Répartition des abandons selon le niveau d'étude.

[Source : notre étude]

Les malades ayant abandonné leur traitement avaient dans 65% des cas un faible niveau d'étude ; parmi eux (26 %) étaient non solarisés.

4.2 Analyse du suivi thérapeutique des patients ayant abandonné leur traitement

4.2.1 Forme de la tuberculose

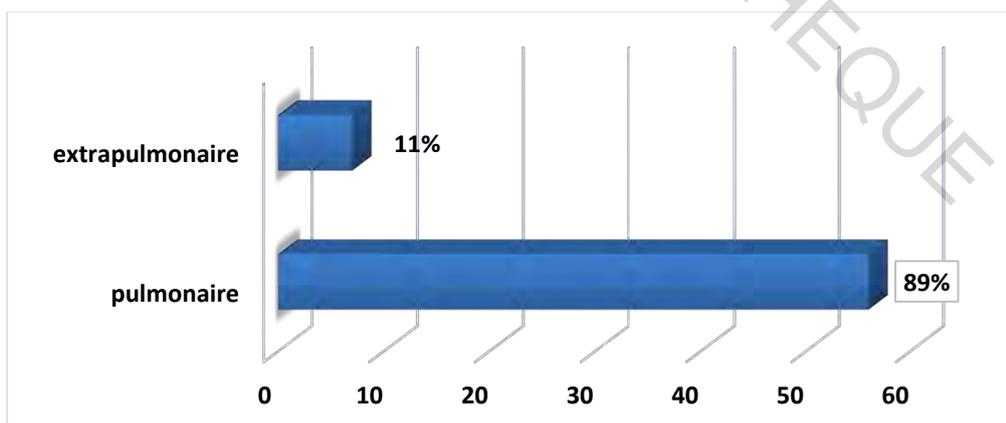


Figure IV : Répartition des abandons selon la forme de la tuberculose.

[Source : notre étude]

Quatre-vingt-neuf pourcent (89 %) des patients ayant abandonné leur traitement étaient des cas de tuberculose pulmonaire, on notait aussi (11 %) de forme extra-pulmonaire.

4.2.2 Antécédents des patients

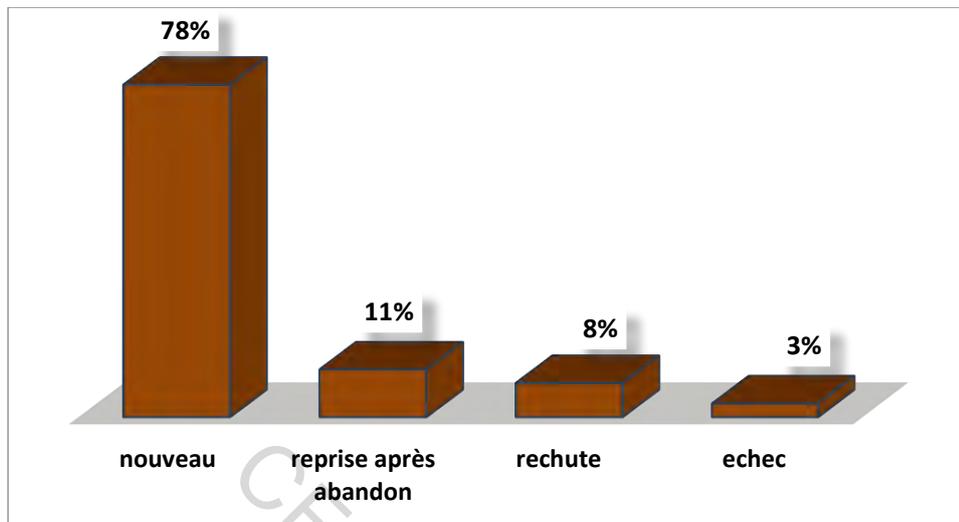


Figure V : Répartition des abandons selon les antécédents des malades

[Source : notre étude]

Vingt-deux pourcent (22 %) des cas d'abandon sont d'anciens malades en retraitement soit par le fait d'une reprise après abandon (11 %), d'une rechute (8 %) ou d'un échec thérapeutique (3%).

4.2.3 Mise en œuvre du Traitement Directement Observé (TDO)

Tableau VII : Répartition des abandons selon la mise en application du TDO

Traitement Directement Observé (TDO)	Fréquence absolue	Fréquence relative en %
TDO Familial	07	11
TDO Sanitaire	39	62
Pas de TDO	17	27
Total	63	2

[Source : notre étude]

Le TDO avait été appliqué à 73% des malades ayant abandonné leur traitement, mais on constate dans notre étude que (27%) des patients n'en avaient pas bénéficié.

4.2.4 Quantité de comprimés quotidiens

Tableau VIII: Répartition des abandons selon le nombre de comprimé à prendre quotidiennement à l'initiation du traitement

Nombre de comprimé (cp) à prendre par jour	Fréquence absolue	Fréquence relative en %
02 cp	02	03
03 cp	18	29
04 cp	38	60
05 cp	05	08
Total	63	100

[Source : notre étude]

Le nombre de comprimé exacte à prendre quotidiennement était déterminé en fonction du poids des patients ; 68% des malades prenaient donc au moins quatre (04) comprimés par jour à l'initiation du traitement antituberculeux.

4.2.5 Suivi biologique du patient

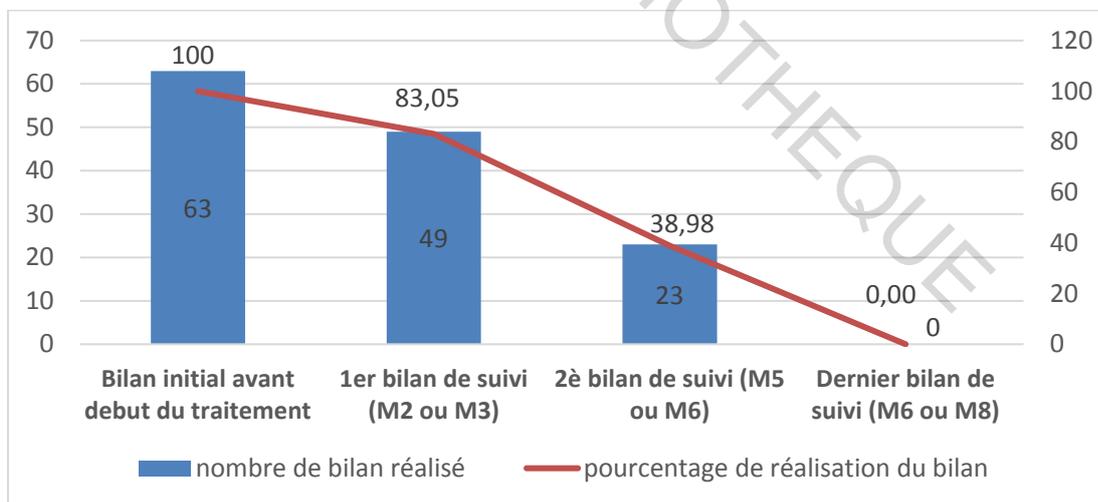


Figure VI: Répartition des abandons selon le nombre de bilans réalisés

[Source : notre étude]

Une infirme proportion des cas d'abandon (38,98 %) avait pu réaliser le second bilan de suivi de leur traitement qui avait lieu au cinquième mois (M5) pour les nouveaux cas et au sixième mois (M6) pour les malades en retraitement avant de quitter définitivement les soins.

4.2.6 Evolutions cliniques et biologique des patients avant leur abandon du traitement

Ces variables n'avaient pas pu être appréciées chez tous les malades du fait de l'abandon progressif par les malades du suivi thérapeutique. Ainsi donc l'évolution pondérale avait pu être évaluée seulement chez 41 patients tandis que celle de la biologie l'avait été chez 47 patients.

Tableau IX : Répartition des abandons selon les évolutions cliniques et biologiques.

Caractéristiques	Evolution pondérale		Evolution biologique	
	Fréquence absolue	Fréquence relative en %	Fréquence absolue	Fréquence relative en %
Favorable	31	76	40	85
Défavorable	05	12	07	15
Stationnaire	05	12	00	00
Total	41	100	47	100

[Source : notre étude]

Quatre-vingt-cinq pourcent (85 %) des patients avaient eu une évolution biologique favorable. Une mauvaise évolution pondérale en termes de diminution du poids avait été observée chez (12 %) des patients. On notait aussi une évolution pondérale stationnaire chez (12 %) des patients.

4.3 Facteurs explicatifs de l'abandon du traitement selon les patients

Sur les 63 patients identifiés comme ayant abandonné leur traitement, 30 ont accepté de répondre à notre questionnaire ; 05 n'ont pas jugé utile d'y participer et 28 n'ont pas pu être localisés faute d'adresses valables. A l'issue des investigations, les résultats de l'enquête se présentent sous forme de figures et de tableaux.

4.3.1 Degré de connaissances de la maladie et du traitement

4.3.1.1 Connaissance de la maladie avant le diagnostic

Seulement 58 % des personnes enquêtées avaient entendu parler de la tuberculose avant la survenue de leur maladie.

4.3.1.2 Impression sur l'efficacité du traitement de la tuberculose

Environ (7%) des malades enquêtés avait émis des doutes sur l'efficacité du traitement actuel de la tuberculose. Pour eux, le traitement serait sans effet sur la maladie.

4.3.1.3 Connaissance de la durée du traitement

Tableau X : Répartition des abandons selon la connaissance de la durée du traitement de la tuberculose.

Durée du traitement	Fréquence absolue	Fréquence relative en %
< 6 mois	04	13
6 et 8 mois	24	80
> 8 mois	02	07
Total	30	100

[Source : notre étude]

Vingt pourcent (20 %) des patients enquêtés avaient des informations erronées sur la durée du traitement antituberculeux. Ceux-ci en effet pensaient que le traitement de la tuberculose était de moins de 6 mois pour 13% des malades et de plus de 8 mois pour 7% des malades.

4.3.1.4 Connaissance des conséquences liées à l'arrêt du traitement

Cinquante-trois pourcent (53 %) des enquêtés ne connaissaient pas les risques qu'ils encouraient en interrompant de façon prématurée leur traitement. Pour ceux ayant des notions (47%), il revenait la plupart du temps les termes comme « rechute » ou « aggravation ».

4.3.1.5 Connaissance du mode de transmission de la tuberculose

Pour (23 %) des patients, la tuberculose leur aurait été transmise à travers un sort lancé par un proche (ami, connaissance, parent) consécutif à un sentiment de jalousie nourri à leur égard.

4.3.1.6 Tuberculose une maladie honteuse

Trente-trois pourcent (33%) des personnes enquêtées avaient honte d'assumer leur statut de malade tuberculeux.

4.3.2 Impressions du malade sur le traitement

4.3.2.1 Plaintes des malades à propos du médicament

Tableau XI : Plaintes des malades à propos du médicament

Caractéristiques	Sensation de nombre élevé de médicament		Sensation de médicaments désagréables		Présence d'effets secondaires	
	Fréquence absolue	Fréquence relative en %	Fréquence absolue	Fréquence relative en %	Fréquence absolue	Fréquence relative en %
Oui	19	63	05	17	10	33
Non	11	37	25	83	20	67
Total	30	100	30	100	30	100

[Source : notre étude]

- Pour 63 % des malades, le nombre de médicament à prendre quotidiennement était jugé élevé.
- Pour 17% des patients enquêtés, les médicaments étaient désagréables surtout au niveau de l'odeur et entraînaient parfois des nausées, voire des vomissements.

- Trente-trois pourcent (33%) des enquêtés avaient déclaré avoir présenté des intolérances médicamenteuses au cours du traitement. Ces intolérances étaient surtout caractérisées par des manifestations digestives (nausées, vomissements).

4.3.2.2 Plaintes des malades liées aux conditions de prise médicamenteuse

Tableau XII : Répartition des malades selon les plaintes liées aux conditions de prise des médicaments.

Caractéristiques	Prise de médicament à jeûn le matin		Traitement invasif (Streptomycine injectable)	
	Fréquence absolue	Fréquence relative en %	Fréquence absolue	Fréquence relative en %
Oui	02	07	04	13
Non	28	93	26	87
Total	30	100	30	100

[Source : notre étude]

Sept pourcent (7%) des malades avaient déclaré supporter très mal la prise à jeun des médicaments antituberculeux et une proportion des personnes (13%) disait avoir peur des injections.

