UNIVERSITÉ DU BURUNDI
GRENIER DU SAVOIR DU BURUNDI
Dépôt institutionnel officiel
https://repository.ub.edu.bi

Approche psycho-sociologique des difficultés rencontrées par le personnel médical dans ses relations avec les tuberculeux : Enquête menée au sanatorium de Kibumbu, à l'Hôpital Prince Régent Charles et à l'Hôpital Militaire de kamenge (à Bujumbura).

Niyongabo, Pasteur; Sous la Direction du: Professeur Sylvère Suguru

1993
UB, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation
https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/1408

Document téléchargé depuis le **Grenier du Savoir du Burundi** — https://repository.ub.edu.bi

UNIVERSITE DU BURUNDI

FACULTE DE PSYCHOLOGIE ET DES SCIENCES DE L'EDUCATION

APPROCHE PSYCHO-SOCIOLOGIQUE DES DIFFICULTES RENCONTREES PAR LE PERSONNEL MEDICAL DANS SES RELATIONS AVEC LES TUBERCULEUX :

Enquête menée au sanatorium de KIBUMBU, à l'Hôpital Prince Régent Charles et à l'Hôpital Militaire de kamenge (à Bujumbura).

Sous la Direction du:
Professeur Sylvère SUGURU

Mémoire présenté par :
Pasteur NIYONGABO en vue de l'obtention du grade de Licencié en Sciences de l'Education.

Bujumbura, Février 1993

D E D I C A C E

A nos chers parents,

A nos frères et soeurs,

A KABURA Ernest,

A tous ceux qui nous sont chers,

Nous dédions ce mémoire.



REMERCIEMENTS

Au terme de ce travail, nous voudrions exprimer nos sentiments de reconnaissance à toutes les personnes qui ont participé à sa réalisation.

Nous pensons plus particulièrement au professeur Sylvère SUGURU, qui, non seulement a bien voulu diriger nos premiers pas dans la recherche, mais aussi a été toujours disponible pour nous aider à résoudre nos problèmes jusqu'à la fin de ce travail. Qu'il trouve ici nos sincères remerciements.

Nos remerciements s'adressent également à tout le personnel de santé du Sana de KIBUMBU, de l'HMK et du PRC qui ont bien voulu répondre à nos questions. Sans leur collaboration, ce travail n'aurait pas vu le jour.

Nous nous en voudrions de terminer sans dire merci à tous les éducateurs qui ont participé à notre formation tant morale qu'intellectuelle depuis notre enfance jusqu'à l'Université, à tous ceux qui, de près ou de loin, ont donné forme au présent travail, qu'ils trouvent ici l'expression de notre profonde gratitude.

LISTE DES ABREVIATIONS

1. SIDA : Syndrome d'immunodéfience acquise
2. VIH : Virus de l'immunodéfience humaine
3. VIH^{+} : Séropositif
4. VIH^{-} : Séronégatif
5. TBC : Tuberculose
6. BK : Bacille de Koch
7. BK^{+} : Cracheur positif
8. CEMUBAC : Centre scientifique et Médical de l'Université Libre de Bruxelles en Afrique Centrale
9. OMS : Organisation mondiale de la Santé
10. CATB : Centre anti-tuberculeux de Bujumbura
11. SILT : Service d'intégration de la lèpre et la tuberculose
12. PNLT : Programme national lèpre-tuberculose
13. UICTMR : Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires
14. FOMETRO : Fond médical tropical
15. PAM : Programme alimentaire mondial
16. SANA : Sanatorium
17. HMK : Hôpital militaire de Kamenge
18. HPRC : Hôpital Prince Régent Charles
19. CNPK : Centre neuropsychiatrique de Kamenge
20. N.I. : Niveau d'instruction
21. NIB : Niveau d'instruction bas
22. NIE : Niveau d'instruction élevé
23. T : Tableau
24. Q. : Question
25. FA : Fréquence absolue

PLAN DU TRAVAIL

0. INTRODUCTION

1ERE PARTIE: GENERALITES

a. Justification du choix du sujet
b. Délimitation du sujet

CHAPITRE I : REFERENCES THEORIQUES

I.1. Quelques informations sur la tuberculose

- I.1.1. Evolution des connaissances sur la tuberculose
- I.1.2. Le mode de contamination
- I.1.3. La thérapie
- I.1.4. La tuberculose et le Sida

I.2. Les relations en cas de maladie.

- I.2.1. Le patient et sa maladie
- I.2.2. La relation malade-entourage
- I.2.3. La relation malade-thérapeute
- I.2.4. La relation thérapeute-entourage

CHAPITRE II : CONSIDERATIONS METHODOLOGIQUES

II.1. Problématique, Hypothèses et Variables
II.2. Présentation de l'instrument de recherche
II.3. La pré-enquête
II.4. Milieu et population d'enquête

IIème PARTIE: PRESENTATION, ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS

CHAPITRE III : LES PROBLEMES DE COMMUNICATION
CHAPITRE IV : LE MANQUE DE COLLABORATION
CHAPITRE V : LES POSSIBILITES DE CONTAMINATION

CONCLUSION GENERALE

0. INTRODUCTION

La tuberculose est une maladie ancienne qui a fait naître et qui continue à faire naître un sentiment de détresse, de crainte et de pitié. La tuberculose est en effet connue comme l'une des maladies qui ont ravagé l'humanité et qui a constitué un défi majeur à la santé publique dans le monde entier pendant des siècles et partant, une maladie qui a coûté et qui coûte encore cher aux collectivités en général et aux victimes en particulier.

Ainsi pendant de longues années, le médecin a assisté péniblement et douloureusement à la disparition de vies humaines. Par son impuissance technique et médicale, il fut réduit au rôle cruel d'observateur passif du mal cadencé de la mort.

Mais les scientifiques ne sont pas restés les mains croisées. Des " esprits " se sont acharnés depuis des années à améliorer le sort des millions de personnes affectées par le terrible fléau qu' est la tuberculose. Certains ont su toucher profondément la charité publique. C'est dans ce cadre qu'on pourrait parler de la journée " Noël-Solidarité avec les malades " qui est célébrée en date du 24-12 de chaque année ici au Burundi. En date du 24/12 de l'année 1991, les tuberculeux du Sanatorium de Kibumbu ont bénéficié des dons issus de la contribution du public.

D'autres ont fait des recherches pour maîtriser la tuberculose. Ils ont ainsi mis au point des moyens thérapeutiques efficaces pour lutter contre cette épidémie sociale. D'autres encore se sont occupés à organiser des centres adéquats de soins ou d'éducation et même de rééducation. Ici au Burundi nous citerons notamment le Sanatorium de Kibumbu, le Centre antituberculeux de Bujumbura ainsi que les autres structures sanitaires organisées dans tout le pays et qui s'occupent des tuberculeux.

Nonobstant les progrès scientifiques dans la lutte antituberculeuse, des problèmes restent et des efforts sont encore à consentir dans la maîtrise de cette maladie et la prise en charge du tuberculeux surtout dans ces temps où sévit le terrible fléau du SIDA dont la tuberculose est l'une des maladies opportunistes les plus fréquentes.
La tuberculose reste donc à l'heure actuelle un problème important dans le monde en général et au Burundi en particulier où, loin d'être contrôlée, elle reste endémique. Si donc on n'en parlait pas beaucoup il y a quelques années, la tuberculose réapparaît sur scène avec le caractère d'horreur qu'elle avait naguère et qui en faisait le type de la maladie hideuse et contagieuse, condamnant ceux qui en souffraient à vivre comme des parias à l'écart de la société, si profondément blessés dans leur dignité humaine qu'ils en perdaient toute espérance. Cela est encore plus vrai actuellement parce que les signes ou symptômes de la tuberculose font directement penser au Sida avec toutes les implications psychosociales que cette maladie présente dans la société. Bien que la science ait donc mis au point des moyens de guérir et même de prévenir la tuberculose, celle -ci fait encore peur non seulement à l'entourage et au malade, mais aussi au personnel soignant pour qui, l'infection à VIH annihile les efforts de lutte. C'est pour cette raison d'ailleurs qu'on observe une recrudescence des cas de tuberculose dans les pays que frappe ce nouveau fléau et plus particulièrement dans ceux où coexistent les deux infections et notre pays est de ceux-ci.

L'augmentation du taux de tuberculose avec son caractère contagieux et son association au SIDA influe sans nul doute sur la relation thérapeute-tuberculeux, relation impliquant les possibilités de contagion en milieu hospitalier ainsi que les difficultés de communication entre le thérapeute et le tuberculeux. La mise en évidence de ces difficultés constitue déjà la première étape de leur résolution et permettra une meilleure prise en charge du tuberculeux. C'est là, la raison d'être de notre travail.

Celui-ci s'articule sur deux parties.

La première partie traite des généralités. Après avoir justifié le choix de notre sujet et délimité celui-ci, nous donnons, dans le premier chapitre, les références théoriques. Ici nous livrons quelques informations sur la TBC et définissons les relations qui se nouent en situation de soins. Le deuxième chapitre est fait de la problématique, des hypothèses et des variables de notre recherche. Nous présentons également notre instrument de recherche ainsi que le milieu et la population d'enquête.

La deuxième partie est composée de trois chapitres qui font trois thèmes de notre travail. Dans cette partie, nous présentons, analysons et interprétons les résultats de notre recherche et cela thème par thème.

Une conclusion générale dans laquelle nous consignons nos conseils et recommandations clôture notre travail.

1ERE PARTIE: GENERALITES

A. Justification du choix du sujet

Comme tout le monde le sait, un malade est une personne très fragile et très sensible. Cette fragilité et cette sensibilité sont encore plus marquées chez le tuberculeux qui, historiquement est rejeté, écarté de la société. Comme la maladie est reconnue contagieuse, le malade est fuit et craint par tout le monde. Par conséquent, ses relations se réduisent à un isolement et à un autisme impénétrable. Victime de sa maladie, le tuberculeux se décourage et se consume progressivement et passivement à mesure que la maladie évolue. C'est ici alors qu'apparaît le premier mobile du choix de notre sujet. Nous pensons que l'état de repli sur soi du malade, sa passivité, son sentiment de désespoir ainsi que son attitude non-coopérative sont à l'origine des difficultés de communication dans ses relations avec son thérapeute.

Bien plus, le tuberculeux peut souffrir d'autres maladies transmissibles ou contagieuses. Ici nous pensons plus particulièrement au SIDA qui est souvent associé à la tuberculose. L'association SIDA-tuberculose est maintenant reconnue par beaucoup d'auteurs et spécialistes de la santé. Au Burundi, les recherches effectuées à la Faculté de Médecine (Université du Burundi) montrent que l'association SIDA-tuberculose apparaît dans plus de 60 % des cas. Il y a donc une nette augmentation de l'incidence de la tuberculose dans le monde en général et au Burundi en particulier où comme nous le dit F. NIRAGIRA dans sa thèse: " dans la seule ville de Bujumbura, les cas passent du simple au double de 1979 à 1985"(1)

Cela veut dire donc que le SIDA est venu compliquer la maladie tuberculeuse et gêne même la réponse au traitement. Cette association SIDA-tuberculose engendre chez certains esprits, nous pensons aussi chez le personnel soignant, l'idée selon laquelle la tuberculose est un des signes parlants du SIDA et que donc tout tuberculeux est automatiquement sidéen.

---

(1) F. NIRAGIRA, Traitement anti-tuberculeux au CATB et implication dans l'entourage du tuberculeux, thèse inédite Université du Burundi, Bujumbura, janvier 1987, p.

C'est d'ailleurs ce que nous affirme le Docteur Th. BARIHUTA quand il dit : " En pratique, devant un patient infecté par le VIH, il faudra rechercher une tuberculose évolutive, devant un malade tuberculeux, il faudra rechercher une infection par le VIH facilitative " (1).

Nous sommes donc face à un nouveau type de tuberculeux qui fait disparaître le tuberculeux habituellement connu. Cette association est lourde de conséquences pour le tuberculeux. Elle est à la base des difficultés de communication dans ses relations avec le personnel soignant, difficultés dues à une peur de contamination en milieu hospitalier. Cette peur de contamination est due quant à elle au fait que la tuberculose est une maladie contagieuse et que le SIDA, présent ou non, peut aussi se transmettre si des précautions ne sont pas prises. Cette peur est donc doublement justifiée parce que la tuberculose est explicitement présente et qu'elle fait penser directement au SIDA, fléau qui crée une situation psycho-sociale pénible chez sa victime.

Cette possibilité du tuberculeux de transmettre non seulement la tuberculose mais aussi d'autres maladies notamment le SIDA doit occasionner des difficultés dans la relation thérapeute-malade et c'est là, la deuxième raison qui justifie le choix de notre sujet.

Enfin, de nombreuses recherches à caractère technique et médical ont été faites. Le succès de ces recherches a fait croire que le problème de la tuberculose était résolu parce que on peut, non seulement la guérir, mais aussi et surtout la prévenir. Mais à notre connaissance, aucune étude psychosociale des relations entre le tuberculeux et le personnel soignant n'a été faite jusqu'aujourd'hui du moins dans notre pays. Nous pensons quant à nous que les difficultés qui existent dans la relation tuberculeux -thérapeute gênent, d'une manière ou d'une autre, le traitement intégral du tuberculeux.
Nous voulons donc spécifier ces difficultés en vue d'une amélioration de la prise en charge du tuberculeux.

(1) Th. BARIHUTA, Diagnostic sérologique de la TBC chez les tuberculeux VIH, thèse inédite, Université du Burundi, Bujumbura, 1989 p.100

B. Délimitation du sujet

La tuberculose est une maladie grave, contagieuse et même mortelle. La gravité de cette maladie, la longue période que prend son traitement, le retentissement familial, professionnel et économique qu'elle implique tant pour l'individu que pour la collectivité, font penser sans risque de se tromper , à des difficultés.
Celles-ci sont ressenties par le malade d'abord, l'entourage direct du malade ensuite et enfin par le thérapeute. Celui-ci doit non seulement soigner le malade mais aussi jouer l'intermédiaire avec l'entourage. Il doit en effet bien gérer les contacts entre le malade et son entourage. La bonne gestion de ces contacts permettra non seulement de maintenir l'ambiance familiale indispensable pour la rémission du malade mais également de protéger l'entourage contre les possibilités de contamination . Il doit en outre prendre des précautions nécessaires pour sa propre protection.

Toutes les difficultés qui se créent en situation de soins dans les relations malade-médecin-entourage influent certainement sur le processus thérapeutique.

Mais dans notre travail, nous nous intéressons uniquement aux difficultés rencontrées par le personnel soignant dans ses relations avec le tuberculeux, c'est-à-dire les difficultés liées à la relation tuberculeux-thérapeute.

Nous pensons en effet que ce sont ces difficultés qui, plus que les autres, peuvent avoir des effets néfastes pour la prise en charge du tuberculeux. Ceci est vrai dans la mesure où le tuberculeux sous traitement doit faire l'objet d'une grande attention et d'un suivi régulier pour le respect du schéma thérapeutique. Cette attention et cette surveillance régulière du tuberculeux seront fonction des relations qui existent entre les deux partenaires: le tuberculeux et son thérapeute.
C'est dans ce sens que l'identification des problèmes qui surgissent servira à assainir la relation tuberculeux-thérapeute et par conséquent, améliorer la prise en charge du tuberculeux.

CHAPITRE I : REFERENCES THEORIQUES

I.1. Quelques informations sur la tuberculose.

I.1.1. Aperçu historique

La tuberculose est une maladie infectieuse connue depuis l'antiquité. En effet, Hippocrate a décrit les symptômes d'une maladie appelée " phtisie ", terme dont la traduction littérale évoque la " consomption " provoquée parfois par la tuberculose pulmonaire.

Jusqu'au XVIIIe siècle, les connaissances et les explications de cette maladie tuberculeuse restaient encore mystérieuses et imprécises. La clinique et la pathogénie de cette maladie sont décrites avec précision pour la première fois en 1834. Jusqu'à cette date, la tuberculose passait pour une maladie héréditaire et non contagieuse. Cette doctrine " héréditariste"fut néfaste par l'espèce de fatalisme qu'elle engendra à l'égard des ravages de la maladie. Les tenants de cette théorie affirmaient avoir connu des personnes qui avaient peu d'aisance matérielle, des familles nombreuses coucher dans les mêmes chambres avec un tuberculeux, des maris partager les mêmes lits avec leurs femmes tuberculeuses sans que la tuberculose se communique. Par contre, ils affirment que les enfants des tuberculeux sont plus fréquemment attaqués que les autres. On comprend à quel point une telle conception est dangereuse et lourde de conséquences pour la communauté en général et les tuberculeux en particulier si on se réfère aux connaissances actuelles sur les modes de contamination de la maladie. Il est en effet bien établi que la persistance de l'infection tuberculeuse parmi les hommes est, non l'effet de l'hérédité, mais bel et bien l'effet de la contagion interhumaine.

Les connaissances actuelles sur la transmission de la maladie tuberculeuse prennent leur source des découvertes de R. Koch qui reconnaît le germe responsable de la maladie en 1882.

Ce germe prendra le nom de bacille de Koch ou B.K. en abrégé. Par la suite, plusieurs milieux de culture sont mis au point par nombre de chercheurs pour poursuivre les recherches sur la tuberculose.
En 1890, R. Koch découvre une substance qu'il croit efficace contre le B.K., substance qui prendra aussi son nom " Lymphe de Koch ". En 1900, on découvre deux autres bactéries également responsables de la maladie tuberculeuse chez l'homme.
Il s'agit du mycobacterium avium et le mycobacterium bovis. Ceux-ci sont néanmoins incriminés à un degré moindre. Ils sont plutôt très pathogènes pour les oiseaux et pour le bétail.

En 1929 s'ouvre l'ère des antibiotiques par Fleming avec la synthèse de la pénicilline. Une dizaine d'années plus tard, le premier médicament anti-tuberculose est mis au point par WAKSMAN. Il s'agit de la streptomycine. D'autres anti-tuberculeux sont par la suite mis au point et en 1964 la rifampicine qui est considérée actuellement comme la plus forte des drogues antituberculeuses est introduite.
Voici maintenant quelques dates que jalonnent l'histoire de la tuberculose au Burundi. (1)

En 1949 est faite la première étude approfondie du problème de la tuberculose par le Centre Scientifique et Médicale de l'Université Libres de Bruxelles en Afrique Centrale (CEMUBAC)

De 1952 à 1960, le même CEMUBAC mène une campagne de vaccination dans tout le pays par le BCG.

En 1953, c'est la construction du Sanatorium de Kibumbu avec à sa disposition 250 lits.

En 1964 est menée une enquête tuberculinique nationale de l'OMS.

De 1966 à 1971, une nouvelle campagne de vaccination de masse par le BCG, est menée.

(1) Source: République du Burundi, Ministère de la Santé Publique, Département des soins de sante, Programme national lèpre-Tuberculose(PNLT), 1992, p.4

- 1967 : c'est le démarrage du centre antituberculeux de Bujumbura en abrégé CATB.
- 1984 : c'est la création du SILT: Service d'intégration de la lèpre et de la tuberculose.
- 1992: c'est l'année qui se caractérise par l'introduction du schéma de traitement court et changement du nom du SILT qui devient PNLT(Programme National Lèpre-Tuberculose).

Tels sont les événements importants qui marquent la vie de la tuberculose et l'attention qu'elle n'a cessée de susciter pour sa lutte. Pourtant, sa fréquence et sa gravité entraînent encore un nombre important de décès et font d'elle un problème de santé publique prioritaire.

I.1.2. Le mode de contamination.

La transmission du B.K. est essentiellement aérienne.
Elle est principalement interhumaine. Cela est vrai dans la mesure où le mode de vie est essentiellement communautaire, ce qui favorise la circulation du bacille. Un malade baciliffère émet dans l'atmosphère, quand il crache, tousse ou éternue, de fines gouttelettes de salive contenant des B.K. Les bacilles sont donc liberés sous forme de fines poussières suspendues dans l'air au voisinage du malade et même transportés à distance par le vent. Ainsi, non seulement la chambre du malade mais aussi les locaux, les maisons et les lieux publics qu'il fréquente, seraient chargés de poussières contagieuses. Cette conviction a joué d'une part un rôle important dans la lutte contre la tuberculose parce qu'elle a imposé d'indispensables mesures d'hygiène. On a fait partout " la chasse aux crachats ".

D'autre part, elle a été la source principale de l'isolement, de la mise en quarantaine et du rejet social du tuberculeux.

Néanmoins, il est apparu que, même si le bacille tuberculeux est plus résistant que beaucoup d'autres microbes à la chaleur lorsqu'il est encore dans les crachats et les expectorations, il perd rapidement sa virulence après dessiccation. La lumière, surtout la lumière solaire directe, est un agent précieux de stérilisation. C'est pour cette raison qu'il est conseillé d'éclairer les chambres parce que l'obsurité favorise la persistance de la virulence des bacilles desséchés.

Outre le caractère bacillifère des lésions tuberculeuses, d'autres facteurs entrent en jeu pour faciliter la contamination. Parmi ces facteurs, nous citerons notamment:

- le contact prolongé et répeté avec le malade bacillifère et la vie familiale réalise au mieux ces conditions pour propager la maladie.

- La promiscuité, l'entassement dans des logis peu éclairés et mal ventilés; bref, les conditions de vie jouent un rôle non négligeable dans la contamination.

- Le terrain " c'est-à-dire le candidat à la tuberculose. Par ce facteur nous entendons la malnutrition, le tabagisme et l'alcoolisme chroniques, les déficits immunitaires congénitaux ou acquis qui favorisent la réceptivité et la gravité de la maladie tuberculeuse.

On estime qu'en moyenne un malade contagieux infecte cinq à dix personnes par an. De ces dix personnes, 10 % deviendront malades. De ces malades, 50 % feront une forme pulmonaire BK^+ c'est-à-dire qu'ils deviendront contagieux et les 50 % restant feront d'autres formes.

Un malade BK^+ sans traitement reste contagieux pendant au moins deux ans au bout desquels, soit il meurt ou guérit spontanément, ou devient un tuberculeux chronique qui continue à disséminer la maladie. C'est pourquoi pour rompre la chaîne de transmission du BK, il faut non seulement dépister et traiter les réservoirs des BK c'est - à dire les malades contagieux, mais aussi améliorer leurs conditions de vie.

Signalons en passant que le bacille de la tuberculose bovine peut être aussi un agent pathogène de l'homme. La contamination peut se faire quand l'homme prend de la viande ou du lait souillé ou infecté mais cela a de très faibles chances de se produire.

I.1.3. Le traitement de la tuberculose

Depuis les années 1940, le traitement antituberculeux a fait l'objet de nombreuses études. Ainsi, des associations d'antibiotiques ont été abandonnées au profit d'autres qui restent actuellement en vigueur.

Dans le traitement de la tuberculose, tout doit tendre à éviter de créer des malades chroniques ou une résistance de la maladie aux médications antituberculeuses. Pour cette raison, le traitement doit être ininterrompu pour ne pas développer la résistance mais aussi prolongé pour éviter des cas de rechute qui aggraveraient la maladie.

La conduite générale de la chimiothérapie doit comporter l'association d'au moins trois drogues actives n'ayant entre elles aucune résistance croisée. Chacune de ces drogues doit aussi être utilisée à une dose où elle se montre efficace isolement. Ces drogues ne doivent pas avoir le même site d'action: Certaines ont une activité intra-cellulaire, d'autres agissent en extra-cellulaire et d'autres enfin ont une activité similaire en intra et en extra-cellulaire. Une gamme importante de produits contre la tuberculose est déjà mise en place et la commission de traitement de l'UICTMR(*) reconnaît comme essentiels l'Isoniazide, la Rinfampicine, le pyrazinamide, la streptomycine, l'Ethambutol et la Fhiacelanoze(1).

---

(1) Source: NIR Françoice. Op.Cit.p.26

(*) Union Internationale contre la Tuberculose et les maladies respiratoires (UICTMR).

Soulignons qu'il est inutile de diagnostiquer un malade si on ne le traite pas,et il est nuisible de le traiter si on ne le guérit pas.

En effet, un malade mal ou insuffisamment traité ne guérit pas et il demeure par conséquent contagieux car il est porteur de germes résistants aux antibiotiques. C'est pour cette raison qu'il faut, avant d'entreprendre le traitement, interroger le malade pour savoir si oui ou non il a déjà été traité, par quelles antibiotiques et pendant combien de temps pour avoir une idée de la chronicité et de la résistance probables de la maladie.

Au Burundi, nous connaissons deux types de traitement décentralisés dans l'ensemble des centres de soins du pays.
Il s'agit du traitement ambulatoire et du traitement hospitalier. Le premier semble être le plus privilégié tandis que le second est conseillé pour des cas de chronicité, de résistance et de rechute.

Le schéma de traitement retenu est un schéma moderne dit "court" d'une durée de 6 mois, 2 mois de traitement quotidien avec Rinfampicine, Isoniazide, Ethambutal et Pyrazinamide suivis de 4 mois de traitement trihebdomadaire avec Rinfampicine et Isoniazide (1).

Peut-on dire que la chimiothérapie suffit à elle seule pour traiter le tuberculeux ?
Nous pensons que non dans la mesure où les antibiotiques peuvent servir de prétexte pour réduire les relations qui doivent exister entre le personnel médical et le tuberculeux. Ces relations sont très importantes dans une longue affection comme la tuberculose. Le personnel soignant doit conseiller et rassurer le tuberculeux de son rétablissement.

(1) Source: République du Burundi, Ministère de la Santé Publique, Département des Soins de Santé, Programme national Lèpre-Tuberculose(PNLT), 1992, p.15

Nous avons déjà dit que le tuberculeux est rejeté et écarté de la société. Nous avons aussi parlé de l'impact psychologique de ce rejet. Le traitement du tuberculeux doit bien sûr viser le somatique(avec la chimiothérapie) mais aussi le psychique (avec la psychothérapie).

Cette psychothérapie doit associer une éducation sanitaire qui vise l'amélioration des conditions de vie du tuberculeux et des entretiens réguliers avec l'intention de redonner confiance à la vie et ainsi faciliter la réintégration sociale après le rétablissement de la santé.

Ces entretiens préparent aussi le sevrage du tuberculeux qui, comme nous l'avons déjà vu, peut avoir des problèmes de se séparer de son nouveau milieu de vie qu' est l'hôpital, le centre de santé ou le Sanatorium. Etant donné l'état de repos et la sympathie dont il bénéficie quand il est hospitalisé il a du mal à affronter de nouveau la vie habituelle avec parfois les " travaux durs " qu'elle impose. Il faut donc préparer sa réintégration sociale et professionnelle. C'est en cela que nous trouvons à la fois chimiothérapeutique et psychothérapeutique le traitement du tuberculeux.

1.4. La tuberculose et le Sida

Il est maintenant bien établi que l'infection par le VIH provoque une détérioration lente et progressive des réponses immunitaires favorisant de ce fait l'apparition d'une grande variété de complications infectieuses. C'est dans ce cadre qu'actuellement, les chercheurs et les spécialistes de la santé publique parlent d'un nouveau visage de la tuberculose après l'apparition du VIH pour signifier l'impact de l'infection par le VIH sur le cours de la maladie tuberculeuse. Le VIH modifie l'immunité des patients et les pathogènes peuvent provoquer des maladies graves, mais la majorité des infections semble être en relation avec la prolifération de micro-organismes déjà présents chez le sujet et avec la transformation de l'infection latente en maladie cliniquement active. C'est dans ce sens qu'il faut comprendre la montée spectaculaire du taux de tuberculose associée à l'infection au VIH.
Si donc la tuberculose a connu un temps de déclin, les taux cessent brusquement de régresser et ont tendance à monter même dans les pays développés. C'est ainsi par exemple qu'en 1986:

> " ..le nombre de cas de tuberculose a augmenté de 2.6 % sur l'ensemble du territoire américain et dans certains pays d'Afrique Orientale et Centrale, les cas de tuberculose signalés ont presque doublé au cours de ces quatre ou cinq dernières années " (1).

Le VIH induit donc une immunosuppression et la tuberculose peut survenir par réactivation d'une infection acquise antérieurement ou par insuffisance de défense contre Mycobacterium tuberculosis nouvellement acquis. On comprend donc que des sujets infectés par le bacille tuberculeux mais indemnes de toute autre pathologie peuvent ne pas développer des signes cliniques de tuberculose. Ces sujets ont une infection tuberculeuse mais n'ont pas de maladie tuberculeuse.

---

(1) OMS, OMS_Information, Octobre 1990; n°148. p. 2

Le passage de l'infection tuberculeuse à la maladie est habituellement prévenu grâce à un système immunitaire intact. Aussi, il n'est pas surprenant que la détérioration constante de la capacité protectrice des mécanismes de défense chez les patients porteurs d'une infection par le VIH et qui hébergent également le bacille tuberculeux, atteint finalement un niveau auquel le bacille peut échapper à l'effet freinateur de l'immunité. Le bacille prolifère donc et provoque le passage d'une infection tuberculeuse à une tuberculose maladie.

Dans les estimations de l'OMS,

> " 1.7. milliard de personnes soit un tiers de la population mondiale sont porteuses du bacille tuberculeux en 1990 et 2.9 millions de décès sont recensés " (1).

Ces chiffres font de la tuberculose la cause la plus importante de décès dus à un seul agent pathogène infectieux. Cette situation déjà alarmante du problème de la tuberculose va en empirant principalement en raison de l'épidemie du Sida.

Au Burundi, l'endémie de l'infection à VIH a aussi influencé l'incidence et les manifestations de la tuberculose. Des études faites révèlent que " de 1983 à 1986, l'incidence de la tuberculose a augmenté de 24 % et qu'un doublement est prévisible en 7 ans ". (2).

Cette augmentation du nombre de cas de tuberculose coïncide avec l'épidémie du Sida au Burundi, ce qui fait penser au rôle de l'infection à VIH sur l'augmentation du nombre de cas de tuberculose. L'association Sida-tuberculose pose dès lors au personnel soignant, non seulement des problèmes de diagnostic et de contrôle de la tuberculose, mais aussi des problèmes d'ordre psychosociologique dans ses relations avec les patients " pluri-infectés ".

---

(1) OMS, OMS Information, op. cit. p.1

(2) Th. BARIHUTA op. cit. 29

L'élimination de la tuberculose qui allait devenir une réalité au niveau mondial - même dans les pays en voie de développement- est gravement affectée par ce nouveau fléau: le Sida. Nous avons déjà dit que l'infection par le VIH influence l'évolution de la tuberculose de différentes façons :

- L'infection par le VIH peut réactiver les germes quiescents après une primo-infection et engendrer une tuberculose.
- Un patient infecté par le VIH, du fait de sa dysimmunité, court un plus grand risque d'infection tuberculeuse à partir du réservoir extérieur.
- Un patient VIH^+(*) atteint de tuberculose est parfois plus bacillifère qu'un patient VIH^- (*) et, de ce fait, il constitue une source de contamination pour la communauté.

L'impact du VIH sur l'incidence de la tuberculose est si importante que, dans les pays où les infections tuberculeuse et par le VIH sont toutes deux prévalentes, les moyens disponibles pour lutter contre la tuberculose ne parviendront pas à limiter l'augmentation de l'incidence de la tuberculose due à l'infection par le VIH. Nous sommes donc confrontés à un problème qui existait déjà depuis longtemps, mais qui apparaît aujourd'hui sous un aspect nouveau, l'infection tuberculose-Sida. Certains chercheurs parlent même de " couple maudit ". Cette appellation se justifie parce que l'infection tuberculeuse et l'infection par le VIH ne constituent pas une simple association. Elles combinent leurs effets à travers des interactions mutuellement aggravantes.

Manifestement, la place importante de la tuberculose en tant que problème majeur de santé mondiale ne devrait pas être oubliée, comme elle semble l'être actuellement. Elle a été et elle reste encore le facteur d'un nombre important de décès, beaucoup plus important que le Sida qui semble avoir détourné l'attention de tous les spécialistes de la santé.

(*) VIH^+ : Séropositif
VIH^- : Séronégatif

Selon les estimations de l'OMS en effet:

" Entre 1988 et 2000 il y aura au moins 96 millions de nouveaux cas de tuberculose, c'est-à-dire plus de cinq fois le nombre de cas de VIH, et environ 36 millions de décès dus à la maladie tuberculeuse, et en comparaison, 5 à 6 millions de décès(ou de décès prévus) par le Sida, c'est-à-dire une différence de 6 à 7 fois plus ".(1)

D'aucuns pourraient se demander pourquoi un tel point dans un tel travail. Nous pensons et à juste titre qu'un tuberculeux-sidéen pose énormément de problèmes à son thérapeute. Dans notre travail, nous avons parlé du tuberculeux en général, mais il semble que plus de 66 % des hospitalisés pour tuberculose dans notre pays, sont aussi porteurs du VIH.

Aussi, E. NIYONGABO, dans son mémoire a montré qu'effectivement le malade sidéen pose des problèmes dans sa prise en charge.
Il y a lieu maintenant de s'interroger sur les difficultés qu'occasionnent un sujet doublement infecté par les deux fléaux sociaux que sont la tuberculose et le Sida. Ce point aussi nous montre l'incidence du Sida sur la permanence et même l'extension dramatique de la tuberculose dans le monde en général, et au Burundi en particulier. Cette association nous permettra aussi d'expliquer les relations qui se hissent entre le tuberculeux, son thérapeute et même son entourage.

---

(1) J.F. MURROY in " Bulletin de l'Union Internationale contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires ", Tuberculose et infection par le virus d'immunodéficience humaine dans les années 1990, Vol 66, n°1/Mars 1991. ISSN 101167903 p.24

I.2. Les relations en cas de maladie

Nous parlons de ces relations dans notre travail parce qu'elles déterminent la prise en charge du malade en général, et du tuberculeux en particulier.
Nous pensons en effet, que l'attitude du malade vis-à-vis de son affection, ses relations avec son entourage, ses relations avec son thérapeute et celles de celui-ci avec l'entourage du malade, favorisent ou au contraire handicapent le processus thérapeutique. C'est dans ce sens que nous développons les quatre points suivants et essayons de montrer comment ces relations peuvent soit favoriser, soit handicaper la thérapie.

