



**Master « Pilotage des Politiques et
Actions en Santé Publique »**

Promotion : **2010 - 2011**

Date du Jury : **06 juillet 2011**

**Accès au dépistage et au traitement de
la tuberculose auprès de populations
indigènes de deux municipalités du
Chiapas, Mexique**

Blandine DEVEAUX

Remerciements

Le présent document est le fruit d'un travail qui a impliqué un certain nombre de personnes que je tiens à remercier.

Mes remerciements vont, tout d'abord, aux personnes qui ont accepté de répondre à mes interrogations concernant ce travail : les patients atteints de tuberculose, tous les prestataires de service rencontrés et, en particulier, des centres de santé de Chanal, Oxchuc, Chaonil et Paxtontic'Ja.

Je remercie très sincèrement ma directrice de mémoire, Mme Chantal MANNONI, médecin de santé publique et médecine sociale, d'avoir accepté de diriger ce travail.

Je remercie, également, le Docteur Sergio MENESES NAVARRO du Centre Régional de Santé Publique, au Chiapas, pour m'avoir épaulé dans la réalisation de mon projet de mémoire et m'avoir fait partager ses connaissances sur le Mexique.

Je remercie également l'Institut National de Santé Publique du Mexique pour avoir accepté ma présence comme étudiante.

Je remercie Maria Haydée AMARO, médecin responsable du service « La Unidad de Vida Saludable », pour avoir partagé ses connaissances sur le Mexique et m'avoir orienté auprès de personnes compétentes.

Enfin, mes remerciements vont de manière toute particulière aux membres de la famille CRUZ GOMEZ pour leur soutien quotidien, ainsi qu'à ma famille qui, de près ou de loin, a été présente.

Sommaire

Introduction	3
Chapitre 1. Contexte de la zone d'étude	5
1.1 Informations générales sur deux municipalités, Chanal et Oxchuc	5
1.2 Caractéristiques sanitaires des deux municipalités	6
1.2.1 Bref aperçu du système de santé mexicain	7
1.2.2 Situation sanitaire au niveau local	9
Chapitre 2. Justification et objectifs de l'étude	11
2.1 Justification de l'étude	11
2.2 Situation épidémiologique de la tuberculose : Mexique, Chiapas et Chanal/Oxchuc	12
2.3 Objectifs de l'étude	16
Chapitre 3. Revue bibliographique	17
3.1 La tuberculose au niveau de la révision bibliographique	17
3.1.1 La recherche de prise en charge	17
3.1.2 Le dépistage	18
3.1.3 Le traitement	20
3.1.4 Le sous-registre	21
3.2 Caractéristiques du Programme National de Prévention et de Contrôle de la Tuberculose (PNT) au Mexique	22
3.2.1 Organisation du Programme National de Prévention et de Contrôle de la Tuberculose au Mexique	23
3.2.2 Modèle opérationnel pour le dépistage et le traitement de la TBP	25
3.2.3 Stratégie d'action du PNT	25
3.2.4 Activités du PNT : le dépistage et le traitement	26
Chapitre 4. Cadre théorique	27
4.1 L'accès et l'accessibilité : des définitions	27
4.2 La prise en charge du point de vue de la population et des prestataires de services	30
4.3 Les Déterminants Socioculturels de Santé	30
Chapitre 5. Méthodologie et outils méthodologiques	32
5.1 Les différents outils et méthodes utilisés	32
5.1.1 Recherche bibliographique	32
5.1.2 Collectes de données secondaires	32
5.1.3 Etude qualitative	32
5.2 Les limites et les biais rencontrés dans l'étude	36

Chapitre 6. Résultats de l'étude.....	38
6.1 Profils des personnes interrogées et des lieux observés.....	38
6.2 Les résultats de l'étude	39
6.2.1 Les ressources disponibles	39
6.2.2 Les connaissances de la tuberculose	44
6.2.3 La prise en charge médicale dans le cadre de la TB	45
6.2.4 Organisation générale des structures de santé.....	46
6.2.5 Collecte des données pour le programme de TB.....	47
6.2.6 L'accès au dépistage de la TB	47
6.2.7 L'accès au traitement antituberculeux.....	48
6.2.8 Refus de soin ou renoncement aux soins ?	48
Chapitre 7. Discussion	50
7.1 Le Programme National de Prévention et de Contrôle de la Tuberculose au Mexique	50
7.2 Les ressources disponibles pour la mise en œuvre du PNT	51
7.2.1 Ressources humaines	51
7.2.2 Ressources financières	52
7.2.3 Ressources matérielles	53
7.3 L'accès au dépistage, au traitement et au suivi du traitement de la TBP dans les deux municipalités étudiées.	53
7.3.1 La disponibilité du dépistage et du traitement pour la tuberculose	53
7.3.2 L'accessibilité au dépistage et au traitement de la tuberculose	54
7.3.3 L'acceptabilité pour le dépistage et le traitement de la TB.....	54
7.3.4 L'adaptation pour le dépistage et le traitement de la TB.....	56
7.3.5 Le coût du dépistage et du traitement de la TB.....	56
Chapitre 8. Recommandations.....	58
Conclusion	60
Bibliographie.....	61
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

BCG : Bacille de Calmette et Güering

CDT : Centre de Diagnostic et de Traitement de la Tuberculose

CENAVE : Acronyme espagnol de « Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de las Enfermedades »

CONAPO : Acronyme espagnol de « Comisión Nacional de la Población »

CS : Centre de Santé

DOTS : Acronyme anglais de « Directly-Observed Treatment Short-course »

DSS : Déterminants Sociaux de Santé

EVSI : Espérance de Vie Sans Incapacité

IDH : Indice de Développement Humain

IMSS : Acronyme espagnol de « Instituto Mexicano del Seguro Social »

INEGI : Acronyme espagnol de « Instituto Nacional de Estadística y Geografía »

INER : Acronyme espagnol de « Instituto Nacional de las Enfermedades Respiratorias »

ISSSTE : Acronyme espagnol de « Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado »

JS : Juridiction Sanitaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OPS : Organisation Panaméricaine de la Santé

PNT : Programme National de Prévention et de Contrôle de la Tuberculose

SS : Acronyme espagnol de « Secretaria de Salud »

TB : Tuberculose

TBmR : Tuberculose Multi-résistante

TBP : Tuberculose Pulmonaire

UICTMR : Union Internationale Contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires

Introduction

Nous avons souhaité, par le biais de ce travail, pouvoir développer certaines pistes de réflexion sur la question de l'accès aux soins qui a été, durant notre expérience professionnelle passée, un fil conducteur. Par ailleurs, l'intérêt professionnel de ce travail a été de pouvoir mieux connaître le système de santé mexicain dans lequel nous avons eu l'occasion de travailler mais sans réellement pouvoir approfondir certains éléments de compréhension. D'autre part, les réflexions partagées avec les acteurs impliqués dans ces thématiques pourraient aussi nourrir les stratégies futures dans un contexte similaire.

Nous avons concentré notre étude sur les conditions d'accès aux soins de la population indigène d'une zone rurale du Mexique. Ce travail a été centré sur les maladies infectieuses, en particulier, la tuberculose (TB) étant donné l'intérêt sanitaire au niveau mondial mais, également, en raison des facteurs influençant le développement de la maladie. L'intérêt, au niveau mondial, a été démontré par différentes organisations dont les membres des Nations Unies qui ont adopté, en 2002, la Déclaration du Millénaire pour le Développement. Celle-ci inclut certains objectifs pour le contrôle mondial de la tuberculose consistant, entre autres, à réduire son incidence d'ici 2015. L'Alliance « Stop à la Tuberculose » a également fixé d'autres objectifs qui sont de réduire de moitié les taux de prévalence et de mortalité avant 2015. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a reconnu, dans une résolution, les différents objectifs évoqués associant, également, le dépistage de 70 % des nouveaux cas bacilliformes dans les programmes de lutte contre la tuberculose.

Au niveau national, c'est à travers le Programme d'Action Spécifique de la Tuberculose¹ ou Programme National de Prévention et de Contrôle de la Tuberculose (PNT) que nous souhaitons comprendre les conditions d'accès au dépistage et au traitement de la Tuberculose Pulmonaire (TBP) pour la population indigène de la zone « Los Altos » dans l'Etat du Chiapas au Mexique.

Pour atteindre cette finalité, nous avons travaillé via une approche qualitative, à la fois avec les prestataires de services de santé² et les usagers. Nous avons choisi de travailler dans deux municipalités, Chanal et Oxchuc, pour

¹ En espagnol : Programa de Acción Específico de Tuberculosis.

² Les prestataires de services de santé se définissent comme les institutions prestataires de services de santé ainsi que les groupes ou personnes exerçant une pratique professionnelle tout en étant habilités.

pouvoir comprendre la prise en charge qui est apportée aux patients de plus de 14 ans ayant une tuberculose pulmonaire.

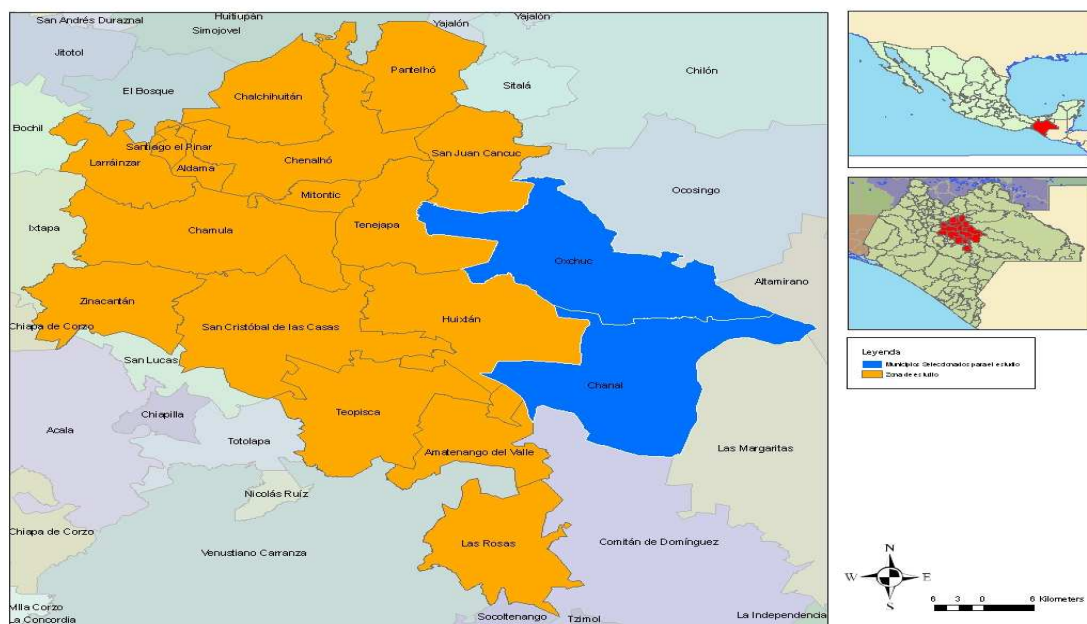
Nous présenterons, dans une première partie, le contexte de notre étude à partir d'une description succincte des deux municipalités étudiées comprenant des données générales et le contexte sanitaire. Dans une seconde partie, nous exposerons la justification et les objectifs de l'étude. Ensuite, la méthodologie employée sera abordée avant d'explicitier le cadre théorique sur lequel nous nous sommes appuyés. Enfin, dans les derniers chapitres, nous présenterons les résultats de notre étude, la discussion qui en découle et les recommandations envisagées.

Chapitre 1. Contexte de la zone d'étude

Dans ce chapitre, nous présenterons, de manière générale, la situation actuelle des deux municipalités³ ayant retenu notre intérêt pour la recherche et leurs caractéristiques sanitaires, afin de pouvoir mieux comprendre le contexte dans lequel nous nous sommes impliqués.

1.1 Informations générales sur deux municipalités, Chanal et Oxchuc

Chanal et Oxchuc signifient respectivement « sage qui enseigne » et « trois nœuds ». Ces municipalités, situées dans la région de « Los Altos », une des neuf régions qui composent l'Etat du Chiapas au Mexique⁴, sont localisées à plus de 2000 mètres d'altitude. En 2010, la municipalité de Chanal totalise 10 817 habitants. Celle de Oxchuc compte 43 350 habitants⁵.



(Source : INEGI, 2010)

Chanal, municipalité composée de 15 localités⁶, a été créée au 19^{ème} siècle par des populations indigènes⁷ tseltals⁸ provenant de la municipalité voisine,

³ En espagnol : municipio. Celui-ci représente une subdivision territoriale du Mexique regroupant un chef-lieu portant le nom de la municipalité principale et différentes communes et localités.

⁴ Chiapas fait parti des 31 états de la République fédéral du Mexique.

⁵ Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), 2010.

⁶ En espagnol: localidad. La localité correspond à un territoire géo-administratif partageant des traits communs.

⁷ Selon l'INEGI, les critères pour définir si une personne est indigène ou non sont : la langue, l'auto-détermination et la descendance.

⁸ Le tseltal est une langue maya qui est parlée au sud-est du Mexique.

Oxchuc⁹. Sa « cabecera municipal »¹⁰ est située sur une route fédérale allant de la capitale culturelle de Chiapas, San Cristobal de las Casas, située à 28 Km, à la zone archéologique de Palenque.

La municipalité de Oxchuc est située à 48 Km de San Cristobal de Las Casas. Elle est composée de 125 localités et a été un important centre politique et religieux à partir de la période coloniale.

D'un point de vue général, ces deux municipalités partagent certaines caractéristiques communes. Premièrement, plus de 90 % de population est indigène majoritairement jeune (43 % de la population a entre 0 et 14 ans à Chanal et 50 % pour la municipalité de Oxhuc¹¹). Les terres sont habitées principalement par des groupes indigènes du groupe tseltal qui vivent de la production agricole - autoconsommation- sur de petites parcelles. Certaines familles pratiquent l'élevage. L'industrie est quasi inexistante dans les deux municipalités mais l'élaboration de produits artisanaux est abondante.

En 2005, la Commission Nationale de la Population¹² a considéré le niveau de marginalisation et de discrimination¹³ très élevé pour ces deux municipalités. La majorité de l'habitat est caractérisée par un sol en terre battue et dispose d'électricité mais peu de familles ont accès à l'eau potable. 94 % de la population reçoit moins de deux salaires minimums par mois à Chanal et 91 % à Oxchuc¹⁴.

Les caractéristiques des deux municipalités décrites antérieurement sont celles qui prédominent au niveau de la région « Los Altos ». Néanmoins, celles-ci semblent paradoxales avec la situation de Chiapas étant donné que c'est l'un des états le plus riche du Mexique en ressources naturelles. Comme le signale T. Benjamin¹⁵, au Chiapas, il existe une terre riche avec une population pauvre.

1.2 Caractéristiques sanitaires des deux municipalités

Dans cette partie, nous décrivons, dans un premier temps, le système de santé du Mexique puis le système au niveau local.

⁹ <http://www.mexicantextiles.com/library/tzetales/chanal.pdf>

¹⁰ Equivalent du chef-lieu de canton en France.

¹¹ Secretaria de Educación, 2009,

<http://www.ceieg.chiapas.gob.mx/perfiles/PHistoricoIndex.php?region=024&option=1#>

¹² Comisión Nacional de la Población (CONAPO)

¹³ CONAPO, 2005,

<http://www.ceieg.chiapas.gob.mx/perfiles/PHistoricoIndex.php?region=064&option=1#>

¹⁴ Recensement de la population, CONAPO: Il conteo de Población y Vivienda 2005.

¹⁵ BENJAMIN T., 1995, « Tierra rica, pueblo pobre. Historia política y social », Mexico, Editorial Grijalbo.

Nous préciserons également que dans les villages du Chiapas, la présence de la médecine traditionnelle basée sur les plantes, les prières et les rites est courante¹⁶. Nous n'avons pas intégré ce niveau d'analyse dans notre étude de courte durée mais nous souhaitons en souligner ici l'importance.

1.2.1 Bref aperçu du système de santé mexicain

Les systèmes de santé de la majeure partie des pays d'Amérique Latine sont composés de trois sous-systèmes : la protection sociale, les services publics et les services privés¹⁷. Au Mexique, celui-ci est également formé de trois grands secteurs¹⁸ :

- La protection sociale :

Différentes institutions intègrent ce secteur comme l'Institut Mexicain de Sécurité sociale (IMSS)¹⁹, l'Institut de Sécurité et Services Sociaux des Travailleurs de l'Etat (ISSSTE)²⁰, l'entreprise de Pétrole Mexicain et le Ministère de la Défense. (Cf. *Annexe 1 : Organisation du système de protection sociale au Mexique*). Le système de protection sociale a été, au départ, uniquement dédié aux populations embauchées par des entreprises du secteur public ou privé. Ainsi, à partir de la création de ces organismes de santé, certaines populations ont pu acquérir une protection sociale (« población derechohabiente ») tandis que d'autres, en ont été exclues (« población abierta »). Ce système, premièrement, n'a pas été pensé pour couvrir l'ensemble de la population et deuxièmement, n'a pas pu répondre à l'augmentation exponentielle de la population durant les dernières décennies²¹.

- Les régimes « d'assistance » :

La « Secretaria de Salud (SS) »²² nommée auparavant « Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) », impliquait une notion d'assistance ou d'aide et prenait en charge principalement les personnes à faibles ressources économiques. Ce secteur est placé actuellement sous l'égide du Ministère de la Santé regroupant

¹⁶ PAGE PLIEGO J.T., 2010, « Aspectos socio-culturales que delimitan las diferencias entre los sistemas etnomédicos en Chamula, Chenalho y Oxchuc en el Estado de Chiapas », México, Revista Pueblos y Fronteras digital, v.6, n°10, dic.2010-mayo 2011, 28 p.

¹⁷ Secretaria de Salud, 2006, « Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos », México, p.18.

¹⁸ HUSSON M., 2004, « Les deux faces de la réforme de la santé, Chronique Internationale IRES, n°91, p.1.

¹⁹ Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

²⁰ Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

²¹ SORIA M. V., 1989, « La crise du système de santé mexicain : une analyse de la période 1970-1985 », Sciences sociales et santé, Volume 7, n°3, pp. 55-75.

²² Equivalent du Ministère de la Santé en France.

également les services des différents Etats du Mexique²³ et le programme « IMSS-Oportunidades »²⁴.

- **Les assurances privées et les établissements privés :**

Ces services sont utilisés par une partie de la population qui dispose des ressources nécessaires.

Dans le système de santé mexicain, il existe différentes réformes dont nous citerons deux principales. Celle initiée en 1984, intègre un important volet portant sur la décentralisation²⁵. En 1988, avec l'arrivée au pouvoir du Président Carlos Salina de Gotari, la réforme est suspendue, puis reprendra en 1995 avec la mise en place du Programme quinquennal National de Santé²⁶. En 1999, les Organismes Publics Décentralisés²⁷ sont créés, en tant qu'instances administratives, chargées de diriger, administrer, superviser les services de santé et de produire des ressources.

L'autre réforme importante concerne la mise en place, en 2003, du Système de Protection Sociale de Santé (SPSS)²⁸ afin de garantir, entre autre, un accès global aux services publics de santé pour la population non couverte et de tendre en 2030 vers une protection sociale universelle. Une des composantes est représentée par « l'assurance populaire de santé »²⁹ qui confère le financement des interventions des services préventifs et curatifs pour les affiliés.

En conclusion, ce processus de reconfiguration de la base institutionnelle du secteur de la santé est encore en cours. Le problème caractéristique au Mexique est la difficulté d'assurer l'accès aux services de santé de l'immense majorité de la population qui vit dans les zones les plus isolées géographiquement et dont la marginalisation, rend l'accès aux services officiels de santé difficile, comme c'est le cas pour les populations des deux municipalités étudiées.

²³ Servicios Estatales de Salud (SESA).