4.3.2.3 Plaintes des malades liées à la perception faite sur la durée du traitement

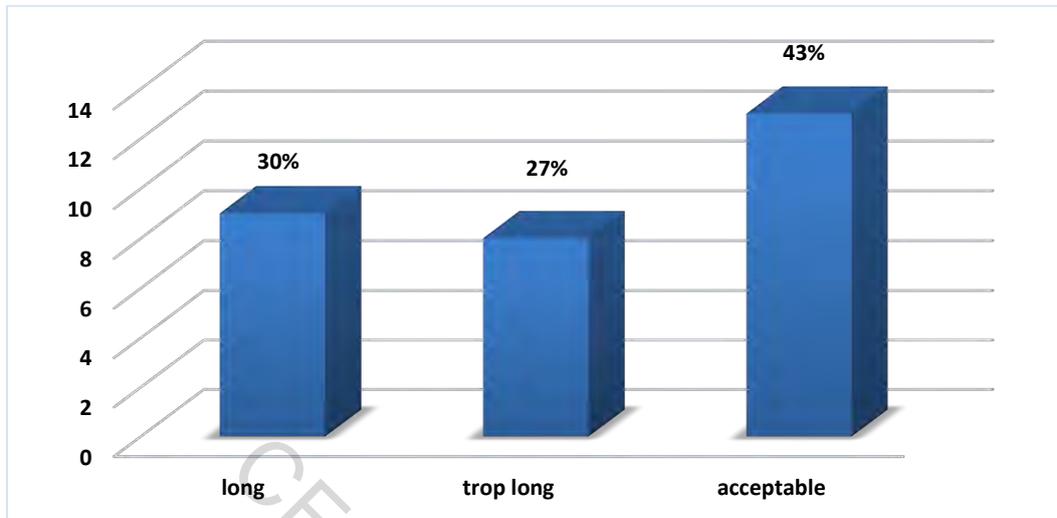


Figure VII: Répartition des abandons selon leur perception de la durée du traitement.

[Source : notre étude]

Pour 57 % des patients enquêtés (30% + 27%), le délai minimum de 6 mois requis pour le traitement de la tuberculose constitue une « véritable corvée » car jugé long à trop long.

4.3.3 Impressions du malade sur l'organisation du service de soin (centre de santé)

4.3.3.1 Accueil

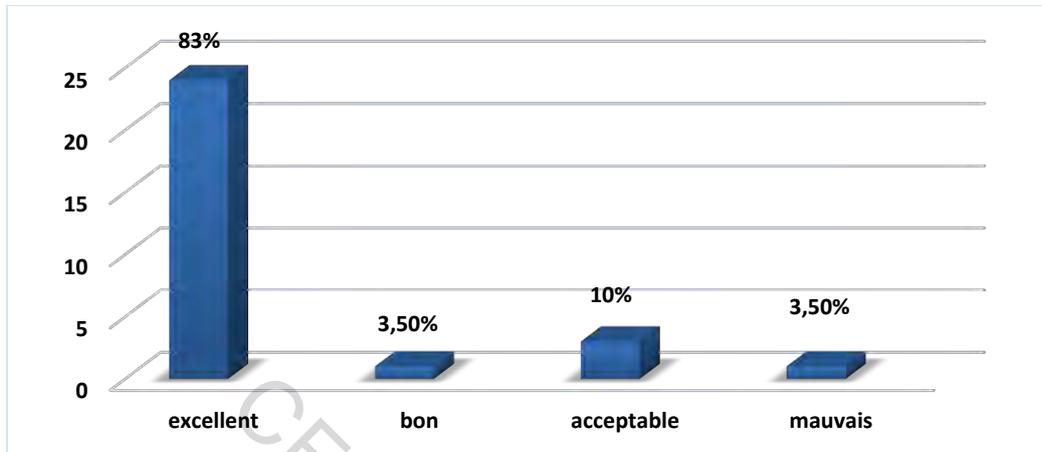


Figure VIII: Répartition des abandons selon leur perception de l'accueil au centre.

[Source : notre étude]

Les patients enquêtés étaient dans (96,5%) des cas satisfaits du service d'accueil du CDT. Par contre, 3,5% de malades ont soutenu avoir été mal accueillis par les prestataires.

4.3.3.2 Circuit du patient

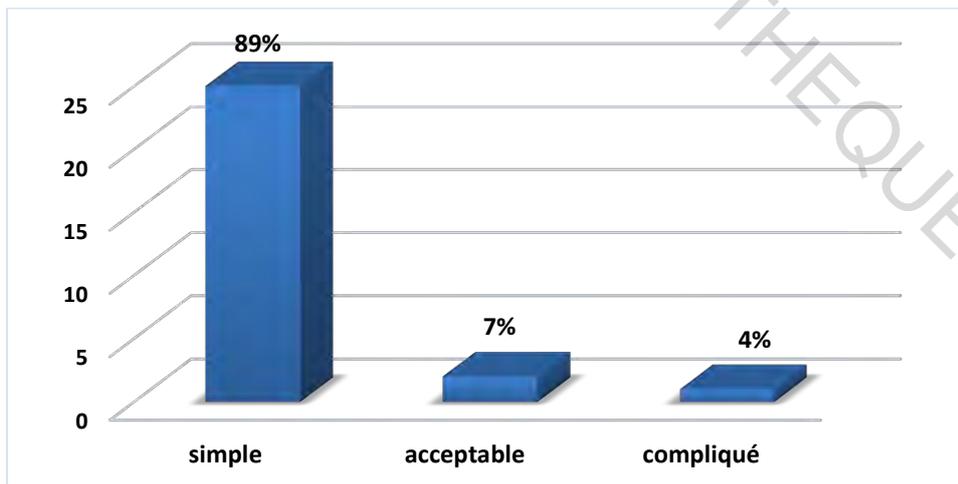


Figure IX: Répartition des abandons selon l'appréciation du circuit du patient

[Source : notre étude]

Quatre pourcent (4%) des patients avait affirmé que le circuit de progression surtout pour rencontrer le médecin était trop compliqué.

4.3.3.3 Confidentialité du malade

Tableau XIII : Répartition des abandons selon le respect de la confidentialité du malade

Respect de la confidentialité	Fréquence absolue	Fréquence relative en %
Oui	25	83
Non	05	17
Total (N)	30	100

[Source : notre étude]

Une partie des patients (17 %) estimait que la confidentialité de leur statut de malade n'était pas suffisamment respectée.

4.3.4 Recours à la médecine traditionnelle

Trente-trois pourcent (33 %) des enquêtés avaient eu recours à la médecine traditionnelle soit au cours ou en début du traitement.

4.3.5 Raisons d'abandon du traitement

Tableau XIV: Répartition des abandons selon les raisons évoquées par les malades

Raison évoquées	Fréquence absolue	Fréquence relative en %
Impression d'être guéri	21	70
Mauvaise évolution de la maladie	04	13
Auto-transfert	03	10
Déni de la maladie	02	07
Total	30	100

[Source : notre étude]

La majorité des malades interrogés (70%) affirmait avoir abandonné le traitement à la suite d'une amélioration de leur état de santé. Dix pourcent (10%) des malades disparus des soins s'étaient auto-référés dans une autre structure de prise en charge.

Treize pourcent (13%) des personnes interrogées affirmaient avoir abandonné le traitement car leur état de santé ne semblait guère s'améliorer. Tandis que pour 7% des personnes enquêtées, leur mal n'était pas dû à la tuberculose mais à une autre pathologie.

4.4 Facteurs explicatifs de l'abandon des traitements selon le personnel de santé

Pour le personnel de santé, les facteurs explicatifs ne seraient pas liés à l'accueil, au lieu de résidence ni au déficit de counseling. En effet, Le personnel interrogé affirme prendre le maximum de temps pour faire le counseling. Pour ce faire, le malade nouvellement dépisté patiente sur le banc d'attente dans le hall le temps de traiter les autres malades avant d'être à son tour reçu. Le counseling dure au minimum 30 mn afin que le malade puisse poser ses préoccupations et recevoir le maximum d'informations sur sa pathologie. Les messages qu'on délivre au patient concernent les mesures d'hygiène pour éviter qu'il soit un facteur de diffusion de la maladie. De même, les malades sont référés près de leur lieu d'habitation pour minimiser les dépenses et être efficace dans la prise en charge. Par contre, le personnel admet être parfois débordé, surtout aux heures d'affluence, ce qui rend difficile le counseling. Les renforcements à l'observance ne sont pas légion, de même que les séances d'éducation, d'information et de communication qui sont rares.

Pour la recherche des perdus de vue ou des malades ayant abandonné le traitement, le CDT bénéficie de la part du centre d'une dotation mensuelle de 5 000 FCFA devant lui permettre de faire des relances téléphoniques des patients. La liste des patients ayant manqué leurs rendez-vous est établie à partir des fiches de traitement des malades ou des registres PNT (Annexe 3-6). Cette relance téléphonique est parfois difficile voire impossible car certains malades donneraient des faux contacts téléphoniques.

La gestion du stock de médicament antituberculeux est faite en dehors de la gestion des autres médicaments. Cette gestion est faite par la pharmacie du centre avec à sa tête une pharmacienne. On note parfois des ruptures de médicaments surtout les streptomycines et les formes pédiatriques des antituberculeux. Ces ruptures qui sont plus le fait du PNT entraineraient selon le personnel un désistement des malades à fréquenter le centre.

En somme, pour le personnel, les causes d'abandon sont :

- La sensation de guérison du malade ;
- L'incompréhension entre le personnel soignant et les malades car selon lui, les malades affirmeraient avoir attendu de la part du personnel traitant qu'ils étaient guéris ;
- La négligence du traitement ;
- Les voyages des malades ;
- Les faux contacts qui rendent difficiles les relances des malades ;
- Les ruptures de médicaments ;
- L'insuffisance dans le renforcement à l'observance.

4.5 Commentaires

4.5.1 les facteurs socioprofessionnels

Le centre a enregistré au cours des 03 dernières années un taux d'abandon du traitement de l'ordre de 10 % sur les cohortes de malades suivies de 2014 à 2016. Les malades sont pour la plupart des adultes jeunes (64%) avec un âge compris entre 20 et 40 ans, constituant la population la plus active du pays.

La majorité de nos patients (86%) habitaient le quartier d'implantation du centre de santé. Cette situation est la résultante de la politique « DOTS » et « Halte à la tuberculose » qui a consisté à ouvrir des unités de traitement de la tuberculose dans les postes de santé du district. Les malades sont donc référés à des unités de traitement proches de leurs domiciles conformément à l'objectif du ministère de la santé qui consiste à rendre les soins antituberculeux accessibles à tous les malades sur l'étendue du territoire. Contrairement aux travaux de Hassani [36], l'étude a montré que la distribution géographique n'était pas un facteur déterminant de l'abandon du traitement. Par contre le métier du patient était partie prenante dans les facteurs contribuant à l'augmentation du taux d'abandon du traitement. En effet, la majorité des patients 65 % exerçait une activité de type informel comme par exemple chauffeur de taxi, pêcheur, mécanicien etc. La recherche de subsistance ou de marché leur imposait des contraintes parfois difficiles à surmonter. Ces contraintes les amenaient parfois à effectuer des voyages hors de la ville de Dakar s'absentant ainsi sur une longue période.

L'analphabétisme est un facteur d'abandon qui est ressorti dans l'étude. En effet, 65% des personnes enquêtées ont un faible niveau d'instruction dont 26 % non solarisées. Cette situation pourrait expliquer les difficultés qu'auraient les malades à suivre correctement les consignes thérapeutiques car source d'une compréhension partielle des conseils donnés avant l'initiation du traitement.

