



ARTICLE ORIGINAL

L'Approche Pratique de la Santé Respiratoire (APSR) en République du Congo: Enquête préliminaire

The Practical Approach of Lung Health (PLH) in Republic of Congo: Preliminary investigation

F.H. Okemba-Okombi^{1,2}, G. Ekouya Bowassa³, A.C. Itoua⁴, B. Ossibi ibara⁵, E.L.P. Bemba¹, M. Illoye-Ayet¹, K.B. Ossalé-Abacka¹, R.G. Bopaka¹, J. Mboussa¹

¹: Service de Pneumologie CHU de Brazzaville; ²: Programme National de Lutte Contre la Tuberculose. Congo

³: Service de Néonatalogie CHU de Brazzaville; ⁴: Service de Maladies Infectieuses CHU de Brazzaville

⁵: Laboratoire de Bactériologie CHU de Brazzaville

SUMMARY

Introduction. The Practical Approach to Lung Health (PAL) is a strategy designated by WHO in strengthening the health system in the anti-tuberculosis control. It is intended to improve the quality of diagnosis and treatment of respiratory disorders in primary health care settings. The Tuberculosis Program well codifies the management of tuberculosis at all ages. However there is a major deficit in streamlining the diagnosis and treatment of other respiratory diseases.

Objective. To analyze the demand for respiratory care as part of PAL in Congo.

Method. Transversal and descriptive study analyzing reports and consultation registers 5 integrated health centers (CSI) Capital (Brazzaville) in June 2014.

Results. Care has involved 3652 patients. Respiratory symptoms were the primary reason for consultation in CSI (20%). The rest (80%) were non-respiratory symptoms. Acute respiratory infections (ARI) represented 72% of respiratory diseases. Chronic respiratory disease (CKD) accounted for 3% and diagnoses identified were respectively: asthma (34%), COPD (7%), diagnosis was unknown (59%) and 2% the diagnosis was not informed. Presumptive TB patients accounted for 18% of the workforce and among them and confirmed TB accounted for 6% of cases.

Conclusion. PAL, an approach that is proving useful in Congo, improves the quality of health services in the diagnosis of ARI, Tuberculosis and MRC and enhances the efficiency of services provided to patients.

KEYWORDS: PAL, Congo, preliminary investigation

RESUME

Introduction. L'Approche Pratique de la Santé Respiratoire (APSR) est une stratégie désignée par l'OMS en renforcement du système de santé dans la lutte anti tuberculeuse. Elle est destinée à améliorer la qualité du diagnostic et du traitement des affections respiratoires dans les structures de soins de santé primaire. Le Programme Tuberculose codifie bien la prise en charge de la tuberculose à tous les âges. Cependant il existe un déficit majeur dans la rationalisation du diagnostic et du traitement des autres maladies respiratoires.

Objectif. Analyser la demande de soins respiratoires dans le cadre de l'APSR au Congo.

Méthode. Etude transversale et descriptive analysant les rapports et les registres de consultation des 5 centres de santé intégrés (CSI) de la capitale (Brazzaville) du mois de juin 2014.

Résultats. Les soins ont concernés 3652 patients. Les symptômes respiratoires représentaient le principal motif de consultation dans les CSI (20%). Le reste (80%) concernait les symptômes non respiratoires. Les infections respiratoires aiguës (IRA) représentaient 72% des maladies respiratoires. Les maladies respiratoires chroniques (MRC) représentaient 3% et les diagnostics retenus étaient respectivement: l'asthme (34%), BPCO (7%), diagnostic était méconnu (59%) et dans 2% le diagnostic n'était pas renseigné. Les patients présomptifs de tuberculose représentaient 18% de l'effectif et parmi eux et les tuberculeux confirmés représentaient 6% des cas.

Conclusion. L'APSR, une approche qui se veut utile au Congo, permet d'améliorer la qualité des services de santé dans le diagnostic des IRA, la tuberculose et les MRC et de renforcer l'efficacité des services délivrés aux malades.