Ces points sont :
- le patient et sa maladie
- la relation malade-entourage
- la relation malade-thérapeute
- la relation thérapeute-entourage du malade.

I.2.1. Le patient et sa maladie

" Tout médecin reconnaîtra, je pense que l'attitude du patient envers sa maladie a une importance essentielle pour toute thérapeutique et que c'est la tâche du médecin d'éduquer le patient à devenir coopérant" (1)

Tels sont les propos de M. BALINT dans son ouvrage. Le médecin, son malade et la maladie . L'attitude du patient vis-à-vis de sa maladie joue un rôle indéniable dans le processus de guérison, dans sa prise en charge, et partant dans les relations avec son thérapeute.

Avant de parler de l'attitude du patient à l'égard de sa maladie, nous évoquons d'abord deux conséquences psychiques majeures de la maladie qui déterminent finalement le comportement du malade au cours de l'affection. Ces conséquences psychiques sont la régression et la dépression.

---

(1) BALINT : Le médecin, son malade et la maladie, Paris, Payot, 1973 p. 257.

Dans son sens général, la régression veut dire le retour à un état antérieur.

En psychanalyse, la régression désigne le processus par lequel une quantité de libido, ayant atteint un certain stade d'évolution, retourne totalement ou partiellement à un stade antérieur. La régression suppose donc une fixation, c'est-à-dire qu'une partie de l'énergie libidinale est restée attachée à un stade donné et n'a pas suivi l'évolution du reste de la libido.

Dans le cas qui nous concerne, la détérioration des facultés physiques et mentales chez le malade, conduit parfois à la régression c'est-à-dire à des comportements normalement dépassés. C'est donc un mécanisme de défense de l'organisme contre une affection physique ou psychique. C'est ce que nous disent Ph Jeannet, M. Reynaud et S Consoli:

> " C'est une réaction naturelle à tout organisme que de se replier sur lui-même en cas d'agression et de souffrance " (1)

La régression est donc un comportement incontournable en cas de maladie. Les auteurs sus-mentionnés affirment que la régression est, en règle générale, très utile et même nécessaire. Toutefois elle peut avoir des effets négatifs.
Elle est utile et nécessaire dans la mesure où le patient accepte aide et soutien de la part de son entourage et s'en remet à lui pour la conduite du traitement. L'absence de régression chez un patient peut avoir de graves conséquences. En refusant d'être porté par son entourage, le malade se condamne à une suradaptation très coûteuse pour sa vie. Cela est particulièrement vrai pour un tuberculeux qui continuerait à vaquer à ses occupations habituelles .

---

(1) Ph Jeannet, M. Reynaud et S. Consoli, Psychologie médicale, Nasson, Paris 1980, p. 241

La fatigue pourrait aggraver l'état de son organisme qui nécessite un repos et Ph. Jeannet et ses collaborateurs sont on ne peut plus clairs à ce sujet:

> " Comme un objet sur lequel on tirerait trop peut casser brusquement plutôt que plier, le malade peut brutalement passer à un niveau de désorganisation accru " (1).

La régression est aussi utile parce qu'elle oblige le patient à quitter ses soucis et ses exigences habituelles pour concentrer ses forces sur lui-même pour lutter contre la maladie.

Néanmoins et comme nous l'avons déjà signalé, la régression peut avoir des effets négatifs. Elle peut dépasser les limites et enfermer le malade dans une conduite qui s'auto-entretient. Il revient donc au thérapeute de voir dans quelles limites il peut tolérer cette régression pour l'associer à la démarche thérapeutique.

Que dire maintenant de la dépression.
La dépression est définie dans " Vocabulaire de Psychologie " comme"un état d'hyperthymie douloureuse comportant des pensées pessimistes (avec culpabilité), une certaine inhibition psychomotrice et des signes physiques(fatigue, insomnie,anorexie) "
La dépression est aussi définie comme " un état pathologique de souffrance psychique marqué par un abaissement du sentiment de valeur personnelle, par du pessimisme et par une inappétence face à la vie ".

Si nous considérons les symptômes physiques du tuberculeux et l'état général de son organisme, nous sommes tentés d'imaginer son état intérieur. La tuberculose est une maladie dont le traitement n'est pas facile, et on se demande ce que ressent un tuberculeux qui doit passer des mois sous traitement et sous dépendance et assistance de son entourage et du thérapeute.
La dépression est pratiquement inévitable parce que le malade se rend compte de sa faiblesse et de sa vulnérabilité.

---

(1) Ph.Jeunnet, M. Reynaud et S.Consoli, Op. Cit. p. 242

La maladie se présente toujours comme une aggression de l'image idéale de soi et une preuve de sa faillibilité. Le malade perd donc brusquement l'illusion de sa toute puissance, ce qui peut réveiller les angoisses infantiles particulièrement l'angoisse de castration. Il y a donc dans la dépression une composante narcissique qui se manifeste et le patient éprouve un sentiment de dévalorisation, d'incompétence, d'incomplétude et de fatalité avec une profonde résignation et un abandon de tout projet et de tout souhait.

Ce sont ces deux conséquences psychiques de la maladie qui vont déterminer les trois attitudes ou trois comportements du malade à l'égard de sa maladie que nous développons ci-après.

La première attitude est celle où le malade, par le choc de sa maladie, se laisse aller dans le désespoir et perd sa morale. Ce malade est celui-là qui n'a plus confiance en sa guérison, qui pense à son invalidité et même à sa mort prochaine.
D'après V. Kristman:

> " Le malade atteint d'une affection longue et chronique, ne sentant pas d'amélioration, tombe souvent dans un état de dépression, ne croit pas un sa guérison. Diverses émotions, inquiétudes, craintes, souffrances, le fait qu'il pense tout le temps à sa maladie, altèrent son état psychique " (1).

Cela est vrai pour le tuberculeux qui n'espère pas guérir en peu de temps et ses émotions, ses inquiétudes, ses craintes et ses souffrances s'expliquent quand on se réfère aux propos de M. BALINT :

> " C'est un choc sérieux que de s'apercevoir, soit brusquement, soit progressivement qu'à cause de la maladie notre corps(notre esprit) est pour le moment incapable et peut être ne sera plus jamais pleinement capable de nous assurer que nos espoirs pourront encore se réaliser dans un quelconque avenir " (2)

---

(1) V. Kristman, Maladies internes et soins aux malades, Editions de la paix, Moscou p.29
(2) M. BALINT : Op. Cit. p.275

Pour certaines maladies, un tel malade est tourmenté par la peur d'être stigmatisé, rejeté et peu à peu isolé, particulièrement quand il est tuberculeux.
Par ailleurs, l'impression de perdre son autonomie ainsi qu'un sentiment de culpabilité augmentent son angoisse et sa dépression, ce qui diminue une fois de plus son aptitude à se prendre en charge. La maladie est donc ressentie comme un châtiment, une malédiction qui l'oblige à vivre enfermé sur lui-même, surtout quand cette maladie est contagieuse. Ainsi, pour le cas qui nous concerne, le tuberculeux qui est considéré comme un être dangereux parce que pouvant transmettre sa maladie, se réfugie dans sa personne comme pour diminuer sa culpabilité, réduire les possibilités de contaminer l'entourage duquel il réclame des privilèges et une attention particulière qu'il ne croit en avoir le droit.

Cette plongée du malade dans sa maladie est encore plus dramatique quand la maladie s'aggrave et cela est vrai pour les tuberculeux qui, dans la plupart des cas, se rendent au Sanatorium ou à l'hôpital quand la maladie a déjà atteint un niveau assez élevé. En témoigne leur long séjour nonobstant les conditions favorables dont ils bénéficient. Or, nous savons que des techniques préventives et curatives contre la tuberculose existent déjà. Bien plus, si elle est dépistée et soignée à temps c'est-à-dire avant qu'elle ne s'aggrave, la tuberculose guérit facilement comme nous l'affirme V. Kristman:

> " Si la tuberculose est découverte à un stade précoce, par l'application systématique de toutes les mesures prophylaxiques et curatives, le processus tuberculeux est maîtrisé et finit par guérir " (1).

Malgré donc les techniques préventives et curatives contre la tuberculose, le tuberculeux reste sous traitement pendant de longues périodes.

Nous remarquons donc que la première attitude du malade - ici le tuberculeux - face à sa maladie à savoir l'isolement, la perte de moral ou l'abandon de soi est bien présente.

---

(1) V. Kristman, Op_Cit. p.104

Le comportement du personnel médical face à une telle attitude doit donc être adapté pour ne pas aggraver l'état du malade car comme nous le dit J. Berget :

" A l'isolement des malades peut répondre(tout naturellement) l'indifférence des équipes ce qui aggrave l'autisme des malades ".(1)

Dans ces conditions, nous comprenons que la prise en charge du tuberculeux est chose délicate et peut compromettre le processus thérapeutique, si le comportement du personnel soignant n'est pas adapté à l'état intérieur du tuberculeux qui peut soit accepter gentiment, soit nier tout régime ou tout mode de vie stricte, l'une ou l'autre attitude pouvant gêner la communication avec son thérapeute.

La deuxième attitude du malade face à sa maladie est celle de compter sur les avantages de la maladie qu'on appelle " bénéfices secondaires ". Le malade profite de la moindre douleur pour dissiper toute son énergie espérant que l'équipe médicale et l'entourage vont tout faire pour lui.
C'est aussi l'idée de F. Marchand quand il nous dit :

" On retrouve autour de nous une sorte de repli, je dirais même de retrait stratégique et souvent dramatique des malades... Ils s'accrochent au symptôme sematique comme à une bouée de sauvetage sentant inconsciemment que l'activisme médical, dans la plupart des cas fera le reste "(2)

Un malade qui compte sur les bénéfices secondaires qu'il tire de sa maladie,non seulement s'accroche aux symptômes,mais aussi en crée ou en invente d'autres. S'il est hospitalisé, il s'adapte tellement à son nouveau milieu de vie qu'il pose des problèmes de sevrage. Il ne veut pas quitter le milieu hospitalier pour ne pas aller reprendre sa vie habituelle qui le priverait de l'attachement,de l'affection et de l'assistance dont il bénéficiait à l'hôpital ou au Sanatorium, bref des bénéfices secondaires qu'il tire de sa maladie.

---

(1) J. Berget, La_psychologie_somatique, Paris, Nasson 1970, p.313
(2) F. Marchand, Le_psychologue_et_la_Santé, Privat, Toulouse, 1978

Pour Y. Pelicier et Ph. Mouchez :

> " Lorsque le malade est hospitalisé, le milieu artificiel de l'institution devient un " milieu de survie ". Même rétabli, l'individu se réadapte mal à la vie normale. La sortie est une épreuve " (1).

Donc, si ce malade se rend à l'hôpital, il apporte au médecin son corps et son manque physique mais le médecin à son tour doit détecter, par le biais de la communication, le manque psychologique de son client. Celui-ci a donc des besoins corporels et psychologiques que le médecin doit satisfaire simultanément.

Comme les besoins psychologiques ne sont pas souvent explicites, il faut que la relation thérapeute-malade vise une mise en confiance du malade qui peut désormais donner ou préciser son " mal-être " physique et psychologique.
Pour F. Marchand, un malade qui s'accroche sur les symptômes de sa maladie et qui va en consultation chez le médecin se met dans la position du nourrisson dont les besoins corporels sont le support de son attachement à la mère. Pour lui :

> " Si la mère ne répond pas adéquatement aux exigences du bébé..elle crée, chez l'enfant, un trou dans la continuité de son sentiment d'existence.. Ce que le malade adulte transfère d'emblée sur son médecin, c'est cette image d'une mère suffisamment bonne pour réparer les failles qui se concrétisent dans son corps "(2).

On comprend dès lors qu'une telle attitude du malade face à sa maladie ne peut pas ne pas occasionner des difficultés dans ses relations avec le thérapeute. Celui-ci devra en effet savoir répondre efficacement aux offres physiques et psychologiques de son client.

---

(1) Y. Pelicier et Ph. Mouchez, abrégé de sociologie et économies médicales, Masson et C , Paris, 1973 p. 42

(2) F. Marchand. Op.Cit p.86

Si le thérapeute ne satisfait pas aux attentes du patient,celui-ci se plonge dans une détresse profonde comme un nourrisson privé d'affection, un enfant délaissé. En cas d'une telle relation, les résultats de la thérapie ne sont jamais totalement satisfaisants. On trouve ainsi des malades qui " font semblant de guérir" pour quitter le médecin mais qui font des rechutes quelques temps après. Dans de telles situations, le médecin et le malade vivent une mise en échec de la puissance médicale et le rejet de l'un et de l'autre s'en suit comme auto-défense. Le médecin se désintèresse en effet de ce malade qui a la mauvaise volonté de lui résister et le malade quitte son médecin " impuissant" pour rentrer chez lui ou s'adresser à un autre d'une plus grande renommée. Ce rejet s'accompagne d'un sentiment d'abandon qui réactive l'angoisse du malade qui se consume de plus bel.

Cette deuxième attitude du malade vis-à-vis de sa maladie, qui consiste à compter sur les bénéfices secondaires occasionne donc des difficultés dans la situation de soins, difficultés qui se répercutent biensûr sur le processus thérapeutique.

La troisième attitude du malade à l'égard de sa maladie peut être qualifiée d'adaptation à l'affection. Cette attitude est la réaction que le personnel soignant voudrait bien voir chez le patient. Cette adaptation ne doit pas être comprise comme une acceptation passive et une soumission à la maladie mais plutôt comme une attitude souple et équilibrée du malade. Celui-ci peut donc changer son mode de vie habituel sans pour autant se désorganiser. Cette attitude suppose donc que la dépression provoquée par la maladie a été maîtrisée par le patient et qu'il a trouvé un niveau de régression acceptable par tous, c'est-à-dire un niveau de régression suffisant pour accepter la dépendance nécessaire pour la thérapie mais assez contrôlé pour ne pas s'y abandonner et y tirer l'avantage des bénéfices secondaires.

Telles sont les trois attitudes adoptées par le malade face à son affection. Néanmoins, il faut remarquer qu'en cas de maladie, le patient n'affiche pas explicitement telle ou telle autre attitude, autrement cela faciliterait la tâche au thérapeute dès les premières consultations car il saurait en quoi s'en tenir dans ses relations avec son client.

Le problème majeur alors est que tantôt le patient adopte une telle attitude, tantôt une telle autre et le thérapeute doit tout faire pour mettre en confiance son client; ce qui n'est pas fait sans entraves car comme le dit V. Kristman:

> "... l'infirmier n'étant pas parfait, des problèmes ne manqueront pas de surgir quant à sa façon de communiquer avec son patient " (1)

Si donc on exige du personnel soignant un entraînement au tact et à la maîtrise de soi dans ses relations avec le patient, il ne peut toujours pas y parvenir surtout quand il a affaire à un malade contagieux comme le tuberculeux.

I.2.2. La relation malade-entourage

Pour comprendre la relation malade-entourage, il faut d'abord se rappeler qu'une famille fonctionne comme un tout, un système avec des lois régissant les relations interindividuelles à l'intérieur de ce système. En fonction de ces lois, des problèmes et des désirs de chaque membre, le système familial arrive à trouver un équilibre de fonctionnement que la maladie de l'un des membres vient perturber.

Deux situations peuvent se présenter: ou bien la famille s'adapte à la nouvelle situation créée par la maladie et utilise le malade, ou bien elle le rejette. Le malade peut être rejeté directement ou par le biais de formations réactionnelles telles une affection exagérée, une surprotection, un attachement particulier, une anxiété excessive.. Ces formations réactionnelles à l'égard du malade traduisent de façon inconsciente l'agressivité cachée dans les profondeurs de l'entourage du malade. Le comportement de l'entourage explique donc la crainte de voir apparaître cette agressivité d'où la compassion excessive dont l'entourage fait preuve.

---

(1) V. Kristman, Op. Cit. p.29

Le rejet dans notre cas s'exprime directement,c'est-à-dire par une fuite pure et simple du tuberculeux. Celui-ci se retrouve alors hors de l'ambiance familiale. Deux alternatives se présentent aussi: ou bien il peut être enfermé dans sa chambre pour ne pas contaminer les autres, ce qui augmente son anxiété, sa dépression et sa dépréciation et aggrave l'état de sa santé, ou bien il peut être éloigné et transporté à l'hôpital ou au Sanatorium sous prétexte qu'il va bénéficier de plus de soins. Mais là encore, c'est une pratique inconsciente de trouver un " bouc émissaire " qui s'occupera du tuberculeux; le personnel de santé. Si la maladie ne guérit pas, ça sera de la faute du même personnel et non de la famille. Un tel tuberculeux ainsi éloigné ne peut plus bénéficier des visites de sa famille et est ainsi privé d'un élément important dans la thérapie: le réconfort moral.

Quant à l'utilisation du malade et de sa maladie, elle n'est pas moins dangereuse que le rejet. En effet, la famille peut accepter le malade et sa maladie pour se réorganiser autour de lui.
Le malade risque alors d'être considéré comme un membre nécessaire au nouvel équilibre familial et par conséquent n'est pas soigné. Les réactions de la famille ou de l'entourage déterminent alors la façon dont le malade doit vivre son affection. Il est utilisé par la famille pour solliciter la générosité des gens, pour bénéficier et jouir de la pitié de l'environnement. Dans ce cas, les bénéfices secondaires ne profitent pas uniquement au malade mais aussi à sa famille qui l'exploite pour en tirer le plus de profit possible. Dans ce cas, le malade véhicule toutes les inquiétudes, la culpabilité et l'agressivité de la famille, ce qui entrave tous les efforts d'amélioration.

On comprend qu'une telle attitude est fort dangereuse en cas de tuberculose. En effet, si le tuburculeux n'est pas soigné, non seulement il se détruit lui-même, mais aussi il est un membre pathogène pour toute sa famille.

Bien plus, s'il est amené au Sanatorium ou à l'Hôpital dans l'intention de l'éloigner ou de l'isoler, il va aussi en souffrir parce que privé de l'ambiance familiale indispensable pour sa rémission et sa réintégration sociale.
Dans ces conditions, on comprend què la relation malade-entourage est très importante en situation de soins; l'entourage pouvant saboter avec le patient les instructions et recommandations du thérapeute ou au contraire encourager et soutenir le malade et participer ainsi à la thérapie. Comme nous le remarquons donc, les influences de l'entourage peuvent s'exercer soit favorablement, soit défavorablement.
L'action favorable de l'entourage dans la thérapie s'observe quand il y participe, quand il encourage et accompagne le malade, mais aussi et surtout quand il suit scrupuleusement les instructions et les conseils du personnel soignant. Mais cela ne peut se faire qu'après une prise de conscience de l'ampleur et de la gravité de la maladie. Y. Pelicier et Ph. Mouchez l'ont exprimé en ces termes:

> " Le meileur atout du médecin est dans la prise de conscience objective et réaliste de la maladie par le milieu familial" (1)

Ceci est particulièrement vrai dans le cas de la tuberculose où l'entourage doit éviter sa propagation. Mais malheureusement, parfois l'entourage familial n'accède pas à cette attitude objective. Il peut ne pas respecter les instructions du thérapeute et peut même ramener le malade chez lui cessant ainsi le traitement, ce qui constitue un danger non seulement pour le malade qui voit sa maladie s'aggraver, mais aussi pour l'entourage lui-même qui peut être contaminé par ce même malade.
Un tel entourage peut être qualifié de complice dans la pathologie du malade parce qu'il manifeste une indifférence vis-à-vis de son traitement.

---

(1) Y. Pelicier et Ph. Mouchez, Op. Cit p.42

A coté de cette complicité, il y a aussi une tendance à considérer les personnes tuberculeuses comme ne pouvant pas être employées, vaquer aux activités habituelles, faire des études pour ne pas se fatiguer ou contaminer les autres. Cela constitue une menace tout aussi grave pour l'ensemble de la société que pour le tuberculeux lui-même. Celui-ci acquiert en effet un profond besoin de dépendance et se prive de tout effort. Ainsi la famille, les amis et les connaissances du tuberculeux souffrent tous de ces conséquences et en supportent sans aucune raison le fardeau.

Contrairement à l'attitude complice vis-à-vis du tuberculeux, l'entourage peut jouer un rôle prépondérant dans la thérapie. En effet, non seulement l'entourage peut être engagé dans le respect des instructions et recommandations fournies par le thérapeute, mais aussi il peut les faire respecter par le tuberculeux. Il contribue ainsi à la suivie du schéma thérapeutique et facilite par la même occasion le processus de guérison. C'est souvent cet entourage qui assiste le malade et l'encourage sans tendance paternaliste ou maternaliste, entourage qui prend ses responsabilités dans l'assistance sociale mais aussi qui met le tuberculeux devant ses responsabilités dans sa prise en charge. Cet entourage a pris conscience qu'il a des devoirs à l'égard du malade, mais que celui-ci en a aussi envers son entourage. Ici nous rejoignons l'idée de Y. Pelicier et Ph. Mouchez quand ils disent :

> " Il a droit à l'aide du groupe sur le plan des soins (assistance médicale) et dans la vie quotidienne (prestations sociales). En contre partie, à l'égard de la société, le malade a le devoir de tout mettre en oeuvre pour guérir, de se plier aux traitements, régimes, conseils d'hygiène.."(1).

Cet entourage entraîne donc le malade à adopter une attitude convenable devant sa maladie et par attitude convenable nous voulons dire celle qui crée les conditions favorables à l'exercice thérapeutique.

---

(1) Y. Pelicier et Ph. Mouchez, Op Cit p.40

Comme nous nous en rendons compte, la relation malade-entourage influence beaucoup le processus thérapeutique. Bien entendu, cette influence peut être négative dans le cas où l'entourage agit en complicité avec le malade ou agit en s'opposant au malade. Par contre, elle peut être positive à condition que l'entourage soit beaucoup plus actif, beaucoup plus coopératif dans la thérapie, cela se concrétisant au moment où l'entourage assiste et accompagne le patient, du moment qu'il respecte les instructions et recommandations du thérapeute et oblige le patient à les respecter et bien sûr quand il met ce dernier devant ses responsabilités et contribue à son éducation sociale.

I.2.3. La relation malade-thérapeute.

Si nous analysons la relation malade-thérapeute en situation de soins, nous relevons trois caractéristiques générales.

Premièrement la relation malade-thérapeute est une relation d'inégalité. Cette relation a pour point de départ la demande d'un sujet malade donc affaibli et abattu, adressée à un sujet qui dispose d'un savoir et d'une technique pour guérir ou tout au moins soulager, en d'autres termes pour aider et protéger le premier: Le malade est doublement en situation d'infériorité du fait même de l'état de demande qui lui prive de son autonomie et le rend dépendant de l'autrui et du fait de son affection qui mobilise une partie de son énergie et qui par conséquent, constitue un handicap.

Dans cette relation, deux éléments essentiels modifient la relation médicale. Il y a d'abord les revendications du patient du droit à la santé, il y a ensuite les réactions du corps soignant qui refuse tout autre rôle que celui de soigner. Dans ces conditions, le personnel soignant se réfugie derrière la technicité qui ne considère pas l'homme malade mais s'intéresse à la maladie ou à l'organe malade. Le patient quant à lui cherche, en son soignant, une figure protectrice, susceptible de donner sens et satisfaction à sa demande.

Nous pouvons donc caractériser cette relation par l'activité du corps soignant et la passivité du patient car, comme les parents doivent s'occuper activement de leur bébé, le corps soignant doit faire tout le nécessaire pour le patient qui veut retrouver son " bien-être".
Ce type de relation confie donc un réel pouvoir au corps soignant et réduit le patient à une passivité presque totale.

Deuxièmement, la relation malade-thérapeute est une relation d'attente et de confiance mutuelle. C'est le modèle le plus fréquent et le plus souhaité de la relation malade-thérapeute. Dans cette relation, le thérapeute voudrait que le patient obéïsse à ses conseils et ses ordres. Il attend reconnaissance de son malade et vérification de son pouvoir réparateur.
Le malade quant à lui attend soulagement, protection et si possible guérison. Cette relation fait penser elle aussi à la situation connue: celle du parent et de son enfant ou du maître et de son élève. L'enfant ou l'élève doit obéïr à son parent ou à son maître et ceux-ci, c'est-à-dire le parent et le maître, dirigent d'une manière rationnelle et affectivement équilibrée. Cette situation naturellement bonne peut être perturbée par des facteurs affectifs qui peuvent la conduire dans le sens contraire à celui attendu. En effet, cette situation peut se transformer en un rapport de force entre le plus faible (le malade) et le plus fort à savoir le thérapeute. Dans certains cas, le plus faible n'est pas forcément le moins fort car, à la puissance et à la force apparentes du thérapeute, il peut opposer un refus et une passivité agissante.
La relation malade-thérapeute est par conséquent compromise, leurs attentes respectives sont toutes déçues.

Enfin, la relation malade-thérapeute est caractérisée par ce qu'on appelle en psychanalyse " transfert" et "contre-transfert".
Dans le langage courant, le mot transfert désigne le report sur quelqu'un d'autre, des sentiments initialement éprouvés envers une personne donnée.

En psychanalyse, il s'agit des relations affectives qui s'établissent entre le patient et le médecin et qui, généralement, répètent une situation vécue dans l'enfance notamment l'attitude du sujet à l'égard de ses parents ou des désirs inconscients adressés à une autre personne et reportés sur le médecin ou l'analyste. Le transfert est donc une répétition de modalités relationnelles vécues au cours de l'enfance en situation de relation avec ses parents. Ce sont ces modalités relationnelles qui sont reportées au médecin en situation de soins.Le médecin pourra donc être perçu comme une mère protectrice, un père autoritaire et méchant etc.. selon l'image intériorisée d'une bonne mère, d'une mauvaise mère, d'un bon père ou d'un mauvais père.

Le transfert peut être positif ou négatif. Il est positif quand le thérapeute reflète l'image " bonne " intériorisée par le malade. Celle-ci comprend les sentiments de sympathie et de confiance totale investis en la personne du thérapeute.
A l'inverse, le transfert sera négatif si le malade retrouve dans son thérapeute l'image considérée comme mauvaise, ce qui provoque des attitudes de méfiance, d'antipathie et de rejet à l'égard du thérapeute.

Quant au contre-transfert, il désigne l'attitude souvent inconsciente de l'analyste(ou le médecin) devant le transfert de son patient. Il renferme donc les mouvements affectifs du médecin en réaction à ceux de son client et en relation avec son propre vécu infantile. En situation de soins,le thérapeute ne reste pas neutre. Il manifeste des sentiments personnels qui peuvent être positifs ou négatifs à l'égard du malade selon la personnalité de celui-ci. Le thérapeute réagira aussi conformément à l'image que présente le patient par rapport à l'image du " bon malade " ou du " mauvais malade " qu'il a intériorisée.

Comme le transfert, le contre-transfert peut être négatif ou positif. Il est négatif quand le malade présente l'image d'un " mauvais malade ". Dans ce cas, il sera victime d'un rejet ou d'une agressivité inconsciente de la part de son thérapeute.

Le contre-transfert est positif si le patient présente l'image d'un " bon malade". Il bénéficie alors de la sympathie et d'une grande disponibilité de son thérapeute.

On peut également parler de façon générale, c'est-à-dire en dehors de la psychanalyse, d'attitude et de contre-attitude. Comme nous l'avons déjà dit, l'attitude du malade à l'égard du médecin peut être comparable à celle d'un enfant gentil ou difficile à l'égard de ses parents. De son médecin, le malade attend une contre-attitude qui correspond à celle qu'auraient " les bons parents " en réaction à l' attitude de leur enfant. Il s'attend donc à ce que le médecin soit un bon père ou une mère affectueuse. Il peut être aussi identifié à un père sévère, puissant mais aussi bienveillant qui peut à la fois punir, aider et même remercier son enfant.

De son côté, le médecin est aussi soumis à des mouvements conscients et inconscients dans ses relations avec le patient. Il éprouve un certain nombre de sentiments à l'égard de ses patients. Ainsi,tel malade fera objet d'une affection trop marquée et bénéficiera d'un grand attachement,tandis que tel autre sera victime d'une agressivité et d'un rejet inconscients d'où existance d'une sélection inconsciente des malades.

Nous remarquons donc de façon générale qu'un malade qui s'offre au thérapeute noue avec lui des relations de divers ordres. Nous citerons notamment les relations psycho-éducative,psycho-thérapeutique et psychosociologique. En cas de maladie comme en cas de bien être, il y a donc une interdépendance des dimensions physiques et psychologiques. Il y va de l'intérêt des deux protagonistes que ces relations soient favorables à la thérapie. Pour qu'elles soient favorables, il faut que chacun d'eux adopte une attitude qui appelle la compréhension,la coopération et la collaboration en situation de soins car, dans le cas contraire, la croyance en la guérison, élément très important dans la thérapie, se trouve amoindrie.
Il est donc des cas où les relations entre les deux partenaires soient tendues. Le thérapeute peut prendre des distances à l'égard de son client alors que celui-ci voudrait le voir régulièrement pour lui parler, voudrait voir en lui un être cher à qui il peut confier ses inquiétudes.

V.Kristman est beaucoup plus explicite quand il dit au sujet de la relation avec l'infirmière:

> "Il faut que le malade ait confiance dans l'infirmière, qu'il sente en elle un être proche, faisant tout son possible pour l'aider, un être auquel il peut se confier, parler non seulement de ce qui lui fait mal, mais aussi de ce qui le tourmente, de toutes ses infortunes " (1)

De cette idée, nous déduisons, comme nous l'avons déjà dit,que la relation thérapeute-malade ne peut pas être seulement thérapeutique. Le thérapeute ne peut pas seulement se contenter d'administrer des soins ou de prescrire des médicaments à son client. Si tel était le cas, on dirait que le thérapeute soigne la maladie et retombe dans la conception mécanique et organique de la médecine et ses résultats ne pourront pas être satisfaisants. Cela transparaît dans les propos de J. Bergeret:

> "Nous pourrons mettre en oeuvre certaines chimiothérapies indispensables. Elles seront peu valables si elles sont un subterfuge pour distancer les relations, pour les rendre impersonnelles, mais par contre elles pourront être bénéfiques avec le maximum d'économie de doses et permettant l'instauration d'un dialogue qui sans cela serait occulté par la massivité des angoisses " (2)

Si le thérapeute ne se contente que de la chimiothérapie,le patient ne tardera point de réagir et les règles d'hygiène, les indications thérapeutiques et le mode de conduite préscrit vont être perçus comme une simple exigence du thérapeute" méchant ", une privation volontaire pour faire mal au patient

Et M. BALINT de dire:

> "... toute privation imposée à l'individu par sa maladie peut être ressentie comme venant du médecin.. il suffirait que leur médecin soit un peu plus gentil ou sympatisant pour qu'il leur permette de boire davantage, de se coucher plus tard, de manger ce qui leur plaît, de fumer plus de cigarettes .."(3)

(1) V.Kristman, Op Cit p.29
(2) J. Bergeret, Op.Cit. p.314
(3) M. BALINT, Op Cit p.257

Cette privation sera durement vécue si l'hospitalisation est prolongée. Le malade commence donc à être indiscipliné comme pour réagir au médecin. Si une telle attitude est adoptée par un tuberculeux, des conséquences fâcheuses ne tarderont pas à surgir. Dans la clandestinité, il va satisfaire à la volonté de ses désirs et va faire exactement ce que son médecin lui empêche de faire. Il pourra boire, fumer et manger comme il l'entend pour réagir contre la discipline que lui impose son médecin et son traitement en est affecté.

La relation malade-thérapeute est donc une relation très importante en situation de soins mais également une relation très délicate. Il incombe donc au thérapeute d'user de son tact pour recevoir les offres de son client car comme le souligne le même BALINT:

> "... la réponse du médecin aux offres du malade ou encore aux symptômes apportés par le malade est un facteur d'une très grande importance dans l'évolution de la maladie"(1)

Il incombe aussi au malade d'être coopératif et compréhensif pour faciliter la thérapie. Pour cela, il lui faut une éducation de la part de son entourage et de son médecin. La relation malade-thérapeute est donc le résultat d'un compromis entre les offres et exigences du patient et les réponses que leur offre le médecin.

Ce compromis n'est pourtant pas chose facile. En effet, chaque thérapeute se représente ce qu'un patient a le droit et le devoir de faire en situation de soins. Il a en d'autres termes une image intériorisée de ce que doit être un " bon malade ". C'est cette image qu'il souhaite voir dans son client. Il fixe inconsciemment les limites du comportement de son client et lui trace une ligne de conduite. Quant au patient, il peut soit accepter ces normes et cette ligne de conduite ou, selon l'expression de M. BALINT, " la Foi et la loi " de son thérapeute et s'y convertir, soit au contraire les rejeter et partant rejeter le médecin au profit d'un autre dont " la Foi et la Loi " lui coviennent le mieux. Cette situation ne profite ni au thérapeute ni au patient.Il est donc impératif, pour que cette relation soit mutuellement satisfaisante, que les deux partenaires croient que quelque chose de bon est en train de se faire.

---

(1) M. BALINT Op Cit p.45

Autrement, on ne manquera pas de dire que le thérapeute, n'ayant pas pu soulager ou guérir l'affection de son client, est, en un sens, la cause d'une autre affection aggravante de la première. Le savoir et la puissance du thérapeute sont donc mis en doute et le patient en est déçu. Cette déception du patient perturbe ainsi la relation thérapeute-malade; la confiance mutuelle disparaît et le processus thérapeutique en souffre. Il faut donc que la relation malade-thérapeute soit bonne pour faciliter ou permettre un bon processus thérapeutique et une bonne prise en charge du patient.

I.2.4. La relation thérapeute-entourage du malade

La relation médecin-entourage du patient est aussi importante en situation de soins et particulièrement en cas de tuberculose.

En effet, nul n'ignore que la tuberculose est une maladie contagieuse et que par conséquent, l'entourage du tuberculeux doit prendre des précautions pour ne pas être contaminé. C'est surtout dans cette perspective que s'établissent les relations entre le thérapeute et l'entourage du patient. Ces relations doivent être bonnes au profit de l'entourage du patient et au thérapeute mais aussi pour que le malade en tire profit.