²⁴ Ce programme a été mis en place par l'IMSS et fait parti du Plan National de Développement. Il a pour objectif de permettre un développement intégral, la réduction de la pauvreté en promouvant une égalité d'opportunités à la population et en agissant dans trois domaines (l'éducation, la santé et l'alimentation). Sources : Secretaria de Salud, 2007, « Programa Nacional de Salud 2007-2012: por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud », México, p.40.

²⁵ On entend par décentralisation, la délégation d'autorité droits et obligations des entités locales avec un patrimoine propre dotées d'une autonomie technique.

²⁶ Programa Nacional de Salud (PRONASA).

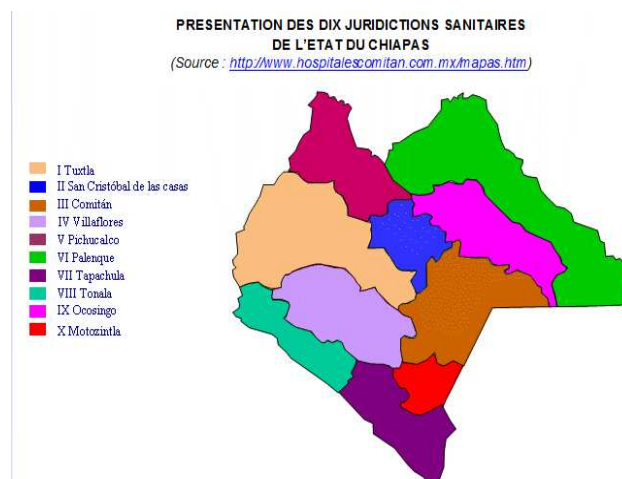
²⁷ Organismos Públicos descentralizados (OPD).

²⁸ Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)

²⁹ Seguro Popular de Salud (SPS)

1.2.2 Situation sanitaire au niveau local

Afin de comprendre l'organisation sanitaire dans laquelle nous avons travaillé, il est important de signaler que la juridiction sanitaire (JS)³⁰ représente l'aire sanitaire de base du système de santé au Mexique. Elle est constituée de centres de santé (CS) de premier échelon³¹ fonctionnant autour d'un hôpital de référence (deuxième échelon), situé, pour ce qui nous



concerne, à San Cristobal de Las Casas, et desservant une population de 200 000 habitants environ. La JS est gérée par une équipe avec à sa tête un responsable juridictionnel. La JS II, aire correspondante à notre étude, couvre 18 municipalités, dont celles étudiées, et compte 121 établissements de santé (de premier et deuxième échelon) dépendant du Ministère de la santé (SS). Chanal compte trois structures sanitaires de premier échelon, deux appartenant à l'IMSS et, une autre, au Ministère de la Santé, pris en charge par six médecins³². Oxchuc compte un total de 22 structures de santé dont quatorze de la SS et huit de l'IMSS, pris en charge par dix-huit médecins³³.

Les CS sont impliqués dans le dépistage et la prise en charge médicale des patients au regard de la TB. Ils ont pour fonction d'identifier les cas suspects de TB, de les adresser au Centre de Diagnostic et de Traitement (CDT). Les CS participent aux activités de prise en charge de patients tuberculeux au sein d'autres missions. Les activités pour lutter contre la TB sont notifiées dans le Programme National de Prévention et de Contrôle de la Tuberculose (PNT) qui promeut les mesures institutionnelles nécessaires pour le contrôle de la TB dans le pays et que nous détaillerons plus loin. Ce programme est présent dans la

³⁰ La JS se définit comme une unité technico-administrative appartenant au Ministère de la Santé qui a pour objectif la prise en charge médicale de la population.

³¹ Le premier échelon est le premier niveau de prise en charge correspondant au niveau de premier recours en France. Celui-ci regroupe, entre autres, les postes de santé, les centres de santé avec ou sans hospitalisation, les cabinets des médecins privés.

³² www.sinais.salud.gob.mx, 2009, Cubos dinámicos. L'OMS recommande 1 médecin pour 10 000 habitants.

³³ Ibidem. Nous avons, à Chanal, 6 médecins pour 10 000 hab. et à Oxchuc, 4 médecins pour 10 000 hab.

région de notre étude, par le biais du CDT, basé à San Cristobal de Las Casas, et en lien avec la JS II.

Le profil épidémiologique de la région est marqué principalement par une mortalité générale et infantile élevée, la malnutrition et les maladies infectieuses et parasitaires. Au niveau local, le taux de mortalité infantile des deux municipalités étudiées est de 30.12 ‰ pour Chanal³⁴ et de 39 ‰ pour Oxchuc³⁵ mettant en évidence un écart important avec le taux au niveau national : 13.7 ‰³⁶.

Le trachome est une des maladies endémiques présente dans les municipalités de Chanal et Oxchuc. Maladie bactérienne, elle provoque la perte de la vue et affecte principalement les régions pauvres.

Malgré les progrès, des différences importantes, sur les conditions de santé, existent encore entre les populations au Mexique. Pratiquement un tiers des décès des 100 municipalités les plus pauvres du pays³⁷ découle de maladies transmissibles, de la nutrition et de la santé reproductive. Ces caractéristiques sont étroitement associées à la pauvreté et au retard socio-économique, ainsi qu'à la dispersion et à l'isolement relatif, comme observé au Chiapas.

Concernant la protection sociale, seulement 22 % de la population de Chanal était couverte en 2008 alors que ce pourcentage était de 71 % pour la population de Oxchuc³⁸. En général, l'accès de la population mexicaine aux institutions publiques qui octroient des services de santé est bas : à peine un tiers de la population économiquement active a accès aux services médicaux. Au cours de 2007, seulement 20 % des populations indigènes adhéraient à « l'Assurance Populaire de Santé » et seulement 9 % disposait de l'accès aux services du programme « IMSS-oportunidades » bien que cette prestation propose, précisément, de s'occuper des besoins de ces populations prioritaires³⁹.

En conclusion de ce chapitre, l'information disponible montre avec congruence que les conditions sociales et sanitaires des populations indigènes vivant dans les deux municipalités d'intérêt sont caractérisées par un important retard au regard du pays et par la présence de maladies évitables comme la tuberculose, situation décrite dans le prochain chapitre.

³⁴ INEGI, 2010.

³⁵ Ibidem.

³⁶ Ibidem.

³⁷ Il s'agit de municipalités avec une prédominance de populations indigènes où vivent un million des mexicains les plus pauvres. Environ 30 % de cette population se situe au Chiapas (SS, 2007).

³⁸ <http://www.chiapas.gob.mx/mapas/municipales>

³⁹ Secretaría de Salud, 2007, « Programa Nacional de Salud 2007-2012: por México sano: construyendo alianzas para un mejor salud », México, p.40.

Chapitre 2. Justification et objectifs de l'étude

2.1 Justification de l'étude

Le thème de la tuberculose (TB) a été choisi pour analyser l'accès à la santé au Chiapas. Cette maladie permet d'observer la façon dont cet accès est mis en œuvre à Chanal et Oxchuc. Le choix de la TB⁴⁰ a été fait car il s'agit d'une maladie infectieuse qui peut être prévenue et traitée. Cependant, c'est la cause d'un grand nombre de morts encore dans le monde. La TB peut affecter n'importe quel individu, mais certaines personnes sont plus vulnérables que d'autres, celles qui vivent dans des lieux où l'hygiène est précaire, la malnutrition sévère, et où interviennent d'autres facteurs de risques (alcoolisme, tabagisme, diabète, système immunitaire faible, etc.)⁴¹.

Pour cela, il est intéressant d'analyser si ces municipalités peuvent avoir accès au dépistage et au traitement de la TB. Un malade peut contaminer entre 10 à 15 personnes : le dépistage précoce des personnes infectées est indispensable. Le contrôle de la maladie est essentiellement lié au dépistage ainsi qu'au traitement précoce et continu.

Actuellement, la prévalence de cette maladie a diminué au niveau régional et national. Cependant, dans la zone du Chiapas, la TB continue de provoquer des décès. Face à cette situation, nous avons eu un intérêt particulier pour mieux comprendre les mécanismes permettant de lutter contre cette affection.

De plus, l'objectif annoncé dans le Programme de la lutte contre la Tuberculose (PNT) pour 2007-2012 au Mexique est d'obtenir un taux de couverture pour le dépistage de 70 % des cas attendus de TBP confirmés par laboratoire et d'atteindre un taux de guérison de 85 % des cas sous traitement. Or, le PNT souligne « *le manque de systématisation des actions pour la prise en charge des groupes vulnérables et des populations mobiles à travers une recherche active de cas et son suivi dans des prisons, des communautés indigènes et présentant un faible indice de Développement Humain...* »⁴².

⁴⁰ Au Mexique, en 2007, le taux de prévalence de la TB était de 16.38/100 000 habitants, ce qui représente une diminution de 10.5 % depuis 2000. De même, a été enregistré une diminution de la mortalité pour TB entre 1997 et 2006. Source: Secretaria de Salud, 2007, "Programa de acción específico, 2007-2012, Tuberculosis", México, p. 18-19.

⁴¹ OMS, mars 2010, « Relevé épidémiologique hebdomadaire », n°12.

⁴² « *la falta de sistematización de las acciones para la atención de grupos vulnerables y poblaciones móviles a través de búsqueda activa de casos y su seguimiento en prisiones, comunidades indígenas y de bajo índice de desarrollo humano...* » Source : Programa de acción específico de tuberculosis, 2007-2012, p.20.

Pourtant, un dépistage tardif peut amener à des complications, mais surtout, un traitement inadéquat peut induire une tuberculose multirésistante (TBmR) qu'il est plus difficile et plus coûteux de guérir. Pour s'assurer de la bonne application du traitement et pour ne pas provoquer de résistance, le Traitement Directement Observé⁴³ a été créé. Il consiste à organiser une supervision fréquente et attentive du traitement. L'OMS a commencé à promouvoir cette stratégie en 1991, l'a révisée en 2002 pour permettre un contrôle efficace de la tuberculose⁴⁴.

Il nous a paru intéressant, au regard de ces différents constats, d'analyser l'accès à la santé des deux municipalités proposées par le biais du dépistage et du traitement de la TB. Comme l'ont expliqué différents auteurs, les plus hauts taux de morbidité et de mortalité liés à la TB se trouvent dans les communautés indigènes, population avec la plus grande marginalisation sociale et économique⁴⁵.

2.2 Situation épidémiologique de la tuberculose : Mexique, Chiapas et Chanal/Oxchuc

À partir des données disponibles du Centre National de Vigilance Épidémiologique et de Contrôle des Maladies⁴⁶, nous pouvons constater qu'au Mexique, 15 000 nouveaux cas de TBP sont enregistrés chaque année, 2 000 décès environ, représentant une perte importante d'Espérance de Vie Sans Incapacité (EVSI)⁴⁷. L'âge moyen des décès rapportés à la TB est de 54 ans. Ceci constitue aussi un obstacle économique pour le Mexique.

La situation de la morbidité, au niveau fédéral, montre des zones de concentrations bien définies avec un taux d'incidence élevé, principalement à l'ouest et dans le golfe du Mexique, et une incidence moins élevée dans le centre du pays. De tous les cas déclarés en 2007, 84 % correspond à la tuberculose

⁴³ DOTS en anglais : Directly Observed Treatment Short-Course. TAES en espagnol : Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado.

⁴⁴ OMS, 2002, "Un marco ampliado de DOTS para el control eficaz de la tuberculosis", Ginebra, (documento WHO/CDS/TB/2002.297).

⁴⁵ « *La falta de sistematización de las acciones para la atención de grupos vulnerables y poblaciones móviles a través de búsqueda activa de casos y su seguimiento en prisiones, comunidades indígenas y de bajo índice de desarrollo humano...* », Source : NAJERA-ORTIZ J.C. y al. 2008, « Demographic, health services and socioeconomic factors associated with pulmonary tuberculosis mortality in Los Altos Region of Chiapas, Mexico », International Journal of Epidemiology 2008; 37:786–795.

⁴⁶ Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de las Enfermedades (CENAVE).

⁴⁷ SMITH I., 2007, « Es el DOTS eficaz en función de los costos? », en TOMAN K., 2007, « Tuberculosis : detección de casos, tratamiento y vigilancia », 2da edición, Publicación Científica y Técnica No. 617, Washington, pp.281-285.

pulmonaire, 5 % pour les localisations ganglionnaires, 1 % méningée et 10 % à d'autres formes (cutanées, ...) ⁴⁸. La moitié des cas n'a pas de pathologie associée mais les plus fréquentes sont le diabète (18 %), la malnutrition (11.3 %), l'alcoolisme (6.8 %) et le VIH (4 %) ⁴⁹.

Figure 1: Incidence de la tuberculose pulmonaire, Mexique, 2000-2007

(Source: Secretaria de Salud, 2007, "Programa de Acción Específico: tuberculosis", México, p.18)

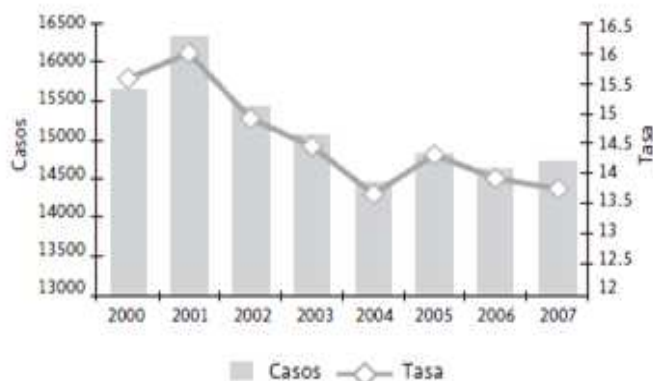


Figure 2 : Taux de morbidité de Tuberculose pulmonaire, Mexique, 2007.



Fuentes: Plataforma Única, SINAVE. Información preliminar. Población a mitad del año. Indicadores demográficos 1990-2030 CONAPO.

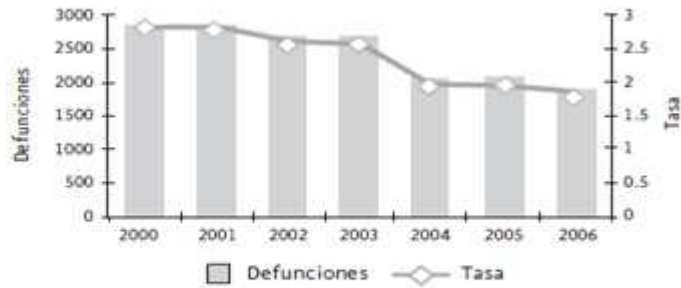
*Tasa por 100 mil habitantes

S'agissant de la mortalité liée à la tuberculose pulmonaire (TBP), son taux a été de 1.8 pour 100 000 hab. en 2006 avec une diminution de 32 % par rapport à l'an 2000. Au niveau de la répartition géographique, les Etats avec le plus grand nombre de décès sont : Veracruz, Chiapas, Baja California, Jalisco et Nuevo León qui cumulent ensemble 45 % des décès du niveau national.

⁴⁸ Secretaria de Salud, 2007, "Programa de acción específico de tuberculosis, 2007-2012", México, p.18.

⁴⁹ Ibidem, p.19.

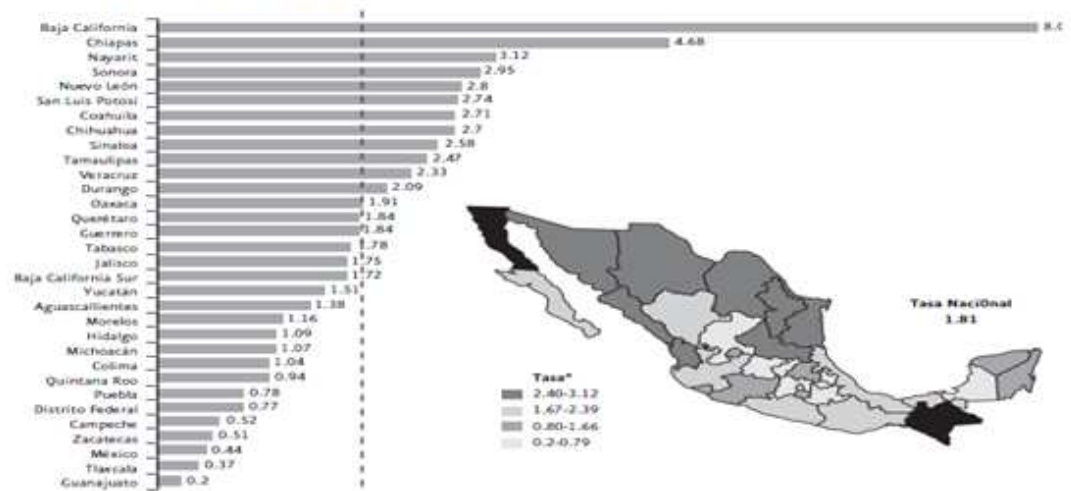
Figure 3: Taux de mortalité pour tuberculose pulmonaire, Mexique, 2000-2006.



* Tasas por 100 000 mil habitantes.

FUENTE: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica/DGE/SSA/INEGI

Figure 4: Taux de mortalité pour tuberculose pulmonaire, Mexique, 2006.



Tasa por cada 100,000 habitantes

Fuente: Base de datos de defunciones 1997-2005; INEGI/Secretaría de Salud.

Base de datos de la Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad año 2006. Información Preliminar
Baja California (8.05) y Chiapas (4.05) presentaron las tasas más altas

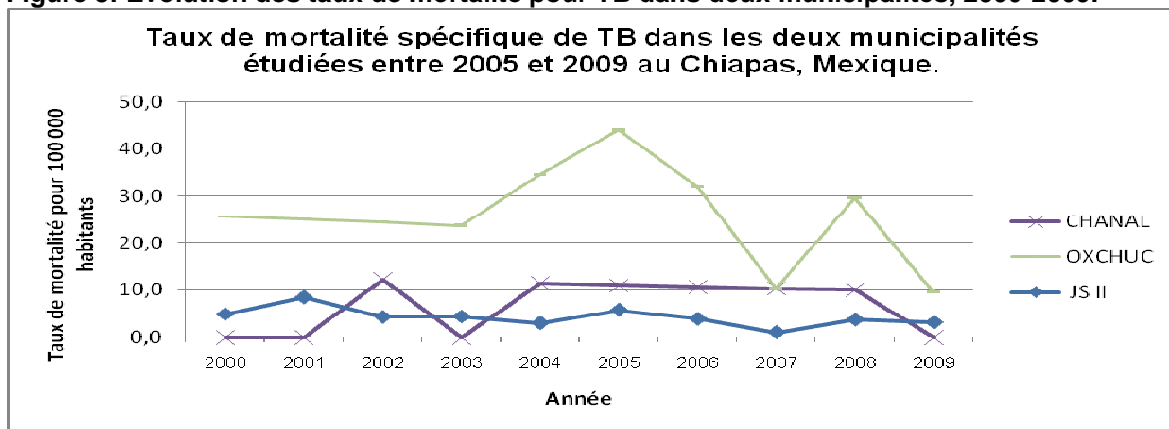
Cette photographie épidémiologique permet de mesurer les progrès réalisés durant cette décennie. D'une manière générale, nous constatons une meilleure couverture pour les taux de dépistage et de guérison ainsi qu'une prise en charge plus globale des patients, spécialement en 2007, avec un taux de dépistage de 60 % et de guérison de 72 %.

Cependant, et malgré les impacts positifs des différents programmes antérieurs, des limites structurelles persistent, un manque de ressources institutionnelles est notable ; des répercussions se font sentir sur l'organisation du PNT au niveau local comme dans les municipalités d'Oxchuc et de Chanal. Il existe également des limites concernant les données disponibles qui ne sont pas le reflet de la réalité en raison d'une sous-estimation des données épidémiologiques comme nous le verrons ultérieurement.