4.5.2 Le suivi thérapeutique du malade

Vingt-deux pourcent (22%) des cas d'abandon étaient d'anciens malades en retraitement. Les retraitements avec un temps de traitement plus long (8 mois au minimum) et l'apparition d'injection pendant 2 mois pourraient être de nature à décourager les patients ; ces derniers pouvant abandonner le traitement par la suite. L'abandon du traitement par 78% des malades qui étaient à leur premier traitement s'expliquerait par un manque d'information du malade sur la tuberculose et son traitement. Cette situation serait la résultante d'une part d'un counseling insuffisante et d'autre part d'une absence de renforcement à l'observance des malades.

Quatre-vingt-cinq pourcent (85%) des patients avaient eu une évolution biologique favorable. Cette évolution synonyme d'une amélioration de leurs états de santé expliquerait en partie l'arrêt du traitement. Par contre, la dégradation de l'état de santé a été observé chez 12 % des patients, situation marquée par une baisse du poids. L'absence de résultats satisfaisants pourrait expliquer l'abandon du traitement. En effet, plusieurs patients lassés de suivre des traitements longs sans voir la moindre once de progrès pourraient être tentés de se tourner vers des médecines alternatives (médecine traditionnelle...).

4.5.3 Les facteurs explicatifs de l'abandon du traitement du malade

La méconnaissance de la maladie par la communauté peut entraîner des comportements de nature à provoquer des stigmatisations des malades tuberculeux comme le rejet vis-à-vis de la société. La peur de la stigmatisation de la société peut amener le malade à ne pas dévoiler sa maladie voir à ne plus suivre le traitement. Dans l'étude, nous avons essayé de sonder le niveau de connaissance de la maladie par le malade avant le diagnostic de sa maladie. Il en ressort que 42% des malades n'avaient jamais entendu parler de la tuberculose avant qu'ils ne tombent malades, ce qui dénote d'une sensibilisation insuffisante de la population sur la maladie.

Une meilleure connaissance de la maladie par le patient est un élément non négligeable et déterminant de la bonne observance du traitement par celui-ci. Cette meilleure connaissance prépare psychologiquement le malade à affronter la maladie sur une longue période avec en prime une probable guérison. Mais faute est de constater que 20% des patients enquêtés avaient des informations erronées sur la durée du traitement antituberculeux. Ceux-ci en effet pensaient que le traitement de la tuberculose était de moins de 6 mois pour 13% des malades et de plus de 8 mois pour 7% des malades. Ces informations non avérées de la durée du traitement pourraient expliquer un abandon précoce du traitement.

En ce qui concerne l'efficacité du traitement, pour 7% des malades enquêtés, la tuberculose est une maladie incurable par le traitement conventionnel, cette pensée pourrait être la résultante d'une insuffisance dans le counseling des malades ou la conséquence d'une absence de résultats probants suite à un échec thérapeutique après un traitement bien suivi.

Soixante-trois pourcent (63%) des malades estiment que le nombre de médicament à prendre quotidiennement est élevé. Cette situation peut ne pas participer au confort du malade et entraîner à la longue une gêne dans la prise des médicaments, d'autant que ceux-ci sont pris à jeun, expliquant un abandon du traitement à moyen ou long terme. Pour 57 % des patients enquêtés le délai minimum de 6 mois requis pour le traitement de la tuberculose constitue une véritable corvée car trop long. C'est pourquoi après un certain temps de traitement (généralement le premier trimestre) et avec l'amélioration de leur état de santé, certains malades ne présentant physiquement plus de manifestation de la maladie deviennent moins observants pour à terme disparaître du circuit de soin.

Au niveau de la prise en charge, on a observé que 33 % des enquêtés avaient eu recours à la médecine traditionnelle soit au cours du traitement ou au début de celui-ci. Le recours à cette forme de thérapie pourrait expliquer l'abandon du traitement surtout en cas d'évolution défavorable du traitement médical.

Pour 33% des personnes enquêtées, la tuberculose était vue comme une pathologie honteuse, à ne surtout pas s'y identifier. Certains malades pour éviter la diffusion de leur statut avaient pour certains décidé de ne pas informer les membres de leurs familles et pour d'autres d'abandonner définitivement le traitement.

Au niveau de la confidentialité, des patients (17 %) estiment que la confidentialité de leur état de malade n'est pas suffisamment respectée lors des rendez-vous au centre de santé. Selon eux, du fait de la position de la salle de traitement, la possibilité d'être aperçu assis en attente dans le hall réservé aux malades tuberculeux par des amis ou parents du quartier pourrait avoir pour conséquence la divulgation dans leur communauté de leur statut de malade. Ce qui aurait pour conséquence leur mise à l'écart de la société.

En interpellant les patients enquêtés sur le motif qui les aurait amenés à ne plus suivre le traitement, plusieurs réponses ont été avancées :

- Pour 13% des personnes interrogées, l'évolution défavorable de leur état de santé, aurait motivé l'arrêt du traitement. Certains malades surtout des étrangers croyants qu'ils étaient au stade final de leur vie ont préféré rentrer dans leur pays se faire suivre ;
- Pour 7% des personnes enquêtées, leur mal n'était pas dû à la tuberculose mais à une autre pathologie. Ils auraient consulté d'autres médecins qui auraient confirmé leurs doutes ;
- 70% des malades interrogés affirment avoir abandonné le traitement à la suite d'une amélioration de leur état de santé. Ne présentant aucun signe de manifestation clinique, ils seraient arrivés à la conclusion qu'ils étaient guéris d'où l'abandon du traitement. Cette situation serait due à un déficit de communication entre le malade et le personnel soignant ;
- Dix (10%) des malades ont disparu des soins parce qu'ils s'étaient auto-référés dans une autre structure de prise en charge.

TROISIEME PARTIE : PROBLEMES, CAUSES ET SOLUTIONS

CHAPITRE 5 : IDENTIFICATION ET ANALYSE DES CAUSES DU PROBLEME

5.1 Identification et priorisation des problèmes

5.1.1 Identification des problèmes

Après avoir séjourné au CDT (Centre de Diagnostic de la Tuberculose) de la PMI du District Dakar Sud, les échanges réalisés avec certains responsables (médecin chef adjoint, le point focal tuberculose du district...) et l'exploitation des données du district nous ont permis d'identifier un certain nombre de problèmes que sont :

- Non atteinte du taux de guérison et de succès au traitement antituberculeux ;
- Taux élevé d'abandon du traitement antituberculeux par les malades ;
- Insuffisances dans le dépistage de la tuberculose chez l'enfant ;
- Recherche enfant contact timide ;
- Rupture d'antituberculeux (formes pédiatriques, streptomycine, RH adultes), masques et d'intrants pour recherche BAAR.

5.1.2 Priorisation des problèmes

La priorisation a été faite à partir des critères de cotation suivants :

- **L'ampleur** : c'est l'étendue du problème avec son importance dans la population ; elle prend en compte les différents domaines touchés par le problème et son impact sur les performances du programme ;
- **La gravité** du problème qui est en rapport avec les différentes conséquences de sa non résolution ;
- **La solvabilité** : c'est la possibilité d'apporter une solution au problème avec les moyens dont dispose la structure.

Chacun des différents critères a été coté de 0 à 5 selon son importance :

- 0 : le critère n'a aucune importance ;
- 1 : le critère a une importance faible ;
- 2 : le critère a une importance modérée ;
- 3 : le critère a une importance moyenne ;
- 4 : l'importance du critère est élevée ;
- 5 : l'importance du critère est très élevée.

Les critères ont été notés par la méthode du groupe nominal. Les membres du groupe sont :

1. La responsable du traitement CDT ;
2. Le point focal TB district ;
3. Le stagiaire.

A l'issue des notations, la synthèse des résultats se présente comme suit :

Tableau XV : Tableau de priorisation des problèmes du CDT

Problèmes / Critères	Ampleur	Gravité	Solvabilité	Score	Rang
Non atteinte du taux de guérison et de succès au traitement antituberculeux	3+3+3	4+1+3	3+1+2	23	2eme
Insuffisances dans le dépistage de la tuberculose chez l'enfant	3+3+2	2+1+3	4+1+2	21	3eme
Taux élevé d'abandon du traitement antituberculeux par les malades	4+3+3	5+3+2	4+2+3	29	1er
Rupture d'antituberculeux (formes pédiatriques, streptomycine, RH adultes), masques et d'intrants pour recherche BAAR	3+2+1	3+2+1	2+1+1	16	4eme

[Source : nous même]

À l'issue du processus de priorisation, le taux élevé d'abandon du traitement antituberculeux par les malades avec un score de 29 a été retenu comme problème prioritaire.

5.2 Identification des causes

Le Diagramme de causes et effets, ou diagramme d'Ishikawa, ou diagramme en arêtes de poisson ou encore 5M, est un outil développé par Ishikawa en 1962 [37] et servant dans la gestion de la qualité. Ce diagramme représente de façon graphique les causes aboutissant à un effet.

Pour l'identification des différentes causes d'abandon du traitement par les malades issus de nos travaux de recherche, nous avons eu recours au diagramme de cause à effet de Kaoru Ishikawa.

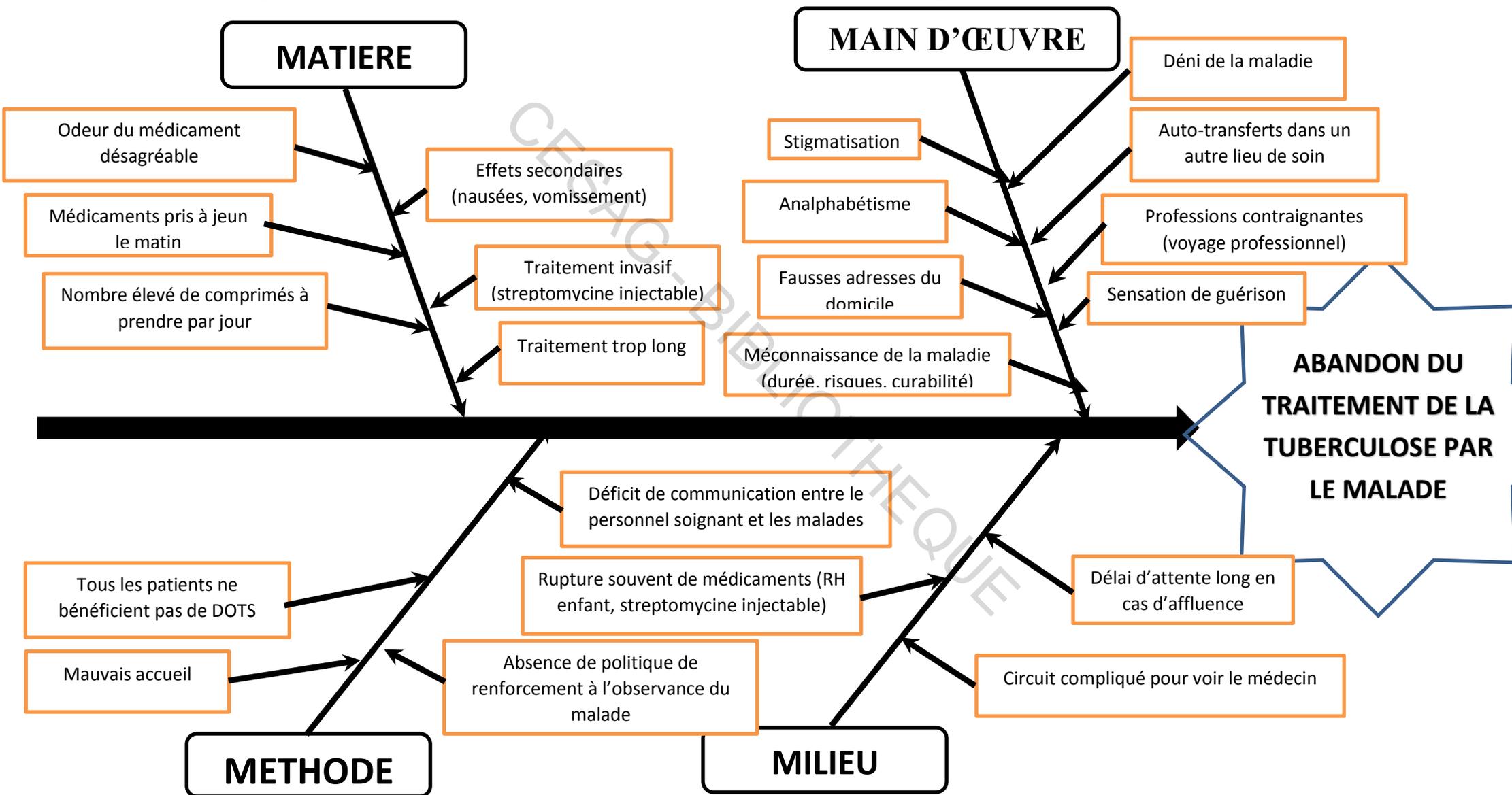
Classiquement, les causes sont regroupées en famille selon la méthode dite des 5M :

- Matériel : tout ce qui est un investissement (machines, installations, véhicules, appareils), plus généralement les entrées du processus ;
- Main d'œuvre : tout ce qui est lié à l'action humaine (compétence, management, usagers, formation, fournisseur, motivation) ;
- Méthode : tout ce qui est lié à l'organisation (procédures, protocoles, modes, opérations, règlements, processus) ;
- Matière : tout ce qui est consommable (les matières premières, papier, eau) ;
- Milieu : l'environnement physique et humain pouvant influencer sur le projet (infrastructures, espaces, température).