MOTS CLES: APSR, Congo, enquête préliminaire

Auteur correspondant: Dr. Franck Hardain OKEMBA-OKOMBI. Service de Pneumologie CHU de Brazzaville. Coordinateur du Programme National de Lutte Contre la Tuberculose - Congo. E-mail: franckokemba@gmail.com

INTRODUCTION

L'Approche Pratique de la Santé Respiratoire (APSR) est une stratégie recommandée par l'OMS depuis 2002 et désignée par le Partenariat Halte à la Tuberculose dans sa composante 3, en renforcement du système de santé dans la lutte anti tuberculeuse [1, 2]. L'APSR est une approche clinique centrée sur le patient, destinée à améliorer la qualité du diagnostic et du traitement des affections respiratoires courantes dans les structures de soins de santé primaire. Cette approche rend la prise en charge simplifiée et standardisée de plus, elle rationalise la démarche diagnostique et la prescription thérapeutique pour les infections respiratoires aiguës, les maladies respiratoires chroniques, et la tuberculose pulmonaire [3]. Au Congo, un Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) existe depuis 1980. Ce programme codifie la prise en charge de la tuberculose à tous les âges, avec des guides de prises en charge qui ne sont pas assez vulgarisés dans l'ensemble des structures sanitaires. Cependant, il existe un déficit majeur dans la rationalisation du diagnostic et du traitement des autres maladies respiratoires [4].

L'offre de soins au Congo est assurée à la fois par le secteur public et le secteur privé, y compris les structures de médecine traditionnelle [4]. La prise en charge des autres infections respiratoires aiguës ou chroniques ne bénéficie pas d'un programme d'action sanitaire en république du Congo. Les prestataires de soins se basent sur les consensus et recommandations internationaux pour la prise en charge des infections respiratoires de l'adolescent, de l'adulte, du sujet âgé, de l'asthme et de la Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO) [3].

Ainsi, ce travail préliminaire, le tout premier du genre dans l'approche APSR fait l'analyse de la demande de soins respiratoires en république du Congo.

MATERIEL ET METHODE

Le Congo est un pays d'Afrique Centrale qui s'étend sur une superficie de 342 000 km² compte 4 085 422 habitants, dont 2 112 952 femmes (51,7%) et 1 971 667 hommes (48,3%). Sa population est jeune et les moins de 15 ans représentent près de 40% de la population et la tranche d'âge de 15 - 59 ans représente 55% [4].

L'étude s'est déroulée dans 5 centres de santé intégrés (CSI) des 5 arrondissements sur 9 tirés au sort de la ville de Brazzaville à savoir: Marien Ngouabi, Jeanne Vial, PotoPoto, Moukondo et Makélékélé. Nous avons mené une étude transversale et descriptive portant sur l'analyse du rapport de ces centres

du mois de juin 2014 spécifiquement sur les affections respiratoires.

Dans un premier temps nous avons recensé tous les malades du registre présentant des signes respiratoires à la consultation à savoir (toux, dyspnée, douleur thoracique, hémoptysie), ensuite nous avons fait le lien entre les registres de consultation et les dossiers des patients constituant ainsi le support de vérification des données recensées. Une fiche d'enquête préétablie a servi de support pour le recueil des variables.

La collecte des données a été faite par une équipe des agents du PNLT à savoir deux assistants sanitaires et un cadre en santé publique sous la supervision d'un médecin pneumo-phtisiologue du programme et du service de pneumologie du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville.

Les considérations éthiques selon le protocole d'Hel-sinki ont été respectées.

Les variables d'études ont été:

- Les données socio-démographiques (âge, sexe, résidence).
- Les signes respiratoires (toux, dyspnée, douleur thoracique, hémoptysie).
- Autres symptômes non respiratoires (fièvre, diarrhée, vomissements...).
- Diagnostics retenus (présomption de tuberculose, tuberculose confirmée, infection respiratoire aiguë, Asthme, BPCO).

Les variables ont été analysées avec le Logiciel EPI-INFO, version 6.04 (OMS/CDC).