Dans la municipalité de Chanal, aucun décès n'est enregistré en 2009 mais le taux de mortalité lié à la tuberculose se situait autour de 10 pour 100 000 hab. dans les années antérieures. Parmi les décès enregistrés durant la période de 2000 à 2009, 66.6 % étaient des hommes d'après les données disponibles.

Dans la municipalité d'Oxchuc, la situation est distincte. Le taux de mortalité pour la tuberculose a toujours été l'un des plus élevés des 18 municipalités de la JS II avec une moyenne de 25 pour 100 000 hab. durant la période de 2000 à 2009. Les hommes représentaient 63,6% du total de décès enregistrés pendant la même période.

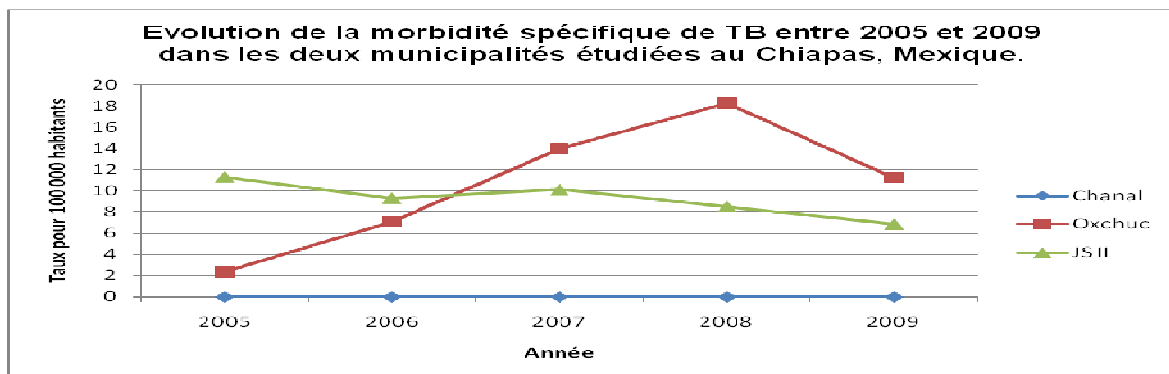
Figure 5: Evolution des taux de mortalité pour TB dans deux municipalités, 2000-2009.



(Source: Dirección General de la Información Sanitaria, cubos dinámicos)

Pour ce qui relève de la morbidité, la municipalité de Chanal n'enregistre aucun taux de morbidité en 2009 et la municipalité de Oxchuc enregistre un taux de morbidité de 11.23 pour 100 000 hab.

Figure 6 : Evolution des taux de morbidité pour TB dans deux municipalités, 2005-2009.



(Source : Laboratoire de Mycobactéries, JS II)

2.3 Objectifs de l'étude

L'objectif général de l'étude est de décrire et d'analyser les caractéristiques de l'accès au dépistage et au traitement de la TBP au sein de la population indigène de deux municipalités de la zone « Los Altos » de Chiapas, Mexique.

Les objectifs spécifiques sont les suivants :

- Décrire et analyser le modèle opérationnel, les stratégies, les actions, les processus pour le dépistage de la Tuberculose Pulmonaire du Programme National de Prévention et de Contrôle de la Tuberculose (2007-2012).
- Décrire et analyser les ressources (infrastructures, matérielles, pharmacologiques et humaines) dans deux filières de soins étudiées.
- Vérifier si le dépistage, le traitement et le suivi du traitement de la TBP est accessible à la population indigène des deux filières de soins étudiées.
- Formuler des recommandations à différents niveaux afin de renforcer l'accès au dépistage et au traitement de la tuberculose pour les populations indigènes des deux filières de santé étudiées.

Quelques questions clés ont guidé notre réflexion :

- Comment est organisé le dépistage de la TBP pour les populations indigènes dans deux filières de soins définies de la zone de « Los Altos » ?
- Comment l'administration du traitement de la TBP et son suivi sont-ils organisés pour les populations indigènes dans les deux filières de soins de la zone de « Los Altos » ?
- Existe-il des difficultés pour l'accès au dépistage de la TBP pour les populations indigènes dans les deux filières de soins de la zone de « Los Altos » ?
- Existe-il des difficultés pour l'accès au traitement de la TBP et son suivi pour les populations indigènes dans les deux filières de soins de la zone de « Los Altos » ?

Pour répondre à ces questions, nous avons réalisé une revue bibliographique. Elle sera présentée dans le chapitre suivant. Cette revue a permis de comprendre certaines caractéristiques du thème abordé, de pouvoir analyser les différents points de vue des auteurs qui ont travaillé sur le sujet.

Chapitre 3. Revue bibliographique

L'intention est d'analyser ici les études qui ont abordé les thèmes de l'accès à la santé, plus précisément celui de l'accès à la prévention et aux soins, ainsi que la tuberculose au Mexique et au Chiapas. Les éléments développés par la suite nous ont semblé pertinents pour organiser la collecte des données et leur analyse. Nous avons cherché à connaître à travers la littérature, la façon dont les thématiques de l'accès et celle de la tuberculose étaient traitées pour définir aussi certaines notions qui ont guidé notre recherche.

3.1 La tuberculose au niveau de la révision bibliographique

Dans la révision bibliographique effectuée, nous avons pu mettre en évidence que la TB est associée à de nombreuses représentations sociales qui ont évolué au cours des siècles⁵⁰. Le terme grec "phtisie", qui signifie "émacié", sera utilisé pour désigner la tuberculose. Au XIXe siècle, la contagiosité de la maladie a été identifiée par J.B. Villemin. En 1882, R. Koch a désigné le bacille responsable de la maladie en confirmant les études de J.B. Villemin. Le terme « tuberculose » est lié à la nature de l'atteinte des tissus lors de la maladie qui se caractérise par la constitution de tubercules dont la taille peut varier⁵¹.

Dans les années 40, les premiers antibiotiques apparaissent. Cette découverte a pour conséquence de réduire la peur de la maladie au sein des gouvernements et de l'opinion publique grâce à la diminution des cas dans les pays riches. Mais cette situation provoque des inégalités plus importantes au niveau de la répartition de la maladie entre les pays développés et sous-développés⁵². Aujourd'hui, la TB est considérée comme la maladie « des autres », peu médiatique en Europe excepté pour les migrants.

3.1.1 La recherche de prise en charge

Les symptômes principaux de la tuberculose sont caractérisés par une toux chronique, une fièvre, des sueurs nocturnes, une possible hémoptysie et la perte de poids. Cependant, le dépistage repose principalement sur un seul signe

⁵⁰ BARDET J.P y Al., 1988, « Peurs et terreurs face à la contagion », Paris, éd. Fayard, p. 162.

⁵¹ ANTOINE D., 2006, « Tuberculose et migrations internationales en Europe de l'Ouest », Thèse pour le doctorat en Economie, Organisations, Sociétés : Centre de Recherche Population et Sociétés (CERPOS), p.68.

⁵² CASTRO A. y FARMER P., 2003, « Violence structurelle, mondialisation et tuberculose multirésistante », *Anthropologie et Sociétés*, vol. 27, n°2, p. 29.

clinique (la toux) qui est le symptôme le plus habituel. Mais, les personnes consultent en général auprès d'un médecin allopathe après un an de toux. De fait, elles sollicitent antérieurement l'appui de la médecine traditionnelle ou utilisent l'auto-administration de médicaments⁵³.

Il est considéré, par ailleurs, que le type de symptômes joue un rôle dans la recherche de prise en charge. Ainsi, les symptômes peuvent être perçus différemment et peuvent amener à des réactions diverses de la part des individus. Selon Mechanic D., il existe différentes variables pour définir la conduite du malade dont :

- la visibilité et la fréquence des symptômes
- le degré de sévérité des symptômes
- l'existence de systèmes alternatifs pour interpréter les symptômes
- les facteurs sociologiques comme les caractéristiques des services de santé⁵⁴.

Dans le cas de la TBP, le type de morbidité influe sur le choix des services de santé. Dans le cas d'un problème respiratoire, la probabilité de l'utilisation des services de santé est moindre⁵⁵. La toux est vue comme un symptôme qui est bénin dans des contextes où les affections broncho-pulmonaires sont courantes.

D'autres facteurs peuvent expliquer le retard dans la recherche de prise en charge. Quand la nécessité de consulter est perçue, l'un des aspects importants pour consulter est l'affiliation à un système de protection sociale et, pour lequel, l'aspect socio-économique entre en considération⁵⁶.

3.1.2 Le dépistage

Selon le cadre théorique de Wilson et de Jungner (1968)⁵⁷, « *le dépistage consiste à identifier, à l'aide de tests, d'examen ou d'autres techniques susceptibles d'une application rapide, les sujets atteints d'une maladie ou d'une anomalie passée jusque-là inaperçue. Les tests de dépistage doivent permettre de*

⁵³ MONTERO MENDOZA E. y Al., 2007, « Seguimiento del procedimiento de TBP en tosedores crónicos indígenas de la Sierra de Santa Marta, Veracruz, México », revista electrónica: Población y Salud en Mesoamérica latina, vol.4, N°2, art.4, p.7.

⁵⁴ BRONFAM M. y Al., 1997, « La utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios », México, revista Salud publica en México, vol.39, n°35, INSP, p.442-450.

⁵⁵ SANCHEZ-PEREZ H.J., 2001, « Uso de los servicios de salud ante morbilidad percibida en niños menores de 5 años », Boletín Médico del Hospital Infantil de México, p. 17.

⁵⁶ BRONFAM M. y Al., 1997, « La utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios », México, revista Salud publica en México, vol.39, n°35, INSP, p.448.

⁵⁷ WILSON J.M.G y JUNGNER G., 1970, « Principes et pratiques du dépistage des maladies », Genève, OMS, p.11, disponible sur internet : http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_34_fre.pdf

faire la distinction entre les personnes apparemment en bonne santé mais qui sont probablement atteintes d'une maladie donnée, et celles qui en sont probablement exemptes. Ils n'ont pas pour objet de poser un diagnostic. Les personnes pour lesquelles les résultats sont positifs ou douteux, doivent être envoyées à leur médecin pour diagnostic et, si besoin est, un traitement ».

Il existe trois formes de dépistage de la tuberculose. La première consiste à rechercher, dans les groupes de population, les personnes potentiellement infectées (dépistage actif). La deuxième forme correspond au dépistage de l'ensemble des personnes qui a eu un contact avec un sujet effectivement contaminé ou signalé (enquête de cas)⁵⁸. La troisième forme est le dépistage passif c'est-à-dire quand le médecin détecte les malades quand ils se présentent à sa consultation. Les personnes doivent réaliser un test bactériologique dénommé bacilloscopie⁵⁹. Celle-ci est réalisée à partir des symptômes détectés par le personnel de santé. Il existe également d'autres examens possibles pour aider au diagnostic tel que la culture⁶⁰ dont le résultat est plus précis, la radiographie pour les patients dont les frottis sont négatifs et le test à la tuberculine⁶¹, spécialement utilisé chez les enfants.

L'importance d'établir deux semaines ou plus de toux productive, vient du fait de la faible efficacité de la réalisation de la bacilloscopie dans les populations avec seulement le critère "toux et expectoration", surtout dans des pays à faible prévalence, puisqu'on inclut des personnes avec une infection respiratoire commune. *« Des études récentes en Inde, en Algérie, au Chili et au Pérou montrent que lors de symptômes respiratoires, avec plus de deux semaines de durée, la bacilloscopie d'expectorations accroît le dépistage de la TB de 46 %; ce pourcentage augmente de 15 % quand la question est dirigée aux adultes dans une consultation externe avec « une toux et une expectoration » de deux ou plus de semaines de durée pour différents motifs»⁶².*

⁵⁸ Haut Comité de la Santé Publique en France.

⁵⁹ La bacilloscopie est un test de détection de la tuberculose réalisé à partir d'un examen microscopique des crachats. L'examen consiste à regarder au microscope un échantillon de crachats étalé sur une lame de verre (frottis) et coloré par la méthode de Ziehl-Neelson ou par fluorescence. Chaque fois qu'une tuberculose est suspectée, il est nécessaire de réaliser au moins deux échantillons de crachats à 24 h d'intervalle.

⁶⁰ Cet examen permet de visualiser les bacilles à l'œil nu. Les résultats sont donnés après 65 jours.

⁶¹ Ce test cutané permet de savoir si une personne est infectée par le bacille de la TB en injectant de la tuberculine diluée (test de Mantoux) appelé également Intra-Dermo Réaction (IDR).

⁶² Secretaria de Salud, 2009, « Estándares para la atención de la tuberculosis en México », México, p.17.

Dans le cas de la recherche active, MONTERO MENDOZA E. y Al.⁶³ ont montré dans l'Etat de Veracruz au Mexique, qu'une personne sur cinq avec toux n'aura aucune possibilité d'être diagnostiquée à temps et qu'une sur deux ne réalisera pas la série exigée de trois échantillons d'expectoration. Les facteurs explicatifs sont la non-compréhension des instructions, la crainte du diagnostic de la TB et les coûts économiques qu'un traitement de 6 mois pourrait générer.

Finalement, si nous ajoutons les limites de la bacilloscopie, comme nous allons l'expliquer par la suite, la probabilité de ne pas diagnostiquer de patients avec une TBP est très grande⁶⁴. Mais, il est important de souligner que la recherche active de personnes avec toux diminue l'effet du temps sur l'évolution de la maladie et améliore la possibilité de réaliser un diagnostic opportun⁶⁵.

3.1.3 Le traitement

L'échec de la chimiothérapie existe dans certains cas. Les causes les plus importantes de résultats thérapeutiques non satisfaisants sont l'interruption du traitement ou la prise irrégulière du traitement en raison⁶⁶:

- du manque d'accès aux équipements de santé (pour des raisons géographiques, économiques, organisationnelles ou culturelles) ;
- de l'approvisionnement irrégulier des médicaments conduisant à la monothérapie et à la perte de confiance dans les services de santé ;
- du manque d'orientation du patient dans la relation au temps du traitement ;
- de la tendance, pour les patients, à oublier de prendre leur traitement et à le suspendre quand ils se sentent mieux.

Quand un malade reçoit un traitement incomplet ou l'interrompt, une résistance dite « acquise » peut alors se développer. Si une personne est infectée par quelqu'un qui a déjà des cellules résistantes, on parle dans ce cas de résistance « primaire »⁶⁷. Par ailleurs, le thème de la non-observance du traitement par le patient fait débat. Parfois, cet argument sert d'explication facile face aux dysfonctionnements d'un programme de santé publique. La responsabilité du

⁶³ MONTERO MENDOZA E. y Al., 2007, « Seguimiento del procedimiento de TBP en tosedores crónicos indígenas de la Sierra de Santa Marta, Veracruz, México », revista electrónica: Población y Salud en Mesoamérica latina, vol.4, N°2, art.4, p.8.

⁶⁴ Loc.cit.

⁶⁵ Loc.cit.

⁶⁶ LUELMO F., 2007, « ¿Porqué fracasa la quimioterapia y qué puede hacerse para evitar resultados insatisfactorios? », en TOMAN K. y Al., « Tuberculosis: detección de casos, tratamiento y vigilancia », OPS, 2da edición., p.211.

⁶⁷ CASTRO A. y FARMER P., 2003, « Violence structurelle, mondialisation et tuberculose multirésistante », Anthropologie et Sociétés, vol. 27, n°2, p.23.

patient devrait être évoquée seulement après avoir exclu les autres déterminants : un programme peut être mal conçu et un manque d'accès aux services ou plus globalement à la santé⁶⁸.

Même si on reconnaît qu'au niveau mondial, le DOTS permet d'obtenir 82 % de taux de guérison, on détecte uniquement 64 % du total des personnes avec TB dans les zones d'implantation du DOTS⁶⁹. Ainsi, une fois que la personne est diagnostiquée, il existe une grande probabilité de succès du traitement.

3.1.4 Le sous-registre

Il existe au Mexique une sous-estimation importante des taux de TBP comme l'a démontré le Centre de Vigilance Épidémiologique et de Contrôle des Maladies (CENAVE)⁷⁰, approchant dans certains cas les 40 %⁷¹. Dans le cas du Chiapas, Sanchez Pérez H.J. documentait qu'en 2002⁷², seulement 24 % des personnes qui ont une TBP sont diagnostiquées par les services de santé. Cela peut s'expliquer par différents aspects qui sont, entre autres, la technique de diagnostic, le comportement de la population avec toux mais aussi l'attitude des professionnels de santé.

L'un des problèmes, observé par Menzies D., concernant la lecture de la bacilloscopie, est que la maladie soit substantiellement avancée, pour que la personne ait des concentrations de bacilles suffisantes afin que l'échantillon soit positif. La manière de réaliser l'examen peut modifier également les résultats. L'exécution de celui-ci implique des ressources matérielles pour le diagnostic mais également des ressources humaines qualifiées⁷³.

L'autre aspect évoqué est relatif à la population avec toux qui ne collabore pas pour la remise des échantillons d'expectoration. La probabilité de réalisation des bacilloscopies est plus grande chez les personnes qui ont eu un contact préalable avec les services allopathes de santé, des antécédents de cas de TBP dans la

⁶⁸ Ibidem, p.35.

⁶⁹ OMS, 2006.

⁷⁰ Centro de Vigilancia Epidemiológica y Control de las Enfermedades (CENAVE)

⁷¹ VELASQUEZ O., 2005, « La pobreza impide erradicar la TB en el país: INER », La Jornada, marzo 16 del 2005, México.

⁷² SANCHEZ-PEREZ H.J. y VARGAS-MORALES G., 2002, "Salud publica en Chiapas: tuberculosis", México, ECOSUR, p.11.

⁷³ MENZIES D., 2007, « ¿Cuál es el papel actual y potencial de las pruebas diagnosticadas distintas de la baciloscopia y el cultivo? », en TOMAN K. y Al., « Tuberculosis: detección de casos, tratamiento y vigilancia », OPS, 2da edición., p.98.

famille, pour ceux qui ont la possibilité de communiquer en espagnol⁷⁴, le fait de résider dans une municipalité de moindre marginalisation et d'avoir moins de 40 ans⁷⁵. De plus, il a été argumenté que l'une des barrières pour le contrôle de la TBP est « *le problème de l'attitude des médecins, qui ne recherchent pas convenablement les symptômes parmi leurs patients* »⁷⁶.

Par ailleurs, il est important de souligner que le sous-registre est aussi lié à la présence ou non d'unités de santé dans les communautés. Quelques études au Mexique ont démontré que la majorité des cas détectés proviennent de lieux où des structures de santé sont implantées ou bien, qu'au contraire, le diagnostic dans des communautés marginalisées se réalise tardivement⁷⁷. L'une des explications est le fait de pouvoir remettre plus facilement les trois échantillons d'expectoration⁷⁸.

3.2 Caractéristiques du Programme National de Prévention et de Contrôle de la Tuberculose (PNT) au Mexique

Avant d'expliquer les caractéristiques du programme⁷⁹, nous présentons une description historique des projets implantés pour la lutte contre la TB au Mexique.

Les activités de prévention et de contrôle de la tuberculose se sont initiées au Mexique durant la première décennie du XXe siècle, en fondant notamment, au sein de l'Hôpital Général de Mexico, un pavillon pour la prise en charge des malades.

⁷⁴ MONTERO MENDOZA E. y Al., 2007, « Seguimiento del procedimiento de TBP en tosedores crónicos indígenas de la Sierra de Santa Marta, Veracruz, México », revista electrónica: Población y Salud en Mesoamérica latina, vol.4, N°2, art.4, p.8.

⁷⁵ SANCHEZ-PEREZ H.J. y Al., 2000, « TB pulmonar y uso de servicios del primer nivel de atención en zona de alta marginación socio-económica de Chiapas, México », Gac sanit 14(4), p. 271.

