

LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE AU SÉNÉGAL : SITUATION ACTUELLE DE LA PRISE EN CHARGE ET RECOMMANDATIONS POUR SON AMÉLIORATION

S. THIAM, E. MASSI, M. NDIR, A.H. DIOP, F. BÂ, C. LIENHARDT

Med Trop 2005 ; 65 : 43-48

RÉSUMÉ • L'objet de cette étude a été d'évaluer le problème de la tuberculose au Sénégal, en particulier l'organisation, la disponibilité et la qualité des services mis en place pour la prise en charge. L'étude s'est déroulée de janvier à octobre 2002 au niveau du Programme National de lutte contre la Tuberculose (PNT), de 10 structures hospitalières publiques et de 8 structures privées (4 cabinets médicaux, 2 services médicaux d'entreprise et 2 laboratoires). Des séries d'observations ont été menées en même temps que des enquêtes au niveau des services de diagnostic et de traitement. De plus une recherche documentaire sur les archives de 2000 à 2001 a été effectuée au sein du PNT. Le taux de notification des nouveaux cas à frottis positif reste faible (62/100 000 habitants) au Sénégal, surtout en zone rurale, avec une nette prédominance masculine. Le taux de guérison demeure également peu élevé avec une moyenne de 62%, largement lié à l'importance des taux d'abandons de traitement (28%). Ce tableau contraste avec l'importance des moyens mis en place pour le diagnostic et le traitement, notamment l'existence d'unités opérationnelles de diagnostic (76 laboratoires) et de traitement (68 unités de traitement) bien intégrées dans le système de soins et réparties sur tout le territoire national, et où un traitement efficace et gratuit est disponible. Cette situation témoigne de l'existence d'obstacles réels qui entravent le contrôle de la tuberculose au Sénégal. Des recommandations ont été faites à différents niveaux à partir des problèmes identifiés et sont utilisées pour l'élaboration de nouvelles méthodes de prise en charge dans la perspective d'améliorer les indicateurs du Programme National de lutte contre la Tuberculose au Sénégal.

MOTS-CLÉS • Tuberculose - Contrôle - Traitement - Abandon.

TUBERCULOSIS CONTROL IN SENEGAL: UPDATE ON CARE SERVICES AND RECOMMENDATIONS FOR IMPROVEMENT

ABSTRACT • The goal of this study was to evaluate tuberculosis control in Senegal especially with regard to organization, quality, and availability of care services. Study was carried out from January to October 2002 within the framework of the National Tuberculosis Control Program (NTCP) in 10 public hospitals and 8 private facilities including 4 doctors' offices, 2 company medical dispensaries, and 2 medical laboratories. Case observations were collected at the same time as surveying of diagnostic and therapeutic departments. In addition NTCP records for the period from 2000 to 2001 were searched. The reporting rate of new cases confirmed by positive smears is still low in Senegal, (62/100 000 inhabitants). Reporting is particularly low in rural areas where a clear-cut male predominance was observed. The cure rate also remains low (mean, 62%) mainly due to failure to complete treatment (28%). This situation contrasts with the extensive resources that have been devoted to diagnosis and treatment including field units for diagnosis (76 laboratories) and treatment (68 centers). These facilities are well integrated into the healthcare system and distributed nation-wide and provide effective care free of charge. The findings of this study demonstrate that there are serious impediments to control of tuberculosis in Senegal. Recommendations are made at various levels based on the results of problem analysis and are used to develop new management strategies aimed at improving NTCP performance indicators in Senegal.

KEY WORDS • Tuberculosis - Control - Treatment - Incomplete treatment.

La tuberculose constitue un problème de santé publique majeur en Afrique où près d'un million de nouveaux cas ont été notifiés en 2001, 80% étant des adultes jeunes (1). La plupart des malades sont retrouvés en Afrique subsaharienne où l'in-

cidence est très élevée (2), mais en l'absence de stratégies efficaces, une partie seulement des malades est détectée et beaucoup de patients abandonnent leur traitement avant terme.

