CONNAISSANCE DE LA POPULATION GENERALE DE BAMAKO SUR LA TUBERCULOSE

S. Diallo(1), B. Diarra(1), S. Diop(2), Y. Toloba(1), F. Berthé(2), B. Sissoko(1), P. Gomez(1), O. M'Baye(1), B. Keita(1)
(1) : Service de pneumologie, Hôpital du point G : BP 333 Bamako Mali
Email : solomrtcbko.org ; (2) : FMPOS, Université de Bamako ; BP 1805, Bamako Mali

RESUME
L'espoir de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans la lutte contre la tuberculose repose aujourd'hui sur la mise en application de la stratégie DOTS. La réussite de cette stratégie passe obligatoirement par une implication des parents, des voisins en un mot de la population vivant à coté du malade ; c'est pourquoi nous nous sommes fixés comme objectif d'étudier la connaissance sur la tuberculose des personnes de plus de 18 ans du district de Bamako. Nous avons réalisé une étude transversale complétée par des groupes de discussion orientée (focus groupe) dans 3 quartiers de Bamako auprès de la population générale (personnel socio-sanitaire, anciens tuberculeux et aidants naturels) pendant la période du 1 er juin au 15 juillet 2004.
Notre échantillon était composé de 246 personnes pour les questionnaires individuels et de 47 pour 8 séances de focus groupe : le sexe ratio était de 2,5 en faveur des hommes et 60,2% de nos sujets avaient moins de 30 ans. Dans la population générale de Bamako 24,8% avaient une bonne connaissance, 49,0% une connaissance moyenne et 26,2% une mauvaise connaissance. 48,8 % de ceux qui avaient une connaissance Bonne étaient les élèves, étudiants et fonctionnaires. Si en général la population avait une bonne connaissance sur la symptomatologie (90,2 %), elle avait par contre des connaissances très limitées sur l'étiologie (seulement 10,6% des sujet savaient que la tuberculose est causée par une bactérie) ou sur les modes de transmission (cigarettes, savon, viande).
La population de Bamako a un niveau de connaissance très passable sur la tuberculose. Si ce niveau est bon en ce qui concerne la symptomatologie, il est très insuffisant sur l'étiologie ou encore sur la transmission de la maladie. Pour améliorer cette connaissance il faut une sensibilisation soutenue à la télévision et à la radio dans les dialectes et langues nationales.
Mots clés : Connaissance, Tuberculose, Population Générale, Bamako

SUMMARY
The hope of the World Health Organization (WHO) in the fight against tuberculosis rests today on the implementation of the strategy DOTS. The success of this strategy passes obligatorily by an implication of the parents, neighbors in one word of the population living with the patient; this is why we fixed our objective to study knowledge on the tuberculosis of the people of more than 18 years of the district of Bamako. We carried out a cross-sectional study supplemented by focus-groups in 3 districts of Bamako near the general population (socio-medical personnel, old tuberculous, and helping natural) for the period from the 1st of June to July 15, 2004.
Our sample was composed of 246 people for the individual questionnaires and of 47 per 8 meetings of focus group: the sex ratio was 2,5 in favour of the men and 60,2% of our subjects had less than 30 years. In the general population of Bamako 24,8% had a good knowledge, 49,0% an average knowledge and 26,2% a bad knowledge. 48,8 % of those which had a good knowledge were the pupils, students and civils servant. So in general the population had a good knowledge on symptomatology (90,2 %), it on the other hand had the knowledge very limited on the etiology (only 10,6% of the subject knew that tuberculosis is caused by a mycobactery) or on the modes of transmission (cigarettes, soap, meat).
The population of Bamako has a very passable level of knowledge on tuberculosis. If this level is good with regard to symptomatology, it is very insufficient on the etiology or on the transmission of the disease. To improve this knowledge one needs a sensitizing supported for television and the radio in the dialects and national languages.
Key words: Knowledge, Tuberculosis, General Population, Bamako