Dans ces relations, le thérapeute donne des conseils et instructions à l'entourage du patient et il attend que cet entourage les respecte pour sa propre protection et dans le but d'éviter l'expansion de la maladie. Il est en effet du devoir du thérapeute d'adopter des mesures prophylaxiques visant à protéger au maximum la population. Ses préoccupations ne peuvent donc pas être seulement les hommes malades, mais aussi les hommes bien portants pour les éloigner des dangers possibles en leur prescrivant un mode de vie ou une ligne de conduite adéquate à la survie de leur " bien-être ". Une fois que le mode de vie adéquat est prescrit, il revient à l'entourage du patient et à la population en général, de le respecter.

Au cas contraire, le médecin ne manquera pas de réagir d'une certaine manière et cela peut perturber ses relations avec l'entourage du patient. Cette perturbation aura des conséquences fâcheuses sur la prise en charge du malade.

Le médecin attend aussi de l'entourage du patient coopération et participation dans la prise en charge du malade. Cette coopération et cette participation doivent apparaître dans la relation malade-entourage et dans l'intervention pour le respect du schéma thérapeutique. Mais comme nous l'avons déjà dit, il arrive que le comportement de cet entourage ne soit pas de nature à participer à la prise en charge du malade et à faciliter l'action thérapeutique. Pelicier et Mouchez le disent en ces termes:

> " Parfois les parents ou un des parents ne peuvent accéder à cette attitude objective; ils nient les diagnostics, multiplient les consultations, s'adressent aux médecins parallèles, tant la réalité leur est insupportable "(1).

Dans ces conditions, les attentes du thérapeute à l'endroit de l'entourage du malade ne sont pas satisfaites et leurs relations se déteriorent. En cas de tuberculose, le " mauvais comportement" de l'entourage du tuberculeux est néfaste pour lui-même, pour le tuberculeux et pour le thérapeute. L'entourage sera probablement victime d'une contagion, le tuberculeux pourra soit être privé de l'ambiance familiale, abandonné à lui-même à l'hôpital ou enfermé dans sa chambre, soit alors il bénéficiera des visites clandestines de son entourage avec tout ce que ses parents peuvent emmener, notamment les boissons et le tabac. Quant au médecin, il verra la maladie se répandre alors que dans ses premiers objectifs il doit la prévenir. Ses forces et ses énergies sont donc dispersées, ce qui ne lui permet pas de bien s'acquitter de sa tâche.

---

(1) Y. Pelicier et Ph. Mouchez Op Cit p.42

Le médecin a donc une image d'un " bon comportement" de l'entourage du patient et c'est ce comportement qu'il réclame de ce même entourage. Si ce n'est pas ce " bon comportement" intériorisé par le thérapeute qui se manifeste, les relations entre le thérapeute et l'entourage se gâchent et le patient en sera la première victime.

De l'autre coté, l'entourage du patient a des attentes,des souhaits, des désirs d'un comportement qu'il voudrait voir chez le thérapeute à qui il confie le malade. Comme nous l'avons déjà dit, quand l'entourage confie son malade au thérapeute, c'est qu'il place sa confiance en lui. L'entourage attend que le thérapeute puisse jouer le rôle d'un bon père et d'une bonne mère qui aident et assistent leur enfant. Le thérapeute doit remplacer valablement l'entourage dans : l'assistance au malade hospitalisé,particulièrement s'il est tuberculeux.

Bien plus, puisqu'il n'a pas été à mesure de soigner lui-même le malade, l'entourage l'offre au thérapeute qui est plus puissant et plus capable pour agir à sa place. Si maintenant les capacités, les compétences et la puissance du thérapeute ne rétablissent pas le " bien-être " du malade,son entourage désinvestit progressivement le thérapeute et leurs bonnes relations ternissent.

Comme nous le remarquons donc, la relation thérapeute-entourage du patient est fonction, en même temps de la relation malade-entourage et de la relation malade-thérapeute. Elle est aussi une relation en elle-même parce qu'elle met en jeu deux partenaires qui ont un même objectif à atteindre de commun accord: Celui de rétablir la santé du malade. Si un des deux partenaires ne s'acquitte pas bien de ses responsabilités, il engloutit les espoirs et les attentes de l'autre. Cela se répercute sur leurs relations et par conséquent,sur la prise en charge du malade,dans notre cas,du tuberculeux.

La relation thérapeute-entourage du patient est donc délicate. Il faut qu'une coopération précieuse s'instaure pour pouvoir dominer des situations dangereuses ou dramatiques à la fois pour le thérapeute, pour le malade et pour l'entourage de ce dernier, situations qui peuvent perturber la prise en charge du tuberculeux.

Les quatre points que nous venons de développer peuvent être intégrés en un circuit où l'acteur principal est le médecin. Celui-ci doit bien gérer ces relations, les centres autour du " bien-être " du malade et les orienter vers sa bonne prise en charge. En cas de tuberculose, le thérapeute devra surtout veiller à la relation tuberculeux-entourage pour permettre en même temps le maintien de l'ambiance familiale autour du tuberculeux et la protection de l'entourage, partant l'endiguement de la tuberculose ainsi que l'intérêt de sa victime.

CHAPITRE II : CONSIDERATIONS METHODOLOGIQUES

Un travail de recherche suppose un problème sur lequel porte la recherche. Ce problème peut résulter d'une observation empirique ou systématique d'un fait, d'un problème pratique auquel on se heurte dans l'exercice de sa fonction ou même d'une lecture.

Pour le cas qui nous concerne, à partir de nos observations et des théories que nous venons de développer notamment sur les relations en situation de soins, il se dégage une situation problématique qui constitue notre question de recherche.
Dans notre travail, nous suivons la démarche suivante:
Nous posons d'abord la problématique dans laquelle nous éclaircissons le problème de notre recherche. Nous énoncons ensuite les hypothèses de recherche. Celles-ci sont des réponses anticipées au problème posé. Ces hypothèses seront vérifiées à l'aide d'un questionnaire distribué au personnel soignant du Sanatorium de Kibumbu, de l'HMK et de l'HPRC en tenant compte des variables qui nous permettrons de nuancer notre prise de décision quant à la véracité des données récoltées.

II.1. Problématique, Variables et Hypothèses de recherche

II.1.1. Problématique

Nous savons que la personne humaine réunit en une totalité l'organique et le psychique. Mais quand nous disons que Monsieur ou Madame X est malade, nos yeux se tournent directement vers l'organique. C'est ainsi qu'est née une fausse image du médecin, de la médecine et partant de l'hôpital.

En effet, le médecin est devenu dès lors comme un technicien de l'organisme, un réparateur de l'organe infecté ou détérioré. François et N. Robin affirment à ce sujet que:

" Le médecin moderne est ressenti comme celui qui peut conjurer la souffrance voire la mort, avec l'appui de la technique" (1)

(1) François et N. Robin, le pouvoir médical, Editions STOCK 14, Paris 6e, 1976 p.13

Cette conception du médecin détermine logiquement celle de la médecine.Celle-ci devient un art, une technique toute puissante du médecin pour anéantir la souffrance du patient .
Nous comprenons par conséquent que l'hôpital devient une sorte de " garage ", un lieu où l'on soigne non l'homme dans sa totalité, mais l'organe malade.

Toutefois, grâce aux travaux de M. Balint, les médecins ne considèrent plus une thérapie des organes mais une médecine globale de la personne malade, une considération qui postule l'unité psychosomatique de l'homme.

C'est l'idée de O. KILUMBU et M. MUKERABIRORI quand ils disent:

> " L'idée selon laquelle la personne humaine réunit en une totalité le somatique et le psychique détruit l'approche unidimensionnelle somatique habituelle en médecine et pose la nécessité d'en entrevoir une autre qui tiendra compte de ce tout(physique et psychique) " (1)

Et P.B. Scheneider de dire dans le même ordre d'idée:

> ".. L'homme malade n'est pas pareil à un animal malade,même si l'affection qui touche un organe est exactement identique chez l'homme et chez l'animal.. L'homme est, comme tout ce qu'il fait et pense, malade dans sa totalité "(2).

Plus loin il est encore plus clair quand il nous dit:

> ".. nous estimons qu'il existe une unité qui est la personnalité humaine réunissant en une totalité le somatique et psychiaque. Il est difficile et vain de différencier le psychique du physique et nous vivons tous en tant q'une unité qui ne peut se dissocier "(3)

---

(1) O. KILUMBU et M. MUKERABIRORI, Quelques difficultés rencontrées par les malades de Bujumbura dans leur relation avec l'infirmier Approche psycho-sociologique, Université du Burundi, Bujumbura Juin 1982, p.6

(2) P.B. Scheneider, Op Cit p. 26

(3) Idem, P.29

Donc les phénomènes morbides doivent être étudiés de façon complémentaire, c'est-à-dire sous l'angle psychologique et sous l'angle somatique.

Dans cet esprit, nous pourrons dire que tout malade est psychosomatique. En effet, l'être humain est singulier. Il est hors de raison de le séparer en dimensions biologiques, psychologiques et même sociales. Toutes ces dimensions le fondent comme un sujet remarquablement original.
Il n'y a donc pas de maladie, d'atteinte physiologique qui ne retentissent pas, à un degré variable, sur la psychologie du sujet et inversement.

Cette conception est encore plus juste pour le tuberculeux qui souffre physiquement, psychologiquement, socialement et même moralement. La tuberculose contraint en effet sa victime au rejet, à l'exclusion. L'entourage qui devait l'assister le fuit et le personnel qui s'est engagé à l'aider le craint aussi, ce qui entrave en quelque sorte leur communication. Ce problème de communication tient non seulement au mode de contamination de la tuberculose mais aussi à la compréhension de l'offre des symptômes faite par le tuberculeux.

En effet, la voie respiratoire est reconnue comme la principale voie de contagion de la tuberculose. Aussi la toux, un des principaux symptômes de la tuberculose, se présente comme l'un des obstacles à la communication entre le tuberculeux et le personnel médical et para-médical.

Le premier émet, soit par la toux ou par expectoration, des gouttelettes de salive qui véhiculent les bacilles de la tuberculose. On comprend alors que le médecin ou l' infirmier ne peut pas s'exposer à ces gouttelettes bacilifères.
Il a donc tendance à s'éloigner d'un tel malade. Bien plus, le tuberculeux lui-même ne peut pas être à l'aise quand il parle à son thérapeute. Par obéissance aux règles d'hygiène, il a tendance à couvrir sa bouche au moment de la toux et des expectorations

J. Boyer exprime ces règles d'hygiène en ces termes:

" On doit inculquer au contagieux des notions d'hygiène strictes: interdiction de cracher par terre et de tousser devant une personne; lors de la toux, il placera son mouchoir devant la bouche, pour éviter la projection de gouttelettes infectantes; il est même préférable qu'il prenne son mouchoir de la main gauche pour éviter de déposer des bacilles sur la main d'une personne, au cours d'une poignée de main "(1)

Dans ces conditons, la communication entre le tuberculeux et son personnel traitant est entravée.

Concernant le problème des symptômes tels qu'ils sont offerts par le tuberculeux, les difficultés de communication se posent en termes de non compréhension de l'aspect psychologique que revêtent certains de ces symptômes. NOus avons déjà dit que les tuberculeux arrivent au Sanatorium ou à l'hôpital dans un état souvent grave et y passent beaucoup de temps. Ce sont des gens qui pensent beaucoup à ce qu'ils étaient avant la maladie, à ce qu'ils sont dans la maladie et ce qu'ils seront après la maladie. Certains voient déjà une mort probable,d'autres plus optimistes y voient une invalidité et n'espèrent plus retrouver leur force d'avant l'affection. Ces malades pensent alors à susciter la générosité et la bonté des gens,notamment du personnel soignant. Il y a donc une sorte de repli ou de retrait stratégique chez ces malades. Ils s'accrochent aux symptômes somatiques sentant de façon inconsciente que l'activisme médical va faire le reste pour eux. Dans ces conditions, la communication qui s'établit entre le tuberculeux et son thérapeute n'est pas réellement une communication franche et honnête car, elle cache une réalité inconsciente chez le malade et difficilement descelable par le thérapeute. A cela il faut ajouter le cas des malades qui, quand ils viennent de passer beaucoup de temps sous traitement et ce dans de bonnes conditions, refusent de rentrer chez eux. Ils continuent à inventer et présenter des symptômes et expriment des malaises de toute sorte.

---

(1) J. Boyer, Précis d'hygiène et de médecine préventive, Rue Hautefeuille, Paris-6e, 1967 p. 548

Ce sont des malades qui posent le problème de sevrage. Le thérapeute peut ne pas se rendre compte du jeu que joue le malade et continuer à le prendre en charge. Parfois, au bout de ses possibilités, il est désireux de se débarasser d'un tel " malade qui ne veut pas guérir ".
Les relations d'un tel malade, qui n'a que peu de bénéfices à retirer de sa guérison, avec son personnel soignant sont tendues. Le malade n'a pas pu mériter la compassion qu'il espérait de son thérapeute et celui-ci se lasse de traiter un patient qui ne veut guère guérir parce qu'il est devenu le lieu de rencontre de tout le personnel hospitalier.

Le problème de communication est donc double. Il est à la fois physique et psychologique.
Il est physique dans la mesure où le tuberculeux est un " élément dangereux" et il faut s'en éloigner autant que possible pour ne pas être contaminé. Certains préconisent même que le tuberculeux doit être isolé et s'il refuse d'être hospitalisé ou placé au Sanatorium, on devra exiger le départ de ses enfants du foyer. Cela traduit a quel point le tuberculeux tend à être rejeté et écarté de la société. Cette situation ne le laisse pas indifférent. Il devient alors un homme fragile et susceptible qui a horreur de sa maladie et honte de lui-même. A cela il faut ajouter que les malades qui vont au sanatorium ou à l'hôpital sont, dans la plupart des cas, des gens pour qui la maladie s'est déjà aggravée, des sujets déjà affaiblis et inquiets de leur état de santé. Les deux éléments justifient et expliquent le problème de communication au point de vue psychologique.

En effet, la relation thérapeute-malade est une relation dont les partenaires se trouvent en position d'inégalité. Le premier est le détenteur du savoir et de la technique tandis que le second n'est qu'un sujet affaibli qui souffre d'un manque: celui de sa santé. Il s'offre alors au thérapeute pour "demander cette santé ". Le médecin peut la lui remettre ou non grâce à sa technique et à son savoir. Le malade est donc dans la peau d'un quemandeur " tandis que le thérapeute est le " donneur ". Il y a donc un sentiment d'infériorité qui entre en jeu et qui fait que le malade ne s'ouvre pas effectivement pour expliquer ses inquiétudes qui sont à la fois somatiques et psychologiques.

Quand il s'offre à son thérapeute, celui-ci ne pourra que cerner le côté organique, ce qui le ramène à une médecine somatique. Or, le malade n'est pas seulement un sujet exprimant dans son corps un vécu de souffrance. Le thérapeute doit bien sûr guérir ou réparer un membre souffrant, mais il doit aussi et surtout entendre la plainte (psychologique) qui se cache derrière le corps offert par les symptômes somatiques, ce qui n'est pas toujours évident.

Pour le cas précis du tuberculeux, il se sent coupable d'être responsable de la contagion et de la contamination des autres. A coté de cette malheureuse responsabilité, il est condamné à vivre aux dépens de ses amis, de ses voisins et de sa famille. Cette dépendance est ressentie comme une faute, une demande de privilèges imérités. Il se sent coupable de bénéficier d'une attention plus grande qu'il ne croit en avoir le droit. Comme nous le remarquons donc, la tuberculose a un impact personnel et social. L'impact personnel est physique d'abord, et psychologique ensuite, comme nous avons déjà eu l'occasion de l'expliquer.

Quant à l'impact social, il se présente sous deux aspects: l'aspect matériel et l'aspect psychosociologique.

Du point de vue matériel, le tuberculeux comme tout autre malade, doit se faire soigner et être pris en charge, ce qui nécessite beaucoup d'argent.
Si maintenant cet argent ne vient pas directement de la famille du tuberculeux parce que les soins de santé sont gratuits, l'Etat dépense donc énormément d'argent pour subvenir aux besoins des tuberculeux. Notons en passant que, contrairement au Sanatorium de Kibumbu où les hospitalisés bénéficient d'une alimentation gratuite, les familles des tuberculeux hospitalisés à l'HMK et à l'HPRC doivent les nourrir, exception faite des indigents de l'HPRC.

Outre les dépenses matérielles, il faut ajouter que les décès par tuberculose se produisent principalement chez des adultes de 15 à 59 ans, c'est-à-dire chez les personnes économiquement les plus productives.

Pour ce qui est de l'impact psychosocial, il se justifie quand on pense à l'entourage du malade qui doit en même temps l'assister, mais aussi l'écarter d'une certaine manière pour éviter toute éventualité de contagion. On comprend dès lors que l'entourage est victime d'un conflit pénible et permanent de fuite et de rapprochement du malade. Ce conflit est encore plus dramatique chez le personnel médical. Par ses engangements, celui-ci a accepté d'aider les malades. Parallèlement, il sait qu'il peut être victime de ses engangements en attrapant la tuberculose ou toute autre maladie dont souffrirait le malade.
Le personnel soignant est donc confronté à des préoccupations concernant sa propre sécurité. Dans de nombreux cas, il aura à s'occuper des sujets pluriinfectés, des sujets infectés par le VIH. De plus, dans le cadre de son travail, il utilise des aiguilles soit pour des tests cutanés, soit pour des injections. Des problèmes sont donc posés aux agents de la lutte antituberculeuse par les tuberculeux, surtout les tuberculeux également infectés par le VIH.

Face à un problème de santé d'une si grande envergure, le personnel de santé, proche des malades dont le pronostic de survie est sombre et des hospitalisations prolongées surtout avec l'association du SIDA, est exposé à une épreuve psychologique quotidienne pénible. Il est donc clair que le stress physique et psychologique- la peur de contracter une maladie- auquel est astreint le personnel de santé ne crée pas des conditions favorables à l'appui que ce personnel doit aux tuberculeux. Malgré donc les précautions prises par le thérapeute, celui-ci garde une peur permanente de contracter non seulement la tuberculose, mais aussi toute autre maladie dont pourrait souffrir le tuberculeux, ce qui a des répercutions sur sa prise en charge.

Par ailleurs, le thérapeute doit bien gérer sa fonction d'intermédiaire en tant que centre de la triade malade-médecin-entourage. Il doit savoir mesurer les distances vis-à-vis du tuberculeux pour se protéger mais aussi et surtout protéger l'entourage pour empêcher la propagation de la maladie.

C'est dans ce sens que V. Kristman dit:

" S'occuper des personnes bien portantes, les préserver des maladies qui les menacent, leur prescrire un mode de vie adéquat, voilà qui est honnête et de tout repos pour le médecin car il est plus facile de prévenir la maladie que de la soigner. C'est là le premier devoir du médecin"(1)

Parallèlement à la protection de l'entourage qui se fait généralement par l'isolement du tuberculeux, le thérapeute doit savoir que c'est dans la famille que le malade, entouré de l'affection des siens, trouve l'ambiance la plus naturelle et la plus convenable pour son développement et sa rémission. Nous rejoignons ainsi l'idée selon laquelle:

" .. les responsables des structures médico-sociales,et orthopédagogiques devraient établir leur stratégie à partir de la famille et en faisant de celle-ci la principale force dynamique dans le processus de soins et d'intégration sociale"(2)

C'est dire donc que le thérapeute doit gérer les contacts entre le tuberculeux et son entourage pour satisfaire la nécessité du malade de rester dans l'ambiance familiale,mais aussi pour protéger l'entourage contre toute possibilité de contagion et d'expansion de la maladie, ce qui n'est pas toujours facile.

Toutes ces situations certes conflictuelles nous ont poussé à nous poser quelques questions sur les difficultés qu'elles peuvent occasionner pour le thérapeute.

- Est-il facile de communiquer avec le tuberculeux du moment que celui-ci se sent isolé, rejeté et écarté de la société ?
- Est-ce que le thérapeute ne vit pas dans une peur permanente de contracter la tuberculose ou toute autre maladie dont souffrirait le tuberculeux ?
- Est-ce que les malades et leur entourage direct suivent les instructions du personnel médical pour prévenir la maladie et empêcher sa propagation ?

---

(1) V. Kristman, Op_Cit. p.9

(2) Les Moines de Solesnes, les_personnes_handicapées, Solesmes, 1987 p.25

Ces interrogations montrent qu'il y a des difficultés pour le thérapeute dans ses relations avec le tuberculeux. Mais d'orès et déjà, nous pensons que ces difficultés ne sont pas vécues de la même façon au sein du personnel de santé. Les infirmiers qui sont en contact permanent et régulier avec les tuberculeux rencontrent beaucoup plus de difficultés que les médecins. En outre, ces difficultés seront plus ressenties par les thérapeutes novices que les thérapeutes expérimentés qui connaissent mieux la maladie et les malades. Ces difficultés varient aussi suivant le milieu de travail c'est-à-dire selon qu'on est au Sanatorium (Centre Spécialisé) ou à un autre centre de soins Ces différentes variations dans les difficultés rencontrées mettent en évidence trois variables.

II.1.2. Les variables

Celles-ci montrent, comme nous venons de le dire, les variations des difficultés au sein de l'équipe soignante.
Ces variables sont: - Le niveau d'instruction du personnel
- L'ancienneté du personnel (1)
- Le milieu de travail.

Pour la variable " niveau d'instruction " nous pensons que les médecins et les infirmiers n'ont pas les mêmes difficultés face aux malades. Par le contour général de leur formation, les médecins sont plus à l'aise avec les malades et ont une conception différente de celle des infirmiers sur la tuberculose. Ces derniers à leur tour côtoient plus fréquemment les tuberculeux que les premiers, d'où les difficultés qu'ils rencontrent ne peuvent en aucun cas être les mêmes.

La variable " ancienneté" se justifie dans la mesure où, comme l'affirme M. BALINT, le tact, le sang-froid, l'esprit d'observation, la manière de parler aux malades, l'art de gagner leur confiance ne s'acquièrent pas rapidement.

---

(1) Nous considérons, pour notre travail, qui est ancien tout thérapeute qui a passé au moins 2 ans dans le service qui s'occupe des tuberculeux.

C'est par la persévérance et la pratique que le thérapeute formera et développera ces qualités. Donc, plus on a acquis de l'expérience, mieux on communique avec les tuberculeux sans avoir peur d'être contaminé.

Quant à la variable " milieu de travail ", ici nous distinguons le Sanatorium qui est en centre spécialisé pour les tuberculeux et les autres centres de soins,notamment l'HMK et l'HPRC. Le personnel du sanatorium de Kibumbu s'occupe principalement des tuberculeux tandis que le personnel des autres centres de soins s'occupe de tous les patients hospitalisés dans le service de médecine interne, d'où leurs difficultés ne peuvent pas être les mêmes.

Avec ces 3 variables, nous pouvons formuler nos hypothèses, celles-ci étant des réponses provisoires aux questions que nous nous sommes déjà posées.

II.I.3.Hypothèses

II.1.3.1. Hypothèse générale

Les thérapeutes qui s'occupent des tuberculeux ont des difficultés de communication avec eux; difficultés qui sont liées à une peur de contracter des maladies en milieu hospitalier et au manque de collaboration dans la prise en charge du tuberculeux.

II.1.3.2. Hypothèses opérationnelles

1° Les thérapeutes anciens communiquent et collaborent mieux avec les tuberculeux que leurs collègues novices.

2° Les thérapeutes du Sanatorium de Kibumbu sont beaucoup plus exposés à la contamination et éprouvent beaucoup plus de difficultés de communication que les thérapeutes des autres centres de soins.

3° Les thérapeutes les plus instruits ont moins peur de contracter la tuberculose ou toute autre maladie transmissible que les moins instruits (en milieu hospitalier)

Pour vérifier nos hypothèses et avoir des données fiables,il nous faut un bon instrument de recherche.

II. 2. Présentation de l'instrument de recherche

Plusieurs méthodes de travail s'offrent à un chercheur mais aucune d'elles ne peut être applicable à toutes les situations de recherche. Il lui revient alors, par des critères objectifs comme la disponibilité des enquêtés, leur niveau d'instruction, la taille de l'échantillon, etc.. de choisir la méthode qu'il juge la meilleure pour bien mener sa recherche.

Pour le cas qui nous concerne, nous avons choisi le questionnaire comme instrument de recherche. Il présente pour nous un intérêt technique et pratique plus que toute autre méthode de travail.

En effet, le questionnaire nous permettra d'éviter des digressions inutiles et subjectives tendant à légitimer l'attitude du thérapeute vis-à-vis des tuberculeux. Bien plus, il nous permettra de centrer la réflexion de nos enquêtés sur des aspects bien définis, ce qui nous permettra de récolter des données bien réflechies, bien raisonnées.

Dans notre questionnaire, nous avons prévu des questions fermées et d'autres ouvertes pour permettre à nos enquêtés de s'exprimer librement sur leurs difficultés.

A toutes ces raisons, nous ajoutons la disponibilité de nos enquêtés ainsi que notre souci d'interroger tout le personnel soignant qui s'occupe des tuberculeux. Le questionnaire se révèle donc,mieux que n'importe quel autre instrument, être le plus indiqué pour nous donner des réponses plus fines et plus objectives.

Il faut souligner que dans le but de compléter les données receuillies à l'aide du questionnaire, nous avons fait une observation participante au cours des séances de consultation et des visites effectuées dans les différentes salles des tuberculeux.

II.3. La pré-enquête

Etant donné que nous avions un petit échantillon, notre pré-enquête a porté sur 14 sujets dont 3 médecins et 7 infirmiers de l'HPRC, 1 médecin et 3 infirmiers de l'HMK.
La pre-énquête nous a permis de bien déterminer nos variables. Nous avons pu éliminer la variable " sexe du personnel" parce que nous avons constaté que les réponses allaient dans le même sens pour les deux sexes. Pour la variable" niveau d'instruction" (NI), nous avons remarqué qu'il n'y avait pas de différence sensible dans les réponses données par les médecins spécialistes et généralistes d'une part et les infirmiers de tout niveau d'autre part. Nous avons donc décidé de prendre les médecins spécialistes et généralistes confondus, comme ayant le niveau d'instruction élevé (NIE) et les infirmiers de tout niveau comme ayant un niveau d'instruction bas (NIB).

La préenquête nous a également permis de reformuler certaines questions qui n'étaient pas bien comprises. C'est ainsi par exemple que l'item 17 qui, dans la préenquête était formulé comme " Avez-vous déjà connu de personnel médical qui a contracté une maladie en milieu hospitalier " est devenu dans l'enquête proprement dite " Avez-vous déjà connu de personnel médical qui a contracté une maladie en milieu hospitalier parce qu'il s'occupe des tuberculeux ? Ceci pour éviter des réponses évasives parce que nous avons constaté que les thérapeutes parlaient des maladies professionnelles au lieu de préciser quelle maladie est contractée par le personnel soignant.

Enfin, la préenquête nous a permis de différencier deux milieux de travail: le Sanatorium de Kibumbu et les deux autres centres hospitaliers (PRC et HMK). Le lecteur pourra se demander pourquoi nous avons différencié les deux milieux alors que la préenquête n'a pas porté également sur le personnel du Sana. A cette inquiétude nous répliquons que les réponses du personnel de l'HPRC et celui de l'HMK étaient à majorité convergeantes.

Ceci veut dire que là où le personnel de l'HPRC répondait majoritairement par " oui ", là aussi le personnel de l'HMK répondait majoritairement par"oui". Nous nous sommes alors dit que les deux pouvaient être mis dans le même sac. Ils ont affaire non seulement aux tuberculeux, mais aussi à d'autres malades internes.
Par conséquent, ils ne peuvent pas avoir les mêmes problèmes que le personnel du Sanatorium qui, lui, s'occupe principalement des tuberculeux.

II.4. Milieu et population d'enquête

II.4.1. Les Milieux

II.4.1.1. Le Sanatorium de Kibumbu

Dans le dictionnaire " Larousse de la Médecine ", un sanatorium est défini comme un établissement soit public, soit privé(et alors obligatoirement agréé) dans lequel se trouvent réunis, sous la direction d'un médecin spécialisé et dans un climat adapté, tous les moyens thérapeutiques disponibles contre la tuberculose pulmonaire et extrapulmonaire.

Les premiers sanatoriums, créés au début du XXe siècle en Suisse et en France, avaient pour but surtout l'application d'une cure de repos dans un climat favorable et l'isolement des sujets contagieux de la population saine.

Suivant leur emplacement, on distingue les sanatoriums de plaine et d'altitude ainsi que les sanatoriums marins.
Les premiers, c'est-à-dire les sanatoriums de plaine et d'altitude s'intéressent aux formes pulmonaires de la tuberculose alors que les sanatoriums marins sont réservés aux formes osseuses et ganglionnaires de la maladie.
Pour le cas qui nous concerne, le sanatorium de Kibumbu est un sanatorium d'altitude. Il a été construit en 1948 et fut inauguré le 1-7-1952 par le Centre Scientifique et Médical de l'Université Libre de Bruxelles en Afrique Centrale, CEMUBAC en cigle.

Les premiers tuberculeux entrèrent en 1953. A cette époque, le Sanatorium avait un caractère privé. C'est en 1956, année au cours de laquelle le CEMUBAC déménagea vers le Rwanda, que le Sanatoriun acquiert le caractère public. Il était financé par le FOMETRO (Fond Médical Tropical) qui fournissait les véhicules et les médicaments. Jusqu'en 1983, le Sanatorium bénéficiait aussi des dons du PAM (Programme alimentaire mondial) qui fournissait de la farine, de l'huile et du sucre. Aujourd'hui ces donnations n'existent plus. L'Etat fournit les médicaments, l'argent nécessaire à l'achat de la nourriture des patients et paie le personnel. Il est aidé par Caritas Catholica qui fournit une quantité importante de lait en poudre. Il faut aussi souligner l'importance d'une association récente:" Fondation pour la promotion de la Santé et Solidarité avec les malades" qui a déjà offert des dons aux tuberculeux du sanatorium de Kibumbu.

Le Sanatorium de Kibumbu acceuille les gens venant de tous les coins du pays et même des pays voisins notamment le Zaïre,le Rwanda et la Tanzanie et tous les soins sont gratuits.

Le complexe hospitalier est fait de 7 pavillons, 5 pour les hommes, 2 pour les femmes et 2 petits pavillons comprennant chacun 6 lits, où demandent d'être logés les tuberculeux de conditions sociales plus élevées. Au total 240 lits sont disponibles.

Le Sanatorium de Kibumbu est dirigé par un phtisiologue (coopérant belge) assisté de deux médecins burundais, de personnel paramédical et d'appui.
La journée au Sanatorium de Kibumbu est organisée pour les tuberculeux comme suit:

- 7 h - 7 h 30' : Lever
- 8 h - 8 h 30' : Petit déjeuner
- 9 h - 11h oo' : Repos obligatoire
- 11 h 30' : Repas
- 14 h -16 h oo : Repos obligatoire
- 18 h oo : Repas
- 21 h oo' : Extinction des feux

II.4.1.2. L'Hôpital Prince Régent Charles (HPRC)

L'HPRC est un don du Prince Régent Charles de Belgique qui, de passage au Burundi en 1947, a octroyé au Burundi un don pour construire cet hôpital qui fut inauguré en 1950. Le Prince Régent Charles a octroyé ce don au regard des facilités qui étaient offertes à la population blanche soignée à l'hôpital Rhodain, l'actuelle Clinique Prince Louis Rwagasore, alors que la population autochtone était soignée dans des conditions peu décentes.

A la période de l'indépendance du pays, l'Hôpital a commencé à jouer le rôle d'hôpital de référence nationale acceuillant des malades de l'intérieur du pays et même de quelques zones frontalières.

Malgré le soutien de 3 autres hôpitaux à Bujumbura, sa mission n'a pas beaucoup changé compte tenu du fait que cet hôpital accueille la presque totalité des patients issus de la couche sociale la plus démunie de Bujumbura et de tous les coins du pays à la recherche de soins spécialisés à un coût abordable.

Jusqu'en 1991, le fonctionnement de cet hôpital se réalisait dans sa totalité sur base des subventions du Gouvernement. Ce n'est qu'avec la politique de privatisation introduite dans le pays que l'hôpital a acquis son autonomie de gestion.

Avant l'intégration du service de neuropsychiatrie au Centre Neuropsychiatrique de Kamenge(CNPK) et du centre anti-tuberculeux de Bujumbura (CATB) au service d'intégration de la lutte contre la lèpre et la tuberculose(SILT) devenu depuis 1992, Programme national Lèpre-Tuberculose(PNLT), cet hôpital s'étendait sur une superficie de 5.5 ha et comptait 45 bâtiments. Depuis ces deux intégrations sa structure physique a changé.

L'HPRC offre les services les plus connus et les plus sollicités notamment le service de médecine interne, la chirurgie, la pédiatrie, la gynéco-obstétrique ainsi que des services spécialisés comme la stomatologie, l'ORL, la dermatologie, l'ophtalmologie la radiologie, etc..

Malgré son rôle d'hôpital " centre de santé ", d'hôpital de référence et d'hôpital national, l'HPRC est, selon son Directeur, pauvrement équipé. La majorité des équipements sont anciens et beaucoup sont hors service. C'est d'ailleurs l'une des raisons qui aurai ent motivé la privatisation de l'hôpital en vue d'une plus saine gestion.

