

ETUDE DES CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DE LA POPULATION SENEGALAISE SUR LA TUBERCULOSE

KNOWLEDGE, ATTITUDES AND PRACTICES OF THE SENEGALESE POPULATION ON TUBERCULOSIS

MAMADOU MAKHTAR MBACKÉ LEYE¹, ALIOUNE NDIAYE², KHADY THIAM³, OUSSEYNOU KA⁴, ANTA TAL DIA⁵

RÉSUMÉ

Introduction: La tuberculose demeure un problème de santé publique au Sénégal. L'objectif de ce travail est d'étudier les connaissances, attitudes et pratiques de la population sur la tuberculose au Sénégal.

Matériels et méthode : Une enquête transversale a été menée. Elle portait sur les sujets résidant dans les districts sanitaires choisis dans la période du 30 octobre au 12 novembre 2017. Les données collectées étaient analysées grâce aux logiciels Epi Info 3.3.2 et R.

Résultats : Au total 1000 personnes ont été enquêtées. L'âge moyen des sujets était de $36,04 \pm (13,70)$ ans. L'âge variait de 18 à 80 ans. Les sujets de sexe masculin prédominaient soit 65%. Le ratio hommes/femmes était de 1,5. Plus de la moitié des sujets enquêtés avaient une bonne connaissance sur la tuberculose (52,6%). Les facteurs associés à la bonne connaissance de la tuberculose au niveau de la communauté étaient la résidence dans les axes sud-est (OR aj = 2,4 [1,5-3,7]), centre (ORaj = 1,8 [1,2-2,7]), le fait d'être mariés ou l'instruction du niveau primaire, secondaire (ORaj = 2,8 [1,9 - 4,1]) et supérieur (ORaj = 2,9 [1,7 - 4,8]). De même, le fait d'être âgé entre 40-49 ans (ORaj = 2,2 [1,1 - 4,5]) ou 50 ans et plus (ORaj = 2,5 [1,3 - 5,0]) étaient aussi des facteurs associés à la bonne connaissance de la tuberculose.

Conclusion : L'éducation sanitaire visant à apporter un changement significatif sur les connaissances, attitudes et pratiques sur la TB doit être renforcée dans le cadre de la lutte contre la tuberculose.

Mots-clés : prévention, connaissance, tuberculose, stigmatisation, Sénégal.

ABSTRACT

Introduction: Tuberculosis remains public health burden in Senegal. The objective of this survey is to study the knowledge, attitudes and practices of the population on tuberculosis in Senegal.

Materials and method : A cross-sectional, survey was conducted. It covered subjects living in selected health districts during the study period from October 30 to November 12, 2017. Collected data were analyzed using Epi Info 3.3.2 and R software.

Results: A total of 1000 people were investigated. The average age of the subjects was $36.04 \pm (13.70)$ years. Age ranged from 18 to 80 years old. Male subjects predominated at 65%. The male / female ratio was 1.5. More than half of the subjects surveyed had a good knowledge of tuberculosis (52.6%). The factors associated with good knowledge of tuberculosis at the community level were the residence in the south-east axes (OR aj = 2.4 [1.5-3.7]), center (ORaj = 1.8 [1.2-2.7]), being married or education at the primary, secondary (ORaj = 2.8 [1.9 - 4.1]) and higher (ORaj = 2.9 [1.7 - 4.8]). Likewise, being between 40-49 years of age (ORaj = 2.2 [1.1 - 4.5]) or 50 and over (ORaj = 2.5 [1.3 - 5.0]) were also factors associated with good knowledge of tuberculosis.

Conclusion: Health education aimed at bringing about significant change in knowledge, attitudes and practices on TB needs to be strengthened in the context of Tuberculosis control.

Keywords: prevention, knowledge, tuberculosis, stigmatisation, Senegal.