Au Sénégal, environ 7000 à 8000 cas de tuberculose sont diagnostiqués chaque année, dont la moitié dans la seule région de Dakar (3). Malgré la disponibilité d'un traitement efficace et gratuit, l'objectif du Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNT) de guérir 85% des malades dépistés est loin d'être atteint, avec un taux de guérison de 62% en 2000. Le principal facteur incriminé est la mauvaise observance du traitement, le taux d'abandon se situant autour de 28% (3). Pour cette raison, nous avons décidé d'identifier les facteurs qui influencent la prise en charge des malades tuberculeux au Sénégal, en utilisant une approche pluridisciplinaire intégrant les sciences sociales et la

• Travail du Programme Tuberculose UR 36, (S.T., Médecin, Assistant de recherche; E.M., Médecin consultant; C.L., Epidémiologiste, Responsable du Programme), de l'Institut de recherche pour le développement (IRD), Dakar-Sénégal et du Programme National de Lutte contre la Tuberculose au Sénégal (M.N., Coordinateur national; A.H.D., Superviseur national; F.B., Biologiste, Laboratoire National de Référence), Fann, Dakar, Sénégal.

• Correspondance: S. THIAM, Institut de recherche pour le développement (IRD), Programme Tuberculose UR 36, BP 1386 Dakar- Sénégal • Fax: +221 832 43 07

• Courriel: syllath@ird.sn •

• Article reçu le 24/12/2003, définitivement accepté le 23/02/05.

recherche épidémiologique, l'objectif étant d'élaborer de nouvelles stratégies pour améliorer l'observance du traitement (4). Ce projet de recherche opérationnelle, mené par l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD), en collaboration avec le PNT, comportait trois phases. Une première phase d'analyse de la situation de la tuberculose au Sénégal qui a été menée parallèlement à la deuxième phase qui est une étude socio-anthropologique visant à identifier les déterminants de l'observance du traitement. S'appuyant sur les résultats de ces deux premières investigations, une stratégie nouvelle d'intervention destinée à améliorer l'adhésion des malades au traitement a été développée et est actuellement testée selon la méthode des interventions cliniques randomisées dans la troisième et dernière phase.

Le travail que nous rapportons ici constitue la première étape de cette étude, dont l'objectif était d'évaluer l'importance du problème de la tuberculose au Sénégal et des moyens de lutte disponibles dans le pays.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Cette phase de la recherche s'est effectuée de janvier à octobre 2002, sous la conduite de deux médecins. Dans un premier temps, nous avons cherché à identifier toutes les structures intervenant dans la lutte contre la tuberculose et à recenser leurs activités. Ces structures ont été classées en cinq catégories : le Ministère de la Santé (représenté par le PNT), les organismes internationaux, les structures hospitalières (hôpitaux et centres de santé), les médecins privés et les laboratoires d'analyses médicales. Dans un deuxième temps, nous avons visité une partie de ces structures, le choix se faisant selon 3 critères : 1. le rôle de cette structure dans la lutte contre la tuberculose, 2. sa hiérarchie dans le système sanitaire et 3. sa localisation (zone urbaine, péri-urbaine ou rurale). Ainsi, en plus du Ministère de la Santé, 3 hôpitaux, 7 centres de santé (dont 2 en zone urbaine, 3 en zone péri-urbaine et 2 en zone rurale) (Fig. 1), 4 cabinets privés, 2 services médicaux d'entreprises et 11 laboratoires (7 laboratoires de centres de santé, 2 au niveau des hôpitaux et 2 laboratoires privés) ont été visités. Dans chaque structure ou institution

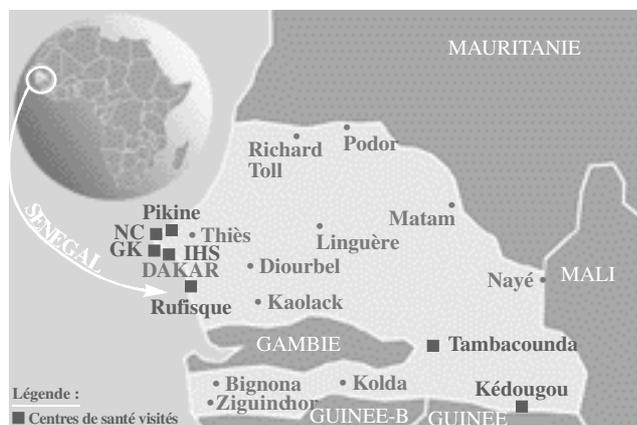


Figure 1 - Carte du Sénégal avec répartition des centres de visites.