INTRODUCTION

La tuberculose paraît pour beaucoup, une maladie du passé. Cependant on parle depuis quelques années de <<recrudescence>> [1]. L'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S) estime à 2 milliards le nombre de personnes infectées par le bacille tuberculeux, soit environ un tiers de la population mondiale [2]. On note plus de 10 millions de nouveaux cas par an ainsi qu'une mortalité annuelle de 3 millions dans le monde [2]. Les décès dus à cette maladie comptent pour 25 % de toutes les morts évitables dans les pays à faible ou moyen revenu (Afrique sub-saharienne et l'Asie du sud-est)[3]. Cette augmentation de l'incidence de la tuberculose dans les régions les plus démunies comme le Mali(en 2003,on estimait au Mali à 37000 les nouveaux cas de tuberculose soit 320 pour 100 000 habitants, et à 16 500 les nouveaux cas TPM+ soit 142 pour 100 000 parmi lesquels 3 000 ont été détectés soit 21 % ; le taux de guérison était de 61 % [4]) s'explique par un accroissement

démographique important, une urbanisation rapide, une absence ou une implantation récente de programme national antituberculeux d'efficacité encore insuffisante, une émergence de souches de Mycobacterium tuberculosis résistantes aux antituberculeux majeurs et enfin et de loin la plus importante cause est la survenue de la pandémie du VIH/SIDA[5]. Pour inverser cette tendance l'O.M.S s'est fixé deux objectifs : dépister au moins 70 % des cas de tuberculose à frottis positif et, guérir 85 % des cas dépistés. La stratégie recommandée pour atteindre ces objectifs est la stratégie DOTS (Directly Observed Treatment Short course) dont l'une des composantes est la chimiothérapie de courte durée (CCD) sous supervision directe au moins pendant la phase initiale ; ceci passe nécessairement par l'implication des malades tuberculeux eux-mêmes, des parents, des aidant-naturels, des voisins, des associations communautaires, en un mot de la population générale. Notre étude se propose d'évaluer leurs connaissances, attitudes et pratiques comportementales reliées à la tuberculose.

METHODOLOGIE

Nous avons réalisé une étude transversale à un seul passage dans le district de Bamako (capitale du Mali) du 1er juin au 15 juillet 2004.

Le Mali est un pays enclavé situé entre les 10 ème et 12 ème parallèle de latitude Nord au cœur de l'Afrique de l'Ouest

Il couvre une superficie de 1 240 192 km² et fait frontière avec sept pays : l'Algérie, la Guinée, la Cote d'Ivoire, le Niger, le Burkina Faso, le Sénégal et la Mauritanie. Le Mali est un pays multiethnique avec l'Islam comme religion dominante (87 %). Le Mali compte environ 10 800 000 habitants (1995) qui sont majoritairement ruro-sédentaires et concentrés au centre et au sud du pays. Administrativement le Mali est découpé en un district (capitale), huit régions administratives qui regroupent 703 communes. Bamako a servi de cadre pour notre étude. C'est une ville qui s'est essentiellement développée sur les rives droite et gauche du fleuve Niger ; il compte environ 1 016 296 habitants repartis entre six communes.

Pour une prévalence attendue de 20 %(sujets qui connaissent la relation entre la tuberculose et le sida), avec une précision de 95 % et un risque alpha de 5 % nous avons obtenu un échantillon de 246 sujets. Les communes I, IV et V ont été tirées au sort parmi les 6 communes. Dans chaque commune un quartier a été tiré au sort ; c'est ainsi que Doumazana dans la commune I, Lafiabougou dans la commune IV et Sabalibougou dans la commune V ont été sélectionnés. Les entretiens ont été réalisés en français ou dans les langues nationales. 82 personnes ont été retenues par quartier pour les questionnaires individuels et les entretiens libres de groupes dirigés ont concerné des groupes de 6 à 8 personnes et ont été réalisés sur des bandes magnétiques et ensuite transcrits et traduits en français.

Ont été inclus dans notre étude les personnes âgées de 18 ans au moins, ayant déjà entendu parler de tuberculose et acceptant librement de répondre aux questions.

Pour cette étude nous avons utilisé :

- un questionnaire semi-directif dans lequel le sujet aura à répondre par Oui, par Non ou Ne Sait Pas (NSP) ; à choisir une seule réponse parmi plusieurs réponses proposées
- un questionnaire libre pour les entretiens de groupe : les participants sont classés dans la même classe d'âge, sociale et de même sexe pour éviter les biais et les influences. Le groupe fonctionne avec un animateur, un modérateur et un secrétaire de séance. Pour cette étude 8 séances de groupe ont été réalisées : 4 chez les hommes et 4 chez les femmes.

Pour la connaissance générale de la tuberculose, chaque bonne réponse a été notée sur un point pour les dix questions posées dans ce sous chapitre. Les sujets seront catégorisés en connaissance bonne (8 –10/10 points) ; Partielle (5-7/10 points) et mauvaise (0-4/10 points).