1. Maître de Conférences Agrégé en Santé Publique/ Service de Médecine Préventive et Santé Publique / Université Cheikh Anta Diop de Dakar

2. Médecin au Service de Médecine Préventive et Santé Publique / Université Cheikh Anta Diop de Dakar

3. Maître Assistant au Service de Pneumologie de l'hôpital Fann / Université Cheikh Anta Diop de Dakar

4. Maître de Conférences Agrégé en Santé Publique/ Université Alioune Diop de Bambey

5. Professeur en Santé Publique Chef de Service de Médecine Préventive et Santé Publique/ Université Cheikh Anta Diop de Dakar

Auteur correspondant : Mamadou Makhtar Mbacké LEYE ; BP : 16 390, Dakar Fann, Sénégal, Tél : Portable=(221) 776 345 227 Bureau=(221) 338 249 878 Email: mamadou.leye@yahoo.fr

INTRODUCTION

Au Sénégal, la tuberculose (TB) sévit de façon endémique et constitue la plus fréquente des affections opportunistes au cours de l'infection à VIH. La tuberculose reste encore un problème de santé publique. Selon le dernier rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'incidence estimée est de 122 (87-163) cas de tuberculose toutes formes pour 100 000 habitants (environ 19 000 cas) avec un taux de détection de 43%. Les cas attendus de co-infection TB-VIH sont estimés à 1200 (830–1600) soit 7,4 (5,2–10) cas pour 100 000 habitants. Les données de notification indiquent que la tuberculose affecte significativement les tranches d'âge jeune de la population avec 89% des cas notifiés [1].

Le nombre de nouveaux cas notifiés de tuberculose, que ce soit toutes formes ou tuberculose pulmonaire à microscopie positive (TPM+), a augmenté dans toutes les régions de 1991 à 2015. En moyenne, 46% des malades tuberculeux sont notifiés dans la seule région de Dakar, tandis que 75% des cas le sont, à la fois, dans les régions de Dakar, Thiès, Diourbel et Ziguinchor [2]. La prépondérance de la tuberculose s'explique par un accroissement démographique important, une urbanisation rapide, la méconnaissance de la maladie par une part non négligeable de la population, une émergence de souches de *Mycobacterium tuberculosis* résistantes aux antituberculeux majeurs et enfin et de loin la plus importante infection opportuniste de l'infection à VIH [3]. L'Objectif «90-90-90» est le nouveau plan 2016-2020 de lutte contre la tuberculose élaboré par l'OMS. L'idée est de diagnostiquer 90% des personnes qui en sont atteintes, dont 90% des populations les plus fragiles et assurer 90% de guérison grâce aux traitements. S'ils sont atteints, les épidémies de tuberculose à l'horizon 2035 devraient être éradiquées [4]. Mais des lacunes sont notées notamment la non intensification des activités de sensibilisation liée à un déficit de financement. Cela s'est traduit par la méconnaissance des populations sur la TB intéressant 55% de la population enquêtée [5]. Après 5 ans de mise en œuvre des activités du plan communication contre la TB (2013 – 2017), ce travail se propose d'étudier les connaissances, attitudes et pratiques de la population sur la tuberculose au Sénégal.

CADRE D'ÉTUDE

Le Sénégal a une superficie de 196.722 km². Il est situé entre 12°8 et 16°41 de latitude nord et 11°21 et 17°32 de longitude ouest. Il est limité au Nord par la Mauritanie, à l'Est par le Mali, au Sud par la République Guinée et la Guinée Bissau, à l'Ouest par la Gambie, et par l'Océan Atlantique sur une façade de 700 km. Selon les projections démographiques, en 2017, la population du Sénégal est estimée à 15 256 346 habitants avec 7 658 408 de femmes (50,2%) et 7 597 938 hommes (49,8%). Plus de la moitié des personnes vivant au Sénégal résident en milieu rural (53,5%) contre 46,5% de citadins [6]. Le Sénégal est composé de 14 régions médicales abritant 77 districts sanitaires et des collectivités locales (45 départements et 557 communes) depuis l'adoption de la loi n° 2013-10 du 28 décembre 2013 portant Code général des collectivités locales [7]. La lutte contre la tuberculose reste une des priorités du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) et, depuis 1985, un programme national de lutte contre la TB (PNT) a été créé. Ainsi, il vise à une gestion optimale afin de contribuer plus efficacement à la réduction de la charge de morbidité et de mortalité liée à cette affection [8, 9]. Le PNT a élaboré un plan de communication 2013-2017 avec des approches de communication diversifiées. Il collabore

avec les services de communication du MSAS pour élaborer les supports de communication et pour assurer les couvertures médiatiques de certains événements. La radio et la télévision restent les principaux canaux d'information sur la tuberculose auprès de la population [10].

MATÉRIELS ET MÉTHODE

Type et période d'étude

Il s'agit d'une enquête transversale, descriptive et analytique portant sur les connaissances, attitudes et pratiques de la population sur la tuberculose au Sénégal dans la période du 30 octobre au 12 novembre 2017.