visitée, un entretien a eu lieu avec les acteurs de la lutte contre la tuberculose, sur la base de questionnaires pré-établis. Au niveau du Ministère de la Santé, l'enquête s'est intéressée à la formation des différents chefs de services intervenant dans la lutte anti-tuberculeuse, au rôle des différents services dans la lutte anti-tuberculeuse, aux objectifs en matière de lutte anti-tuberculeuse, aux rapports avec les autres structures. Nous avons également essayé d'identifier à chaque niveau les obstacles réels ou potentiels au contrôle de la tuberculose.

Dans les hôpitaux et les services médicaux privés, l'information recueillie concernait le cursus du médecin, ainsi que son rôle, la prise en charge des patients (méthodes diagnostiques et thérapeutiques, informations données, suivi), les rapports avec les autres structures dans le cadre de la lutte anti-tuberculeuse et les problèmes rencontrés. Au niveau des centres de santé nous avons interrogé le Médecin-Chef ou son adjoint, l'infirmier major, les agents responsables de l'unité de traitement antituberculeux et le chef du laboratoire. Les questions étaient axées sur l'organisation des soins dans le centre, la prise en charge étape par étape des sujets suspects ou malades de tuberculose, les obstacles rencontrés dans cette prise en charge et les rapports avec le PNT. Dans les hôpitaux et les centres de santé, les entretiens ont de plus été combinés aux observations, notamment le circuit des patients suspects et la prise en charge des malades au sein de la structure. Au niveau des laboratoires, nous avons évalué les activités de diagnostic (bacilloscopie, culture et antibiogramme) et leurs différents coûts.

Au total, 63 personnes ont été interviewées : 10 médecins et techniciens responsables de la santé publique ou programme tuberculose au niveau du Ministère de la Santé, 15 médecins exerçant dans des hôpitaux ou des centres de santé, 6 médecins privés, 12 biologistes et techniciens de laboratoires et 20 infirmiers, assistants sociaux et aide-soignants.

Enfin, au niveau du PNT, nous avons revu et analysé les archives de 2000 et 2001.

RÉSULTATS

Les résultats obtenus portent à la fois sur des données quantitatives (indicateurs épidémiologiques) et qualitatives, que nous présentons maintenant.

Les indicateurs épidémiologiques

Les données concernent uniquement les statistiques collectées par le PNT. L'analyse rétrospective a montré une augmentation progressive du nombre des nouveaux cas de tuberculose à microscopie positive (TPM+) ces dernières années, avec 5011 cas en 1999 et 6094 cas en 2001, soit une augmentation de 21% en 2 ans. Néanmoins, le taux de notification des nouveaux cas à frottis positif reste faible pour le pays, s'élevant à 62/100 000 habitants sur la période 2000-2001. Ce taux est plus important dans les zones urbaines que dans les zones rurales, avec un maximum dans la région de Dakar, où il atteint 132/100 000 habitants. Par contre, dans les régions rurales, il est partout inférieur à 30/100 000 habitants (Fig. 2). Le taux de guérison moyen sur les 2 années est peu élevé (62%), et le taux moyen d'abandon est de 28% avec



Figure 2 - Répartition moyenne des taux de notification par région entre 2000-2001 .

des variations allant de 14 à 34% selon les régions. Les décès sont en moyenne à 4% avec des extrêmes de 1% à Dakar et 11% à Kolda (dans le Sud du pays). Les échecs avérés de traitement, définis comme étant les malades mis sous traitement qui présentent des frottis positifs à l'issue du 5^e mois ou à n'importe quel moment entre la fin du 5^e mois et l'achèvement du traitement, demeurent rares (moins de 1%).

En ce qui concerne l'âge, la maladie est rare chez les enfants, mais très fréquente chez les adultes entre 15 et 44 ans, qui représentent plus de 80% des patients. La répartition par sexe montre une nette prédominance masculine, avec 68% d'hommes contre 32% de femmes, soit un ratio de 2,2. Les localisations pulmonaires dominent le tableau et représentent 90% des nouveaux cas, contre 10% de localisations extrapulmonaires. Parmi les formes pulmonaires, 82% sont à microscopie positive et 18% à frottis négatif. Enfin les cas de retraitement qui englobent les reprises de traitement, les échecs et les rechutes, représentent 10,5% du nombre total de patients tuberculeux suivis sur les 2 années.

