



Déterminants de faible participation des relais communautaires dans l'accompagnement des présumés tuberculeux au centre de diagnostic et de traitement. Etude menée dans la zone de santé de Muanda échnologie financière et gestion de fonds

[Determinants of low involvement of community intermediaries in accompanying presumed tuberculosis patients to the diagnosis and treatment center Study carried out in the Muanda health zone financial ecology and fund management]

Ngimbi Ngimbi Jean¹, Bapidia Nzengu Samuel^{2*}, Mabola Tsinu Sébastien³, Onoya Wedi Josué⁴, Ntoto Kunzi Bernard² & Kafinga Luzolo Emeri²

¹Institut Supérieur d'Etudes Techniques et Commerciales de Moanda, Moanda, République Démocratique du Congo

²Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo

³Institut Supérieur Technique de Boma, Boma, République Démocratique du Congo

⁴Université Catholique Chrétienne Don Akam, Kinshasa, République Démocratique du Congo

Résumé

La tuberculose constitue un problème de santé publique dans le monde et se figure parmi les principales causes de décès et elle se situe au deuxième rang après le VIH/SIDA. Sa prévalence demeure très élevée dans le pays en développement. Par ailleurs, dans la zone de santé de Muanda où notre recherche est menée, nous étions sidéré de constater que, les relais communautaires n'orientent pas au nombre attendu les présumés tuberculeux au centre de diagnostic et traitement. Notre recherche propose d'identifier les déterminants de faible participation des relais communautaires dans l'accompagnement des présumés tuberculeux au centre de diagnostic et de traitement dans la zone de santé de Muanda. Elle est menée auprès de 298 relais communautaires qui sont obtenus de manière aléatoire simple.

A l'issu des analyses des données, les résultats ont dégagé les déterminants de faible orientation au nombre attendu des présumés tuberculeux au CDT suivants : le faible niveau d'étude ($p=0,001$) ; l'insuffisance de connaissance des signes présomptifs de TBC ($p=0,002$) ; le fait de ne pas bénéficier les droits des RECO ($p=0,001$) ; la méconnaissance de ménage ayant un cas index ($p=0,045$) ; le fait d'exercer plusieurs autres occupations en dehors du travail de RECO ($p=0,001$) ; le fait de travailler comme bénévole ($p=0,001$) ; le faible effectif des RECO ($p=0,012$) ; la peur de contracter la TBC ($p=0,001$) et autres.

Mots-clés: déterminants, faible participation, relais communautaires, accompagnement présumés tuberculeux, centre de diagnostic et de traitement.

Abstract

Tuberculosis is one of the world's leading causes of death, second only to HIV/AIDS. Its prevalence remains very high in the developing world. The results of our research show that, in the Muanda health zone where our research is carried out, community relays do not refer suspected tuberculosis patients to the diagnostic and treatment center in the numbers expected. Our research proposes to identify the determinants of low participation of community relays in the accompaniment of presumed tuberculosis patients to the diagnostic and treatment center in the Muanda health zone. Our study is a correlational cross-sectional study in the field of community health. It was carried out among 298 community relays obtained by simple random sampling. Following data analysis, the results identified the following determinants of low referral to the expected number of presumed tuberculosis patients at the CDT: low level of education ($p=0.001$); insufficient knowledge of the presumptive signs of TBC ($p=0.002$); not benefiting from RECO rights ($p=0.001$); not knowing which household had an index case ($p=0.045$); having several other occupations apart from RECO work ($p=0.001$); working as a volunteer ($p=0.001$); small number of RECOs ($p=0.012$); fear of contracting TBC ($p=0.001$) and others.

Keywords: determinants, low participation, community relays, presumed tuberculosis accompaniment, diagnostic and treatment center.

*Auteur correspondant: Bapidia Nzengu Samuel (bapidianzengu@gmail.com), Tél. : (+243) 811 762 666

Reçu le 30/10/2024; Révisé le 29/11/2024 ; Accepté le 16/12/2024

DOI: <https://doi.org/10.59228/rcst.024.v3.i4.116>

Copyright: ©2024 Ngimbi et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License (CC-BY-NC-SA 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

1. Introduction

La tuberculose constitue un problème de santé publique dans le monde. Selon le rapport de l'OMS, (2012), il y a eu 8.7 millions de nouveaux cas, 12 millions de cas prévalent et 1,4 millions de décès. Elle figure désormais parmi les principales causes de décès dans le monde. La tuberculose est l'une des maladies les plus meurtrières qui affectent le monde; elle se situe au deuxième rang après le VIH/SIDA. Elle est la 8ème cause de la mortalité dans le monde. Près de 9,2 millions de personnes touchées à travers le monde dont 5 à 10 % des sujets infectés développent la maladie ou deviennent contagieux au cours de leur existence.

Son traitement nécessite une combinaison prolongée de plusieurs médicaments antituberculeux à prendre pendant plusieurs mois pour prévenir de souches résistantes. Il est donc important de favoriser l'observance thérapeutique afin de coordonner la prise en charge ; une relation de confiance soignant/soigné ; une démarche éducative et participative ; une bonne qualité de l'information ; une responsabilisation de la part du soignant ; des incitatifs et facilitateurs (Anon, 2022).

Près de 5 à 10 % des sujets infectés développent la maladie et deviennent contagieux. La plupart des nouveaux cas (49 %) se situent dans les zones peuplées d'Asie: Bangladesh, Pakistan, Inde, Chine et Indonésie dont la Chine est encore le deuxième pays le plus touché au monde après l'Inde (Attinsonoun, 2017).

En effet, l'Afrique comptait la plus grande proportion de nouveaux cas par habitant avec plus de 280 cas pour 100.000 habitants en 2016. Les conséquences de la tuberculose sont nombreuses et impactent négativement les conditions socio-économiques de la population. La morbidité élevée liée à la tuberculose augmente les dépenses de santé dans les ménages (OMS, 2012).