RESULTATS

Les prestations de soins dans l'approche curative ont concernées 3 652 patients dont 2 118 hommes (58%). Sex ratio: 1,38 (Tableau 1).

Les signes respiratoires (SR) ont été notifiés dans 730 cas (20%) et les non respiratoires (SNR) dans 80% des cas (Figure 1).

Les patients résidaient à Brazzaville dans 3 579 cas (98%).

Parmi les symptômes respiratoires (SR), les Infections Respiratoires Aiguës (IRA) étaient retrouvées dans 526 cas (72%) avec une prédominance chez les 0 - 4 ans (82%; Figure 2).

Les maladies respiratoires chroniques (MRC) représentaient 22 cas (3%) et leur diagnostic final retenu était essentiellement l'asthme dans 7,5 cas (34%), la BPCO dans 1,5 cas (7%) et dans 13 cas (59%) la nature de MRC n'était pas connu.

Le diagnostic n'était pas renseigné dans 73 cas (2%).

TABLEAU 1		Soins curatifs en fonction de l'âge et du sexe				
Age (ans)	0 - 4	5 - 14	15 - 49	> 50	Total	
Masculin	823	12	643	640	2 118	
Féminin	200	30	1 256	48	1 534	
Total	1 023	42	1 899	688	3 652	

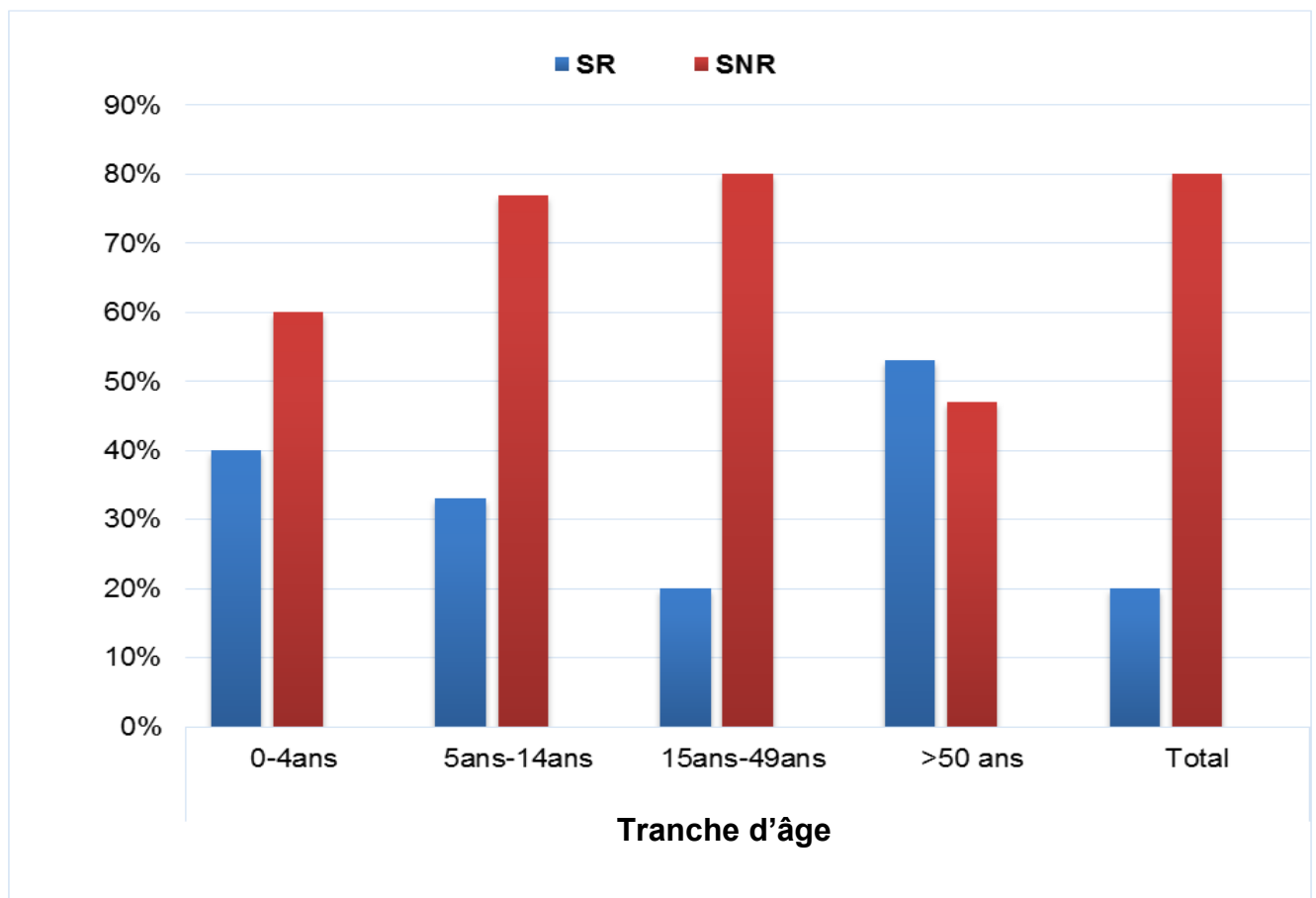


FIGURE 1. Répartition des signes en fonction des tranches d'âge.
SR: symptômes respiratoires; SNR: signes non respiratoires.

Les patients suspects (présomptifs) de tuberculose étaient notés dans 658 cas (18%). Parmi eux, la tuberculose était confirmée (Tuberculose bactériologiquement confirmée par la microscopie) dans 39 cas (6%). Ces cas concernaient les patients d'âge supérieur à 15 ans et la tuberculose n'était pas diagnostiquée parmi les présomptifs dans 619 des cas (94%) (Tableau 2).

DISCUSSION

Limite de la méthodologie

Le nombre de CSI (5) n'est pas représentatif de l'ensemble des structures sanitaires du pays mais plutôt de Brazzaville. Le mois de juin correspond à un moment particulier de saison durant laquelle il fait assez frais (grande saison sèche) et que nous relevons des infections respiratoires au cours de cette période qui pourrait différer à une autre période de l'année (saison pluvieuse). Les activités n'ont pas également été analysées sur toute l'année. L'étude n'a pas également pris en compte la prévalence du

TABLEAU 2		Répartition des cas de Tuberculose confirmés en fonction de l'âge et du sexe				
Age (ans)	0 - 4	5 - 14	15 - 49	> 50	Total	
Masculin	0	1	15	5	21	
Féminin	0	0	6	12	18	
Total	0	1	21	17	39	

