



ENQUETE CAP SUR LA TUBERCULOSE AU CAMEROUN

2016

Equipe PNL

F. Bekang

T. Nsangou

R. Ntone

Sommaire

Acronymes	2
Liste des tableaux	3
Liste des figures	5
Remerciements	6
Résumé.....	7
I. Introduction generale	10
1. Contexte.....	10
2. Justification de l'étude	12
II. Objectifs	14
1. Objectif général.....	14
2. Objectifs spécifiques	14
III. Méthodologie	15
1. Type d'étude	15
2. Population cible.....	15
3. Echantillonnage.....	15
4. Méthode d'échantillonnage.....	16
5. Organisation de l'étude	16
5.1 Procédure de sélection des ménages.....	16
5.2 Techniques d'enquête et outils utilisés	17
5.3 Recrutement et Formation des enquêteurs	17
5.4 Enquête pré test.....	17
5.5 Considérations éthiques.....	17
5.6 La collecte des données.....	18
5.7 Traitement et analyse des données.....	18
IV. Resultats de l'enquete	19
1. Caracteristiques générales de la population de l'Etude	19
2. Recherche des soins.....	20
3. Raison de la non visite des formations sanitaires	21
4. Connaissances de la Tuberculose.....	21
a. Connaissances des Symptômes évocateurs de la Tuberculose.....	21
b. Connaissances de personnes à risques et mode de transmission de la TB	26
c. Connaissances sur la prévention	27
d. Connaissances sur le traitement de la TB.....	29
e. Connaissance sur la Curabilité de la TB	30
f. Evaluation du niveau de connaissances sur TB	30
5. Attitudes et Pratiques vis-à-vis de la Tuberculose	32
V. Evolution des différents résultats par rapport aux données de base	35
VI. Zones d'intervention des SR et activités de communication.....	37
VII. Conclusions/recommandations	38
VIII. Bibliographie	40

Acronymes

AFD : Agence Française de Développement

CAP : Connaissance Attitude et Pratique

CDT : Centre de Diagnostic et de Traitement

CIP : Communication Inter Personnelle

FM : Fond Mondial

GIZ : Coopération Technique Allemande au Développement

GTC : Groupe Technique Central

MEO : Mise en Œuvre

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OSC : Organisation de la Société Civile

PNLT : Programme National de Lutte contre la Tuberculose

PSN : Plan Stratégique National

SR : Sous Récipiendaires

TB : Tuberculose

URLT : Unité Régionale de Lutte contre la Tuberculose

Liste des tableaux

Tableau 1. Caractéristiques de la population de l'étude

Tableau 2. Répartition des personnes interviewées en fonction leurs réponse sur la recherche des soins

Tableau 3. Répartition des personnes interviewées en fonction leurs réponse sur la non visite des formations sanitaires

Tableau 4. Connaissances des symptômes évocateurs de la Tuberculose

Tableau 5. Répartition des interviewées ne connaissant pas la TB selon sexe, l'âge, la localisation et le niveau d'étude.

Tableau 6. Répartition du niveau de connaissance des symptômes de la TB selon le sexe, la localisation, l'âge et le niveau d'étude.

Tableau 7. Répartition des sources d'informations chez les personnes connaissant au moins un symptôme de la TB selon la localisation

Tableau 8. Répartition des personnes interviewées connaissant la toux de plus de 2 semaines comme symptôme évocateurs de la TB selon la Zone régionale

Tableau 9. Source d'information générale sur la Tuberculose

Tableau 10. Connaissance des personnes à risque et les modes de transmissions de la TB

Tableau 11. Répartition du niveau de connaissance des modes de transmission de la TB selon la localisation, le sexe, l'âge et le niveau d'étude.

Tableau 12. Connaissances des moyens de prévention de la TB

Tableau 13. Répartition du niveau de connaissance des moyens de prévention de la TB selon le sexe, l'âge, la localisation et le niveau d'étude

Tableau 14. Connaissance du traitement de la TB

Tableau 15. Répartition du niveau de connaissance du traitement de la TB selon le sexe, la localisation, l'âge et le niveau d'étude.

Tableau 16. Connaissances de la Curabilité de la TB

Tableau 17. Répartition du score de connaissances selon le sexe, la localisation, la classe d'âge et le niveau d'étude

Tableau 18. Répartition du score de connaissance par zone

Tableau 19. Répartition du score de connaissance TB selon le sexe, l'âge, la localité et le niveau d'étude.

Tableau 20. Répartition des personnes selon les connaissances et leurs attitudes face la tuberculose

Tableau 21. Répartition des personnes selon les connaissances et leurs attitudes face au tuberculeux dans la communauté

Tableau 22. Répartition des personnes selon les connaissances et leurs attitudes face à la co-infection TB/VIH

Tableau 23. Répartition des interviewées selon les connaissances et leurs pratique de personnes à qui parler quand on est dépisté de la tuberculose

Tableau 24. Répartition des interviewées selon les connaissances et leurs pratique face au symptôme de la tuberculose

Liste des figures

Figure 1. Niveau globale des connaissances de TB

Figure 2. Comparaison connaissances sur la TB entre les années

Figure 3. Comparaison des sources d'information sur la TB entre les années

Remerciements

Nous adressons nos sincères remerciements au PNLT qui a bien voulu nous accompagner dans la réalisation de cette importante mission, pour la lutte contre la tuberculose au Cameroun.

Ce travail est le fruit d'une riche expérience de collaboration et d'échanges entre l'équipe de Consultant et le PNLT, dirigé par le Dr Jean Louis Abena à qui nous décernons une mention spéciale pour les facilités offertes tout au long du processus et pour son engagement pour les résultats.

Nous remercions également les responsables des URLT qui ont reçu les équipes et ont largement facilité la collecte de données sur le terrain.

Ce travail n'aurait été possible sans la collaboration des enquêtés et leurs familles, des autorités administratives et locales qui ont participé à cette opération.

Nous tenons aussi à remercier tous les membres de l'équipe de recherche, y compris les superviseurs et enquêteurs, les agents de saisie, les statisticiens et toutes les personnes qui de près ou de loin, ont contribué à ce résultat.

Nous remercions particulièrement toute l'équipe du groupe technique central du PNLT à savoir Dr Jean Louis ABENA FOE, Dr Vincent MBASSA, Dr Antoine De Padoue ETOUNDI EVOUNA, Mr Philémon EFANGON, Mr Michel SOUMBOU EKOUMOU et Mr Dubliss NGUAFACK pour leur diligence et pour leur engagement dans la production d'un travail de bonne qualité.

Résumé

Introduction : La TB demeure un problème de santé publique majeur dans notre pays. Malgré les efforts consentis par les différents acteurs impliqués dans la lutte contre cette affection, le taux d'incidence reste élevé. En 2013, une première enquête CAP a été réalisée et avait révélé que 66,7% de la population avait des connaissances satisfaisantes sur la TB et ceci était considérée comme une valeur de base pour évaluer le niveau de connaissances satisfaisantes sur la TB lors des prochaines enquêtes. Les résultats de la présente enquête permettront au PNLT de juger l'impact de ses activités sur le terrain par rapport aux données de base.

Objectif général : Recueillir des informations sur les connaissances, attitudes et pratiques des populations face à la tuberculose. De manière spécifique : recueillir des informations sur les connaissances, attitudes et pratiques des populations ; déterminer les perceptions, les barrières individuelles, environnementales, comparer le niveau de connaissance, attitude et pratique de la TB entre 2013 et 2015 et enfin de formuler des recommandations pour les stratégies de communication adaptées au contrôle de la tuberculose au Cameroun.

Méthodologie : Il s'agissait d'une part de mener une enquête quantitative et descriptive, et d'autre part une enquête qualitative. Les interviews réalisées lors de l'enquête qualitative ont été analysés par le logiciel Nvivo (logiciel d'aide à l'analyse qualitative) et cette analyse a permis de classer les données en veillant à rester fidèle aux propos des enquêtés selon la tradition des « grounded theories » (théories enracinées). Les données quantitatives ont été analysées par les logiciels Epidata Analysis, Epi Info version 3.5 et Stata. Une valeur significative a été trouvée pour $P < 0,05$.

Résultats

Caractéristiques sociodémographiques : 1137 personnes interviewées, parmi lesquels 490 hommes (43,4%) et 638 femmes (56,6%). Les âges s'étalaient entre 15 à 60 ans avec une moyenne de 30,34 ans. Plus de trois quart de la population (86,9%) avaient moins de 45 ans. 58,8% de population interviewées vivaient en zone Urbaine. 70,1% de la population avaient reçu une formation secondaire et universitaire. Le reste de la population avait un niveau élémentaire (21,1%), ou aucun niveau (8,4%) et 25,3% des personnes interviewées avaient un emploi rémunéré.

Connaissances satisfaisantes sur la Tuberculose : On a choisi comme critère arbitraire d'une connaissance satisfaisante, des réponses correctes à au moins trois des cinq questions suivantes : 1- connaissances sur les symptômes évocateurs de la TB (72,5%), 2-

connaissances sur la prévention de la TB (20,2%), 3- connaissances sur le mode de transmission de la TB (45,4%), 4- connaissances sur le traitement de la TB (69%) et 5- connaissances sur la curabilité de la TB (97,7%).

