

Connaissances, Attitudes et Pratiques des Patients Trypanosomés sur le suivi post thérapeutique de la Trypanosomiase Humaine Africaine dans la Province de la Tshopo en République Démocratique du Congo(RDC)

Bolimbo Likwela Espérant

Institut Supérieur des Techniques Médicales de Yangambi, République Démocratique du Congo.

* esperantbolimbo@gmail.com

RESUME

La Trypanosomiase Humaine Africaine (THA) constitue un grave problème de santé publique en République Démocratique du Congo(RDC), pays qui porte un très lourd fardeau avec plus de sept cas sur dix déclarés en Afrique. Il a été noté un faible taux d'adhésion au suivi post thérapeutique, ce qui constitue un frein à pouvoir déclarer la guérison ou la rechute des malades trypanosomés soignés.

Une étude transversale descriptive à volets quantitatif et qualitatif a été réalisée auprès de 325 malades soignés à Isangi et à Yabaondo dans la province de la Tshopo. Les entretiens à l'aide d'un questionnaire ont été conduits avec les patients. Quatre focus group avec la communauté et dix entretiens semi-structurés avec les prestataires de soins.

L'âge moyen des enquêtés était de 34,9±18,4 ans, plus de la moitié était du sexe féminin (54 %) et 45 % avaient un niveau primaire. Plus de huit patients sur dix (83%) avaient une faible connaissance des avantages de suivi post thérapeutique, 81% d'entre eux avait une attitude négative face au suivi post thérapeutique et seulement 17 % IC_{95%} [13,0 – 21,4] avait adhéré à au moins une visite de suivi post thérapeutique. Une méconnaissance de l'importance de suivi post thérapeutique par la communauté (73,1%) et la faible implication du personnel soignant (8/10). Les raisons de non adhésion au suivi post thérapeutique citées par les répondants étaient : le manque de motivation des malades et du personnel soignant, la crainte de la ponction lombaire et la disparition de signes et symptômes de la THA chez les malades soignés.

L'étude a montré qu'il y a une faible adhésion des malades trypanosomés au suivi post thérapeutique, un faible niveau de connaissance des signes de la THA et une mauvaise attitude face au suivi post thérapeutique dans la province de la Tshopo.

Mots clés : Connaissances, Attitudes, Pratiques, THA, Suivi post thérapeutique, Tshopo, RDC.

INTRODUCTION

La Trypanosomiase Humaine Africaine (THA) ou maladie du sommeil est une maladie parasitaire à transmission vectorielle. Le parasite est un protozoaire du genre *Trypanosoma brucei gambiense* et *Trypanosoma brucei rhodesiense* transmis à l'homme par la piqûre d'une mouche du genre glossine (mouche tsé-tsé), qui se trouve uniquement en Afrique subsaharienne [1].

En 2015, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) avait estimé que 69 millions de personnes dans le monde étaient exposées au risque de contracter la Trypanosomiase. Chaque année, 500 000 à 600 000 personnes sont touchées par la trypanosomiase humaine. En l'absence de soins, la mort est inéluctable [2,3].

Le suivi post thérapeutique permet de suivre l'évolution du malade, apprécier les valeurs de différents examens cliniques et paracliniques, détecter l'échec thérapeutique, déceler une probable rechute ou une nouvelle infection [4].

En Afrique, La THA est endémique dans 36 pays de l'Afrique subsaharienne, menaçant près de 60 millions de personnes. Ce dernier temps, le suivi post thérapeutique devient hypothétique et la plupart des malades n'y adhèrent plus. En Côte d'Ivoire par exemple, sur 320 patients traités, 195 soit 61 % n'ont pas répondu aux visites de contrôle. Ces résultats du traitement spécifique sont d'interprétation difficile avec un taux des perdus de vue supérieur à la moitié de l'effectif des patients traités [5].