⁷⁶ « *El problema de actitud de los médicos, quienes no indagan adecuadamente sobre los síntomas entre sus pacientes* », SANCHEZ-PEREZ H.J. y VARGAS-MORALES G., op.cit.

⁷⁷ MONTERO MENDOZA E. y Al., 2007, « Seguimiento del procedimiento de TBP en tosedores crónicos indígenas de la Sierra de Santa Marta, Veracruz, México », revista electrónica: Población y Salud en Mesoamérica latina, vol.4, N°2, art.4, p. 4.

⁷⁸ Ibidem, p. 11.

⁷⁹ Les programmes représentent la manière dont sont organisées les actions pour atteindre des objectifs pluriannuels de la politique sanitaire publique. Les dits objectifs répondent à deux nécessités distinctes qui sont : influencer sur une situation sanitaire donnée et coordonner les actions de multiples acteurs dans des champs complexes et segmentés. Selon A. Fontaine, « *définir une politique de santé, c'est donner un sens et un cadre aux actions qui visent à protéger, promouvoir et restaurer l'état de santé de l'ensemble de la population ou de groupes ayant des traits communs, en s'attachant à corriger les inégalités* », sous la direction de F. Bourdillon, BRUCKER G. r, TABUTEAU D., 2007 «Définir une politique de santé, planifier, programmer, Traité de Santé Publique », Paris, Ed. Flammarion, p. 59.

En 1934, la Campagne de Lutte contre la tuberculose a été mise en place et, en 1936, le sanatorium pour les personnes atteintes de tuberculose a été fondé à Huipulco. Il est actuellement connu comme l'Institut National des Maladies Respiratoires⁸⁰.

Dans les années 1980, on met en place la réduction de la période de traitement en passant de 12 à 6 mois, l'administration de médicaments combinés dans une seule tablette, apportant une plus grande efficacité dans la guérison (90 %). Ceci a permis de prévenir l'apparition de résistances. Cependant, la qualité de l'observance des patients au traitement, constituait toujours un des problèmes principaux à résoudre.

Le 26 janvier 1995, la norme NOM-006-SS2-1993 a été publiée dans le Journal Officiel de la Fédération. Elle concerne la prévention et le contrôle de la tuberculose dans le cadre des Soins de Santé Primaires. La même année, l'évaluation annuelle du PNT a été réalisée avec la participation du Gouvernement Mexicain et celle de l'OPS/OMS. La recommandation autour de l'implantation du DOTS a alors été actée.

En 2000, le programme a été révisé. La mise en place d'un Comité de Pharmaco-résistance (COEFAR)⁸¹ a été instaurée au niveau de chaque Etat. Au niveau national, un groupe d'experts appuie le COEFAR, pour le diagnostic, le traitement et le suivi de tous les cas suspects de multi-pharmaco-résistance.

L'OMS, l'OPS et l'Union Internationale Contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires (UICTMR) donnent actuellement un appui technique et financier au programme mexicain. De plus, des visites d'observation sont réalisées annuellement pour identifier les progrès de la stratégie DOTS.

3.2.1 Organisation du Programme National de Prévention et de Contrôle de la Tuberculose au Mexique

Au Mexique, le CENAVE est chargé de définir et de mettre en place les activités destinées au contrôle de la maladie à travers le Programme National de Prévention et de Contrôle de la Tuberculose (PNT). La gestion de la tuberculose au Mexique répond à la Norme Officielle Mexicaine, NOM-006-SS2-1993 - modifiée en 2005-, pour la prévention et le contrôle de la tuberculose.

⁸⁰ Instituto Nacional de las Enfermedades Respiratorias (INER).

⁸¹ Comité Estatal de Fármaco-resistencia (COEFAR)

Le PNT 2007-2012 a pour objectif de « *diminuer le risque de tomber malade et de mourir à cause de la tuberculose, grâce à l'accès universel à un diagnostic effectif et au traitement, par l'application d'actions tendant à protéger et à prendre en charge avec qualité et humanisme les populations vulnérables* »⁸².

Le PNT intègre une équipe formée de différentes institutions avec des responsabilités distinctes (Cf. *Annexe 2: Structure du système de santé du Programme Nationale de Tuberculose, 2007 -2012*).

Dans chaque Etat, le réseau pour lutter contre la TB est composé de la Juridiction Sanitaire qui reçoit les informations et met en œuvre la stratégie du PNT. La Direction d'Épidémiologie (Département de Mycobactérie) est le responsable opérationnel et supervise l'ensemble des composantes du PNT. Le COEFAR reçoit les demandes d'examens et de traitement de cas. D'autre part, le Laboratoire de l'Etat de Santé Publique⁸³ reçoit des échantillons d'examens et remet les résultats aux laboratoires des juridictions.

Au niveau du réseau national, celui-ci est composé du Ministère de la Santé⁸⁴ (service de la Direction générale d'Épidémiologie). L'Institut de Diagnostic et de Référence Épidémiologique⁸⁵ coordonne le réseau des laboratoires. L'INER reçoit l'Information et donne certains appuis techniques auprès du COEFAR pour la prise en charge de patients ayant une TBmR.

Le PNT comporte neuf sections dont la tuberculose résistante aux médicaments, les indicateurs et les systèmes d'information, la formation pour la recherche, la recherche active et les unités mobiles, la mobilisation sociale, la carte binationale⁸⁶ et la TB en lien avec le VIH/SIDA et le Diabète, l'Alliance Publique - Privée, la supervision et le réseau DOTS⁸⁷.

⁸² « *Disminuir el riesgo de enfermar y muerte a causa de la tuberculosis, mediante el acceso universal a un diagnóstico y tratamiento efectivos, a través de la aplicación de acciones tendientes a proteger y atender con calidad y humanismo a las poblaciones vulnerables* », Source: Secretaria de Salud, Programa de acción estratégico de tuberculosis, 2007-2012, México, p.28.

⁸³ Laboratorio Estatal de Salud Pública (LAESP).

⁸⁴ Le ministère de la Santé est responsable de l'application de la norme au sein des institutions qui forment le secteur de la santé par le biais du département de Santé Publique qui adéquat le programme et réalise la distribution des fonctionnaires au niveau technico-administratif. L'ensemble de ses fonctions sont la programmation, la diffusion, l'analyse, l'évaluation du programme, la diffusion de la norme, son application et la vérification du développement des procédures. Le niveau opérationnel est composé de différentes unités de prise en charge médicale des différentes institutions qui composent le secteur santé au sein de la Juridiction sanitaire. Les fonctions basiques de ce niveau sont la programmation, l'intervention, l'organisation, la direction et le contrôle du programme.

⁸⁵ Instituto de Diagnostico y de Referencia Epidemiológica (InDRE).

⁸⁶ Programme de référence binational Mexico / EUA ayant pour but d'améliorer la continuité de la prise en charge de patients avec TB active qui émigrent, voyagent ou qui déménagent durant le traitement.

⁸⁷ Schéma thérapeutique qu'administre le personnel de santé, le personnel communautaire ou les familles préalablement formées par le personnel de santé et qui confirment l'ingestion et la déglutition des médicaments pour garantir l'observance du traitement.

3.2.2 Modèle opérationnel pour le dépistage et le traitement de la TBP

Dans l'objectif de couper la chaîne de transmission de la TB, de diminuer l'impact de la maladie chez les individus et la communauté, et conformément aux principes directeurs de l'OMS⁸⁸, un modèle d'actions a été développé avec trois orientations⁸⁹ :

- Universelles : la promotion de la santé et de participation communautaire ;
- Focalisées ou Sélectives: le dépistage, le diagnostic, la surveillance épidémiologique, la prise en charge des groupes vulnérables, les Alliances « Stop à la TB » et la recherche (Cf. *Annexe 3 : Description de l'orientation focalisée ou sélective présentée dans le PNT, 2007-2012*).
- Dirigées ou indiquées : le traitement, la prise en charge de la TBmR, les Binômes TB-VIH/SIDA et TB / Diabète.

3.2.3 Stratégie d'action du PNT

La stratégie principale pour atteindre l'objectif du PNT à propos du dépistage et du traitement est « *le renforcement des compétences techniques et opérationnelles en matière de dépistage, de diagnostic et de traitement, du personnel médical, paramédical et techniciens de laboratoires des différents services, des laboratoires du Secteur Santé et de la pratique privée ...* »⁹⁰. Les axes de travail ont pour but d'uniformiser les critères et les procédures au niveau national et international pour la surveillance, la prévention et le contrôle de la tuberculose au Mexique, dans toutes les structures du Système National de Santé.

⁸⁸ L'OMS précise de renforcer les systèmes de prise en charge en santé par l'adoption de mesures spécifiques d'investissement et de coparticipation de tous les secteurs impliqués, pour diminuer les coûts de santé.

⁸⁹ Selon le PNT, les interventions se définissent comme :

- Universelles quand « elles sont désirables par tous regroupant toutes les mesures qui peuvent être orientées pour le public en général et à la communauté afin d'identifier la symptomatologie de la TB » ;
- Focalisées ou sélectives « quand l'individu appartient à un sous groupe de la population se distinguant par son âge, son sexe, son travail ou d'autres caractéristiques telles que le facteur de risque et qui requièrent la participation du personnel de santé compétent pour détecter, diagnostiquer la maladie » ;
- Dirigées ou indiquées quand « elles s'appliquent à l'identification de personnes qui manifestent les conditions ou qui sont identifiés comme des sujets à risque élevé ou qui présentent la symptomatologie de la maladie et requièrent un traitement spécifique comme dans le cas de la TB sensible ou pharmaco-résistante, la nécessité de traitement prophylactique ou de prise en charge spécifique de co-infection de TB-VIH ».

Source : Secretaria de Salud, 2007, « Programa de Acción Estratégico de tuberculosis », México, p.38

⁹⁰ « *El fortalecimiento de las competencias técnicas y operativas en detección, diagnóstico y tratamiento, al personal médico, paramédico y microscopistas en unidades y laboratorios del Sector Salud y de la práctica privada...* », ibidem, p. 28.

3.2.4 Activités du PNT : le dépistage et le traitement

Les objectifs développés dans le PNT, pour 2007-2012, visent à obtenir une couverture de dépistage de 70 % des cas attendus de TBP confirmés par laboratoire et d'atteindre une guérison de 85 % des cas sous traitement.

- **Le dépistage :**

Le dépistage doit être réalisé pour toute personne qui présente une toux productive inexplicable de plus de deux semaines ou plus, au moyen de la recherche intentionnelle au sein de la population demandeuse de services de santé et chez les personnes, âgées de plus de 15 ans, ainsi que, entre les contacts d'un cas de TB et au sein de groupes vulnérables⁹¹ (Cf. *Annexe 4 : Diagramme de recherche active de cas*). Les personnes concernées pour réaliser le dépistage sont le personnel d'infirmierie, les techniciens de santé, les promoteurs de santé et les médecins.

- **Le traitement :**

Le PNT souligne le fait que n'importe quel professionnel de santé traitant un patient pour TB doit le faire en suivant un protocole approprié. De plus, il doit être en mesure de surveiller le suivi complet du schéma thérapeutique, d'identifier et de résoudre la mauvaise observance au traitement. La thérapeutique comporte deux étapes.

- Une phase initiale de traitement intensif afin de prévenir la non-réponse au traitement. Cette phase dure deux mois⁹².
- Une phase de suivi afin de s'assurer que le patient est complètement soigné sans risque de rechutes à l'interruption du traitement⁹³. Cette phase est de 4 mois.

En 2003, le PNT a créé le Réseau DOTS d'Infirmierie. L'objectif de ce réseau est « *de contribuer, à la lutte contre la tuberculose, en participant au dépistage, au suivi du traitement et à la qualité de la prise en charge des patients avec un objectif humaniste ainsi que l'extension de la stratégie DOTS* »⁹⁴.

⁹¹ « *Personnes privées de liberté, indigènes, personnes qui vivent avec le VIH/SIDA* », Ibidem, p. 47.

⁹² 60 doses avec quatre médicaments qui s'administrent du lundi au samedi (Isoniazide (H), Rifampicine (R), Pirazinamide (Z), Etambutol (E) ou Sptreptomycine (S).

⁹³ 45 doses avec deux médicaments (H et R) à prendre trois fois par semaine.

⁹⁴ « *Contribuir en la lucha contra la tuberculosis, participando en la cobertura de la detección, el seguimiento del tratamiento y la calidad del cuidado en la atención de los pacientes con enfoque humanístico así como en la expansión de la estrategia TAES* », Secretaría de Salud y Al., 2007, « *Manual de procedimientos en tuberculosis para el personal de enfermería* », México, p.15.

Chapitre 4. Cadre théorique

Nous développerons dans ce chapitre les concepts théoriques utilisés comme référence pour la réalisation de notre recherche. Les notions d'accès et d'accessibilité aux services - de santé - cohabitent dans la littérature. Nous nous y attarderons car des éléments d'analyse pertinents concernent les barrières potentielles liées au dépistage (dimension d'accès à la prévention secondaire) et au traitement (dimension d'accès aux soins) de la TB au Chiapas. Par ailleurs, nous aborderons les Déterminants Socioculturels de Santé (DSS) pour appréhender la question de la représentation de la maladie, dimension importante pour notre sujet.

4.1 L'accès et l'accessibilité : des définitions

L'accès se définit comme l'utilisation des services, comprenant le besoin de prise en charge jusqu'à l'utilisation des services. Cette approche est, entre autre, présentée par Aday et Andersen⁹⁵. Selon eux, on peut différencier l'accès « primaire » ou réel qui serait l'entrée et l'utilisation des services, de l'accès « secondaire » ou potentiel, qui correspondrait aux facteurs qui prédisposent à l'utilisation des services (caractéristiques des services, de la population). En effet, pour expliquer les déterminants qui influencent l'utilisation des services, il est important de définir les facteurs qui incitent en premier lieu à la recherche de prise en charge comme les besoins de santé. Selon les mêmes auteurs⁹⁶, l'accès se mesure davantage grâce à l'observation du comportement des personnes c'est-à-dire de l'utilisation réelle qu'ils font des services.

Quant à Penchansky et Thomas⁹⁷, cinq dimensions interdépendantes autour de l'accès aux services sont à prendre en compte :

- La disponibilité : relation entre le volume et le type de services existants comparé au volume et au type de services nécessaires pour l'utilisateur.
- L'accessibilité : relation entre la localisation de l'offre et celle des utilisateurs.

⁹⁵ ADAY A. y ANDERSEN R., 1974, « A Theoretical Framework for the Study of Access to Medical Care », Health Services Research, v. 9, no. 3, p. 208-220, disponible sur internet :

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071804/pdf/hsresearch00560-0030.pdf>

⁹⁶ Op.cit.

⁹⁷ PENCHANSKY R. y THOMAS J.W., 1981, « The concept of access: Definition y relationship to consumer satisfaction », Medical Care, p. 127- 140.

- l'acceptabilité : relation entre l'attitude des utilisateurs et les caractéristiques du personnel (âge, sexe, ethnie, etc.), les pratiques de prise en charge mais aussi, lien entre les attitudes des prestataires de services et les caractéristiques des patients.
- l'adaptation : relation entre la forme d'organisation des ressources à l'attention des patients et la capacité des patients de s'adapter à ces formes d'organisation.
- le coût : relation entre le prix des services et le revenu, la prédisposition à payer liée par ailleurs à l'existence d'une assurance de santé.

L'évaluation de l'accès aux services que proposent Penchansky et Thomas, est réalisée depuis la perspective des usagers en mesurant la satisfaction de ces derniers avec les différentes dimensions évoquées⁹⁸.

Sous l'égide de l'Institute of Medicine (IOM)⁹⁹, on assiste à une remise en question plus radicale du concept d'accès aux services : il s'agit non seulement de mesurer l'accès à des soins, mais surtout l'accès à la santé ce qui élargit le concept. L'idée est donc qu'il n'est pas suffisant d'accéder aux soins, mais d'accéder aux soins les plus efficaces en matière de santé, voire les plus efficaces, en années de vie gagnées par exemple. Il convient alors, pour les personnes qui sont entrées dans le système, de mesurer l'accès aux soins en considérant la qualité de ces derniers. C'est ce que l'on appelle « l'accès aux soins secondaires » qui associe la réflexion autour des modalités d'entrée dans la prise en charge mais également autour des conditions de cette prise en charge.

Comme évoqué antérieurement, la notion d'accès aux services se rapproche alors de celle de l'accessibilité à ces derniers. Picheral H. souligne que *« l'accessibilité est une condition de l'accès aux soins mais ne détermine pas à elle seule le recours aux soins effectifs »*¹⁰⁰. Par ailleurs, selon Donabedian, l'accessibilité *« est le degré d'ajustement entre les caractéristiques des ressources de prise en charge en santé et celles de la population dans un processus de recherche et d'obtention de prise en charge »*¹⁰¹. Dans ce cas, l'accessibilité intègre l'étape de la recherche de prise en charge. Il considère que différents

⁹⁸ MOGOLLON PEREZ A.S., 2004, « Acceso a la población desplazada por conflicto armado a los servicios de salud en las Empresas Sociales del Estado de primer nivel de la ciudad de Bogotá, Columbia », Thèse pour le doctorat en Santé Publique, Universidad Autónoma de Barcelona, Espagne, p.70.

⁹⁹ Ibidem, p. 66.

¹⁰⁰ PICHERAL H., 2001, « Dictionnaire raisonné de géographie de la santé », GEOS, Atelier Géographie de la santé, Montpellier: Université Montpellier 3 - Paul Valéry.

¹⁰¹ Ibidem, p.65.

facteurs influencent l'accessibilité: géographiques, financiers, organisationnels et socioculturels.

L'accessibilité géographique se rapporte à la capacité de rapprocher spatialement l'offre des besoins. Selon Sanni Yaya¹⁰², l'accessibilité financière peut être définie comme la possibilité financière d'utiliser les services de santé. Il existe le financement direct qui correspond au cas où les frais de santé sont payés d'une manière individuelle et, le financement indirect, par paiement reporté (ex.: les assurances médicales). L'accessibilité financière suppose un équilibre entre le prix et la qualité des prestations de santé, et par ailleurs, le pouvoir d'achat des populations. L'accessibilité culturelle intègre l'importance de la communication et de la compréhension réciproque entre les professionnels de santé et les usagers. L'accessibilité organisationnelle correspond aux différentes modalités qui caractérisent l'organisation des services de santé : horaires d'ouverture, temps d'attente, type de prestations offertes, etc.

J. Frenk¹⁰³ propose un cadre théorique, pour analyser l'accessibilité. Il est basé sur l'ajustement entre les facteurs qui créent une résistance à la recherche et à l'obtention de la prise en charge (écologique comme la distance et le temps de transport, financier et organisationnel) et les facteurs qui, au contraire, facilitent recherche et obtention de prise en charge.

En conclusion, l'accès résulte d'une organisation de service mais aussi de l'interaction qui va se jouer entre celle-ci et les acteurs (professionnels et population). Dans le cadre de notre étude, nous avons choisi le modèle de Penchansky y Thomas dans la mesure où l'évaluation de l'accès est construit à partir de la représentation des usagers. Cette lecture n'exclut pas la pertinence d'autres approches, en particulier celles qui considèrent la dimension de la qualité des services.

¹⁰² SANNI YAYA H. y BONNET P., 2009, «Le concept d'accessibilité en santé et son articulation dans la réalité sanitaire en Afrique : une perspective critique », *in* SANNI YAYA H. et Al., « Le défi de l'équité et de l'accessibilité en santé dans le Tiers-Monde. Entre droit fondamental, justice sociale et logique marchande », Ed. L'Harmattan et les Presse de l'Université de Laval, p.86.

¹⁰³ FRENK J., 1985, «El concepto y la medición de accesibilidad », *Revista Salud Publica en México*, p. 438-453.