II.4.1.3. L'Hôpital Militaire de Kamenge (HMK)

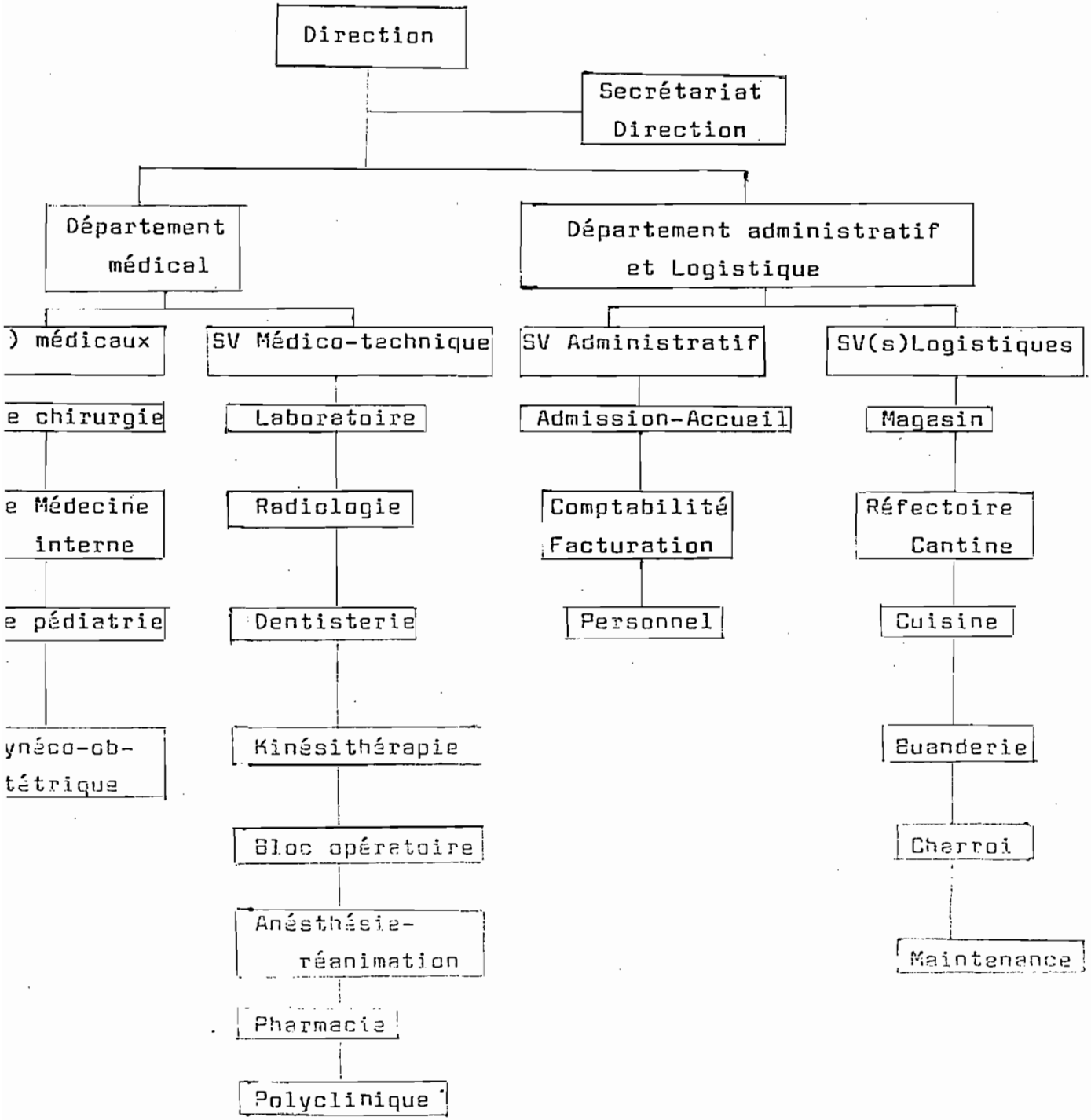
L'hôpital Militaire de Kamenge fait partie du système hospitalier de la ville de Bujumbura qui compte aujourd'hui 4 hôpitaux.
Il a été créé le 8-11-1982 par le Ministère de la Défense Nationale et équipé à l'aide du Gouvernement de la République Fédérale d'Allemagne(RFA). Cet hôpital était subventionné par l'Etat et bénéficiait de la coopération de la RFA, mais aujourd'hui il a une autonomie de gestion. Sa capacité d'accueil s'élève à 120 lits.

L'hôpital militaire de Kamenge fonctionne comme un centre de diagnostic, d'expertises et de traitement au profit des militaires mais aussi aux civils qui en font la demande. Il est dirigé par un Directeur nommé par le Président de la république. Pour la gestion journalière, le Directeur est assisté par un Directeur adjoint.

Cet hôpital utilise un personnel militaire et civil avec cependant une nette domination du personnel militaire dans les cadres médical, administratif et d'exploitation. Le personnel civil comprend quelques fonctionnaires de l'ordre administratif ou technique et des ouvriers temporaires.

Pour l'organisation de l'HMK, nous renvoyons le lecteur à l'organigramme de la page suivante. Toutefois, nous faisons remarquer qu'au moment de notre enquête, les services de pédiatrie et de gynéco-obstétrique n'étaient pas encore fonctionnels mais les constructions sont en cours.
Ceci montre que la réalisation de cet hôpital a été programmée par phases successives puisque cet organigramme date du début des activités de l'hôpital.

ORGANIGRAMME DE L'H.M.K.



---

1) Service(s)

II.4.2. Population d'enquête

Notre population d'enquête est faite de tout le personnel soignant du sanatorium de Kibumbu et de tout le personnel soignant affecté au service de médecine interne à l'HPRC et à l'HMK.

A tout ce personnel, nous avons distribué nous-même le questionnaire avec néa moins 3 questionnaires que nous avons laissés sous la responsabilité de l'administration du sanatorium de Kibumbu et qui devaient être distribué au personnel qui était en congé lors de notre séjour à Kibumbu. Nous attirons l'attention du lecteur sur le fait que les sujets qui ont été interrogés au cours de la pré enquête font aussi partie de notre population d'enquête, mais ils n'ont pas eu à répondre une seconde fois au questionnaire. Notre population d'enquête se répartit comme l'indique le tableau ci-après.:

T_1 Répartition de la population d'enquête

Personnel soignant / Lieu de travail	Médecins	Infirmiers	Total
Sanatorium de Kibumbu	3	10	13
H.P.R.C.	9	17	26
H.M.K.	5	7	12
TOTAL	17	34	51

DEUXIEME PARTIE: PRESENTATION, ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS

0. INTRODUCTION

Dans le souci de mieux saisir les difficultés que rencontre le personnel soignant dans ses relations avec les tuberculeux, nous avons retenu 3 thèmes autour desquels tourne notre recherche. Ces thèmes sont:

- Les problèmes de communication
- Le manque de collaboration
- Les possibilités de contamination

En outre, une analyse quantitative des réponses nous permettra d'élaborer des tableaux des fréquences illustrant d'abord la tendance générale des réponses pour ensuite montrer leur répartition selon les variables retenues. Une analyse qualitative va compléter cette analyse quantitative.

Pour voir si les différences qui seront constatées selon les variables retenues sont significatives ou non, nous allons recourir, si nécessité il y a, au test du Khi-carré χ^2 que nous présentons en quelques mots.

Ce test permet de contrôler la signification d'une série des différences entre les effectifs. Ces différences sont significatives quand le χ^2 calculé est supérieur au χ^2_{lu} dans les tables au seuil de probabilité choisi. Nous allons utiliser dans notre travail le seuil de probabilité p.05 ce qui signifie que la conclusion a 5 chances sur 100 d'être fausse.

Les différences ne sont pas significatives quand le χ^2 calculé est inférieur au χ^2_{lu} dans les tables au seuil de probabilité choisi. Dans ce cas, l'hypothèse nulle (H_0) est confirmée. L'Ho suppose que la différence constatée entre deux mesures est attribuable au seul effet du hasard.

La formule du χ^2 est la suivante:

$\chi^2 = \left(\frac{fo - fe}{fe}\right)^2$ où f_o = fréquences observées

f_e = fréquences attendues(théoriques)

fe se calcule par la formule $\frac{Si \quad Tj}{N}$ avec:

S_i = la somme des fréquences dans les rangées

T_j = la somme des fréquences dans les colonnes

N = échantillon: dans notre cas 42 enquêtés.

Lorsque l'erreur commise risque d'être importante, on *applique* la correction de YATES. Certains auteurs recommendent d'appliquer cette correction dans tous les cas où L (degré de liberté)=1 D'autres proposent de l'utiliser si L = 1 et si une des fréquences attendues est inférieure à 25, à 10 ou à 5.
Si cela s'avère nécessaire pour notre travail, nous allons utiliser la correction de YATES dans tous les cas où L = 1 ou si une des fréquences attendues (fe) est inférieure à 5.

Pour appliquer la correction de YATES, il suffit de remplacer la formule du χ^2 par la formule $\chi^2 = \frac{[(fo - fe) - 0.5]^2}{fe}$

Le degré de liberté L = (K-1) (R-1) où

K = nombre de colonnes

L = nombre de rangées.

Mais d'orès et déjà, nous portons à la connaissance du lecteur que nous avons enregistré une mortalité de 17.64 % de notre population d'enquête. En effet, des 51 questionnaires que nous avions lancés, nous n'avons pu en récolter que 42. Cela veut dire que les statistiques globales seront faites non par rapport à 51 sujets mais bien à 42. Toutefois, nous pouvons affirmer que cette mortalité n'a pas entravé notre travail parce que 42 sujets sur 51 soit 82.35 % constituent un échantillon valable.

T2. REPARTITION DE L'ECHANTILLON SELON LES VARIABLES RETENUES

Variables	Milieu			Niveau d'instruction			Ancienneté (4)		
	(1) Sana de Kibumbu	(2) HPRC + HMK	Total	NIB	NIE	Total	2 ans	2 ans	Total
Effectifs	12	30	42	28	14	42	21	21	42

N.B.

(1) Sana = Sanatorium

(2) HPRC = Hôpital Prince Régent Charles
HMK = Hôpital Militaire de Kamenge

(3) NIB = Niveau d'instruction bas
NIE = Niveau d'instruction élevé

(4) $\leq$ 2 ans = Thérapeutes nouveaux
$>$ 2 ans = Thérapeutes anciens.

CHAPITRE III. LES PROBLEMES DE COMMUNICATION

Dans ce chapitre nous parlons des problèmes qui sont purement physiques et externes au thérapeute.

Question 1: Combien de fois par semaine rendez-vous visite aux tuberculeux ?

Dans la présentation des résultats, nous n'insistons pas sur cette question. En effet, celle-ci avait été posée dans le but de voir s'il y a des contacts permanents et réguliers entre le personnel soignant et les tuberculeux. Tout le monde, indépendamment des variables retenues, affirme qu'il rend visite aux tuberculeux hospitalisés tous les jours.

Toutefois, nous avons constaté, lors de notre visite sur terrain, que le contact tuberculeux-médecins n'est pas direct. Ces derniers passent dans les différentes salles des tuberculeux souvent pour consulter les fiches de traitement, voir si elles sont regulièrement complétées, sans entretien direct avec le malade. Par contre, ces contacts sont directs et réguliers avec les infirmiers et infirmières qui doivent donner des comprimés et faire des injections. Nous avons aussi constaté que les tuberculeux s'adressent beaucoup plus aux infirmiers et infirmières qu'aux médecins. Ces constatations nous permettront de faire des commentaires pour certaines questions ultérieures .

Question 2 : Vous avez des difficultés de communication avec les tuberculeux parce que:

T_3 Répartition globale des réponses :

Réponses	Fréquences	%
a. Ils ne veulent pas parler	6	14.28
b. Ils s'énervent facilement	14	33.33
c. Ils crachent les B.K. (1)	22	52.38
d. Ils sont très faibles pour parler	8	19.04
e. Pas de difficultés	19	45.23

L'analyse de ce tableau nous montre que le personnel soignant a des difficultés de communication avec les tuberculeux parce qu'ils crachent les B.K.
Cette raison est évoquée par 52.38 % des sujets interrogés.45.23 % du même personnel affirment qu'il n'y a pas de difficulté de communication. Pour 33.33 % de nos enquêtés, ils ont des difficultés de communication avec les tuberculeux parce qu'ils s'énervent facilement, parce qu'ils sont très faibles pour parler(19.04 %) et enfin ils ne veulent pas parler(14.28 %).

Analysons maintenant comment se répartissent les fréquences des réponses suivant les variables retenues.

T_4 Présentation des réponses par rapport au " milieu "

Milieu / Réponses	Sana de Kibumbu		PRC + HMK	
	FA/12	%	FA/30	%
a. Ils ne veulent pas parler	2	16.66	4	13.33
b. Ils s'énervent facilement	5	41.66	9	30
c. Ils crachent les B.K.	7	58.33	15	50
d. Ils sont très faibles pour parler	3	25	5	16.66
e. Pas de difficultés	5	41.66	13	43.33

Nous lisons dans ce tableau que 58.33 % des thérapeutes du Sana de Kibumbu ont des difficultés de communication avec les tuberculeux parce que ceux-ci crachent les B.K. La même opinion est exprimée par 50 % des thérapeutes de l'HPRC et de l'HMK.

La proposition selon laquelle les thérapeutes ont des difficultés de communication avec les tuberculeux parce que ceux-ci s'énervent facilement est adoptée par 41.66 % des thérapeutes du Sana et uniquement par 30 % des thérapeutes des deux autres centres de soins. En revanche, 43.33 % des thérapeutes de l'PHRC et de l'HMK contre 41.66 % des thérapeutes du Sana affirment qu'ils n'ont pas de difficultés de communication avec les tuberculeux. Nous remarquons finalement à travers ce tableau qu'il y a des différences selon la variable " Milieu ". Etant donné que chaque répondant peut opter pour plus d'une proposition, nous ne recourons pas au test du X^2 pour voir si ces différences sont oui ou non significatives.
Comment pouvons-nous alors interpréter ces différences.

Nous pensons que si les thérapeutes ont des difficultés de communication avec les tuberculeux parce que ceux-ci crachent les B.K. c'est essentiellement dû au fait que la maladie se transmet par les B.K. contenus dans les gouttelettes émises par le malade quand il parle ou crache.

---

(1) FA : Fréquence absolue

Or, au Sana ne sont hospitalisés que des tuberculeux alors qu'au PRC et à l'HMK le service de médecine interne héberge d'autres malades qui ne sont pas tuberculeux. Ces thérapeutes peuvent être plus disponibles envers ces malades qui ne sont pas " *dan*gereux " et le problème se pose un peu moins que chez les thérapeutes du Sana qui ne s'occupent que des tuberculeux. Cela se comprend aussi quand on voit que les thérapeutes du PRC et de l'HMK(43.33 %) plus que ceux du Sana(41.66 %) affirment qu'ils n'ont pas de difficultés de communication avec les tuberculeux.

Les tuberculeux du sanatorium de Kibumbu sont récupérés des autres centres de soins parce qu'ils sont résistants et/ou chroniques. Ce sont donc des malades dont l'état de santé gêne le dialogue, des malades très vulnérables et susceptibles. Ces malades posent plus de problèmes à leurs thérapeutes parce qu'ils s'énervent facilement. Leur état de faiblesse y joue un grand rôle et ce problème est plus ressentie à Kibumbu parce que le Sana est un centre spécialisé pour le traitement de la tuberculose. Y sont hospitalisés des tuberculeux résistants, chroniques et indisciplinés d'où des difficultés de communication naissent.

T5 Présentation des réponses selon le niveau d'instruction(NI)

Niveau d'instruction / Réponses	NIB		NIE	
	$F_A/28$	%	$F_A/14$	%
a. ils ne veulent pas parler	6	21.42	0	0
b. Ils s'énervent facilement	13	46.42	1	7.14
c. Ils crachent les B.K.	21	75	1	7.14
d. Ils sont très faibles pour parler	7	25	7	7.14
e. Pas de difficultés	6	21.42	13	92.85

Nous remarquons à travers ce tableau que 75 % des thérapeutes de NIB contre 7.14%de ceux de NIE ont des difficultés de communication avec les tuberculeux parce que ceux-ci crachent les B.K. En revanche, 92·85 % des thérapeutes de NIE et uniquement 21.42 % de NIB affirment qu'ils n'ont pas de difficultés de communication avec les tuberculeux. Le lecteur remarquera que les thérapeutes de NIB et ceux de NIE évoquent dans des proportions différentes les autres raisons qui sont à l'origine des difficultés de communication avec les tuberculeux. Pourquoi alors ces différences selon la variable " N.I. ".

Les thérapeutes de NIB éprouvent plus de difficultés parce qu'ils sont en contact direct et régulier avec les malades. En effet, il est normal qu'un médecin qui n'a pas de contact ou d'entretien direct avec le malade ne se rende pas compte que celui-ci s'énerve facilement. Par contre, le thérapeute de NIB doit s'entretenir avec le tuberculeux, lui donner les comprimés et faire des injections. Celles-ci peuvent lui faire tomber dessus la colère et le désespoir du malade parce que douloureuses. Ces injections peuvent être des excitants qui déclenchent des réactions conscientes ou inconscientes qui s'abattent sur le thérapeute de NIB. Celui-ci peut réagir d'une façon qui ne satisfait pas au malade et la communication entre les deux, importante dans la thérapie,se trouve compromise. On sait par ailleurs que les tuberculeux crachent les B.K. quand ils parlent, toussent ou éternuent

Les thérapeutes de NIB (75 %) évoquent ce problème qui n'est mentionné que par 7.15 % des thérapeutes de NIE.

Bref, les thérapeutes de NIB éprouvent des difficultés de communication avec les tuberculeux plus que les thérapeutes de NIE parce que ces derniers ne sont pas en contact permanent avec les tuberculeux.

Qu'en est-il maintenant avec la variable " ancienneté "?

T_6 Répartition des réponses selon l'ancienneté.

Ancienneté / Réponses	Nouveaux (≤ 2 ans)		Anciens (>2 ans)	
	$F_A/21$	%	$F_A/21$	%
a. Ils ne veulent pas parler	4	19.04	2	9.52
b. Ils s'énervent facilement	10	47.61	4	19.04
c. Ils crachent les BK	14	66.66	8	38.09
d. Ils sont très faibles pour parler	4	19.04	4	19.04
e. Pas de difficultés	7	33.33	11	52.38

Le tableau nous montre que 66.66 % des thérapeutes nouveaux ont des difficultés de communication avec les tuberculeux parce que ceux-ci crachent les B.K.

Cette opinion est partagée par 38.09 % des thérapeutes anciens. 52.38 % de ceux-ci affirment par contre qu'ils n'ont pas de difficulté de communication avec les tuberculeux. Le même avis est exprimé par 33.33 % des thérapeutes nouveaux. Ceux-ci (47,61 %) contre 19.04 % des thérapeutes anciens ont des difficultés de communication avec les tuberculeux parce qu'ils s'énervent facilement. Les autres propositions selon lesquelles les thérapeutes ont des difficutés de communication avec les tuberculeux parce que ces derniers ne veulent pas parler ou parce qu'ils sont très faibles pour parler sont évoquées par 19.04 % des thérapeutes nouveaux et respectivement par 9.52 % et 19.04 des anciens. Il y a donc des divergences d'opinion selon la variable ancienneté.

Etat donné que 66.66 % des thérapeutes nouveaux évoquent les BK, nous pensons qu'ils ont plus tendance à fuir le tuberculeux que les anciens. La raison principale de cette fuite est que les premiers ne sont pas encore habitués à voir des malades qui toussent régulièrement mais aussi et surtout parce qu'ils savent qu'ils peuvent être contaminés par les BK contenus dans les gouttelettes émises par le malade. Aussi avons-vous déjà dit que l'état de santé des tuberculeux les rend très vulnérables et très sensibles.
Il n'est donc pas étonnant que 47.61 % des thérapeutes nouveaux affirment qu'ils ont des difficultés de communication avec les tuberculeux parce que ceux-ci s'énervent facilement.
Ici nous sommes de l'avis que la manière de parler aux malades et l'art de gagner leur confiance s'acquièrent par la persévérance et la pratique. Les nouveaux n'ont pas encore cette expérience et peuvent réagir d'une manière qui énerve encore plus le malade d'où leur communication est perturbée.

Etant donné que les tuberculeux restent internés pendant un bon bout de temps, nous pensons que les thérapeutes anciens les connaissent mieux et par conséquent ont beaucoup moins de difficultés de communication avec eux que leurs collègues novices. C'est pour cette raison que 52.38 % des thérapeutes anciens contre uniquement 33.33 % des thérapeutes nouveaux affirment n'avoir pas de difficulté dans leurs relations avec les tuberculeux. Nous remarquons donc que les variables retenues jouent sur les réponses telles qu'elles sont exprimées par nos enquêtés.

Question 3: Quels sont les malades (tuberculeux) qui vous posent le plus de problèmes ? Pourquoi ?

T_7: Fréquence des réponses globales

Réponses	Fréquences	%
a. Les malades en mauvais état ou chroniques	10	23.80
b. Les tuberculeux VIH$^+$	13	30.95
c. Les malades indisciplinés	15	35.71
d. Les malades hospitalisés depuis longtemps	2	4.76
e. Les pauvres	3	7.14
f. Les hommes	2	4.76
g. Les femmes	2	4.76
h. Les malades qui parlent une langue étrangère	1	2.38
i. Pas de problèmes	4	9.52

Globalement, la lecture de ce tableau nous montre que 35.71 % des thérapeutes ont plus de problèmes avec les tuberculeux indisciplinés. Selon nos enquêtés, un malade indiscipliné est celui qui ne suit pas le traitement, qui ne respecte pas les règles et les conseils d'hygiène tels l'abandon d'alcool, du tabac, le repos etc...30.95 % des thérapeutes rencontrent plus de problèmes avec les tuberculeux VIH$^+$ tandis que 23.80 % ont des difficultés avec les tuberculeux en mauvais état ou chroniques. D'autres catégories de malades sont évoquées à des fréquences peu élevées comme le montre bien le tableau.

Nous allons maintenant voir comment se répartissent les fréquences des réponses suivant les variables retenues.

T_8 Répartition des fréquences des réponses selon le milieu

Milieu / Réponses	Sana de Kibumbu		PRC + HMK	
	FA/12	%	FA/30	%
a. Les malades en mauvais état ou chroniques	7	58.33	3	10
b. Les tuberculeux VIH$^+$	1	8.33	12	40
c. Les malades indisciplinés	1	8.33	14	46.66
d. Les malades hospitalisés depuis longtemps	0	0	2	6.66
e. Les pauvres	0	0	3	10
f. Les hommes	0	0	2	6.66
g. Les femmes	0	0	2	6.66
h. Les malades qui parlent une langue étrangère	1	8.33	0	0
i. Pas de problème	3	25	1	3.33

Nous remarquons à travers ce tableau que 58.33 % des thérapeutes du Sana de Kibumbu éprouvent beaucoup plus de problèmes avec les tuberculeux en mauvais état ou chroniques contre seulement 10 % des thérapeutes du PRC et de l'HMK.46.66 % de ces derniers rencontrent plus de problèmes avec les malades indisciplinés,opinion partagée uniquement par 8.33 % des thérapeutes du Sana.
Les tuberculeux VIH$^+$ sont mentionnés par 40 % des thérapeutes de l'HPRC et de l'HMK et par 8.33 % des thérapeutes du Sana.
Certains thérapeutes (25 % au Sana et 3.33 au PRC et à l'HMK) affirment qu'ils n'ont pas de problèmes avec les tuberculeux.
D'autres catégories de malades sont évoquées dans des proportions différentes suivant le milieu.

Nous avons remarqué que les tuberculeux en mauvais état posent plus de problèmes aux thérapeutes du sana qu'aux thérapeutes des deux autres centres de soins (58.33 % contre 10 %).Nous savons en effet que le Sana est conçu comme un centre national de référence, de récupération et de traitement des tuberculeux résistants et chroniques

Or, cette résistance et cette chronicité sont dues à l'indiscipline des tuberculeux qui interrompent le traitement ou qui ne le respectent pas. Le traitement est donc voué à l'échec parce qu'il y a une résistance de la maladie aux médications antituberculeuses. Les thérapeutes soignent donc un malade qu'ils ne peuvent pas guérir ou qu'ils guériront difficilement. Bien plus, les malades résistants et chroniques ont, dans la plupart des cas, été sous traitement et n'ont plus confiance en leur guérison comme l'exprime ici un de nos enquêtés:

" Les malades chroniques se découragent facilement et n'ont pas confiance en nos prescriptions ".

La maladie a pour ces tuberculeux une signification affective particulière qui crée pour eux un effet de stress. C'est alors cet effet de stress, leur faiblesse physique et partant morale qui les rendent très sensibles et handicapent la communication.

Les tuberculeux indisciplinés sont plus mentionnés par les thérapeutes du PRC et de l'HMK(46.66 % contre 8.33 %) .Rappelons qu'est indiscipliné tout tuberculeux qui ne suit pas les conseils de son thérapeute, qui ne prend pas régulièrement ses médicaments bref qui ne respecte pas ou qui interrompt le traitement. Ces malades posent des problèmes parce que tous les efforts fournis par les thérapeutes pour les soigner sont vains. Ces malades indisciplinés évoluent vers une résistance et une chronicité de la maladie. Ils sont alors récupérés en général par le Sana et sont dès lors considérés comme des malades en mauvais état.

Le cas des tuberculeux VIH^+ est soulevé par 40 % des thérapeutes du PRC et de l'HMK et par 8.33 % des thérapeutes du Sana. Nous avons déjà parlé, dans le point I.1.4 de notre travail, de l'impact du Sida sur la tuberculose et de l'importance que prend cette affection dans notre pays en général et à Bujumbura en particulier. Les chiffres que nous rapportent M.C.BLACHARD dans son rapport sont beaucoup plus parlants .

En effet, sur 102 patients hospitalisés dans la salle 16 à l'HPRC en 1991 , 68 soit 66.6 % sont séropositifs. Sur 196 tuberculeux hospitalisés en 1991 au Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge(CHUK), 158 soit 84 % sont séropositifs (1)

Les tuberculeux VIH$^+$ posent des problèmes parce qu'ils ne s'améliorent pas vite et perdent confiance en leur guérison. C'est l'idée d'un de nos enquêtés quand il dit:

> " Ce sont les tuberculeux en plus sidéens parce qu'ils voient que leur guérison est difficile".

D'autres catégories de malades sont uniquement évoquées par les thérapeutes du PRC et de l'HMK. C'est le cas notamment des pauvres(15,78 %). Un des répondants nous dit à ce sujet:

> " Ceux qui n'ont pas des moyens financiers parce que les tuberculeux ont besoin d'un régime adéquat, de s'acheter des séringues car ils reçoivent des injections chaque jour"

Ce problème ne se pose pas au Sana de Kibumbu parce que les tuberculeux bénéficient d'une alimentation et des soins gratuits.

Une autre particularité s'observe aussi chez les thérapeutes de l'HPRC et de l'HMK. Certains (6.66 %) affirment que ce sont les hommes qui leur posent plus de problèmes et d'autres (6.66 %) affirment au contraire que ce sont les femmes. De ceux qui soulignent les cas des femmes, nous rapportons les propos d'un enquêté.

> " Les malades de sexe féminin n'aiment pas se lever le plus souvent et se découragent beaucoup ".

Un de ceux qui ont plus de problèmes avec les hommes s'explique en ces termes:

> " Les hommes sont le plus souvent indisciplinés. Ils se croient tout permis(sic) une fois qu'ils ont une petite amélioration(cabarêts, femmes, cigarettes...)".

---

(1) Source: M.C. BLANCHARD, Observation de la prise en charge des tuberculeux dans les grands centres de santé et dans les hôpitaux de Bujumbura, Rapport définitif, 1991-1992 pp 22-23

Les propos avancés par nos enquêtés à propos des femmes ressemblent quelque peu à ceux recueuillis par MUNYUZANGABO dans son mémoire. Nous rapportons ici la traduction.

> " Elles ne sont pas courageuses quand elles sont malades, elles éprouvent beaucoup de peur. Elle sont plus régressives. Elles ont peur de la maladie et exagèrent les symptômes. Elles ne sont pas calmes et sont plus émotionnelles " (1).

Nous n'avons pas de justification qui puisse montrer pourquoi les deux catégories de malades(les hommes et les femmes) sont uniquement évoquées par les thérapeutes du PRC et de l'HMK.
Mais nous pensons que cela est dû au fait que les thérapeutes de Kibumbu s'occupent de tous les pavillons des malades tandis que ceux du PRC et de l'HMK sont répartis dans les différentes salles, étant entendu que les hommes et les femmes occupent des salles différentes.

Nous remarquons donc d'une façon générale que les thérapeutes du sanatorium éprouvent beaucoup plus de problèmes avec les tuberculeux en mauvais état ou chroniques. Par contre, ce sont les malades indisciplinés qui posent plus de problèmes aux thérapeutes du PRC et de l'HMK.
Le tableau 8 montre également que ce sont les thérapeutes du Sana qui ont moins de problèmes avec les tuberculeux.

Y a-t-il des variations dans les réponses de nos enquêtés selon la variable " Niveau d'instruction (NI) " ?
Le tableau suivant nous permettra de nous en rendre compte.

---

(1) T. MUNYUZANGABO, Approche psychosociologique de quelques difficultés rencontrées par le personnel paramédical de Bujumbura dans ses relations avec les malades, Mémoire, Bujumbura, 1985 p. 271

T_9 Répartition des réponses selon le N.I.

Niveau d'instruction(NI) / Réponses	NIB		NIE	
	FA/28	%	FA/14	%
a. Les malades en mauvais état ou chroniques	6	21.42	4	28.57
b. Les tuberculeux VIH$^+$	8	28.57	5	35.71
c. Les malades indisciplinés	9	32.14	6	42.85
d. Les malades hospitalisés depuis longtemps	2	7.14	0	0
e. Les pauvres	3	10.71	0	0
f. Les hommes	2	7.14	0	0
g. Les femmes	2	7.14	0	0
h. Les malades qui parlent une langue étrangère	1	3.57	0	0
i. Pas de problème	3	10.71	1	7.14

Le tableau montre que 42.85 % des thérapeutes de NIE contre 32.14 % des thérapeutes de NIB rencontrent beaucoup plus de problèmes avec les tuberculeux indisciplinés. Pour 35.71 % des thérapeutes de NIE et 28.57 % des thérapeutes de NIB, ce sont les tuberculeux VIH$^+$ qui posent plus de problèmes.28.57 % des thérapeutes de NIE et 21.42 % des thérapeutes de NIB pensent que ce sont les tuberculeux en mauvais état ou chroniques qui posent plus de problèmes. Les malades hospitalisés depuis longtemps, les hommes et les femmes sont également évoqués par 7.14 % des thérapeutes de NIB.
De l'avis de 10.71 % des thérapeutes de NIB, ce sont les pauvres qui posent plus de problèmes. Les malades qui parlent une langue étrangère sont mentionnés par 3.57 % des thérapeutes de NIB.

Nous lisons enfin dans ce tableau que 10.71 % des thérapeutes de NIB contre 7.14 % des thérapeutes de NIE n'ont pas de problèmes quel que soit le type de tuberculeux.

Les tuberculeux indisciplinés posent plus de problèmes aux thérapeutes de NIE qu' à ceux de NIB parce que ces derniers administrent les soins tels qu'ils sont prescrits par les premiers.
La conséquence de l'indiscipline du malade c'est la résistance, la chronicité de la maladie et par conséquent l'échec du traitement. L'échec du traitement remet en cause la supériorité et la puissance du médecin. C'est essentiellement pour cette raison que les tuberculeux indisciplinés posent plus de problèmes aux thérapeutes de NIE; ceci veut dire que l'échec du traitement engage beaucoup plus le médecin que l'infirmier (e). Un de nos enquêtés de NIE nous dit:

" Les malades indisciplinés posent des problèmes par manque de prise des médicaments ce qui ralentit la guérison ".

C'est donc ce ralentissement de la guérison qui gêne le thérapeute de NIE qui voudrait rendre compte de sa technique et de sa puissance médicale dans la guérison rapide du patient. Parmi les raisons les plus communes de l'échec de la chimiothérapie TOMAN(K) cite la prescription des régimes incorrects. Pour le malade, ça ne peut être que cette cause d'échec tandis que le médecin dira que c'est la défaillance du malade qui est à l'origine de l'échec du traitement. Des incompréhensions naissent entre les deux, ce qui handicape la prise en charge du malade.

Nous avons également remarqué que les tuberculeux VIH^+ posent plus de problèmes aux thérapeutes de NIE qu' à ceux de NIB. Nous rapportons ici les propos d'un de nos enquêtés de NIE:

" Les tuberculeux sidatiques nous posent des problèmes car les rechutes après guérison sont presque inévitables".

Nous retombons ainsi que la même justification: l'échec du traitement qui handicape le thérapeute de NIE.

Bien plus, nous savons que les résultats de la sérologie VIH ne peuvent être communiqués qu'au concerné. Nous pensons donc que parfois, même les infirmiers(es) ne savent pas si tel ou tel autre tuberculeux est séropositif.

Le seul critère d'identification reste le comportement affiché par le malade VIH$^+$. un de nos enquêtés de NIB nous dit:

" Ce sont les tuberculeux en plus sidéens(qui posent le plus de problèmes) parce qu'ils croient que leur guérison est difficile ".

Cette conviction du malade entraîne non seulement le non respect du schéma thérapeutique mais également une certaine insolence et méfiance à l'égard des thérapeutes de NIB qui sont en contact régulier et permanent avec lui.

Les autres catégories de tuberculeux c'est-à-dire les hospitalisés de longue date, les pauvres, les hommes, les femmes et ceux qui parlent une langue étrangère sont uniquement évoquées par les thérapeutes de NIB. Le tableau n°8 rend compte que ces mêmes malades sont mentionnés uniquement par les thérapeutes de l'HPRC et de l'HMK. Nous renvoyons donc le lecteur aux explications que nous avons données sur le T_8

Qu'en est-il enfin de la variable " ancienneté " ?

T_{10}. Répartition des fréquences des réponses selon l'ancienneté

Ancienneté / Réponses	Nouveaux (≤2 ans)		Anciens (>2 ans)	
	FA/21	%	FA/21	%
a. Les malades en mauvais état ou chroniques	8	38.09	2	9.52
b. Les tuberculeux VIH$^+$	8	38.09	5	23.80
c. Les malades indisciplinés	7	33.33	8	38.09
d. Les malades hospitalisés depuis longtemps	2	9.52	0	0
e. Les pauvres	1	4.76	2	9.52
f. Les hommes	0	0	2	9.52
g. Les femmes	0	0	2	9.52
h. Les malades qui parlent une langue étrangère	1	4.76	0	0
i. Pas de problèmes	3	14.28	1	4.76

Nous lisons dans le tableau que les malades en mauvais état ou chroniques posent plus de problèmes à 38.09 % des thérapeutes nouveaux et uniquement à 9,52 % des thérapeutes anciens. De même, 38,09 % des thérapeutes nouveaux ont plus de problèmes avec les tuberculeux VIH$^+$. Cette opinion est partagée par 23.80 % des thérapeutes anciens. 38.09 % de ces derniers contre 33.33 % des thérapeutes nouveaux rencontrent plus de problèmes avec les tuberculeux indisciplinés.