Rôle des différentes structures dans la prise en charge de la tuberculose

- *Le Programme National de Lutte contre la Tuberculose*

Le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNT) est une entité du Ministère de la Santé du Sénégal (Fig. 3). Le PNT n'a pas de rôle direct dans la prise en charge des malades, mais il coordonne les activités

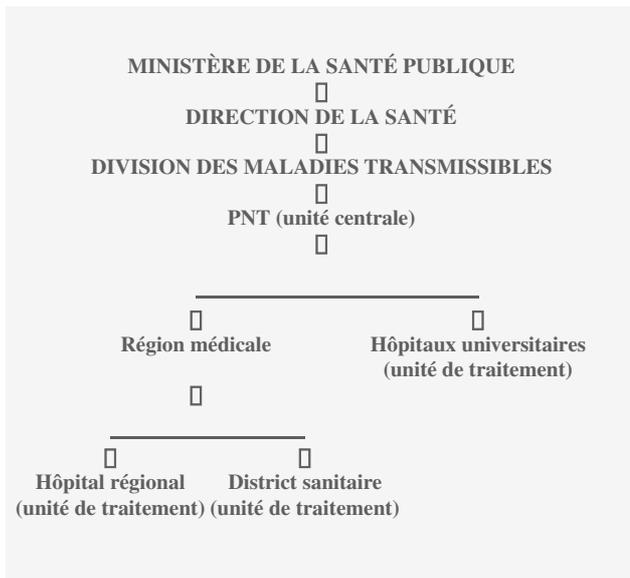


Figure 3 - Schéma de l'organisation de la lutte antituberculeuse au Sénégal.

menées dans les différentes structures de diagnostic et de traitement de la tuberculose sur toute l'étendue du territoire. Depuis janvier 2002, un nouveau protocole de traitement est recommandé par le PNT et mis en pratique. Chez l'adulte et l'enfant de plus de 10 ans, le traitement dure 8 mois avec pour les nouveaux cas la combinaison de médicaments anti-tuberculeux RHZE pendant 2 mois, suivi de EH pendant 6 mois. Chez les enfants de moins de 10 ans, le traitement dure 6 mois s'il s'agit d'une forme commune (avec administration pendant 2 mois de RHZ, suivie de RH pendant 4 mois) et 12 mois lorsqu'il s'agit d'une forme grave (miliaire, méningite), avec 2 mois de SRHZ et 10 mois de RH. Dans les cas de tuberculose associée au VIH, le traitement administré est une combinaison de RHZE pendant 2 mois, suivie de EH pendant 10 mois. Si le patient est sous thérapie anti-rétrovirale avec des anti-protéases, la rifampicine (R) est retirée et le patient est mis pendant 12 mois sous une combinaison HZE (Tableau I). Il faut enfin noter qu'une chimioprophylaxie à l'isoniazide (H) est recommandée pendant 6 mois pour les enfants de moins de 5 ans qui sont en contact direct avec un malade tuberculeux .

Au Sénégal, la prise en charge de la tuberculose est intégrée dans les activités de soins de santé primaire. Ainsi,

Tableau I - Schémas thérapeutiques recommandés par le PNT.

Cas	Age	Statut sérologique	Forme de TB	Protocole
Nouveau cas	Enfant de moins de 10 ans	VIH -	Commune	2 HRZ/4 RH
	Enfant de plus de 10 ans et adulte	VIH -	Miliaire/Méningite	2 RHZS/10 RH
		VIH +	Quelle que soit la forme	2 RHZE/6 EH
Retraitement (reprise de traitement, échec, rechute)	Adulte	VIH +	Quelle que soit la forme	Sous antiprotéases : 12 EHZ Sans antiprotéases : 2 RHZE/10 EH
				2 SRHZE/6 RHZE

S : streptomycine ; R : rifampicine ; H : isoniaziolate ; Z : pyrazinamide ; E : étanbutol.

grâce aux efforts du PNT, 68 centres de traitement anti-tuberculeux ont été mis en place (dans les hôpitaux et centres de santé) et répartis entre les différentes régions du pays, et 76 laboratoires collaborent avec le Programme. Le PNT a permis la gratuité du traitement et une harmonisation des protocoles thérapeutiques dans tous les centres de santé et hôpitaux.