Population d'étude

La population d'étude a été représentée par l'ensemble des sujets résidant dans les districts sanitaires choisis.

Critères d'inclusion

Était incluse dans l'étude, toute personne résidant dans la zone d'étude au moins 6 mois et âgée de 18 ans et plus.

Critères de non inclusion

Était non incluse, toute personne résidant dans la zone d'étude au moins 6 mois absente ou refusant de participer à l'enquête.

Echantillonnage

Un sondage aléatoire simple à plusieurs degrés a été effectué durant la période d'étude.

Choix des districts

Les districts ont été choisis à partir d'un sondage aléatoire simple stratifié. Les strates étaient composées par les 5 axes (centre, ouest, sud, est et nord du Sénégal). Au niveau de chaque axe l'ensemble des districts ont été listés suivant les régions. Ainsi 4 districts ont été choisis au hasard par axe. Ainsi au total 20 districts ont été enrôlés.

Choix des sujets de la communauté

Cette sélection a été faite à l'aide d'un sondage aléatoire simple au niveau des grappes. Les grappes ont été constituées par les villages et quartiers couverts par les centres de diagnostic et de traitement. Dans chaque district 5 grappes étaient sélectionnées suivant la liste des quartiers et villages. Pour améliorer la précision de la mesure ce tirage a été stratifié en milieu urbain et rural soit 2 quartiers et 3 villages. Au niveau d'une grappe, à partir du centre sociologique une concession a été tirée au sort à l'aide de la technique de la bouteille. Dans la concession la liste de l'ensemble des sujets remplissant les critères de sélection était établie. Un sujet a été tiré au sort et enquêté. La progression s'était faite de proche en proche et la même procédure a été appliquée jusqu'à l'obtention du nombre de sujets nécessaires dans la grappe.

Outil et technique de collecte

Les données étaient collectées à l'aide d'un questionnaire structuré confectionné pour le recueil des informations auprès des membres de la communauté. Les informations recueillies ont porté sur les connaissances, les attitudes et les pratiques sur la tuberculose mais aussi les comportements stigmatisant.

Pour déterminer le niveau de connaissance sur la TB, un score de 1 point a été attribué aux personnes ayant donné la bonne réponse et 0 à la mauvaise réponse. Cette évaluation portait sur les questions en rapport avec les connaissances: des signes de la TB, la gravité de la TB ; le mode de contamination ; l'existence de traitement efficace et la gratuité du traitement. Le calcul des quartiles du score a permis de déterminer le degré de connaissance sur la TB (tableau I). Le questionnaire a été administré à chaque de sujet de la communauté inclus dans l'étude.

Saisie et analyse des données

Les données collectées étaient saisies sur Excel et analysées grâce au logiciel R 2.2.9. Une La première étape était une description des différentes variables collectées en termes de paramètres de position (moyennes, fréquences) et de paramètres de dispersion (écart type). La deuxième étape concernait l'étude analytique et comporte des analyses bivariée et multivariée.

L'analyse bivariée consistait à la comparaison des proportions à l'aide de tests du Khi2 ou de Fisher selon leurs conditions d'applicabilité. Quant à l'analyse multivariée, elle a été utilisée pour la prise en compte des facteurs de confusion. Des modèles ont été développés. Les variables dépendantes étaient les connaissances, l'existence de pratiques stigmatisant. Toutes les variables dont les p étaient inférieurs à 0,25 dans les analyses bivariées ont été utilisées pour le modèle final [11]. Dans les modèles, les associations étaient mesurées par les odds ratios ajustés (OR aj) avec leurs intervalles de confiance à 95% [12].

Considérations éthiques

Dans cette étude, les personnes résidant au sein de la communauté ont été enrôlées de façon volontaire en vue de déterminer leur niveau de connaissances, attitudes et pratiques. Un consentement éclairé a été demandé à toutes les personnes âgées de 18 ans et plus, participant à l'étude. Le recueil des données se faisait après consentement éclairé des participants ayant reçu toutes les informations nécessaires quant au contenu de l'étude. Un formulaire de consentement a été élaboré et validé. Les données recueillies dans l'anonymat lors de l'analyse étaient gardées de façon confidentielle. Seuls les responsables de l'étude avaient accès aux données. L'approbation du Comité National d'Éthique pour la Recherche en Santé (CNERs) du Sénégal a été requise avant le démarrage des activités de terrain.