Les tuberculeux en mauvais état ou chroniques posent plus de problèmes aux thérapeutes nouveaux parce qu'ils suscitent de la pitié et même de la peur. Leur état physique général ne permet pas à celui qui n'est pas habitué à les voir de s'en approcher. Leur état physique impose aussi un travail supplémentaire aux thérapeutes et les nouveaux n'offrent pas spontanément leur service et leur disponibilité.

Pour les tuberculeux VIH$^+$, nous avons déjà dit qu'en plus de l'indiscipline, ils se distinguent aussi par la méfiance et l'insolence. Le thérapeute nouveau les supporte plus difficilement que l'ancien qui y est habitué.

Quant aux tuberculeux indisciplinés, ils posent plus de problèmes aux thérapeutes anciens qui sont témoins de leur longue hospitalisation, celle-ci pouvant résulter de leur indiscipline. En outre, les anciens connaissent mieux que les nouveaux, les conséquences de la défaillance des tuberculeux d'où les problèmes naissent.

Les autres catégories de malade sont évoquées dans des proportions différentes pour des raisons que nous avons déjà données dans les pages précédentes.

Nous pouvons donc dire que les variations constatées selon la variable ancienneté sont dues au fait que, la pratique aidant, les thérapeutes anciens s'habituent et communiquent mieux avec les tuberculeux que les thérapeutes nouveaux. Aussi leur longue expérience les amène à réagir plus énergiquement à certains comportements négatifs affichés par les malades.

Question 4 : Avez-vous des difficultés particulières dans vos relations avec les tuberculeux étrangers ?

Oui ☐ Non ☐ Si oui lesquelles ?

T11. Répartition globale des réponses

Réponses	Fréquences	%
Oui	9	21.42
Non	33	78.57

Ce tableau montre que 78.57 % des thérapeutes n'ont pas de difficultés particulières dans leurs relations avec les tuberculeux étrangers contre 21.42 % qui en ont.
Nous allons maintenant voir si les réponses varient avec les variables retenues.

T12. Répartition des fréquences des réponses selon le "Milieu "

Milieu / Réponses	Sana de Kibumbu		HPRC + HMK	
	FA/12	%	FA/30	%
Oui	7	58.33	2	6.66
Non	5	41.66	28	93.33

Nous lisons dans le tableau que 93.33 % des thérapeutes du PRC et de l'HMK contre 41.66 % des thérapeutes du sana n'ont pas de difficultés particulières dans leurs relations avec les tuberculeux étrangers.
58.33 % des thérapeutes du Sana ont des difficultés particulières dans leurs relations avec les tuberculeux étrangers.
La même opinion est partagée uniquement par 6.66 % des thérapeutes du PRC et de l'HMK.

Sans même devoir faire recours au test du χ^2, nous admettons que la différence observée entre les avis exprimés par les thérapeutes du Sana et ceux des autres centres de soins, différence de plus de 50 % est significative. Nous pouvons l'attribuer notamment à la variable " milieu ".

En effet, nous avons déjà dit que le Sana est une institution qui accueille des malades venant de tous les coins du pays et même des pays voisins, des malades de différentes cultures. Ils posent par conséquent des problèmes de communication. Un de nos enquêtés s'exprime en ces termes:

> " Premièrement les tuberculeux étrangers ne connaissent pas notre langue. Souvent ils parlent des langues que nous ne connaissons pas. Dans ce cas nous essayons de chercher un interprète. Ensuite ils ne connaissent pas les coutumes burundaises ".

Un autre enquêté de dire:

> " Dans notre établissement, par exemple les tuberculeux zaïrois ne s'adaptent pas au régime alimentaire ".

Ces propos nous montrent que la communication n'est pas seulement handicapée par des éléments physiques mais aussi par des aspects culturels qui en déterminent les modalités. La question que l'on peut se poser est celle de savoir pourquoi de tels problèmes ne se posent qu'au Sana. .

Nous pensons que cela est dû au fait que les tuberculeux qui viennent se faire soigner dans le pays se dirigent directement au Sana qui est un centre spécialisé pour le traitement de la tuberculose mais aussi qui offre de meilleures conditions d'hospitalisation. Ils ont donc du mal à communiquer avec leurs thérapeutes. Une autre raison qui puisse nous aider à expliquer cette différence est qu'au PRC et à l'HMK il y a des garde-malades et la circulation est presque libre.

Il est donc plus facile de trouver un interprète ce qui n'est pas le cas au Sana de Kibumbu où la circulation des personnes étrangères à l'établissement reste interdite.
Les thérapeutes du Sana ont donc plus de difficultés avec les tuberculeux étrangers que ceux des deux autres centres de soins.

Nous allons maintenant voir si ces différences s'observent avec la variable Niveau d'instruction (N.I.)

T13. Répartition des fréquences des réponses selon le N.I.

NI / Réponses	NIB		NIE	
	FA/28	%	FA/14	%
Oui	9	32.14	0	0
Non	19	67.85	100	100

Le tableau montre que 100 % des thérapeutes de NIE contre 67.85 % de NIB n'ont pas de difficultés particulières dans leurs relations avec les tuberculeux étrangers. 32.14 % des thérapeutes de NIB rencontrent des difficultés particulières dans leurs relations avec les tuberculeux étrangers.

Nous observons une différence de plus de 30 % entre les opinions exprimées par les thérapeutes de NIB et ceux de NIE. Nous admettons donc, sans devoir faire recours au test du Khi - carré (χ^2), que cette différence n'est pas imputable au hasard mais à une cause systématique notamment le" NI " dont nous expliquons ici la pertinence.
Si 100 % des thérapeutes de NIE affirment n'avoir pas de difficultés particulières dans leurs relations avec les tuberculeux étrangers, ce n'est nullement pas parce qu'ils connaissent toutes les langues dans lesquelles peuvent s'exprimer tous les tuberculeux. C'est plutôt parce que leurs contacts et leurs entretiens sont réduits comme nous l'avons déjà dit.

Les problèmes de communication peuvent arriver ponctuellement au moment des consultations, aux médecins consultants parce qu'ils engagent un dialogue mais pas aux médecins traitants qui, dans la plupart des cas, consultent les fichesde traitement pour vérifier si elles sont régulièrement remplies. Le médecin n'engage donc pas de discussion, de dialogue etne communique pas directement avec son patient. Il rate ainsi une occasion d'être plus efficace et d'associer le malade à sa prise en charge car, comme nous le dit MUNYUZANGABO (Th.)

> " C'est au terme d'une discussion presque d'égal à égal que le malade comprend mieux, accepte et participe à sont traitement " (1)

Le thérapeute de NIB aura des difficultés de communication avec les tuberculeux étrangers parce que sa position l'oblige à parler, à discuter et à rester en contact avec eux.

Qu'en est-il maintenant de la variable " ancienneté ".

T14. Répartition des fréquences des réponses selon l'ancienneté

Ancienneté	Nouveau(≤ 2 ans)		Anciens (> 2 ans)	
Réponses	FA/21	%	FA/21	%
Oui	9	42.85	0	0
Non	12	57.14	21	100

Le tableau montre que 100 % des thérapeutes anciens n'ont pas de difficultés particulières dans leurs relations avec les tuberculeux étrangers. C'est aussi l'avis de 57.14 % des thérapeutes nouveaux. 42.85 % de ces derniers ont des difficultés particulières dans leurs relations avec les tuberculeux étrangers.

---

(1) Th. MUNYUZANGABO, Op Cit p.337

Nous admettons que la différence constatée entre les réponses des thérapeutes nouveaux et celles des anciens, différence de plus de 40 %, est significative. Le calcul du χ^2 n'est pas nécessaire parce que les différences sont importantes. Deux principales raisons expliquent ces différences: il s'agit de la longue hospitalisation des tuberculeux et de l'expérience des thérapeutes. Le thérapeute ancien a souvent affaire à des tuberculeux qui sont internés depuis un bon bout de temps. A force de les côtoyer, de parler avec eux, il finit par comprendre leurs plaintes et leurs réclamations et même pourquoi pas,à connaître leur langue. La communication s'en trouve alors plus facilitée. Il y a aussi lieu de penser qu'un certain automatisme naît de l'expérience du thérapeute. Dans ce cas, la communication n'est pas aisée mais limitée parce que le thérapeute ancien se contente des gestes techniques et automatiques.

Nous remarquons donc que des difficultés particulières avec les tuberculeux étrangers existent et varient avec les variables retenues.

Question 5 : Quelles sont les difficultés que vous rencontrez souvent dans vos relation avec les tuberculeux ?

T15 Répartition globale des réponses

Réponses	Fréquences	%
a. Nous pouvons être contaminés	6	14.28
b. Les malades VIH$^+$se découragent et sont agressifs	3	7.14
c. Les tuberculeux indisciplinés nous embêtent	21	50
d. Il y a des tuberculeux qui sont insolents	7	16.66
e. Ils s'énervent facilement	6	14.28
f. La collaboration est difficile parce qu'ils sont faibles physiquement et moralement	3	7.14
g. Pas de difficultés	12	28.57

L'analyse du tableau montre que 50 % des thérapeutes sont embêtés par les tuberculeux indisciplinés là où 28.57 % des thérapeutes n'ont pas de difficultés dans leurs relations avec les tuberculeux. L'insolence des tuberculeux est évoquée par 16.66 % des thérapeutes. 14.28 % des thérapeutes disent qu'ils peuvent être contaminés mais aussi que les tuberculeux s'énervent facilement.

Enfin, l'agressivité et le découragement des tuberculeux VIH$^+$ ainsi que la faiblesse physique et morale qui rendent difficile la collaboration sont mentionnés par 7.14 % de nos enquêtés.

Nous allons maintenant voir s'il y aurait des différences dans les difficultés relevées par les thérapeutes selon les variables retenues. Mais comme aux items 2 et 3, nous n'allons pas faire recours au test du χ^2 pour voir si les différences qui seront constatées sont ou pas significatives. Ceci pour la simple raison qu'un même thérapeute peut relever plusieurs difficultés.

T16. Répartition des réponses selon le milieu

Milieu / Réponses	Sana de Kibumbu		PRC+ HMK	
	FA/12	%	FA/30	%
a. Nous pouvons être contaminés	1	8.33	5	16.66
b. Les malades VIH$^+$ se découragent et sont agressifs	1	8.33	2	6.66
c. Les tuberculeux indisciplinés nous embêtent	3	25	18	60
d. Il y a des tuberculeux qui sont insolents	2	16.66	5	16.66
e. Ils s'énervent facilement	3	25	3	10
f. La collaboration est difficile parce qu'ils sont faibles physiquement et moralement	3	25	0	0
g. Pas de difficultés	4	33.33	8	26.66

L'analyse du tableau nous montre que 60 % des thérapeutes du PRC et de l'HMK contre 25 % du Sana ont des ennuis avec les tuberculeux indisciplinés.

Par contre, 33.33 % des thérapeutes du sana n'ont pas de difficultés dans leurs relations avec les tuberculeux. La même opinion est partagée par 26.66 % des thérapeutes de l'HPRC et de l'HMK. L'insolence des tuberculeux est évoquée par 16.66 % des thérapeutes dans les deux milieux. La faiblesse physique et morale qui rend difficile la collaboration est mentionnée uniquement par 25 % des thérapeutes du sanatorium de Kibumbu. 25 % des thérapeutes du Sana et 10 % de ceux du PRC et de l'HMK disent que les tuberculeux s'énervent facilement. La possibilité d'être contaminé et l'agressivité des tuberculeux VIH$^+$ sont toutes deux mentionnées par 8.33 % des thérapeutes du sana et respectivement par 16.66 % et 6.66 % des thérapeutes des deux autres centres de soins.

Les variations dans les difficultés telles qu'elles sont exprimées par les thérapeutes s'observent donc selon la variable " milieu". Les thérapeutes du sanatorium rencontrent moins de difficultés dans leurs relations avec les tuberculeux.

Pour le cas des indisciplinés, nous avons déjà eu l'occasion de nous exprimer là-dessus. Quand ils sont indisciplinés, ils évoluent vers la chronicité et la résistance de la maladie. Ils sont alors considérés comme des tuberculeux en mauvais état; ce qui explique aussi pourquoi la faiblesse physique et morale qui rend la collaboration difficile est uniquement évoquée par les thérapeutes du sanatorium. La collaboration est donc difficile à cause de l'état général des malades. Le choc qu'ils subissent de leur santé fait d'eux des gens très sensibles et très excitables. Le contact devient dès lors délicat. Nous n'avons pas d'explication satisfaisante au fait que 33.33 % des thérapeutes du Sana n'ont pas de difficultés dans leurs relations avec les tuberculeux alors que cette opinion est exprimée seulement par 26.66 % des thérapeutes des deux autres centres de soins.

Nous pensons toutefois que la rigueur et le réglement auxquels sont soumis les tuberculeux du Sana réduit les difficultés qu'ils peuvent occasionner.

Quelle est maintenant l'influence de la variable " NI " sur les réponses de nos enquêtés. Ce tableau nous l'expose clairement.

T17. Répartition des réponses selon le NI

Niveau d'instruction / Réponses	NIB		NIE	
	FA/28	%	FA/14	%
a. Nous pouvons être contaminés	2	7.14	4	28.57
b. Les malades VIH+ se découragent et sont agressifs	1	3.57	2	14.28
c. Les tuberculeux indisciplinés nous embêtent	14	50	7	50
d. Il y a des tuberculeux qui sont insolents	7	25	0	0
e. Ils s'énervent facilement	6	21.42	0	0
f. La collaboration est difficile parce qu'ils sont faibles physiquement et moralement	3	10.71	0	0
g. Pas de difficultés	6	21.42	6	42.85

Nous lisons dans le tableau que 50 % des thérapeutes, quel que soit leur NI, ont des difficultés avec les tuberculeux indisciplinés. Par contre, 42.85 % des thérapeutes de NIE contre 21.42 % de NIB n'ont pas de difficultés dans leurs relations avec les tuberculeux.

D'autres difficultés telles l'insolence, la faiblesse physique et morale et le fait que les tuberculeux s'énervent facilement sont uniquement et respectivement évoquées par 25 %, 10.71 % et 21.42 % des thérapeutes de NIB.

Si les thérapeutes de NIE n'évoquent pas ce genre de difficultés, c'est pour les raisons que nous avons déjà données. Ils n'ont pas de contact direct avec les tuberculeux.

En ce qui concerne l'insolence, nous pensons qu'elle est le produit des préjugés défavorables à l'endroit des thérapeutes de NIB, préjugés qui naissent des désaccords entre le tuberculeux et son soignant, mais aussi du manque de confiance en la thérapie surtout quand le malade est chronique et résistant ou quand il est hospitalisé depuis longtemps et qu'il ne voit pas d'amélioration.

Les thérapeutes de NIB évoquent la faiblesse physique et morale et le fait que les tuberculeux s'énervent facilement.
Les propos d'un de nos enquêtés le montrent bien:

> " Les tuberculeux sont des gens qui sont diminués et physiquement et moralement. C'est pour cela qu'ils sont souvent nerveux. Par cette raison, nos relations avec eux sont difficiles ".

Le désaccord au sujet de la difficulté d'être contaminé attire notre attention. Nous remarquons que 28.57 % des thérapeutes de NIE disent qu'ils peuvent être contaminés.
Cette opinion est partagée uniquement par 7.14 % des thérapeutes de NIB. Ceci est pour nous une aberration.
En effet, ce sont les thérapeutes de NIB qui restent souvent en contact avec les tuberculeux qui devraient se sentir plus en danger. Nous en discuterons plus loin quand nous aborderons le chapitre sur les possibilités de contamination.

Qu'en est-il maintenant avec la variable " ancienneté "?
Le tableau suivant va nous éclairer là-dessus.

T 16. Répartition des réponses selon l'ancienneté

Ancienneté / Réponses	Nouveaux (≤ 2 ans)		Anciens (>2 ans	
	FA/21	%	FA/21	%
a. Nous pouvons être contaminés	3	14.28	3	14.28
b. Les malades VIH$^+$se découragent et sont agressifs	1	4.76	2	9.52
c. Les tuberculeux indisciplinés nous embêtent	9	42.85	12	57.14
d. Il y a des tuberculeux qui sont insolents	5	23.80	2	9.52
e. Ils s'énervent facilement	4	19.04	2	9.52
f. La collaboration est difficile parce qu'ils sont faibles physique et moralement	3	14.28	0	0
g. Pas de difficultés	4	19.04	8	38.09

Le tableau montre que 57.14 % des thérapeutes anciens et 42.85 % des nouveaux, ont des difficultés avec les tuberculeux indisciplinés. Nous avons constaté, au cours de notre analyse, des différences selon les variables retenues. Dans la pratique, les tuberculeux indisciplinés posent plus de problèmes aux thérapeutes. Pourquoi alors cette indiscipline ? Nous pensons qu'elle peut résulter de la négligence comme elle peut résulter de l'ignorance des malades. Il faut aussi remarquer qu'elle peut résulter particulièrement des mauvaises relations qui existent entre les patients et leurs thérapeutes. Cette indiscipline peut être aussi une marque de méfiance à l'égard des thérapeutes. Ceux-ci devraient donc aller plus loin pour comprendre les raisons et les motivations de cette indiscipline. Ils peuvent ainsi éviter des réactions agressives qui engendrent des désaccords avec leurs patients. Pour cela, il faut qu'ils engagent un dialogue franc qui supprime les sentiments de rancune existant entre les deux partenaires.

Pour M.C. BLANCHARD,

" Il y a des taux élevés d'abandons et d'irréguliers par manque d'informations et de communication avec les malades "(1).

La communication et le dialogue sont donc très importants dans la prise en charge du tuberculeux. Nous allons y revenir quand nous parlerons de l'interruption volontaire du traitement à l'item 13.

Nous remarquons également à travers ce tableau que 38.09 % des thérapeutes anciens et 19.04 % des thérapeutes nouveaux ne rencontrent aucune difficulé dans leurs relations avec les tuberculeux. Pour 23.80 % des thérapeutes nouveaux et 9.52 % des thérapeutes anciens, il y a des tuberculeux qui sont insolents. 19.04 % des thérapeutes nouveaux contre 9.52 % des thérapeutes anciens trouvent que les tuberculeux s'énervent facilement. La faiblesse physique et morale qui rend difficile la collaboration est évoquée uniquement par 14.28 % des thérapeutes nouveaux. Toutes ces différences montrent que les thérapeutes anciens ont moins de difficultés dans leurs relations avec les tuberculeux.

Nous avons déjà dit que les thérapeutes anciens, par leur longue expérience et leur connaissance des malades, réagissent plus adéquatement aux comportements affichés par les malades. C'est cette expérience et cette connaissance des malades qui font que les thérapeutes anciens rencontrent moins de difficultés dans leurs relations avec les tuberculeux.

---

(1) M.C.BLANCHARD, Op.Cit, p 48

CONCLUSIONS DU CHAPITRE

Nous avons remarqué au cours de ce chapitre que les thérapeutes ont des difficultés de communication avec les tuberculeux. Ces difficultés sont essentiellement dues au fait que les tuberculeux crachent les B.K. Les difficultés apparaissent aussi avec les tuberculeux indisciplinés qui ne respectent pas ou qui interrompent prématurément le traitement. Les tuberculeux étrangers posent aussi des problèmes parce qu'ayant une culture ou parlant une langue étrangère.
Toutefois , toutes ces difficultés varient avec les variables retenues. Les résultats de notre enquête montrent que les thérapeutes anciens communiquent mieux avec les tuberculeux que leurs collèguesnovices. Notre première hypothèse formulée comme suit : "Les thérapeutes anciens communiquent et collaborent mieux avec les tuberculeux que leurs collègues novices " est déjà en partie confirmée.

Nous allons voir dans les pages qui suivent que ces difficultés sont liées au manque de collaboration dans la prise en charge du tuberculeux mais aussi à une peur de contracter des maladies en milieu hospitalier.

CHAPITRE IV : LE MANQUE DE COLLABORATION

Ce thème est exploité en trois sous-thèmes qui sont:

- La collaboration du malade
- La collaboration du thérapeute
- La collaboration de l'entourage du malade.

Dans ce chapitre, nous demandons aux thérapeutes de nous dire ce qu'ils pensent de cette collaboration et comment ils la mettent à profit du malade pour sa meilleure prise en charge.

IV 1. La Collaboration du malade

Question 6: La réceptivité de vos ordres et recommandations thérapeutiques est-elle positive ou négative ? Pourquoi ?

T19. Répartition globale des réponses

Réponses	Fréquences	%
Positive	28	66.66
Négative	1	2.38
Les deux	13	30.95

L'analyse globale du tableau montre que 66.66 % des thérapeutes trouvent que la réceptivité de leurs ordres et recommandations thérapeutiques est positive contre 2.38 % qui la trouvent négative. 13 sujets sur 42 soit 30.95 % trouvent que cette réceptivité est positive chez quelques malades et négative chez d'autres.

Nous allons maintenant voir si ces positions varient selon les variables retenues.

T20 Répartition des réponses selon le Milieu

Milieu / Réponses	Sana de Kibumbu		HPRC + HMK	
	FA/12	%	FA/30	%
Positive	10	83.33	18	60
Négative	1	8.33	0	0
Les deux	1	8.33	12	40

Nous lisons dans le tableau que 83.33 % des thérapeutes du Sana trouvent que la réceptivité de leurs ordres et recommandations thérapeutiques est positive, opinion partagée par 60 % des thérapeutes du PRC et de l'HMK. 40 % de ces derniers contre uniquement 8.33 % du thérapeutes du Sana pensent que cette réceptivité est positive chez certains malades et négative chez d'autres. Seul un thérapeute du sana la trouve négative.

Les différences entre les fréquences sont tellement grandes qu'elles lèvent toute équivoque quant à leur signification. Nous ne recourons donc pas au test du χ^2.
La tuberculose est maintenant une maladie qu'on soigne et qui guérit si le traitement est suivi régulièrement. Et nos enquêtés affirment à majorité que si le traitement est suivi régulièrement parce que la réceptivité est positive.

Un de nos enquêtés nous dit à ce propos :

> " La réceptivité est positive parce qu'il n'y a pas beaucoup de cas de rechute . Nos malades s'améliorent progressivement".

La différence que nous observons entre les deux milieux trouvent ses raisons dans l'indiscipline des malades. Nous avons constaté en effet, dans le chapitre 3, que les thérapeutes du PRC et de l'HMK évoquent le plus souvent le cas des tuberculeux indisciplinés qui ne respectent pas le traitement. Pour ceux-ci, la réceptivité ne peut pas être positive. Si donc la réceptivité des ordres et recommandations thérapeutiques n'est pas positive, les tuberculeux ne participent pas à leur prise en charge.

Qu'en est-il maintenant avec le N.I.

T21. Répartition des réponses selon le N.I.

N.I. / Réponses	NIB		NIE	
	FA/28	%	FA/14	%
Positive	19	67.85	9	64.28
Négative	1	3.57	0	0
Les deux	8	28.57	5	35.71

Le tableau montre que 67.85 % des thérapeutes de NIB trouvent que la réceptivité de leurs ordres et recommandations thérapeutiques est positive. La même opinion est exprimée par 64.28 % des thérapeutes de NIE. POur 25.57 % des thérapeutes de NIB et 35.71 % de NIE, cette réceptivité est positive chez certains malades et négative chez d'autres.
Un seul thérapeute de NIB la trouve totalement négative.

Voyons à l'aide du χ^2 si les différences observées sont significativ

fo	fe	(fo-fe) - 0.5	(fo-fe) - 0.5^2	χ^2
19	18.66	- 0.16	0.0256	0.00137
1	0.66	- 0.16	0.0256	0.03878
8	8.66	- 1.16	1.3456	0.15538
9	9.33	0.83	0.6889	0.07383
0	0.33	0.83	0.6889	2.08757
5	433	0.17	0.0289	0.00152
				2.40

$L = (K-1)(L-1) = (3-1)(2-1) = 2$

Au $L = 2$, X^2_{lu} est de 5.99. X^2_{cal} est de 2.40.

Nous constatons que $X^2_{cal} < X^2_{lu}$ ($2.40 < 5.99$). Nous en déduisons que les différences constatées entre les NI sont dues au hasard, probablement au problème d'échantillonnage. Les propos de nos enquêtés le prouvent aussi. Un enquêté de NIB nous dit:

> " On pourrait dire que la réceptivité de nos ordres et recommandations thérapeutiques est positive car le plus souvent viennent des malades dont la tuberculose est à son stade avancé mais après une certaine période de traitement leur état s'améliore et même guérissent et rentrent chez eux ".

Un thérapeute de NIE exprime la même idée en peu de mots:

> " La réceptivité est positive parce que au bout de quelques temps les malades se sentent très bien ".

Si la réceptivité est positive, elle se traduit dans l'amélioration de l'état du malade. Les thérapeutes de NIB comme ceux de NIE le remarquent. Il n'y aurait donc pas de raison profonde que les uns disent qu'elle est positive pendant que les autres la trouvent négative.

T22. Répartition des réponses selon l'ancienneté

Ancienneté / Réponses	Nouveaux(2 ans)		Anciens(2 ans)	
	FA/21	%	FA/21	%
Positive	13	61.90	15	71.42
Négative	1	4.76	0	0
Les deux	7	33.33	6	28.57

Nous lisons dans le tableau que 71.42 % des thérapeutes anciens affirment que la réceptivité de leurs ordres et recommandations thérapeutiques est positive. C'est aussi l'avis de 61.90 % des thérapeutes nouveaux 33.33 % de ceux-ci et 28.57 % des thérapeutes anciens trouvent que cette réceptivité est positive chez certains malades et négative chez d'autres.

Un seul thérapeute nouveau affirme que cette réceptivité est carrément négative.

Nous avons calculé le X^2 pour voir si les différences constatées sont oui ou non significatives. Au L = 2, X^2_{lu} au seuil de probabilité. 05 est de 5.99. Or X^2_{cal} est de 2.17 . Nous constatons que $X^2_{cal} < X^2_{lu}$. Les différences observées selon l'ancienneté ne sont donc pas significatives.

Un enquêté ancien nous dit:

" Nous n'avons pas encore enregistré beaucoup d'abandons de traitement et de cas de rechute ".

Pour les anciens donc, le réceptivité est positive parce qu'il n'y a pas beaucoup de cas de rechute et d'abandons de traitement. Cette idée transparait également dans les propos d'un de nos enquêtés nouveaux.

" Elle est positive parce qu'il n'y a pas beaucoup de cas de rechute ".

Nous avons déjà dit qu'une réceptivité positive se traduit par une amélioration de l'état du malade et ce aussi bien sous les yeux des anciens que des nouveaux thérapeutes. En outre, les mesures de surveillance et de contrôle des tuberculeux concernent aussi bien les nouveaux que les anciens. Il ne peut donc pas y avoir de différences significatives dans les opinions exprimées par les anciens et les thérapeutes nouveaux.

Nous gardons donc que d'une façon générale, la réceptivité des ordres et recommandations thérapeutiques est positive. Elle est parfois négative chez certains tuberculeux qualifiés d'indisciplinés parce qu'ils ne suivent pas regulièrement le traitement.

Question 9 : A votre avis, qu'est ce qui fait que le séjour des tuberculeux soit long au Sanatorium ou à l'hôpital?

T23. Répartition globale des réponses

Réponses	Fréquences	%
a. Le traitement l'exige	15	35.71
b. Indiscipline du malade	15	35.71
c. Pour isoler le malade	4	9.32
d. Association à d'autres infections	9	21.42
e. Résistance et chronicité de la maladie	9	21.42
f. Bon suivi du malade	8	19.04
g. Repos du malade	3	7.14
h. Les malades viennent tard	15	35.71
i. Mauvaises conditions de vie à la maison	2	4.76

Nous remarquons à travers ce tableau que pour 35.71 % des thérapeutes, trois raisons expliquent le long séjour des tuberculeux au Sana ou à l'hôpital. Ce séjour est long soit parce que le traitement l'exige, soit que les malades se font soigner tard, soit encore à cause de leur indiscipline. 21.42% des thérapeutes estiment que ce séjour est long quand la tuberculose est associée à d'autres infections ou quand il y a résistance et chronicité de la maladie. Le séjour des tuberculeux est long au Sana ou à l'hôpital pour bien suivre le malade. C'est l'avis de 19.04% des thérapeutes. 9.32% des thérapeutes estiment que ce séjour est long parce qu'il faut isoler le malade contagieux. Il faut également permettre au malade de se reposer. Cette opinion est exprimée par 7.14% des thérapeutes. Le séjour des tuberculeux est enfin long au sanatorium ou à l'hôpital à cause des mauvaises conditions de vie à la maison. Cette idée est donnée par 4.76% des thérapeutes.

Nous allons voir maintenant si les réponses de nos enquêtés varient avec les variables retenues. Nous précisons que nous ne recourons pas au X^2 parce qu' un seul répondant peut évoquer plusieurs raisons.

T_{24} Répartition des réponses selon le milieu

Milieu / Réponses	Sana de Kibumbu		PRC + HMK	
	FA/12	%	FA/30	%
a. Le traitement l'exige	2	16.16	13	43.33
b. Indiscipline du malade	5	41.66	10	33.33
c. Pour isoler le malade	0	0	4	13.33
d. Association à d'autres infections	2	16.66	7	23.33
e. Résistance et chronicité de la maladie	4	33.33	5	16.66
f. Bon suivi du malade	1	8.33	7	23.33
g. Repos du malade	1	8.33	2	6.66
h. Les malades viennent tard	4	33.33	11	36.66
i. Mauvaises conditions de vie à la maison	0	0	2	6.66

Nous avons vu avec le T_{23} que 3 raisons sont évoquées par le plus grand nombre des thérapeutes. Nous remarquons maintenant que ce sont les mêmes raisons qui sont davantage évoquées dans les deux milieux mais dans des proportons différentes. Nous voudrions faire un commentaire sur deux éléments qui nous semblent importants. Nous remarquons dans le tableau que 43.33% des thérapeutes du PRC et de l'HMK contre 16.66% des thérapeutes du sana pensent que le séjour des tuberculeux est long au sana ou à l'hôpital parce que le traitement l'exige. Une raison peut expliquer cette différence. Le schéma de traitement retenu est un shcéma dit "moderne et court", d'une durée de 6 mois. Ce schéma a été appliqué pour la première

fois au sanatorium de Kibummbu et au centre anti-tuberculeux de Bujumbura (CATB). Les thérapeutes du Sana en ont déjà vu les résultats et savent que la tuberculose peut guérir en temps relativement court. Nous attirons aussi l'attention de notre lecteur sur le fait que 33.33% des thérapeutes du sana contre 16.66% de ceux du PRC et de l'H.M.K estiment que le séjour est long quand il y a résistance et chronicité de la maladie. Cette différence s'explique par le fait que le sana est un centre de traitement mais aussi et surtout de récupération des cas de résistance, de chronicité et de rechute .

Quelle est l'influence de la variable "N.I."

T_{25} Répartition des réponses selon le "N.I."

Réponses \ Niveau d'instruction	NIB		NIE	
	FA/28	%	FA/14	%
a. Le traitement l'exige	12	42.85	3	21.42
b. Indiscipline du malade	10	35.71	5	35.71
c. Pour isoler le malade	1	3.57	3	21.42
d. Association à d'autres infections	4	14.28	5	35.71
e. Résistance et chronicité de la maladie	2	7.14	7	50
f. Bon suivi du malade	8	28.57	0	0
g. Repos du malade	3	10.71	0	0
h. Les malades viennent tard	11	39.28	4	28.57
i. Mauvais conditions de vie à la maison.	2	7.14	0	0

Nous remarquons à travers ce tableau que 42.85% des thérapeutes de NIB et 21.42% de ceux de NIE estiment que le séjour des tuberculeux au sana ou à l'hôpital est long parce que le traitement l'exige. Cette différence découle des connaissances qu'ont les

uns et les autres sur le traitement dit "moderne et court". Les thérapeutes de NIE sont supposés être les mieux nantis en cette matière. Une grande différence s'observe aussi à propos de la résistance et de la chronicité de la maladie. Nous pensons que, par le contour de leur formation, les thérapeutes de NIE savent mieux que leurs collègues de NIB, que la tuberculose guérit quand elle est dépistée et traitée rapidement et régulièrement. La régularité dans la prise des médicaments est la condition primordiale dans le traitement de la tuberculose.

Le tableau, montre également que certaines raisons sont uniquement évoquées par les thérapeutes de NIB. Il s'agit notamment du bon suivi du malade (28.57%), du repos du malade (10.71%) et des mauvaises conditions de vie à la maison (4.76%). Si les thérapeutes de NIE ne les évoquent pas, nous pensons qu'ils n'y attachent pas beaucoup d'importance dans la prise en charge du tuberculeux. K. TOMAN écrit ce qui suit à propos du repos : "Interdire l'activité physique à un tuberculeux ou lui conseiller de se retirer de la vie sociale de la collectivité est rarement nécessaire; c'est souvent un mauvais service à lui rendre". (1)

Quant au bon suivi du malade hospitalisé, rien ne le justifie. En effet, nous avons constaté que les thérapeutes évoquent beaucoup de cas d'indiscipline et certains affirment même que la réceptivité de leurs ordres et recommandations thérapeutiques n'est pas toujours positive.

Qu'en est-il de la variable "ancienneté" ?

---

(1) K.TOMAN Op Cit, p.239

T_{26} Répartition des réponses selon l'ancienneté.