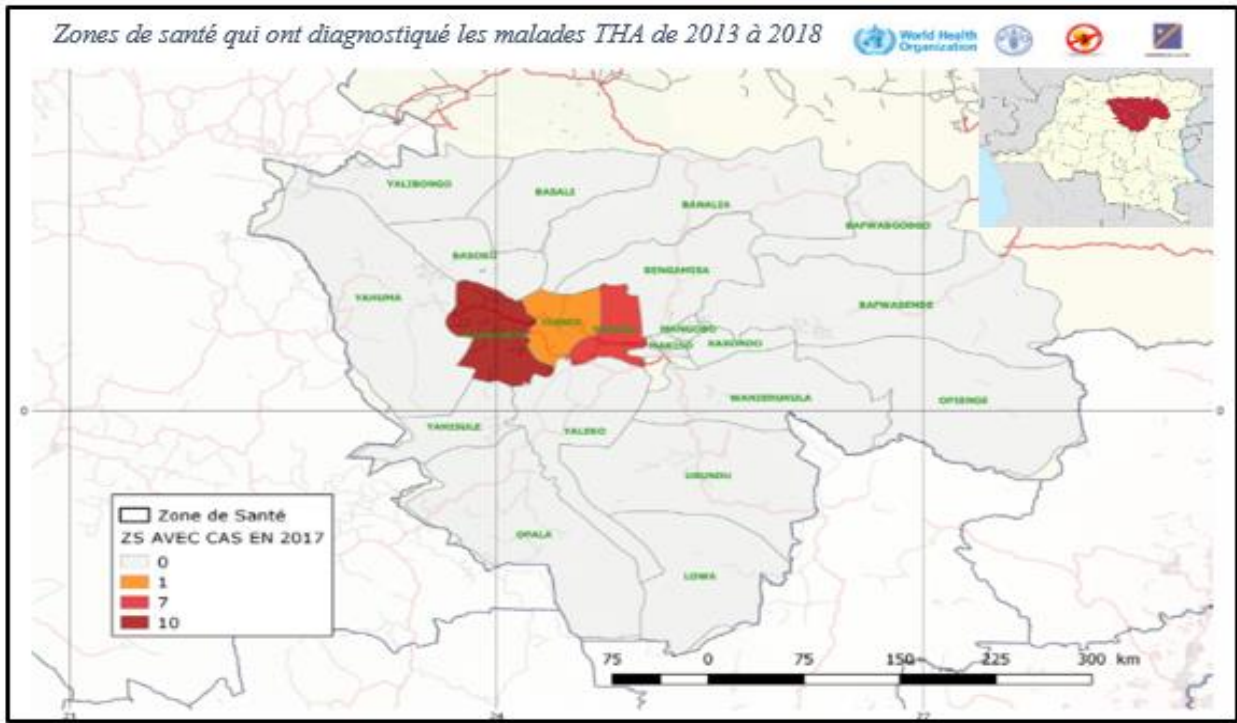
En RDC, le taux d'adhésion au suivi post thérapeutique demeure faible. Sur 5959 malades attendus pour le contrôle, 829 soit 13,9% seulement avaient au moins bénéficié d'un examen de contrôle post thérapeutique de la THA en 2012 [6]. Selon les normes du PNLTHA, Le suivi post thérapeutique est un moyen efficace de surveillance de la THA. Parce que c'est au cours du suivi que la disparition des trypanosomes, la décroissance régulière du taux d'anticorps et la normalisation des paramètres biochimiques sont évalués. Il sert ainsi à tester l'efficacité des médicaments et optimise la lutte contre la maladie et le contrôle des foyers [7].

Dans la Province de la Tshopo en 2018, le taux d'adhésion au suivi post thérapeutique était également faible. Sur 209 malades traités, 28 seulement s'étaient adhésés au suivi post thérapeutique soit 13,6 % et 2 cas de rechutes ont été enregistrés soit 3,6 %. Mais, 181 malades soit 86,4 % n'ont pas adhéré au suivi post thérapeutique [8]. Très exposés à la THA, les malades non diagnostiqués et ceux ayant connu de rechute non détectés ne vont plus

travailler, favorisant ainsi la transmission de la maladie vers les personnes saines, entraînant des conséquences socioéconomiques néfastes avec un impact négatif sur le développement de la Province de la Tshopo. Or ne connaissant pas si les malades soignés sont exempte des trypanosomes, la statistique des malades guéris ne sera jamais présentée aisément à cause de cet absentéisme au rendez-vous des contrôles de suivi post thérapeutique.

METHODOLOGIE

Une étude transversale descriptive utilisant l’approche mixte (quantitative et qualitative) a été menée dans la province de la Tshopo, plus précisément dans les trois Zones de Santé de la TSHOPO plus endémiques en THA, à savoir : Yakusu, Isangi et Yabaondo ; pendant la période allant du 08 au 24 Juillet 2020.



Par rapport au volet quantitatif, la population d’étude était constituée des malades trypanosomés soignés de 2013 à 2018.

La formule suivante de SCHWARTZ a été utilisée pour calculer la taille de l’échantillon

$$n \geq \frac{z_{1-\alpha/2}^2 P(1-p)}{d^2}, \text{ alors}$$

$$n \geq \frac{(1,96)^2 \times 0,25 \times 0,75}{(0,05)^2} = \frac{3,8416 \times 0,1875}{0,0025} = \frac{0,7203}{0,0025} = 288,12 \approx 288$$

Ainsi pour pallier aux non réponses éventuelles, cette taille minimale a été ajustée en y ajoutant 15%, soit 43 et pour faire ainsi un total de 331 malades trypanosomés attendus. Les enquêteurs formés ont été les rechercher à domicile pour les interroger.

Les données quantitatives ont été saisies avec le logiciel Excel 2013, puis exporté en SPSS version 25 pour les analyses. La normalité de l’âge a été testée par le test de Kolmogorov Smirnov et comme sa distribution était normale, l’âge a été exprimé en moyenne avec son écart type. Les variables catégorielles ont été exprimées en proportion.

Par rapport au volet qualitatif, deux techniques ont été utilisées à savoir les focus group et les entretiens semi-structurés.

La population de cette étude était constituée de cibles suivantes:

- 1) La communauté : les participants au focus group ont été sélectionnés suivant leur âge et sexe. Pour l’âge, deux groupes ont été constitués, celui des adolescents et jeunes (15 à 24 ans) et celui des adultes (25 à 50 ans).

- 2) Les prestataires de soins : les entretiens semi-structurés ont été conduits avec le personnel qui prenait en charge les malades trypanosomés dans les deux Centre de Dépistage, de Traitement et de Contrôle(CDTC) d’Isangi et de Yabaondo tous retenus sans fixer les critères en rapport avec l’âge.