RÉSULTATS

Au terme de la collecte des données, 1000 sujets ont été enquêtés.

Etude descriptive

Caractéristiques sociodémographiques

L'âge moyen des enquêtés était de 36,0 ±13,7ans et des extrêmes allant de 18 à 80 ans. Le mode et la médiane étaient respectivement de 30 ans et 33 ans. Ils appartenaient essentiellement à la tranche d'âge 20-29 ans(31,6%).Le sexe masculin prédominait dans 65% des cas avec un ratio hommes/femmes de 1,5.Les sujets enquêtés étaient mariés dans 64,1% et ils résidaient en milieu urbain dans 65% des cas. Les sujets enquêtés n'étaient pas instruits à l'école française dans 38,3% des cas.

Connaissances sur la tuberculose

Presque la totalité des enquêtés soit 94,1% ont été informés de la TB et plus de

la moitié (57,8%) avaient comme sources d'informations sur la TB les médias, l'entourage (50,4%), agents de santé (16,9%), école (7,4%) et relais (6,1%). La toux était le principal symptôme de la TB citée par les enquêtés dans 83% des cas (tableau II).

Les sujets connaissaient la TB comme maladie grave et comme maladie contagieuse respectivement dans 87% et 79,7%. Les sujets connaissaient que le mode de transmission de la tuberculose est la voie aérienne dans 70%. Ils connaissaient l'existence de l'efficacité et de la gratuité du traitement de la TB respectivement dans 75,3% et 51,3% des cas.

Plus de la moitié des sujets avaient une bonne connaissance sur la tuberculose (52,6%). Les niveaux de connaissances faible et moyen sur la TB intéressaient respectivement 20,5% et 26,9% de la population enquêtée.

Attitudes des sujets sur la TB

En cas de toux de plus de quinze jours, 88,7% des sujets enquêtés déclaraient recourir en premier à la médecine moderne. Les enquêtés n'acceptaient pas de vivre avec un patient tuberculeux 30,1% des cas dont 95,3% avaient comme raison la peur d'être contaminée.

Pratiques des sujets sur la TB

Les sujets enquêtés avaient vécu avec un patient TB en milieu familial ou de travail respectivement dans 23,2% et 8,1% des cas. Parmi les sujets enquêtés, 13% avaient un comportement stigmatisant à l'égard d'un patient TB. L'isolement physique et le refus de manger avec le patient TB étaient les comportements stigmatisant les plus fréquemment retrouvés respectivement dans 67,5% et 66,7%. Parmi les sujets enquêtés, 18 % avaient déjà été témoins d'un comportement stigmatisant à l'égard d'un patient TB.

Etude analytique

Facteurs associés à la bonne connaissance de la tuberculose au niveau de la communauté

Les facteurs associés à la bonne connaissance de la tuberculose au niveau de la communauté (tableau III) étaient le fait de:

- résider dans les axes sud-est (ORaj = 2,4 [1,5-3,7]), centre (ORaj = 1,8 [1,2-2,7]) ;
- être marié (ORaj = 1,5 [1,1-2,1]) ;
- avoir un niveau d'étude : primaire (ORaj = 1,5 [1,1 -2,2]), secondaire (ORaj = 2,8 [1,9- 4,1]) ou supérieur (ORaj = 2,9 [1,7-4,8]) ;
- étaient âgés entre 40-49 ans ORaj = 2,2 [1,1 - 4,5]) ou avaient 50 ans et plus (ORaj = 2,5 [1,3 - 5,0]).

Facteurs associés à la stigmatisation des patients tuberculose au niveau de la communauté

Les facteurs associés à la stigmatisation des patients tuberculeux au niveau de la communauté (tableau IV) étaient le fait de:

- résider dans les axes centre (ORaj = 2,3 [1,1- 4,8]), sud-est (ORaj = 2,7 [1,2 - 6,4]) ;
- ne pas être informé par un agent de santé (ORaj= 2,2 [1,1- 4,9]) ;
- d'être témoin d'un comportement stigmatisant (ORaj=8,0 [5,0 -12,7]).

DISCUSSION

Comme limite de l'étude, une étude socio-anthropologique aurait pu être menée pour mieux cerner les facteurs associés à la connaissance sur la TB. Néanmoins

les résultats obtenus nous ont permis de faire les discussions suivantes.