La RDC figure parmi les 14 pays qui partagent la charge de la TB sensible, TBVIH et TBMR. Elle est classée 22ème pays en Afrique avec une charge élevée de la TB et il est parmi les pays les plus affectés dans le monde (Patrick, 2021).

Les orientations internationales, dont l'objectif 90 / 90/ 90 prôné par « l'END TB STRATEGY » axés sur « Dépister/tester et Traiter » et l'accès au traitement d'un nombre important des tuberculeux de l'OMS (2012).

Ce qui nécessite de déléguer les tâches et décentraliser les services jusqu'au niveau communautaire. Le traitement repose sur des mesures de prévention individuelle et collective.

Il est pathétique de constater selon les données du DHIS 2 de 2023 que, la province du Kongo Central et en particulier le territoire de Muanda est compté parmi les territoires à forte charge de la TB, la coinfection de TB/VIH et de TB-Multi résistante. Par ailleurs, plusieurs cas de cette pathologie ne sont pas diagnostiqués dans la communauté et certains patients ne sont pas orientés aux centres de dépistage et de traitement. Les ménages n'utilisent guère les services publics de santé et la communauté ne participe pas de façon active et s'impliquer en vue du maintien et de l'amélioration de leur état de santé.

Notre recherche propose d'identifier les déterminants de faible participation des relais communautaires dans l'accompagnement des présumés tuberculeux au centre de diagnostic et de traitement dans la zone de santé de Muanda.

2. Matériels et méthodes

2.1. Présentation du milieu d'étude

Nous avons réalisé notre recherche dans la zone de santé de Muanda située dans la province du Kongo Central en République Démocratique du Congo.

Notre étude est observationnelle du type transversal corrélationnel qui est inscrite dans le domaine de la santé communautaire et elle est axée sur l'orientation des présumés tuberculeux au centre de diagnostic et traitement.

2.1. Population cible

La population cible est composée de l'ensemble des relais communautaires de la zone de santé de Muanda durant notre période d'étude. Elle est estimée à 1316 dont 1 RECO par 50 ménages.

La taille de notre échantillon est de 298 relais communautaires qui sont retenus de manière aléatoire simple.

2.2. Méthode, technique et instrument de collecte de données

Pour notre étude, l'enquête nous sommes servis de la méthode d'enquête, la technique d'interview a été utilisée soutenue par d'un questionnaire d'enquête instrument de collecte de données

2.3. Déroulement de l'étude

2.3.1. Formation des enquêteurs

La formation des enquêteurs s'est déroulée pendant 3 jours dans la salle de formation du bureau central de la zone de santé de Muanda. Elle s'est déroulée à la du 10 au 13 février 2024. En effet, cette formation a permis d'inculquer la vision, la philosophie et l'importance de l'étude aux enquêteurs. Elle a également permis de s'imprégner du

questionnaire d'enquête ainsi que, la procédure à emprunter en vue de réaliser les enquêtes.

2.3.2. Enquête proprement dite.

L'interview durait en moyenne 40 minutes par personne en vue de recueillir les informations nécessaires pour notre recherche. Avant l'interview auprès des relais communautaires, nous avons expliqué l'importance de l'étude tout en leur garantissant l'anonymat et la confidentialité de leurs réponses. En vue de garantir leur sécurité des participants de cette recherche, les enquêtes se sont déroulées dans des endroits très sécurisants soit dans leur domicile ou au bureau central dans la position assise mais, à l'écart de tous.

2.4. Considérations éthiques

La réalisation de cette recherche a été possible après l'obtention du consentement éclairé des sujets à enquêter par la signature du formulaire de consentement éclairé. La participation à cette recherche était volontaire. Et, les enquêtés avaient le libre arbitre de mettre terme à l'enquête s'elles se sont senties offensées. Par ailleurs, la confidentialité ainsi que l'anonymat des informations reçues étaient garantis. Les principes d'éthique suivants ont été respectés durant cette recherche à savoir: l'autonomie des enquêtés, la bienfaisance, la non-malfaisance, la pertinence, la scientificité de la recherche et la justice en vue de déterminer les participants dans cette recherche. La réalisation de cette recherche a été faite après l'obtention de l'avis et l'approbation du comité d'éthique de l'école doctorale à l'ISTM/Kinshasa y compris la lettre autorisant la réalisation de la présente recherche.

2.5. Méthode de traitement des données

Les enquêtes ont été faites à travers le logiciel Kobocollect nous a permis de concevoir le questionnaire et de réaliser l'enquête à travers les téléphones Android, puis ces données ont été extraites sur Excel 2010 pour être importées sur le logiciel Spss 25 pour des analyses statistiques des données collectées.

Nous effectués deux analyses dans cette étude à savoir: descriptive et analytique. L'analyse descriptive a consisté à: décrire les caractéristiques sociodémographiques des RECO et les données en rapport avec l'orientation des patients présumés tuberculeux au centre de traitement. La seconde analyse appelé analyse bi-variée à l'aide du test statistique de chi-carré nous a permis d'identifier les

facteurs statistiquement associés au faible apport des relais communautaires dans l'orientation des patients présumés tuberculeux au centre de traitement. Le niveau de signification est fixé à 5%.

3. Résultats et Discussion

3.1. Analyse univariée

L'analyse univariée décrit les données selon l'orientation des présumés tuberculeux au CDT.

3.2. Orientation des présumés tuberculeux au CDT par les RECO.

Tableau I. Répartition des relais communautaires selon l'orientation au nombre attendu des présumés tuberculeux au CDT

Relais communautaire orienté au nombre attendu des présumés tuberculeux au CDT	Fréquence	%
Oui	130	43,6
Non	168	56,4
Total	298	100,0

Pour ce qui est de la répartition des relais communautaires selon l'orientation au nombre attendu des présumés tuberculeux au CDT, 43,6% soit 130 sur 298 orientent contre 56,4% qui n'orientent pas.