- *Les centres de santé de districts*

Les centres de santé de districts constituent l'unité fonctionnelle de la lutte anti-tuberculeuse au Sénégal. Ils disposent d'un service de consultation où les malades suspects sont reçus en premier lieu, d'un laboratoire pour l'examen des crachats et enfin d'un centre de traitement anti-tuberculeux intégré où tous les malades sont suivis. Au niveau des districts, la responsabilité du programme de lutte contre la tuberculose incombe au médecin-chef de district alors que le fonctionnement est sous la responsabilité du superviseur des soins de santé primaires et du responsable du centre de traitement anti-tuberculeux.

- *Les hôpitaux*

Les hôpitaux ont, comme les centres de santé, un rôle diagnostique et thérapeutique dans le dépistage et le traitement des cas de tuberculose. Les malades sont hospitalisés pendant 3 à 4 semaines en moyenne au moment de la phase intensive du traitement. Après exeat, le malade est soit transféré dans un centre de santé, soit suivi mensuellement en ambulatoire au niveau de l'hôpital.

- *Les structures privées*

Dans les structures privées, une fois le diagnostic posé, certains médecins envoient leurs patients vers les structures hospitalières pour une prise en charge, tandis que les autres préfèrent directement traiter et suivre leurs patients avec des combinaisons thérapeutiques variables, en général différentes de celles recommandées par le PNT. Enfin, les laboratoires privés sont sollicités pour la réalisation de frotis de crachats ainsi que des cultures et antibiogrammes.

Les problèmes rencontrés

Durant notre étude, nous avons relevé un certain nombre d'obstacles qui affectent l'efficacité de la lutte anti-tuberculeuse au Sénégal. Nous les présentons ici selon le niveau où ils interviennent :

- *Les centres de santé*

Les centres de santé sont confrontés dans la majorité des cas à des problèmes structurels qui se répercutent sur la qualité de l'accueil des malades et des services offerts. Ainsi, dans 3 centres de santé sur 7, il n'y a pas de locaux spécifiquement réservés à l'unité de traitement anti-tuberculeux, et dans les 4 autres centres, l'unité de traitement est isolée par rapport aux autres services. Ce problème est également rencontré au niveau des laboratoires des centres de santé, qui se réduisent dans plus de la moitié des cas à une seule pièce où toutes les étapes des examens se déroulent. La bacilloscopie est ainsi réalisée parmi d'autres examens de laboratoires, tels que la numération sanguine, le groupage sanguin, la glycémie,

la goutte épaisse ainsi que d'autres examens de selles et d'urines, ce qui peut limiter sa validité. Les médicaments et les produits de laboratoire sont intégralement fournis aux centres de traitement par le PNT. Ce dernier recommande que le traitement délivré ainsi que les examens de contrôle des crachats lors du suivi des malades soient entièrement gratuits. Seul l'examen de dépistage doit être payant et à un prix accessible à la population. En l'absence de standardisation des prix, nous avons constaté que les coûts des examens de dépistage varient en fonction des centres de santé et les recommandations sur la gratuité du traitement ne sont pas toujours respectées.

- *La délivrance du traitement*

Le protocole thérapeutique recommandé par le PNT est appliqué dans tous les centres de santé mais la distribution des médicaments aux patients se fait de manière très variable. Alors que la stratégie du traitement directement observé (TDO) avec prise quotidienne supervisée des médicaments est recommandée par le PNT, 2 unités de traitement sur 7 seulement l'ont mise en place, et ce uniquement pour des malades résidant à proximité du centre. Pour les patients résidant à distance, et dans les autres centres, les médicaments sont distribués à des intervalles allant de quatre jours à deux mois, sous forme de «dotations» couvrant la période indiquée, ce qui revient en fait à une prise auto-administrée.