Connaissances sur la tuberculose

Presque la totalité des enquêtés soit 94,1% ont été informés de la TB. Parmi les sujets qui déclaraient être informés de la TB, plus de la moitié (57,8%) avaient comme sources d'informations sur la TB les médias contre 56,9% au Mali [13] 31,0% au Bangladesh [15] et 2,5% en Ethiopie [14]. L'utilisation des médias permet de toucher une cible plus importante aux messages de sensibilisation sur la tuberculose sous diverses langues pour un changement de comportements des populations. La toux était le principal symptôme de la TB citée par les enquêtés dans 83% des cas contre 72,4% en Ethiopie orientale en 2013 [16]. L'amaigrissement, la fièvre, l'hémoptysie, les vomissements et les crachats étaient cités respectivement dans 29,6% ; 18,3% ; 11,1% ; 2,1% et 1,5%. Les sujets connaissaient la TB comme maladie grave dans 87% des cas contre 52,8% en Afrique du sud [17] en 2015. Les sujets enquêtés connaissaient que la TB est une maladie contagieuse dans 79,7% des cas contre 73,0% en Afrique du sud en 2015 [18] et 93,0% au Togo en 2015 [19]. Les sujets citaient la voie aérienne comme le mode de transmission de la tuberculose est dans 70,0% des cas contre 59,3% en Ethiopie orientale en 2013 [16]. Les sujets enquêtés connaissaient l'existence de l'efficacité et de la gratuité du traitement de la TB respectivement dans 75,3% et 51,3% des cas. Par ailleurs, dans une étude menée à Bouaké auprès de l'entourage des patients atteints de tuberculose pulmonaire bactériologiquement confirmé, la tuberculose a été reconnue par 61,8 % comme une maladie contagieuse, 72,5 % connaissaient son mode de contamination et 59,8 % savaient qu'elle est favorisée par le VIH. La toux chronique, la fièvre et l'amaigrissement étaient les signes les plus reconnus respectivement dans 72,5 %, 64,7 % et 55,7 % des sujets [20]. La connaissance des suspects de la tuberculose notamment une toux de plus 15 jours doit inciter les personnes à se recourir précocement aux structures sanitaires pour une meilleure prise en charge. La population avait une connaissance acceptable sur la tuberculose. Les résultats montrent que le niveau de connaissance reste relativement moyen au niveau de la communauté car intéressant un peu plus de la moitié soit 52,6%. Ce résultat est encourageant car le niveau de connaissances a augmenté de plus 7 points par rapport à l'enquête connaissances, attitudes et pratiques de 2013 (45%) [5]. Le bon niveau de connaissances s'explique par les stratégies de lutte contre la tuberculose mise en place par le PNT notamment la sensibilisation. Le niveau de bonne connaissance sur la TB est faible (24,8%) dans l'étude de Diallo S au Mali en 2009 [13]. Par ailleurs, Rita L. et al [17] qui avaient trouvé 66% de bonne connaissance parmi les Latino-Américains en 2004 et de Bati J. et collaborateurs qui avaient trouvé 57,6% de bonne connaissance en Ethiopie en 2011 [14].

Attitudes et pratiques sur la tuberculose

En cas de toux de plus de quinze jours, 88,7% des sujets enquêtés déclaraient recourir en premier à la médecine moderne contre 39,3% en Ethiopie orientale [16]. Parmi les enquêtés 30,09% n'acceptaient pas de vivre avec un patient tuberculeux. Parmi eux, 95,3% avaient comme raison la peur d'être contaminée par contre 7,1% des répondants avaient déclaré ne pas partager de nourriture et de boissons avec des patients tuberculeux [14]. Les sujets enquêtés avaient vécu avec un patient TB en milieu familial ou de travail respectivement dans 75,48% et 88,4% des cas. Ces résultats démontrent la fréquence de la maladie au sein de la communauté. Ces patients tuberculeux étaient en contact avec leur entourage socioprofessionnel. Par conséquent, le risque de transmission

de la maladie augmente notamment avec la forme TPM+.

Parmi les sujets enquêtés 13% avaient un comportement stigmatisant à l'égard d'un patient TB. Parmi eux, 62,5% l'avaient manifesté en milieu communautaire. L'isolement physique et le refus de manger étaient les comportements stigmatisant les plus fréquemment retrouvés respectivement dans 67,5% et 66,7% des cas contre 3,9% des enquêtés lors d'une étude en Ethiopie orientale en 2013 avaient répondu que la plupart des gens rejetaient le patient [16]. Ces comportements stigmatisant pourraient aggraver l'état de santé des patients. En effet, ces derniers développent des troubles psychiques notamment une perte d'estime de soi, un refus de prise des médicaments antituberculeux avec risque de survenue de résistance.