Ancienneté / Réponses	Nouveaux (≤ 2ans)		Anciens (> 2 ans)	
	FA/21	%	FA/21	%
a. Le traitement l'exige	6	28.57	9	42.85
b. Indiscipline du malade	7	33.33	8	38.09
c. Pour isoler le malade	3	14.28	1	4.76
d. Association à d'autres infestions	5	23.80	4	19.04
e. Résistance et chronicité dela maladie	5	23.80	4	19.04
f. Bon suivi du malade	5	23.80	3	14.28
g. Repos du malade	2	9.52	1	4.76
h. Les malades viennent tard	7	33.33	8	26.09
i. Mauvaises conditions de vie à la maison	0	0	2	9.52

L'analyse du tableau montre que 42.85% des thérapeutes anciens estiment que le séjour des tuberculeux est long au sana ou à l'hôpital parce que le traitement l'exige. Cette opinion est partagée uniquement par 28.57% des thérapeutes nouveaux. Ceci est pour nous étonnant parce que ce sont les thérapeutes anciens qui devraient être au courant du traitement court et de ses résultats. Les autres causes sont évoquées dans des proportions proches et trois d'entre elles sont mentionnées par le plus grand nombre de thérapeute. Le séjour des tuberculeux est long au sana ou à l'hôpital essentiellement parce que le traitement l'exige, ou que les malades se font soigner tard ou encore à cause de l'indiscipline des malades. De ces trois éléments, deux montrent que le tuberculeux ne collabore pas à sa prise en charge. Il s'agit de l'indiscipline et des soins tardifs. Ceux-ci rendent les interventions du personnel soignant quasi inutiles, entrainent l'échec du traitement

et la mort peut en résulter. Dans un tel cas, le thérapeute voit sa puissance médicale mise en échec. Le désir qu'il a de guérir ses malades et la satisfaction qu'il en tire ne sont plus vécus.

La question qui se pose est celle de savoir pourquoi ce retard des soins. Personne ne voudrait se reconnaître malade surtout quand c'est une maladie qui contraint sa victime au rejet social comme la tuberculose. Le malade ne se fait soigner que quand l'indisposition et les malaises qu'il ressent deviennent insupportables. Le retard aux soins peut également s'expliquer par un mécanisme de défense du Moi - la dénégation - contre l'angoisse qui accompagne la maladie. Celle-ci est vécue comme une humiliation et une atteinte au Moi alors que le malade voudrait bien conserver sa force et sa puissance. Dans tous les cas, le retard des soins et l'indiscipline du tuberculeux gênent sa prise en charge et sa communication avec son thérapeute.

Nous allons présenter les questions 11, 12 et 13 dans les mêmes tableaux parce qu'elles sont dans le même thème et sous-thème. Le commentaire sera toutefois fait question par question.

Question 11 . Y'a-t-il des tuberculeux qui réclament de rentrer chez eux avant de guérir?

Oui Non Pourquoi?

Question 12. Y'a-t-il des tuberculeux qui refusent de rentrer chez eux quand ils vont mieux ?

Oui Non Pourquoi?

Quesion 13. Avez-vous déjà connu des tuberculeux qui abandonnent d'eux-mêmes le traitement ?

Oui Non Pourquoi d'après vous ?

T27. Répartition globale des réponses

Réponses		Fréquences	%
Q.11	Oui	37	88.09
	Non	5	11.90
Q.12	Oui	35	83.33
	Non	7	16.66
Q.13	Oui	38	90.47
	Non	4	9.52

L'analyse globale du tableau montre qu'à la question 11 88.09 % des thérapeutes affirment qu'il y a des tuberculeux qui réclament de rentrer chez eux avant de guérir. Seulement 11.90 % affirment le contraire.

A la question 12, nous voyons que 83.33 % des thérapeutes disent qu'il y a des tuberculeux qui refusent de rentrer chez eux quand ils vont mieux. 16.66 % affirment que les tuberculeux ne refusent pas de rentrer quand ils vont mieux.

En ce qui concerne la question 13, nous lisons que 90.47 % des thérapeutes connaissent des tuberculeux qui ont abandonné d'eux-mêmes le traitement. 9.52 % ne les ont pas encore connus.

Voyons maintenant si ces positions diffèrent selon les variables retenues.

T28. Répartition des réponses selon le milieu

	Milieu / Réponses	Sana de Kibumbu		HPRC + HMK	
		FA/12	%	FA/30	%
Q.11	Oui	12	100	25	83.33
	Non	0	0	5	16.66
Q.12	Oui	11	91.66	24	80
	Non	1	8.33	6	20
Q.13	Oui	11	91.66	27	90
	Non	1	8.33	3	10

Question 11: Le tableau montre que 100 % des thérapeutes du Sana affirment qu'il y a des tuberculeux qui réclament de rentrer chez eux avant de guérir. La même opinion est partagée par 83.33 % des thérapeutes du PRC et de l'HMK. Nous admettons sans faire recours au X^2 que les différences observées entre les deux milieux, différences de plus de 10 %, ne sont pas imputables au seul effet du hasard. Nous pensons que cette différence est dû au fait qu'au Sana, il y a une plus grande dissociation de la vie familiale. Malgré les bonnes conditions de vie dont bénéficient les malades du Sanatorium, certains réclament de rentrer chez eux. Un de nos enquêtés nous dit que les tuberculeux veulent rentrer:

> " Pour des raisons familiales. Ils veulent retourner dans leur famille, voir les enfants et la parenté ".

K. TOMAN le dit aussi dans ces termes:

> " Les malades... disposaient en sanatorium de bonne conditions d'hébergement, d'une alimentation copieuse et de beaucoup de repos. Malgré cela, il n'a pas été rare de voir les malades abandonner d'eux-mêmes le traitement"(1)

---

(1) K. TOMAN, Op Cit p.233

Le tuberculeux est donc plus séparé de sa famille au Sanatorium qu'au PRC et à l'HMK où les visites et les entrées dans les salles des tuberculeux ne sont pas surveillées avec toute la rigueur voulue.

Question 12 : Nous remarquons à travers le T_{26} que 91.66 % des thérapeutes du Sana affirment qu'il y a des tuberculeux qui refusent de rentrer chez eux quand ils vont mieux.; c'est l'avis de 80 % des thérapeutes du PRC et de l'HMK. 20 % des thérapeutes du PRC et de l'HMK contre 8.33 % de ceux du Sana disent qu'il n'y a pas de tuberculeux qui refusent de rentrer chez eux quand ils vont mieux. Nous remarquons ici aussi que l'écart entre les deux milieux est supérieur à 10 %. Nous admettons que les différences constatées sont significatives.

La différence entre les deux milieux peut s'expliquer par le fait que les tuberculeux du Sana bénéficient des bonnes conditions de vie, de la gratuité des soins et de l'alimentation. Un de nos enquêtés s'exprime:

" Au Sana ils sont bien entretenus et ne veulent pas reprendre la vie pénible de la maison ".

Un autre enquêté nous dit:

" Etant donné qu'ici les malades sont bien soignés et nourris gratuitement alors qu'ailleurs on donne de l'argent, il y a pas mal de tuberculeux qui continuent à se faire malades même s'ils sont guéris pour profiter des soins et de la nourriture "(sic).

Ces propos montrent que le thérapeute a également la mission de préparer le sevrage de son patient car, comme nous le disent Y Pelicier et Ph. Mouchez :

"Faute d'y préparer soigneusement un sujet hospitalisé de longue date, l'échec est prévisible et se manifestera par une faute thérapeutique, alimentaire ou autre qui prépare une rechute "(1)

---

(1) Y. Pelicier et Ph. Mouchez Op_Cit. p.42

Les tuberculeux s'adaptent donc à leur nouveau milieu, ils ne veulent plus lacher les avantages qu'ils en tirent.

Question 13 : Le tableau 28 montre enfin que 91.66 % des thérapeutes du Sana contre 90 % de ceux du PRC et de l'HMK ont déjà connu des tuberculeux qui abandonnent d'eux-mêmes le traitement. Les autres (10 % des thérapeutes du PRC et de l'HMK et 8.33 % du Sana) n'en ont pas encore connu. Les écarts dans les pourcentages étant inférieurs à 10 %, nous ne pouvions pas trancher et dire que ces différences sont significatives ou non.
Seul le calcul du X^2 nous a permis de décider.
En effet, X^2_{lu} au L = 1 avec un seuil de probabilité p.05 est de 3.84. X^2_{cal} est de 0.43. Nous constatons que X^2_{cal} X^2_{lu}(0.34 3.84)
Les différences observées ne sont donc pas significatives.

Nous avions promis de revenir sur l'abandon volontaire du traitement. Pour nos enquêtés, les tuberculeux abandonnent le traitement parce qu'ils sont indisciplinés ou parce qu'ils sont ennuyés par leur longue hospitalisation. A propos de l'indiscipline, un enquêté nous dit:

" Parce qu'ils sont indisciplinés et ne veulent pas respecter les règles d'hygiène et le mode de vie qui est imposé"

Mais aucun thérapeute ne semble affirmer que l'arrêt du traitement peut résulter des mauvaises relations entre le malade et son thérapeute. En outre le tuberculeux peut abandonner le traitement lorsqu'il est amené à cacher sa maladie parce qu'actuellement une longue hospitalisation par tuberculose fait penser à d'autres infections, particulièrement le Sida, qui est considéré comme une maladie honteuse avec toutes les conséquences qui en résultent pour le malade et sa famille.

La responsabilité de l'abandon du traitement n'incombe donc pas seulement au seul malade.
Voyons maintenant l'influence du"N.I."

T_{29} Répartition des réponses selon le N.I.

N.I. / Réponses		NIB		NIE	
		FA/28	%	FA/14	%
Q.11	Oui	25	89.28	12	85.71
	Non	3	10.71	2	14.28
Q.12	Oui	23	82.14	12	85.71
	Non	5	17.85	2	14.28
Q.13	Oui	27	96.42	11	76.57
	Non	1	5.57	3	21.42

Question 11: Nous remarquons à travers ce tableau que 89.28 % des thérapeutes de NIB contre 85.71 % de NIE affirment qu'il y a des tuberculeux qui réclament de rentrer avant de guérir. Les autres(14.28 % de NIE et 10.71 % de NIB) disent qu'il n'y a pas de tuberculeux qui le réclament.

Nous avons fait recours au χ^2 pour lever toute équivoque quant à la singification des différences observées.

L = (K-1) (L-1) = (2.1) (2-1) = 1. Au seuil de probabilité p.05 avec L = 1, χ^2_{lu} est de 3.84 tandis que χ^2_{cal} est de 1.28. χ^2_{cal} est donc inférieur à χ^2_{lu} ($1.28 < 3.84$). Les différences constatées selon la variable NI ne sont donc pas significatives. Les thérapeutes de NIB comme ceux de NIE sont conscients qu'il y a des malades qui réclament de rentrer chez eux avant de guérir pour réjoindre leurs familles.

Question 12 : Le tableau 29 montre que 85.71 % des thérapeutes de NIE contre 82.14 % de NIB affirment qu'il y a des tuberculeux qui refusent de rentrer chez eux quand ils vont mieux. 17.85 % des thérapeutes de NIB et 14.28 % de NIE affirment qu'il n'y a pas de tuberculeux qui refusent de rentrer quand ils vont mieux.

Comme les différences sont inférieures à 10 %, nous avons calculé le χ^2 pour vérifier si elles sont ou non significatives. Au seuil de probabilité p.05 avec L = 1, $\chi^2_{lu} = 3.84$ · χ^2_{cal} est de 0.33. Nous constatons que $\chi^2_{cal} < \chi^2_{lu}$ (0.33 < 3.84). Nous en déduisons que les différences observées ne sont pas significatives. Les thérapeutes, qu'ils soient de NIB ou de NIE, savent que les tuberculeux réclament de rentrer avant de guérir pour retrouver l'ambiance familiale et satisfaire à leurs obligations sociales.

Question 13 : La lecture du tableau nous montre que 96.42 % des thérapeutes de NIB contre 76.57 % de NIE ont déjà connu des tuberculeux qui abandonnent d'eux-mêmes le traitement. Par contre, 21.42 % des thérapeutes de NIE et seulement 3.57 % de NIB n'ont pas encore connu de malades qui abandonnent d'eux-mêmes le traitement. Nous avons une différence de plus de 10 % Nous admettons sans faire recours au χ^2 que ces différences sont significatives.

En effet, nous avons déjà dit que les thérapeutes de NIB suivent de près les malades. Ce sont eux qui les soignent et qui remplissent les fiches de traitement. Ce sont donc eux qui se rendent compte, les premiers, des fuites et des abandons. Or, en cas d'abandon ou de fuite, le malade part avec sa fiche de traitement. Le thérapeute qui vient juste pour consulter et voir si les fiches sont régulièrement remplies ne se rendra compte des abandons et des fuites que difficilement ou si l'infirmier(e) lui en fait connaissance.

Qu'en est-il maintenant avec la variable "ancienneté"?

T30 Répartition des réponses selon l'ancienneté

Question	Ancienneté / Réponses	Nouveaux (2 ans)		Anciens(2 ans)	
		FA/21	%	FA/21	%
Q.11	Oui	18	85.71	19	90.47
	Non	3	14.28	2	9.52
Q.12	Oui	18	85.71	17	80.95
	Non	3	14.28	4	19.04
Q.13	Oui	18	85.71	20	95.23
	Non	3	14.28	1	4.76

Question 11 : Nous lisons dans le T_{30} que 90.47 % des thérapeutes anciens contre 85.71 % des nouveaux affirment qu'ily a des tuberculeux qui réclament de rentrer avant de guérir. Pour 14.28 % des nouveaux et 9.52 % des anciens, il n'y a pas de tuberculeux qui réclament de rentrer chez eux avant de guérir.

Le calcul du χ^2 nous a permis de déduire que les différences observées ne sont pas significatives. En effet, au seuil de probabilité p.05 avec L = 1, χ^2_{lu} est de 3.84 tandis que χ^2_{cal} est de 0.45. Nous constatons que χ^2_{cal} est inférieur à χ^2_{lu} (0.45 $<$ 3.84). Il y a donc des tuberculeux qui réclament de rentrer chez eux avant de guérir pour les raisons que nous avons déjà données.

Question 12 : Le tableau 30 montre que 85.71 % des thérapeutes nouveaux contre 80.95 % des thérapeutes anciens affirment qu'il y a des tuberculeux qui refusent de rentrer chez eux quand ils vont mieux. 19.04 % des thérapeutes anciens et 14.28 % des thérapeutes nouveaux estiment qu'il n'y a pas de tuberculeux qui refusent de rentrer chez eux quand ils vont mieux. Nous avons constaté avec le calcul du χ^2 que les différences observées ne sont pas significatives. En effet, χ^2_{lu} au seuil de probabilité p.05 avec L=1 est de 3.84. Or χ^2_{cal} est de 0.35. χ^2_{cal} est donc inférieur à χ^2_{lu}. Certains tuberculeux refusent de rentrer chez eux quand ils vont mieux pour les raions qui ont été évoquées dans les pages précédentes.

Question 13 : L'analyse de T30 montre que 95.23 % des thérapeutes anciens et 85.71 % des nouveaux ont déjà connu des tuberculeux qui abandonnent d'eux-mêmes le traitement tandis que 14.28 % des thérapeutes nouveaux et 4.76 % seulement des anciens n'en ont pas encore connu.

Le calcul du χ^2 nous a permis de constater qu'il n'y a pas de différences significatives dans les avis des thérapeutes nouveaux et anciens. En effet, au seuil de probabilité p.05 avec un L = 1, χ^2_{lu} est de 3.85. χ^2_{cal} est de 1.39. Donc $\chi^2_{cal} < \chi^2_{lu}$. (1.39 $<$ 3.85). Il y a donc bel et bien des tuberculeux qui abandonnent d'eux-mêmes le traitement et cela est confirmé par la grande majorité des enquêtés.

CONCLUSION PARTIELLE

Nous avons constaté que la collaboration du tuberculeux dans sa prise en charge n'est pas toujours celle qui est attendue par son thérapeute. Les thérapeutes nous ont affirmé que la réceptivité de leurs ordres et recommandations thérapeutiques n'est pas toujours positive. Ils ont à maintes reprises évoqué l'indiscipline des malades qui ne suivent pas régulièrement ou qui abandonnent le traitement. Il y a enfin des tuberculeux qui réclament de rentrer chez eux avant de guérir et d'autres qui refusent de rentrer quand ils sont guéris.

Le thérapeute a donc intérêt à ce que le tuberculeux participe à sa prise en charge. La collaboration du malade résulte le plus souvent de l'action du thérapeute. Celui-ci doit donc initier et éduquer le malade pour qu'il prenne part à sa prise en charge. Nous allons le voir dans le point suivant.

IV. 2. La collaboration du thérapeute

Question 7 : Comment réagissez-vous face à un tuberculeux qui ne respecte pas le schéma thérapeutique prescrit ?

T_{31} Répartition globale des réponses

	Fréquences	%
a. Nous le chassons	4	9.53
b. Nous donnons des conseils	34	80.95
c. Nous le grondons	6	14.28
d. Nous nous fâchons	3	7.14
e. Nous lui faisons des injections	2	4.76
f. Nous lui témoignons gentillesse	1	2.38
g. Nous le laissons libre	3	7.14
h. Nous le forçons à prendre les médicaments	2	4.76

Une réaction semble privilégiée face à un tuberculeux qui ne respecte pas le schéma thérapeutique: c'est celle de " lui donner des conseils" qui est évoquée par 80.95 % des thérapeutes. En deuxième position vient le fait de gronder le malade, mentionné par 14.28 % des thérapeutes. Toutes les autres réactions face à un tuberculeux qui ne respecte pas le schéma thérapeutique sont évoquées par moins de 10 % des thérapeutes.
Nous allons maintenant voir si les réponses varient avec les variables retenues. Mais comme un seul répondant peut donner plus d'une réaction, nous n'allons pas faire recours au χ^2 pour voir si les différences observées sont oui ou non significatives.

T32 Répartition des réponses selon le " milieu "

Milieu / Réponses	Sana de Kibumbu		PRC + HMK	
	FA/12	%	FA/30	%
a. Nous le chassons	4	33.33	0	0
b. Nous donnons des conseils	10	83.33	24	80
c. Nous le grondons	0	0	6	20
d. Nous nous fachôns	0	0	3	10
e. Nous lui faisons des injections	0	0	2	6.66
f. Nous lui témoignons gentillesse	0	0	1	3.33
g. Nous le laissons libre	1	8.33	2	6.66
h. Nous le forçons à prendre les médicaments	1	8.33	1	3.33

Les thérapeutes du Sana (83.33 %) donnent des conseils à un tuberculeux qui ne respecte pas le schéma thérapeutique prescrit C'est aussi l'avis de 80 % des thérapeutes des deux autres centres de soin. Uniquement les thérapeutes du Sana(33.33 %) chassent un tuberculeux qui ne respectent pas le schéma thérapeutique prescrit. 20 % des thérapeutes du PRC et de l'HMK le grondent. Le tableau montre aussi qu'il y a des réactions enregistrées uniquement au PRC et à l'HMK dans des fréquences inférieures à 10 %.

Donner des conseils au tuberculeux " défaillant " est donc la réaction de la majorité des thérapeutes des deux milieux. C'est une réaction sage qui incite le malade à la collaboration dans sa prise en charge. Le malade prend conscience de ses responsabilités, du danger et des conséquences fâcheuses qui suivent le non respect du schéma thérapeutique. La réaction du thérapeute appelle donc la participation de son patient.

D'autres réactions cependant mettent en doute la collaboration du thérapeute et n'engagent pas le malade dans sa prise en charge. Nous constatons que 30 % des thérapeutes du Sana chassent un tuberculeux qui ne respecte pas le schéma thérapeutique. Nous avons déjà dit que le Sana est un centre spécialisé pour le traitement de la tuberculose. Les malades bénéficient aussi de bonnes conditions de vie. Les soins et la nourriture sont gratuits. C'est donc un centre convoité par plusieurs tuberculeux alors que les infrastructures d'hospitalisation sont limitées. Les thérapeutes peuvent donc chasser les tuberculeux qui ne respectent pas le traitement pour donner la chance aux autres malades qui voudraient bien être hospitalisé et respecter la thérapie. Pour les réactions qui sont enregistrées uniquement au PRC et à l'HMK, nous pensons que les thérapeutes comparent le comportement des tuberculeux aux autres malades hospitalisés. Ils se comporteront donc différemment que les thérapeutes du Sana qui ne voient devant eux que des tuberculeux.

Nous remarquons donc que d'une façon générale, les thérapeutes du Sana réagissent différemment que ceux du PRC et de l'HMK face à un tuberculeux qui ne respecte pas le schéma thérapeutique.

T33 Répartition des réponses selon le "N.I."

Niveau d'instruction / Réponses	NIB		NIE	
	FA/28	%	FA/14	%
a. Nous le chassons	4	14.28	0	0
b. Nous donnons des conseils	21	75	13	92.85
c. Nous le grondons	5	17.85	1	7.14
d. Nous nous fâchons	2	7.14	1	7.14
e. Nous lui faisons des injections	2	7.14	0	0
f. Nous lui témoignons gentillesse	1	3.57	0	0
g. Nous le laissons libre	0	0	3	21.42
h. Nous le forçons à prendre les médicaments	2	7.14	1	7.14

Nous lisons dans le tableau que 92.85 % des thérapeutes de NIE donnent des conseils à un tuberculeux qui ne respecte pas le schéma thérapeutique. Cette opinion est partagée par 75 % des thérapeutes de NIB. Les thérapeutes de NIE ont conscience de la nécessité de la participation du malade à sa prise en charge. Ils privilégient alors les conseils qui appellent la collaboration du malade. Mais,à côté des conseils qu'ils donnent, il y a 21.42 % des thérapeutes de NIE qui laissent le malade libre. Cette réaction illustre une attitude démisionnaire du thérapeute face à un malade qui n'a pas confiance en ses soins. Cette démission n'appelle pas la collaboration mais constitue plutôt une barrière à la communication et au dialogue.

Un autre élément qui nous semble important est que 14.28 % des thérapeutes de NIB chassent un tuberculeux qui ne respecte pas le schéma thérapeutique. Normalement la rentrée d'un malade hospitalisé ne peut être décidée que par son médecin traitant. Les infiermiers(es) ne peuvent donc pas renvoyer un malade sans que son médecin donne son accord. Mais ils peuvent, par leur comportement, révolter le malade qui décide de rentrer lui-même. Nous remarquons enfin dans ce tableau que les autres réactions sont plus évoquées par les thérapeutes de NIB. Ces réactions laissent apparaître une brutalité insconciente des thérapeutes de NIB envers les tuberculeux. Ils contraignant le malade à suivre le traitement sans son consentement. Pourtant , K. TOMAN nous dit que :

> "Le régime le meilleur n'aura qu'un faible taux de succès si les services de soins ne concentrent pas leurs efforts sur le problème de la coopération des malades " (1).

---

(1) K.TOMAN, Op Cit. p.225

Les thérapeutes de NIE, mieux que ceux de NIB, appellent la collaboration du malade.

Qu'en est-il avec la variable" ancienneté "

T34. Répartition des réponses selon l'ancienneté

Ancienneté / Réponses	Nouveaux (2 ans)		Anciens(2 ans)	
	$F_A/21$	%	$F_A/21$	%
a. Nous le chassons	4	19.04	0	0
b. Nous donnons des conseils	15	71.42	19	90.47
c. Nous le grondons	2	9.52	4	19.04
d. Nous nous fâchons	3	13.28	0	0
e. Nous lui faisons des injections	2	9.52	0	0
f. Nous lui témognons gentillesse	1	4.76	0	0
g. Nous le laissons libre	1	4.76	2	9.52
h. Nous le forçons à prendre les médicaments	1	4.76	1	4.76

Nous remarquons également à travers ce tableau que des conseils sont donnés à un tuberculeux qui ne respecte pas le schéma thérapeutique par la majorité des thérapeutes(90.47 % des anciens et 71.42 % des nouveaux). Les autres réactions sont plus enregistrées chez les thérapeutes nouveaux. Pour expliquer toutes ces différences, nous revenons à l'idée que les thérapeutes anciens savent à quoi s'en tenir face à un tuberculeux indiscipliné pour l'amener à collaborer et à participer à sa prise en charge.

Les thérapeutes anciens sont donc prêts à collaborer avec le malade dans sa prise en charge.
Globalement, les thérapeutes donnent des conseils à un tuberculeux qui ne respecte pas le schéma thérepeutique mais ils ont quand même quelques comportements qui ne favorisent pas la collaboration dans la prise en charge du malade.

Nous avons en effet constaté que certains thérapeutes chassent ou grondent un tuberculeux qui ne respecte pas le schéma thérapeutique. D'autres font même des injections et forcent le malade à prendre les médicaments . Ces injections et ces médicaments sont perçus non comme des médications antituberculeuses mais comme une sanction imposée au malade et seront par conséquent peu efficaces.

Question 8 : Que faites-vous pour faire respecter le schéma thérapeutique ?

T35. Répartition globale des réponses

Réponses	Fréquences	%
a. Nous surveillons la prise des médicaments	19	45.23
b. Nous recourons à l'éducation sanitaire	19	45.23
c. Nous remplissons la fiche de traitement	8	28.57
d. Nous nous montrons sévères	4	9.52
e. Nous menaçons de ne plus le soigner	2	4.76
f. Nous forçons le malade à accepter les injections	1	2.36

Le tableau montre que 45.23 % des thérapeutes surveillent la prise des médicaments et recourent à l'éducation sanitaire pour faire respecter le schéma thérapeutique.
Les thérapeutes (28.57 %) remplissent la fiche de traitement pour faire respecter le schéma thérapeutique. Ils se montrent sévères (9.52 %), menacent de ne plus soigner le malade(4.76 %) et enfin forcent le malade à accepter les injections(2.36 %).

Voyons maintenant si ces différentes façons de faire respecter le schéma thérapeutique varient en fonction des variables retenues.

T36. Répartition des réponses selon la variable "milieu"

Milieu / Réponses	Sana de Kibumbu		PRC + HMK	
	FA/12	%	FA/30	%
a. Nous surveillons la prise des médicaments	11	91.66	8	26.66
b. Nous recourons à l'éducation sanitaire	4	33.33	15	50
c. Nous remplissons la fiche de traitement	0	0	8	26.66
d. Nous nous montrons sévères	0	0	4	13.33
e. Nous menaçons de ne plus le soigner	0	0	2	6.66
f. Nous forçons le malade à accepter les injections	0	0	1	3.33

Nous lisons dans le tableau que 91.66 % des thérapeutes du Sana surveillent la prise des médicaments pour faire respecter le schéma thérapeutique. Cette opinion est partagée uniquement par 26.66 % des thérapeutes des deux autres centres de soins. Ceux -ci au contraire (50 %) recourent à l'éducation sanitaire. C'est l'avis de 33.33 % des thérapeutes du Sana de Kibumbu.

D'autres moyens de faire respecter le schéma thérapeutique sont proposés uniquement par les thérapeutes du PRC et de l'HMK. Deux grandes stratégies sont adoptées pour faire respecter le schéma thérapeutique. Il y a la surveillance des prises des médicaments qui est plus utilisée à Kibumbu. C'est une stratégie efficace mais qui ne vise pas le consentement du malade et n'appelle pas sa collaboration. Nous avons constaté, lors de notre visite à Kibumbu, que les tuberculeux qui le peuvent, viennent chercher eux-mêmes les comprimés à la pharmacie et les avalent sur place sous la supervision d'un(e) infirmier(e). Tel n'est pas le cas au PRC et à l'HMK même si 26.66 % des thérapeutes affirment qu'ils surveillent la prise des médicaments.

Nous l'avons constaté et M.C. BLANCHARD le dit aussi dans son rapport. Les comprimés sont donnés de la main à la main dans un petit papier et la prise n'est pas supervisée. Le tableau montre que les thérapeutes du PRC et de l'HMK semblent donc privilégier l'éducation sanitaire pour faire respecter le schéma thérapeutique. Mais il n'y a pas de cadre adapté dans lequel se fait cette éducation et nous disons avec M.C.BLANCHARD que:

> " L'éducation sanitaire auprès des patients hospitalisés dépend de l'initiative du personnel médical qui s'en occupe... "(1)

K.TOMAN affirme dans les propos suivants qu'une telle éducation n'est pas efficace.

> " L'éducation sanitaire de bouche à oreille destinée à obtenir la coopération du malade est rarement efficace, à moins qu'elle s'exerce dans le cadre d'une structure et d'une organisation qui répondent à certaines exigences opérationnelles "..(2).

Pour emporter la conviction et la collaboration du malade, il faut donc plus qu'une simple information. Il faut initier un cadre de discussion et de dialogue qui associe le thérapeute , le malade et la collectivité. Cette situation exige du thérapeute une grande simplicité et disponibilité pour rompre la distance sociale qui le sépare de son patient et de son entourage.

Les autres stratégies proposées par les thérapeutes du PRC et de l'HMK n'engagent pas le malade dans le respect volontaire et conscient du schéma thérapeutique. Les deux autres stratégies adoptées par les thérapeutes du Sana visent la collaboration dans la prise en charge du tuberculeux.

Quelle est l'influence du" NI" dans les réponses de nos répondants. Le tableau qui suit va nous le montrer.

---

(1) M.C. BLANCHARD Op Cit p.18

(2) K.TOMAN, Op Cit, p.224

T37. Répartition des réponses selon le NI

Niveau d'instruction / Réponses	NIB		NIE	
	FA/28	%	FA/14	%
a. Nous surveillons la prise des médicaments	11	39.28	8	57.14
b. Nous recourons à l'éducation sanitaire	13	46.42	6	42.85
c. Nous remplissons la fiche de traitement	6	21.42	2	14.28
d. Nous nous montrons sévères	4	14.28	0	0
e. Nous menaçons de ne plus le soigner	1	3.57	1	7.14
f. Nous forçons le malade à accepter les injections	0	0	1	7.14

Nous remarquons dans ce tableau que 57.14 % des thérapeutes de NIE contre 39.28 % de NIB, surveillent la prise des médicaments pour faire respecter le schéma thérapeutique. Nous remarquons aussi que 21.42 % des thérapeutes de NIB et 14.28 % de NIE remplissement la fiche de traitement. Nous sommes étonnés de voir que 14.28 % des thérapeutes de NIE affirment qu'ils remplissent les fiches de traitement alors que normalement ce sont les thérapeutes de NIB qui les remplissent. Aussi, à partir du moment où ce sont les infirmiers(es) qui donnent les comprimés, ce sont eux qui devraient aussi surveiller, plus que les thérapeutes de NIE, la prise des médicaments. Nous pensons donc que les thérapeutes de NIE sont conscients de l'efficacité des deux stratégies dans le respect du schéma thérapeutique et ils ordonnent aux thérapeutes de NIB à les respecter. La lecture du tableau montre que 46.42 % des thérapeutes de NIB contre 42.85 % de NIE recourent à l'éducation sanitaire pour faire respecter le schéma thérapeutique. Cette différence s'explique par le fait que, si cette éducation a lieu, elle ne peut se faire que par les thérapeutes de NIE qui sont en contact direct et régulier avec les tuberculeux.

Qu'en est-il maintenant de la variable "ancienneté" ?

T38. Répartition des réponses selon l'ancienneté

Ancienneté / Réponses	Nouveaux(2 ans)		Anciens(2 ans)	
	FA/21	%	FA/21	%
a. Nous surveillons la prise des médicaments	9	42.85	10	47.61
b. Nous recourons à l'éducation sanitaire	14	66.66	5	23.80
c. Nous remplissons la fiche de traitement	1	4.76	7	33.33
d. Nous nous montrons sévères	2	9.52	2	9.52
e. Nous menaçons de ne plus le soigner	1	4.76	1	4.76
f. Nous forçons le malade à accepter les injections	0	0	1	4.76

La lecture du tableau nous montre que 66.66 % des thérapeutes nouveaux contre seulement 23.80 % des anciens recourent à l'éducation sanitaire pour faire respecter le schéma thérapeutique. Nous remarquons également que 47.61 % des thérapeutes anciens et 42.85 % des nouveaux surveillent la prise des médicaments tandis que 33.33 % des anciens contre uniquement 4.76 % des nouveaux remplissent les fiches de traitement pour faire respecter le schéma thérapeutique.

Nous constatons donc que les thérapeutes anciens privilégient des stratégies beaucoup plus automatiques. Cela découle de l'automatisme acquis avec l'expérience. Les thérapeutes nouveaux recourent essentiellement à l'éducation sanitaire pour que le malade soit convaincu de la nécessité de suivre le traitement. Comme il n'a pas encore certains automatismes, la seule arme à sa disposition est le dialogue et l'éducation sanitaire du malade.

Question 10 : Etes-vous content de vous entretenir avec les mêmes tuberculeux pendant de longues périodes ?

Oui Non Pourquoi ?

T39. Répartition globale des réponses

Réponses	Fréquences	%
Oui	23	54.76
Non	15	35.71
Indécis	4	9.52

Le tableau montre que 54.76 % des thérapeutes sont contents de s'entretenir avec les mêmes tuberculeux pendant de longues périodes. 35.71 % des thérapeutes n'en sont pas contents tandis que 9.52 % sont indécis.
Nous présentons maintenant les fréquences des réponses selon les variables retenues.

T40. Répartition des réponses selon le milieu

Milieu / Réponses	Sana de Kibumbu		PRC + HMK	
	FA/12	%	FA/30	%
Oui	6	50	17	56.66
Non	6	50	9	30
Indécis	0	0	3	13.33

Nous lisons dans le tableau que 50 % des thérapeutes du Sana sont contents de s'entretenir avec les mêmes tuberculeux pendant de longues périodes tandis que les 50 % autres ne le sont pas.

Le tableau montre également que 56.66 % des thérapeutes du PRC et de l'HMK, sont contents de s'entretenir avec les mêmes tuberculeux pendant de longues périodes. 30 % ne sont pas contents et des 13.33 % autres sont indécis.

Nous avons calculé le χ^2 pour voir si les différences constatées entre les deux milieux sont significatives. Au seuil de probabilité p.05 avec L = (3-1)(2-1) =2, nous lisons dans les tables χ^2_{lu} = 5.99. χ^2_{cal} = 3.49. Nous constatons que $\chi^2_{cal} < \chi^2_{lu}$ (3.49 < 5.99). Nous en déduisons que les différences observées selon la variable " milieu " ne sont pas significatives.
Les thérapeutes sont donc, d'une façon générale, contents de s'entretenir avec les mêmes tuberculeux pendant de longues périodes. Un de nos enquêtés se justifie en disant :

> " Je vois bien leurs problèmes et je trouve des solutions, Le malade a alors confiance en moi et il m'aime ".