3.3. Analyse bivariée

Tableau II. Relation entre la faible orientation au nombre attendu des présumés tuberculeux au CDT et les caractéristiques sociodémographiques des RECO

Caractéristiques sociodémographiques des RECO	Orientation au nombre attendu des présumés tuberculeux au CDT		Total	X ²	P	
	Oui	Non				
Sexe	Féminin	59	93	152	2,531	0,112
	Masculin	71	75	146		
Etat civil	Célibataire	56	72	128	0,085	0,958
	Marié	68	87	155		
	Divorcé	6	9	15		
Niveau d'étude	Analphabète	3	0	3	8,548	0,036 ***
	Primaire	3	6	9		
	Secondaire/humanitaire	86	93	179		
	Supérieur/Université	38	69	107		
Autre profession qu'exercée	Etudiante	8	18	26	22,963	0,001 ***
	Fonctionnaire de l'Etat	15	45	60		
	Ménagère	18	30	48		
	Vendeuse	15	21	36		
	Débrouillard	41	24	65		
	Sans occupation	33	30	63		
Total	130	168	298			

Les déterminants liés aux caractéristiques sociodémographiques des RECO de la faible orientation au nombre attendu des présumés tuberculeux au CDT sont: le faible niveau d'étude ($p=0,036$) ainsi que, le fait d'exercer d'autres professions que celle de RECO ($p=0,001$).

Tableau III. Relation entre la faible orientation au nombre attendu des présumés tuberculeux au CDT et les déterminants liés aux RECO

Déterminants liés aux RECO		Orientation au nombre attendu des présumés tuberculeux au CDT		Total	X ²	P
		Oui	Non			
Formé en qualité de RECO TB	Oui	39	30	69	5,410	0,020 ***
	Non	91	138	229		
Bénéficie les droits des RECO	Salaire et prise en charge complète	25	34	59	11,185	0,025 ***
	Reconnaissance comme fonctionnaire	16	21	37		
	Repos	9	3	12		
	Formation en cours d'emploi	72	108	180		
	Promotion et soins de santé	8	2	10		
Reconnaissance de ménage d'un cas index	A partir de L'I.T	15	16	31	0,140	0,709
	Lors de visite à domicile	115	152	267		
Disponibilité des outils de travail comme RECO TB	FIDESCO	64	73	137	4,460	0,216
	BILOS	51	83	134		
	REGISTRE	6	3	9		
	FICHES	9	9	18		
remboursement de transport chaque mois	Oui	15	9	24	2,993	0,084
	Non	115	159	274		
somme reçu couvre les dépenses	Oui	9	9	18	0,101	0,751
	Non	121	159	280		
Remboursement régulier de transport	Oui	15	3	18	10,624	0,001 ***
	Non	115	165	280		
A plusieurs occupations	Oui	74	135	209	18,112	0,001 ***
	Non	56	33	89		
Depasse plus de 1h dans la communauté pour réaliser une activité communautaire	Oui	36	42	78	7,791	0,020 ***
	Non	94	126	220		
Métier bénévole	Oui	118	159	277	1,140	0,286
	Non	12	9	21		
faible effectif des RECO	Oui	115	159	274	2,993	0,084
	Non	15	9	24		
Le travail est très grand, difficile et ennuyant	Oui	115	159	274	2,993	0,084
	Non	15	9	24		
Aime ce travail de RECO	Oui	128	150	278	8,445	0,004 ***
	Non	2	18	20		
A peur de contracter la TB	Oui	62	63	125	2,722	0,099
	Non	68	105	173		
Se protège contre le TB	Port de cache nez	113	138	251	3,603	0,165
	Port de gant	14	18	32		
	Port de lunette	3	12	15		
Métier obligatoire	Oui	71	69	140	4,867	0,027 ***
	Non	59	99	158		
Total		130	168	298		

Les déterminants liés aux RECO de la faible orientation au nombre attendu des présumés tuberculeux au DCT par les RECO sont: le fait d'être formé en qualité de RECO TB ($p=0,020$), le fait de bénéficier des droits de des RECO ($p=0,025$), le remboursement régulier de transport ($p=0,001$), le fait d'avoir plusieurs occupations ($p=0,001$), le fait de dépasser 1 h dans la communauté pour réaliser une activité communautaire ($p=0,020$), le fait de ne pas aimer le travail de RECO ($p=0,004$) et le fait d'exercer le métier de RECO comme obligatoire ($p=0,027$).

Tableau IV. Relation entre la faible orientation au nombre attendu des présumés tuberculeux au CDT et les déterminants liés aux autorités

Déterminants liés aux autorités		Orientation au nombre attendu des présumés tuberculeux au CDT		Total	X ²	P
		Oui	Non			
Suivi par les IT	Oui	124	150	274	2,904	0,088
	Non	6	18	24		
Connu par les BCZS	Oui	56	51	107	5,152	0,023 ***
	Non	74	117	191		
S'impliquent-ils pour vous permettre de bien faire votre travail ?	Oui	104	129	233	0,276	0,600
	Non	26	39	65		
Font de plaidoirie aux près de leaders de masses	Oui	109	123	232	4,208	0,040 ***
	Non	21	45	66		
Sensibilisent la population de collaborer avec les RECO	Oui	118	153	271	0,001	1,000
	Non	12	15	27		
Disposent les outils et matériels de travail de manière régulière et suffisante	Oui	70	48	118	18,532	0,001 ***
	Non	60	120	180		
Règlementent les activités des RECO	Oui	42	33	75	5,587	0,018 ***
	Non	88	135	223		
Total		130	168	298		

Les déterminants liés aux autorités de la faible orientation au nombre attendu des présumés tuberculeux au CDT par les RECO sont : le fait de ne pas être connu par les BCZS ($p=0,023$) ; l'absence de plaidoirie aux près de leaders de masses ($p=0,040$) la faible communication avec les RECO ($p=0,039$), l'indisponibilité des outils et matériels de travail de manière régulière et suffisante ($p=0,001$) ainsi que, l'absence de réglementation sur les activités des RECO ($p=0,018$).