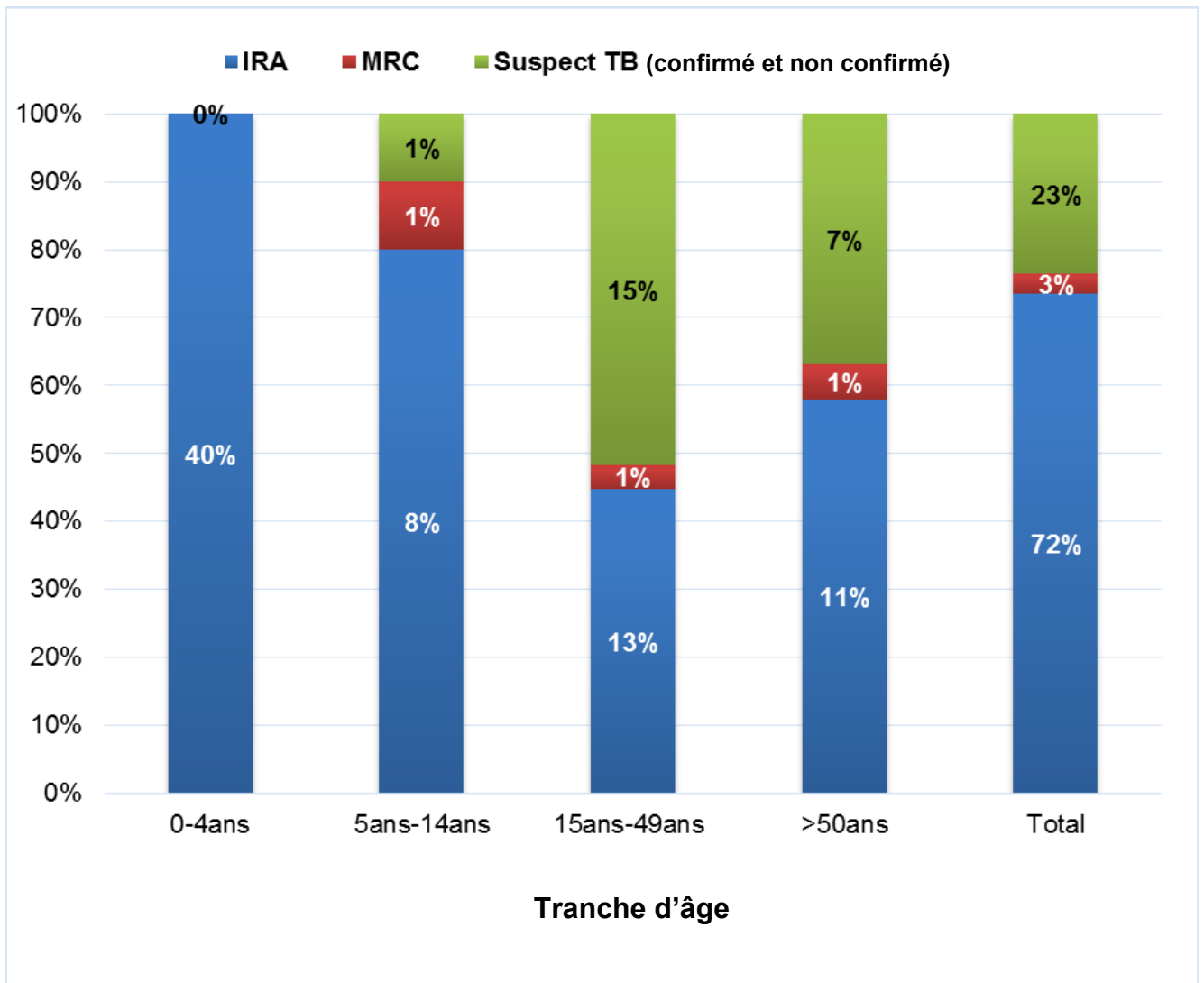


FIGURE 2. Répartition des pathologies en fonction des tranches d'âge

VIH et celle du tabagisme qui constituent les facteurs de risque les plus fréquents des maladies respiratoires. De même le profil détaillé des autres pathologies non respiratoires n'a pas été pris en compte dans notre étude. Cependant, notre étude présente a permis de relever

que les signes respiratoires constituent un motif fréquent de consultation (25-33%) dans les services de proximité [3,5].

Dans notre série, 20% de demandeurs de soins consultent à cause des symptômes respiratoires qu'ils

présentent. Parmi ces malades, plus des 2/3 (72%) ont des IRA vraisemblablement dues à des virus plutôt qu'à des bactéries [6, 7]. Ces infections incitent une utilisation abusive d'antibiotiques par le personnel soignant [8].

Nos résultats sont superposables avec la plupart des enquêtes publiées utilisant l'APSR [5,9].

Nous avons noté que 3% des patients souffraient de MRC dont l'asthme (34%) et la BPCO (7%). Leur diagnostic était basé sur les arguments anamnestiques et cliniques en raison de non disponibilité du débitmètre de pointe (peak flow) et du spiromètre. La disponibilité et l'accessibilité dans les structures de soins de santé de base de ces deux outils permettront d'améliorer le diagnostic des MRC, et surtout de faire le diagnostic différentiel entre la maladie asthmatique et les BPCO afin d'améliorer leur prise en charge thérapeutique [10-12].

L'implantation de l'APSR avec les autres programmes existants permettra d'améliorer la qualité du diagnostic des MRC et le dépistage de la tuberculose [13, 14].

CONFLIT D'INTERÊTS

Aucun.