Le positionnement des causes met en évidence les causes les plus directes en les plaçant les plus proches de l'arête centrale. A l'issue donc de l'identification et du positionnement des causes, nous obtenons le diagramme présenté ci-dessous :

³⁷ Matthew A. Barsalou, Root Cause Analysis: A Step-By-Step Guide to Using the Right Tool at the Right Time, CRC Press, 9 janvier 2015

Figure X : Diagramme D'ISHIKAWA des causes d'abandon du traitement de la tuberculose par les malades



En fonction des résultats du diagramme d'Ishikawa, les principales raisons qui pourraient expliquer l'abandon du traitement par les malades tuberculeux sont les suivantes :

- Difficultés rencontrées sur le site de PEC ;
- Traitement contraignant et trop complexe pour le malade (obstacles liés au traitement) ;
- Méconnaissance de la maladie et du traitement par le malade ;
- Rupture de médicaments antituberculeux ;
- Insuffisance dans le renforcement à l'observance.

5.3 Hiérarchisation des causes d'abandon du traitement antituberculeux

Pour la priorisation des causes, nous avons mis à contribution le même panel d'agents qui a participé à l'identification et à la priorisation des problèmes. La même méthode dite du groupe nominal a été utilisée. A l'issue des différentes cotations, nous aboutissons aux résultats suivants :

Tableau XVI : Matrice des causes d'abandon du traitement antituberculeux par les malades

Causes	Ampleur	Gravité	Solvabilité	Score	Rang
Méconnaissance de la maladie et du traitement par le malade.	4+5+4	5+5+5	5+5+4	42	1er
Rupture de médicaments antituberculeux.	2+3+2	2+1+3	0+5+2	20	5eme
Insuffisance dans le renforcement à l'observance.	4+5+4	4+4+3	3+5+2	34	2eme
Traitement contraignant et trop complexe pour le malade (obstacles liés au traitement).	2+2+3	2+4+2	1+4+3	23	3eme
Difficultés rencontrées sur le site de PEC.	4+4+3	4+1+3	0+1+2	22	4eme

[Source : nous même]

Ces causes ont été soumises à la validation pour priorisation. Celles ayant obtenu les plus grands scores ont été retenues et les solutions recherchées étaient fonction de celles-ci.

Tableau XVII : Hiérarchisation des causes d'abandon du traitement antituberculeux par les malades

Causes	Fréquence absolue	Fréquence en %	Fréquence cumulée en %
Méconnaissance de la maladie et du traitement par le malade.	42	29,80	29,80
Insuffisance dans le renforcement à l'observance.	34	24,11	53,91
Traitement contraignant et trop complexe pour le malade (obstacles liés au traitement).	23	16,31	70,22
Difficultés rencontrées sur le site de PEC.	22	15,60	85,82
Rupture de médicaments antituberculeux.	20	14,18	100
TOTAL	141	100	

[Source : nous même]

5.4 Priorisation des causes d'abandon du traitement antituberculeux par les malades

Après avoir hiérarchisé les causes, nous avons choisi celle qui est la plus importante. Pour cela nous avons fait recours à un outil graphique appelé « diagramme de Pareto ». Ce diagramme est un graphique représentant l'importance de différentes causes d'un phénomène. Il permet de mettre en évidence les causes les plus importantes sur le nombre total d'effets et ainsi de prendre des mesures ciblées pour améliorer une situation.

Ce diagramme se présente sous la forme d'une série de colonnes triées par ordre décroissant généralement accompagnées d'une courbe des valeurs cumulées de toutes les colonnes.

Il est construit en plusieurs étapes :

- Collecte des données ;
- Classement des données au sein de catégories ;
- Calcul du pourcentage de chaque catégorie par rapport au total ;
- Tri des catégories par ordre d'importance.

Pour ce faire nous avons attribué dans l'ordre une lettre (A-B-C-D) correspondant à chaque cause que nous intégrons sur le diagramme de « Pareto ».

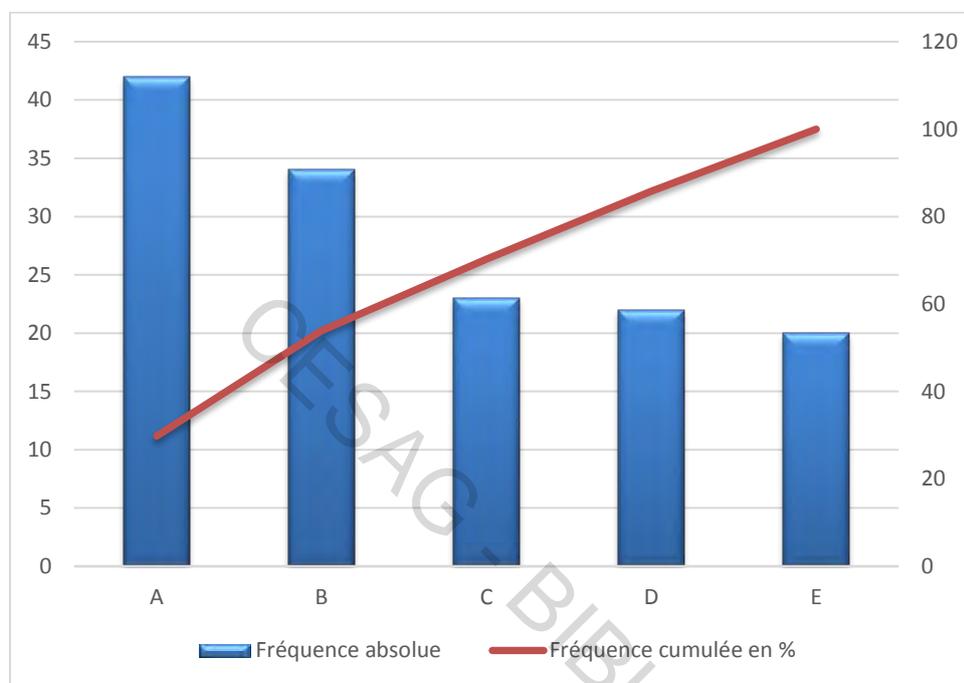


Figure XI: Diagramme de Pareto des causes d'abandon du traitement antituberculeux par les malades

*A= Méconnaissance de la maladie et du traitement par le malade ; B= Insuffisance dans le renforcement à l'observance ; C= Obstacles liés au traitement ; D= Difficultés rencontrées sur le site de PEC ; E= Rupture de médicaments antituberculeux.

[Source : nous même]

Notre diagramme de Pareto montre que trois (03) causes sont responsables dans une proportion de 80 % du problème d'abandon du traitement par les malades. Donc pour pouvoir avoir des résultats probants sur la réduction des cas d'abandon du traitement au centre de santé Cheikh Ahmadou Bamba Mbacké du District Dakar Sud, les causes suivantes ont été considérées :

- Méconnaissance de la maladie et du traitement par le malade (1) ;
- Insuffisance dans le renforcement à l'observance (2) ;
- Obstacles liés au traitement (3).

Mais on constate dans les analyses que la méconnaissance de la maladie et du traitement est à la base de la mauvaise observance ; donc si on résout le problème (1) on ne sera pas confronté au problème (2). C'est toujours le manque d'information sur le traitement résultant de la

Contribution à l'amélioration de la prise en charge des malades tuberculeux par la réduction du taux d'abandon du traitement anti-bacillaire : Cas du centre de santé Cheikh Ahmadou Bamba Mbacké de Dakar au Sénégal (Ex PMI de Medina).

méconnaissance du traitement qui est à la base des obstacles liés aux traitement. Un patient suffisamment conseillé, ayant conscience des risques qu'il encourt fera des efforts pour surmonter toutes les difficultés itinérantes au traitement. De ces analyses, on peut affirmer que résoudre la méconnaissance de la maladie et du traitement solutionnera 80 % des effets qui entraînent l'abandon du traitement. La cause prioritaire à laquelle nous devons nous atteler est celle de la méconnaissance du traitement et de la maladie puis secondairement celui de l'insuffisance à l'observance.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CHAPITRE 6 : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS

6.1 Identifications des solutions

6.1.1 Solutions issues de la revue documentaire

Les recherches menées dans le cadre de l'étude ont permis de connaître différentes solutions envisagées dans d'autres contextes.

Ainsi donc Hassani [34] a fait plusieurs propositions dans le but d'améliorer la prise en charge des tuberculeux et de réduire les déperditions des malades ; on peut donc citer le renforcement de l'information et de l'éducation des patients. Il préconise aussi d'assurer une bonne prise en charge psychosociale du patient. Abondant dans le même sens que Hassani, Bam et al [38] démontrent aussi qu'un accès quotidien aux séances d'éducation sanitaire réduirait les risques d'abandon du traitement. Pour eux une sensibilisation de la population sur la tuberculose pourrait changer la donne et régler le problème de la stigmatisation. Cependant, ils soutiennent que cette situation ne pourrait être possible qu'avec une implication plus accrue des communautés appuyée par les ONG ou associations communautaires. Godjo [39] a lui aussi montré dans son mémoire de fin de cycle, que la clé de voute de la lutte contre la tuberculose reposait sur la participation communautaire ; il a donc étayé dans ses recherches qu'une bonne implication des relais communautaires dans les activités de lutte faisait baisser le taux d'abandon du traitement antituberculeux.

Pour Kruk et al [40] le TDO pouvait être parfois très contraignant et occasionner des difficultés dans le suivi des patients, raison pour laquelle selon eux, le TDO devrait être souple et adapté au contexte socioprofessionnel des malades.

Certains auteurs pensent que la mise en œuvre de toutes les composantes de la stratégie DOTS combinée au système d'alerte précoce et à une recherche active des perdus de vue intégrant les moyens modernes de communication étaient nécessaires pour améliorer le pronostic de la

³⁸ Bam TS, Gunneberg C, Chamroonsawasdi K, Bam DS, Aalberg O, Kasland O, et al. Factors affecting patient adherence to DOTS in urban Kathmandu, Nepal. *Int. J. Tuberc. Lung Dis.* 2006 ; 10 (3) : 270-276.

³⁹ Godjo C : mémoire MBA, Cesag, GSS 2010 : contribution à la réduction du taux d'abandon du traitement antituberculeux par l'implication des relais communautaires dans les activités de lutte contre la tuberculose dans le district sud de Dakar.P49.

⁴⁰ Kruk M. E. et col. Timing of default from tuberculosis treatment: a systematic review. *Tropical Medicine and International Health.* volume 13 no 5 pp 703–712 may 2008.

maladie [41 , 42]. Par contre, pour d'autres auteurs comme Thlam et al [43] l'association de plusieurs stratégies aboutiraient à des résultats satisfaisants. Ces stratégies devraient combiner :

- Education renforcée ;
- Traitement décentralisé ;
- Choix d'un soutien DOTS adapté au contexte du malade ;
- Renforcement d'activités de supervision ;
- Relance.

Tous ces actions mises en synergie entre elles pouvaient contribuer à la réduction du taux d'abandon.