Sur la base de ce critère, il ressort que **(77,8%)** de la population ont des connaissances satisfaisantes sur la tuberculose dans notre pays.

Attitudes et Pratiques vis-à-vis de la Tuberculose : A la question sur « que ressentiriez-vous si vous étiez dépisté tuberculeux » 23,9% (268/1122) ont éprouvé une crainte, et 24,8% (278/1122) ont éprouvé de la tristesse. A la question sur l'attitude dans la communauté vis-à-vis des personnes atteintes de la Tuberculose, (28,9%) ont trouvé qu'elles étaient soutenues dans la communauté. Par ailleurs, la proportion la plus importante 566/1102 (51,3%) a trouvé la personne dépistée TB étaient rejetées. Quand on demandé aux interviewés ce qu'ils feraient s'ils avaient les symptômes de la Tuberculose, la quasi-totalité, 95,4% (1068/1119) a choisi aller dans une formation sanitaire.

Principales sources d'information chez les personnes connaissant au moins un symptôme de la TB : Parmi ceux qui connaissent au moins un symptôme évocateur de la TB, près de la moitié (49,1%) ont eu pour principale source d'information les proches. La radio et la télévision ont également un score assez important, respectivement (37,2%) et (35,3%).

CONCLUSIONS/RECOMMANDATIONS

De façon générale, la variable « niveau d'étude » s'est révélé décisive dans l'analyse des connaissances, attitudes et pratiques face à la tuberculose. En effet, les tests effectués sur les scores de connaissance ont montré des différences significatives entre les niveaux d'étude « inférieurs ou égale au primaire et les supérieurs au primaire ». Cet état de fait suggère qu'il est pertinent de définir des stratégies spécifiques de communication adapté au niveau d'étude.

Recommandations

- 1- Le PNLT gagnerait à maintenir la communication à travers les médias tout en renforçant les organisations communautaires de base (OCB) en vue d'une meilleure sensibilisation
- 2- Dans l'organisation des campagnes d'éducation à la santé, introduire des informations-santé spécifiques à la tuberculose

- 3- Rechercher le niveau de connaissances satisfaisantes de la maladie et du traitement parmi les malades dans les régions méridionales ou bien septentrionales avant d'étendre l'enquête dans tout le pays

I. INTRODUCTION GENERALE

1. CONTEXTE

Dans son Rapport mondial TB, OMS 2014, la prévalence de la tuberculose en 2013 était de 66 000 cas, soit 299 cas pour 100 000 habitants pour une incidence de 52 000 cas soit 235 cas pour 100 000 habitants. Pour le Cameroun, les données du PNLT montrent qu'en 2014 la notification des cas TB toutes formes confondues était de 26368 cas soit 123 cas pour 100000 habitants(1). La mortalité de la tuberculose au Cameroun est estimée par l'OMS à 7800 cas représentant 35 cas pour 100,000 habitants(2). Notre pays compte parmi les pays à forte prévalence de co-infection TB/VIH. En 2013, le nombre de patients TB/VIH+ est estimé à 19000 cas pour une mortalité de 7900 cas soit 35 cas pour 100 000 habitants(2).

Dans les CDT, la sérologie VIH est systématiquement demandée chez les tuberculeux et plus de 86% d'entre eux sont testés depuis 2014(1). La séroprévalence était de 37% pour la TB toutes formes confondues en 2014.

Concernant la Tuberculose Multi-Résistante (TBMR), le nombre total de cas est estimé à 750 en 2013(2). Le taux de succès du traitement en 2013 était de 82% avec 7% de perdus de vue et 3% du taux des transférés(1). Dans les deux grandes métropoles de Yaoundé et de Douala, les taux de notification pour 100 000 habitants sont les plus élevés (201 à Douala et 164 à Yaoundé), on y compte également environ 23,000 réfugiés et demandeurs d'asile de diverses nationalités. L'étude menée en 2012 dans la ville de Douala confirme le regroupement des cas de TPB+, surtout dans les quartiers à faible niveau socio-économique(3).

En raison de la forte concentration des populations immigrées due à l'instabilité socio politique dans les pays voisins, la région de l'Est connaît une augmentation des cas de l'ordre de 35% entre 2013 et 2014 correspondant à l'afflux de populations réfugiées en provenance de RCA. Par contre, la région de l'Extrême Nord, n'a pas connu une augmentation des cas notifiés en dépit du flux de populations réfugiées et déplacées(1). Cette situation de relative stabilité des cas, pourrait masquer le fait que les populations n'ont pas accès aux services de santé. La région de l'Ouest déclare de façon constante depuis plusieurs années le taux le plus faible (65/100 000 habitants) malgré la présence des services de qualité.

Comme dans la plupart des pays de la région et en l'absence d'une étude sur le genre, on se réfère à la compréhension de notre contexte socio culturel qui facilite le recours

des hommes aux services de soins, la TB touche plus les hommes que les femmes (Sex ratio : 1,5). C'est dans la tranche d'âge de 25-34 ans que l'on trouve le plus grand nombre de cas pulmonaires prouvés bactériologiquement. On ne constate pas depuis 2007 de modification dans la répartition de ces cas par âge et par sexe. Cependant, chez les enfants de moins de 15 ans, on note une prédominance du nombre de filles sur les garçons parmi les formes pulmonaires prouvées bactériologiquement. La tuberculose infantile représente 10% des cas notifiés. En 2014, 1398 enfants de 0-14 ans ont été notifiés pour la TB, représentant 5,3% des cas attendus(1).

En 2014, le Cameroun comptait 77 prisons fonctionnelles avec une population carcérale totale d'environ 27782 détenus. La plupart des prisons sont fortement surpeuplées, la capacité d'accueil est de 17 585 avec un taux d'occupation moyen de 158%(4). Les conditions d'hygiène sont souvent déplorables et les cellules très peu ventilées ce qui aggrave le risque de TB. La malnutrition y est souvent endémique surtout dans les prisons des zones reculées. Une étude sur l'incidence de la TB (2011-2012), montre que malgré l'existence d'un programme de contrôle de la TB et du VIH dans les 25 principales prisons depuis 2007, le taux de notification de la TB pulmonaire parmi les détenus est resté en moyenne près de 10 fois plus élevé que celui observé dans la population générale comparable ajustée pour l'âge et le sexe,(5). Par ailleurs, une enquête menée dans 05 prisons principales en 2013 par GIZ, a permis de tester au VIH 85% (2131/2500) de prisonniers. Le taux de séropositivité du VIH était presque le double pour les hommes et les femmes par rapport à la population générale comparable, 4,1% et 11,6%, respectivement.

La lutte contre la tuberculose est mise en œuvre dans un réseau de CDT couvrant tout le territoire national et comprenant des formations sanitaires publiques, des FS confessionnelles à but non lucratif, des FS des secteurs apparentés (armée, prisons) et de quelques entreprises.

Les activités de lutte contre la tuberculose sont coordonnées au niveau central par le Groupe Technique Central (GTC) et dans les régions par les Unités Régionales de lutte contre la Tuberculose (URLT). L'organisation, les rôles et les responsabilités des différents niveaux sont amplement décrits dans le guide technique du PNLT. Deux hôpitaux assument le rôle d'hôpital de référence, à savoir l'Hôpital Jamot à Yaoundé et CPP de l'Hôpital Laquintinie à Douala.

A la fin 2014, les CDT (centres de diagnostic et traitement de la tuberculose) étaient au nombre de 242 contre 222 en 2011, soit un CDT pour 88.000 habitants, ce qui est en accord avec les recommandations internationales (un CDT par 50 à 150.000 habitants).

Les activités du plan stratégique 2010-2014, ont été réalisées grâce aux budgets de l'Etat Camerounais, du FM, et de la GIZ, avec des appuis complémentaires de l'Union, de l'OMS et de l'AFD. Le PNS 2010-2014 n'a pas explicité de cibles avec des indicateurs spécifiques. Les cibles adoptées par le programme pour cette période sont celles du projet du Rd 9 du Fonds Mondial. Les progrès sont indéniables (PSN 2010-2014). Toutefois les principaux indicateurs en souffrance sont le taux de succès thérapeutiques, la disponibilité des médicaments de 1^{ère} et 2^{ème} ligne, ce qui à son tour n'a pas permis d'atteindre l'indicateur TBMR.

Pour la période 2015-2019, un nouveau PSN TB est en vigueur. Le but du PSN TB (2015 – 2019) est de réduire la morbidité et la mortalité liées à la TB, et d'atténuer le fardeau socio-économique de cette maladie sur le développement du pays.

Les objectifs du plan stratégique de lutte contre la TB pour les années 2015-2019 se déclinent comme il suit :

- Augmenter la notification des nouveaux cas de 26163 en 2013 à 29967 en 2019 ;
- Augmenter le taux de succès thérapeutique de 82% en 2013 à 87% en 2019 ;
- Augmenter le taux de dépistage de VIH chez les tuberculeux notifiés de 82% en 2013 à 95% en 2019 ;
- Augmenter le taux de mise sous ARV chez les cas co-infectés de 69% en 2013 à 85% en 2019 ;
- Augmenter à 100% le dépistage de la TBMR parmi les populations cibles ;
- Augmenter à 100% la mise sous traitement des malades TBMR dépistés ;
- Relever à 85% la proportion de la population ayant des connaissances satisfaisantes sur la TB d'ici à 2019 ;
- Obtenir 100% de complétude de rapports attendus et réaliser au moins 90% des supervisions planifiées ;
- Améliorer les capacités de gestion du programme et des subventions de façon à augmenter le taux d'exécution du budget disponible à plus de 80% à la fin 2016 et à plus de 90% à la fin de 2019 ;
- Mettre en place un système de recherche opérationnelle.