Tableau V. Relation entre la faible orientation au nombre attendu des présumés tuberculeux au CDT et les déterminants liés à la population

Déterminants liés à la population		Orientation au nombre attendu des présumés tuberculeux au CDT		Total	X ²	P
		Oui	Non			
Communique avec les RECO	Oui	122	144	266	4,243	0,039 ***
	Non	8	24	32		
Connaît les signes de TB	Oui	42	21	63	16,080	0,001 ***
	Non	88	147	235		
Ne considère et ne respecte pas les RECO	Oui	75	60	135	13,413	0,001 ***
	Non	55	108	163		
Ne s'implique pas avec les RECO	Oui	115	156	271	1,227	0,268
	Non	15	12	27		
Mauvaise gestion de rumeur sur la prise en charge gratuite de la TB	Payante	6	3	9	1,154	0,283
	Gratuit	124	165	289		
Ne collabore pas avec les RECO	Oui	130	159	289	5,469	0,019 ***
	Non	0	9	9		
Total		130	168	298		

Les déterminants liés à la population de la faible orientation au nombre attendu des présumés tuberculeux au CDT par les RECO sont : la faible communication avec les RECO (p=0,039) ; l'insuffisance de connaissance sur les signes de TBC (p=0,001) ; la faible considération et le non-respect vis-à-vis des RECO (p=0,001) ainsi que, l'absence de collaboration avec les RECO (p=0,019).

3.2. Analyse multivariable : Régression logistique

Cette analyse multivariable recherche les vrais déterminants de la faible orientation au nombre attendu des présumés tuberculeux au CDT.

Les déterminants de la faible orientation au nombre attendu des présumés tuberculeux au CDT par les RECO sont (tableau VI) : le faible niveau d'étude (p=0,001) ; l'insuffisance de connaissance des signes présomptifs de TBC (p=0,002) ; le fait de ne pas bénéficier des droits des RECO (p=0,001) ; la méconnaissance de ménage ayant un cas index (p=0,045) ; le fait d'exercer plusieurs autres occupations en dehors du travail de RECO (p=0,001) ; le fait de travailler comme bénévole (p=0,001) ; le

faible effectif des RECO (p=0,012) ; la peur de contracter la TBC (p=0,001) ; le fait de ne pas se protéger contre le TB (p=0,014) ; l'insuffisance de technique de transporter les échantillons (p=0,001) ; le fait que, les autorités ne s'impliquent pas pour permettre de bien faire le travail (p=0,001) ; le fait que les autorités ne font pas de plaidoirie aux près de leaders de masses (p=0,001) ; l'indisponibilité des outils et matériels de travail de manière régulière et suffisante (p=0,001) ; inexistence d'une réglementation sur les activités des relais communautaire (p=0,001) ; le fait que, la population communique avec les RECO lors de leur travail (p=0,001) ; l'absence de collaboration entre la population et les RECO (p=0,034) ainsi que, la mauvaise gestion de rumeur sur la PEC gratuite de la TB dans la communauté (p=0,019).

Tableau VI. Régression logistique sur les déterminants de la faible orientation au nombre attendu des présumés tuberculeux au CDT par les RECO

Déterminants de la faible orientation des présumés tuberculeux au CDT	B	P	Odds Ratio	IC de 95% de l'OR	
				Inférieur	Supérieur
Sexe	-0,179	0,743	0,836	0,288	2,432
Niveau d'étude	1,835	0,001	6,265	2,384	16,462
Connaissance des signes présomptifs de TBC	2,327	0,002	10,251	2,309	45,506
Bénéficiaire des droits des RECO	0,746	0,001	2,108	1,343	3,310
Reconnaissance de ménage ayant un cas index	-2,645	0,045	0,071	0,005	0,939
Exerce plusieurs autres occupations en dehors du travail de RECO	-2,726	0,001	0,066	0,013	0,324
Travaille bénévolement	-4,809	0,001	0,008	0,001	0,086
Existence d'un faible effectif des RECO	-2,960	0,012	0,052	0,005	0,518
Aime le travail de RECO	1,598	0,205	4,944	0,419	58,375
A peur de contracter la TB	1,044	0,040	2,841	1,050	7,687
Pratique pour se protéger contre le TB	1,382	0,014	3,984	1,330	11,930
Manière de transporter les échantillons	-0,680	0,039	0,506	0,266	0,966
Métier des RECO est obligatoire	0,308	0,510	1,361	0,545	3,399
Suivi par les IT de manière régulière	0,583	0,578	1,792	0,229	14,011
Les autorités s'impliquent pour permettre de bien faire le travail	-3,881	0,001	0,021	0,004	0,119
Les autorités ne font pas de plaidoirie aux près de leaders de masses	5,699	0,001	298,479	33,027	2697,507
Indisponibilité des outils et matériels de travail de manière régulière et suffisante	1,739	0,001	5,690	2,058	15,729
Existence d'une réglementation sur les activités des relais communautaire	2,474	0,006	11,870	2,033	69,303
La population communique avec les RECO lors de leur travail	4,794	0,001	120,783	10,252	1422,981
Ne collabore pas avec les RECO	-2,036	0,034	0,131	0,020	0,855
Mauvaise gestion de rumeur sur la PEC gratuite de la TB dans la communauté	-2,798	0,034	0,061	0,005	0,811
Constant	-31,438	0,998	0,001		

4. Résultats et Discussion

4.1. Caractéristiques sociodémographiques des RECO

Selon le sexe, 51% sont des femmes et 49% des hommes. Considérant l'état civil, 52% sont des mariés et 43% des célibataires. Pour ce qui est de niveau d'étude, 60,1% sont des humanitaires, 35,9% de universitaires et 3% du niveau primaire. Selon les autres professions exercées en dehors de celle de RECO, 21,8% sont des débrouillards, 21,1% sont sans occupations, 20,1% sont des fonctionnaires de l'Etat et autres professions.

Ces résultats nous montrent que, la population de notre étude est composée plus des relais communautaires du sexe féminin, qui sont mariés, sont du niveau humanitaire et débrouillards.