6.1.2 Solutions de l'étude

Les solutions identifiées par les acteurs et en fonction de la revue littéraire sont :

- Faire des séances de sensibilisation des patients visant à une meilleure connaissance de la tuberculose et du traitement ;
- Renforcer la capacité des prestataires sur les techniques de counseling ;
- Faire des sensibilisations de masse amenant les communautés à ne plus voir la tuberculose comme une maladie de honte ;
- Organiser régulièrement des relances des patients ayant manqué leur rendez-vous et faire des visites à domicile (VAD) ;
- Renforcer la chaîne d'approvisionnement des médicaments antituberculeux.

6.2 Priorisation des solutions

L'approche utilisée ici est celle impliquant des acteurs intervenants dans la PEC des malades tuberculeux. L'objectif pour nous était de retenir une solution consensuelle mais qui soit pratique, peu onéreuse et facilement réalisable dans le temps.

Nous avons fait l'analyse des solutions à travers un critère de cotation détaillé ainsi qu'il suit :

⁴¹ Nissen TN, Rose MV, Kimaro G, Bygbjerg IC, Mfinanga SG, et al. Challenges of loss to follow-up in tuberculosis research. PLoS ONE 2012; 7(7): e40183.

⁴² Yen Y-F, Rodwell TC, Yen M-Y, Shih H-C, Hu B-S, Li L-H , Shie Y-H, Chuang P, Garfein RS. DOT associated with reduced all-cause mortality among tuberculosis patients in Taipei, Taiwan, 2006–2008. Int J Tuberc Lung Dis. 2012; 16 (2): 178 – 84.

⁴³ Thlam S, LeFevre AM, Hane F, Ndiaye A, Ba F, Fielding KL, et al. Effectiveness of a strategy improve adherence to tuberculosis treatment in a resource poor setting: a cluster randomized controlled trial. JAMA 2007 ; 297 (4) : 380-386.

Contribution à l'amélioration de la prise en charge des malades tuberculeux par la réduction du taux d'abandon du traitement anti-bacillaire : Cas du centre de santé Cheikh Ahmadou Bamba Mbacké de Dakar au Sénégal (Ex PMI de Medina).

- Le coût : Pas couteux = 5 Couteux = 3 Très couteux =1
- La faisabilité : Très faisable = 5 Faisable = 3 Difficilement faisable =1
- L'engagement des responsables : D'accord = 5 Indifférent = 3 Pas d'accord = 1
- L'efficacité : Très efficace = 5 Efficace = 3 Pas efficace =1

Tableau XVIII : Priorisation des solutions pour la réduction du taux d'abandon du traitement antituberculeux

Solutions Proposées	Coût	Faisabilité	Engagement des Responsables	Efficacité	Score	Rang
Faire des séances de sensibilisation des patients visant à une meilleure connaissance de la tuberculose et du traitement	12	15	16	13	56	1 ^{er}
Renforcer la capacité des prestataires sur les techniques de counseling	9	16	16	7	48	2 ^{ème}
Faire des sensibilisations de masse amenant les communautés à ne plus voir la tuberculose comme une maladie de honte	9	12	6	13	40	3 ^{ème}
Organiser régulièrement des relances des patients ayant manqués leur rendez-vous et faire des visites à domicile(VAD)	9	9	6	7	31	5 ^{ème}
Renforcer la chaîne d'approvisionnement des médicaments antituberculeux.	11	8	3	11	33	4 ^{ème}

[Source : notre étude]

La solution retenue après consensus est la réalisation des séances d'information et d'éducation renforcée des patients visant une meilleure connaissance de la tuberculose et de son traitement.

6.3 Justification du choix de la solution

L'approche participative impliquant différents acteurs nous a servie de base et d'orientation pour le choix consensuel de la solution à retenir. En effet notre principal souci reste que cette solution soit réaliste et réalisable dans le temps, pratique et peu onéreuse avec le soutien des responsables. Ainsi de façon consensuelle, nous avons opté pour la réalisation routinière des séances d'information, d'éducation et de communication de tous les malades tuberculeux visant à améliorer les connaissances de ces derniers sur la tuberculose et son traitement.

Ce choix trouve sa justification dans le fait qu'une bonne communication avec le patient lui fera prendre conscience des risques auxquels il s'expose en cas d'abandon du traitement et renforcera son adhésion au traitement. De plus, nous pensons que lorsque le malade est bien informé et éduqué il pourra sans doute comprendre l'importance du respect des consignes du traitement, il sera conscient des risques encourus et tout cela contribuera sans doute à la réduction des cas d'abandon qui à la longue ne sera plus considéré comme un problème pour la structure.

Dans la mesure du possible à long terme il faudra veiller à la mise en œuvre des autres solutions afin de réduire le taux d'abandon du traitement de la tuberculose.

6.4 Mise en œuvre de la solution

6.4.1 Plan d'action et Budgétisation

6.4.1.1 Objectif Général

Contribuer à la réduction du taux d'abandon du traitement de la tuberculose de 10 % en 2016 à 06 % d'ici le mois de Décembre 2020.

6.4.1.2 Objectifs Spécifiques

- Elaborer un document de sensibilisation ;
- Sensibiliser (information, éducation) 75 % des malades tuberculeux sur la tuberculose et son traitement.

6.4.1.3 Résultats Attendus

R1 : Document de sensibilisation élaboré ;

R2 : 75 % des malades tuberculeux sensibilisés.

6.4.1.4 Activités

- R1-A1** : Identifier le consultant pour l'élaboration du document de sensibilisation ;
- R1-A2** : Déterminer la période et le lieu d'élaboration du document de sensibilisation ;
- R1-A3** : Rédiger le document de sensibilisation ;
- R2-A1** : Identifier 02 animateurs pour l'activité de sensibilisation des malades tuberculeux ;
- R2-A2** : Identifier le local et la période pour les activités de sensibilisation ;
- R2-A3** : Acquérir le matériel de sensibilisation (100 prospectus, 5 CD de sensibilisation, 02 boîtes à images) ;
- R2-A4** : Identifier 64 malades par an devant participer aux différentes séances ;
- R2-A5** : Organiser 12 séances de sensibilisation par an pendant 03 ans (36 séances).

6.4.1.5 Cadre Logique

Dans le cadre de la résolution de problème, la planification opérationnelle exige :

- L'identification précise du problème ;
- L'identification des causes et solutions possibles ;
- Le choix d'une solution réaliste et réalisable dans le temps ;
- La disponibilité des moyens de résolution du problème.

Après consensus autour de la solution, nous avons conçu un cadre logique et un plan d'action proprement dit avec un chronogramme des activités pour la mise en œuvre de la solution retenue. Ce cadre détermine la logique d'intervention à deux (2) niveaux qui sont :

✓ **La logique verticale**

- But ;
- Objectif général ;
- Objectifs spécifiques ;
- Extrants ou résultats ;
- Intrants ou activités.

✓ **La logique horizontale**

- Résumé narratif ;
- Indicateurs Objectivement Vérifiables (IOV) ;
- Moyens de Vérification (MV) ;

Contribution à l'amélioration de la prise en charge des malades tuberculeux par la réduction du taux d'abandon du traitement anti-bacillaire : Cas du centre de santé Cheikh Ahmadou Bamba Mbacké de Dakar au Sénégal (Ex PMI de Medina).

- Conditions critiques ou facteurs externes que l'on ne maîtrise pas et qui conditionnent la réalisation du projet.

Tableau XIX : Cadre logique de la mise en œuvre de la solution pour la réduction des cas d'abandon du traitement antituberculeux

	Résumé Narratif	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Moyens de Vérification	Facteurs Externes
But	Contribuer à l'éradication de la tuberculose dans le District Sanitaire Dakar Sud.	La prévalence de la tuberculose dans le district est nulle.	-Registres PNT et fiches de traitement antituberculeuse de toutes les structures de santé du district ; -Rapports d'activité ; - Document statistique de la population du District Dakar Sud disponible au district et à la région médicale de Dakar.	-L'appui des partenaires techniques et financiers.
Objectif Général	Réduire le taux d'abandon du traitement de la tuberculose de 10 % à 06 % d'ici le mois de Décembre 2020.	Taux d'abandon du traitement a diminué.	- Registres PNT et fiches de traitement antituberculeuse de la période ; - Rapports d'activités.	-Disponibilité des ressources (Humaines et Matérielles) ; - Volonté de tous les acteurs.
Objectifs Spécifiques	O.S.1 : Elaborer un document de sensibilisation	Disponibilité du document de sensibilisation.	-Rapport d'activité ; -document de sensibilisation.	-Disponibilité des ressources humaines et matérielles.
	O.S.2 : Sensibiliser (information, éducation) 75 % des malades atteints de la tuberculose.	Le pourcentage de malade tuberculeux sensibilisé.	-Rapports d'activités de sensibilisation ; -La liste des participants ; - Liste des malades.	-Disponibilité des animateurs et des malades à sensibiliser.
Résultats	R.1 : Document de sensibilisation élaboré.	Existence du document de sensibilisation.	-Rapport d'activité ; -Disponibilité du document de sensibilisation.	Disponibilité des ressources (humaines et matérielles).
	R.2 : 75% des malades tuberculeux sensibilisés.	Pourcentage de malade tuberculeux sensibilisé.	- rapports d'activités de sensibilisation ; - Liste de malades présents aux séances de sensibilisation.	-Disponibilité des animateurs ; -Disponibilité des malades et des ressources financières.

Contribution à l'amélioration de la prise en charge des malades tuberculeux par la réduction du taux d'abandon du traitement anti-bacillaire : Cas du centre de santé Cheikh Ahmadou Bamba Mbacké de Dakar au Sénégal (Ex PMI de Medina).

Activités	R.1-A1 : Identifier le consultant pour l'élaboration du document de sensibilisation.	Consultant pour l'élaboration du document identifié.	-Rapport d'activité ; - liste des consultants.	-Disponibilité des ressources financières.
	R1-A2 : Déterminer les période et lieu d'élaboration du document.	Période d'élaboration du document définie.	-Rapport d'activité.	-Disponibilité des ressources (humaine et financière).
	R1-A3 : Rédiger le document de sensibilisation.	Document de sensibilisation rédigé.	-Rapport d'activité ; - Présence du document de sensibilisation.	-Disponibilité des ressources humaines et financières.
	R.2-A1 : Identifier 02 animateurs pour l'activité de sensibilisation des malades tuberculeux.	Nombre d'animateurs identifiés.	-Liste des animateurs.	-Disponibilité des animateurs ; - Implicatures des différents acteurs.
	R.2-A2 : Identifier le local et la période pour les activités de sensibilisation.	Local et période de sensibilisation identifiés.	- Compte rendu des réunions préparatoires ; - calendrier d'activité.	Indisponibilité du local de sensibilisation du fait d'autres activités.
	R.2-A3 : Acquérir le matériel de sensibilisation (100 prospectus, 02 CD de sensibilisation, 02 boîtes à images).	Nombre de sensibilisation acquis (100 prospectus, 5 CD de sensibilisation, 02 boîtes à images).	-Présence de matériel de sensibilisation.	Si insuffisance des ressources financières.
	R.2-A4 : Identifier 64 malades par an devant participer aux différentes séances.	Nombre de malades identifiés.	-Liste des malades identifiés ;	-Disponibilité des malades et des animateurs.
	R.2-A5 : Organiser 12 séances de sensibilisation par an pendant 03 ans (36 séances).	Nombre de séance de sensibilisation organisée par an pendant 03 ans.	-Rapports de sensibilisation.	-Si disponibilité des ressources financières et humaines.