Parmi les sujets enquêtés, 18 % avaient déjà été témoins d'un comportement stigmatisant à l'égard d'un patient TB en milieu communautaire ou familial respectivement dans 59,9% et 42,9% des cas. Parmi les sujets enquêtés 11 % avaient déjà réalisé un crachat BAAR dont la toux était le principal motif. Ceci dénote la méconnaissance des signes de présomption de la TB. Une des recommandations du PNT est que devant une toux de plus de 15 jours la personne doit recourir à la structure sanitaire la plus proche pour une consultation en vue de bénéficier des examens de crachats BAAR. La sensibilisation reste une stratégie efficace pour améliorer le niveau de connaissances des populations sur la TB.

Facteurs associés à la bonne connaissance

Les sujets de la communauté résidant dans les axes sud-est et centre avaient respectivement 2,37 fois et 1,79 plus de chance d'avoir de bonne connaissance sur la tuberculose. Ces résultats s'expliquent par les actions ciblées en matière de communication sur la tuberculose et la forte mobilisation des acteurs communautaires au sein de ces localités. Les sujets enquêtés étaient mariés dans 64,1%. Il existe un lien statistiquement significatif entre le statut matrimonial et le fait d'avoir une bonne connaissance sur la tuberculose. Les mariés avaient 1,5 fois plus de chance d'avoir une bonne connaissance sur la tuberculose. Ce résultat a été retrouvé dans l'étude de Luba TR à Lesotho où les personnes mariées avaient 1,4 fois plus de chance d'avoir des connaissances sur la tuberculose [21]. Ces résultats pourraient s'expliquer par le partage d'informations sur la TB au sein des couples. Les sujets scolarisés représentaient 61,7%. Il y'avait un lien statistiquement significatif entre le niveau d'instruction et le fait d'avoir une bonne connaissance sur la tuberculose. Les personnes instruites de niveaux primaire, secondaire et supérieure avaient respectivement 1,5 fois ; 2,8 fois et 2,9 fois plus de chance d'avoir de bonne connaissance sur la tuberculose. Similaire à l'étude de Luba TR et al où plus le niveau d'instruction est élevé plus la personne a de la chance de connaître la tuberculose [22]. Ceci s'explique par le fait que les personnes instruites sont plus attentives aux questions de sensibilisation concernant la tuberculose. En effet, ces dernières n'hésitent pas à aller dans les structures sanitaires pour avoir de plus amples informations sur cette maladie et se faire consulter en cas de toux de plus de 15 jours. Par contre les personnes non instruites ont recours le plus souvent à l'automédication ou une consultation chez les tradipraticiens. Dans une étude menée au Mali, des personnes pensaient même qu'une toux chronique ne peut pas être guérie par la médecine moderne et que le guérisseur traditionnel est mieux indiqué [13]. Les traditions sont encore fortement ancrées dans la société et une maladie qui dure est interprétée comme étant due à des maléfices ou encore à un mauvais sort et c'est seulement le guérisseur qui peut y apporter une solution : incantations, gris-gris. L'amélioration du niveau d'instruction des populations pourrait

se révéler pertinente pour booster leurs connaissances sur la tuberculose. Les sujets âgés entre 40-49 ans ou 50 ans et plus avaient plus de chance d'avoir une bonne connaissance générale de la TB. Ceci doit pousser les autorités à cibler la communauté en insistant sur les plus jeunes (< 40 ans) dans les activités de communication afin que celle –ci ne manifestent pas de comportements stigmatisant à l'endroit des patients TB.