Les participants aux Focus Group et aux entretiens semi-structurés ont été sélectionnés par échantillonnage non aléatoire au jugé dans quatre villages endémiques de la THA (Bolambi, Yabongonga, Ilambi Moke et Yabongongo) et dans deux CDTC (Isangi et Yabaondo).

Au total, quatre focus groups et 10 entretiens semi-structurés ont été conduits. Les groupes ont été généralement *homogènes* par rapport au sexe et à l’âge afin de faciliter le partage d’opinions et d’idées [9].

Les données qualitatives ont été réécoutées sur dictaphone, lecture et relecture des transcrits ont été organisées. Le traitement a consisté au regroupement thématique en synthétisant les données recueillies par la mise en commun en Excel puis les idées sommaires par groupe des répondants en Word en vue de procéder au contrôle de la cohérence des données. La codification était faite en vue de permettre l’analyse préliminaire en fonction de description des données collectées. La démarche inductive a été utilisée afin de créer les catégories au fur et à mesure de l’analyse émergente pour rendre compte de la subjectivité de l’expérience vécue pouvant générer une nouvelle théorie.

RESULTATS

1. Volet quantitatif

Le Flowchart montre que sur les 331 dossiers des patients examinés prévus pour l’étude, quatre patients n’ont pas été retrouvés et deux patients ont été décédés.

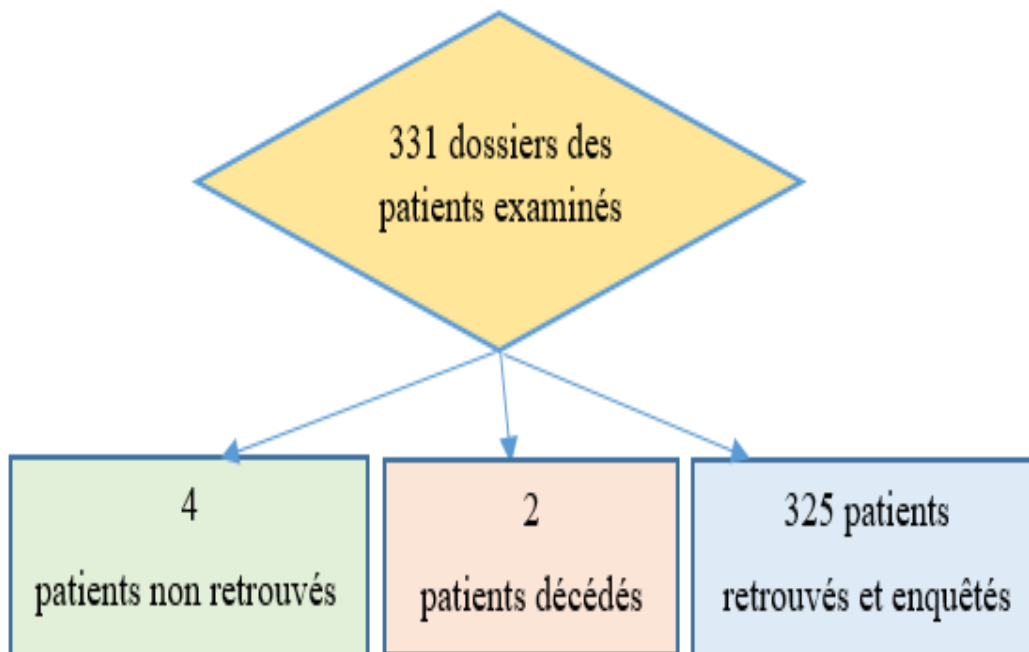


Figure1 : Flowchart expliquant la situation des malades enquêtés

Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Plus de la moitié des malades enquêtées étaient du sexe féminin (54 %), avec un âge moyen d’environ 35 ans avec un écart type de ±18 ans. Au moins neuf enquêtés sur 10 avaient un niveau d’étude primaire ou sans instruction. Plus de quatre enquêtés sur 10 étaient cultivateurs.

Tableau I : Caractéristiques Sociodémographiques des malades trypanosomés soignés de 2013 à 2018

Caractéristiques sociodémographiques	n=325	%
Sexe		
– Masculin	151	46,5
– Féminin	174	53,5
Age moyen en année \pmécart type (34,9 \pm 18,4)		
Age catégorisé		
– 0 - 20 ans	92	28,3
– 21 - 40 ans	128	39,4
– 41 ans et plus	105	32,3
Niveau d'étude		
– Sans instruction	137	42,2
– Primaire	147	45,2
– Secondaire	40	12,3
– Supérieur	1	0,3
Profession		
– Cultivateur	141	43,4
– Ménagère	71	21,8
– Elève	56	17,2
– Fonctionnaire de l'Etat	25	7,7
– Employé de secteur privé	16	4,9
– Pêcheur	10	3,1
– Commerçante	6	1,8