[Source : Nous même]

6.4.1.6 Plan Opérationnel

Tableau XX : Plan Opérationnel

Activités	Début	Fin	Responsables	Source de Financement
Identifier le consultant pour l'élaboration du document de sensibilisation	03 / Janvier / 2018	07 / Janvier / 2018	Le médecin chef de district	-Le district - les partenaires de soutien
Déterminer les période et lieu d'élaboration du document	08 / Janvier / 2017	10 / Janvier / 2017	Le médecin chef de district	-Le district
Rédiger le document de sensibilisation	15 / janvier / 2018	21 / Janvier / 2018	Le consultant	- les partenaires financiers - le district
Identifier 02 animateurs pour l'activité de sensibilisation des malades tuberculeux	22 / Janvier / 2018	24 / Janvier / 2018	Le médecin chef adjoint	-Le district
Identifier le local et la période pour les activités de sensibilisation	25 / Janvier / 2018	27 / Janvier / 2018	-Responsable du CDT	- les partenaires de soutien
Acquérir le matériel de sensibilisation (100 prospectus, 02 CD de sensibilisation, 02 boîtes à images)	05 / février / 2018	28 / Février / 2018	Le médecin chef de district	- les partenaires financiers - le district
Identifier 64 malades par an devant participer aux différentes séances	Les derniers vendredis de chaque mois à partir du 30 Mars 2018	18 / Décembre / 2020	-Responsable du CDT	- les partenaires de soutien
Organiser 12 séances de sensibilisation par an pendant 03 ans (36 séances)	Chaque 1 ^{er} lundi du mois à partir du 02 / Avril 2018	21 / Décembre / 2020	Les animateurs	- les partenaires financiers - le district

[Source : nous même]

Contribution à l'amélioration de la prise en charge des malades tuberculeux par la réduction du taux d'abandon du traitement anti-bacillaire : Cas du centre de santé Cheikh Ahmadou Bamba Mbacké de Dakar au Sénégal (Ex PMI de Medina).

6.4.1.7 Budgétisation du plan de l'activité de sensibilisation

Il est à noter que les activités ne consommant pas de ressources n'ont pas été prises en compte dans la budgétisation.

Tableau XXII : Budgétisation du plan de l'activité de sensibilisation

Rubriques	Nombre	Jours	P.U (Prix Unitaire) En FCFA	Coût Total En FCFA
Elaboration du document de sensibilisation	-	-	-	100.000
Honoraires du consultant pour l'élaboration du document	-	-	-	500.000
Per-diem des animateurs	02	33	5 000	330 000
Prospectus	200	-	200	40 000
Rames	10	-	3 000	30 000
Teeshirts animateurs	20	-	2 500	50 000
Boites à images	02	-	5 000	10 000
CD de sensibilisation	02	-	5 000	10 000
Carburant et communication	-	-	-	200 000
Total budget				1 270 000

[Source : nous même]

6.4.2 Suivi-évaluation

6.4.2.1 Rappel

Le suivi-évaluation peut être défini comme étant l'ensemble des opérations consistant à suivre et à contrôler l'état d'avancement des activités, afin d'améliorer la gestion d'un programme, pour parvenir dans les meilleures conditions au résultat attendu à court ou à long terme.

6.4.2.2 Suivi-Evaluation de la mise en œuvre

Pour pouvoir apprécier l'état d'avancement de la mise en œuvre du plan d'action, il apparaît opportun de mettre en place un comité de suivi-évaluation. Ce comité sera composé du médecin chef de district, du médecin chef adjoint, de la responsable CDT, du point focal tuberculose du district.

Un suivi régulier et une évaluation du plan d'action sont nécessaires pour assurer la mise en œuvre des objectifs fixés mais également faire le bilan des activités menées en termes de performances et de résultats. Toutes les réalisations sont évaluées en fin d'activités ce qui permettra d'observer les effets à court terme. L'évaluation d'impact sera donc réalisée au bout de 3 ans afin de juger de l'efficacité des actions entreprises.

Tableau XXIII : Plan de mise en œuvre du volet Suivi et Evaluation

Indicateurs	Méthode de calcul	Source de collecte	Niveau de collecte	Outil de collecte	Méthode de collecte	Fréquence de collecte
Le taux de tuberculose dans le District Sanitaire Dakar Sud est nul	(Nombre de nouveaux et anciens cas de tuberculose / population totale du district) *100	-Registres PNT et fiches de traitement antituberculeuse de toutes les structures de santé du district ; -Document statistique de la population (EDS)	District sanitaire Communauté	Décompte Questionnaire	Enquête	Décennie
Le taux d'abandon du traitement de la tuberculose a baissé	(Nombre de cas d'abandon du traitement / nombre de malade tuberculeux) *100	-Registres PNT et fiches de traitement antituberculeuse de la PMI	-CDT	Décompte	- Exploitation des fiches de traitement	Annuel
Document de sensibilisation élaboré	Disponibilité du document de sensibilisation	Rapport d'activités	Bureau du point focal tuberculose	Décompte	Enquête	Trimestriel
75 % des malades atteints de la tuberculose sensibilisés	(Nombre de malades tuberculeux sensibilisés / nombre de malades tuberculeux) *100	- Rapport d'activité -fiches de sensibilisation	Structure sanitaire	Décompte	Enquête	Trimestriel

Contribution à l'amélioration de la prise en charge des malades tuberculeux par la réduction du taux d'abandon du traitement anti-bacillaire : Cas du centre de santé Cheikh Ahmadou Bamba Mbacké de Dakar au Sénégal (Ex PMI de Medina).

Le consultant pour l'élaboration du document de sensibilisation identifié.	Disponibilité de la liste du consultant	Rapport d'activité	-bureau du médecin chef du district	Décompte	Enquête	Mensuel
Nombre d'animateurs pour l'activité de sensibilisation des malades tuberculeux identifié.	Nombre d'animateurs identifié	Rapport d'activité	Structure de santé	Décompte	Enquête	Mensuel
Local et période pour les activités de sensibilisation déterminés.	Disponibilité du Local et du calendrier des activités de sensibilisation.	Rapport d'activité	Médecin chef du district	Décompte	Enquête	Mensuel
Nombre de matériels de sensibilisation acquis (100 prospectus, 5 CD de sensibilisation, 02 boîtes à images).	Nombre de matériels de sensibilisation disponible.	Inventaire du matériel de sensibilisation	Responsable CDT	Décompte	Enquête	Mensuel
Nombre de malades devant participer aux différentes séances par an identifiés.	Nombre de malades identifié.	Rapport d'activité	Responsable de CDT	Décompte	Enquête	Mensuel
Nombre de séances de sensibilisation réalisés par an.	Nombre de séance de sensibilisation réalisé.	Rapports d'activités	Point focal tuberculose du district	Décompte	Enquête	Annuel

[Source : nous même]

Contribution à l'amélioration de la prise en charge des malades tuberculeux par la réduction du taux d'abandon du traitement anti-bacillaire : Cas du centre de santé Cheikh Ahmadou Bamba Mbacké de Dakar au Sénégal (Ex PMI de Medina).

RECOMMANDATIONS

Dans l'optique d'atteindre les objectifs dument définis avec l'implication des différents acteurs de la lutte contre la tuberculose, des recommandations ont été formulées et sont adressées :

❖ **AU MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SACIALE**

- Faire un plaidoyer auprès des partenaires techniques et financiers afin de renforcer les activités de lutte contre la tuberculose ;
- Initier des journées de sensibilisation de la population contre la tuberculose afin de réduire la stigmatisation des malades tuberculeux ;
- Affecter du personnel supplémentaire et qualifié au CDT de la PMI ;
- Doter la PMI d'une unité de radiologie pour la réalisation des examens radiologiques des malades tuberculeux.

❖ **AU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE (PNT)**

- Faire des plaidoyers auprès des ONG et de l'Etat pour un financement plus accru des activités de prise en charge des malades tuberculeux ;
- Organiser régulièrement des formations de mise à niveau des agents de santé ;
- Faire régulièrement en collaboration avec le district des supervisions du CDT de la PMI ;

❖ **AUX PARTENAIRES TECHNIQUES ET FINANCIERS**

- S'impliquer dans les activités de prise en charge des malades tuberculeux en finançant les activités communautaires de sensibilisation et de recherche de perdus de vus.
- Organiser des programmes d'alphabétisation au niveau de la communauté pour lutter contre l'analphabétisme.

❖ **AU MEDECIN CHEF DU DISTRICT**

- Organiser régulièrement des séances d'éducation, d'information renforcé sur la tuberculose et son traitement ;
- Faire des plaidoyers auprès des autorités compétentes pour la dotation du centre de santé d'une unité de radiologie ;

Contribution à l'amélioration de la prise en charge des malades tuberculeux par la réduction du taux d'abandon du traitement anti-bacillaire : Cas du centre de santé Cheikh Ahmadou Bamba Mbacké de Dakar au Sénégal (Ex PMI de Medina).

- Renforcer la collaboration entre les structures de santé du district et ceux des autres districts pour des transferts de médicaments en cas d'éventuelles ruptures de médicaments antituberculeux ;
- Faire des supervisions régulières des activités de prise en charge de la tuberculose au CDT ;
- Organiser des journées de sensibilisation de la tuberculose pour réduire la stigmatisation des communautés contre les malades tuberculeux ;
- Mettre en place une politique de renforcement à l'observance les malades ayant manqué à leur rendez-vous ;
- Créer un cadre de collaboration entre les tradipraticiens et le district pour une prise en charge optimale des malades tuberculeux par la PMI.

❖ **AUX AGENTS DE SANTE**

- Organiser régulièrement des séances d'éducation, d'information renforcée sur la tuberculose et le traitement ;
- Faire un suivi régulier des malades afin de détecter à temps les malades non observants.

❖ **AUX MALADES**

- Respecter les prescriptions du personnel de santé ;
- Donner aux agents de santé des adresses fonctionnelles pour faciliter les relances en cas de mauvaise observance ;
- Suivre les séances d'éducation et d'information sur la tuberculose et son traitement.

Contribution à l'amélioration de la prise en charge des malades tuberculeux par la réduction du taux d'abandon du traitement anti-bacillaire : Cas du centre de santé Cheikh Ahmadou Bamba Mbacké de Dakar au Sénégal (Ex PMI de Medina).

CONCLUSION

La tuberculose est une maladie infectieuse qui continue de faire encore des ravages à travers le monde et particulièrement au Sénégal. Fort heureusement un traitement efficace existe. Mais malgré cela, l'on assiste à une persistance de plusieurs foyers infectieux à travers le pays, localisés surtout dans les grandes villes. La présence difficilement chiffrable de cette pathologie dans la population est la résultante de plusieurs actions, parmi lesquelles, le taux de dépistage relativement bas dans le pays, et le nombre encore élevé des patients qui abandonnent leur traitement perpétuant ainsi dans la population le cycle de la transmission de la maladie. Pour pouvoir donc lutter efficacement contre cette maladie, il était nécessaire de renforcer tous les volets de la prise en charge de la maladie donc de résoudre l'épineux problème des abandons du traitement de la tuberculose. L'étude réalisée au CDT du centre de santé Cheikh Ahmadou Bamba Mbacké de médina (ex PMI Medina) qui a couvert la période de janvier 2014 à Juin 2017 a permis de déterminer les causes qui favoriseraient ce phénomène. Ainsi donc, plusieurs facteurs ont été identifiés, notamment :

- Les facteurs liés au malade ; la méconnaissance de la maladie et du traitement, l'analphabétisme, les métiers contraignants, la sensation de guérison, les fausses adresses ;
- Les facteurs liés au personnel de santé ; l'insuffisance de communication entre le personnel et les malades, le mauvais accueil ;
- Les facteurs liés au traitement ; le nombre élevé de comprimés, les effets secondaires, les contraintes des prises médicamenteuses ;
- Les facteurs organisationnels du centre de santé sont liés au délai d'attente long, aux ruptures de médicaments.

De toutes ces facteurs cités ci-dessus, la méconnaissance de la tuberculose et de son traitement apparaissait comme la principale cause d'abandon du traitement antituberculeux. Ainsi, une bonne politique de counseling, associée à des séances d'IEC routinière pour les malades, pourraient contribuer de manière substantielle à la réduction du taux d'abandon du traitement antituberculeux. Pour pouvoir cerner aussi tous les contours de la déperdition des malades tuberculeux des soins, une étude au niveau de la communauté sur les formes de stigmatisation auxquelles sont victimes les malades tuberculeux pourraient contribuer efficacement à la lutte contre ce phénomène.

Contribution à l'amélioration de la prise en charge des malades tuberculeux par la réduction du taux d'abandon du traitement anti-bacillaire : Cas du centre de santé Cheikh Ahmadou Bamba Mbacké de Dakar au Sénégal (Ex PMI de Medina).