2. JUSTIFICATION DE L'ETUDE

Le volet communautaire constitue un maillon essentiel de la riposte à la tuberculose et au VIH. La mise en œuvre des interventions de lutte contre la tuberculose a été jusqu'à alors

concentrée au niveau des établissements de santé. Très peu d'organismes communautaires y sont impliqués (6)

La MEO du PSN 2015-2019 recommande entre autres stratégies le plaidoyer, la mobilisation sociale, le partenariat avec les OSC et la communication pour le changement de comportement en direction de la population pour l'amélioration des connaissances sur la maladie sur les symptômes et les conditions de contamination de la TB. La communication sera également instruite sur l'offre de services en insistant sur la gratuité du diagnostic et du traitement(6).

Pour se faire les communautés doivent être étroitement associées dans toutes les étapes garantissant une meilleure observance au traitement à travers un dépistage précoce et une prise en charge de qualité. Ces différentes actions sont ainsi tributaires des Connaissances, attitudes et pratiques des populations bénéficiaires de ces interventions de Santé Publique.

Les activités de collaboration entre le PNLT et les OSC a déjà donné lieu à :

- La signature des contrats de partenariat avec les radios communautaires,
- La validation des messages à vulgariser sur la tuberculose, des prémaquettes pour les dépliants et affiches;
- La formation des personnels des CDT, des structures de dialogue, d'anciens malades, des responsables des OSC et représentant des municipalités en CIP;
- Le renforcement des capacités des radios contractualisées (Ouest, Centre, Littoral, Nord-Ouest, Sud-Ouest et Sud), 24 radios ont été formées dans 6 régions.
- La supervision des radios sous contrat avec le PNLT a été faite par le PNLT en collaboration avec les trois ONG;
- La mise en place d'un groupe de travail technique sur la communication du PNLT ;
- L'élaboration du plan stratégique de communication (2012-2015) du PNLT;
- L'élaboration d'une cartographie/répertoire des OSC pour la TB par districts de santé.

Par ailleurs, il est prévu chaque année, dans le cadre de la MEO du Round 9, dans le budget ACSM, la signature de 50 contrats de collaboration avec les radios de proximité pour la diffusion des spots, des messages, des microprogrammes, voire l'organisation des émissions interactives.

Le Round 9 a prévu deux enquêtes CAP une baseline et une autre en fin de mise en œuvre.

En 2013, une enquête CAP baseline a été menée au Cameroun avec pour objectif principal de collecter des données de base permettant la compréhension des comportements sociaux

vis-à-vis de la tuberculose, afin de mieux orienter les stratégies programmatiques de lutte contre cette maladie. Elle a concerné les 10 régions du pays(7).

Au terme du Round 9, une deuxième enquête est programmée au mois de novembre 2015. Les résultats de cette enquête CAP permettront, au regard des différentes activités menées, d'identifier les connaissances, les attitudes et les pratiques des populations sur la TB en vue d'orienter les stratégies programmatiques de la lutte contre cette maladie. Par ailleurs, ces résultats permettront également de disposer des données nécessaires à l'actualisation du plan stratégique de communication (2015-2019).

II. Objectifs

1. Objectif général

Recueillir des informations sur les connaissances, attitudes et pratiques des populations face à la tuberculose.

2. Objectifs spécifiques

- Recueillir des informations sur les connaissances, attitudes et pratiques des populations.
- Déterminer les perceptions, les barrières individuelles, environnementales
- Formuler des recommandations pour les stratégies de communication adaptées au contrôle de la tuberculose au Cameroun
- Comparer le niveau de connaissance, attitude et pratique de la TB entre 2015 et 2016

Les questions clés de la recherche

- Quels sont les connaissances, attitudes et pratiques chez les patients, les prestataires et la population générale, concernant la tuberculose ?
- Quelles sont les barrières individuelles, environnementales et les inégalités sociales qui limitent l'accès aux soins, ou favorisent la discrimination et la stigmatisation face à la tuberculose au Cameroun ?
- Est-ce les stratégies de communication développées sur la base des recommandations de l'enquête CAP 2015, ont eu un impact sur le niveau de connaissance, attitude et pratique des populations sur la TB en 2016 ?

III. Méthodologie

1. Type d'étude

La méthodologie a été axée sur une double approche : quantitative et qualitative. Pour ce qui est de l'enquête quantitative, elle a touché la population générale. Les 10 régions ont été concernées. Un échantillonnage stratifié par grappes a été utilisé.

2. Population cible

a. Cible primaire

La cible primaire de cette étude est constituée de chefs de ménage ou un responsable du ménage.

b. Cible secondaire

La cible secondaire quant à elle a été constituée des autorités religieuses, des présidents des associations des hommes, femmes et jeunes.

3. Echantillonnage

Le calcul de l'échantillon a été basé sur la formule suivante

$$n = \frac{t^2 \times P(1 - P)}{e^2}$$

n = taille d'échantillon requise

t = niveau de confiance à 95% (valeur type de 1,96)

p = prévalence estimative de la TB sur l'ensemble du territoire national

m = marge d'erreur à 5% (valeur type de 0,05)

1ère étape : Calcul de n

$$n = \frac{1,96^2 \times 0,5 \times 0,5}{0,05^2} \approx 384$$

Deuxième étape: Effet du plan d'échantillonnage

Comme l'enquête repose sur un échantillon représentatif de la population du Cameroun, que nous avons divisée en 4 grands groupes régionaux non indépendants sur le plan connaissances, attitudes et pratiques des individus, pour prendre en compte ceci, nous multiplions la taille de l'échantillon par l'effet du plan d'échantillonnage (**D=3**).

$$n = 1152$$

Troisième étape: Impondérables

Nous ajoutons encore 5% à l'échantillon pour tenir compte d'impondérables comme les non réponses ou les erreurs d'enregistrement.

$$n = 1210$$

Après les calculs, nous estimons la taille de l'échantillon à **1210** personnes.

4. Méthode d'échantillonnage

Nous proposons la méthode d'échantillonnage stratifiée à trois (03) niveaux :

Niveau 1 : la population a été subdivisée en quatre zones; à savoir :

La zone 1 (Régions : Centre/Sud/ Est) respectivement représentées par Yaoundé et Sangmélina

La zone 2 (Littoral/Sud-Ouest), Douala et Limbé

La zone 3 (Ouest/Nord-Ouest), Dschang et Bamenda

La zone 4 (Adamaoua/Nord/Extrême-Nord), Ngaoundéré et Mora

Niveau 2 : chaque zone a été elle aussi subdivisée en sous-zones : rurale et urbaine.

Niveau 3 : le regroupement selon le sexe fera l'objet du dernier niveau.

Dans chaque strate, les individus à enquêter ont été sélectionnés en utilisant la méthode de sondage aléatoire simple. En effet, les personnes ont été tirées au hasard dans chaque strate pour constituer l'échantillon. La répartition des proportions de la population à enquêter dans chaque zone et sous-zone a été faite au prorata du nombre d'habitants s'y trouvant. L'effectif d'hommes ou de femmes retenu pour l'enquête a été calculé en fonction de la structure de la population camerounaise par sexe; soit 51% pour les femmes et 49% pour les hommes.

5. Organisation de l'étude

5.1 Procédure de sélection des ménages

Sélection des ménages

Sur le terrain, chaque équipe, avec à sa tête les coordonnateurs et les superviseurs, a procédé au choix des premiers ménages à enquêter suivant la technique de la bouteille. L'identification du premier ménage à enquêter a permis par la suite de respecter le pas de sondage suivant le consensus qui a été établi en équipe. Un pas de 10 a été adopté dans les zones plus densément peuplées et un pas de 5 dans les localités présentant une démographie moins importante. A l'intérieur des ménages, les personnes résidentes âgées entre 15 ans et 60 ans ont été interrogées.

5.2 Techniques d'enquête et outils utilisés

a. Le questionnaire

Le questionnaire a été administré à la population générale. Les thèmes ont tourné autour des connaissances sur la TB, les attitudes et pratiques de même que l'accès aux services (gratuité). Les questions abordées ont été : les signes (symptômes) de la TB, la durée du traitement, l'accès aux soins, les modes de transmission et de contamination, les canaux d'accès à l'information, les attitudes adoptées vis-à-vis des malades, les mesures de prévention, etc.

b. Les entretiens semi-structurés

Les entretiens semi-structurés ont consisté en des échanges interpersonnels autour de thématiques précises relevant des connaissances, attitudes et pratiques autour de la TB. Ils ont permis d'échanger avec des autorités religieuses et traditionnelles, des présidents des associations des hommes, femmes et jeunes. L'objectif a été de recueillir leurs connaissances, de discuter de leurs attitudes et pratiques en concernant de TB.