Après avoir choisi les quartiers, les enquêtes se sont déroulées au sein des maisonnées ou dans la rue. Le choix des familles se faisait au hasard et portait sur une concession sur dix à partir de la mairie du quartier en allant à gauche ou à droite. Les entretiens de groupe se sont déroulés dans les endroits publics ou dans la rue.

Les données recueillies ont été analysées sur SPSS et EPI6FR avec une probabilité de 95 % et un risque alpha de 0,05.

Le Khi2 de 0,5 a été utilisé pour confirmer ou rejeter les hypothèses.

Le respect de la dignité, de l'intimité et de la liberté de la personne a été assuré. La confidentialité entre les sujets et notre équipe a été maintenue par des questionnaires anonymes.

RESULTATS

Cette étude, transversale à un seul passage a porté sur 246 personnes choisies dans 3 quartiers de Bamako pour les questions individuels et sur 47 personnes pour 8 séances de focus groupe (entretiens de groupe).

1 Les entretiens individuels

Le sexe masculin était le plus représenté avec un sexe ratio de 2,5 en faveur des hommes. La tranche d'âge de 23-29 ans était la plus

représentée chez les hommes contre celle des 18-22 ans chez les femmes. La catégorie professionnelle la plus nombreuse était celle des étudiants/enseignants avec 27,7 %. Le Bambara était l'ethnie la plus représentée (52,5%).
24,8 % avaient une connaissance **Bonne**, 49,0 % une connaissance **Moyenne** et 26,2 % une connaissance **Mauvaise** de la tuberculose (tabl. I).
48,8 % de ceux qui avaient une connaissance Bonne étaient les élèves, étudiants et fonctionnaires.
36,6 % des sujets résidant à Sabalibougou avaient une connaissance Bonne de la tuberculose (Tabl. II)
90,2 % de nos sujets savaient que la principale symptomatologie de la tuberculose est la toux et qu'elle est potentiellement mortelle.
50,1 % de ceux qui avaient une connaissance Mauvaise préféraient amener leurs parents chez un guérisseur pour une toux de plus d'un mois
Pour 85 % de nos sujets il n'existe aucune relation entre tuberculose et infection VIH
2 Les entretiens de groupe
Seulement 10,6 % de nos sujets savaient que la tuberculose est causée par une bactérie (tabl. III).
66,0 % des sujets ne savaient pas que les médicaments anti-tuberculeux sont gratuits au Mali.
59,6 % considéraient l'E.P.S (l'Education Pour la Santé) à la radio et à la télévision comme la clé du succès dans la lutte anti-tuberculeuse

DISCUSSION

Le sexe ratio était de 2,5 en faveur des hommes ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'au Mali les femmes sont plus réservées et souvent timides et, à l'opposé des étudiants et enseignants elles ne se prêtent que difficilement aux questions des << inconnus dans la rue >>. L'ethnie Bambara était la plus représentée conformément à la structure de la population malienne dans laquelle les Bambara qui comprennent les Malinké et les Khassonké sont très largement prédominants.
24,8 % de la population avait une bonne connaissance ; 49 % une connaissance partielle et 26,2 % une mauvaise connaissance de la tuberculose. Ces résultats sont différents de ceux de H. Zaber et collaborateurs [6] qui avaient trouvé respectivement 37,5 % ; 38,3 % et 24,2 % en Egypte. Rita. L et collaborateurs [7] avait retrouvé 66 % de bonne connaissance parmi les latino-Américains en 2000. La population de Bamako avait donc une connaissance très passable sur la tuberculose ; cette connaissance était d'autant plus importante que les sujets interrogés étaient lettrés (48,8 % des sujets qui avaient une bonne connaissance étaient les élèves, étudiants et fonctionnaires) ou qu'ils habitaient dans un quartier où il y avait le plus d'anciens tuberculeux (36,6 % de la population de Sabalibougou avait une bonne connaissance). Sabalibougou est un nouveau quartier et c'est là qu'on rencontre les populations à faibles revenus qui pour la plupart n'ont pas d'eau courante ou l'électricité et qui vivent à plusieurs dans des concessions en banco. Ce qui pourrait expliquer pourquoi ce quartier avait le plus grand nombre d'anciens tuberculeux. Ces anciens tuberculeux et leur entourage ont été sensibilisés durant leur traitement anti-tuberculeux (8 mois au Mali) ce qui expliquerait leur meilleure connaissance de la tuberculose. Bien que 90,2% de nos sujets avaient une bonne connaissance de la symptomatologie (toux qui dure, crachats sanguinolents, fièvre) contre 71 % de San Sébastien en 2000 au Canada[8] ; l'étude a révélé des connaissances très limitées sur les modes de transmission et sur la cause de la tuberculose. Ainsi seulement 10,6% de nos sujets savaient que la tuberculose est causée par une bactérie contre 55% de Marinac JS et collaborateurs au Kansas en 1998 [9]. La moitié de ceux qui avaient une Mauvaise Connaissance (50,1%) pensaient qu'une toux chronique ne peut pas être guérie par la <<médecine moderne>>et que le guérisseur traditionnel est mieux indiqué. Les traditions sont encore fortement ancrées dans la société malienne 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.
La relation entre le VIH et la tuberculose n'était pas connue par 85% de nos sujets. La tuberculose est la première infection opportuniste au cours du SIDA[] ; la connaissance de cette relation permettrait certainement de découvrir précocement une infection VIH chez les malades tuberculeux évitant ainsi d'éventuelles complications mais par contre risque de créer un facteur de rejet ou de stigmatisation en plus pour les malades tuberculeux(malade tuberculeux = SIDEEN).
66% de nos sujets ne savaient pas que les médicaments antituberculeux sont gratuits. Etant donné la pauvreté des populations, la hantise de l'ordonnance est parmi d'autres, un facteur dissuasif pour la fréquentation des services socio-sanitaires et pourrait en partie expliquer le << succès>> des guérisseurs réputés beaucoup moins chers.
La radio et la télévision sont les meilleurs moyens d'éducation pour la santé pour 56,9% de nos sujets contre 64% en Egypte[6]. La transmission des messages par ces moyens