4.2 La prise en charge du point de vue de la population et des prestataires de services

Différents facteurs nous permettent d'avoir une meilleure compréhension de la prise en charge du point de vue des utilisateurs mais aussi des prestataires de services, qui sont nos groupes de référence.

Deux grandes distinctions existent dans l'analyse des comportements et des conceptions de la maladie. La vision « émique » fait référence « *aux principes et aux valeurs propres à un acteur rencontré dans une culture donnée* »¹⁰⁴. On y retrouve les conceptions populaires de la maladie et de la santé dans un contexte culturel déterminé. L'autre conception, « éthique », respecte les conditions de la recherche scientifique caractérisée par la connaissance rationnelle, objective et indépendante de l'observateur, en faisant référence à la dimension universelle du savoir médical¹⁰⁵.

Les maladies peuvent être entendues de différentes manières, selon le point de vue utilisé. La vision des professionnels du secteur de santé n'est pas nécessairement la même que celle du malade ou du malade et de sa famille. De fait, la distinction faite par les anglo-saxons avec les termes « disease » (la pathologie), « illness » (la souffrance) et « sickness » (la maladie) nous semble intéressante. La première notion fait référence aux anomalies dans la structure ou le fonctionnement des organes, de tout système physiologique et à tout état organique ou fonctionnel pathologique. Il fait référence à la maladie dans son acception biologique. Le deuxième évoque les perceptions et les expériences vécues par l'individu dans sa relation à ses problèmes de santé biomédicaux ou à tout autre état physique ou psychologique socialement stigmatisé. Le dernier terme correspond à la dimension sociale de la maladie, « *du fait qu'elle est abordée comme représentation sociale et charge symbolique par l'ensemble du groupe social et qu'elle sous-tend les modèles étiologiques et les comportements préventifs ou de recherche d'aide* »¹⁰⁶.

4.3 Les Déterminants Socioculturels de Santé

Les Déterminants Socioculturels de Santé (DSS) se définissent comme « *l'ensemble des conditions socialement produites qui influencent la santé des*

¹⁰⁴ MASSE R., 1995, « Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé ». Gaétan Morin éditeur, Boucherville, Canada.

¹⁰⁵ Op.cit.

¹⁰⁶ Op.cit.

populations. Une liste non exhaustive inclurait : les politiques en matière d'emploi, le type d'emploi, l'éducation, les infrastructures de transport, le revenu, l'environnement bâti dont l'habitation et autres »¹⁰⁷. Les éléments du chapitre antérieur y trouvent également toute leur place.

Au Mexique, la pauvreté, la nutrition, les conditions de vie, l'exclusion, l'emploi, l'éducation, les services de santé et la sécurité sociale sont autant de facteurs qui peuvent influencer l'apparition et le développement de la maladie¹⁰⁸.

Dans le cas de la TB, la découverte des effets bénéfiques de la streptomycine ainsi que l'apparition de la vaccination par le BCG ont eu des effets bénéfiques sur la diminution de la morbidité et de la mortalité liées à la TB. Cependant, des études ont montré que cette réduction a débuté avant l'apparition de ces moyens prophylactiques et thérapeutiques. Ceci laisse à penser que les conditions sociales et économiques de la population ont également contribué à l'amélioration de la situation même si la TB ne peut pas être éradiquée seulement par de meilleures conditions socio-sanitaires¹⁰⁹. Les DSS ont une influence aussi bien sur la possibilité de se contaminer que sur le développement final de la maladie¹¹⁰.

En guise de synthèse de cette partie, nous percevons bien que l'analyse de la prise en charge d'une pathologie, en l'occurrence la tuberculose, passe par la compréhension des déterminants qui influencent cette maladie de façon singulière et celle des conditions qui régissent les systèmes de prise en charge de qualité. Dans notre contexte, le système dit traditionnel tient une place importante mais nous n'avons pas pu dans le cadre de ce mémoire le développer.

¹⁰⁷ INPES, 2010, « Réduire les inégalités sociales en santé », Paris, Dossier Santé en Action, p. 31.

¹⁰⁸ AGUILERA N. et Al., 2005, « Desigualdad en Salud en México: un análisis de sus Determinantes », México, Edición Universidad Ibero-americana, p.14.

¹⁰⁹ FRIEDEN T., 2007, « ¿Puede controlarse la TB ? », in TOMAN K., 2007, « Tuberculosis: detección de casos, tratamiento y vigilancia », 2da edición, Publicación Científica y Técnica No. 617, Washington, p.341.

¹¹⁰ FUENTES-TAFUR L.A., 2009, « Enfoque socio-político para el control de la Tb en Perú », Rev Peru Med Exp Salud Publica, p. 371.

Chapitre 5. Méthodologie et outils méthodologiques

Dans ce chapitre, nous présenterons les différents outils et méthodes utilisés pour atteindre les objectifs escomptés ainsi que les limites et les biais rencontrés dans notre investigation. Dans notre travail, nous utiliserons la « recherche descriptive » selon ROBERT R. et PERRIER Y¹¹¹.

5.1 Les différents outils et méthodes utilisés

5.1.1 Recherche bibliographique

Il s'est avéré important de collecter un certain nombre de données de cadrage sur le Mexique, l'Etat du Chiapas et sa région, ainsi que sur le système de santé mexicain. De la même façon, la revue de littérature nous a permis de mieux comprendre l'accès aux services de santé, plus précisément le dépistage et le traitement de la TB.

5.1.2 Collectes de données secondaires

Pour répondre au premier objectif spécifique de l'étude, la méthode utilisée a été la recherche de sources d'informations secondaires¹¹² contenues dans la description du Programme National de Prévention et de Contrôle de la Tuberculose. Nous avons également utilisé différentes données du programme de prévention et de contrôle de la tuberculose au Chiapas (année 2010), celles du programme au niveau de la Juridiction Sanitaire II. Ces informations nous ont permis de comprendre le modèle opérationnel, avec les stratégies et les étapes concernant le dépistage et le traitement de la TBP au niveau national et local.

5.1.3 Etude qualitative

Pour répondre au second objectif, nous avons choisi de comparer deux filières du système de soins qui appartiennent à la Juridiction Sanitaire II de la zone « Los

¹¹¹ La recherche descriptive a pour objet de répertorier et de décrire systématiquement un certain nombre de phénomènes, d'établir des regroupements de données et des classifications. Elle s'applique pour des phénomènes que l'on connaît un peu et que l'on veut décrire en profondeur. Source : ROBERT R. et PERRIER Y., 2006, « Savoir plus : outils et méthodes de travail intellectuel », Montréal, Les Éditions de la Chenelière, 2e éd., p.4.

¹¹² Les sources secondaires correspondent à l'information primaire, synthétisée et réorganisée. Elles sont spécialement désignée pour faciliter et maximiser l'accès aux sources primaires ou à ses contenues. Elles composent la collecte de référence de la bibliothèque et facilitent le contrôle et l'accès aux sources primaires.

Altos » de Chiapas. Notre étude s'est concentrée sur seulement deux filières en raison du temps imparti (quatre mois).

Nous entendons par filière, les connexions qui existent entre les professionnels de santé qui travaillent pour les Soins de Santé Primaires¹¹³ et le circuit de prise en charge qui peut être utilisé par l'utilisateur¹¹⁴. Les critères de sélection des filières de soins ont été: le taux de mortalité spécifique de la tuberculose, le taux de mortalité infantile, l'Indice de Développement Humain (IDH). Ces indicateurs nous ont permis de mettre en évidence la situation sanitaire et de marginalisation des deux filières sélectionnées. Les données disponibles au moment de l'étude ont été celles des années 2009 pour la mortalité spécifique de tuberculose et la mortalité infantile et celles de 2005 pour l'IDH. Pour rendre la lecture des données plus facile, nous avons calculé les quartiles¹¹⁵ de chaque indicateur. Finalement, nous avons mis en évidence une filière de soins moyennement marginalisée sans décès de tuberculose en 2009 et une autre, grandement marginalisée avec des décès de tuberculose recensés en 2009 (Cf. *Annexe 5 : Critères d'inclusion des filières des services de santé de notre étude*).

Différents outils ont été utilisés afin de pouvoir mettre en évidence certains phénomènes survenant dans notre étude.

5.1.3.1 L'entretien individuel

- L'échantillon:

Nous avons réalisé treize entretiens qualitatifs semi-dirigés¹¹⁶ avec la population indigène et les prestataires de services de santé de la région « Los Altos » afin de vérifier si le dépistage et le traitement sont accessibles.

Nous avons souhaité obtenir une variété de situations pour nous permettre de comprendre les conditions d'accès aux services de dépistage et de traitement de la TB. L'échantillon des personnes interviewées n'était pas représentatif, c'est-à-dire capable de reproduire dans une taille plus réduite les caractéristiques de la

¹¹³ « Premier niveau de contact des individus, des familles et des communautés avec le système de santé d'un pays, apportant les soins de santé aussi près que possible de l'endroit où les gens travaillent et vivent » ; Banque de Données de Santé Publique, glossaire, <http://asp.bdsp.ehesp.fr/GloSSire/>

¹¹⁴ L'OPS définit la filière de santé comme constitué par une conjonction d'établissements de santé : postes de santé, centre et hôpital de second ou troisième niveau de prise en charge.

¹¹⁵ En statistique descriptive, un quartile est chacune des 3 valeurs qui divisent les données triées en 4 parts égales, de sorte que chaque partie représente 1/4 de l'échantillon de population.

¹¹⁶ Le terme d'entretien semi-dirigé s'utilise dans le cas où l'interviewer dispose d'un guide qui regroupe les thèmes qu'il doit traiter tout au long de l'entretien. Cependant, l'ordre dans lequel les différents thèmes sont abordés et le mode de formulation des questions sont laissés à la libre décision et validation de l'interviewer.

population. Le nombre d'entretiens à effectuer a été défini à partir de la typologie des personnes interrogées (prestataires de services et patients avec tuberculose) ainsi que du point de « saturation » c'est-à-dire quand les informations commencent à être redondante.

Pour recruter les participants et réaliser les entretiens, nous nous sommes appuyés sur la liste des patients, comme ayant la TB ou ayant eu la TB, identifiés au niveau de la JS II. Nous avons pu localiser les possibles participants grâce aux prestataires de santé qui travaillent dans les communautés. Ceci constitue un biais dans notre étude puisque les personnes identifiées par la JS ont pu bénéficier d'un accès aux soins. Cependant, ces entretiens nous ont permis de connaître les perceptions sur les conditions d'accès à la prise en charge et le déroulement de celle-ci.

Les caractéristiques des personnes interrogées sont:

- personnes indigènes appartenant à l'une des deux filières de santé définies
- de plus de 14 ans, âge qui correspond au dépistage
- personne atteinte de TB ou pas.

Afin de faciliter la communication avec les personnes indigènes, nous avons sollicité l'aide d'une traductrice pour réaliser les entretiens en tselal pour ensuite les traduire à l'espagnol.

Les critères de sélection pour les prestataires de services ont été :

- personnel travaillant dans l'une des deux filières de santé définies
- personnel de santé en lien avec le PNT.

- **Thèmes des entretiens :**

Les thèmes abordés durant les entretiens avec la population indigène ont été : la connaissance de la maladie, l'expression du besoin de consulter, le diagnostic de la maladie, l'accessibilité de la prise en charge, le traitement et son suivi, la relation médecin-patient et la relation avec l'entourage familial et communautaire.

Les sujets traités avec les prestataires de services ont été : les aspects du programme de TB, la perception de la tuberculose, les ressources disponibles, l'accessibilité pour la prise en charge médicale ainsi que pour le dépistage, le traitement et le suivi et de manière plus générale du patient, l'accessibilité à la santé (géographique, financière, culturelle et organisationnelle).

Les thèmes abordés nous ont permis d'évaluer la satisfaction des usagers sur l'utilisation des services. Nous avons, par ailleurs, utilisés quelques critères pour mesurer l'accès:

- Disponibilité : connaissance sur les lieux de prise en charge ;
- Accessibilité : durée du voyage depuis le lieu de résidence jusqu'au centre de santé (en minutes), la distance en kilomètres ;
- Adaptation : le temps d'attente pour la consultation médicale ;
- Acceptabilité : la langue originaire utilisée par le personnel de santé et la population indigène ;
- Coût : l'affiliation à un mode de protection sociale, le coût du transport, de la consultation médicale, des médicaments, des études complémentaires, du repas, autres... et la possibilité de couvrir les frais.

- **Analyse des entretiens :**

Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits. Afin d'assurer le maximum de fiabilité dans les informations obtenues, nous avons appliqué la méthode de « triangulation » consistant à «confronter des méthodes d'investigations différentes et complémentaires (triangulations des sources, interne, temporelle, spatiale, théorique, des observateurs, méthodologique, par combinaison de niveau) »¹¹⁷. Ainsi, les données obtenues au cours des entretiens ont été croisées avec différentes sources de données : prestataires de services, populations indigènes, informations obtenues dans les dossiers médicaux des patients – sous couvert de confidentialité - afin de vérifier la concordance des informations. Une analyse thématique des entretiens a été réalisée de manière verticale (chaque entretien par thème) et horizontale (chaque thème par entretien).

- **Le cadre contractuel de l'entretien :**

Il était important que les informations transmises soient confidentielles. Une lettre explicative énonçant les objectifs, les conditions d'entretiens et le choix laissé à l'interviewé d'être mentionné ou pas dans l'étude a été distribuée et expliquée à chaque personne avant de commencer l'entretien.

¹¹⁷ ROBO P., 1995, « A propos de recherche et de méthodes qualitatives », p.2 [visité le 15 avril 2011], disponible sur internet : http://probo.free.fr/ecrits_divers/methodes_qualitatives.pdf

5.1.3.2 Le guide d'exploration

Un guide nous a permis de retracer les ressources humaines (personnel de santé dédié au dépistage et au traitement de la TBP), le matériel nécessaire pour le dépistage (lames de verre, collecteurs, formulaires,...) et le traitement de la TBP au niveau des deux filières des services de santé afin de pouvoir analyser leur disponibilité. Nous avons visité les centres de santé afin d'observer l'utilisation de ces ressources par le personnel travaillant dans les structures de santé.

5.1.3.3 Observation non participante directe

L'observation non participante directe est définie par l'observation d'un phénomène que l'on étudie dans le lieu et l'instant où il se produit sans participer aux activités qui y sont liées. Pour mettre en place cette méthode, nous avons utilisé deux référentiels ayant deux objectifs distincts. Le premier avait pour but de comparer la réalisation de la bacilloscopie par rapport au référentiel théorique utilisé. Le second avait pour but de comparer l'administration du traitement de la stratégie DOTS en situation concrète par rapport au référentiel national.

5.2 Les limites et les biais rencontrés dans l'étude

Certaines difficultés ont pu être rencontrées dans notre étude comme la barrière de la langue : nous ne maîtrisons pas la langue tselal des populations locales. Une traductrice a donc permis de lever partiellement cette limite. D'autre part, la situation d'entretien n'est pas neutre et le fait qu'une personne étrangère fasse la demande d'un entretien peut influencer les réponses apportées par les personnes interrogées. Nous avons tenu compte de ces limites dans l'analyse des réponses.

Une autre limite a été le refus d'être interviewé par certains prestataires de services. Les informations que nous aurions pu avoir concernant la mise en place du programme, les difficultés ou les opportunités rencontrées pour sa mise en place et son évolution font défaut dans l'analyse des résultats.

Par ailleurs, le fait que l'échantillon ne soit pas représentatif ne nous permet pas d'extrapoler les informations obtenues à la population en générale.

Enfin, la question du temps imparti pour la réalisation du mémoire n'a pas permis d'étendre la zone de recherche et d'approfondir davantage les données obtenues notamment sur des aspects plus qualitatifs de la prise en charge ainsi que les déterminants culturels.

Concernant les entretiens, un certain nombre de biais est à évoquer. Premièrement, le fait d'avoir fait appel à un traducteur peut constituer un biais dans la restitution des informations. En effet, « *l'enquête par entretien est l'instrument privilégié de l'exploration des faits dont la parole est le vecteur principal, cette conversation par laquelle la société parle et se parle. Ces faits concernent les systèmes de représentations (pensées construites) et les pratiques sociales (faits expérimentés)* »¹¹⁸. Or, la traduction peut modifier la parole et ne pas prendre en compte l'ensemble des éléments de l'entretien. Afin de limiter ce biais, le traducteur a reçu une formation dans l'application de l'entretien et des informations ont été croisées pour en vérifier la congruence.

Par ailleurs, les entretiens n'ont pas pu tous être réalisés dans un endroit neutre. En effet, l'environnement dans lequel se déroule l'entretien peut influencer les réponses données. Or, certains entretiens se sont déroulés sur le lieu de travail des prestataires de services. Nous avons tenu compte des conditions de l'entretien lors de l'analyse des résultats.

Enfin, comme évoqué antérieurement, les personnes indigènes qui ont été interrogées, avaient déjà bénéficié de l'accès au dépistage ou au traitement de la tuberculose. Nous parlons alors dans ce cas de biais de sélection.

¹¹⁸ BLANCHET A. et GOTMAN A., 2010, « L'enquête et ses méthodes : l'entretien », Paris, 2d Edition, Armand Colin, p.23.

Chapitre 6. Résultats de l'étude

6.1 Profils des personnes interrogées et des lieux observés

- Profil des personnes interrogées

Le profil sociodémographique des participants est présenté ci-dessous et détaillé en annexe (Cf. Annexe 6 : Profil des personnes interrogées au cours de notre étude).

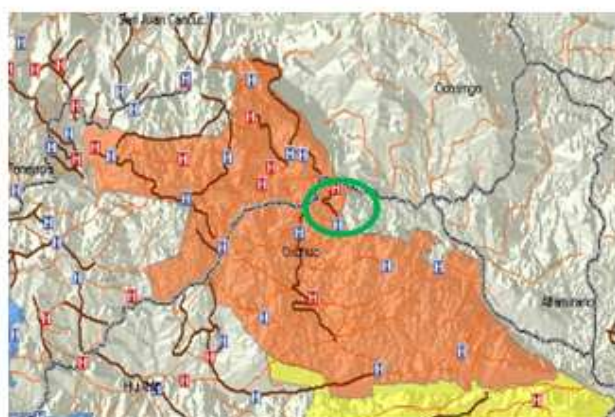
Participants	Méthode	Age	Sexe des participants	Lieu de l'entretien
Prestataires de services de santé n= 8	Un entretien semi-dirigé pour chacun	26-49 ans	5 femmes 3 hommes	cafés à San Cristobal de Las casas, centres de santé
Usagers n= 5	Un entretien semi-dirigé pour chacun	25-45 ans	1 femme 4 hommes	résidence des usagers, centres de santé

- Profils des lieux observés

L'ensemble des structures de santé visitées sont des institutions publiques de la SS. Celles-ci se répartissent de la manière suivante :

- Municipalité de Chanal : un centre de santé avec hospitalisation (chef-lieu de Chanal)
- Municipalité de Oxchuc : un centre de santé avec hospitalisation (Chef-lieu de Oxchuc, deux centres de santé ruraux (Chaonil et Paxtontic'ja).

Municipalité d'Oxchuc



Municipalité de Chanal



Lieux où sont situées les structures de santé visitées.

Le centre de santé (CS) de Paxtontic'ja n'apparaît pas sur la carte étant donné qu'il a été mis en place depuis peu.