- *Le suivi des malades*

Le suivi des malades sous traitement se fait également de façon variable, en général selon le même rythme que la distribution du traitement. Les dates des contrôles bactériologiques des crachats aux 2^e, 5^e et 8^e mois sont en général respectées, mais aucune initiative ni stratégie n'est développée par les responsables des districts sanitaires pour appuyer les unités de traitement dans le suivi des patients et notamment la recherche des perdus de vue.

- *La formation*

Enfin dans certains centres, les agents de santé sont confrontés à un problème de formation : ainsi, alors qu'une formation spéciale sur la pratique du Ziehl-Neelsen a été réalisée par le PNT, il s'est avéré que dans 5 laboratoires sur 7 visités, les examens n'étaient pas réalisés par le technicien formé par le PNT, mais par des agents d'hygiène (2) ou des agents de santé communautaires (3), formés «sur place» par ce dernier. De même dans 4 unités de traitement (sur 7), il y a des agents de santé communautaires formés «sur place» qui secondent les responsables des unités de traitement et les remplacent en cas d'absence. Cependant toutes les unités de traitement sont placées sous la responsabilité d'agents qualifiés : il s'agit soit d'assistantes sociales (2), soit d'agents sanitaires (4) ou bien d'infirmiers d'état (1).

- *Qualité de la prise en charge*

Cette situation dans les centres de santé affecte la qualité de la prise en charge des patients d'autant plus que les agents responsables du traitement réclament un «intérêt» et un soutien de la part des équipes cadres des districts sanitaires qui ne supervisent pas régulièrement les activités

de lutte anti-tuberculeuse. Ceci donne à l'agent l'impression d'accomplir isolément un travail qui n'intéresse personne.

• *Le PNT*

Le PNT assure l'approvisionnement continu en médicaments et matériel de laboratoire des hôpitaux. Cependant il existe un déficit de communication entre le PNT et les hôpitaux, ainsi qu'entre services prenant en charge des patients tuberculeux au sein d'une même structure hospitalière. De même il existe un déficit de collaboration entre le PNT et les médecins privés, ce qui fait que certains cas de tuberculose ne sont pas déclarés. Cette situation est à l'origine d'une sous-utilisation des moyens disponibles (ressources humaines comme matérielles) et d'une prise en charge encore trop variable de la tuberculose d'un service à un autre. Ainsi le protocole du PNT n'est pas appliqué par tous les médecins privés (3 médecins sur 6 utilisent d'autres protocoles thérapeutiques que celui recommandé par le PNT).

DISCUSSION

Cette étude a montré que le taux de notification des nouveaux cas à frottis positif reste faible au Sénégal (62/100000 habitants), surtout en zone rurale, avec une nette prédominance masculine. Le taux de guérison est également peu élevé, avec une moyenne de 62%, largement lié à l'importance des taux d'abandons de traitement (28%). Ce tableau contraste nettement avec l'importance des moyens mis en place pour le diagnostic et le traitement de la tuberculose, notamment l'existence d'unités opérationnelles de diagnostic (76 laboratoires) et de traitement (68 unités de traitement), bien intégrées dans le système de soins et réparties sur tout le territoire national, où un traitement efficace et gratuit est disponible. Cette situation témoigne de l'existence d'obstacles réels qui entravent le contrôle de la tuberculose au Sénégal.

Il existe manifestement un sous-diagnostic des cas de tuberculose au Sénégal car l'incidence estimée en Afrique subsaharienne est de l'ordre de 290/100 000 habitants (2). De plus avec un Risque Annuel d'Infection (RAI) de 1,5, on devrait s'attendre à un taux de détection des nouveaux cas à frottis positif d'au moins 75/100000 habitants par an (5). Les fréquences de cas de tuberculose à frottis positif (TPM+) et de tuberculose à frottis négatif (TPM-) retrouvées sont presque identiques à celles rapportées dans une étude antérieure menée au Sénégal avec respectivement 84,4% et 15,6% (6). Par contre, elles s'écartent de celles retrouvées dans d'autres publications, avec moins de TPM+ et plus de TPM- notamment au Malawi avec 67% de TPM+ et 33% de TPM- (7) et en Inde avec respectivement 55% et 45% (8). Les localisations extrapulmonaires sont peu fréquentes car leur diagnostic est pour l'essentiel posé au niveau des hôpitaux, qui disposent de moyens diagnostiques plus complets, à la différence des centres de santé qui ont un système d'investigations paracliniques limité. La différence notée entre les faibles taux de notification en zone rurale par rapport aux zones urbaines a été retrouvée ailleurs (9). Cette différence pourrait s'expliquer par