Ces caractéristiques de notre population d'étude sont différentes à celles de [Jemaa \(2011\)](#) dont la majorité était composée des hommes, ayant une moyenne d'âge de 42 ans, avec un niveau d'étude secondaire incomplet. Par ailleurs, l'agriculture artisanale est la principale activité des RECO.

4.2. Orientation des *présûmés tuberculeux au CDT par les RECO*

4.2.1. Orientation au nombre attendu des *présûmés tuberculeux au CDT par les relais communautaires*

Pour ce qui est de la répartition des relais communautaires selon l'orientation au nombre attendu des *présûmés tuberculeux au CDT*, 43,6% soit 130 sur 298 orientent contre 56,4% qui n'orientent pas.

Nous pensons que, cette orientation se fait de manière insuffisante au regard des résultats trouvés dans cette étude. Ce qui peut favoriser la sous notification de cas de tuberculose ainsi que, la sous-utilisation de service de santé. En effet, l'orientation des *présûmés tuberculeux au CDT* est très nécessaire en vue d'améliorer leur état de santé en marge de lutte contre la tuberculose à l'horizon 2023 dont l'objectif 90 / 90/ 90 prôné par « l'END TB STRATEGY » et l'adoption de nouvelles recommandations de l'OMS (2012) qui sont axées essentiellement sur « Dépister/tester et Traiter » avec comme avantage l'accès au traitement d'un nombre important des tuberculeux.

Par contre, cette faible performance des relais communautaires constitue une embuche qui peut empêcher l'atteinte de cet objectif. Car, pour Bernard & Genève (2010), les relais communautaires sont chargés de mener des activités de sensibilisation, d'information, d'éducation et de communication dans la communauté en vue de favoriser la promotion de la santé de la population.

Par ailleurs, l'ACF & SIDA (2020) dans une étude qui avait pour objectif d'évaluer le fonctionnement des relais communautaires à travers la revue des politiques de santé communautaire et à partir d'études de cas dans le cadre des activités de prévention de la malnutrition aigüe, au Burkina Faso, Mali et Sénégal au total, 13 villages ou quartiers urbains ont été visités, couvrant plus de 130 relais communautaires et les résultats ont été obtenus de manière efficace. Ces résultats sont contraires à ceux de notre étude dont les résultats obtenus semblent d'être insatisfaisants.

En outre, Bodiena (2018), a trouvé une moyenne de 10 ménages affectés au RECO sont éloignés de ce dernier (par rapport à sa maison d'habitation); seulement 45,07% sont permanents dans l'AS (7j/7). L'effectif des RECO s'est sensiblement réduit dans la Zone de Santé (ZS) suite à l'inexistence d'activités génératrices des revenus et autres tâches incitatives. Le taux de couverture zonale en relais était seulement de 39,5% et le taux d'activité zonale des RECO de 52,8%.

4.2.2. Droits, Rôles et la reconnaissance de ménage ayant un cas index par les RECO

Selon le fait d'avoir suivi la formation de RECO TB, 23,2% en ont suivi contre 76,8% qui n'en ont pas suivi.

En effet, la formation est très nécessaire pour la profession de relais communautaire car, elle permet de développer les compétences et d'adopter les attitudes qui permettront de travailler de manière efficace. Par contre, la majorité de relais communautaires de notre étude ne sont pas formés en thématique de la tuberculose.

Considérant les rôles (responsabilités et devoirs) des RECO, 38,9% font Dénombrement de la population, 34,2% réalisent le suivi des malades TB, 9,7% sensibilisent la population sur la TB, 7% assurent le suivi biologique des cas TB (RDV) et organisent les visites à domicile chez les cas index à la recherche des cas contacts, 2% orientent des *présûmes TB* vers le CDT contre 1% qui recherchent des nouveaux cas de TBC dans la communauté.

Pour l'OMS (2017), le Relais Communautaire joue le rôle des partenaires des services de santé et d'interface (pont) avec la communauté dont ses deux rôles essentiels sont : d'amener les services de santé vers la population et amener la population vers les services de santé.

Contrairement aux résultats trouvés par Bodiena, (2020), qui a trouvé que, les RECO sont dotés des connaissances suffisantes quant à leur rôle. Cependant, ils affichent des attitudes défavorables et des comportements inappropriés par rapport à leur participation dans les activités à mener. Ceci ne permet pas une opérationnalisation optimale des interventions.

Cependant, concernant le statut du relais communautaire Patrick (2021) a trouvé qu'il s'agit d'un volontaire indépendant, qui n'est pas professionnel de santé, n'est pas engagé par les services de santé et c'est un partenaire au service de santé.

Par ailleurs, par rapport au rôle primordial qu'ils occupent pour le bon fonctionnement du système de santé, leur statut et considération sont nécessaires d'être améliorés.

Concernant le droit des RECO, 60,4% estiment qu'ils ont droit à la formation en cours d'emploi, 19,8% ont droit au salaire et prise en charge complète, 12,4% à la reconnaissance par l'Etat comme fonctionnaire de l'état, 4% au repos et 3,4% sollicitent la promotion dans le système de santé pour occuper des postes de prise de décision.

Nous pensons que, les autorités politico-administratives et sanitaires doivent respecter et appliquer les droits des relais communautaires pour le bon fonctionnement du système de santé du pays.

Concernant de la place des relais communautaires dans le système de santé de la RDC, 85,2% estiment qu'ils n'ont pas de place au niveau opérationnel/opérationnel, 5,0% qui ont dit qu'ils favorisent le bon fonctionnement du système de santé

en apportant le service de santé auprès de la communauté, 7,7% pensent qu'ils n'ont pas de la place contre 2% qui sont en contact avec la communauté pour l'efficacité du système de santé.

Ces résultats sont certifiés par [Boulahbal \(2007\)](#), qui a trouvé que, la participation des relais communautaires dans les activités du programme élargi de vaccination de routine dans le district sanitaire de Dioila au Mali était nécessaire pour la réussite de cette intervention.