Dans le tableau suivant, nous décrivons les caractéristiques générales des différentes localités où sont situées les structures de santé :

Municipalité	Localité	Population totale	% de la pop. masculine	Population de plus de 15 ans	Pop. non ayant droit	Pop. couverte par la SS	% de la pop. couverte par la SS
Chanal	CHANAL	7008	50	3523	525	6388	91,2
Oxchuc	OXCHUC	6675	49,6	4110	1483	3236	48,5
Oxchuc	CHAONIL	464	52,5	273	63	380	81,9
Oxchuc	PASHTONTICJA	875	50,5	525	206	667	76,2

(Source: INEGI, 2010, *Censo de Población y vivienda*)

Par ailleurs, afin d'évaluer les moyens de dépistage, nous avons visité le laboratoire d'analyse du programme de TB situé dans le Centre de Diagnostic et de Traitement de la TB (CDT) ainsi que les centres de radiologie.

Le CDT est situé à San Cristobal de Las Casas, à « l'Hôpital de la « Mujer ». Il regroupe le laboratoire d'analyse des examens microscopiques et l'unité de traitement des malades sous la direction de la responsable du programme de TB.

6.2 Les résultats de l'étude

Dans ce chapitre, nous allons exposer tout d'abord les ressources disponibles (humaines, financières et matérielles) puis les différents facteurs en lien avec l'accès au dépistage et au traitement de la TB

6.2.1 Les ressources disponibles

6.2.1.1 Les ressources humaines

Durant les entretiens, la plupart des prestataires de services insistent sur la carence en ressources humaines pour certaines catégories professionnelles (Cf. *Annexe 7 : répertoire des ressources humaines disponibles dans les centres de santé*). Dans le CS de Chanal, il manque deux médecins, l'un chargé des consultations et le second, au service des urgences. Au niveau des ressources paramédicales, il existe également une pénurie d'infirmières qui sont remplacées par celles réalisant leur service social, impliquant par ailleurs un turn-over important indépendamment des compétences requises¹¹⁹. De même, les infirmières spécialisées dans le travail communautaire sont préférentiellement placées au

¹¹⁹ Le service social est le stage de fin d'étude réalisée par les futurs professionnels de santé, d'une durée d'un an.

niveau des consultations afin de pourvoir au manque d'effectif au détriment du travail de proximité, dans les villages. Des contraintes humaines existent donc pour réaliser le travail de dépistage de la TB.

Les professionnels de santé ne reçoivent pas de formation continue sur le thème de la TB. Un professionnel de santé a indiqué qu'en 13 ans de travail dans le service public, il avait reçu deux formations sur ce thème. De même, plusieurs médecins ont notifié leur méconnaissance du traitement de la maladie selon les protocoles en vigueur, qu'ils ont dû pallier à cela en recherchant eux-mêmes l'information, recevant sur « une simple feuille » les instructions concernant les prescriptions des traitements antituberculeux ou même parfois de façon orale. Ces constats mettent en évidence le manque et la qualité de la communication entre les professionnels des CS et ceux du CDT.

Le personnel de santé des centres de santé ne se reconnaît pas comme étant spécifiquement chargé du programme de TB. Il a conscience de la multitude des programmes à charge et auxquels il doit répondre. Néanmoins, certaines infirmières ont reçu à partir de 2010 la formation DOTS afin de mettre en place le réseau d'infirmières spécifiquement formées à cette stratégie. Dans le CS de Oxchuc, l'infirmière responsable du DOTS n'a pas pu assister à la seconde formation en raison du manque de ressources humaines dans son unité, l'empêchant de se rendre disponible. L'infirmière de Chanal est en responsabilité du DOTS depuis février 2011 et a reçu une seule formation. Ces deux prestataires de services reconnaissent certaines difficultés à mettre en place les activités en raison du manque de ressources humaines et du contexte d'insécurité¹²⁰ de la zone de travail.

6.2.1.2 Les ressources financières

Concernant le financement du programme de TB au Chiapas, le PNT a été mis en place avec des moyens très limités¹²¹. Le financement du programme de TB reste difficile à appréhender. La responsable du programme de TB au niveau de la JS II ne disposait pas de données concrètes à ce sujet.

Concernant les dépenses directes de santé, la prise en charge médicale et le traitement sont gratuits pour la population selon les normes en cours. L'ensemble

¹²⁰ Le centre de santé de Chanal a cessé de fonctionner en 2009 en raison de l'agression d'un médecin. Des hommes de la municipalité sont entrés dans l'unité de soins et ont violenté les professionnels de santé pour « rendre justice » à une patiente.

¹²¹ El Colegio de la Frontera Sur, « Foro Derecho a la salud y Tuberculosis en Chiapas », 03-04 mai 2011, San Cristobal de Las Casas, Chiapas, Mexico.

des dépenses est d'ailleurs pris en charge par la sécurité sociale où tous les patients interrogés sont affiliés. Pourtant une patiente, ne pouvant prendre le traitement standard de la TB, a dû déboursier l'équivalent de 2 500 pesos¹²² pour payer, dans une pharmacie privée, le dernier mois de traitement étant donné que le programme de TB ne pouvait pas le mettre à sa disposition¹²³. Le médecin n'a pas fait la demande au service social afin de faire valoir les droits de la patiente (recevoir gratuitement un traitement pour la TB) pensant que la molécule n'était pas dans la liste des médicaments remboursables. Après vérification, ce médicament aurait pu être pris en charge.

Cet exemple illustre le manque d'information de la part des professionnels de santé et des patients concernant leurs droits, mais aussi le cloisonnement entre le monde médical et social.

Les dépenses indirectes de santé¹²⁴ effectuées par les patients restent relativement élevées au regard des capacités financières dont disposent ces derniers. Une patiente mentionne ainsi qu'elle a été sur le point de vendre le terrain de son père afin de pouvoir financer un transport à la ville de Mexico pour rencontrer des experts susceptibles de diagnostiquer les problèmes qu'elle rencontrait et liés aux médicaments de TB¹²⁵. Finalement, ce sont les experts qui ont effectué le trajet. L'argument énoncé par les prestataires de services concernant l'accessibilité financière des patients est que ces derniers bénéficient du programme « IMSS-Oportunidades », ce qui facilite le paiement des dépenses¹²⁶. Or, les entretiens ont montré que les patients utilisent leurs propres ressources (vente de produits ou de récoltes) ou empruntent de l'argent à leur entourage pour faire face aux frais. Le programme « IMSS-Oportunidades » n'est

¹²² 2 500 pesos équivaut à environ 156 Euros (1 Euro = 16 pesos).

¹²³ Entretien réalisé le 15 avril 2011 dans la municipalité de Oxchuc.

¹²⁴ Les dépenses de santé indirectes correspondent aux dépenses non médicales effectuées par le patient ou sa famille pour se soigner (transport, alimentation,...)

¹²⁵ Entretien réalisé le 15 avril 2011 dans la municipalité de Oxchuc.

¹²⁶ Le programme « IMSS-Oportunidades » agit dans trois domaines : l'éducation, la santé et l'alimentation. En matière d'éducation, il permet la distribution de bourses scolaires aux enfants du primaire jusqu'au lycée. Le montant de ces aides, distribuées tous les deux mois, est calculé de manière à compenser le revenu que représentait le travail des enfants. Dans le domaine de la santé, chaque membre doit se rendre à des rendez-vous de dépistage de certaines maladies ainsi qu'à des discussions de sensibilisation et de prévention autour de grands thèmes de santé. Quant à l'alimentation, le programme fournit des suppléments nutritionnels aux membres les plus vulnérables de la famille (femmes enceintes, enfants). Toutes ces aides sont complétées par une aide plus générale tous les deux mois. L'attribution de ces aides se base sur le concept de coresponsabilité, c'est-à-dire que leur distribution est conditionnée par l'engagement des familles bénéficiaires et plus précisément des mères de famille. Source : [visité le 12 mai 2011] www.imss.gob.mx/programas/opportunidades/

pas spécifique pour les personnes atteintes de TB mais pour la population en situation de pauvreté.

En conclusion, on peut signaler que les dépenses de santé directes et indirectes restent pour les patients une charge lourde. Comme expliqué antérieurement, une des barrières concernant l'accès à la santé demeure la contrainte financière. Or, il n'existe pas de système d'aides socio-économiques (transports, alimentation, ...) spécifiques pour les patients de TB afin de prendre en compte l'ensemble des coûts.

6.2.1.3 Les ressources matérielles

La plupart des professionnels de santé n'ont pas signalé de difficultés notoires dans l'acquisition et la distribution du matériel nécessaire pour réaliser le dépistage de la TB (Cf. *Annexe 8 : Répertoire du matériel nécessaire pour le dépistage de la tuberculose*). Néanmoins, lors de la visite d'un CS nouvellement mis en place (le 15 janvier 2011), le médecin en charge de la structure a notifié qu'il n'avait pas de matériel bien qu'il en ait fait la demande à la responsable du programme de TB. Il n'a pas pu être vérifié si ce CS avait été comptabilisé dans la distribution du matériel pour l'année 2011.

Au vu de ces résultats, il semble plutôt intéressant de s'interroger sur la manière dont s'utilisent ces ressources. En effet, lors de l'administration d'un traitement antituberculeux à un patient, nous avons observé que le médecin avait à sa disposition les formulaires nécessaires pour le suivi du traitement mais n'en a pas fait usage. Il est normalement recommandé que soient enregistrées les doses de médicaments prises par le patient afin de pouvoir évaluer les progrès du patient ainsi que son absentéisme¹²⁷ (Cf. *Annexe 9 : Guide d'observation non participante de l'administration du Traitement antituberculeux strictement supervisé*).

Concernant les différents examens pour la réalisation du diagnostic de la TB, nous disposons de :

- ***L'Examen microscopique direct de l'expectoration (Bacilloscopie):***

La procédure concernant la réalisation de la bacilloscopie est relativement bien connue de la part des professionnels de santé. De plus, les CS situés dans les chefs-lieux bénéficient, depuis 2005, de l'aide d'un chimiste bien que le CS de Oxchuc n'ait à sa disposition ce personnel seulement en fin de semaine. Il existe

¹²⁷ Observation réalisée le 05 mai 2011 dans la municipalité de Oxchuc.

aussi quelques problèmes dans le délai de réponse de la bacilloscopie qui doit être rendu au plus tard une semaine après sa réalisation. En effet, un patient a eu le résultat de sa bacilloscopie positive un mois après sa réalisation¹²⁸.

Par ailleurs, bien que le médecin soit la personne centrale dans le choix de la réalisation de l'examen microscopique, des personnels de santé signalent que, certaines fois, le médecin ne prescrit pas l'examen pour le dépistage. En effet, un patient ayant les symptômes reconnus de la TB, a consulté un médecin sans pour autant qu'il lui soit demandé de réaliser la bacilloscopie. C'est lors de la seconde visite que le personnel de santé a choisi d'effectuer l'examen qui s'est révélé positif¹²⁹.

- **La culture de l'expectoration :**

Les cultures d'expectoration, afin de différencier les bacilles tuberculeux des mycobactéries atypiques sont envoyées à Tuxtla Gutierrez (capitale de l'Etat). Les résultats sont donnés environ deux mois (65 jours) après le dépôt de l'examen au laboratoire. Le suivi de ces examens n'est pas toujours réalisé. En effet, dans le CS de Oxchuc, au moment de la visite, il n'existait pas de registre des examens réalisés et en permettant alors le suivi.

- **La radiographie :**

La radiographie thoracique peut être utile au diagnostic de la TB chez un patient à bacilloscopie négative mais son interprétation n'apporte pas de certitude absolue. Il existe trois lieux pour la réalisation de la radiographie du thorax qui sont situés à San Cristobal de Las Casas appartenant à la SS: Hôpital de "las Culturas", Hôpital de "la Mujer" et le centre de santé "Los Pinos". Ces structures prennent en charge des personnes couvertes par la sécurité sociale (« Seguro Popular ») ainsi que des personnes orientées par des médecins privés. L'ensemble des services disposent du matériel nécessaire pour réaliser la radiographie du thorax.

L'Hôpital de « Las Culturas », ouvert depuis fin 2010, est relativement bien doté et organisé. Il existe des radiographies mobiles, mais qui sont spécialement utilisées pour les services de médecine ou de chirurgie. Le second est plus ancien et plus vétuste. Le service de radiologie ne dispose pas de médecin radiologue. Ce sont les médecins du service demandeur qui font l'analyse des radiographies. Dans le troisième lieu, le CS de « Los Pinos », il existe un service de radiologie où

¹²⁸ Entretien réalisé le 30 avril 2011 dans la municipalité de Oxchuc.

¹²⁹ Entretien réalisé le 17 mai dans la municipalité de Oxchuc.

travaillent un technicien en radiologie qui réalise et interprète les radios du thorax ainsi qu'un auxiliaire qui aide dans le déroulement des actes radiologiques. Il n'existe pas de service d'urgence, ouvert de 7 h à 14 h 30.

Il est important, par ailleurs, de noter les différences de tarifs entre les services allant de 80 pesos (soit environ 5 euros) à 265 pesos (soit 16.5 euros) en raison du niveau de prise en charge (niveau Soins de santé Primaires et niveau hospitalier).

- **Le test tuberculinique :**

Selon l'entretien avec la responsable du programme de TB au niveau de la JS II, lors d'une conférence¹³⁰, le test à la tuberculine n'a été disponible que fin 2010. L'interprétation de ce test est délicate car un résultat positif peut ne pas être dû à la TB et un résultat négatif n'exclut pas totalement une TB. Son administration et son interprétation nécessitent une bonne pratique. La tuberculine n'est pas disponible dans les CS, elle est centralisée au niveau du CDT.

Au niveau du laboratoire du CDT, il existe du personnel formé pour l'analyse des bacilloscopies comprenant un chimiste pharmaco- biologiste et un technicien laborantin clinique. Ce personnel est supervisé tous les mois¹³¹ et reçoit une formation tous les six mois. Le laboratoire du CDT correspond à l'unité de bacilloscopie c'est-à-dire où l'on pratique la lecture de l'examen microscopique des frottis et des expectorations. Il réalise en moyenne la lecture de 25 bacilloscopies par jour. Une recommandation internationale conseille que l'unité de bacilloscopie couvre une population entre 50 000 et 150 000 personnes¹³². La population couverte de plus de 15 ans, par la JS II, en 2010, était de 173 853 habitants, ce qui signifie que le laboratoire est au dessus de ses capacités de prise en charge.

6.2.2 Les connaissances de la tuberculose

L'éducation à la santé a pour objectif de réduire la transmission de la maladie au sein de la communauté. Elle permet entre autre aux patients d'être sensibilisés et d'acquérir une certaine compréhension de la maladie et de son

¹³⁰ El Colegio de la Frontera Sur, « Foro Derecho a la salud y Tuberculosis en Chiapas », 03-04 mai 2011, San Cristobal de Las Casas, Chiapas, Mexico.

¹³¹ Le personnel doit envoyer chaque mois des échantillons des bacilloscopies au laboratoire de l'Etat afin de vérifier la bonne analyse des échantillons.

¹³² UICTMR, 2007, « Bonnes pratiques de soins pour les patients atteints de TB : Guide pour les pays à faibles revenus », Paris, p.4.

traitement. Par l'information, la population peut avoir davantage confiance dans les services de santé et donc aller au plus facilement au CS, demander des informations sur les examens et les résultats mais aussi respecter les rendez-vous programmés pour le suivi.

Or, selon les patients interrogés, les personnes de la communauté méconnaissent l'importance de la toux, les mécanismes de contagion ou les possibilités de guérison. La TB est vue comme une maladie non guérissable par certains et, par d'autres, guérissable grâce aux plantes. Quant aux patients eux-mêmes, certains ne connaissent pas clairement les modes de transmission de la maladie indiquant que la consommation excessive de piment, d'huile et de soda favorise l'apparition de la maladie¹³³. De même, l'ambulancier d'un CS nous a demandé des informations sur la TB ne connaissant pas cette maladie.

6.2.3 La prise en charge médicale dans le cadre de la TB

Le médecin a un rôle central dans le dépistage de la TB. L'ensemble des prestataires de services a abordé la question du dépistage à partir des consultations réalisées dans les unités et le rôle dévolu au médecin pour le diagnostic probable de la TB ainsi que le suivi du patient. Selon les usagers, c'est lui qui explique la maladie, aide mais aussi stigmatise, ordonne et menace sur les risques de la maladie. En effet, certains médecins ont insisté sur le fait de prendre le traitement afin de ne pas contaminer d'autres personnes¹³⁴. Ces commentaires peuvent provoquer un sentiment de culpabilité de la part des usagers : de fait, c'est bien la façon de transmettre les informations qui va ou non être stigmatisant et culpabilisant ou non. De même, afin d'obliger un patient qui ne venait pas aux rendez-vous fixés par les prestataires de santé, l'infirmière l'a menacé de supprimer les allocations du programme « IMSS-Oportunidades » que recevait sa mère¹³⁵.

Les stratégies utilisées par le personnel du système de santé pour favoriser la prise des traitements ont été mentionnées aussi mais c'est le manque de diffusion de l'information dirigée à ceux qui souffrent de cette maladie qui reste dominant dans les entretiens.

Par ailleurs, nous avons pu observer de la part de certains médecins, lors des visites effectuées dans les centres de santé, la difficulté à communiquer avec

¹³³ Entretien réalisé le 30 avril 2011 dans la municipalité de Oxchuc.

¹³⁴ Entretien réalisé le 28 avril 2011 dans la municipalité de Oxchuc.

¹³⁵ Entretien réalisé le 17 mai 2011 dans la municipalité de Oxchuc.

les patients en raison de la langue. A titre d'illustration, pendant nos visites, un médecin a demandé aux personnes présentes de l'aider à traduire les mots d'un patient monolingue parlant tselal¹³⁶. Le manque de professionnels bilingues est aussi une difficulté des services de santé.

De façon générale, nous constatons un double discours envers les patients qui est à la fois culpabilisateur et paternaliste concernant la maladie.

La prise en charge dans une dimension globale du patient est relativement inégale et peu coordonnée entre les prestataires de services du secteur sanitaire et social. Les usagers vivant dans les chefs-lieux ont pu bénéficier de l'aide d'une nutritionniste, d'une psychologue ou d'une assistante sociale. Tandis que pour les personnes vivant dans des zones retirées, l'accès à ces services reste difficile pour des raisons géographiques et financières mais aussi en raison de la centralisation des ressources et du cloisonnement entre les unités de santé.

6.2.4 Organisation générale des structures de santé

Une des recommandations faite concernant la stratégie DOTS est que le patient ne doit pas attendre pour l'administration quotidienne de son traitement. Or, dans les faits, un patient a indiqué qu'il devait attendre pour recevoir son traitement¹³⁷. De même, un autre patient a expliqué qu'il partait à 6 h30 de chez lui pour arriver à 7 h 00 au CS afin d'être le premier à être pris en charge à 8 h 00, heure à laquelle commencent les consultations¹³⁸.

D'autre part, lors de nos visites à un CS, l'infirmière en service social est arrivée, seule, à 9 h alors que l'horaire d'ouverture est de 8 h 00. Aucun autre professionnel de santé ne s'est présenté avant 11 h 00. Les usagers n'étaient pas informés. Cette situation montre le manque d'organisation et de communication de la part des professionnels de santé vis-à-vis de la population.

Les prestataires de services ont constaté l'amélioration de l'organisation générale du programme de TB. Au cours de ces dernières années, il y a eu une meilleure prise en compte de ce programme de la part du responsable de programme de TB. Cependant, une supervision du travail effectué est nécessaire afin d'améliorer les pratiques. Selon l'information du responsable de programme de TB de la JS II, ces supervisions se font quand il reste du temps. Ce n'est donc pas une priorité face à la charge de travail.

¹³⁶ Observation réalisée le 26 avril 2011 dans la municipalité de Oxchuc.

¹³⁷ Entretien réalisé le 15 avril 2011 dans la municipalité de Oxchuc.

¹³⁸ Entretien réalisé le 18 avril 2011 dans la municipalité de Oxchuc.