23 entretiens ont été réalisés en ayant pour souci de sonder davantage les raisons qui motivent certains comportements vis-à-vis de la Tuberculose.

5.3 Recrutement et Formation des enquêteurs

16 enquêteurs (4 par zone) ont été recrutés et ont reçu deux jours de formations sur les objectifs de l'étude, la méthodologie de l'étude, les techniques d'administration du questionnaire.

5.4 Enquête pré test

Avant la descente sur le terrain pour l'enquête définitive, un pré-test du questionnaire a été effectué auprès de 15 ménages dans la ville de Yaoundé. Ceci pour nous permettre de déceler des incohérences dans le questionnaire et de reformuler certaines questions.

5.5 Considérations éthiques

Le protocole d'étude a été soumis au Comité Nationale d'Ethique du Cameroun et à la Direction de la Recherche Opérationnelle et Scientifique (DROS) et a reçu avant son démarrage la clairance éthique et l'Autorisation Administrative. Ce processus atteste de la disposition à respecter les principes d'éthiques et des droits de la cible. Les principes éthiques ont été pris en compte à travers les aspects suivant :

- Le consentement éclairé de chaque participant a été recueilli avant l'administration du questionnaire.

- Les enquêteurs ont été formés au respect des principes éthiques liés à cette étude. Chaque participant a été largement informé des risques potentiels et des bénéfices liés à cette étude, tant sur le plan social, psychologique que physique.

5.6 La collecte des données

La collecte des données a été effectuée par une équipe par zone et un superviseur de zone. Le superviseur de zone est chargé de :

- vérifier la présence effective des enquêteurs sur le terrain,
- assurer la qualité du remplissage des questionnaires par les enquêteurs,
- assurer l'approvisionnement des enquêteurs en questionnaire,
- transmettre les questionnaires validés au GTC-TB.

La supervision régionale a été assurée par les cadres d'appui des Unités Régionales de Lutte contre la Tuberculose.

La supervision centrale a été faite par les cadres du PNLT et Consultants. L'équipe de supervision centrale a eu pour rôle de:

- assurer la formation des enquêteurs,
- finaliser les outils de collecte,
- assurer l'organisation logistique et financière,
- s'assurer de la collecte des données selon la méthodologie,
- s'assurer des formalités administratives auprès des responsables administratifs,
- valider les questionnaires remplis.

5.7 Traitement et analyse des données

Traitement des données quantitatives

Chaque questionnaire a été vérifié et corrigé avant d'être saisi sur le logiciel Epidata. Ce logiciel, doté d'un dispositif de contrôle programmé des données, a permis de minimiser les risques d'erreurs. La saisie a été faite en double ensuite comparée pour corriger les incohérences. L'apurement complet de la base de données a été réalisé. Un fichier validé a été constitué permettant de sortir les tableaux nécessaires à l'analyse. L'analyse des données a été faite avec le logiciel Epidata Analysis, le logiciel Epi Info et Stata. Une valeur de $P < 0,005$ sera considéré comme significative.

Traitement et analyse des données qualitatives

Les données recueillies ont été transcrites, importées dans le logiciel Nvivo (logiciel d'aide à l'analyse qualitative). L'analyse a permis de classer les données en veillant à rester fidèle aux propos des enquêtés selon la tradition des « grounded theories » (théories enracinées).

IV. RESULTATS DE L'ENQUÊTE

1. CARACTERISTIQUES GENERALES DE LA POPULATION DE L'ETUDE

Les caractéristiques générales des patients sont résumées au Tableau 1. Parmi les 1137 personnes interviewées, on a compté 490 hommes (43,4%) et 638 femmes (56,6%). Les âges s'étagaient de 15 à 60 ans (moyenne 30,34 ans). Plus de trois quart de la population (86,9%) avaient moins de 45 ans. On n'a pas observé une différence d'âge significative entre les hommes (moyenne 30,6 ans) et les femmes (moyenne 30,2 ans, $P=0,47$). 58,8% de la population interviewées vivaient en zone Urbaine. 70,1% de la population avaient reçu une formation secondaire et universitaire. Le reste de la population avait un niveau élémentaire (21,1%), ou aucun niveau (8,4%). 25,3% des personnes interviewées avait un emploi rémunéré.

Tableau 1. Caractéristiques de la population de l'étude

	<i>Urbaine n(%)</i>	<i>Rurale n(%)</i>	<i>Total</i>
Total	669 (58,8)	468 (41,2)	1137 (100)
Sexe			
Masculin	246 (37,1)	244 (52,5)	490 (43,4)
Feminin	417 (62,9)	221 (47,5)	638 (56,6)
classe d'âge			
<=24 ans	189(28,5)	192(41,3)	381(33,7)
25-34 ans	266(40,1)	162(34,8)	428(37,9)
35-44 ans	115(17,3)	58(12,5)	173(15,3)
45-54 ans	72(10,8)	42(9)	114(10,1)
>54 ans	22(3,3)	11(2,4)	33(2,9)
Education			
Aucun	54(8,2)	40(8,6)	94(8,4)
Elementaire	162(24,6)	75(16,1)	237(21,1)
Secondaire	272(41,3)	194(41,7)	466(41,5)
Universitaire	170(25,8)	156(33,5)	326(29)
Emploi			
Oui	175(26,8)	107(23,1)	282(25,3)
Non	477(73,2)	356(76,9)	833(74,7)

2. Recherche des soins

88,3% des personnes interviewées indépendamment de l'âge et du sexe ont dit faire recours aux formations sanitaires en première intention en cas de maladie. 1,41% ont dit faire recours au guérisseur en cas de maladie, 1,76% au Naturopathe, 0,97% à l'église et Autre inconnu 6,86%.

Tableau 2. Répartition des personnes interviewées en fonction leurs réponse sur la recherche des soins

Recherche des soins	n(%)
Hôpital ou clinique	1004(88,3%)
Guérisseur traditionnel	16(1,41%)
Naturopathe ou phytothérapeute	20(1,76%)
Eglise	11(0,97%)
Autre	78(6,86%)

3. Raison de la non visite des formations sanitaires

A la question sur la raison de la non visite des formations publiques en première intention, 49,1% ont dit ne savoir où aller. 18,9% ont souligné le problème soit de coût prohibitif ou de manque de ressource financière. 8% ont souligné que le mauvais accueil dans les formations sanitaires constituait pour eux un frein pour s'y rendre. 1,2% ont dit n'avoir aucune confiance aux professionnels de santé. 0,2% ont trouvé que leur travail primait sur leur santé. 22,6% ont eu des raisons autres que celle évoquées.

Tableau 3. Répartition des personnes interviewées en fonction leurs réponse sur la non visite des formations sanitaires

Raison de non visite des formations sanitaires publiques	n(%)
ne sais pas où aller	198(49,1%)
Cout/manque de ressources financière	76(18,9%)
le mauvais accueil/aime pas attitude médecin	32(8,0%)
aucune confiance aux professionnels de santé	5(1,2%)
travail prioritaire	1(0,2%)
autre	91(22,6%)

4. Connaissances de la Tuberculose.

a. Connaissances des Symptômes évocateurs de la Tuberculose

Parmi les 1137 personnes qui ont répondu à la question sur les symptômes subjectifs et objectifs de la TB, (72,5%) connaissaient au moins un symptôme, et plus de la moitié (57,1%) étaient capables d'en mentionner plus d'un symptôme majeur. En outre, si 42,4% de la population interviewée reconnaissent la toux de plus de 2 semaines comme le symptôme le plus évocateur de la Tuberculose, seul 1,0% (12/1137) ont pu citer à la fois 3 symptômes clés (Toux de plus de 2 semaines, Fièvre, Perte de poids). Aussi 2,5% et 9,6% reconnaissent respectivement la sueur nocturne et la fatigue comme étant également des symptômes de la Tuberculose. Par ailleurs 10,9% n'ont pu citer aucun symptôme évocateur de la TB.

Tableau 4. Connaissances des symptômes évocateurs de la Tuberculose

Symptomes	N(%)
Trois symptômes majeurs (Toux, Fièvre, Perte de poids)	12 (1,0)
Deux des symptômes majeurs (Toux, Fièvre, Perte de poids)	649 (57,1)
Au moins un symptôme	824 (72,5)
Symptômes	
Toux de plus de 2 semaines	463 (42,4)
Fièvre	108 (10,05)
Douleurs thoraciques	171 (15,8)
Hémoptysies	326 (30,0)
Perte de poids	333 (30,5)
Sueurs Nocturnes	26 (2,5)
Fatigue	103 (9,6)
Ne connaît aucun Symptôme	313 (27,5)

La connaissance de la Toux de plus de 2 semaines comme symptôme évocateur a été confirmé par certaine révélation de l'enquête qualitative comme celle faite par ce leader religieux exerçant dans une localité urbaine :

« La manifestation, certes je ne suis pas du domaine, mais la manifestation on entend souvent que ceux-là font des toux graves, ils maigrissent et vomissements » (pasteur Abraham, 32ans).

Des 313 interviewées qui ne connaissaient aucun symptôme de TB, 184 (58 ,8%) vivaient en zone urbaine, 177 (57,7%) étaient de sexe féminin et 284 (92,5%) avaient moins de 45 ans. 184 (60,1%) avaient un niveau d'étude post élémentaire.