devrait tenir compte de la grande diversité de langues nationales et de dialectes au Mali.

CONCLUSION

La population de Bamako a un niveau de connaissance très passable sur la tuberculose. Si ce niveau est bon en ce qui concerne la symptomatologie, il est très insuffisant sur l'étiologie ou encore sur la transmission de la maladie. Pour améliorer cette connaissance il faut une sensibilisation soutenue à la télévision et à la radio dans les dialectes et langues nationales.

Tableau I : Répartition des sujets selon leur connaissance sur la tuberculose

Connaissance de la tuberculose	Effectif	Points	%
Bonne connaissance	61	8 à 10	24,8
Moyenne connaissance	121	5 à 7	49,0
Mauvaise connaissance	64	0 à 4	26,2
TOTAL	246		100

Tableau II : Répartition des sujets selon leur connaissance et la résidence

Connaissance de la tuberculose	Sabali_bougou N	%	Lafiabougou N	%	Doumanzana N	%
Bonne connaissance	30	36,6	16	19,5	15	18,3
Moyenne connaissance	41	50,0	52	63,4	50	61,0
Mauvaise connaissance	11	13,4	14	17,1	17	20,7
TOTAL	82	100	82	100	82	100

Khi2=6,644 p= 0,047

Tableau III : Répartition des sujets selon leur connaissance sur la cause de la tuberculose

Cause	N	%
Poussière	5	10,6
Cigarette	12	25,5
Microbe	5	10,6
Pauvreté	6	12,8
Lait non bouilli	9	19,1
NSP(Ne Sait Pas)	10	12,8
Autres(savon, viande….)	4	8,5
TOTAL	47	100

REFERENCE

1 G. Bouvenot, B. Devulder, L. Guillevin, P. Queneau. Pathologie Médicale Pneumologie ; 1 : 144-61
2 E. Pichard, D. Minta. Maladies Infectieuses en Afrique. Brochure 2000 ; 1 : 111-20
3 Raviglione MC, Snider DE, Kochi A. Global epidemiology of tuberculosis. Morbidity and mortality of a worldwide epidemic. JAMA 1995 ; 273 : 220-226
4 Guide du traitement de la tuberculose au Mali, Ministère de la Santé : DNSP-PNLT. Bamako 41, 1994 : 20
5 Berkley S. HIV in Africa: what is the future? Ann Intern Med 1991; 116: 339-340
6 H. Zaher, A. Mokhtar, A. Shouman. The meaning of tuberculosis among community members in two Egyptian governorates 1996.
7 Rita L, Ailinge R. Tuberculosis Knowledge among Latino-Immigrants. Public health and environment. Abstract 85454, November 2004.
8 S Sebastian, M Bothamley. Sociological approach to health care and tuberculosis control. Respiratory Medecine,2000;94: 648-53
9 Marinac JS, Willsie SK, MC Bride D., Hambourger SC. Knowledge of tuberculosis in high-risk populations: survey of inner city minorities