6.2.5 Collecte des données pour le programme de TB

Il est possible d'établir des critères afin de prioriser les problèmes de la TB dans les zones à plus grand risque et d'établir, de planifier et de mettre en place des mesures correctrices dans l'organisation des services. La plupart des professionnels de santé ne connaissent pas les objectifs et les indicateurs du programme de TB. Ils reportent la responsabilité au niveau du responsable de programme¹³⁹ (Cf. Annexe 10 : Objectifs annuels des centres de santé étudiés en 2010). Pourtant, chaque mois, un rapport est réalisé et révisé avec la responsable du programme afin de justifier du nombre de cas détectés. D'autre part, les professionnels de santé ont conscience du sous-registre du nombre de cas de TB. En fait, les procédures sont plus utilisées dans une vision de contrôle et de justification de l'activité et non pas dans une vision de santé publique.

6.2.6 L'accès au dépistage de la TB

Pour la majorité des prestataires de service, « *toutes les personnes viennent au centre de santé* ». Or, grâce à l'observation de l'itinéraire thérapeutique¹⁴⁰ des patients, nous pouvons considérer que les patients, avant de venir au CS, s'automédiquent ou/et recourent à la médecine traditionnelle ou au médecin privé. Ils considèrent ce dernier « meilleur » par rapport au service public.

La consultation dans les services de santé institutionnels est une alternative pour pouvoir bénéficier du traitement mais n'est pas la première option. Le lien avec les centres de santé se fait plus facilement quand la personne a déjà eu un premier contact.

D'autre part, les professionnels de santé associent pour la majorité d'entre eux, le dépistage à la consultation médicale ou aux ateliers qui sont donnés dans le cadre du programme « IMSS-Oportunidades ». L'utilité du travail communautaire est très peu évoquée comme stratégie intéressante dans l'identification des contacts, de même que les campagnes d'informations, les enquêtes scolaires,... Les barrières évoquées pour réaliser ce travail sont le manque de ressources humaines et le contexte d'insécurité.

¹³⁹ Entretiens réalisés le 15 avril 2011 dans la municipalité de Oxchuc et le 19 avril 2011 à San Cristobal de Las Casas.

¹⁴⁰ Le concept d'itinéraire thérapeutique décrit concrètement la construction des choix thérapeutiques à partir des différents parcours que suivent les malades et leurs familles.

6.2.7 L'accès au traitement antituberculeux

- **La disponibilité du traitement :**

D'après les entretiens réalisés avec les professionnels de santé et les patients, le traitement standard de la TB est disponible. Par contre, quand il s'agit d'un traitement spécial en cas d'allergie ou d'intolérance ou de TBmR, les traitements sont plus difficiles à obtenir.

- **L'administration du traitement :**

Les procédures dans l'administration du traitement ne sont pas toujours connues des médecins. Un patient rapporte ainsi avoir consulté un médecin privé qui a diagnostiqué la TB mais qui n'a pas appliqué le bon protocole de traitement¹⁴¹. Le patient a développé par la suite une TB résistante.

Comme évoqué antérieurement¹⁴², la stratégie DOTS n'est pas appliquée en référence au cadre théorique proposé par le ministère de la santé d'après nos observations.

- **Le suivi du traitement :**

Durant la phase initiale du traitement, l'examen des expectorations est l'élément primordial pour déterminer l'importance de la charge bacillaire et dépister rapidement une mauvaise adhésion thérapeutique ou l'apparition d'une résistance. Pour les patients interrogés, le suivi réalisé a été recueilli dans leur dossier médical. De manière générale, le recueil des expectorations est réalisé de façon régulière sans être systématiquement mensuel comme le recommande l'OPS¹⁴³.

6.2.8 Refus de soin ou renoncement aux soins ?

L'un des arguments évoqués par les prestataires de services concernant la difficulté du dépistage et de l'administration du traitement est que « *los pacientes son renuentes* »¹⁴⁴. Au travers de cette expression, on peut se demander si les patients refusent les soins ou renoncent aux soins.

¹⁴¹ Entretien réalisé le 15 avril 2011 dans la municipalité de Oxchuc.

¹⁴² Voir chapitre VI – Résultats de l'étude, ressource matérielle, p.42.

¹⁴³ OPS, 2008, « Manual para el diagnostico bacteriológico de la Tuberculosis », p.12.

¹⁴⁴ Traduction littérale en français : « Les patients sont réticents ».

Dans le cas d'un patient ayant une TBmR¹⁴⁵, une prise en charge particulière a été proposée en raison des effets secondaires liés au traitement. Le patient a été hébergé dans la ville de San Cristobal de Las Casas (à 58 km de son lieu d'habitation) afin de recevoir son traitement quotidien. Après 5 jours de traitement, il a renoncé au traitement sur place. Les motifs évoqués par le patient, mais aussi par les professionnels de santé, relèvent du manque d'information sur son traitement et d'une mauvaise prise en charge. Le patient recevait seulement la visite d'une infirmière pour l'administration de son traitement. Au cours d'une réunion entre les différentes parties prenantes, une lettre a été signée par le patient indiquant qu'il renonçait aux soins.

¹⁴⁵ Entretien réalisé le 28 avril 2011 dans la municipalité de Oxchuc.

Chapitre 7. Discussion

Nous tenterons suite aux éléments avancés dans les parties antérieures de faire le lien entre l'information obtenue et le cadre théorique présenté antérieurement.

7.1 Le Programme National de Prévention et de Contrôle de la Tuberculose au Mexique

Pour commencer, nous analyserons les objectifs, la stratégie, le dépistage et le traitement du PNT.

Si l'on reprend l'objectif énuméré dans le PNT, les termes « *d'accès universel à un diagnostic effectif et au traitement* » peuvent être questionnés même au regard de nos données assez restreintes qui viennent confirmer les observations faites lors de nos expériences antérieures de travail dans la région. Tous les patients n'ont pas reçu un diagnostic effectif et un traitement antituberculeux. De même, « *la prise en charge de qualité et humaniste* » présentée dans l'objectif général du PNT est fonction de chaque prestataire de services.

En ce qui concerne la stratégie d'action, les activités suivantes doivent être mises en place, pour atteindre l'objectif général :

- développer des ateliers de formation destinés aux coordinateurs du PNT ;
- standardiser les processus de diagnostic et de vigilance de la qualité des échantillons ;
- augmenter les actions de formation, la supervision du réseau des laboratoires et les services de santé dans les Etats avec un indice de performance faible ;
- renforcer les compétences techniques, les qualités d'humanisme et les modalités d'organisation communautaire du réseau DOTS d'infirmier par le biais de la formation.

Cependant, le renforcement des compétences techniques et opérationnelles de dépistage, diagnostic et traitement du personnel médical, paramédical présente des lacunes d'après les prestataires de services qui sont désarmés face à la prise en charge thérapeutique d'un patient tuberculeux, sans formation continue pour la majorité d'entre eux. À propos du réseau d'infirmières

pour le DOTS, il en est à ses prémices et il semble trop tôt pour pouvoir préjuger du fonctionnement de celui-ci.

Le programme de TB au niveau de la JS II n'a pas pu atteindre les objectifs fixés concernant le dépistage de 90 % des cas. En 2009, seulement 10 % des cas étaient diagnostiqués au niveau de la JS II (Cf. *Annexe 11 : Présentation des résultats du programme de TB la JS II entre 2005 et 2009*).

Les patients en consultation, avec des symptômes respiratoires laissant suspecter une TB, ne réalisent pas systématiquement les bacilloscopies. Or, le PNT souligne que lorsque le syndrome respiratoire a été identifié, il faut informer le patient du risque de TB et réaliser la procédure de diagnostic avec la bacilloscopie pour laquelle il est important d'obtenir le premier échantillon de manière immédiate.

De même, il n'existe pas de recherche intentionnelle des personnes atteintes de TB ou des personnes contacts dans les communautés en raison de barrières liées aux ressources humaines disponibles, du contexte politique existant mais aussi de la volonté politique¹⁴⁶ comme le soulignait la SS¹⁴⁷.

Dans la stratégie DOTS, une des composantes essentielles est l'engagement politique institutionnel. Pour que cette stratégie puisse fonctionner, le programme doit recevoir les fonds suffisants et l'appui administratif pour payer le personnel, obtenir le matériel (microscopes, traitements pharmaceutiques, matériels de dépistage, ...) et mettre en œuvre les services proposés. Or, nous pouvons nous rendre compte que les ressources ne semblent pas suffisantes pour répondre aux objectifs.

7.2 Les ressources disponibles pour la mise en œuvre du PNT

7.2.1 Ressources humaines

Le manque de ressources humaines constitue l'une des barrières énumérées par les prestataires de service. La multitude des programmes oblige le personnel à répondre à chaque objectif. L'idée de former un personnel spécifiquement destiné à la mise en œuvre du DOTS permettra sans doute une amélioration des pratiques mais ne résoudra pas le problème du manque de ressources humaines d'un point de vue général. Il est nécessaire avant tout de couvrir tous les postes vacants afin que chaque CS dispose d'effectifs suffisants.

¹⁴⁶ La volonté politique dans le DOTS s'applique au financement et à l'organisation.

¹⁴⁷ Secretaría de Salud, 2007, "Programa de acción estratégico de tuberculosis", 2007-2012, México, p. 28.

Le Plan Régional 2006-2015 de l'OPS/OMS souligne au regard du DOTS, dans sa ligne stratégique¹⁴⁸, concernant l'appui aux politiques de gestion des ressources humaines contre la TB que l'absence de ressources humaines notifiée dans différents Programmes Nationaux de Tuberculose est l'une des limitations identifiées pour l'implantation et l'extension de la stratégie DOTS au niveau mondial. À plus de dix ans d'implantation et d'extension de la stratégie DOTS au Mexique, l'effort inter-institutionnel pour atteindre les résultats obtenus, n'a pas été suffisant. Il est donc nécessaire d'impliquer beaucoup d'acteurs et de les motiver pour que leur participation soit efficiente et opportune. De fait, le PNT montre une déficience dans l'application de la stratégie DOTS que l'on traduit par une volonté politique insuffisante¹⁴⁹.

Par ailleurs, il semble important de mieux coordonner les prestataires de services travaillant dans des champs de compétences différents mais complémentaires afin de favoriser la prise en charge globale du patient tuberculeux.

7.2.2 Ressources financières

Les dépenses de santé au Mexique sont relativement faibles face aux besoins de la population bien que même si durant les dernières années, elles ont augmenté de 4.4 % du PIB (Produit Intérieur Brut) en 2000 à 5.9 % en 2007, dû principalement à la mise en place du système de protection sociale. Des dépenses totales en santé, plus de 50 % correspondent aux dépenses privées et de celles-ci, 95 % sont des dépenses en personnel. Cela signifie qu'un grand nombre de familles est encore dans l'obligation de payer directement les services de santé au moment de la prise en charge¹⁵⁰.

Dans une étude de la Banque Mondiale, il est mentionné qu'un investissement de 1 \$US dans la lutte antituberculeuse générerait en moyenne un bénéfice de 10 \$US¹⁵¹. Nous savons que la TB est une charge économique importante pour un pays. En effet, 75 % des individus avec TB appartient au groupe d'âge économiquement productif (15 à 54 ans) et 95 % des cas de TB ainsi que 99 %

¹⁴⁸ OPS, 2006, « Plan Regional de Tuberculosis 2006-2015 », Washington, D.C: OPS, p. 45.

¹⁴⁹ Secretaria de Salud, 2007, " Programa de acción estratégico de tuberculosis", 2007-2012, México, p. 28.

¹⁵⁰ Gobierno Federal, 2008, « Rendición de cuentas », México, p. 52.

¹⁵¹ OMS, 2010, « Relevé épidémiologique Mondiale », Suisse, n°12, p. 114.

des décès de TB se produisent dans les pays en développement¹⁵². Comme démontré dans les résultats précédents, la plus grande perte économique pour les familles ayant une personne atteinte de TB correspond aux « coûts indirects » comme la perte d'emploi, les trajets au centre de santé, la perte de productivité due à la maladie. La relation entre TB et pauvreté est complexe, du fait que la maladie appauvrit celui qui en souffre ainsi que sa famille et l'épidémie s'aggrave avec la situation économique d'un pays reproduisant ainsi un cercle vicieux¹⁵³.

7.2.3 Ressources matérielles

Au cours des entretiens et des observations réalisés, nous n'avons pas noté de problèmes notoires dans la disponibilité des ressources et l'utilisation des matériels de dépistage. Le remplissage des formulaires a été l'unique difficulté observée.

7.3 L'accès au dépistage, au traitement et au suivi du traitement de la TBP dans les deux municipalités étudiées.

Les informations obtenues au cours du travail de recherche nous amènent à réfléchir à cette question en lien avec le cadre théorique.

7.3.1 La disponibilité du dépistage et du traitement pour la tuberculose

La disponibilité se comprend comme étant la comparaison entre la quantité et le type de services proposés par la SS et la quantité et le type de services nécessaires pour les usagers. Pour les personnes détectées, nous avons pu aborder la difficile question de l'accès au traitement. En effet, le traitement n'est pas toujours disponible pour les personnes qui le nécessitent et celles-ci courent le risque d'interrompre le traitement comme le souligne Luelmo F.¹⁵⁴.

En matière de dépistage, les usagers peuvent bénéficier du dépistage lors d'une consultation mais il n'est pas toujours réalisé comme le suggèrent

¹⁵² SMITH I., 2007, « ¿Cuál es la carga económica, social y sanitaria de la TB?, en TOMAN K., 2007, « Tuberculosis: detección de casos, tratamiento y vigilancia », 2da edición, Publicación Científica y Técnica No. 617, Washington, p. 269.

¹⁵³ SPERLI GERALDES SANTOS M.de L. et All, 2007, « Pobreza : caracterización socioeconómica de la tuberculosis », Rev Latino-am Enfermagem, setembro-outubro; nº15 (número especial), p.6, disponible sur internet : <http://www.eerp.usp.br/rlae>

¹⁵⁴ LUELMO F., 2007, « ¿Porqué fracasa la quimioterapia y qué puede hacerse para evitar resultados insatisfactorios? », en TOMAN K. y Al., « Tuberculosis: detección de casos, tratamiento y vigilancia », OPS, 2da edición., p.211.

également certains auteurs¹⁵⁵. Le PNT y compris, signale que le domaine d'application correspond aux services de santé de premier et deuxième niveau de prise en charge, en dehors des structures de santé et auprès des groupes et communautés qui sont considérés à risque¹⁵⁶.

7.3.2 L'accessibilité au dépistage et au traitement de la tuberculose

L'accessibilité est la relation entre la localisation de l'offre et les utilisateurs. L'ensemble des patients a pu être pris en charge dans un CS situé en moyenne à moins d'une heure de marche à pied du lieu de résidence. Cependant, des contraintes financières pour le paiement du trajet ont été évoquées par les usagers. En effet, le coût élevé des transports est apparu comme l'une des barrières importantes pour se rendre au CS. L'endettement de l'utilisateur est l'un des recours pour faire face aux dépenses indirectes générées par la maladie.

D'autres variables pourraient être appliquées pour mesurer l'accessibilité de façon plus approfondie ce qui n'a pas été possible dans le champ de notre étude.

7.3.3 L'acceptabilité pour le dépistage et le traitement de la TB

Dans cette partie, nous analyserons l'attitude des usagers en lien avec les caractéristiques des prestataires de services et les pratiques de prise en charge mais également les attitudes des prestataires de services par rapport aux caractéristiques des patients.

Notons que « *la présence de services de santé contribue, de manière décisive, à la propagation d'un mode spécifique de compréhension de la santé et de la maladie. L'expansion de la médecine moderne non seulement suppose la présence de services de santé dans des zones chaque fois plus étendues, mais inclut aussi la socialisation des concepts et catégories de connaissances, de codes spécifiques, qui permettent d'identifier et de nommer la maladie* »¹⁵⁷.

En matière d'attitudes des usagers, bien que la médecine hégémonique ait connu de nombreuses avancées, les usagers conservent leur propre vision et représentations autour de la maladie et de la médecine hégémonique. Les personnes utilisent une combinaison de médecines (médecines traditionnelles,

¹⁵⁵ SANCHEZ-PEREZ H.J. y Al., 2000, « TB pulmonar y uso de servicios del primer nivel de atención en zona de alta marginación socio-económica de Chiapas, México », Gac sanit 14(4), p. 271.

¹⁵⁶ Secretaria de Salud, 2007, " Programa de acción estratégico de tuberculosis", 2007-2012, México, p. 31.

¹⁵⁷ CASTRO R. et Al., 2007, « Globalización y enfermedades infecciosas en las poblaciones indígenas de México », Rio de Janeiro, Cad. Saúde Publica, p. S47.

herboristerie) ou le secteur privé avant de solliciter l'aide des prestataires de services de santé institutionnels publics. Pour les patients, l'idée prédominante est que les services privés sont « meilleurs » que les services institutionnels en raison du temps d'attente moins important, d'une relation médecin-patient plus adéquate¹⁵⁸. Ces éléments nous éclairent autour du parcours thérapeutique réalisé par les populations indigènes.

Il est fréquent d'écouter aussi que la « prévention » s'initie au moment de la manifestation de la maladie. Chez les patients que nous avons côtoyés, la distinction est faite entre « être malade » (« *estar enfermo* »), avec recherche de solutions au sein du lieu de vie en général et automédication, et par ailleurs « tomber malade » (« *caer enfermo* »). Les personnes vont alors chez le médecin¹⁵⁹. Ces nuances viennent traduire une série de facteurs explicatifs – bien plus complexes - qu'il est nécessaire d'appréhender pour comprendre la recherche de prise en charge et pour adapter les stratégies.

Du point de vue de l'attitude des prestataires de services de santé, il subsiste certains comportements que l'on peut juger discriminatoires envers les patients, qui sont certes, rares mais qui existent. Le mode de communication entre les usagers et les prestataires de services peuvent être un frein à la demande de soins. Il a pu être observé que lorsque les professionnels parlent tseltal, ceci facilite la communication et la relation de confiance entre les usagers et les prestataires de services mais cela n'est pas systématique. De même, il est nécessaire de dénoncer ces actes de stigmatisation et de sensibiliser les prestataires de services à une prise en charge de qualité, respectueuse.

L'asymétrie d'information¹⁶⁰ entre les prestataires de services et les usagers est une dimension intéressante. Dans notre étude, l'asymétrie du savoir est à l'origine d'une relation où le médecin conseille le malade, qui ignore non seulement ses propres besoins de traitement, mais également les effets de celui-ci, sa durée, son parcours au sein du système de soins et les coûts. Cependant, certains usagers peuvent avoir une expérience personnelle, avoir sollicité des informations auprès d'un tiers, ou avoir des connaissances en fonction de leur niveau d'éducation. Dans ce cas, le médecin doit s'adapter aux attentes de son

¹⁵⁸ BRONFAM M. y Al., 1997, « Hacemos lo que podemos hacer: los prestadores de servicios frente al problema de utilización », México, revista Salud publica en México, vol.39, n°35, INSP, p. 4.

¹⁵⁹ BRONFAM M. y Al., 1997, « La utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios », México, revista Salud publica en México, vol.39, n°35, INSP, p.5.

¹⁶⁰ L'asymétrie d'information est applicable à toute relation de coopération que les économistes désignent comme relation d'agence.

patient, qui récupère ainsi une partie de son autonomie, en se construisant un contre-pouvoir par rapport au médecin. Il s'agit aussi d'un déterminant qui influence l'accès aux services et intervient dans la qualité de la prise en charge avec une meilleure adhésion des personnes.

7.3.4 L'adaptation pour le dépistage et le traitement de la TB

Le temps d'attente des usagers pour consulter ou pour recevoir leur traitement a été évoqué comme facteur qui peut influencer la prise en charge et le suivi. Le manque d'informations sur la fermeture des centres situés en zone rurale a également pu être observé.