Facteurs associés aux comportements stigmatisant

Les sujets résidant dans les axes du centre, du sud-est avaient plus de risque d'avoir un comportement stigmatisant. Ceci pourrait s'expliquer par les facteurs socio-culturels. Ces sujets ont des croyances culturelles ancrées ce qui pose des difficultés lors de la sensibilisation. Une communication en langue vernaculaire pourrait rendre plus facile l'adhésion de ses populations dans la lutte contre la tuberculose. Les sujets n'ayant pas été informés par un agent de santé ou témoins d'un comportement stigmatisant étaient plus enclins à stigmatiser les patients TB. Parmi les sujets enquêtés 13% avaient un comportement stigmatisant à l'égard d'un patient TB. Au Togo, le rejet des patients tuberculeux par la société était rapporté par 9,7 % des cas en 2012 [19]. Ceci pourrait s'expliquer par une méconnaissance de la tuberculose concernant les signes, le mode de transmission et de l'évolution sous traitement. Des actions de communication et de sensibilisation devraient être menées pour une meilleure connaissance de la tuberculose en sollicitant les agents communautaires, les délégués de quartiers, les chefs de villages etc.

CONCLUSION

Cette étude a permis de montrer que 52,8% des personnes enquêtées avaient une bonne connaissance sur la tuberculose. Ce résultat encourageant contraste avec les comportements stigmatisant de certaines personnes (13%) à l'endroit des patients tuberculeux. Ainsi, il paraît opportun au programme de lutte contre la tuberculose de renforcer les activités de sensibilisation avec une pleine implication des communautés afin de contribuer à l'atteinte des objectifs de la stratégie END TB d'ici 2035. Ces actions de lutte doivent être couplées à un renforcement des capacités des prestataires de soins sur les techniques de communication pour un changement de comportement.

RÉFÉRENCES

1. WHO. Global tuberculosis report 2017. Genève: WHO; 2017.
2. Programme national de lutte contre la tuberculose. Plan Stratégique National sur la tuberculose 2018 - 2022. Dakar : PNT ; 2017 ; 87p.
3. Berkley S. HIV in Africa: what is the future? *Ann Intern Med* 1991; 116: 339-340.
4. Collège des Universitaires des Maladies Infectieuses et Tropicales. Tuberculose, In E PILLY : Vivactis plus Ed. Bordeaux: 2006; 427-434.
5. PNT. Enquête des connaissances, attitudes et pratiques sur la tuberculose auprès de la communauté au Sénégal. 2013.
6. ANSD. Dernier recensement de la population du Sénégal. Mars 2018. 16p.
7. PNT. Rapport de la Revue Externe du Programme National de lutte contre la tuberculose du Sénégal. Décembre 2012.
8. Programme national de lutte contre la tuberculose. Rapport annuel sur la tuberculose 2012. Sénégal: ministère de la santé et de l'action sociale/direction générale de la sante direction de la lutte contre la maladie. 2012.

9. Programme national de lutte contre la tuberculose. Rapport annuel de 2013. Sénégal: ministère de la santé et de l'action sociale/direction générale de la sante direction de la lutte contre la maladie, 2013.
10. PNT. Rapport de la revue externe sur la tuberculose. Dakar : PNT ; 2016 ; 73p
11. Collet D. Modelling binary data. London Chapman et Hall/CRC, 2003, 387p.
12. Hosmer D W, Lemeshow S. Applied logistic regression. John Wiley, New York, 1989.307p.
13. Diallo S, Diarra B, Diop S, Toloba Y, Berthé F, Sissoko B, et al. Knowledge of the Bamako general population of tuberculosis. Le Mali Medical. 2009; 24(1):48-51.
14. Bati J, Legesse M, Medhin G. Community's knowledge, attitudes and practices about tuberculosis in Itang special district, Gambella region, south western Ethiopia. BMC Public Health. 2013;7:13–734.
15. Paul S, Akter R, Aftab A, et al. Knowledge and attitude of key community members towards tuberculosis: mixed method study from BRAC TB control areas in Bangladesh. BMC Public Health. 2015; 15:52.
16. Tolossa D, Medhin G, Legesse M. Community knowledge, attitude, and practices towards tuberculosis in Shinile town, Somali regional state, eastern Ethiopia: a cross-sectional study. BMC Public Health. 2014;14:804.
17. Rita L, Ailinge R. Latino Immigrants' Knowledge of Tuberculosis. Wiley Online Library. 2004; 21: 519-523.
18. Kigosi NG, Heunis JC, Engelbrecht MC, Janse van Rensburg AP, van Rensburg HCJD. Tuberculosis knowledge, attitudes and practices of patients at primary health care facilities in a South African metropolitan: research towards improved health education. BMC Public Health. 2017;17:795.
19. AdjohA K, Boukari M, Tidjani O et coll. Connaissances, attitudes et pratiques de la population générale sur la tuberculose au Togo. Revue des Maladies Respiratoires. 201; 33 : A161-A162.
20. Dje Bi IH, Anon JC, Yeo L, Meliane NS, Achi V. Connaissances de l'entourage des patients atteints de tuberculose pulmonaire confirmée bactériologiquement vus à Bouaké. Revue des Maladies Respiratoires. Volume 36, Supplément, January 2019, Page A259.
21. Luba TR, Tang S, Liu Q, Gebremedhin SA, Kisasi MD, Feng Z. Knowledge, attitude and associated factors towards tuberculosis in Lesotho: a population based study. BMC Infect Dis. 2019 Jan 29;19(1):96.
22. Luba TR, Tang S, Liu Q, Gebremedhin SA, Kisasi MD, Feng Z. Knowledge, attitude and associated factors towards tuberculosis in Lesotho: a population based study. BMC Infect Dis. 2019 Jan 29;19(1):96.