Tableau 5. Répartition des interviewées ne connaissant pas la TB selon sexe, l'âge, la localisation et le niveau d'étude

	Ne connaît aucun symptôme de la TB (%)
Sexe	
Masculin	130(42.3)
Feminin	177(57.7)
localisation	
Urbaine	184(58.8)
Rurale	129(41.2)
classe d'âge	
<=24 ans	134(43.6)
25-34 ans	102(33.2)
35-44 ans	48(15.6)
45-54 ans	19(6.2)
>54 ans	4(1.3)
Niveau d'étude	
Aucun	37(12.1)
Elementaire	85(27.8)
Secondaire	126(41.2)
Universitaire	58(19.0)

Les personnes âgées de moins de 45 ans ont significativement 2 fois plus de connaissance sur les symptômes de la TB que les plus âgés ($P=0,01$). La proportion des personnes ayant un niveau d'étude supérieur au primaire et connaissant au moins un symptôme de la TB est significativement plus importante que ceux du niveau inférieur au primaire ($P=0,0000042$).

Tableau 6. Répartition du niveau de connaissance des symptômes de la TB selon le sexe, la localisation, l'âge et le niveau d'étude

	Ne connaît aucun symptôme TB	Connait au moins un symptôme TB			
	n=313 (%)	n= 824 (%)	Odd-ratio	IC 95%	P
sexe					
Masculin	130(42.3)	360 (43,8)	0,94	0,72-1,24	0,69
Feminin	177(57.7)	461 (56,2)			
localisation					
Urbaine	184(58.8)	485 (58,9)	1	0,76-1,31	0,96
Rurale	129(41.2)	339 (41,1)			
classe d'âge					
<45 ans	284 (92,5)	698 (84,9)	2,19	1,35-3,60	0,01
>=45	23 (7,5)	124 (15,1)			
Niveau d'étude					
<= Primaire	122(39,9)	209 (25,6)	1,93	1,45-2,57	0,0000042
> Primaire	184 (60,1)	608 (74,4)			

Parmi ceux qui connaissent au moins un symptôme évocateur de la TB, près de la moitié (49,1%) ont eu pour principale source d'information **les proches**. La radio et la télévision ont également un score assez important, respectivement (37,2%) et (35,3%). La proportion des autres sources d'information (63,7%) est significativement plus importante en zone urbaine qu'en zone rurale ($P < 0,00015$) ceci pourrait s'expliquer par la présence plus importante des nouvelles techniques de l'information et de communication en zone urbaine à l'occurrence Internet...

De façon générale, la majeure partie des personnes interviewées ont déjà entendu parler de TB, soient 1100/1137(96,7%) comme le confirme l'enregistrement ci-dessous:

« La tuberculose c'est une maladie récurrente sur tout dans notre zone où la santé n'est pas trop prise en considération, sur tout dans les zones montagneuses. La tuberculose fait rage il faut le dire. La tuberculose fait rage, parfois les gens sont ignorants qu'ils sont malades et ils se rendent compte tardivement. Je pense que là ce sont les éléments sur lesquels il faut s'attarder. Et même former des agents de santé dans les villages ça pourrait aider pour détecter n'est-ce pas cette maladie » (« Abbé martin, 35ans)

Tableau 7. Répartition des sources d'informations chez les personnes connaissant au moins un symptôme de la TB selon la localisation

Source d'information chez les personnes qui connaissent au moins un signe de la TB	n(%)	Urbaine	Rurale
Journaux et revues	44 (5,9%)	25(56,8)	19(43,2)
Radio	279 (37,2)	148 (53,0)	131(47,0)
Television	265(35,3)	143 (54,0)	122(46,0)
panneaux d'affichage	29 (3,9)	8(27,6)	21(72,4)
les brochures, les affiches et autre...	25 (3,3)	15(60,0)	10 (40,0)
personnel de santé	177(23,6)	93(52,5)	84(47,5)
Les proches (la famille, les amis, les voisins, les collègues)	368 (49,1)	200(54,3)	168(45,7)
dirigeant religieux	15(2,0)	6(40,0)	9(60,0)
enseignant	5(0,7)	4(80,0)	1(20,0)
autre	267 (35,6)	170(63,7)	97(36,3)

Si la distribution de la connaissance de la toux de plus deux semaines comme symptôme évocateur de la Tuberculose, est bonne en zone 1 et 4, elle est moyenne en Zone3 et mauvaise au Littoral et au Sud-Ouest. Ce résultat montre que la Zone 2, bien que notifiant le plus grand nombre de cas du pays (données PNLT) devrait encore faire d'énorme effort en vue d'atteindre les cas qui sont probablement restés dans leur domicile, ou bien qui sont allés consulter en dehors du réseau des CDTs.

Tableau 8. Répartition des personnes interviewées connaissant la toux de plus de 2 semaines comme symptôme évocateurs de la TB selon la Zone régionale

Zone regionale	N	%
Zone1(CE-SU-ES)	153	{33.0}
Zone2(LT-SW)	13	{2.8}
Zone3(NW-OU)	118	{25.5}
Zone4(AD-NO-EN)	179	{38.7}
Total	463	{100.0}

Les proches constituent la première source d'information sur la TB (43,8%), suivit de la radio (30,3%), la télévision (30,0%), Autre (28,4%), le personnel de santé (20,4%).

Tableau 9. Sources d'information générale sur la Tuberculose

Sources d'information générale chez ceux qui ont déjà		
entendu parler de la Tuberculose	N=1100	%
Journaux et revues	48	4,4
radio	333	30,3
television	330	30,0
panneaux d'affichage	30	2,7
les brochures, les affiches et autre...	26	2,4
personnel de santé	224	20,4
la famille, les amis, les voisins, les collègues	482	43,8
dirigeant religieux	17	1,5
enseignant	7	0,6
autre	312	28,4

b. Connaissances de personnes à risques et mode de transmission de la TB

974/1125 (86,6%) des personnes interviewées, pensent que tout le monde peut être victime de la Tuberculose. 607 (66,6%) des personnes ayant répondu à la question sur les modes de transmission, pensent que La voie aérienne est le moyen le plus à même de transmettre la Tuberculose.

Tableau 10. Connaissance des personnes à risque et les modes de transmissions de la TB

Cibles	N (%)	Modes	N (%)
N'importe qui	974 (86,6)	par les poignées de main	76 (8,3)
les pauvres	13 (1,2)	par l'air... atteinte de tuberculose tousse ou eternue	607 (66,6)
les sans abris	1 (0,1)	par voies mystiques	20 (2,2)
les alcooliques	18 (1,6)	en mangeant dans le même plat	359 (39,4)
les utilisateurs de drogue	8 (0,7)	en touchant des articles dans des lieux publics	70 (7,7)
les personnes vivantes avec VIH	10 (0,9)	Inconnu	173 (15,9)
les prisonniers	2 (0,2)	autre	268 (29,4)
autre	99 (8,8)		

Nous avons réparti en deux groupes (Bonne connaissance sur les modes de transmission et mauvaise connaissance) les répondants à la question sur les méthodes de

transmissions de la TB, en excluant les personnes qui avaient à la fois choisi une bonne et une mauvaise réponse. 386/850 (45,4%) avaient donné une bonne réponse contre 464/850 (54,6%) de mauvaise réponse dont 272/464 (58,6%) vivaient en zone urbaine, la proportion des femmes était en relation significative avec les réponses erronées : 281/462 (60,8%) – P<0,002. Toujours des réponses erronées, 186 (40,3%) avaient un niveau d'étude élémentaire ou pas du tout d'éducation, et 88,1% (408/463) avaient moins de 45 ans

Tableau 11. Répartition du niveau de connaissance des modes de transmission de la TB selon la localisation, le sexe, l'âge et le niveau d'étude

Connaissance des modes de transmission de la TB	Bonne connaissance des modes de transmission TB	Mauvaise connaissance des modes de transmission TB	Total (%)	Odds-ratio	IC 95%	P
localisation						
Urbaine	228(59.1)	272(58.6)	500(58,8)	1,02	0,77-1,35	0,95
Rurale	158(40.9)	192(41.4)	350(41,2)			
Sexe						
Masculin	192(49.7)	181(39.2)	373(44,0)	0,65	0,49-0,86	0,0025
Feminin	194(50.3)	281(60.8)	475(56,0)			
Niveau d'étude						
<=Primaire	74(19,5)	186(40,3)	260	2,78	2,00-3,85	0,000000
>Primaire	305(80,5)	276(59,7)	581			
Classe d'âge						
<45 ans	351(91,2)	408(88.1)	759	1,39	0,87-2,24	0,18
>=45 ans	34(8,8)	55(11.9)	89			

La proportion des personnes qui pensent que la Tuberculose est une maladie curable (97,7%, 1090/1116) est significativement plus importante dans la population interviewée (P<000000). 69,2% des personnes qui pensent que la TB n'est pas curable, étaient soit sans niveau scolaire, soit avaient un niveau élémentaire.

c. Connaissances sur la prévention

Des bonnes réponses apportées, 19,8% des personnes ayant répondu à cette question pensent que la vaccination est le meilleur moyen de prévention de la TB. 1,7% trouvent que l'aération de l'habitat par l'ouverture des fenêtres prévient de la TB.