BIBLIOGRAPHIE

ARTICLES ET OUVRAGES

1. Agence Nationale de Statistique et de la Démographie (ANSD) 2017 Sénégal
2. Bam TS, Gunneberg C, Chamroonsawasdi K, Bam DS, Aalberg O, Kasland O, et al. Factors affecting patient adherence to DOTS in urban Kathmandu, Nepal. *Int. J. Tuberc. Lung Dis.* 2006 ; 10 (3) : 270-276.
3. Bronner LE, Podewils LJ, Peters A, Somnath P, Nshuti L, Walt Mvd and Mametja LD. Impact of community tracer teams on treatment outcomes among tuberculosis patients in South Africa. *BMC Public Health* 2012 ; 12, 621.
4. Comolet T, Rakotomalala R. Tuberculose et adhésion au traitement : proposition d'une méthodologie d'étude de l'abandon du traitement. *Arch Inst Past Madag.* 1995 ; 62 (1) : 68-71.
5. Diallo B. Contribution à la réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant dans le centre de PMI de la Médina, par l'amélioration de la participation des femmes enceintes au dépistage volontaire du VIH [mémoire]. Sénégal : CESAG ; 2010. 80 p.
6. District Sanitaire Dakar Sud. Bilan des activités de lutte contre la tuberculose et la coinfection TB-VIH du 1^{er} semestre 2017. Dakar : District Sanitaire Dakar sud ; 2017. 49 p.
7. Godjo C : mémoire MBA, Cesag, GSS 2010 : contribution à la réduction du taux d'abandon du traitement antituberculeux par l'implication des relais communautaires dans les activités de lutte contre la tuberculose dans le district sud de Dakar. 61P.
8. Jacques Charpy, La Fondation de Dakar (1845-1857-1869), Paris, Larose, 1958, p. 337 (Le climat de la région de Dakar).
9. Koné SE. Communication interne et efficacité des services de santé : cas du centre PMI Médina Dakar au Sénégal [mémoire]. Sénégal : CESAG ; 2003. 81p.
10. Kruk M. E. et col. Timing of default from tuberculosis treatment: a systematic review. *Tropical Medicine and International Health.* volume 13 no 5 pp 703–712 may 2008.
11. La langue française dans le monde, 2014, Éditions Nathan, p. 31 et 46.
12. Maartens G, Wilkinson RJ. Tuberculosis. *Lancet* 2007 ; 370 (9604) : 2030-2043.
13. Matthew A. Barsalou, Root Cause Analysis: A Step-By-Step Guide to Using the Right Tool at the Right Time, CRC Press, 9 janvier 2015.
14. M'Boussa J, Martins H, Adicolle-Metoul JM, Loubaki F. L'influence des facteurs socio-culturels sur les abandons du traitement de la tuberculose pulmonaire. *Méd Afr Noire* 1999 ; 46 (10) : 458 – 65.

15. Menzies R., Rocher I., Vissandjee R., Factors associated with compliance in treatment of tuberculosis. *Tubercle Lung Dis* 1993; 74: 780-788.
16. Muture BN, Keraka MN, Kimuu PK, Kabiru WE, Ombeka VO and Oguya F. Factors associated with default from treatment among tuberculosis patients in Nairobi province, Kenya: A case control study. *BMC Public Health* 2011; 11, 696.
17. Nissen TN, Rose MV, Kimaro G, Bygbjerg IC, Mfinanga SG, et al. Challenges of loss to follow-up in tuberculosis research. *PLoS ONE* 2012; 7(7): e40183.
18. OMS : rapport annuel, global tuberculosis control 2011.
19. Piot A M. A simulation model of case finding and treatment in tuberculosis control programs. WHO/TB/techn inf /6753 Genève; OMS.
20. Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009 – 2018 Sénégal : p 07.
21. Plan stratégique de lutte contre la tuberculose du Sénégal période 2013 – 2017
22. Programme National de Lutte Anti-Tuberculeuse. Guide de la lutte anti-tuberculeuse à l'usage des professionnels de santé, Rabat, Maroc: Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies, Ministère de la santé. Royaume du Maroc; 3ème Edition 2009.
23. Rakotomanana F, Rabarijaona LP, Ratsitorahina M, Cauchoix B, Razafinimanana J, Ratsirahonana A, Boisier P, Aurégan G. Profil des malades perdus de vue en cours de traitement dans le Programme national de lutte contre la tuberculose à Madagascar. *Cahiers Santé* 1999 ; 9 : 225-29.
24. Rodrigo T, Caylà JA, Casals M, García-García JM, Caminero JA, Ruiz-Manzano J, Blanquer R, Vidal R, Altet N, Calpe JL, Penas A. A predictive scoring instrument for tuberculosis lost to follow-up outcome. *Respir Res* 2012 ; 13: 75.
25. Snider Jr. D.E. Vue générale des problèmes d'adhésion aux prescriptions en matière de programme de traitement de la tuberculose. *Bull Int Union Tuberc* 1982 ; 57 (3-4) : 255-260.
26. Tazi L, El Baghdadi J, Lesjean S, Loch C, Supply P, Tibayrenc M, et al. Genetic diversity and population structure of *Mycobacterium tuberculosis* in Casablanca, a Moroccan city with high incidence of tuberculosis. *J. Clin. Microbiol.* 2004 ; 42 (1) : 461-466.
27. Tekle B., Mariam D. H., Ali A., Défaillance à l'égard du DOTS et ses déterminants dans trois districts de la zone d'Arsi en Ethiopie. *Int J Tuberc Lung Dis* 2002 ; 6 (7) : 573-579.

28. Thiaw I. Contribution à l'amélioration de la motivation du personnel du centre PMI Medina de Dakar [mémoire]. Sénégal : CESAG ; 2007. 86p.
29. Thlam S, LeFevre AM, Hane F, Ndiaye A, Ba F, Fielding KL, et al. Effectiveness of a strategy improve adherence to tuberculosis treatment in a resource poor setting: a cluster randomized controlled trial. JAMA 2007; 297 (4): 380-386.
30. Toman K. Dépistage et chimiothérapie de la tuberculose : questions et réponses. Paris; Masson, 1980.
31. Wade M, Contribution à l'amélioration de la prise en charge des patients tuberculeux dans le District sanitaire Sud de Dakar [mémoire]. Sénégal : CESAG ; 2009, 100 p.
32. Woessner J, Receveur M-C, Malvy D, Taytard A. Épidémiologie de la tuberculose à Mayotte. Bull Soc Pathol Exot, 2008 ; 101(4) : 316-22.
33. World Health Organization. Treatment of tuberculosis. Guidelines for national programmes. WHO/CDS/TB/2003.313. 3rd ed., Geneva, Switzerland; 2003.
34. Yen Y-F, Rodwell TC, Yen M-Y, Shih H-C, Hu B-S, Li L-H, Shie Y-H, Chuang P, Garfein RS. DOT associated with reduced all-cause mortality among tuberculosis patients in Taipei, Taiwan, 2006–2008. Int J Tuberc Lung Dis. 2012; 16 (2): 178 – 84.
35. Zaghba N, Bakhatar A, Yassine N, Bellekhal N, Bahlaoui N. Abandon du traitement anti-bacillaire. Rev Mal Respir 2009 ; 26 : 136 – 40.

WEBOGRAPHIES

36. Berber M. Tuberculose : Une urgence en Afrique [Article en ligne]. Publié le 29/08/2005 [consulté le 17 octobre 2017]. Disponible : http://www1.rfi.fr/actufr/articles/068/article_38232.asp.
37. Hassani L. Les facteurs impliqués dans l'abandon du traitement anti-bacillaire chez les patients atteints de tuberculose pulmonaire à microscopie positive. Cas des préfectures Ain Chock [Mémoire]. Maroc: INAS; 2010. 86p. Disponible: fulltext.bdsp.ehesp.fr/Inas/Memoires/massp/mss/2010/8077.
38. Leral. La tuberculose au Sénégal : Dakar l'épicentre de l'infection [Article en ligne]. c2013 [consulté le 16 octobre 2017]. Disponible : https://www.seneneews.com/2013/04/14/la-tuberculose-au-senegal-dakar-lepicentre-de-linfection_57244.html.
39. Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale. Arrêté ministériel n° 4532 msp-
sg-bl du 19 juillet 2006 fixant le ressort territorial et la liste des districts [En ligne].

Contribution à l'amélioration de la prise en charge des malades tuberculeux par la réduction du taux d'abandon du traitement anti-bacillaire : Cas du centre de santé Cheikh Ahmadou Bamba Mbacké de Dakar au Sénégal (Ex PMI de Medina).

Dakar : Journal Officiel de la République du Sénégal N° 6311 du Samedi 9 décembre 2006 [consulté le 29 Septembre 2017]. Disponible : <http://www.jo.gouv.sn/spip.php?article5206>.

40. Organisation Mondiale de la Santé. Tuberculose: Aide mémoire. [En ligne]. Genève: OMS; 2017 [Consulté le 10 septembre 2017]. Disponible: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/fr/>.

41. Wikipédia. Dakar [En ligne]. c2017 [consulté le 6 octobre 2017]. Disponible : https://fr.wikipedia.org/wiki/Dakar#cite_note-21.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Contribution à l'amélioration de la prise en charge des malades tuberculeux par la réduction du taux d'abandon du traitement anti-bacillaire : Cas du centre de santé Cheikh Ahmadou Bamba Mbacké de Dakar au Sénégal (Ex PMI de Medina).

ANNEXES

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE DESTINE AUX MALADES

1- la situation socio-professionnelle

Fonctionnaire (public ou privé) Profession libérale..... Sans emploi.....

2 Le niveau d'instruction

Pas scolarisé..... Niveau primaire..... Niveau secondaire..... Niveau universitaire.....

3 Le lieu de résidence.....

Dans le quartier..... Dans le district sanitaire..... Hors du district sanitaire.....

4 Les moyens de transport

Véhicule personnel Véhicule en commun A pied

5 Eléments de connaissance de leur maladie chez les sujets ayant abandonné leur traitement

Patient ne connaissant pas le nom de sa maladie..... Patient sachant que la tuberculose peut guérir grâce au traitement..... Patient connaissant la durée du traitement.....

Patient connaissant les risques d'interrompre le traitement.....

6 La durée du traitement

trop long..... long..... acceptable.....

7 L'accueil

Mauvais..... Acceptable..... Bon..... Excellent.....

8 Appréciation du circuit du patient par les patients

Simple; Acceptable;..... Complicé;.....

9 Le temps d'attente (Temps mis au centre)

Court..... Long..... Trop long.....

10 La confidentialité du statut

Non stigmatisé Stigmatisé.....

11. Raisons d'abandon de suivi

Aggravation de la maladie..... Recours à la médecine traditionnelle..... Dénier de la maladie..... Impression d'être guéri

12. facteurs liés aux médicaments

Patient trouvant les médicaments trop nombreux..... Patient trouvant les médicaments mauvais.....Patient supportant mal les médicaments à jeun.....Patient ayant peur des injections (streptomycine).....Patient déclarant avoir présenté une intolérance

14. Facteurs d'attitude chez les sujets ayant abandonné leur traitement

Patient considérant que la tuberculose est une malédiction (origine surnaturelle) Patient considérant la tuberculose comme une maladie honteuse..... Patient ayant caché sa maladie à sa famille

15 Autres facteurs explicatifs.....
.....
.....

CESAG - BIBLIOTHEQUE

ANNEXE 2 : GRILLE DE QUESTIONS DESTINEE AUX AGENTS DE SANTE

1. Profession

.....

2. Depuis combien de temps travaillez-vous à la prise en charge des malades tuberculeux ?

.....

.....

3. Avez-vous été formé à la prise en charge de la tuberculose et en quelle année ?

.....

.....

4. Pourquoi selon vous les malades abandonnent ils leurs traitements ?

.....

.....

.....

.....

.....

5. Quelles sont les difficultés auxquelles vous êtes confrontés dans vos activités quotidiens ?

.....

.....

.....

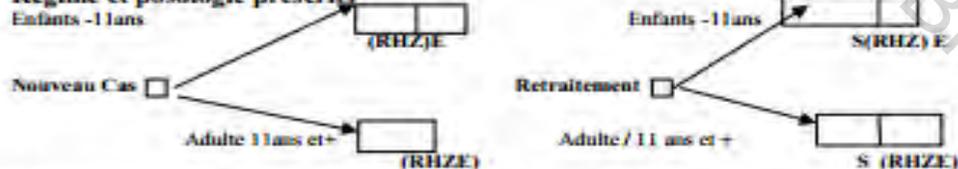
.....