REFERENCES

1. World Health Organization. Practical Approach to Lung Health: Manual on initiating PAL implementation. WHO/HTM/TB/2008.410.WHO/NMH/CHP/CPM/08.02,2008.
2. Organisation Mondiale de la Santé. Halte à la tuberculose: maladies transmissibles. Stratégie DOTS: Un cadre élargi pour lutter efficacement contre la tuberculose. WHO/CDS/TB/2002.297. Geneve, Suisse: OMS, 2003.
3. Zidoun N, Baough L, Laid Y, Chaulet P. L'approche pratique de la santé respiratoire en algérie. *Int J Tuberc Lung Dis. The Union* 2009; 13(8): 1029-1037.
4. Rapport analyse QUIBB, ECOM 2011, Ministère du plan, République du Congo: In page 2: Comptes nationaux de la santé 2009-2010. Edition 2013.
5. Sow O. L'APSR et son impact sur la prise en charge de la tuberculose et les maladies respiratoires. *Rev Mal Respir* 2008; 25 :87-89.
6. Mandell LA et al. Canadian guidelines for the initial management of community-acquired pneumonia: an evidence based update by the Canadian Infectious Diseases Society and the Canadian Thoracic Society. *Clin Infect Dis* 2000; 31:383-421.
7. American Thoracic Society. Guidelines for the initial management of adults with community-acquired pneumonia: diagnosis, assessment of severity, and initial antimicrobial therapy. *Am Rev of Respir Dis* 1993; 148:1418-1426.
8. Macfarlane J et al. Do hospital physicians have a role in reducing antibiotic prescribing in the community? *Thorax* 2000; 55:153-158
9. Toloba Y, Diallo Sissoko B, Diallo A N, Keita B, Chaulet P. APSR au Mali: enquête de base. *Rev Pneumol Trop* 2011;15:9-12
10. Ait-Khaled N et al. Affordability of inhaled corticosteroids as a potential barrier to treatment of asthma in some developing countries. *Int J Tuberc Lung Dis* 2000; 4:268-271
11. Ait-Khaled N, Enarson D, Bousquet J. Chronic respiratory diseases in developing countries: the burden and strategies for prevention and management. *Bulletin of the World Health Organization* 2001; 79:971-979.
12. English Bateman E, Zwarenstein M. Practical Approach to Lung health in South Africa (PALSA) guidelines. First level primary care management of respiratory

La tuberculose constitue une affection mineure (6%) des affections respiratoires dans les structures de santé de base analysées. Ainsi l'application de l'APSR pourrait améliorer la sélection des cas présumptifs de tuberculose et le dépistage de la tuberculose en précisant le diagnostic de la toux chronique [5, 9, 15].

CONCLUSION

Les symptômes respiratoires constituent à Brazzaville un motif fréquent de consultation dans les structures sanitaires de base. Cependant, il n'y a pas de rationalisation dans le diagnostic et le traitement des maladies respiratoires.

L'application de l'Approche Pratique en Santé Respiratoire permettra d'améliorer la qualité du diagnostic des infections respiratoires aiguës, les Maladies Respiratoires chroniques et la tuberculose. Elle va également contribuer à renforcer l'efficacité des soins délivrés dans le cadre de la promotion des soins de santé primaires qui restent toujours d'actualité dans nos pays à faible revenu.

- diseases. Cape Town, University of Cape Town Lung Institute and South Africa Medical Research Council, 2004.
13. Ndiaye M, Ndir M, Hane A A, Michel F B, Bousquet J. Application du programme « maladies respiratoires chroniques » de l'OMS en Afrique subsaharienne: problématique au Sénégal. *Rev Mal Respir* 2004; 21:479-91.
 14. Murray JF, Pio A, Ottmani S. PAL: a new and practical approach to lung health. International the Global plan to stop tuberculosis: Stop TB Partnership. Geneva, World Health Organization, 2001 (WHO/CDC/STB /2001.16).
 15. World Health Organization. Report of meeting: evaluation of the Practical Approach to Lung Health. WHO/HTM/TB/2008.396. Geneva, Switzerland: WHO,2007.