Tableau 12. Connaissances des moyens de prévention de la TB

Moyens de prévention de la TB	N (%)
en évitant les poignées de mains	107 (9,9)
en se vaccinant	215 (19,8)
en couvrant son nez et sa bouche..	173 (16,0)
en évitant de partager des plats	365 (33,8)
se laver les mains après avoir touché des articles..	76 (7,1)
en ouvrant les fenêtres de la maison	18 (1,7)
par une bonne nutrition	38 (3,5)
en priant	47 (4,4)
je ne sais pas	225 (20,7)
autres	405 (37,0)

A la question sur la connaissance de la prévention de la Tuberculose, la proportion des personnes interviewées avec un niveau d'étude au-delà du primaire était significativement plus importante que chez les individus avec un niveau inférieur ou égal au primaire. Le sexe, la localisation, l'âge n'étaient pas significatifs pour cette variable.

Tableau 13. Répartition du niveau de connaissance des moyens de prévention de la TB selon le sexe, l'âge, la localisation et le niveau d'étude

Niveau de Connaissance sur la prévention de la Tuberculose	Bonne connaissance de la prevention TB	Mauvaise connaissance de la prevention TB	Odd-ratio	IC 95%	P
Sexe					
Masculin	107 (47,3)	379 (42,7)	0,83	0,61-1,12	0,23
Feminin	119 (52,7)	509 (57,3)			
Localisation					
Urbaine	131 (58,0)	520 (58,3)	1,01	0,75-1,38	0,98
Rurale	95 (42,0)	372 (41,7)			
classe d'âge					
<=45 ans	189 (84,0)	783 (88,0)	1,4	0,91-2,14	0,13
>45 ans	36 (16,0)	107 (12,0)			
Niveau d'étude					
<=Primaire	43 (19,2)	283 (32,0)	1,98	1,36-2,89	0,0002
> Primaire	181 (80,8)	602 (68,0)			

d. Connaissances sur le traitement de la TB

69,7% des personnes ayant répondu à la question sur la connaissance du traitement anti-tuberculeux ont cité le médicament anti-tb comme moyen de traitement proportion significativement plus importante ($P=0,0000$). 15,1% n'avaient aucune connaissance du moyen de traitement de la TB.

Tableau 14. Connaissance du traitement de la TB

Traitement de la TB	N=1125 (%)
medicament anti-tuberculeux	784 (69,7)
herbes medicinales	22 (2,0)
en restant à la maison	13 (1,2)
en priant	5 (0,4)
avec des drogues spécifiques	20 (1,8)
en fonction du centre de santé	81 (7,2)
antibiotiques	7 (0,6)
je ne sais pas	170 (15,1)
Autre	23 (2,0)

La proportion des personnes vivant en milieu urbain avec une meilleure connaissance du traitement de la Tuberculose est significativement plus importante en milieu rural. De même les personnes ayant un niveau scolaire supérieur au primaire ont significativement une meilleure connaissance du traitement de la TB que ceux du niveau inférieur ou égal au primaire.

Tableau 15. Répartition du niveau de connaissance du traitement de la TB selon le sexe, la localisation, l'âge et le niveau d'étude.

	bonne connaissance traitement tb	mauvaise connaissance traitement tb	Odd-ratio	IC 95%	P
Sexe					
Masculin	348 (44,6)	139 (40,9)	0,86	0,66-1,12	0,28
Feminin	433 (55,4)	201 (59,1)			
localisation					
Urbaine	443 (56,5)	215 (63,0)	1,31	1,00-1,72	0,04
Rurale	341 (43,5)	126 (37,0)			
classe d'âge					
<45 ans	675 (86,3)	300 (88,2)	1,19	0,79-1,79	0,43
>=45 ans	107 (13,7)	40 (11,8)			
niveau d'étude					
<=Primaire	195 (25,1)	133 (39,2)	1,93	1,45-2,55	0,0000027
> Primaire	582 (74,9)	206 (60,8)			

e. Connaissance sur la Curabilité de la TB

97,7% des personnes interviewées ont dit que la TB est curable

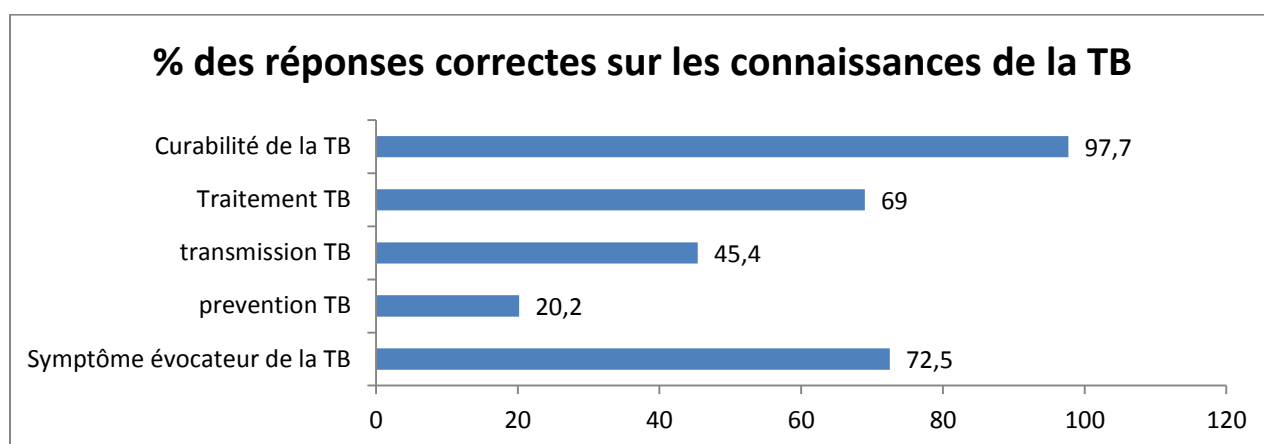
Tableau 16. Connaissances de la Curabilité de la TB

	N	%
Oui	1090	97.7
Non	26	2.3
Total	1116	100.0

f. Evaluation du niveau de connaissances sur TB

On a choisi comme critère arbitraire d'une connaissance satisfaisante des réponses correctes à au moins trois des cinq questions. Plus de trois quart de la population interviewée (77,8%) ont répondu à ce critère.

Figure 1. Niveau globale des connaissances de TB



La connaissance de la TB est significativement plus importante chez les personnes avec un niveau scolaire supérieur au primaire (70,5%, $P < 0,0000$). Même si la proportion n'est pas significative, les femmes ont tout de même un score de connaissance de la TB plus importante que les hommes (56,6%). De même le score de connaissance était plus fort en milieu urbain (58,8%) qu'en milieu rural (40,2%). Les personnes plus jeunes avaient un score de connaissance plus élevé (90%) que les plus âgées.

Tableau 17. Répartition du score de connaissances selon le sexe, la localisation, la classe d'âge et le niveau d'étude

	Score connaissance Satisfaisant	Score connaissance Non Satisfaisant	Total (%)	Odd-ratio	IC 95%	P
	N(%)	N(%)				
Total	885(77,8)	252 (22,2)	1137			
Sexe						
Masculin	393(44,6)	97(39,4)	490(43,4)	0,81	0,60-1,09	0,17
Feminin	489(55,4)	149(60,6)	638(56,6)			
Localisation						
Urbaine	507(57,3)	162(64,3)	669(58,8)	1,34	0,99-1,81	0,05
Rurale	378(42,7)	90(35,7)	468(40,2)			
classe d'âge						
<45 ans	768 (87,1)	214 (86,6)	982(90,0)	0,96	0,62-1,49	0,94
>=45 ans	114 (12,9)	33 (13,3)	147(10,0)			
niveau d'étude						
<=Primaire	221 (25,2)	110 (44,7)	331(29,5)	2,4	1,77-3,26	0,00000
>Primaire	656 (74,8)	136 (55,3)	792(70,5)			

La zone2 (Littoral, sud-ouest) est la zone avec le score de connaissance de la TB la moins élevé (12,4%) suivi de la Zone3 (Nord-ouest, Ouest) avec 22%. La zone1 (Centre-Sud-Est) est deuxième avec 30,6%. La Zone4 (Adamaoua, Nord, Extrême-nord) est la zone avec le score de connaissance de la TB le plus élevé (34,9%).

Tableau 18. Répartition du score de connaissance par zone

Zone	Score connaissance satisfaisante	%
Zone1(CE-SU-ES)	271	{30.6}
Zone2(LT-SW)	110	{12.4}
Zone3(NW-OU)	195	{22.0}
Zone4(AD-NO-EN)	309	{34.9}
Total	885	{100.0}

Analyse Multivariée

En appliquant une procédure multivariée aux facteurs significatifs de la connaissance, on a mis en évidence un taux significativement plus élevé de connaissance parmi les personnes instruites.

Tableau 19. Répartition du score de connaissance TB selon le sexe, l'âge, la localité et le niveau d'étude.