ANNEXE 3 : FICHE DE TRAITEMENT ANTITUBERCULEUX

Prénom/Nom malade..... Profession..... Date :.....
 N° CDT.....
 CS de.....
 Adresse complète /téléphone du malade..... Unité de traitement.....
 Nom, Adresse et Tél de l'accompagnant.....
 Localisation EP (à préciser).....
 Sexe : M F Age.....
 SITE DE LA MALADIE
 Pulmonaire Extra Pulmonaire
 TYPE DE MALADE (cochez le type)
 Nouveau Reprise
 Echec Transfert
 Rechute Autres

I. PHASE INITIALE INTENSIVE

Régime et posologie prescrits*



Mois de traitement	Résultats des Examens					Poids kg	Date de RV
	Date	N°labo	BAAR	Gene xpert	Glycémie à jeun		
0							
2 ou 3							
5							
6 ou 8							

S :Streptomycine (S : Seulement pendant 2mois)
 E :Ethambutol
 R :Rifampicine
 Z :Pyrazinamide
 H : Isoniazide

Sérologie (PNI) :
 Diabète : OUI NON
 PEC/Diabète ARV CTX

Autres traitements (mettre une croix à la case correspondante) :
 Cocher la case correspondante dès que les médicaments sont administrés

Mois	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

*Indiquer le nombre de comprimés et le dosage de S(grammes)prescrits par jour

ANNEXE 4 : FICHE DE TRAITEMENT ANTITUBERCULEUX (SUITE)

II. PHASE DE CONTINUATION :

Inscrire le régime et le dosage prescrits et Indiquer le nombre de comprimés

Nouveau cas
 Enfant cp(RH) par jour / 4mois
 Retraitement
 Enfant cp (RHZ) E par jour /6mois

Adulte cp(RH)par jour / 4mois
 Adulte cp (RHZE) par jour /6 mois
 Diabète
 CTX
 ARV
 Autres

Mois**	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

**Marquer d'une croix « x » pour chaque prise supervisée des médicaments (TDO sanitaire)
 Lorsque les médicaments sont remis au malade (TDO communautaire ou familial), ouvrir un crochet pour matérialiser le début, tirer une ligne horizontale (-----) pour indiquer le nombre de jours de cette dotation et fermer par un crochet
NB : ne jamais dépasser une dotation de 15 jours de médicaments
 Notification des effets indésirables (Remplir la fiche de pharmacovigilance).....
 Remarques.....

Guéri
 Traitement terminé
 Echec
 Date de l'arrêt du traitement
 Décédé
 Perdu de vue
 Non évalué
 Le.....

ANNEXE 5 : REGISTRE DES CAS DE TUBERCULOSE DES CENTRES DE TRAITEMENT (PAGE GAUCHE)

N° enreg. (1)	N° CDT (2)	Prénoms / Nom (3)	Sexe M/F (4)	Age (5)	Source d'orientation du patient (6)	Adresse et Téléphone (7)	Unité de traitement CS / PS (8)	Date de début du traitement (9)	Régime (10)	Site (11)	Type de patient (12)						
											P / EP	N	R	E	REP	T	Autres
	34	Y NDOUR						30/06/2014								T	

***Nouveau cas :** RHZE : 6 mois
Retraitement : SERHZ : 8 mois
Enfant : (RHZ) E: 6mois
Chimio prophylaxie : H : 6 mois

**** Nouveau:** malade qui n'a jamais reçu de traitement antituberculeux.
Rechute: malade qui a été déclaré guéri mais qui est de nouveau frottis positifs
Echec: frottis positifs 5 mois ou davantage après le début de la chimiothérapie
REP: reprise de traitement après abandon, frottis positifs
Transfert: malade inscrit sur le registre d'un autre centre et transféré dans ce centre
Autre: Retraitement à frottis négatifs

ANNEXE 6 : REGISTRE DES CAS DE TUBERCULOSE DES CENTRES DE TRAITEMENT (PAGE DROITE)

Résultats des frottis d'expectoration et des autres examens (13)										TDO sanitaire (O/N) (14)	Résultats du traitement et Date (15)	Activités TB/VIH (16)						Co Morbidité (17) Diabète	Observations	
Avant le traitement				A 2 ou 3 mois ¹		A 5 mois		Fin du traitement				Dépistage test VIII			Cotrimoxazole O/N Date début		TARV O/N Date début			
Résultat du frottis ²	Date/ N° labo.	Radio ⁴	Genexpert	Résultat du frottis ²	Date/ N° labo ¹	Résultat du frottis ²	Date/ N° labo ¹	Résultat du frottis ²	Date/ N° labo ¹	O/N		P	A	R	O/N	Date début	O/N	Date début		
+2				+		-		.			G	X	X	.						

***frottis négatifs : (guéri) : 2 frottis négatifs dont l'un au cours du dernier mois de traitement

Frottis non faits (traitement terminé) : pas de résultats d'examen bacilloscopique au cours du dernier mois de traitement

Frottis positifs : (échec) : frottis positifs 5 mois ou plus après début traitement

Décédé : malade décédé au cours du traitement, quelle soit la cause du décès

Interruption de traitement : malade qui n'est pas venu chercher ses médicaments pendant 2 mois consécutifs

Transféré : malade qui a été transféré dans la juridiction d'un autre centre

TABLE DES MATIERES

DEDICACES	I
REMERCIEMENTS	II
SIGLES ET ABREVIATIONS :	V
LISTE DES TABLEAUX	VI
LISTE DES FIGURES	VII
LISTE DES ANNEXES	VIII
INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : ANALYSE SITUATIONNELLE ET CADRE THEORIQUE	4
CHAPITRE 1 : ANALYSE SITUATIONNELLE	5
1.1 Analyse de l'environnement externe et interne	6
1.1.1 Environnement externe	6
1.1.1.1 Présentation du district sanitaire Dakar Sud	6
1.1.1.2 Informations générales sur le district	8
1.1.2 Environnement interne	12
1.1.2.1 Présentation du centre de santé Cheikh Ahmadou Bamba Mbacké de Medina ...	12
1.1.2.2 Prise en charge des malades tuberculeux au CDT	15
CHAPITRE 2 : CADRE THEORIQUE	18
2.1 Problématique	18
2.2 Intérêt et justification	19
2.2.1 Intérêt de l'étude	19
2.2.2 Justification	19
2.3 Cadre conceptuel	21
2.3.1 Définition des concepts	21
2.3.2 Stratégies de lutte antituberculeuse	22
2.3.2.1 Stratégie DOTS	22
2.3.2.2 Stratégie « Halte à la Tuberculose »	23
2.3.3 Facteurs favorisant l'abandon du traitement par les malades	25
2.3.3.1 Facteurs liés au malade	25
2.3.3.2 Facteurs communautaires	26
2.3.3.3 Facteurs liés au système sanitaire	26
2.3.3.4 Autres facteurs	27
2.4 But et objectifs de l'étude	28
2.4.1 But	28

2.4.2 Objectifs	28
2.4.2.1 Objectif général	28
2.4.2.2 Objectifs spécifiques	28
DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE ET RESULTATS DE L'ENQUETE .29	
CHAPITRE 3 : METHODOLOGIE.....30	
3.1 Type d'étude	30
3.2 Population cible.....	30
3.3 Période d'étude.....	30
3.4. Echantillonnage.....	30
3.4.1. Critères d'inclusion.....	30
3.4.2. Critères de non inclusion	31
3.5. Les variables étudiées	31
3.6. Déroulement de l'étude.....	32
3.6.1 Recherche documentaire	32
3.6.2 Collecte des données.....	32
3.6.3 Exploitation des données	33
3.7 Limites et contraintes (information, temps, ressources).....	33
CHAPITRE 4 : PRESENTATION DES RESULTATS ET COMMENTAIRES.....34	
4.1 Détermination des caractéristiques socio-professionnelles des patients tuberculeux ayant abandonné leur traitement.....	34
4.1.1 Age.....	34
4.1.2 Sexe et lieu de résidence.....	35
4.1.3 Profession.....	35
4.1.4 Niveau d'études	36
4.2 Analyse du suivi thérapeutique des patients ayant abandonné leur traitement	36
4.2.1 Forme de la tuberculose	36
4.2.2 Antécédents des patients.....	37
4.2.3 Mise en œuvre du Traitement Directement Observé (TDO).....	37
4.2.4 Quantité de comprimés quotidiens	38
4.2.5 Suivi biologique du patient.....	38
4.2.6 Evolutions cliniques et biologique des patients avant leur abandon du traitement	39
4.3 Facteurs explicatifs de l'abandon du traitement selon les patients	40
4.3.1 Degré de connaissances de la maladie et du traitement.....	40
4.3.1.1 Connaissance de la maladie avant le diagnostic	40
4.3.1.2 Impression sur l'efficacité du traitement de la tuberculose	40
4.3.1.3 Connaissance de la durée du traitement	40

4.3.1.4	Connaissance des conséquences liées à l'arrêt du traitement	41
4.3.1.5	Connaissance du mode de transmission de la tuberculose	41
4.3.1.6	Tuberculose une maladie honteuse.....	41
4.3.2	Impressions du malade sur le traitement.....	41
4.3.2.1	Plaintes des malades à propos du médicament.....	41
4.3.2.2	Plaintes des malades liées aux conditions de prise médicamenteuse	42
4.3.2.3	Plaintes des malades liées à la perception faite sur la durée du traitement.....	43
4.3.3	Impressions du malade sur l'organisation du service de soin (centre de santé).....	44
4.3.3.1	Accueil.....	44
4.3.3.2	Circuit du patient.....	44
4.3.3.3	Confidentialité du malade	45
4.3.4	Recours à la médecine traditionnelle.....	45
4.3.5	Raisons d'abandon du traitement	45
4.4	Facteurs explicatifs de l'abandon des traitements selon le personnel de santé	46
4.5	Commentaires	47
4.5.1	les facteurs socioprofessionnels.....	47
4.5.2	Le suivi thérapeutique du malade	48
4.5.3	Les facteurs explicatifs de l'abandon du traitement du malade	48
	TROISIEME PARTIE : PROBLEMES, CAUSES ET SOLUTIONS	51
	CHAPITRE 5 : IDENTIFICATION ET ANALYSE DES CAUSES DU PROBLEME	52
5.1	Identification et priorisation des problèmes.....	52
5.1.1	Identification des problèmes	52
5.1.2	Priorisation des problèmes.....	52
5.2	Identification des causes	54
5.3	Hierarchisation des causes d'abandon du traitement antituberculeux.....	56
5.4	Priorisation des causes d'abandon du traitement antituberculeux par les malades.....	57
	CHAPITRE 6 : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS.....	60
6.1	Identifications des solutions	60
6.1.1	Solutions issues de la revue documentaire	60
6.1.2	Solutions de l'étude	61
6.2	Priorisation des solutions.....	61
6.3	Justification du choix de la solution	63
6.4	Mise en œuvre de la solution	63
6.4.1	Plan d'action et Budgétisation	63
6.4.1.1	Objectif Général.....	63

Contribution à l'amélioration de la prise en charge des malades tuberculeux par la réduction du taux d'abandon du traitement anti-bacillaire : Cas du centre de santé Cheikh Ahmadou Bamba Mbacké de Dakar au Sénégal (Ex PMI de Medina).

6.4.1.2 Objectifs Spécifiques	63
6.4.1.3 Résultats Attendus	63
6.4.1.4 Activités	64
6.4.1.5 Cadre Logique	64
6.4.1.6 Plan Opérationnel	67
6.4.1.7 Budgétisation du plan de l'activité de sensibilisation	69
6.4.2 Suivi-évaluation	69
6.4.2.1 Rappel	69
6.4.2.2 Suivi-Evaluation de la mise en œuvre	70
RECOMMANDATIONS	72
CONCLUSION	75
BIBLIOGRAPHIE	77
ANNEXES	82
TABLE DES MATIERES	90