Ces propos montrent que les thérapeutes ont conscience de l'importance de la confiance qui doit régner entre les deux partenaires en situation de soins. Pourtant, un élément attire notre attention Il y a quand même 50 % des thérapeutes du Sana et 30 % de ceux du PRC et de l'HMK qui ne sont pas contents de s'entretenir avec les mêmes tuberculeux. A première vue, on pourrait les accuser de ne pas vouloir collaborer avec leurs patients, de minimiser l'importance de la connaissance du malade dans la thérapie. Dans leurs explications, les thérapeutes affirment qu'ils ne voudraient pas rester avec des tuberculeux qui sont, dans la plupart des cas, indisciplinés. Cette indiscipline peut résulter du manque de confiance en la thérapie après une longue hospitalisation sans amélioration. Les propos d'un de nos enquêtés le montrent bien.

> " Lorsqu'ils passent une longue période, ils commencent à être indisciplinés tout en considérant que votre travail est nul pour lui "(sic)

Une autre raison qui peut justifier que les thérapeutes ne sont pas contents de s'entretenir avec les mêmes tuberculeux pendant de longues périodes est plus psychologique. Si le malade reste hospitalisé pendant une longue période, la puissance médicale du thérapeute est mise en cause. Or, comme nous le dit MUNYUZANGABO:

> " Le soignant éprouve une satisfaction de voir ses patients guérir car en guérissant les autres, il mène un combat contre sa propre mort. La guérison du patient renvoie donc à son désir inconscient d'être sain "(1)

Si donc le malade reste hospitalisé pendant de longues périodes, le désir qu'à le thérapeute de guérir et la satisfaction qu'il en tire ne sont plus vécus. Le thérapeute n'en est donc pas content.

T41. Répartition des réponses selon leN.I.

N.I / Réponses	NIB		NIE	
	FA/28	%	FA/14	%
Oui	17	60.61	6	42.85
Non	10	35.71	5	35.71
Indécis	1	3.57	3	21.42

Le tableau montre que 60.71 % des thérapeutes de NIB contre 42.85 % de ceux de NIE sont contents de s'entretenir avec les mêmes tuberculeux pendant de longues périodes. 35.71 % des thérapeutes, quel que soit leur "NI", ne sont pas contents tandis que 21.42 % des thérapeutes de NIE contre 3.57 % de NIB sont indécis. Ici aussi nous avons voulu savoir à l'aide du χ^2 si les différences observées sont significatives. Au seuil de probabilité p.05 avec L = 2, nous lisons dans les tables χ^2_{lu} = 5.99 alors que χ^2_{cal} est de 3.48. $\chi^2_{cal} < \chi^2_{lu}$ (3.48 < 5.99).

---

(1) T. MUNYUZANGABO, Op_Cit. p.323

Nous en déduisons que les différences constatées selon la variable N.I. ne sont pas significatives. Les thérapeutes, quel que soit leur N.I, sont en général contents de s'entretenir avec les mêmes tuberculeux pendant de longues périodes. Un enquêté de NIE nous dit qu'il est content parce que:

" Des relations humaines, des relations d'amitié s'établissent et ils ont confiance en nous ".

Cette idée transparaît également dans les propos d'un enquêté de NIB quand il nous dit :

" Parce qu'après un bon moment de contact et de dialogue, on parvient à gagner confiance et à résoudre pas mal de problèmes de tout ordre pouvant influencer leur santé ".(sic).

Nous attirons encore une fois l'attention du lecteur sur le fait qu'un nombre assez important des thérapeutes (35.71 % des thérapeutes de NIB et NIE) ne sont pas contents de s'entretenir avec les mêmes tuberculeux pendant de longues périodes.

Un thérapeute de NIE nous dit qu'il n'est pas content:

" parce que même pour n'importe quel malade, nous aimerions qu'il guérisse vite et qu'il puisse regagner sa famille ".

Nous retrouvons ici la satisfaction du thérapeute de voir ses malades guérir. Un enquêté de NIB l'exprime aussi :

" parce que normalement on est content quand on soigne un malade et qu'on voit qu'il est guéri et rentre chez lui. Par contre, si on soigne quelqu'un et qu'il reste hospitalisé pendant une longue période, on n'est pas du tout content ".

Nous rappelons enfin que les entretiens entre les tuberculeux et les thérapeutes de NIE ne sont pas courants et réguliers. Ceci peut expliquer le pourcentage ralativement important des thérapeutes de NIE qui ne sont pas contents de s'entretenir avec les mêmes tuberculeux ou qui ne se décident pas.

Qu'en est-il maintenant de la variable " ancienneté "

T 42. Répartition des réponses selon l'ancienneté

Ancienneté / Réponses	Nouveaux(2 ans)		Anciens(2 ans)	
	FA/21	%	FA/21	%
Oui	11	52.38	12	57.14
Non	9	42.85	6	28.57
Indécis	1	4.76	3	14.28

Le tableau montre que 57.14 % des thérapeutes anciens contre 52.38 % des nouveaux sont contents de s'entretenir avec les mêmes tuberculeux pendant de longues périodes. 42.85 % des nouveaux contre 28.57 % des anciens ne sont pas contents. Les autres (14.28 % des anciens et 4.76 % des nouveaux) sont indécis.

Au seuil de probabilité p.05 avec L = 2, χ^2_{lu} est de 5.99 et χ^2_{cal} est de 2.01 . χ^2_{cal} est donc inférieur au χ^2_{lu} . -(2.01 < 5.99). Les différences apparentes entre les opinions des Thérapeutes anciens et les nouveaux ne sont donc pas significatives.

Les propos recueillis auprès de nos enquêtés le montrent aussi. Un thérapeute ancien nous dit qu'il est content parce que:

> " A ce moment, les échanges avec lui passent facilement et il m'est facile de le traiter. Il a confiance en moi au fil des jours ".

La même idée est exprimée par un thérapeute nouveau.

> " La confiance devient alors totale et le traitement bien pris ".

Nous pensons toutefois que les thérapeutes nouveaux sont plus sensibles à l'indiscipline des malades d'où un nombre assez important n'est pas/de s'entretenir avec les mêmes tuberculeux pendant de longues périodes surtout si ces derniers sont indisciplinés.

C'est ce que nous dit un enquêté dans ces termes:

" Il y en a d'autres qu'on n'aimerait pas voir longtemps parce qu'ils dérangent. Ils sont indisciplinés ".

Les thérapeutes sont donc, de façon générale, contents de s'entretenir avec les mêmes tuberculeux pendant de longues périodes. Mais un nombre assez important de thérapeutes n'en est pas content surtout quand le malade est indiscipliné.

CONCLUSION PARTIELLE

Nous avons constaté que l'attitude des thérapeutes face à un tuberculeux qui ne respecte pas le schéma thérapeutique, la manière dont ils font respecter ce schéma thérapeutique et leur état d'âme quand ils s'entretiennent avec les mêmes tuberculeux pendant de longues périodes favorisent, d'une façon générale, la collaboration. Toutefois, certaines attitudes et certains comportements sont de caractère à contraindre le malade à suivre le traitement. Même les conseils qui sont donnés au malade ne sont plus efficaces puisqu'ils sont perçus comme des ordres tant qu'ils n'émanent pas d'un cadre de dialogue. Aussi, étant donné que l'hospitalisation du tuberculeux est relativement longue et qu'il y a des thérapeutes qui ne sont pas contents de s'entretenir avec les mêmes tuberculeux pendant de longues périodes, nous pensons que leurs relations et partant leur collaboration dans la prise en charge du malade ne sont pas faciles.

Nous allons voir dans le point suivant quelle importance les thérapeutes attachent à la collaboration de l'entourage du tuberculeux dans sa prise en charge.

IV.3. La collaboration de l'entourage

Question 14 : Autorisez-vous des visites fréquentes de la part de l'entourage du tuberculeux ?

Oui Non Pourquoi ?

T43. Répartition globale des réponses

Réponses	Fréquences	%
Oui	9	21.42
Non	33	78.57

Nous lisons dans le tableau que 78.57 % des thérapeutes n'autorisent pas des visites fréquentes de la part de l'entourage du tuberculeux contre 21.42 % qui les autorisent. Analysons maintenant comment se répartissent les réponses suivant les variables retenues.

T44. Répartition des réponses selon le milieu

Milieu / Réponses	Sana de Kibumbu		PRC + HMK	
	FA/12	%	FA/30	%
Oui	1	8.33	8	26.66
Non	11	91.66	22	73.33

Le tableau montre que 91.66 % des thérapeutes du Sana contre 73.33 % de ceux du PRC et de l'HMK n'autorisent pas des visites fréquentes de la part de l'entourage du malade.

Le tableau montre également que 26.66 % des thérapeutes du PRC et de l'HMK contre 8.33 % des thérapeutes du Sana autorisent des visites fréquentes de la part de l'entourage du tuberculeux. Etant donné que les écarts dans les réponses données par les thérapeutes des deux milieux sont supérieurs à 10 %; nous admettons sans faire recours au X^2 que ces différences sont significatives. Cette différence ne nous étonne pas parce que la réglementation au sanatorium de Kibumbu interdit l'entrée dans les pavillons des malades à toute personne étrangère de l'établissement. Mais, au PRC et à l'HMK, l'accès aux salles des tuberculeux est facile. Aussi, le tuberculeux est nourri par sa famille et bénéficie des services de son garde-malade. Nous pouvons donc dire que même si 73.33 % des thérapeutes du PRC et de l'HMK n'autorisent pas les visites de l'entourage du malade, l'interdiction n'est pas formelle et le pourcentage relativement élevé de ceux qui autorisent ces vistes peut le confirmer. Le mouvement des gens n'est donc pas contrôlé.

T45. Répartition des réponses selon le NI

NI / Réponses	NIB		NIE	
	FA/28	%	FA/14	%
Oui	5	17.85	4	28.57
Non	23	82.14	10	71.42

Nous lisons dans le tableau que 82.14 % des thérapeutes de NIB contre 71.42 % des thérapeutes de NIE n'autorisent pas des visites fréquentes de la part de l'entourage. 28.57 % des thérapeutes de NIE et 17.85 % de NIB autorisent ces visites. Nous avons fait recours au test du Khi-carré pour nous rassurer si la différence observée est due au hasard ou à une cause systématique.

X^2_{cal} est de 0.69. Au seuil de probabilité p.05, avec le degré de liberté L = 1, X^2_{lu} est de 3.84. X^2_{cal} est donc inférieur à X^2_{lu} ($0.69 < 3.84$). Les différences observées entre les opinions des thérapeutes de NIB ne diffèrent donc pas significativement de celles exprimées par les thérapeutes de NIE.

Qu'en est-il de la variable "ancienneté"?

T46. Répartition des réponses selon l'ancienneté

Ancienneté / Réponses	Nouveaux ($\leq$ 2 ans)		Anciens($>$ 2 ans)	
	FA/21	%	FA/21	%
Oui	3	14.28	6	28.57
Non	18	85.71	15	71.42

Le recours au χ^2 s'est avéré nécessaire pour nous assurer de la signification des différences que nous observons dans le tableau selon la variable " ancienneté ".

Au seuil de probabilité p.05 avec L = 1, χ^2_{lu} est de 3.84. χ^2_{cal} est de 1.40. Nous constatons que χ^2_{cal} est inférieur au χ^2_{lu} ($1.40 < 3.84$): L'autorisation des visites fréquentes de l'entourage du malade n'est donc pas fonction de l'ancienneté du thérapeute.

Nous remarquons pour cet item que les visites fréquentes de la part de l'entourage du tuberculeux ne sont pas autorisées. Pour nos enquêtés, cette interdiction vise l'isolement du tuberculeux, la protection de l'entourage et évite ainsi la propagation de la maladie. Cela transparait dans les propos d'un de nos enquêtés.

> " Parce qu'ici le malade hospitalisé, nous le considérons comme quelqu'un qui est isolé dans un but d'éviter des contaminations".

Toutefois, nous avons constaté que malgré la réglementation qui interdit ces visites, certains thérapeutes autorisent des visites de la part de l'entourage du malade.
Nous pensons que ceux-ci ressentent la nécessité de l'ambiance familiale, du soutien moral et psychologique dans la prise en charge du malade surtout quand celui-ci est hospitalisé depuis longtemps.

Les propos d'un de nos enquêtés sont clairs:

" Cela est très important car le patient a besoin d'un soutien psychologique pour sa guérison ".

L'importance de ces visites va apparaître à l'item 15 dont nous présentons les résultats dans le tableau suivant:

Question 15 : Quelle est la responsabilité de l'entourage dans la prise en charge du tuberculeux ?

T47. Répartition globale des réponses

Réponses	Fréquences	%
a. Soutien moral et psychologique	22	52.38
b. Veiller à la discipline du malade	19	45.23
c. Soutien matériel	13	30.95
d. Faciliter la réintégration du malade	8	19.04
e. Pas de responsabilité	6	1.428

Nous remarquons à travers le tableau T47 que 52.28 % des thérapeutes affirment que le soutien moral et psychologique est la responsabilité principale de l'entourage du malade dans sa prise en charge. Pour 45.23 % des thérapeutes, l'entourage doit veiller à la discipline du malade.Le soutien matériel (30.95 %) et la réintégration du malade(19.04 %) incombent aussi à l'entourage du malade. Soulignons aussi que pour 14.28 % des thérapeutes, l'entourage n'a pas de responsabilité dans la prise en charge du tuberculeux.

Voyons maintenant s'il y aurait des variations dans les réponses de nos enquêtés selon les variables retenues.

T46. Répartition des réponses selon le milieu

Milieu / Réponses	Sana de Kibumbu		PRC + HMK	
	FA/12	%	FA/30	%
a. Soutien moral et psychologique	4	33.33	18	60
b. Veiller à la discipline du malade	4	33.33	15	50
c. Soutien matériel	0	0	13	48.88
d. Faciliter la réintégration du malade	0	0	8	26.66
e. Pas de responsabilité	4	33.33	2	6.66

La lecture du tableau montre que pour 60 % des thérapeutes du PRC et de l'HMK et pour 33.33 % du Sana, l'entourage doit soutenir moralement et psychologiquement le malade. A la lecture du tableau , nous avons l'impression que les thérapeutes du PRC et de l'HMK plus que ceux du Sana, attachent une grande importance au soutien moral et psychologique dans la prise en charge du tuberculeux. Nous serions alors tenté de confirmer , comme nous l'avons vu à l'item 14, que les visites de l'entourage du malade et la permission d'avoir un garde malade se font au PRC et à l'HMK dans ce souci. Un pourcentage relativement élevé des thérapeutes du Sana (33.33 %) contre uniquement 6.66 % des thérapeutes du PRC et de l'HMK nie la responsabilité de l'entourage du malade dans sa prise en charge.

Nous remarquons également à travers le T46 que pour 50 % des thérapeutes du PRC et de l'HMK, l'entourage doit veiller à la discipline du malade. Ici nous voudrions faire une petite mise au point. Nous avons remarqué que les thérapeutes du Sana confondent l'entourage du malade et l'entourage de l'établissement (Sanetorium). Si donc l'entourage du malade doit veiller à sa discipline, cette responsabilité n'est pas conçue de la même manière dans les deux milieux.

En effet, l'entourage au Sana doit aider à surveiller les sorties illégales des malades, l'introduction des personnes étrangères à l' établissement et tout cas surpris doit être signalé à l'administration.

Par contre, au PRC et à l'HMK, l'entourage doit veiller à ce que le tuberculeux prenne régulièrement ses médicaments, et s'abstienne de l' alcool, du tabac,bref qu'il respecte les mesures hygièniques imposées par sa maladie et les conseils thérapeutiques prescrits par son thérapeute.

Deux autres points nous semblent importants. Le soutien matériel est uniquement évoqué par 43.88 % des thérapeutes du PRC et de l'HMK. Dans leurs justifications, ils insistent sur une bonne alimentation et sur l'achat des séringues pour les injections. Ce problème ne se pose pas au Sana où tous les soins et même l'alimentation sont gratuits. La réintégration sociale est aussi évoquée uniquement par les thérapeutes du PRC et de l'HMK mais là aussi avec un faible pourcentage(26.66 %)

Nous revenons sur l'idée que nous avions déjà donnée.
Les visites de l'entourage facilite cette réintégration. S'il n'y a pas de réintégration sociale, nous retombons sur le problème de sevrage que nous avons évoqué à l'item 12(T28). Il faut donc que le thérapeute aide et éduque le malade à sa réintégration.

Soulignons enfin que la majorité des thérapeutes du Sana réduisent la prise en charge du tuberculeux aux seuls soins et à la bonne alimentation du malade.
En témoignent les propos d'un de nos enquêtés:

> " L'entourage n'a aucune responsabilité dans la prise en charge du tuberculeux car tout le nécessaire est fait pour lui ".

Dans ces conditions ils minimisent l'importance de l'ambiance familiale et sociale dans la thérapie.

T49. Répartition des réponses selon le N.I.

Niveau d'instruction / Réponses	NIB		NIE	
	FA/28	%	FA/12	%
a. Soutien moral et pscyhologique	12	42.85	10	71.42
b. Veiller à la discipline du malade	10	35.71	9	64.28
c. Soutien matériel	9	32.14	4	28.57
d. Faciliter la réintégration du malade	5	17.85	3	21.42
E. Pas de responsabilité	6	21.42	0	0

La responsabilité première de l' entourage du malade est de le soutenir moralement et psychologiquement. C'est du moins l'avis de 71.42 % des thérapeutes deNIE et 42.85 % de NIB. Nous pensons que cette différence est due au fait que ces derniers sont beaucoup plus esclaves de la médecine somatique et ignore la part qui revient à l'entourage du malade dans sa prise en charge. Cela se remarque aussi quand nous voyons que pour 64,28 % des thérapeutes de NIE contre uniquement 35.71 % des thérapeutes de NIB, l'entourage doit veiller à la discipline du malade. Par contre, plus que ceux de NIE, les thérapeutes de NIB attachent de l'importance au soutien matériel, soutien à caractère technique et observable. Nous remarquons d'ailleurs qu'un pourcentage important (21.42 %) affirme que l'entourage du malade n'a pas de responsabilité dans sa prise en charge. Pour eux donc, seuls les gestes techniques d'avaler des comprimés et de faire des injections suffisent pour la prise en charge du tuberculeux.

Qu'en est-il de la variable"ancienneté"?

T_{50}. Répartition des réponses selon l'ancienneté

Ancienneté / Réponses	Nouveaux (≤ 2 ans)		Anciens (>2ans)	
	FA/21	%	FA/21	%
a. Soutien moral et psychologique	12	57.14	10	47.61
b. Veiller à la discipline du malade	9	42.85	10	47.61
c. Soutien matériel	6	28.57	7	33.33
d. Faciliter la réintégration du malade	5	23.80	3	14.28
e. Pas de responsabilité	3	14.28	3	14.28

La lecture de ce tableau montre que deux grandes responsabilités incombent à l'entourage du malade. Il s'agit de soutenir moralement et psychologiquement le malade et de veiller à sa discipline. Deux éléments attirent notre attention dans ce tableau. 57.14 % des thérapeutes nouveaux contre uniquement 47.61 % des anciens estiment que l'entourage doit soutenir moralement et psychologiquement le tuberculeux. Pour 23.80 % des thérapeutes nouveaux et uniquement 14.28 % des anciens, l'entourage doit faciliter la réintégration du tuberculeux. Ces deux éléments jouent un rôle primordial dans la prise en charge du malade. Nous n'avons pas d'explication pour justifier qu'ils soient plus évoqués par les thérapeutes nouveaux. Nous pensons toutefois que grâce aux automatismes acquis par l'expérience et la pratique, les anciens comptent sur leurs connaissances médicales et techniques.

Question 16. Aimeriez-vous traiter les tuberculeux en :

ambulatoire Internat Pourquoi?

T_{51}. Répartition globale des réponses.

Réponses	Fréquences	%
Ambulatoire	6	14.28
Internat	34	80.95
Indécis	2	4.76

L'analyse du tableau montre que 80.95 % des thérapeutes voudraient traiter les tuberculeux en internat. 14.28% aimeraient les traiter en ambulatoire tandis que 4.76 % des thérapeutes sont indécis.

Nous allons voir maintenant si ces positions varient selon les variables retenues.

T_{52}. Répartition des réponses selon le "milieu".

Milieu / Réponses	Sana de Kibumbu		PRC + HMK	
	FA/12	%	FA/30	%
Ambulatoire	1	8.33	5	16.66
Internat	10	78.91	24	80
Indécis	1	8.33	1	3.33

Nous lisons dans le tableau que 80% des thérapeutes du PRC et de l'HMK et 78.91% du Sana voudraient traiter les tuberculeux en internat. 16.66% des thérapeutes du PRC et de l'HMK contre 8.33% des thérapeutes du Sana aimeraient les traiter en ambulatoire.

Nous avons cherché à savoir, à l'aide du X^2, si les différences observées entre les deux milieux sont oui ou non significatives. La valeur tabulaire que nous lisons au seuil.05 et au degré de liberté = 2 est de 5.99. X^2 cal est de 1.49. X^2 cal est donc inférieur au X^2_{lu}. Par conséquent, les différences

constatées selon les deux milieux ne sont pas significatives

T_{53}. Répartition des réponses selon le "NI".

NI. / Réponses	NIB		NIE	
	FA/28	%	FA/14	%
Ambulatoire	4	14.28	2	14.28
Internat	23	82.14	11	78.57
Indécis	1	3.57	1	7.14

Le tableau montre que 82.14 % des thérapeutes de NIB et 78.57% de NIE aimeraient traiter les tuberculeux en internat. Indépendamment de leur NI, 14,28% des thérapeutes voudraient les traiter en ambulatoire tandis que 7.14% des thérapeutes de NIE et 3.57 % de NIB ne se décident pas.

Ici aussi le calcul du X^2 s'avère nécessaire pour vérifier la signification des différences que nous observons dans le tableau. Au seuil p.05 avec L = 2 est de 5.99. X^2_{cal} est de 0.81. Nous remarquons que X^2_{cal} est inférieur au X^2_{lu} (0.81<5.99). Nous en déduisons que les différences constatées selon le NI ne sont pas significatives.

T_{54} Répartition des réponses selon l'ancienneté.

Ancienneté / Réponses	Nouveaux ≤ 2 ans)		Anciens (> 2ans)	
	FA/21	%	FA/21	%
Ambulatoire	2	9.52	4	19.04
Internat	18	87.71	16	76.19
Indécis	1	4.76	1	4.76

Nous remarquons à travers ce tableau que 85.71% des thérapeutes nouveaux contre 76.19% des anciens aimeraient traiter les tuberculeux en internat. 19.04% des anciens contre 9.52% voudraient traiter les tuberculeux en ambulatoire tandis que 4.76% des nouveaux ou anciens

sont indécis.

Le calcul du X^2 nous a permis de constater que les réponses de nos enquêtés ne sont pas influencées par leur ancienneté.

Globalement les thérapeutes voudraient traiter les tuberculeux en internat pour deux raisons. La protection de l'entourage et la surveillance du malade.

Les propos de cet enquêté sont explicites :

"... en internat pour faire une surveillance sinon le traitement est rarement efficace puisque chez eux ils prennent de l'alcool, du tabac et puis ils deviennent résistants aux médicaments et redeviennent contaminants".

Nous avons vu que la prise régulière des médicaments pendant tout le temps nécessaire est la clé de la guérison, quel que soit le lieu où les soins sont donnés. Nous avons également vu que même à l'hôpital , la prise régulière des médicaments n'est pas assurée par une stricte supervision. Des cas d'indiscipline sont enregistrés. Rien donc ne semble justifier ou mettre en évidence un avantage en faveur de l'hospitalisation. Nous pensons donc que les thérapeutes privilégient le traitement en internat parce qu'ils redoutent que l'indiscipline qui se manifeste même quand le malade est hospitalisé ne puisse déborder lorsqu'il est traité en ambulatoire. C'est donc la volonté de bien suivre le malade qui motive le traitement en internat.

Une autre raison plus psychologique peut expliquer la préférence de l'internat. Les thérapeutes préfèrent le traitement en internat parce que dans ce cas le malade est soumis à leur autorité. Il devient un enfant à éduquer pour son propore bien. Nous rejoignons ici l'idée de L. MOOR quand il écrit :

> " L'individu hospitalisé devient un enfant soumis pour son bien à une autorité supérieure dont il dépend, lui abandonnant toute initiative, toute décision. Le soignant est la personne à qui il doit obéir et de qui il a l'obligation de recevoir soins, traitements et examens" (1).

---

(1) L. MOOR, Elément de psychologie médicale dela pratique quotidienne, 2e éd. Paris, ESF, 1972. p.46.

Ceux qui voudraient traiter les tuberculeux en ambulatoire avancent deux raisons : d'abord pour éviter le grand nombre d'hospitalisation, ensuite pour permettre au malade de rejoindre sa famille. Ces deux raisons laissent de coté la bonne prise en charge du tuberculeux.
Ici devrait intervenir la responsabilité du malade et de son entourage dans sa prise en charge. D'ailleurs la tuberculose n'est pas une affaire personnelle mais plutôt familiale et collective. Toutes les actions entreprises pour sa prévention et son traitement doivent s'étendre sur tout l'environnement du malade. Puisque les thérapeutes reconnaissent la responsabilité de l'entourage dans la prise en charge du tuberculeux, ils devraient la mettre à profit dans le traitement ambulatoire pour l'intérêt psychosocial du malade. Nous avons vu à l'item 15 que la majorité des thérapeutes reconnaissent deux responsabilités importantes à l'entourage dans la prise en charge du tuberculeux. Il s'agit du soutien moral et psychologique ainsi que de la surveillance de la discipline du malade. Le personnel soignant doit donc reconnâître que si la thérapeutique a pour objet de guérir les organes lésés, elle doit également sauvegarder au même restaurer chez le malade une vie sociale normale; ce qui nécessite la collaboration de l'entourage du malade.

CONCLUSION DU CHAPITRE

Nous avons envisagé ce chapitre sous trois aspects à savoir la collaboration du malade, du thérapeute et de l'entourage du malade. La responsabilité de ces trois partenaires est indéniable pour toute thérapie et particulièrement dans le cas de la tuberculose où, comme l'affirme K. TONAN.

> " ... l'irrégularité ou l'abandon prématuré de la chimiothérapie ont en général, de sérieuses conséquences, non seulement pour le malade, mais aussi pour la collectivité toute entière" (1)

---

(1) K. TOMAN, Op. cit. p.230

Nous avons constaté dans ce chapitre que les thérapeutes sont conscients de cette collaboration. Toutefois certains tuberculeux sont défaillants et ne participent pas à leur prise en charge. De même, il a été constaté que certains thérapeutes nient la responsabilité de l'entourage du malade dans sa prise en charge. Rien ne nous a permis de confirmer à 100 % que les thérapeutes anciens collaborent mieux avec les tuberculeux que leurs collègues novices. Mais nous avons constaté dans le chapitre précédent que les anciens communiquent mieux avec les tuberculeux que les nouveaux. Notre première hypothèse opérationnelle qui était formulée comme suit". Les thérapeutes anciens communiquent et collaborent mieux avec les tuberculeux que leurscollègues novices " reste en partie confirmée.
Elle est en partie confirmée parce que les thérapeutes anciens ont peu de difficultés dans leurs relations avec les tuberculeux. Par conséquent, ils communiquent mieux que les thérapeutes nouveaux avec les malades. La première partie de l'hypothèse est donc justifiée. La deuxième partie de l'hypothèse concerne la collaboration dans la prise en charge du tuberculeux. Nous avons remarqué que les thérapeutes, quelle que soit leur ancienneté, reconnaissent la nécessité de la collaboration du malade et de son entourage dans sa prise en charge. Nous avons également constaté que les thérapeutes nouveaux et anciens adoptent des stratégies qui appellent la collaboration du malade dans sa prise en charge. C'est notamment le recours à l'éducation sanitaire et aux conseils thérapeutiques pour le respect du traitement .

D'autres stratégies telles: gronder le malade, le chasser,le menacer de ne plus le soigner etc.. ne favorisent pas la collaboration. Nous avons également constaté que certains thérapeutes, aussi bien nouveaux qu'anciens ne sont pas contents de s'entretenir avec les mêmes tuberculeux pendant de longues périodes. Rien donc ne nous permet d'affirmer que les thérapeutes anciens collaborent mieux que les nouveaux avec les tuberculeux, d'où la deuxième partie de notre hypothèse est à nuancer.

CHAPITRE V : LES POSSIBILITES DE CONTAMINATION

Nous présentons les résultats des questions qui se rapportent au même thème (Q.17,18,19 et 20) dans les mêmes tableaux et faisons le commentaire question par question.

Question 17 : Avez-vous déjà connu du personnel médical qui a contracté une maladie en milieu hospitalier parce qu'il s'occupe des tuberculeux ?

Oui Non Laquelle ?

Question 18: Pensez-vous que votre travail vous expose à la contamination ?

Oui Non Expliquez

Question 19 : Avez-vous déjà connu des tuberculeux qui souffrent d'autres maladies contagieuses ?

Oui Non Lesquelles ?

Question 20 : Cela ne peut-il pas influer sur votre comportement vis-à-vis de ces tuberculeux ?

Oui Non Expliquez ?

T55. Répartition globale des réponses

Questions	Réponses	Fréquences	%
Q.17	Oui	37	88.09
	Non	5	11.90
Q.18	Oui	42	100
	Non	-	-
Q.19	Oui	39	92.85
	Non	3	7.14
Q.20	Oui	25	59.52
	Non	17	40.47

Question 17 : La lecture du tableau montre que 88.09 % des thérapeutes ont déjà connu du personnel médical qui a contracté une maladie en milieu hospitalier parce qu'il s'occupe des tuberculeux. 11.90 % des thérapeutes n'en ont pas encore connu.

Question 18 : Nous lisons dans le tableau que 100 % des thérapeutes pensent que leur travail les expose à la contamination.

Question 19 : Le tableau montre que 92.85 % des thérapeutes ont déjà connu des tuberculeux qui souffrent d'autres maladies contagieuses.7.14 % des thérapeutes n'ont pas encore connu de tels cas.

Question 20 : Nous remarquons à travers le tableau que le comportement de 59.52 % des thérapeutes est modifié face à un tuberculeux qui souffre d'autres maladies contagieuses. 40.47 % des thérapeutes affirment que leur comportement ne change pas face à un tuberculeux qui souffre d'autres maladies contagieuses.

Nous allons voir maintenant si ces positions varient avec les variables retenues.

T56. Répartition des réponses selon le milieu.

Réponses \ Milieu		Sana de Kibumbu FA/12	%	P.R.C. + H.MK. FA/30	%
Q17	Oui	11	91.66	26	86.66
	Non	1	8.33	4	13.33
Q18	Oui	12	100	30	100
	Non	0	0	0	0
Q19	Oui	12	100	27	90
	Non	0	0	3	10
Q20	Oui	3	25	22	73.33
	Non	9	75	8	26.66

Question 17 : Il apparaît sur le T56 que 91.66 % des thérapeutes du Sana contre 86.66 % des thérapeutes des deux autres centres de soins ont déjà connu du personnel médical qui a contracté une maladie en milieu hospitalier. 13.33 % des thérapeutes du PRC et de l'HMK contre 8.33 % du Sana n'ont pas encore connu un tel cas.

Nous avons cherché à savoir, à l'aide du χ^2, si les différences apparentes selon le milieu sont oui ou non significatives. Au seuil de probabilité p.05 avec L = 1, χ^2_{lu} est de 3.84. χ^2_{cal} est de 0.63. Nous constatons que χ^2_{cal} est inférieur à χ^2_{lu} d'où les différences ne sont pas significatives. Les thérapeutes des deux milieux ont donc déjà connu du personnel qui a contracté une maladie en milieu hospitalier parce qu'il s'occupe des tuberculeux. A la question de savoir quelle maladie il contracte, plus de 90 % évoquent la tuberculose. A côté de celle-ci, les thérapeutes mentionnent d'autres maladies notamment la dysenterie, l'hépatite virale, la cirrhose etc.. Nous remarquons qu'il y a une certaine subjectivité dans les réponses de nos enquêtés parce que rien ne dit que les thérapeutes contractent ces maladies parce qu'ils s'occupent des tuberculeux. Un de nos enquêtés le dit d'ailleurs :

> " Pour cette question, le personnel médical peut contracter une maladie par exemple la tuberculose mais non pas parce qu'il s'occupe des tuberculeux mais ça dépendra de l'immunité de son organisme ".

Il y a donc un grossissement du risque de contamination comme nous allons le voir avec l'item 18.

Question 18: Nous remarquons à travers le T56 que tous les thérapeutes indépendamment des variables retenues, sont unanimes pour dire que leur travail les expose à la contamination. Ils s'expliquent en disant que ils respirent les BK suspendus dans l'air environnant. Cette possibilité peut expliquer la contagion de la tuberculose mais nullement les autres maladies mentionnées.

Il est vrai que le thérapeute peut être contaminé par les patients. Mais dans la mesure où les thérapeutes savent que des facteurs physiques, que nous avons donnés dans la première partie de notre travail, doivent être présents pour qu'il y est contagion et qu'ils sont au courant des précautions à prendre pour leur protection et, dans la mesure où ces précautions sont offertes, les thérapeutes ne devraient pas s'inquiéter pour leur probable contamination.

Question 19: Le tableau 56 montre que 100 % des thérapeutes du Sana ont déjà connu des tuberculeux qui souffrent d'autres maladies contagieuses. 90 % des thérapeutes du PRC et de l'HMK sont du même avis tandis que les 10 % autres affirment n'avoir pas encore connu de tels cas.