Facteurs	Odds Ratio	95% IC	Coefficient	S. E.	Z-Statistic	P-Value
Sexe	1,0872	0,81 -1,47	0,0836	0,1524	0,5486	0,5833
Age	1,2699	0,82 -1,96	0,239	0,2226	1,0734	0,2831
Localité	0,8152	0,60 -1,10	-0,2043	0,1543	-1,3242	0,1854
Niveau étude	<u>2,4375</u>	<u>1,80 -3,30</u>	0,891	0,1546	5,762	<u>0,0000</u>

5. Attitudes et Pratiques vis-à-vis de la Tuberculose

A la question sur « que ressentiriez-vous si vous étiez dépisté tuberculeux » 23,9% (268/1122) ont éprouvé une crainte, et 24,8% (278/1122) ont éprouvé de la tristesse.

Tableau 20. Répartition des personnes selon les connaissances et leurs attitudes face la tuberculose

Que ressentiriez-vous si vous étiez dépisté Tuberculeux	Score	Score	Total
	connaissance Non Satisfaisante	connaissance Satisfaisante	
crainte	71(29,2)	197(22,4)	268(23,9)
Surprise	21(8,6)	69(7,8)	90(8,0)
Honte	6(2,5)	20(2,3)	26(2,3)
tristesse	51(21,0)	227(25,8)	278(24,8)
Embarras	21(8,6)	62(7,1)	83(7,4)
Autre	73(30,0)	304(34,6)	377(33,6)

A la question sur l'attitude dans la communauté vis-à-vis des personnes atteintes de la Tuberculose, La majeure partie des personnes interviewées (28,9%) ont trouvé qu'elles étaient soutenues dans la communauté. Par ailleurs, la proportion la plus importante 566/1102 (51,3%) a trouvé qu'elles étaient rejetées. Parmi les personnes qui avaient un meilleur niveau de connaissance de la Tuberculose, la proportion la plus importante (55,0%) a pensé que les personnes atteintes de Tuberculose sont rejetées dans la communauté et 27% ont trouvé qu'elles sont soutenues.

Tableau 21. Répartition des personnes selon les connaissances et leurs attitudes face au tuberculeux dans la communauté

Dans votre communauté, comment une personne atteinte de la tuberculose est-elle habituellement considérée/traitée ?	Score	Score	Total
	connaissance Non Satisfaisante	connaissance Satisfaisante	
rejetée	90(37,6)	475(55,0)	565(51,3)
soutenue	86(36,0)	233(27,0)	319 (28,9)
autre	63(26,4)	155(18,0)	218 (19,8)
Total	239	863	1102

Le rejet des personnes atteintes de la TB par la communauté se confirme par ces propos :

« il y a beaucoup de gens qui sont méfiants, elles continuent toujours à croire que c'est en mangeant avec ces personnes ou bien en fréquentant ces personnes or après un mois de traitement la TB n'est pas contagieuse, mais il y a toujours des personnes qui continuent à dire que elles ne vont pas aller dans la salle où il y a un tuberculeux, elles ne vont pas

partager, ils ont peur ... donc la personne (le tuberculeux) de fois est abandonnée il y a que des proches qui ne peuvent pas l'abandonner, c'est-à-dire des personnes soient son conjoint ou bien ses parents qui ne peuvent pas abandonner même si c'est contagieux, les personnes avertis aussi mais les autres personnes on a vu beaucoup de rejet de discrimination. » (Mamoudou sociologue-Coordonnateur des projets pour le développement, 42ans)

34% (385/1116) des personnes interviewée ont trouvé que les patients Tuberculeux n'ont pas toujours le VIH. 31,5% (352/1116) ont trouvé que la Tuberculose et le VIH, ne sont pas liés. De ceux qui avaient une meilleure connaissance de la Tuberculose, la proportion la plus importante reste ceux qui pensent que toutes les personnes atteintes de la Tuberculose n'ont pas toujours le VIH. 33,3% (290/1116) trouvent que les patients atteint de Tuberculose n'ont pas le VIH.

Tableau 22. Répartition des personnes selon les connaissances et leurs attitudes face à la co-infection TB/VIH

Pensez-vous que les malades de la tuberculose sont aussi atteints de VIH ?	Score connaissance		Total
	Non Satisfaisante	Satisfaisante	
je ne sais pas	58(23,8)	101(11,6)	159(14,2)
pas toujours	84(34,4)	301(34,5)	385(34,5)
Oui	40(16,4)	180(20,6)	220(19,7)
Non	62(25,4)	290(33,3)	352(31,5)
Total	244	872	1116

A la question « à qui parleriez-vous de la maladie, si vous étiez dépisté tuberculeux », 32,3% des personnes interviewées ont préféré en parler aux parents, 30,6% ont choisi en parler au médecin ou personnel médical et 26,1% ont choisi en parler à leur conjoint.

Tableau 23. Répartition des interviewées selon les connaissances et leurs pratique de personnes à qui parler quand on est dépisté de la tuberculose

A qui parleriez-vous de votre maladie si vous étiez dépisté Tuberculeux	Score	Score	Total
	connaissance Non Satisfaisante	connaissance Satisfaisante	
Médecin ou personnel médical	64(26,3)	280(31,8)	344(30,6)
Conjoint	61(25,1)	232(26,3)	293(26,1)
Parent	76(31,3)	287(32,6)	363(32,3)
Ami	13(5,3)	12(1,4)	25(2,2)
A personne	6(2,5)	6(0,7)	12(1,1)
Autre	23(9,5)	64(7,3)	87(7,7)
Total	243	881	1124

Quand on demandé aux personnes interviewées ce qu'ils feraient s'ils avaient les symptômes de la Tuberculose, la quasi-totalité, 95,4% (1068/1119) ont choisi aller dans une formation sanitaire.

Tableau 24. Répartition des interviewées selon les connaissances et leurs pratique face au symptôme de la tuberculose

Que feriez-vous si vous pensé avoir des symptômes de la tuberculose	Score	Score	Total
	connaissance Non Satisfaisante	connaissance Satisfaisante	
aller dans une formation Sanitaire	217(88,9)	851(97,3)	1068(95,4)
Aller a la pharmacie	2(0,8)	6(0,7)	8(0,7)
chez le guérisseur	13(5,3)	5(0,6)	18(1,6)
aller à l'église	4(1,6)	2(0,2)	6(0,5)
Autre	8(3,3)	11(1,3)	19(1,7)
Total	244	875	1119

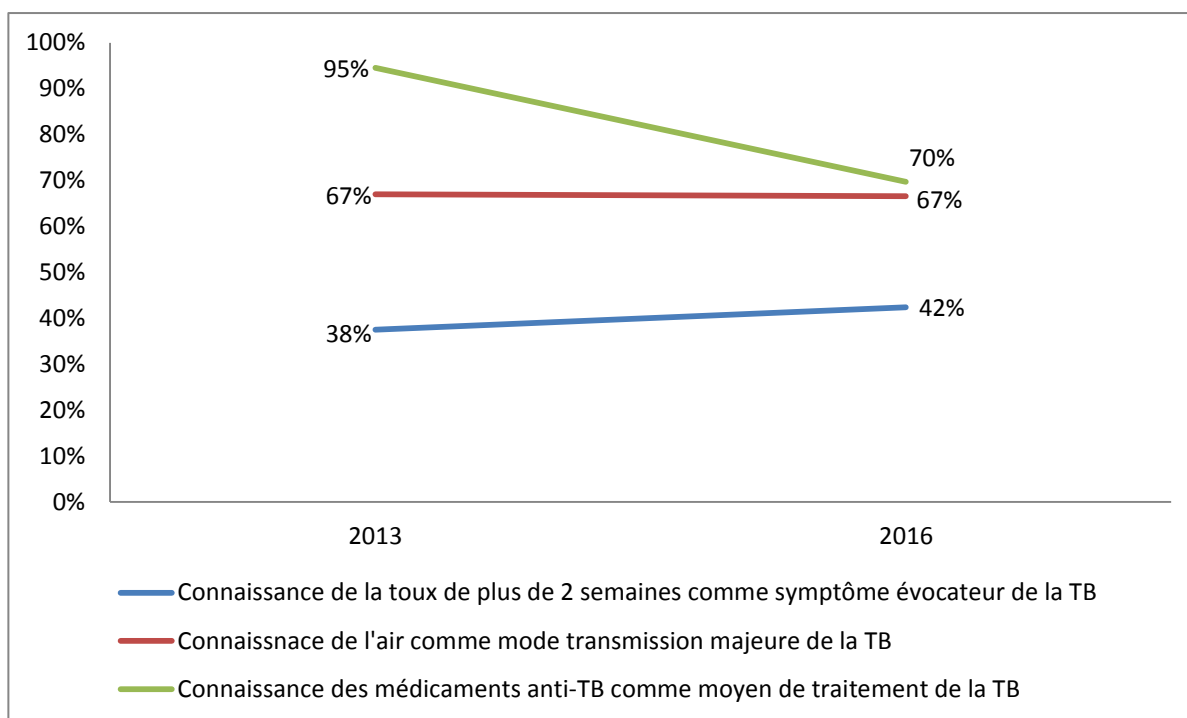
V. EVOLUTION DES DIFFERENTS RESULTATS PAR RAPPORT AUX DONNEES DE BASE

Par rapport à la première enquête, la comparaison n'a pas été aisée à cause de la différence d'analyses faites. La première enquête était purement descriptive et n'avait pas pris en compte certaines associations possibles entre les différentes variables. Par contre la

présente enquête a permis de mettre en exergue la proportion de la population ayant des connaissances satisfaisantes ou non sur la tuberculose. Ceci par une démarche de score que nous avons défini sur le niveau de connaissance de la maladie. Ainsi, nous avons pu comparer les bonnes et mauvaises réponses sur les différents éléments de la maladie provenant des participants. Le niveau de connaissances satisfaisantes moyen de la Tuberculose pour cette enquête est de 77,8%.