Ceux-ci montrent que, les relais communautaires ont une place indispensable dans le bon fonctionnement du système de santé du pays.

4.2.3. Connaissance des signes, ménages ayant un cas index et des outils de travail

Considérant la connaissance des signes présomptifs de la tuberculose, 86,9% ont cité les 3T : Toux, Fièvre et Transpiration, 10,1% ont parlé de l'amaigrissement et 2% de l'asthénie physique.

Par contre, [Attinsounon \(2017\)](#), a mené l'étude qui avait comme objectif celui d'évaluer les connaissances et attitudes des relais communautaires vis-à-vis des fièvres hémorragiques à virus Ebola et Lassa et leur implication dans la mise œuvre des activités de prévention de ces maladies, les résultats ont montré que, 82,8% des relais communautaires reconnaissent les deux maladies comme étant graves, mortelles et transmissibles. Les trois principales voies de transmission citées étaient le contact ou la consommation de gibiers (87,9%), le contact direct avec les personnes infectées (74,1%) ou leurs cadavres (46,6%).

Notre étude est menée sur l'orientation des patients tuberculeux aux CDT par contre [Attinsounon \(2017\)](#) a menée l'étude sur les fièvres hémorragiques à virus Ebola et Lassa. Ces résultats montrent que, les relais communautaires ont l'intérêt de bénéficier des formations en vue d'améliorer leur compétence y compris la connaissance dans le but de bien faire leur travail.

Selon la reconnaissance de ménage ayant un cas index par les RECO, 89,6% reconnaissent lors d'une visite à domicile et 10,4% à partir des infirmiers titulaires.

Pour [Mavuzi et al \(2014\)](#), la stratégie de fonctionnement du métier des relais communautaires (RECO) semble être efficace. Ces derniers participent à l'améliorer les performances des interventions du Paquet Minimum d'Activité dans la communauté et augmente l'adhésion aux soins de santé de la population par l'utilisation des services de santé.

Concernant de la disponibilité des outils de travail utilisés en tant que RECO TB, 46,0% utilisent

les FIDESCO, 45,0% les BILOS, 6,0% les fiches et 3% les registres.

4.2.4. Pratique des RECO pour se protéger contre le TBC et assurer le transport des échantillons

Considérant la pratique des RECO pour se protéger contre le TBC, 84,2% utilisent le cache-nez, 10,7% portent des gants et 5% portent des lunettes.

Par contre, [Attinsounon \(2017\)](#), a trouvé que, seulement vingt-deux relais communautaires soit 37,9% disposaient de gants mais les utilisaient rarement pour examiner les enfants malades. Quant à la conduite à tenir devant un cas suspect de fièvre hémorragique virale Lassa ou Ebola, quarante-et-un relais communautaires (70,7%) feraient recours aux agents de santé sans toucher au malade, neuf (15,5%) feraient appel à l'ambulance et huit (13,8%) transporterait le cas sur leur propre moto ou sur un taxi-moto vers le centre de santé le plus proche.

Ces résultats sont contraires à ceux trouvés par [l'EDS \(2014\)](#) dont les relais communautaires n'étaient pas en contact avec les échantillons des patients.

Nous pensons que, la formation des relais communautaires sur la prévention des maladies contagieuses est nécessaire en vue de transformer leurs attitudes et améliorer leur connaissance contre ces pathologies mortelles pour qu'ils puissent sensibiliser correctement la communauté et pour le bon fonctionnement du système de santé.

Selon la manière d'assurer le transport des échantillons, 21,1% transportent avec le crachoir et triple emballage, 15,1% accompagnent le présumé au CDT et 14,8% recommandent aux présumés d'aller eux-mêmes au CDT en leur remettant le BILO.

[Lamri & Salaheddine \(2014\)](#), ont mené une enquête transversale descriptive dans 40 villages du département de la Donga au Bénin auprès des relais communautaires recrutés par tirage au sort qui faisaient la prise en charge à domicile des maladies respiratoires, diarrhéiques et du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans.

Ces résultats montrent que, les relais communautaires contribuent efficacement dans le bon fonctionnement du système de santé de notre pays.

4.3. Déterminants liés aux RECO de faible accompagnement des présumés tuberculeux au CDT

Selon les facteurs de faible accompagnement des présumés tuberculeux au CDT, 93,3% aiment le travail de RECO TB, travaillent bénévolement, 93% trouvent le travail de RECO est très grand, difficile, 91,9% trouvent le travail de RECO est très grand, difficile, 73,8% dépassent plus de 1h dans la communauté pour réaliser une activité communautaire, 41,9% qui ont la peur de contracter le

TBC, 70,1% exercent plusieurs autres occupations en dehors du travail de RECO et 47% qui estiment que, ce métier est obligatoire.

4.3.1. Déterminants liés aux autorités de faible accompagnement par les relais communautaires des présumés tuberculeux au centre de diagnostic et de traitement

Considérant les déterminants liés aux autorités de faible accompagnement par les relais communautaires des présumés tuberculeux au centre de diagnostic et de traitement au CDT, 91,9% sont suivis par les IT de manière régulière, 90,9% attestent que, les autorités sensibilisent la population de manière suffisante vous permettre de bien faire leur travail, 78,2% estiment que, les autorités s'impliquent pour vous permettre de bien faire votre travail, 77,9% affirment que, les autorités font de plaidoirie aux près de leaders de masses pour vous permettre de bien faire votre travail et 39,6% ont dit que, les autorités disposent les outils et matériels de travail de manière régulière et suffisante vous permettre de bien faire votre travail contre 25,2% qui ont affirmé qu'il existe une réglementation sur les activités des relais communautaire.