Connaissances des signes de la THA cités par les répondants

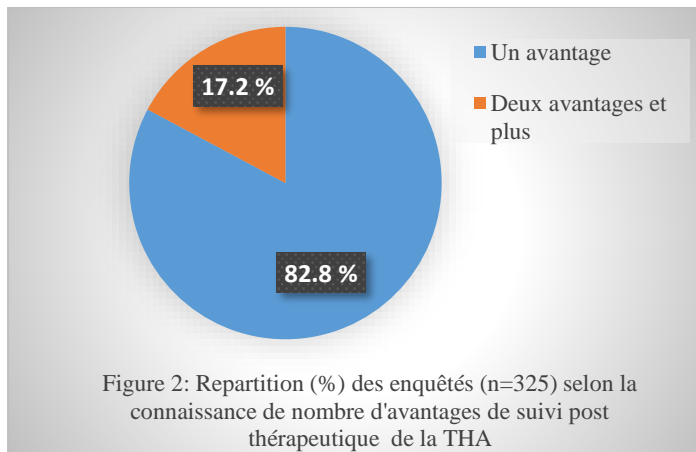
Beaucoup d'enquêtés reconnaissaient plus la céphalée (52 %) et la fatigue (29 %) comme signes de la THA. Une faible proportion d'entre eux (19%) ont cité les autres signes tels que : la fièvre, prurit, logorrhée, troubles de comportement, confusion mentale, présence des ganglions et troubles de sommeil comme évocateurs de la THA. Moins d'enquêtés (17 %) ont cité quatre signes et plus de la THA.

Tableau I. Description des connaissances des enquêtés sur les signes de la THA

Signes de la THA	n=325	%
– Céphalée	169	52,0
– Fatigue	93	28,6
– Fièvre	15	4,6
– Troubles de sommeil	12	3,6
– Troubles de comportement	11	3,3
– Prurits	9	2,7
– Logorrhée	7	2,1
– Confusion mentale	6	1,8
– Présence des ganglions	3	0,9
Nombre de signes corrects cités par les répondants		
– 0 à 1 signe	104	32,0
– 2 à 3 signes	167	51,4
– 4 signes et plus	54	16,6

Connaissance du nombre d’avantages du suivi post-thérapeutique cités par les enquêtés

La répartition des enquêtés sur la connaissance des avantages de suivi post thérapeutique de la THA ont montré que plus de huit enquêtés sur dix (83 %) n’ont cité qu’un avantage de suivi post thérapeutique et près de 2 enquêtés sur dix (17 %) ont cité deux avantages et plus.



Evaluation des attitudes des enquêtés face au suivi post thérapeutique

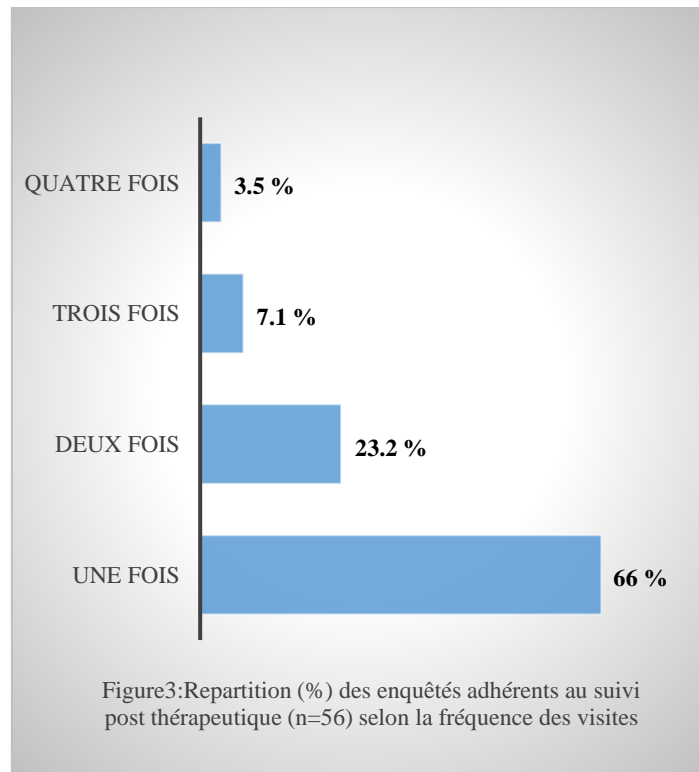
La répartition des enquêtés selon leurs opinions face au suivi post thérapeutique a montré que très peu d’enquêtés (7 %) étaient d’avis que le suivi post thérapeutique permettait de suivre l’évolution de la THA. Plus de sept pourcent (7,3 %) étaient favorables de respecter toutes les visites de suivi post thérapeutique prévues. Environ 13% d’entre eux était d’accord que le soutien familial est nécessaire pour respecter le suivi post thérapeutique de la THA. Nombreux d’enquêtés (81 %) avaient une mauvaise attitude face au suivi post-thérapeutique de la THA.