Les résultats pertinents des données de la première enquête ont été comparés à ceux de cette enquête. De façon globale, la connaissance de la toux de plus de 2 semaines comme principale symptôme évocateur de la Tuberculose est passé de 37,5% lors de la première enquête à 42,4% lors de la présente enquête. Le mode transmission par l'air entre les deux enquêtes est resté stable, respectivement 66,96% et 66,6%. Par ailleurs la connaissance des médicaments anti-TB comme moyen de traitement, a baissé entre les deux enquêtes respectivement 94,5% et 69,7%

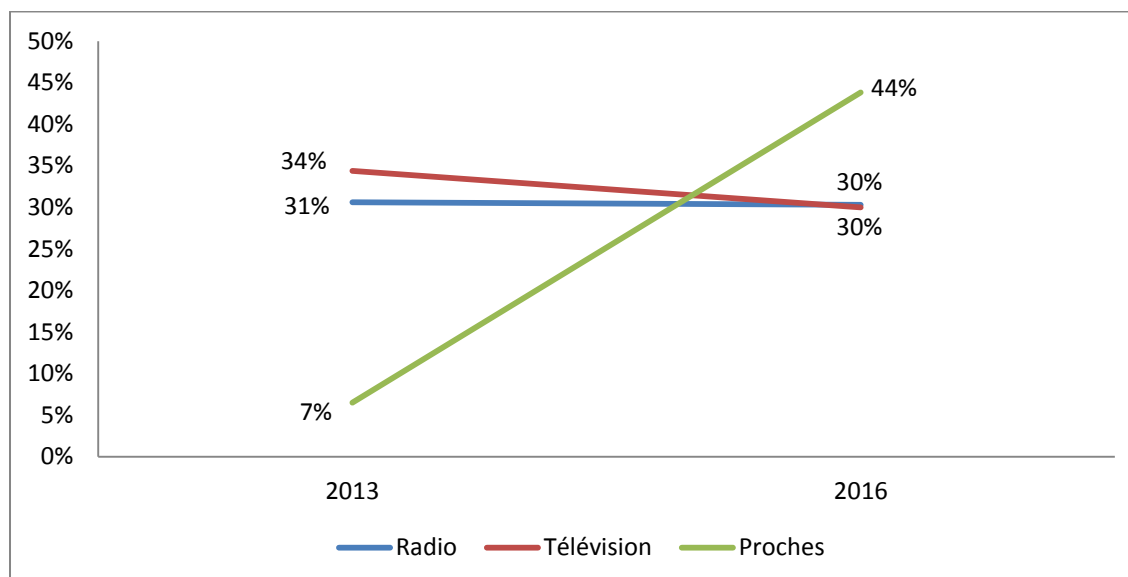
Figure 2. Comparaison connaissances sur la TB entre les années



La radio et la télévision étaient les sources prédominantes lors de la première enquête avec respectivement 30,6% et 34,4%. Ces valeurs sont resté sensiblement proche lors de la présente enquête soit respectivement 30,3% et 30,0%. Par contre, la présente enquête a montré que « les proches (Familles, voisin, ami, collègues, etc...) » est la principale source

d'information avec 43,8% contre 6,5% lors de la première enquête. Cette hausse peut être attribuable aux différentes interventions que le PNLT a menées sur le terrain à travers son réseau de partenaires locaux qui se sont investis sur le domaine de la communication de masse et la communication interpersonnelle en vers les populations en général et en particulier une communication de proximité en vers certains groupes cibles comme le personnel de santé et les anciens malades de TB dans les districts de santé. Cette communication s'est faite à travers les médias tant en milieu urbain qu'en milieu rural. Il faut saluer ici l'importance de l'IEC, les causeries éducatives qui se tiennent dans la plupart de nos formations sanitaires intéressant tout venant qui peut répercuter l'information dans son entourage, son environnement.

Figure 3. Comparaison des sources d'information sur la TB entre les années



VI. ZONES D'INTERVENTION DES SOUS RECIPIENDAIRES (SR) ET ACTIVITES DE COMMUNICATION

Contrairement à ce qu'on pourrait attendre, le niveau de connaissances satisfaisantes est très relevé dans les régions septentrionales plus tôt que dans les régions méridionales. En effet, les activités de communication se sont accentuées dans les régions méridionales alors qu'elles n'ont pas encore débutées dans les régions septentrionales. On constate particulièrement que dans la zone 2, le niveau de connaissances satisfaisantes est très faible alors que cette zone fournit le quart des cas dépistés du pays(1). En dehors de la communication de masse qui porte déjà des fruits, nous pensons que beaucoup d'efforts sont encore à faire en l'occurrence une communication de proximité, le renforcement de capacités des acteurs de terrain, l'aide à l'observance par l'intégration des anciens malades au sein de la chaîne des soins... La recherche et l'enrôlement des cas restés à domicile dans

le réseau de CDTs augmenteraient le nombre de cas dépistés. En attendant que l'extension des activités de communication se déploie dans les régions septentrionales, le PNLT gagnerait dès maintenant à rechercher les facteurs qui ont favorisé les connaissances satisfaisantes au sein des populations interrogées.

VII. CONCLUSIONS/RECOMMANDATIONS

Sur la base des résultats de l'étude, les recommandations suivantes sont formulées :

De façon générale, la variable « niveau d'étude » s'est révélée décisive dans l'analyse des connaissances, attitudes et pratiques face à la tuberculose. En effet, les tests effectués sur les scores de connaissance ont montré des différences significatives entre les niveaux d'étude « inférieurs ou égale au primaire et les supérieurs au primaire ». Cet état de fait suggère qu'il est pertinent de définir des stratégies spécifiques de communication adaptée au niveau d'étude.

De façon spécifique, les connaissances de la population des symptômes de la TB sont à construire chez les personnes plus âgées (>45 ans) et chez ceux ayant un niveau scolaire maximum du primaire. On a respectivement pu montrer une différence significative entre les sujets. Parmi ceux qui connaissent au moins un symptôme évocateur de la TB, près de la moitié (49,1%) ont eu pour principale source d'information les proches. La radio et la télévision ont également un score assez important, respectivement (37,2%) et (35,3%). La proportion des autres sources d'information (63,7%) est significativement plus importante en zone urbaine qu'en zone rurale ($P < 0,00015$) ceci pourrait s'expliquer par la présence plus importante des nouvelles techniques de l'information et de communication en zone urbaine à l'occurrence Internet...

Les connaissances des populations en matière de prévention de la tuberculose est à construire. La méconnaissance des modes de contamination, des facilités en termes de prise en charge (gratuité) et la durée du traitement devraient être mieux adressée pour encourager des attitudes et pratiques plus favorables à la lutte contre la tuberculose.

Recommandations

- 1- Le PNLT gagnerait à maintenir la communication à travers les médias tout en renforçant les organisations communautaires de base (OCB) en vue d'une meilleure sensibilisation
- 2- Dans l'organisation des campagnes d'éducation à la santé, introduire des informations-santé spécifiques à la tuberculose

- 3- Rechercher le niveau de connaissances satisfaisantes de la maladie et du traitement parmi les malades dans les régions méridionales ou bien septentrionales avant d'étendre l'enquête dans tout le pays

Limites de l'enquête:

L'enquête n'a pas intéressé certaines catégories de la population en l'occurrence les réfugiés, les prisonniers.

VIII. BIBLIOGRAPHIE

1. PNLТ. Rapport Annuel PNLТ 2014 [Internet]. 2014. Available from: www.pnlt.cm
2. Organization WH, others. Global tuberculosis report 2014. 2014. Geneva World Health Organ. 2015;
3. Nana Yakam A, Noeske J, Dambach P, Bowong S, Fono LA, Ngatchou-Wandji J. Spatial analysis of tuberculosis in Douala, Cameroon: clustering and links with socio-economic status. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2014;18(3):292–7.
4. Noeske J, Kuaban C, Amougou G, Piubello A, Pouillot R. Pulmonary tuberculosis in the central prison of Douala, Cameroon. *East Afr Med J*. 2006;83(1):25–30.
5. Noeske J, Ndi N, Amougou Elo G, Mbondi Mfondih S. Tuberculosis incidence in Cameroonian prisons: a 1-year prospective study. *SAMJ South Afr Med J*. 2014;104(3):209–11.
6. PNLТ. Plan strategique national de lutte contre la tuberculose au cameroun (2015-2019) [Internet]. 2014. Available from: www.pnlt.cm
7. PNLТ. Cameroun 2013 : Enquete Sur Les Connaissances, Les Attitudes Et Les Partiques Vis-A-Vis De La Tuberculose Au Cameroun. 2013.