les difficultés d'accès aux structures sanitaires en milieu rural et/ou par une incidence de la maladie plus faible en zone rurale entraînant un sous-diagnostic des cas. La prédominance masculine retrouvée dans notre analyse a été rapportée dans plusieurs études (10, 11) et notamment celles effectuées au Sénégal (12). Il en est de même de la répartition selon l'âge avec une fréquence élevée de la maladie chez les adultes jeunes et une rareté aux âges extrêmes (1). Cette rareté surtout chez les enfants de moins de 15 ans pourrait s'expliquer en partie par un sous-diagnostic des cas, lié à la difficulté du diagnostic de la maladie chez l'enfant, qui repose souvent sur l'interprétation d'un faisceau d'arguments.

Le Sénégal a souscrit à la stratégie «DOTS» depuis 1994 avec une bonne application de ses différentes composantes, à l'exception du Traitement Directement Observé (TDO) qui est très diversement appliqué dans le pays. Dans les centres de santé, le traitement se fait généralement en ambulatoire et les médicaments sont délivrés en moyenne tous les 15 jours pendant la phase initiale et tous les mois (voire parfois tous les deux mois) pendant la phase de consolidation (13). Les taux de guérison retrouvés sont en-deçà de l'objectif du PNT et demeurent faibles comparés à d'autres pays en Afrique (14, 15). Cette situation s'explique par l'importance des taux d'interruption de traitement avant terme, dont les causes sont multiples. Les principaux facteurs identifiés étaient le manque de formation des agents de santé, le déficit relationnel qui structure les relations entre les professionnels de santé et les patients, la faible qualité des informations transmises au malade, une accessibilité limitée au traitement, un environnement socio-économique et culturel peu favorable, et enfin la durée du traitement (4, 8, 13, 16, 17). Cet aspect a été approfondi lors d'une enquête socio-anthropologique menée conjointement, qui a étudié les facteurs déterminants de l'observance du traitement et dont les méthodes et observations font l'objet d'une publication ultérieure.

CONCLUSION

La tuberculose constitue un véritable problème de santé publique au Sénégal, car sa prise en charge se heurte encore à de nombreux obstacles. En vue d'améliorer les indicateurs du Programme, des recommandations peuvent être faites à différents niveaux, afin de créer une synergie d'action entre les différentes structures et institutions intervenant dans la lutte contre la tuberculose, et reposant sur un véritable partenariat. Ce partenariat aurait pour objectif d'améliorer l'accueil des patients et la communication entre soignants et soignés, de décentraliser le traitement en vue de le rendre plus accessible aux populations, et de développer une approche communautaire de la prise en charge du patient tuberculeux. Dans les districts, l'engagement du Médecin-Chef est nécessaire afin d'impliquer tous les acteurs, de doter les unités de traitement et les laboratoires de moyens logistiques et de personnels qualifiés pour améliorer la prise en charge des patients, de veiller à la formation et au recyclage périodique du personnel soignant et enfin de s'assurer de la tenue fréquente d'activités de sensibilisation contre la tuberculose.

Sur la base de ces investigations, une stratégie innovante de prise en charge de la tuberculose au Sénégal a été développée, sous la forme d'un ensemble cohérent d'activités visant à améliorer la relation soignant/soigné, à renforcer les compétences des personnels de santé, à décentraliser le traitement au niveau des postes de santé avec une implication du personnel communautaire, à appliquer de manière stricte le TDO au moins pendant la phase intensive du traitement et à obtenir une supervision régulière des activités de lutte antituberculeuse par les responsables des centres de santé. Cet ensemble d'activités est actuellement mis en place dans plusieurs centres de santé urbains et ruraux au Sénégal. Son efficacité sera mesurée en termes quantitatifs, en utilisant les indicateurs programmatiques classiques de l'UICMR (18) et en termes qualitatifs, en appréciant l'acceptabilité de cette stratégie par les patients et les soignants ainsi que son adaptabilité au système de santé. Après évaluation des résultats, si ceux-ci sont concluants, un forum rassemblant des professionnels de la santé publique et de la lutte anti-tuberculeuse sera organisé, afin de déterminer les modalités de généralisation de cette stratégie au Sénégal.