Tableau III : Evaluation des attitudes des enquêtés face au suivi post thérapeutique

	n=325	%
Le suivi post thérapeutique permet de suivre l'évolution de la THA		
- Pas du tout d'accord	93	28,6
- Pas d'accord	110	33,8
- Ni en désaccord ni d'accord	99	30,5
- D'accord	17	5,2
- Tout à fait d'accord	6	1,8
IL est aisé pour un patient THA de respecter toutes les visites		
- Pas du tout d'accord	84	25,8
- Pas d'accord	110	33,8
- Ni en désaccord ni d'accord	104	32,0
- D'accord	22	6,8
- Tout à fait d'accord	5	1,5
Le soutien de la famille est nécessaire pour respecter le suivi		
- Pas du tout d'accord	79	24,3
- Pas d'accord	103	31,7
- Ni en désaccord ni d'accord	101	31,1
- D'accord	26	8,0
- Tout à fait d'accord	16	4,9
Attitude globale des enquêtés face au suivi post thérapeutique THA.		
- Bonne attitude face au suivi post-thérapeutique	61	18,8
- Mauvaise attitude face au suivi post-thérapeutique THA	264	81,2

Pratiques des enquêtés sur le suivi post thérapeutique de la THA

De l'ensemble des adhérents au suivi post thérapeutique (56/325) représentant près de deux enquêtés sur dix (17 %) ; environ quatre sur cent (3,5%) seulement avaient réalisés les quatre visites recommandées de suivi post thérapeutique.



Les raisons de non adhésion évoquées par les enquêtés en défaveur de suivi post thérapeutique de la THA étaient : le manque de motivation (47%), la peur de la ponction lombaire (17 %) et la disparition des signes et symptômes de la THA (15%).

2. Volet qualitatif

Les principaux résultats de ce volet sont présentés en 4 points :

1. Caractéristiques sociodémographiques des participants
2. Connaissances de la THA et du suivi post thérapeutique
3. Attitudes face à la THA et au suivi post thérapeutique
4. Pratiques du suivi post thérapeutique

Caractéristiques socio démographiques des participants aux focus group âgés de 15 à 40 ans

Plus de cinq participants au focus group sur dix (54 %) étaient du sexe masculin, avec comme occupation élève (53,6%) et un niveau d'instruction secondaire non achevé (63%).

Plus de deux participants sur dix (24%) étaient de la religion catholique et plus de la moitié (53,7%) célibataires. Six participants sur dix (60%) aux entretiens semi-structurés étaient du sexe masculin et infirmiers du niveau humanitaire (A2). Ils étaient presque tous mariés (80%) et adeptes de l'église catholique (70%).

Connaissances de la THA et du suivi post thérapeutique des participants au focus group et des prestataires des soins

La majorité des participants au focus group connaissait la maladie du sommeil (36/41) parce qu'elle a donné même son nom en langue locale (*topoke* : *bwale bwi lo* qui signifie maladie du sommeil) et énonçait quelques signes de la maladie du sommeil comme: Céphalées, Ganglions cervicaux, Fatigue, Sommeil, Troubles de comportement, Prurit et Logorrhée.

Témoignage de père sage membre de focus group âgé de 50 ans : « *Nous connaissons bien cette maladie, elle nous avait décimé, avait laissé beaucoup d'enfants orphelins, les gens se sont faits des sorciers innocemment, on a cru qu'on nous a jeté un mauvais sort au village voire certains l'ont fui jusqu'à ce jour, ...mais depuis l'arrivée des spécialistes et des blancs de médecins sans frontières Belgique à Isangi en 2003, la situation s'est calmée* » (Focus Group des hommes adultes âgés de 25 à 50 ans).

Tout le monde reconnaissait l'efficacité du traitement médical pour soigner la maladie du sommeil (41/41) ; mais moins de participants (11/41) ne reconnaissait pas la fréquence et l'importance de suivi post thérapeutique de la THA.

Par contre, les prestataires de soins éprouvaient des difficultés de définir correctement la Trypanosomiase Humaine Africaine (1/10) et tâtonnaient sur la fréquence et l'intervalle de suivi post thérapeutique THA.

Attitudes face à la THA et au suivi post thérapeutique des participants au focus group et des prestataires de soins

Les participants au focus group étaient d'accord (38/41) que la THA est une maladie parasitaire causée par le trypanosome et transmise par la pique d'une mouche tsé-tsé, que les pièges à mouche tsé-tsé sont importants pour la prévention de la maladie du sommeil et qu'elle est guérissable par la médecine moderne.

Mais ils n'étaient pas du tout d'accord (36/41) que quelqu'un d'autre divulgue le diagnostic de leur maladie du sommeil à ses proches.

Déclaration d'une jeune fille âgée de 17 ans : « *Pour moi, je ne veux pas que quelqu'un d'autre parle de ma maladie sous risque que les sorciers ne me jettent un mauvais sort pour que je meurs. Si j'apprenais cela, je vais le chercher jusqu'à nous bagarrer* ».

Pour ce qui est de suivi post thérapeutique de la THA, Trois quart (30/41) des participants n'ont pas trouvé important le suivi post thérapeutique ; la minorité (7/41) a trouvé utile qu'un patient trypanosomé respecte toutes les visites relatives au suivi post-thérapeutique et très peu de participants (4/41) ont reconnu le soutien familial comme un facteur pouvant favoriser le respect de calendrier de suivi post thérapeutique par les trypanosomés.

Les prestataires de soins (7/10) trouvaient le suivi post thérapeutique de la THA important. Mais n'étaient pas du tout d'accord (10/10) que les malades de contrôle leurs faisaient encore confiance comme dans le passé parce que ces derniers (les malades) ne recevaient plus des cadeaux comme motivation et (7/10) témoignaient que les patients craignaient l'examen de la ponction lombaire.