Mohamed Badi (2013), dans leur étude de cas sur le fonctionnement des relais communautaires dans le cadre de la prévention de la sous-nutrition Burkina faso-Mali-Senegal ont trouvé une absence d'harmonisation entre les pratiques et les définitions dont plusieurs profils de relais communautaires étaient :

- L'ASC (« chargé(e) de dispenser des soins curatifs de base ainsi que des soins préventifs et promotionnels dans sa communauté »,
- La matrone « chargée d'assister la mère pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, de l'amener à respecter ses consultations prénatales et de l'orienter pour bénéficier d'une assistance par du personnel qualifié lors de l'accouchement »,
- Le relais communautaire « chargé(e) de mener des activités de sensibilisation, d'information, d'éducation et de communication pour le changement de comportement, ainsi que des activités préventives et promotionnelles dans sa communauté »,
- Le dispensateur (trice) de soins à domicile (DSDOM) : chargé(e) de prendre en charge les cas de paludisme dans sa communauté, les IRA et la diarrhée en plus du paludisme et les services préventifs et promotionnels en rapport avec les maladies de l'enfant
- Bajenu Gox : marraine de quartier ou de village ; elle appuie les relais dans la promotion de la santé maternelle, néonatale et infantile au niveau individuel, familial et communautaire :

- Le Tradipraticien (ne) de santé (TPS) : reconnu par la communauté dans laquelle il vit comme compétent pour identifier des maladies et invalidités spécifiques, et dispenser des soins de santé grâce à des moyens spirituels, des techniques manuelles et exercices et /ou l'emploi de substances d'origine végétale ou animale (fonctionne dans le système alternatif de soins).

Ces résultats montrent qu'il est nécessaire de règlementer le métier des relais communautaires pour leur permettre de bien faire leur travail car, le statut des relais reste inconnu avec de multiples définitions pour les agents communautaires, des différences dans le système hiérarchique (niveau de rattachement au centre de santé, relations avec l'ONG) ou des variations dans le niveau de responsabilité entre les agents opérant dans les centres de santé et ceux agissant dans la communauté.

4.3.2. Déterminants liés à la population de la faible participation des relais communautaires dans l'accompagnement des présumés tuberculeux au centre de diagnostic et de traitement

Concernant les déterminants liés à la population de faible accompagnement par les relais communautaires des présumés tuberculeux au centre de diagnostic et de traitement, 97,0% estiment qu'il existe une rumeur sur la prise en charge gratuite de la TB dans la communauté et ne collabore pas avec les RECO, 90,9% de la population ne s'implique, 89,3% communique avec les RECO lors de leur travail et 21,1% affirment que la population connaisse les signes de la TB.

4.4. Analyse bivariée

4.4.1. Relation entre la faible orientation au nombre attendu des présumés tuberculeux au CDT et les caractéristiques sociodémographiques des RECO

Les déterminants de faible orientation au nombre attendu des présumés tuberculeux au CDT sont : le faible niveau d'étude ($p=0,036$) ainsi que, le fait d'exercer d'autres professions que celle de RECO ($p=0,001$).

4.4.2. Relation entre la faible orientation au nombre attendu des présumés tuberculeux au CDT et les déterminants liés aux RECO

Les déterminants liés aux RECO de la faible orientation au nombre attendu des présumés tuberculeux au CDT par les RECO sont : le fait d'être formé en qualité de RECO TB ($p=0,020$) ; le fait de bénéficier les droits des RECO ($p=0,025$) ; le remboursement régulier de transport ($p=0,001$), le fait d'avoir plusieurs occupations ($p=0,001$), le fait de dépasser plus de 1h dans la communauté pour réaliser une activité communautaire ($p=0,020$), le fait de ne pas aimer le travail de RECO ($p=0,004$), ainsi que, le fait d'exercer le métier de RECO comme obligatoire ($p=0,027$).

Moumimi (2010), dans son étude, il s'est avéré que, le niveau d'opérationnalisation de relais communautaires demeure faible dans la zone de santé de Walungu dans la ville de Lumumbashi. Cette situation ne reste pas sans conséquence sur l'accès universel à la santé et sur la promotion du bien-être. Elle constitue l'un des facteurs de la flambée de la morbi-mortalité communautaire, alors que ceci peut être évité. Ainsi, la mise en place d'un système de suivi et de motivation s'avère prioritaire.

4.4.3. Relation entre la faible orientation au nombre attendu des présumés tuberculeux au CDT et les déterminants liés aux autorités

Les déterminants liés aux autorités de la faible orientation au nombre attendu des présumés tuberculeux au CDT par les RECO sont : le fait de ne pas être connu par les BCZS ($p=0,023$) ; l'absence de plaidoirie aux près de leaders de masses ($p=0,040$) la faible communication avec les RECO ($p=0,039$), l'indisponibilité des outils et matériels de travail de manière régulière et suffisante ($p=0,001$) ainsi que, l'absence de réglementation sur les activités des RECO ($p=0,018$).

L'ACF & Sida (2020) ont trouvé qu'en raison de l'absence de règles, de statut régissant le métier des relais communautaires, l'inexistence des processus de sélections ou de recrutement, accompagnés d'un financement insuffisant a également un impact sur la qualité de la formation et du suivi des relais (curricula non établi, manque de planning pour les formations et les supervisions, manque de financement pour le suivi des relais...). La question de la motivation reste la plus importante, car étant considérée comme un facteur essentiel à la bonne réalisation des activités.

4.4.4. Relation entre la faible orientation au nombre attendu des présumés tuberculeux au CDT et les déterminants liés à la population

Les déterminants liés à la population de la faible orientation au nombre attendu des présumés tuberculeux au CDT par les RECO sont : la faible communication avec les RECO ($p=0,039$) ; l'insuffisance de connaissance sur les signes de TBC ($p=0,001$) ; la faible considération et le non-respect vis-à-vis des RECO ($p=0,001$) ainsi que, l'absence de collaboration avec les RECO ($p=0,019$).

Bidiena (2020) dans son étude, a trouvé que, le faible apport entraînait des répercussions négatives dans la communauté dans la zone de santé de Walungu dans la ville de Lumumbashi notamment : les aires de santé enregistrent une grande proportion des décès domestiques liés aux pathologies médicales. Les enfants de moins de 5 ans et les femmes allaitantes étant les plus touchés. La séquestration des malades dans les chambres de prière et l'inaccessibilité financière aux soins par le ménage font parties des raisons majeures de ces décès.