Le calcul du χ^2 nous a permis de constaté que les différences observées entre les deux milieux ne sont pas significatives. En effet, au seuil de probabilité p.05 avec L =1, χ^2_{lu} est 3.84 · χ^2_{cal} est de 2.29 · χ^2_{cal} est donc inférieur à χ^2_{lu}.
Nous admettons donc que d'une façon globale, les thérapeutes ont déjà connu des tuberculeux qui souffrent d'autres maladies contagieuses. Les plus courantes sont le Sida signalé par plus de 90 % des thérapeutes, les maladies sexuellement transmissibles(MST) évoquées à plus de 60 %, Zona et autres maladies comme la diarrhée et la dysenterie qui ont été évoquées à l'item 17.

Question 20 : Nous lisons dans le tableau que 75 % des thérapeutes du Sana ne changent pas de comportement face à un tuberculeux qui souffre d'autres maladies contagieuses. Par contre, 73.33 % des thérapeutes du PRC et de l'HMK changent de comportement face à un tel tuberculeux. Cela revient à dire que seulement 25 % des thérapeutes du Sana changent de comportement alors que seulement 26.66 % des thérapeutes du PRC et de l'HMK ne changent pas face à un tuberculeux qui souffre d'autres maladies contagieuses. Les différences observées selon le milieu, différences de plus de 40 %, sont significatives.

D'ailleurs le calcul du χ^2 nous l'a confirmé car χ^2_{cal} est de 8.26 % alors que χ^2_{lu} au seuil de probabilité p.05 avec L = 1 est de 3.84. Logiquement, tous les thérapeutes devaient changer ne fut-ce que pour prendre plus de précautions et être plus prudents vis-à-vis de tels malades. Mais nous venons de voir qu'il y a une différence selon les milieux. Cette différence peut s'expliquer par le fait que les thérapeutes du PRC et de l'HMK ont à traiter d'autres malades non contagieux. Ils s'éloignent donc des tuberculeux pour s'intéresser aux autres malades " moins dangereux ". Un de nos enquêtés le dit bien:

> " Il faut faire une technique thérapeutique efficace et rapide pour ne pas trainer auprès des malades ".

Les thérapeutes du Sana quant à eux n'ont que les tuberculeux à qui ils doivent se consacrer et témoigner toute leur disponibilité. Mais alors, comment le risque de contamination peut ne pas influencer la vie professionnelle du thérapeute. Cela constitue pour nous une justification de la conscience profesionnelle et de l'assiduité au travail malgré la menace de contamination. C'est peut-être aussi une façon de réclamer des avantages ou indemnités de risque.

T57. Répartition des réponses selon le N.I.

Q	N.I. / Réponses	NIB FA/28	NIB %	NIE FA/14	NIE %
Q17	Oui	26	82.14	14	100
	Non	5	17.85	0	0
Q18	Oui	28	100	14	100
	Non	0	0	0	0
Q19	Oui	25	89.28	14	100
	Non	3	10.71	0	0
Q20	Oui	13	46.42	12	85.71
	Non	15	53.57	2	14.28

Question 17 : Nous lisons dans ce tableau que 100 % des thérapeutes de NIE contre 82.14 % des thérapeutes de NIB ont déjà connu du personnel médical qui a contracté une maladie en milieu hospitalier, 17.85 % des thérapeutes de NIB n'ont pas encore connu de tel cas.

Au seuil de probabilité p.05 avec L = 1, X^2_{lu} est de 3.84 . X^2_{cal} est de 3.52. Nous constatons que X^2_{cal} est inférieur au X^2_{lu} et nous en déduisons que les différences constatées selon le NI ne sont pas significatives.
Tous les thérapeutes, quel que soit leur NI, ont déjà connu du personnel qui a contracté une maladie en milieu hospitalier.

Question 18 : Le tableau montre que, quel que soit le NI, 100% des thérapeutes trouvent que leur travail les expose à la contamination parce qu'ils sont en contact avec des malades contagieux et qu'ils oeuvrent dans un milieu riche en B.K.

Question 19 : Nous remarquons à travers le tableau 57, que 100% des thérapeutes de NIE contre 89.28 % de ceux de NIB ont déjà connu des tuberculeux qui souffrent d'autres maladies contagieuses. 10.71 % des thérapeutes de NIB n'en ont pas encore connu.

A l'aide du X^2 , nous avons vérifié si les différences constatées sont significatives. Au seuil de probabilité p.05 avec L = 1, X^2_{lu} est de 3.84 tandis que X^2_{cal} est de 2.48. X^2_{cal} est donc inférieur à X^2_{lu} ($2.48 < 3.84$). Les différences constatées selon la variable " NI " ne sont donc pas significatives. Les thérapeutes ont donc déjà connu des tuberculeux qui souffrent d'autres maladies contagieuses.

Question 20 : Le tableau 57 montre que 85.71 % des thérapeutes de NIE contre uniquement 46.42 % de NIB changent de comportement vis-à-vis d'un tuberculeux qui souffre d'autres maladies contagieuses. Par contre, 53.57 % des thérapeutes de NIB et 14.28 % de NIE ne changent pas de comportement face à un tel malade.

Les différences observées entre les réponses des thérapeutes de NIB et ceux de NIE, différences de plus de 30 %, sont significatives. Le calcul du χ^2_l le montre aussi. Au seuil de probabilité p.05 avec L = 1, χ^2_{lu} est de 3.84 tandis que χ^2_{cal} est de 6.21. χ^2_{cal} est donc supérieur à χ^2_{lu} .
Nous en déduisons que les thérapeutes de NIE changent de comportement face à un tuberculeux qui souffre d'autres maladies contagieuses tandis que ceux de NIB ne sont pas influencés.
Il y a ici une certaine aberration. En effet, par le contour de leur formation, les thérapeutes de NIE sont plus informés sur les modes de contamination. Ils sont moins en contact avec les malades et sont plus sensibilisés sur les précautions à prendre pour éviter la contamination .
Logiquement, la pluri-infection du malade ne devrait pas influer sur leur comportement. Mais nous remarquons qu'ils réduisent davantage leur contact avec les tuberculeux. Les propos de ce médecin le montrent:

" Nous devons prendre des précautions pour ne pas être contaminés. Par exemple; nous ne pouvons pas nous approcher facilement des malades qui toussent ".

Ceux pour qui la pluri-infection du malade n'influe pas sur leur comportement avancent deux raisons principales: soit qu'ils sont au courant des précautions à prendre, soit qu'ils savent qu'ils vont travailler auprès des tuberculeux mais qu'ils prennent quand même l'engagement de les aider. C'est donc par vocation et par conscience professionnelle qu'ils ne changent pas de comportement.

T58. Répartition des réponses selon l'ancienneté

Réponses \ Ancienneté		Nouveaux (≤ 2 ans)		Anciens(> 2 ans)	
		FA/21	%	FA/21	%
Q17	Oui	19	90.47	18	85.71
	Non	2	9.52	3	14.28
Q18	Oui	21	100	21	100
	Non	0	0	0	0
Q19	Oui	20	95.23	19	90.47
	Non	1	4.76	2	9.52
Q20	Oui	8	30.09	9	42.85
	Non	13	61.90	12	57.14

Question 17 : Nous remarquons à travers ce tableau que 90.47 % des thérapeutes nouveaux contre 85.71 % des anciens ont déjà connu du personnel médical qui a contracté une maladie en milieu hospitalier. 14.28 % des thérapeutes anciens contre 9.52 % des nouveaux n'en ont pas encore connu. Il est contradictoire que les thérapeutes nouveaux connaissent des cas du personnel qui a contracté une maladie en milieu hospitalier alors que des thérapeutes anciens n'en connaissent pas. Nous avons caclulé χ^2 pour voir si les différences constatées sont oui ou non singificatives.

Au seuil de probabilité p.05 avec L = 1, χ^2_{lu} est de 3.84 . χ^2_{cal} est de 0.45. Nous constatons que $\chi^2_{cal} < \chi^2_{lu}$ d'où les différences selon l'ancienneté ne sont pas significatives. De façon générale, les thérapeutes, quelle que soit leur ancienneté, ont déjà connu du personnel qui a contracté une maladie en milieu hospitalier parce qu'il s'occupe des tuberculeux.

Question 18 : Nous lisons dans le tableau 58 que 100 % des thérapeutes, quelle que soit leur ancienneté, pensent que leur travail les expose à la contamination. Les raisons avancées ont été données précédemment. Les thérapeutes sont en contact avec des malades contagieux et ils respirent les B.K. suspendus dans l'air ambiant.

Question 19: Le tableau 58 fait ressortir des contradictions. Nous remarquons en effet que 95.23 % des thérapeutes nouveaux contre 90.52 % des anciens ont déjà connu des tuberculeux qui souffrent d'autres maladies contagieuses. 9.52 % des thérapeutes anciens et seulement 4.72 % des nouveaux n'en ont pas encore connu. Le calcul du χ^2 nous a permis de constater que les différences observées ne sont pas significatives.

En effet, avec L = 1 et au seuil de probabilité p.05, χ^2_{lu} est de 3.84. Or, χ^2_{cal} est de 0.72. χ^2_{cal} est donc inférieur au χ^2_{lu} ($0.72 < 3.84$). Il en découle que les différences observées selon l'ancienneté ne sont pas significatives. Les thérapeutes, quelle que soit leur ancienneté, ont déjà connu des tuberculeux qui souffrent d'autres maladies contagieuses.

Question 20: Le tableau 58 nous montre également que 61.90 % des thérapeutes nouveaux contre 57.14 % des anciens ne changent pas de comportement vis-à-vis d'un tuberculeux qui souffre d'autres maladies contagieuses. 42.85 % des anciens contre 38.09 % des nouveaux changent de comportement. Le calcul du χ^2 nous a fait remarquerque les différences constatées selon la variable ancienneté ne sont pas significatives. Au seuil de probabilité p.05 avec L = 1, χ^2_{lu} est de 3.84. Or χ^2_{cal} est de 0.20. χ^2_{cal} est donc inférieur au χ^2_{lu}.

De façon générale et quelle que soit leur ancienneté, les thérapeutes ne changent pas de comportement vis-à-vis d'un tuberculeux qui souffre d'autres maladies contagieuses. Remarquons toutefois que les 42.85 % des thérapeutes anciens et les 38.09 % des nouveaux qui changent de comportement constituent des pourcentages importants. Cette attitude de certains thérapeutes face à un tuberculeux pluri-infecté est sans aucun doute un handicap réel dans la relation thérapeute-malade et au niveau de leur communication.

Question 21: Donnez vos observations et vos considérations sur vos relations avec les tuberculeux.

Nous avons inséré cet item dans l'intention de voir s'il y aurait un aspect qui nous aurait échappé dans la rédaction de notre questionnaire sur les difficultés que rencontre le personnel soignant dans ses relations avec les tuberculeux. De cette manière, nous espérions nous rendre compte de ce que les thérapeute attendent de leurs patients, comment ils trouvent leurs relations et comment ils voudraient que ces relations soient.

Les observations et considérations formulées par nos enquêtés sont traduites dans le tableau suivant.

T59. Répartition des observations et considérations des thérapeutes

Observations et considérations	Fréquences	%
a. Les relations sont bonnes	28	66.66
b. Elles sont tendues avec les indisciplinés	13	30.95
c. Elles sont tendues avec les tuberculeux VIH$^+$	6	14.28
d. Le contact est difficile parce que les tuberculeux s'énervent facilement	6	14.28
e. Ils se découragent facilement	6	14.28
f. Pas de réponse	4	9.52

Nous lisons dans le tableau que 66.66 % des thérapeutes trouvent que leurs relations avec les tuberculeux sont bonnes. Elles sont toutefois tendues avec les indisciplinés (30.95 %) et avec les tuberculeux VIH$^+$ (14.28 %). Les relations avec les tuberculeux sont aussi difficiles parce qu'ils se découragent et s'enérvent facilement. C'est l'avis de 14.28 % des thérapeutes.

Nous allons maintenant voir s'il y aurait une différence dans les observations faites par nos enquêtés selon les variables retenues. Mais nous n'allons pas faire recours au χ^2 pour voir si les différences observées dans les tableaux sont significatives ou non parce que un seul répondant peut faire plus d'une observation.

T60. Répartition des observations selon le milieu

Milieu / Observations	Sana de Kibumbu		PRC + HMK	
	FA/12	%	FA/30	%
a. Les relations sont bonnes	6	50	22	73.33
b. Elles sont tendues avec les tuberculeux indisciplinés	1	8.33	12	40
c. Elle sont tendues avec les tuberculeux VIH+	2	16.66	4	13.33
d. Le contact est difficile parce que les tuberculeux s'énervent facilement	4	33.33	2	6.66
e. Ils se découragent facilement	2	16.66	4	13.33
f. Pas de réponse	3	25	1	3.33

Nous lisons dans le tableau que 73.33 % des thérapeutes du PRC et de l'HMK contre 50 % de ceux du sanatorium trouvent que leurs relations avec les tuberculeux sont bonnes. 40 % des thérapeutes du PRC et de l'HMK contre uniquement 8.33 % du sanatorium trouvent que ces relations sont tendues avec les indisciplinés.

Pour 16.66 % des thérapeutes du Sana et 13.33 % de ceux du PRC et de l'HMK, le contact avec les tuberculeux VIH+ est difficile parce que ceux-ci s'énervent et se découragent facilement. Nous remarquons qu'il y a des différences dans les observations faites par nos enquêtés selon qu'ils sont du Sanatorium ou du PRC et de l'HMK.

T61. Répartition des réponses selon le "N.I."

Niveau d'instruction / Observations	NIB		NIE	
	FA/28	%	FA/14	%
a. Les relations sont bonnes	18	64.28	10	71.42
b. Elle sont tendues avec les tuberculeux indisciplinés	8	28.57	5	39.71
c. Elle sont tendues avec les tuberculeux VIH+	4	14.28	2	14.28
d. Le contact est difficile parce que les tuberculeux s'énervent facilement	6	21.42	0	0
e. Ils se découragent facilement	6	21.42	0	0
f. Pas de réponse	4	14.28	0	0

La lecture de ce tableau montre que 71.42 % des thérapeutes de NIE et 64.28 % de NIB entretiennent de bonnes relations avec les tuberculeux. Les relations sont tendues avec les tuberculeux indisciplinés pour 35.71 % des thérapeutes de NIE et 28.57 % de ceux de NIB. Elles sont également tendues avec les tuberculeux VIH+ (14.28 %). Les autres observations sont uniquement faites par les thérapeutes de NIB. Nous y reviendrons dans le commentaire.

T62. Répartition des réponses selon l'ancienneté

Ancienneté / Observations	Nouveau($\leq$ 2 ans)		Anciens($>$ 2 ans)	
	FA/21	%	FA/21	%
a. Les relations sont bonnes	14	66.66	14	66.66
b. Elle sont tendues avec les tuberculeux indisciplinés	5	23.80	8	38.09
c. Elles sont tendues avec les tuberculeux VIH+	4	19.04	2	9.52
d. Le contact est difficile parce que les tuberculeux s'énervent facilement	4	19.04	2	9.52
e. Ils se découragent facilement	2	9.52	4	19.04
f. Pas de réponse	3	14.28	1	4.76

L'analyse du tableau montre que 66.66 % des thérapeutes nouveaux et /ou anciens entretiennent de bonnes relations avec les tuberculeux. Pour 38.09 % des thérapeutes anciens et 23.80 % des nouveaux, ces relations sont tendues avec les tuberculeux indisciplinés.

Comme le montre bien le tableau, les autres observations sont faites dans des proportions différentes selon la variable ancienneté.

Cette question montre que les thérapeutes ne relèvent pas d'aspects que nous n'aurions pas touchés dans la rédaction de notre questionnaire. Nous remarquons que les thérapeute évoquent encore une fois, comme ils l'ont fait aux item 3 et 5, le cas des tuberculeux VIH$^+$, des tuberculeux indisciplinés et des tuberculeux qui s'énervent et se découragent facilement. Toutefois, les thérapeutes affirment majoritairement que leurs relations avec les tuberculeux sont bonnes. Si les thérapeutes affirmaient le contraire, cela reviendrait à dire qu'ils ne font pas bien leur travail. En effet, si les relations sont mauvaises et que la prise en charge du tuberculeux exige sa participation et sa collaboration, le travail du thérapeute serait handicapé et par conséquent la relation malade-thérapeute serait compromise. L'existence des bonnes relations couvre donc le thérapeute et justifie son " bon travail ".

Etant donné que les thérapeutes formulent des observations sur des aspects que nous avons déjà touchés dans d'autres items, nous ne revenons pas sur les différences que nous obsevons dans les tableaux . Des explications ont été données.

Toutefois, il nous semble important de revenir sur le fait que les thérapeutes du Sanatorium affirment à 50 % que leurs relations avec les tuberculeux sont bonnes. Nous remarquons également que les thérapeutes de NIB confirment ces bonnes relations à un pourcentage peu élevé par rapport aux thérapeutes de NIE(64.28 % contre 71.42 %).

Une raison essentielle peut justifier cet état de chose: c'est que leurs contacts sont plus fréquents et plus réguliers avec les tuberculeux . Une autre raison non moins importante relève de l'image d'un thérapeute de NIB par rapport à celle d'un médecin. Par son statut, ce dernier bénéficie d'une plus grande crédibilité et confiance tandis que le premier peut faire l'objet d'une méfiance de la part des malades. Le thérapeute de NIB réagit à cette méfiance et ses relations avec le malade sont tendues. Des désaccords et des conflits aussi internes qu'externes naissent avec des répercutions fâcheuses sur la prise en charge du tuberculeux.

CONCLUSION DU CHAPITRE

Nous avons constaté au cours de ce chapitre que tous les thérapeutes redoutent d'être contaminé en milieu hospitalier. En effet la majorité des thérapeutes ont déjà connu du personnel médical qui a contracté une maladie parce qu'il s'occupe des tuberculeux. Ils connaissent également des tuberculeux qui souffrent d'autres maladies contagieuses. Toutes ces conditions réunies font que leur travail les expose à la contamination.

Notre deuxième hypothèse opérationnelle qui disait que " Les thérapeutes du Sanatorium de Kibumbu sont beaucoup plus exposés à la contamination et éprouvent beaucoup plus de difficultés de communication que les thérapeutes des deux autres centres de soins" reste en partie confirmée. Nous avons en effet constaté que les thérapeutes du Sana ont plus de difficultés de communication avec les tuberculeux mais ils ne sont pas plus exposés que les autres.

Quant à notre troisième hypothèse formulée comme suit: " Les thérapeutes les plus instruits ont moins peur de contracter la tuberculose ou toute autre maladie transmissible que les moins instruits(en milieu hospitalier) " est infirmée. Nous avons constaté en efffet qu'indépendamment de leur ancienneté, tous les thérapeutes pensent que leur travail les expose à la contamination. Toutefois, cette possibilité de contamination n'influence pas le comportement des thérapeutes du Sanatorium de Kibumbu même vis-à-vis d'un tuberculeux pluri-infecté.

CONCLUSION GENERALE

Au début de notre recherche, nous avions un objectif précis: faire une approche psychologique des difficultés que rencontre le personnel médical dans ses relations avec les tuberculeux.

Pour bien mener notre étude, nous avons divisé le travail en deux parties essentielles.

La première partie traite des généralités. Après avoir justifié et délimité notre sujet, nous donnons des références théoriques dans lesquelles nous livrons quelques informations sur la tuberculose et définissons les relations qui s'établissent en cas de maladie. Le deuxième chapitre de cette partie est faite des considérations méthodologiques. Ici il a été question de poser la problématique, les hypothèses et les variables de recherche, de présenter notre instrument de recherche, le milieu et notre population d'enquête.

Dans la deuxième partie, il s'agissait de présenter d'analyser et d'interpréter les résultats de notre recherche. Cette analyse et interprétation se sont effectuées autour de trois thèmes à savoir:

1° Les problèmes de communication
2° Le manque de collaboration
3° Les possibilités de contamination.

Ce sont ces mêmes thèmes qui constituent les différents chapitres de la deuxième partie de notre recherche.
Que pouvons-nous donc conclure après avoir exploité les réponses aux items de notre questionnaire ?

Nous avons remarqué dans le premier thème que les thérapeutes ont des difficultés de communication avec les tuberculeux surtout parce que ceux-ci crachent les BK et qu'ils s'énervent facilement. Nous avons également constaté que ces difficultés sont plus ressenties avec les tuberculeux indisciplinés, les tuberculeux VIH$^+$ et les tuberculeux en mauvais état général. Les thérapeutes insistent sur ces trois catégories de malade comme nous allons le voir dans le thème " manque de collaboration ". Des difficultés de communication apparaissent aussi avec les tuberculeux étrangers spécialement chez les thérapeutes du Sana de NIB. Or, K.TOMAN nous dit que:

> " Le personnel doit être capable de communiquer avec les malades dans leur propre langue et prêter une oreille attentive à leur souffrance et à leurs besoins "(1)

A ces difficultés de communication que nous pouvons qualifier de " caractère physique " s'ajoutent d'autres qui sont liées au manque de collaboration et aux possibilités de contamination. La prise en charge du tuberculeux n'est pas une affaire du seul thérapeute mais exige aussi la collaboration du malade et de la collectivité toute entière.
Nous avons constaté que, même si les thérapeutes reconnaissent que la réceptivité de leurs ordres et recommandations thérapeutiques est positive, ils ne nient pas que la collaboration du malade soit absente. Il y a en effet des tuberculeux défaillants qui ne respectent pas la régularité ou qui abandonnent le traitement.

L'on se souviendra que l'irrégularité dans la prise des médicaments ainsi que l'arrêt prématuré de la prise des médicaments sont les causes les plus habituelles de l'échec du traitement. L'échec est encore plus probable quand le malade se fait soigner tard.

---

(1) K.TOMAN, Op. Cit p.224

La question qui se pose maintenant est de montrer à quoi est dûecette défaillance. Nous pensons qu'elle peut être imputée au tuberculeux lui-même, par son ignorance ou par son indifférence. Mais il n'est pas exclu que la responsabilité de la défaillance soit assumée par le thérapeute. Tel est le cas quand le malade n'a pas été soigneusement informé sur sa maladie ou quand il abandonne le traitement parce que froissé par le comportement des thérapeutes. Ceux-ci doivent coopérer et aider les malades à résoudre les problèmes susceptibles d'entraîner la " défaillance ", ce qui appelle une plus grande disponibilité et collaboration du thérapeute. Nous avons remarqué qu'effectivement certaines pratiques tels les conseils thérapeutiques et l'éducation sanitaire favorisent la collaboration. Il faut donc que le thérapeute joue le rôle de conseiller, de guide et d'éducateur. Il doit créer une relation de qualité avec le malade et dépasser les différences sociales et intellectuelles pour comprendre les problèmes non médicaux du malade, son genre de vie, ses désirs et ses craintes. Bref, il faut que son comportement motive et appelle la collaboration du malade. Mais nous avons remarqué que certains thérapeutes adoptent des comportements gauches : tels gronder le malade,se fâcher, menacer de ne plus le soigner etc.. qui ne sont pas de nature à favoriser le dialogue et la collaboration.

A ce sujet K. TOMAN nous dit que:

> " L'absence de communication déconcertera le malade, une approche paternaliste, ou un mauvais comportement le rendront hostile et, au lieu de susciter sa confiance, le rendront méfiant, ce qui aboutira au rejet du traitement " (1)

---

(1) K.TOMAN, Op Cit. p.231

Concernant la collaboration de l'entourage, nous avons constaté que les thérapeutes sont conscients de la responsabilité de l'entourage dans la prise en charge du tuberculeux. En même temps, cette responsabilité n'est pas exploitée parce que les visites aux tuberculeux sont interdites et les thérapeutes ne veulent pas soigner les tuberculeux en ambulatoire où l'entourage jouerait un grand rôle dans la prise en charge du tuberculeux. D'ailleurs le Dr. André Baudry nous dit que:

> " Il n'est pas nécessaire d'hospitaliser, de répudier ou d'écarter le malade de son entourage " (1)

Qu'en est-il maintenant des possibilités de contamination ? Nous avons remarqué que la peur d'être contaminé en milieu hospitalier existe indépendamment des variables retenues. Cela se comprend dans la mesure où la majorité des thérapeutes affirment avoir connu des tuberculeux qui souffrent d'autres maladies contagieuses et même des thérapeutes qui ont été contaminés. Dans ces conditions, nul ne pourrait nier que des difficultés dans leurs relations avec les tuberculeux, par conséquent des difficultés de communication soient présentes. Notre hypothèse générale qui était libellée comme suit:

> " Les thérapeutes qui s'occupent des tuberculeux ont des difficultés de communication avec eux; difficultés qui sont liées à une peur de contracter des maladies en milieu hospitalier et au manque de collaboration dans la prise en charge du tuberculeux" est confirmée.

Nous avons en effet constaté que les thérapeutes ont peur d'être contaminé en milieu hospitalier. Les contacts sont donc réduits et la communication limitée. Bien plus, les thérapeutes reconnaissent l'indiscipline de certains tuberculeux qui ne respectent pas le traitement. Les réactions vis-à-vis de ces tuberculeux diffèrent. Certaines comme l'éducation sanitaire et les conseils thérapeutiques appellent la collaboration du malade.

---

(1) A. Baudry, Stop à la Tuberculose, Université Catholique de Louvain , 1979, p.6

D'autres réactions comme le renvoi du malade, la menace de ne plus le soigner etc.. handicapent cette collaboration. Nous avons enfin remarqué que les thérapeutes reconnaissent de façon générale, la nécessité de collaborer avec l'entourage dans la prise en charge du tuberculeux. C'est donc à cause de cette peur de contamination et à ce manque de collaboration que des difficultés de communication naissent.

Voici maintenant nos suggestions et recommandations pour une meilleure prise en charge des tuberculeux.

1° Il faudrait sélectionner un personnel particulièrement motivé pour la prise en charge des tuberculeux. Ce personnel doit faire l'objet d'une bonne supervision et information sur la nécessité de la relation de confiance pour le succès du traitement anti-tuberculeux.

2° Il faudrait former des assistants sociaux qui puissent animer des débats où les malades puissent exprimer leurs problèmes, leurs plaintes et leurs souhaits. Ces débats revêtiraient un caractère de sensibilisation antituberculeuse. Ils doivent donc associer l'entourage du malade.

3° A cause de l'association Sida-tuberculose, une collaboration accrue doit régner entre les programmes de lutte contre les deux infections. Des stratégies de suivi et de surveillance des malades doivent être adoptées surtout au moment où le traitement ambulatoire est privilégié.

4° Pour le Sana, il faudrait organiser de petites activités pour que le repos prolongé ne provoque pas le goût de l'inaction mais aussi pour préparer la réintégration et la réadaptation socio-professionnelle.

5° Enfin pour les thérapeutes, il faudrait penser à leur donner des indemnités de risque ne fut-ce que pour les motiver mais aussi organiser pour eux des séminaires de formation et d'information sur la maladie.

Après avoir montré l'impact psychosocial de la tuberculose et détecté les problèmes qu'elle pose pour le malade, le thérapeute et la collectivité, nous venons d'émettre des suggestions pour une meilleure prise en charge du tuberculeux. Nous voudrions terminer en affirmant que le présent travail n'est que celui d'un chercheur novice, d'où il ne faudrait pas s'attendre à la qualité des oeuvres des chercheurs expérimentés. Nous ne pouvons donc pas prétendre avoir mené une réflexion profonde et exhaustive sur un tel sujet. Nous sommes persuadé que les difficultés que nous avons relevées et leur impact sur la relation thérapeute-tuberculeux ne sont pas les seules qui handicapent la bonne prise en charge du tuberculeux. C'est pour cette raison que nous aimerions voir une autre recherche qui s'intéresserait aux tuberculeux pour avoir une idée de ce qu'ils voudraient que les thérapeutes fassent pour eux, pour connaître leurs désirs, les difficultés qu'ils rencontrent dans leurs relations avec le personnel soignant et dont les conclusions seraient confrontées à celles du présent travail. Un tel travail serait d'un grand intérêt pour une meilleure prise en charge des tuberculeux.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages généraux

M. BALINT , Le médecin , son malade et la maladie, Paris,Payot, 1973

A. Bandry, Stop à la tuberculose, Université Catholique de Louvain, 1979.

J. BERGERET, La psychologie somatique, Paris, Masson, 1970

J. BOYER, Précis d'hygiène et de médecine préventive, Rue Haute-feuille, Paris 6e, 1967

G. DE LANDSHEERE, Introduction à la recherche en éducation, Armand Colin Bourrelier, Paris, 1982

J. DELARUE, La tuberculose, PUF 108, Boulevard Saint-Germain, Paris, 1976

Ph. JEANNET et AL, Psycholcgie médicale, Masson, Paris , 1967

V. KRISTMAN, Les maladies internes et soins aux malades, Ed. de la paix, Moscou, 1960

F. Marchand, Le psychologue et la Santé, Ed. Privat, Toulouse, 1978

Les Moines de Solesmes, Les personnes handicapées, Solesmes , 1987

L. MOOR, Eléments de Psychologie médicale de la pratique quotidienne Paris, ESF, 1972

François et N. Robin, Le pouvoir médical. Ed. STOCK 14,Paris 6e, 1976

P.B. SCHNELDER, La psychologie médicale, Paris, Payot, 1971

K. TOMAN, Dépistage et chimiothérapie de la tuberculose: questions et réponses, Paris, Masson, 1980

Y. PELICIER, MOUCHEZ , Abrégé de sociologie et économies médicales, Paris Masson 6e, 1973

II. Thèses , Mémoires et autres documents

1° T. BARIHUTA, Diagnostic sérologique de la TBC chez les tuberculeux VIH, Thèse de doctorat en Médecine, Bujumbura, 1989

2° D. KILUMBU et M. MUKERABIRORI, Quelques difficultés rencontrées par les malades de Bujumbura dans leurs relations avec l'infirmier, approche psycho-sociologique, Mémoire, Bujumbura U.B. Juin 1982

3° F. NIRAGIRA, Traitement antituberculeux au CATB et implications dans l'entourage des tuberculeux, Thèse de doctorat en Médecine Bujumbura, 1987

4° E. NIYONGABO, Etude des difficultés liées à la relation thérapeute-malade atteint par le SIDA, Mémoire, Bujumbura, 1990

5° OMS, OMS-Information, octobre 1990 N° 148

6° République du Burundi, Ministère de la Santé Publique, Département des soins de santé, Programme national lèpre-tuberculose, Bujumbura, 1992

7° Bulletin de l'Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires, Vol 63, n°2 Juin 1989

8° M.C. BLANCHART, Observation de la prise en charge des tuberculeux dans les grands centres de santé et dans les hôpitaux de Bujumbura, Rapport définitif, Bujumbura, 1991-1992.

ANNEXE: LE QUESTIONNAIRE D'ENQUETE

UNIVERSITE DU BURUNDI
FACULTE DE PSYCHOLOGIE ET
DES SCIENCES DE L'EDUCATION

I. CONSIGNE

Madame, Mademoiselle, Monsieur

Le présent questionnaire que nous vous adressons n'a d'autres buts que de solliciter votre aimable collaboration dans la récolte des données indispensables à la réalisation de notre travail de fin d'études qui s'intitule " Approche psychosociologique des difficultés rencontrées par le personnel médical dans ses relations avec les tuberculeux ".

Nous recourons à vous car nous estimons que vous connaissez, mieux que quiconque, les difficultés que vous rencontrez au cours de votre travail.

Nous vous prions de répodnre à toutes les questions en mettant une croix dans la case qui vous convient et d'expliquer si nous le demandons. Si vous n'avez pas de place pour les explications, écrivez au verso en indiquant le numéro de la question.

Convaincu de votre disponibilité, nous vous garantissons l'anonymat de vos réponses et vous remerçions d'avence.

NIYONGABO Pasteur.

QUESTIONNAIRE

1° Combien de fois par semaine rendez-vous visite aux tuberculeux ?

2° Vous avez des difficultés de communication avec les tuberculeux parce que:

a. Ils ne veulent par parler
b. Ils s'énervent facilement
c. Ils crachent les B.K.
d. Ils sont très faibles pour parler
e. Pas de difficultés

3° Quels sont les malades (tuberculeux) qui vous posent le plus de problèmes ? Pourquoi ?

4° Avez-vous des difficultés particulières dans vos relations avec les tuberculeux étrangers ?

Oui Non Si oui lesquelles ?

5° Quelles sont les difficultés que vous rencontrez souvent dans vos relations avec les tuberculeux ?

6° La réceptivité de vos ordres et recommandations thérapeutiques est-elle positive ou négative ?

Pourquoi ?

7° Comment réagissez-vous face à un tuberculeux qui ne respecte pas le schéma thérapeutique prescrit ?

8° Que faites-vous pour faire respecter le schéma thérapeutique ?

9° A votre avis, qu'est ce qui fait que le séjour des tuberculeux soit long au Sanatorium ou à l'hôpital ?

10° Etes-vous content de vous entretenir avec les mêmes tuberculeux pendant de longues périodes ?

Oui Non pourquoi ?

11° Y-a-il des tuberculeux qui réclament de rentrer chez eux avant de guérir ?

Oui Non Pourquoi ?

12° Y a-t-il des tuberculeux qui refusent de rentrer chez eux quand ils vont mieux ?

Oui Non Pourquoi ?

13° Avez-vous déjà connu des tuberculeux qui abandonnent d'eux-mêmes le traitement ?

Oui Non Pourquoi d'après vous ?

14° Autorisez-vous des visites fréquentes de la part de l'entourage du tuberculeux ?

Oui Non Pourquoi ?

15° Quelle est la responsabilité de l'entourage dans la prise en charge du tuberculeux ?

16° Aimeriez-vous traiter les tuberculeux
Ambulatoire Internat Pourquoi ?

17° Avez-vous déjà connu du personnel médical qui a contracté une maladie en milieu hospitalier parce qu'il s'occupe des tuberculeux ?

Oui Non Laquelle ?

18° Pensez-vous que votre travail vous expose à la contamination ?

Oui Non Pourquoi ?

19° Avez-vous déjà connu des tuberculeux qui souffrent d'autres maladies contagieuses ?

Oui Non Lesquelles ?

20° Cela ne peut-il pas influer sur votre comportement vis-à-vis de ces tuberculeux ?

Oui Non Pourquoi ?

21° Donnez vos observations et vos considérations sur vos relations avec les tuberculeux.