Pratique des participants et des prestataires de soins face au suivi post thérapeutique de la THA

Presque la totalité des participants (39/41) avaient déclaré que : « **le manque de motivation** » serait la première raison de la non adhésion des malades au suivi post thérapeutique. Parce que lors des essais cliniques des nouvelles molécules : NECT, FEXINIDAZOLE et OXABOROLE initiés par MSF/B et DNDi, les malades qui partaient pour le suivi post thérapeutique étaient pris en charge totalement par ces partenaires : ils étaient nourris, transport assuré, des cadeaux (habits, machette, lime, filets de pêche, la prise en charge d'autres problèmes de santé,...).

Témoignage d'un patient âgé de 23 ans qui a terminé les quatre visites de suivi post thérapeutique pendant la période de l'essai clinique NECT : « *le jour où j'avais fini le dernier contrôle de suivi post thérapeutique, j'ai reçu des cadeaux auprès de l'homme blanc : un sac de semoule, un sac de petit pois, une boîte d'huile raffinée, dix filets de pêche, une machette et le véhicule est venu me déposé jusque chez moi. Mais aujourd'hui, le PNLTHA ne donne plus rien. Comment voulez-vous que les gens partent au suivi post thérapeutique pour rentrer mains vides* » ? (Focus Group des garçons âgés de 15 à 24 ans).

Un autre de 21 ans a ajouté : « *c'est un problème de nourriture ou à manger* ». C'est-à-dire, sans nourriture le patient ne peut pas aller au contrôle de suivi post thérapeutique de la THA (Focus group des Garçons âgés de 15 à 24 ans).

Plus de la moitié des participants (22/41) déclaraient aussi que la disparition des signes et symptômes de la maladie du sommeil n'étaient plus un motif incitateur d'aller se faire contrôler.

Aussi, les uns (17/41) avaient évoqué que la crainte de la Ponction Lombaire et la négligence des soignants (12/41) faisaient partie également des raisons de refus des patients au suivi post thérapeutique de la THA.

De l'autre côté, les prestataires de soins (7/10) avaient reconnu qu'ils ne se précipitaient plus à examiner les malades de contrôle faute de motivation. Un prestataire âgé de 45 ans témoigne : « *A l'époque des essais cliniques Féxinidazole, je touchais 200\$ comme prime et aujourd'hui le PNLTHA me donne que 38\$ et avec ça, quel genre de travail peut-on attendre de moi* ». Il ajoute encore : « *Devant une petite motivation égale un petit travail* » (Entretien semi-structuré d'un prestataire de soins âgé de 45 ans).

Moins des prestataires (3/10) demandaient au patient de revenir après six mois pour le suivi post thérapeutique et la majorité des prestataires (8/10) ne faisait aucun effort de rechercher les malades pour le suivi post thérapeutique.

DISCUSSION

Connaissances sur la THA et du suivi post thérapeutique

L'étude a montré qu'une faible proportion d'enquêtés (19%) ont cité les signes de la THA suivants : fatigue, fièvre, prurit, logorrhée, troubles de comportement, confusion mentale, présence des ganglions et troubles de

sommeil. Seuls près de deux enquêtés sur dix (17%) ont cité quatre signes et plus de la THA. Par conséquent, les enquêtés avaient une mauvaise connaissance de signes de la THA. Ce résultat est également similaire de ceux qu'avaient trouvés Kandolo T et al à Kinshasa en 2008 et Belinda V et al au Nigeria en 2012 qui étaient respectivement de 12% et 18% et qui prouvaient que les patients connaissaient faiblement les notions élémentaires de la THA [10,11].

Ceci pourrait expliquer le dépistage tardif de la maladie du sommeil noté dans certaines études.

Presque tous les enquêtés (95%) ne connaissaient pas bien les avantages de suivi post thérapeutique, les participants au focus group (73%) ne connaissaient pas la fréquence et l'importance de suivi post thérapeutique et également les prestataires de soins (9/10) tâtonnaient sur la fréquence et l'intervalle de suivi post thérapeutique de la THA.

Cette triangulation des sources prouve à suffisance que la THA est connue de tous mais par contre, le suivi post thérapeutique n'est pas bien connu par ces trois groupes importants qui devraient porter main forte en faveur de cette activité cruciale pour le bien être du malade.

Attitudes sur la THA et du suivi post thérapeutique

L'étude a montré que plus de six enquêtés sur dix (65%) étaient d'accord que leur maladie soit connue de tous et cela ne présenterait aucun danger. Mais au focus group, plus de huit participants sur dix (88 %) n'étaient pas du tout d'accord que quelqu'un d'autre divulgue le diagnostic de sa maladie du sommeil à ses proches. Cette attitude rejoint celle trouvée par Salome A. et al au Soudan du sud en 2018 où la question de la stigmatisation et les effets de la maladie sur un individu étaient importants [12].

Cette situation se remarque souvent et pourrait s'expliquer par la peur de la stigmatisation dont ils feraient l'objet en cas d'un résultat positif à la THA que le non confidentialité dans le rendu des résultats constituait un blocage dans la participation de la communauté aux activités de lutte contre la THA.