Remerciements

Nous remercions infiniment le Programme National de lutte contre la Tuberculose (PNT) et l'Institut de Santé et Développement (ISED) pour leur collaboration dans le cadre de cette recherche.

ANNEXES

Tableau I : Niveau de connaissances sur la tuberculose en fonction des quartiles du score

Connaissance sur la tuberculose	Quartiles du score (%)
Pas de connaissance	[0 – 25[
Faible	[25 – 50[
Moyen	[50 – 75[
Bonne	[75 – 100]

Tableau II: Répartition des sujets selon la connaissance des symptômes de la tuberculose

Connaissance des symptômes de la TB	Fréquence absolue (n)	Fréquence relative (%)
Toux	830	83,0
Fièvre	183	18,3
Amaigrissement	296	29,6
Hémoptysie	111	11,1
Crachats	15	1,5
Aucun signe	131	13,1

Tableau III: Facteurs associés à la bonne connaissance de la tuberculose au niveau de la communauté

Caractéristiques des sujets de la communauté	P value	OR aj [IC à 95%]
Axe	0,0001	
Ouest		1
Sud est		2,4 [1,5-3,7]
Centre		1,8 [1,2-2,7]
Sud		1,2 [0,7-1,8]
Nord		1,0 [0,6-1,5]
Tranche d'âge	0,004	
Moins de 20 ans		1
Entre 20-29 ans		1,2 [0,6 -2,2]
Entre 30-39 ans		1,6 [0,9 -3,2]
Entre 40-49 ans		2,2 [1,1-4,5]
50 ans et plus		2,5 [1,3 -5,0]
Sexe	0,054	
Masculin		0,7 [0,6 -1,0]
Féminin		1
Marié	0,015	
Oui		1,5 [1,1-2,1]
Non		1
Niveau instruction française	0,001	

Sans		1
Primaire		1,5 [1,1-2,2]
Secondaire		2,8 [1,9-4,1]
Supérieur		2,9 [1,7-4,8]

Tableau IV : Facteurs associés à la stigmatisation des patients tuberculeux au niveau de la communauté

Caractéristiques des sujets de la communauté	P value	OR aj [IC à 95%]
Axes	0,042	
Centre		2,3[1,1-4,8]
Sud est		2,7[1,2-6,4]
Nord		1,3 [0,6-2,7]
Ouest		1,4 [0,6-3,2]
Sud		1
Tranche d'âge	0,244	
<20 ans		2,7 [0,8-8,8]
Entre 20-29 ans		2,2 [1,1-4,5]
Entre 30-39 ans		1,7[0,8-3,6]
Entre 40-49 ans		2,0 [0,9-4,2]
50 ans et plus		1
Zone de résidence	0,393	
Urbaine		1
Rurale		1,4[0,6-2,9]
Niveau instruction	0,371	
Sans		1,7[0,6-3,8]
Primaire		1,6[0,7-4,1]
Secondaire		1,0[0,4-2,6]
Supérieur		1
Information TB par les médias	0,112	
Oui		1,4[0,9-2,6]
Non		1
Information TB par les agents de santé	0,040	
Oui		1
Non		2,2[1,1-4,9]
Connaissance des signes (toux)	0,902	
Oui		1
Non		0,9[0,5-1,8]
Connaissance de la gravité de la TB	0,050	
Oui		1
Non		0,5[0,2-1,0]
Témoin d'un comportement stigmatisant		
Oui	0,001	8,0[5,0-12,7]
Non		1