RÉFÉRENCES

- 1 - Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. WHO report 2003. Geneva WHO/CDS/TB/2003.316
- 2 - CORBETT EL, WATT JC, WALKER N *et Coll* - The growing burden of tuberculosis: Global trends and interactions with the HIV epidemic. *Arch Intern Med* 2003; **163** : 1009-1021.
- 3 - Programme National de Lutte contre la Tuberculose au Sénégal (PNT).- Proportion des différentes formes de tuberculose notifiées 1991-2000. UICMR Rapport n° 29 juillet 2001.
- 4 - LIENHARDT C, OGDEN JH, SOW OY- Interdisciplinary approach for the control of tuberculosis in developing countries : Rethinking the social context of illness. In Return of the White Plague: Essays on the Social sciences and Medical Interface in Tuberculosis. Gandy and Zumla Eds, Verso, London 2003.
- 5 - AIT-KHALED N, ENARSON D- Tuberculose : manuel pour les étudiants en médecine. OMS Genève, 1999, 149 p.
- 6 - SAMB B, SOW PS, KONY S *et Coll* - Risk factors for negative sputum acid-fast bacilli smears in pulmonary tuberculosis: results from Dakar, Senegal, a city with low HIV seroprevalence. *Int J Tuberc Lung Dis* 1999; **3** : 330-336.
- 7 - BANERJEE A, HARRIES AD, MPASA N *et Coll* - Evaluation of a unified treatment regimen for all new cases of tuberculosis using guardian-based supervision. *Int J Tuberc Lung Dis* 2000; **4** : 333-339.
- 8 - KHATRI GR, FRIEDEN TR - Controlling tuberculosis in India. *N Engl J Med* 2002; **347** : 1420-1425.
- 9 - BANERJEE A, HARRIES AD, SALANIPONI FM - Differences in tuberculosis incidence rates in township and rural populations in Ntcheu District, Malawi. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1999; **93** : 392-393.
- 10 - MARTINEZ AN, RHEE JT, SMALL PM, BEHR MA- Sex differences in the epidemiology of tuberculosis in San Francisco. *Int J Tuberc Lung Dis* 2000; **4** : 26-30.
- 11 - LIENHARDT C, MANNEH K, BOUCHIER V *et Coll* - Factors determining the outcome of treatment of adult smear positive tuberculosis cases in The Gambia. *Int J Tuberc Lung Dis* 1998; **2** : 712- 718.
- 12 - RIEDER HL, ARNADOTTIR T, TARDENCILLA GUTTIEREZ AA *et Coll* - Evaluation of a standardized recording tool for sputum smear microscopy for acid-fast bacilli under routine conditions in low income countries. *Int J Tuberc Lung Dis* 1997; **1** : 339-345.
- 13 - DOVEREN RFC- Why tuberculosis control in an unstable country is essential: desperate TB patients embrace DOTS in Angola. *Int J Tuberc Lung Dis* 2001; **5** : 486-488.
- 14 - KELLY PM- Local problems, local solutions: improving tuberculosis control at the district level in Malawi. *Bull World Health Organ* 2001; **79** : 111- 117.
- 15 - SHENAN DH- The Ciskei tuberculosis information system. *Cent Afr J Med* 1993; **39** : 159-165.
- 16 - EDGINTON ME, SEKATANE CS, GOLDSTEIN SJ- Patient's beliefs: do they affect tuberculosis control? A study in a rural district of South Africa. *Int J Tuberc Lung Dis* 2002; **6** : 1975-1082.
- 17 - KRUYT ML, KRUYT ND, BOEREE MJ *et Coll* - True status of smear positive pulmonary tuberculosis defaulter in Malawi. *Bull World Health Organ* 1999; **77** : 386- 391.
- 18 - ENARSON DA, RIEDER HL, ARNADOTTIR T, TRÉBUCQA - Prise en charge de la tuberculose. Guide pour les pays à faibles revenus (Cinquième édition). Union Internationale Contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires, Paris 2000. 97 p.