La majorité des enquêtés (80 %) avait une attitude positive que la THA est guérissable par la médecine moderne.

Par contre, Kandolo T. et al avaient trouvé dans une étude menée à Kinshasa en 2008 que l'origine de la THA était surnaturellement considérée comme une punition divine, une sorcellerie et la transgression des règles. Une enquête menée par KEMMEGNE J. et al en 2009 à l'ouest du Cameroun a montré que les habitants de cette contrée qualifiaient la THA comme une maladie grave et liée à la sorcellerie. Robay J et al avaient trouvé en RDC vers 2007 que le concept qu'un patient devient vulnérable à la sorcellerie lorsque son état de maladie est révélé en public et la pression de la communauté pour qu'elle se conforme au traitement le plus vite possible, pouvait même entraîner des sanctions de la part des autorités locales [10,13,14].

Ceci peut s'expliquer par la peur de survenue des effets néfastes liés aux réactions d'encéphalopathies dues aux anciens médicaments très toxiques (ex. arsobal) du deuxième stade qu'on utilisait jusqu'en 2012 et suite à la faible sensibilisation des villages endémiques en THA par les relais communautaires formés.

L'étude a révélé que tous les prestataires de soins (10/10) n'étaient pas du tout d'accord que les malades de suivi post thérapeutique leur faisaient encore confiance comme dans le passé car ces derniers jugeaient inopportune leur prise en charge à cause de manque des cadeaux comme motivation.

Une étude menée par Janusz K. et al au Canada en 2016 faisait valoir qu'au niveau de la population, le risque des maladies était réduit de 4 % et le taux de décès prématuré était diminué de 5 % pour chaque portion quotidienne additionnelle de fruits et de légumes [15].

Ceci témoigne quand même que l'apport nutritionnel est capital pour la survie de malade tout au long de son épisode maladie, mais pas déborder pour en ajouter des cadeaux non nutritionnels (comme : filets de pêche, machettes, habits,...) afin que ce dernier ait toujours une attitude favorable face au suivi post thérapeutique de la THA.

On a trouvé dans cette étude que nombreux d'enquêtés (81 %) avaient une mauvaise attitude face au suivi post thérapeutique de la THA.

Cette attitude négative a été également trouvée par Robay J et al dans une étude menée en RDC vers 2007 qui avait montré que le problème du refus de consulter et l'impossible contrôle total du parasite était lié au mutisme associé à des actes aussi traumatisants que les ponctions lombaires et la contrainte des visites obligatoires avaient tout pour provoquer une véritable panique et alimenter les réticences [14].

Ceci pourrait s'expliquer par l'examen du liquide céphalo-rachidien obtenu grâce à la ponction lombaire qui demeure un acte très traumatisant pour le malade et lui entraîne une attitude négative. Il ya lieu d'envisager d'autres techniques moins traumatisantes pour prélever l'humeur de malade à examiner.

Pratiques du suivi post thérapeutique

Le résultat de cette étude a montré que seulement 17 % IC_{95%} [13,0 – 21,4] des malades avaient adhéré à au moins un suivi post thérapeutique dont environ une personne sur 100 (0,6 %) avait terminé les quatre visites de suivi prévus par le PNLTHA et avait été déclaré guéri de la THA.

Ce résultat est inférieur à celui trouvé par Mpanya, A et al dans une étude menée dans les provinces de Bandundu et du Kasai oriental en RDC vers 2015 qui avait montré que l'observance du suivi post thérapeutique était très faible dans les deux provinces où seulement 25 % avaient subi au moins un examen de suivi post thérapeutique et moins de 1% avait bénéficié de quatre examens requis de suivi. Ce résultat est aussi inférieur à celui trouvé par Yabo, A et al en Côte d'Ivoire vers 2017 qui était de 29 %. Le même résultat est encore inférieur à celui trouvé par Tshimungu, Ket al à Kinshasa en RDC vers 2008 qui était de 37,5%. Par contre, ce résultat est supérieur à celui trouvé par Mafinga, M dans une étude menée à Kwamouth en RDC en 2013 qui était de 9,6 % [8, 5,10, 16].

En effet, beaucoup de personnes étaient touchées par la THA et nombreuses d'entre elles n'étaient pas déclarées guéries. D'où la nécessité de sensibiliser les communautés des villages endémiques de pratiquer les mesures de prévention et d'adhésion au suivi post thérapeutique.

Raisons de non adhésion au suivi post thérapeutique

Les raisons de non adhésion à la pratique de suivi post thérapeutique trouvées dans cette étude étaient entre autres le manque de motivation de malade et du personnel soignant, la crainte de la ponction lombaire, la disparition de signes et symptômes de la THA. Ces raisons avaient rencontré celles évoquées par Mbo, F en 2012 et Mpanya, A et al en 2015 en RDC qui avaient montré que plus de la moitié des patients ne se présentaient pas au rendez-vous de suivi post thérapeutique quand ils se sentaient mieux. Aussi à cause des interdits qui accompagnaient le traitement, le suivi post thérapeutique de la THA et le manque de confidentialité [3,17].

Limite et difficulté

Il ya eu biais d'information (biais de mémoire et prévarication) et l'avènement de la COVID-19.