Ces résultats montrent que, l'inefficacité de métier des relais communautaires perturbe et/ou défavorise la santé communautaire y compris la promotion de la santé.

4.5. Analyse multivariable: Régression logistique

4.5.1. Régression logistique sur les déterminants de la faible orientation au nombre attendu des présumés tuberculeux au CDT par les RECO

Les déterminants de la faible orientation au nombre attendu des présumés tuberculeux au CDT par les RECO sont : le faible niveau d'étude ($p=0,001$) ; l'insuffisance de connaissance des signes présomptifs de TBC ($p=0,002$) ; le fait de ne pas bénéficier des droits des RECO ($p=0,001$) ; la méconnaissance de ménage ayant un cas index ($p=0,045$) ; le fait d'exercer plusieurs autres occupations en dehors du travail de RECO ($p=0,001$) ; le fait de travailler comme bénévole ($p=0,001$) ; le faible effectif des RECO ($p=0,012$) ; la peur de contracter la TBC ($p=0,001$) ; le fait de ne pas se protéger contre le TB ($p=0,014$) ; l'insuffisance de technique de transporter les échantillons ($p=0,001$) ; le fait que, les autorités ne s'impliquent pas pour permettre de bien faire le travail ($p=0,001$) ; le fait que les autorités ne font pas de plaidoirie aux près de leaders de masses ($p=0,001$) ; l'indisponibilité des outils et matériels de travail de manière régulière et suffisante ($p=0,001$) ; inexistence d'une réglementation sur les activités des relais communautaire ($p=0,001$) ; le fait que, la population communique avec les RECO lors de leur travail ($p=0,001$) ; l'absence de collaboration entre la population et les RECO ($p=0,034$) ainsi que, la mauvaise gestion de rumeur sur la PEC gratuite de la TB dans la communauté ($p=0,019$).

Faye (2012), a trouvé que, le faible niveau d'opérationnalisation des RECO dans la ZAR a été associé : à l'éloignement de certains ménages à visiter ; à la faible participation aux activités menées dans l'AS ; à la faible participation régulière aux réunions mensuelles ; à la faible mobilisation des familles à recourir aux services disponibles au niveau du CS ; au manque de conseils ciblés sur les différents types de cas ou de maladie au niveau familial ainsi qu'à la faible supervision ($p<0,05$).

Ces résultats sont différents à ceux trouvés dans notre étude.

En vue d'améliorer l'orientation des patients tuberculeux par les RECO, il est évident que, ces derniers puissent aimer le travail de RECO TB, se protéger contre la TBC, ne pas exercer plusieurs autres occupations en dehors du travail de RECO et d'orienter au nombre attendu les patients présumés tuberculeux au CDT de Muanda. En outre, les autorités doivent assurer le suivi des RECO par les IT de manière régulière, s'impliquer pour permettre aux RECO de bien faire le travail, disponibiliser les outils

et matériels de travail de manière régulière et suffisante pour permettre aux RECO de bien faire le travail puis mettre en place une réglementation sur les activités des relais communautaire.

Références bibliographiques

- ACF & Sida. (2020). *Etude de cas sur le fonctionnement des relais communautaires dans le cadre de la prévention de la sous-nutrition Burkina faso-Mali-Senegal*. ACF.
- Anon. (2022). *Guide de traitement de la Tuberculose*.
- Attinsounon, C. A., Hounnankan, C. A., Dovonou, C. A., Alassani, C. A., & Salifou, S. (2017). Connaissances et attitudes des relais communautaires sur les fièvres hémorragiques à virus Lassa et Ebola dans le département de la Donga (Nord Bénin). *The Pan African Medical Journal*, 26.
- Jemâa, B. (2011). *La tuberculose en Tunisie : problématique. Service de maladies infectieuses de SFAX*. www.infectiologie.org.tn
- Bernard, P. & Genève, P. (2010). *Dictionnaire médical pour les régions tropicales*. Kangu, BERPS.
- Bidiena, G. (2020). *Analyse du niveau d'opérationnalisation des relais communautaires*. Lubumbashi, Ripsec.
- Bodiena, G. (2018). *Analyse du niveau d'opérationnalisation des relais communautaires dans la zone de santé d'apprentissage et de recherche de Walungu (de Janvier à Juillet 2018)*.
- Boulahbal, F. (2007). *La tuberculose à Bacilles multirésistants en Algérie*. Alger, Institut Pasteur d'Algérie.
- Lamri, Y. & Salaheddine. (2014). *Etude épidémiologique de la tuberculose pulmonaire en Algérie* [Mémoire de Master, Université Abou Bekr Belkaid – Tlemcen].
- Mavuzi, M., George, M., Gould & Walter, L. (2014). *Pyle, Anomalies and curiosities of médecine*. Philadelphia, W. B. Saunders.
- Mohamed Badi. (2013). *Facteurs associés à l'échec du traitement de la tuberculose pulmonaire à microscopie positive à la préfecture d'Oujda Angads entre 2003 et 2012. Étude cas-témoins* [Mémoire de Master].
- OMS. (2012). *Intégrer les activités communautaires de lutte contre la tuberculose dans le travail des ONG et des autres organisations de la société civile*. Genève, FAO.
- OMS. (2017). *Programme d'agents de santé communautaire dans la région Africaine de l'OMS: Données factuelles et options-Note d'orientation*. Kinshasa, FAO. <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-07/Community%20Health%20Worker%20Policy%20Brief%20-%20French.pdf>
- Patrick, M. (2021, avril). La santé communautaire : un levier pour faciliter l'accès à la couverture maladie universelle. *Regrads*, 191-197.
- Faye, S.L. (2012). *Responsabiliser les relais communautaires pour le traitement préventif intermittent saisonnier du paludisme (TPI) au Sénégal : enjeux, modalités, défis*. Inédit.