CONCLUSION

L'étude a montré qu'il y a une faible adhésion des malades trypanosomés au suivi post thérapeutique, un faible niveau de connaissance et une mauvaise attitude face au suivi post thérapeutique. Ainsi, il est important de sensibiliser la population de la province de la Tshopo sur l'importance de suivi post thérapeutique de la THA.

REFERENCES

1. Aubry, Pierre et Vanhecke, Christophe. Trypanosomiase humaine africaine ou maladie du Sommeil. Médecine Tropicale, Université de Bordeaux 33076 Bordeaux (France), 2020 [En ligne] www.medicinetropicale
2. FAURE. E. CADUCEE. La Trypanosomiase Africaine ou Maladie du sommeil, [En ligne]. https://www.caducee.net/Dossier_Specialises/infection/trypanosomiase.sp (page consultée le 17/11/2020).
3. Mpanya Kabeya, Alain. Facteurs socioculturels et contrôle de la Trypanosomiase Humaine Africaine en République Démocratique du Congo. 165p : Thèse de Doctorat en Sciences de la Santé Publique Université Libre de Bruxelles (ULB), Ecole de Santé Publique, Juillet 2015. PubMed | Google Scholar
4. Organisation Mondiale de la Santé. Trypanosomiase humaine africaine (maladie du Sommeil), [En ligne]. [https://www.who.int/fr/newsroom/fact-sheets/detail/trypanosomiasis-human-african-\(sleeping-sickness\)](https://www.who.int/fr/newsroom/fact-sheets/detail/trypanosomiasis-human-african-(sleeping-sickness)), 2019 (page consultée le 17 février 2020)
5. YABO ABA, Thomas., OUFFOUE, Kra., KADIANE, J. et BOTELHO NEVER, Elisabeth. Caractéristiques et prise en charge thérapeutique des cas de Trypanosomiase humaine Africaine dans un centre de traitement spécialisé en Côte d'Ivoire. Médecine et Maladies Infectieuses, Juin 2017
6. PNLTHA Rapport annuel du programme national de lutte contre la THA en RDC, 2012 p 1-51.
7. Bertrand COURTIOUX. Etude des mécanismes inflammatoires au cours de la Trypanosomose humaine africaine : applications en diagnostic et en thérapeutique, université de Limoges et universidade federal do Rio de Janeiro, école doctorale ed 258, science-technologie-santé, faculté de médecine année 2005
8. PNLTHA TSHOPO. Rapport Annuel d'activités de la Coordination Provinciale de la Tshopo, Isangi année 2018, P1-25
9. Lucie, Peters et coll. Connaissances, attitudes et pratiques face au paludisme et formations chez les praticiens de Médecine traditionnelle à Abidjan, en Côte d'Ivoire. vol1. Mémoire de stage. Master Sciences, Technologies, Santé. Santé Publique. Paris-France, Université de Bordeaux. CEPED. 2019

10. Kandolo, T1., Banza, K.B2., Mbela, K3., Ngongo, O.L4., de Mol, P5. Knowledge, behaviours, practices and beliefs regarding Human African Trypanosomiasis (HAT) among inhabitants of Kinshasa (Democratic Republic of Congo) juillet-août-septembre 2008, RDC
11. Belinda, Vernyuy Uba1., Ahmad, Aliyu2., Aisha, Abubakar2., Sabo Ado, Uba3., Saheed, Gidado1., Aboyowa, Edukugho1., Ifeoma, Anagbogu3., Kalejaiye, John 4., Nguku, Patrick 1. Knowledge and prevalence of Human African Trypanosomiasis among residents of Kachia grazing reserve, Kachia local government area, Kaduna state, Nigeria, 2012 Published: 15/03/2016
12. Salome, A., Bukachi, Angeline A., Mumbo, Ayak. Alak, CD., Sebit, Wilson . Rumunu, John., Biéler, Sylvain et M Ndungu, Joseph. Connaissances, attitudes et pratiques concernant la trypanosomiase humaine africaine et leurs implications dans la conception de stratégies d'intervention pour le comté de Yei, Soudan du Sud, PLoS Negl Trop Dis, 1er Oct.2018
13. KUMMEGNE, Joseph., MAI, Job. et TOUKO, Adonis. Enquête sur les connaissances, attitudes et Pratiques à l'égard de la Trypanosomiase africaine dans l'arrondissement de santchou (ouest Cameroun), IFORD. Yaoundé II, 22 juillet 2009.
14. Robays, J., Lefevre, Lutumba P., Lubanza, P., Kande Betu Kumeso, V., Vander Stuyeff and Boelaert M. Drug toxicity and cost as barriers to community participation in HAT control in the Democratic Republic of Congo. 2007. Trop. Med. Inst Health ;
15. Janusz Kaczorowski et al. Réduire la mortalité par l'alimentation. Can Fam Physician, Université de Montréal au Québec, Canada 2016 ;
16. MAFINGA, Marcellin. Les déterminants de la faible adhésion au suivi post Thérapeutique de la THA dans la Zone de Santé de Kwamouth, Inédit Mémoire, ESP/KIN 2013
17. Mbo, Florent. Adhérence au suivi post thérapeutique de la THA dans la province de Bandundu/RDC 2012.