Le dépistage des patients est insuffisamment développé. Les personnes ne viennent pas aux centres de santé et/ou le médecin ne réalise pas le bon diagnostic ou ne l'envisage pas pour prescrire un dépistage. Il est donc nécessaire de mettre en place une recherche intentionnelle de cas afin de pouvoir réduire le temps entre l'apparition des symptômes et le diagnostic, permettant ainsi de favoriser l'organisation de la prise en charge et de réduire le risque de mortalité. Le dépistage doit être réalisé, non seulement, pendant la consultation médicale mais aussi en dehors du centre de santé, dans les communautés.

Enfin, la prise en charge du patient reste très centrée sur une approche biomédicale. Des interventions spécifiques capables de mettre en relation le diagnostic et le traitement antituberculeux avec l'état physique, mental et social du malade en tenant compte de son contexte de vie s'avèrent inégal dans notre étude.

7.3.5 Le coût du dépistage et du traitement de la TB

Le coût du traitement de la TB est relativement élevé allant de 800 Pesos mexicains (soit environ 50 euros) pour le traitement basique jusqu'à 745 000 pesos mexicains (soit environ 46 500 euros) pour le traitement spécifique d'une TBmR (Cf. *Annexe 12 : Prix des traitements de TB en pesos mexicains*). Ce coût est, entre autre, financé par le système de Protection sociale comme l'indique le « catalogue universel des services » et par des organismes internationaux : « *le Ministère de la Santé assure le financement des programmes en considérant les*

ressources provenant de différentes sources comme le système de Protection Sociale en Santé et organismes internationaux »¹⁶¹.

Pour conclure cette partie, la lecture des différents éléments mis en évidence dans l'étude montre qu'il existe des facteurs de risque importants favorisant la transmission de la maladie : le faible taux de dépistage, les erreurs de diagnostic, le manque de traitement ainsi que l'existence de sources de contagion maintenant sur le long terme l'infection. Quelques recommandations peuvent être faites à la lumière de notre étude tout en considérant ses limites.

¹⁶¹ « *La Secretaría de Salud asegura el financiamiento de los programas, considerando los recursos provenientes de distintas fuentes, como el Sistema de Protección Social en Salud y de organismos internacionales* », Source : Secretaria de Salud, 2007, "Programa de acción estratégico de tuberculosis", 2007-2012, México, p. 41.

Chapitre 8. Recommandations

Les propositions que nous pouvons faire au regard des résultats de l'étude réalisée sont pour certaines déjà mises en œuvre dans d'autres contextes. Le tableau ci-dessous en permet une lecture rapide :

Barrières ou difficultés rencontrées pour permettre l'accès à le dépistage et au traitement de la TB	Recommandations suggérées
Manque de connaissances sur le traitement thérapeutique antituberculeux pour les prestataires de santé	Développer des formations continues du personnel de santé, à la fois institutionnel mais également du secteur privé.
Difficultés de communication entre les usagers des centres de santé et les professionnels de santé	Développer l'insertion de personnel de santé ayant une certaine sensibilité culturelle par le biais de formations
Asymétrie d'information importante sur la TB entre les prestataires de service et les usagers	Favoriser la diffusion de l'information de la TB par le biais de différents modes de communication dans la langue tselal (radio, écoles, réunions communautaires,...)
Coût indirect important de la TB pour les usagers	Mettre en place un programme d'aides (transport, alimentaire,...) destinées aux patients tuberculeux afin de pouvoir répondre aux besoins financiers du patient qui ne peut travailler mais aussi de sa famille
Faible dépistage en dehors du centre de santé	Orienter les ressources humaines disponibles (infirmière DOTS) vers un travail communautaire
Difficulté d'approvisionnement du traitement antituberculeux	Favoriser une meilleure organisation entre le niveau central et régional sur la distribution des traitements pharmaceutiques
Ressources humaines et financières insuffisantes liées à une faible volonté politique	Favoriser l'information sur les conditions d'accès au dépistage, aux traitements et au Droit à la santé auprès de la société civile
Influence des déterminants sociaux de santé sur l'apparition de la TB	Développer une vision intégrale de la santé prenant en compte les déterminants sociaux de santé

Reprenons alors quelques idées. Il semble indispensable d'investir dans les ressources humaines (depuis la formation universitaire), afin de développer un service de santé avec des professionnels ayant une plus grande sensibilité culturelle. Ceci permettrait de développer une prise en charge plus ajustée aux besoins des populations indigènes et qui contribuerait, par des actions

spécifiques, à la lutte contre les discriminations. Ainsi, il est possible de développer une vision plus intégrale de la santé en essayant de lutter contre le bacille mais aussi contre les conditions de vie précaires des personnes.

Concernant l'asymétrie d'information, il est important de développer l'accès à l'information des usagers sur leurs droits mais également donner au médecin un rôle moteur dans l'information au patient. Le promoteur de santé peut jouer également un rôle déterminant pour faire le lien entre les populations et les services de santé. En effet, celui-ci, issu de la communauté, est généralement reconnu par ses pairs et connaît les éléments préventifs et curatifs des maladies les plus courantes. C'est lui qui va permettre de diffuser l'information de la maladie dans les communautés et orienter les personnes vers les centres de soins. Ses fonctions de lien et de médiation sont essentielles.

A propos du manque de ressources, il est important de consacrer d'avantages de moyens financiers au PNT. Cependant, le développement de la TB est plus complexe. De fait, si la TB a une origine multifactorielle, nous devons l'aborder depuis une perspective globale.

D'autre part, l'alimentation est considérée comme un des facteurs clés de la récupération des patients tuberculeux en sachant que la majorité des personnes atteintes de TB proviennent des couches sociales les plus marginalisées. Un programme, qui résoudrait entre autre ce problème, permettrait aux familles de subvenir à l'un de leurs besoins primaires. Cette expérience a été menée au Pérou¹⁶² ayant des effets bénéfiques pour les patients atteints de TB.

Enfin, la reconnaissance par la société du Droit à la santé est prioritaire tout comme le droit à l'éducation. C'est une condition sine qua non du développement à moyen et long terme d'un pays. Le droit à la santé n'est pas seulement un droit à la prise en charge, non plus un droit à la santé parfaite¹⁶³ mais un droit à jouir du meilleur état de santé susceptible d'être atteint¹⁶⁴. Comme le souligne Didier Fassin, dans la revue *Pratiques*¹⁶⁵, « *ce droit est une forme de reconnaissance de l'individu par la société, une manière de lui donner un lieu au nom de la solidarité* ».

¹⁶² Programa de Alimentación y de nutrición al Paciente Ambulatorio con Tuberculosis y Familia.

¹⁶³ DE FORGES J.M., juin 2010, « Le droit de la santé », Paris, Ed. Presses Universitaires de France, p. 6.

¹⁶⁴ § 1 de l'Observation générale n° 14 du Comité des Droits Economiques, Sociaux et Culturels (CODESC), adoptée le 11 mai 2000. Source: OZDEN M., « Le Droit à la Santé », Une collection du Programme Droits Humains du Centre Europe - Tiers Monde (CETIM), p.5.

¹⁶⁵ FASSIN D., Oct.2007, « Un aveuglement face aux inégalités sociales de la santé », Paris, Revue *Pratiques Les Cahiers de la Médecine Utopique*, n°39, p.4.

Conclusion

Cette étude concernant l'accès au dépistage et au traitement de la TB nous a permis de mieux comprendre le système de santé mexicain, certaines barrières rencontrées par les professionnels de santé et les populations indigènes dans le cas de la tuberculose. Ces barrières concernent, pour les patients, à la fois la difficulté d'être détecté de manière précoce, l'accès au traitement, le coût financier engendré par les soins mais aussi les conditions de vie. Or, lutter contre les épidémies passe par un meilleur accès aux soins mais aussi une amélioration globale du contexte dans lequel vivent les populations.

Il est important de signaler que l'étude de l'accès à la prévention et aux soins est un processus où interagissent les professionnels de santé, les usagers et les institutions. De nombreux facteurs peuvent influencer la prise en charge, l'utilisation des services ainsi que la satisfaction des usagers.

La qualité d'un système de santé est aussi basée sur l'égalité de l'accès à la prévention et aux soins. Si nous nous positionnons à partir de ce critère, nous pouvons le définir de la manière suivante. Il ne devrait pas y avoir d'obstacles idéalement pour obtenir une prise en charge. En 1982, Grand définit l'égalité de l'accès à un service de la façon suivante : « *deux individus ont un accès égal à un bien s'ils ont à payer le même « prix » pour l'obtenir* ». Le prix s'entend à la fois en terme monétaires mais aussi en termes d'efforts à consentir comme le temps et la distance des services. Olsen et Rogers (1991) donnent une autre définition de l'égalité d'accès : « *deux individus ont un accès égal à un bien si et seulement s'ils peuvent consommer la même quantité de ce bien* »¹⁶⁶.

La question de l'égalité d'accès aux services de santé est universelle. Nous pensons qu'il est essentiel de s'attacher à réfléchir à ce thème porteur de sens dans une société où la santé doit être égalitaire et équitable. Comme le soulignait SEN A. en 1992, « *quand nous observons les inégalités de par le monde et que nous affirmons qu'elles sont une cause, remédiable, de morbidité, de sous-alimentation ou de mortalité, nous n'examinons pas seulement des différences de niveau de vie, nous défendons aussi les libertés essentielles auxquelles nous attachons de la valeur* »¹⁶⁷

¹⁶⁶ SCHNEIDER-BRUNNER C., 1997, « Santé et justice sociale, l'économie des systèmes de santé face à l'équité », France, coll. Approfondissement de la connaissance économique, p.116.

¹⁶⁷ CASTRO A. y FARMER P., 2003, « Violence structurelle, mondialisation et tuberculose multirésistante », Anthropologie et Sociétés, vol. 27, n°2, p.39.

Bibliographie

Ouvrage :

- BARDET J.P y Al., 1988, « Peurs et terreurs face à la contagion », Paris, éd. Fayard, 462 p.
- BENJAMIN T., 1995, « Tierra rica, pueblo pobre. Historia política y social », Mexico, Editorial Grijalbo, CONACULTA, 388 p.
- BLANCHET A. et GOTMAN A., 2010, « L'enquête et ses méthodes : l'entretien », Paris, 2d Edition, Armand Colin, 123 p.
- FRIEDEN T., 2007, « ¿Puede controlarse la TB ? », in TOMAN K., 2007, « Tuberculosis: detección de casos, tratamiento y vigilancia », 2da edición, Publicación Científica y Técnica No. 617, Washington, pp.341-351.
- MONTEMAYOR C., 2001, « Los pueblos indios de México hoy », ed. México: Planeta.
- PICHERAL H., 2001, « Dictionnaire raisonné de géographie de la santé », GEOS, Atelier Géographie de la santé, Montpellier: Université Montpellier 3 - Paul Valéry, 307 p.
- ROBERT R. et PERRIER Y., 2006, « Savoir plus : outils et méthodes de travail intellectuel », Montréal, Les Éditions de la Chenelière, 2e éd., 244 p.
- SANNI YAYA H. y BONNET P., 2009, « Le concept d'accessibilité en santé et son articulation dans la réalité sanitaire en Afrique : une perspective critique », in SANNI YAYA H. et Al., « Le défi de l'équité et de l'accessibilité en santé dans le Tiers-Monde. Entre droit fondamental, justice sociale et logique marchande », éd. L'Harmattan et les Presse de l'Université de Laval, 376 p.
- SMITH I., 2007, « ¿Es el DOTS eficaz en función de los costos? », en TOMAN K., 2007, « Tuberculosis: detección de casos, tratamiento y vigilancia », 2da edición, Publicación Científica y Técnica No. 617, Washington, pp.281-285.
- SMITH I., 2007, « ¿Cuál es la carga económica, social y sanitaria de la TB?, en TOMAN K., 2007, « Tuberculosis: detección de casos, tratamiento y vigilancia », 2da edición, Publicación Científica y Técnica No. 617, Washington, p. 267-271.
- SCHNEIDER-BRUNNER C., 1997, « Santé et justice sociale, l'économie des systèmes de santé face à l'équité », France, coll. Approfondissement de la connaissance économique, 267 p.
- TOMAN K., 2007, « Tuberculosis: detección de casos, tratamiento y vigilancia », OPS, 2da edición, 376 p.

Article :

- ADAY A. y ANDERSEN R., 1974, « A Theoretical Framework for the Study of Access to Medical Care » [en ligne], Health Services Resesarch, v. 9, no. 3, p. 208-220, [visité le 11 mars 2011], disponible sur Internet : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071804/pdf/hsresearch00560-0030.pdf>
- AGUILERA N. et Al., 2005, « Desigualdad en Salud en México: un Análisis de sus Determinantes », Mexico, Edicion Universidad Ibero-americana, 16 p.
- ALVAREZ-GORDILLO G. Del C. y Al., 2000, « Percepciones y practicas relacionadas con la tuberculosis y la adherencia al tratamiento en Chiapas, México2, Revista Salud Pública de México, vol.42, no.6, noviembre-diciembre de 2000, p.520-528.
- CASTRO A. y FARMER P., 2003, « Violence structurelle, mondialisation et tuberculose multirésistante », Anthropologie et Sociétés, vol. 27, n°2, p. 23-40.
- CASTRO R. et Al., 2007, « Globalización y enfermedades infecciosas en las poblaciones indígenas de México », Rio de Janeiro, Cad. Saùde Publica, p. S47-S51.
- FERRER L., 2003, « Equidad y justicia en salud. Implicaciones para la bioética », Act Bioet, (1):113-126.
- FRENK J., 1985, «El concepto y la medición de accesibilidad », Revista Salud Publica en México, p. 438-453.
- FUENTES-TAFUR L.A., 2009, « Enfoque socio-político para el control de la Tb en Perù », Rev Peru Med Exp Salud Publica ; pp. 370-79.
- HUSSON M., 2004, « Les deux faces de la réforme de la santé, Chronique Internationale de l'IRES, n°91, 8 p.
- LOMBRIL P. y PASCAL J., 2005, « Inégalités sociales de santé et accès aux soins », Les Tribunes de la Santé, Paris, p.31-39.
- MOGOLLON PEREZ A.S., 2009, “el acceso a los servicios de salud » in De Negri Filho A. et al. « Reflexiones en salud pública”, Colección Textos Escuela de medicina y ciencias de la salud, 16 p.
- MONTERO MENDOZA E. y Al., 2001, “Tuberculosis en la Sierra Santa Marta, Veracruz: un análisis de género”, México, CIEAP/UAEM, Papeles de Población n°29, pp. 225- 245.
- NAJERA-ORTIZ J.C. et Al., 2008, « Demographic, health services and socioeconomic factors associated with pulmonary tuberculosis mortality in Los Altos Region of Chiapas, Mexico », International Journal of Epidemiology, ed. Oxford University Press,; 37:786–795.

- ORTIZ H.L. et Al., 2002, « Mortalidad infantil y desigualdad socio-territorial en México », México, Universidad Autónoma de México, Serie Académicos CBS, 38, pp.12-15.
- OZDEN M., “Le Droit à la Santé”, Une collection du Programme Droits Humains du Centre Europe - Tiers Monde (CETIM), 68 p.[visité le 02 juin 2011], disponible sur internet : <http://www.cetim.ch/fr/documents/bro4-sante-A4-fr.pdf>
- PAGE PLIEGO J. T., 2010, “Aspectos socioculturales que delimitan las diferencias entre los sistemas etnomédicos en Chamula, Chenalho y Oxchuc en el estado de Chiapas », México, revista Pueblos y Fronteras digital, v.6, n° 10, dic. 2010-mayo 201, 28 p.
- PENCHANSKY R. y THOMAS W., 1981, « The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction », Medical Care, p. 127- 140.
- ROBO P., 1995, « A propos de recherche et de méthodes qualitatives », 2 p. [visité le 15 avril 2011], disponible sur internet : http://probo.free.fr/ecrits_divers/methodes_qualitatives.pdf
- SANCHEZ-PEREZ H.J. y Al., 2000, « TB pulmonar y uso de servicios del primer nivel de atención en zona de alta marginación socio-económica de Chiapas, México », Gac sanit 14(4), 268-276 p.
- SANCHEZ-PEREZ H.J. y VARGAS-MORALES G., 2002, “Salud publica en Chiapas: tuberculosis”, México, ECOSUR, p.10-13.
- SANCHEZ-PEREZ H.J., 2001, « Uso de los servicios de salud ante morbilidad percibida en niños menores de 5 años », Boletín Medico del Hospital Infantil de México, p.6-20.
- SPERLI GERALDES SANTOS M.de L. et Al., 2007, « Pobreza : caracterización socioeconómica de la tuberculosis », Revista Latino-americana Enfermagem, n°15(número especial) 6 p., disponible en internet en [http:// www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)
- SORIA M. V., 1989, « La crise du système de santé mexicain : une analyse de la période 1970-1985 », Sciences sociales et santé, Volume 7, n°3, pp. 55-75.
- VELASQUEZ O., 2005, « La pobreza impide erradicar la TB en el país : INER », La Jornada, marzo 16 del 2005, México.
- WILSON J.M.G. et JUNGNER G., 1970, « Principes et pratiques du dépistage des maladies», Genève, OMS, p.11, disponible sur internet : http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_34_fre.pdf

Rapport :

- Gobierno Federal, 2008, « Rendición de cuentas », México, 144 p.
- Instituto Nacional de las Mujeres, 2006, « La población indígena mexicana», México, 16 p.

- Institut National de la Prévention et d'Éducation pour la Santé, 2010, « Réduire les inégalités sociales en santé », Paris, Dossier Santé en Action, 386 p.
- Organisation Mondiale de la Santé, mars 2010, « Relevé épidémiologique hebdomadaire », n°12, p. 1009-116.
- Organisation Panaméricaine de la Santé, 2006, « Plan Regional de Tuberculosis 2006-2015 », Washington, D.C: OPS, 75 p.
- Programme des Nations Unis pour le Développement, 2010, « Informe sobre el Desarrollo Humano de los Pueblos Indígenas de México: el reto de la desigualdad de oportunidades » [en ligne], México, 121 p., [visité le 11 mars 2011], disponible sur Internet: <http://www.pnud.org>
- Secretaria de Salud, 2007, « Programa Nacional de Salud 2007-2012: por un México sano: construyendo alianzas para un mejor salud », 1ère édition, México, 188 p.
- Secretaria de Salud 2007, « Manual de procedimientos en tuberculosis para el personal de enfermería », México, 55 p.
- Secretaria de Salud, 2009, « Estándares para la atención de la tuberculosis en México », México, 83 p.
- Secretaria de Salud, 2007, « Programa de acción estratégico de tuberculosis 2007-2012 », México, 52 p.
- Secretaria de Salud, 2006, « Sistema de Protección Social en Salud: Elementos conceptuales, financieros y operativos », México, segunda edición, 312 p.
- UICTER, 2007, « Bonne pratiques de soins pour les patients atteints de TB : Guide pour les pays à faible revenus », Paris, 94 p.

Thèse:

- ALIED BENCOMO ALERM J., 2009, « La tuberculosis pulmonar en Los Altos de Chiapas. Una perspectiva desde el padecimiento. », Mémoire pour la maîtrise en Ciencias en Recursos Naturales y Desarrollo Rural, ECOSUR, 120 p.
- ANTOINE D., 2006, « Tuberculose et migrations internationales en Europe de l'Ouest », Thèse pour le doctorat en Economie, Organisations, Sociétés : Centre de Recherche Population et Sociétés (CERPOS), 292 p.
- MOGOLLON PEREZ A.S., 2004, « Acceso a la población desplazada por conflicto armado a los servicios de salud en las Empresas Sociales del Estado de primer nivel de la ciudad de Bogotá, Columbia », Thèse pour le doctorat en Santé Publique, Universidad Autónoma de Barcelona, Espagne, 300 p.

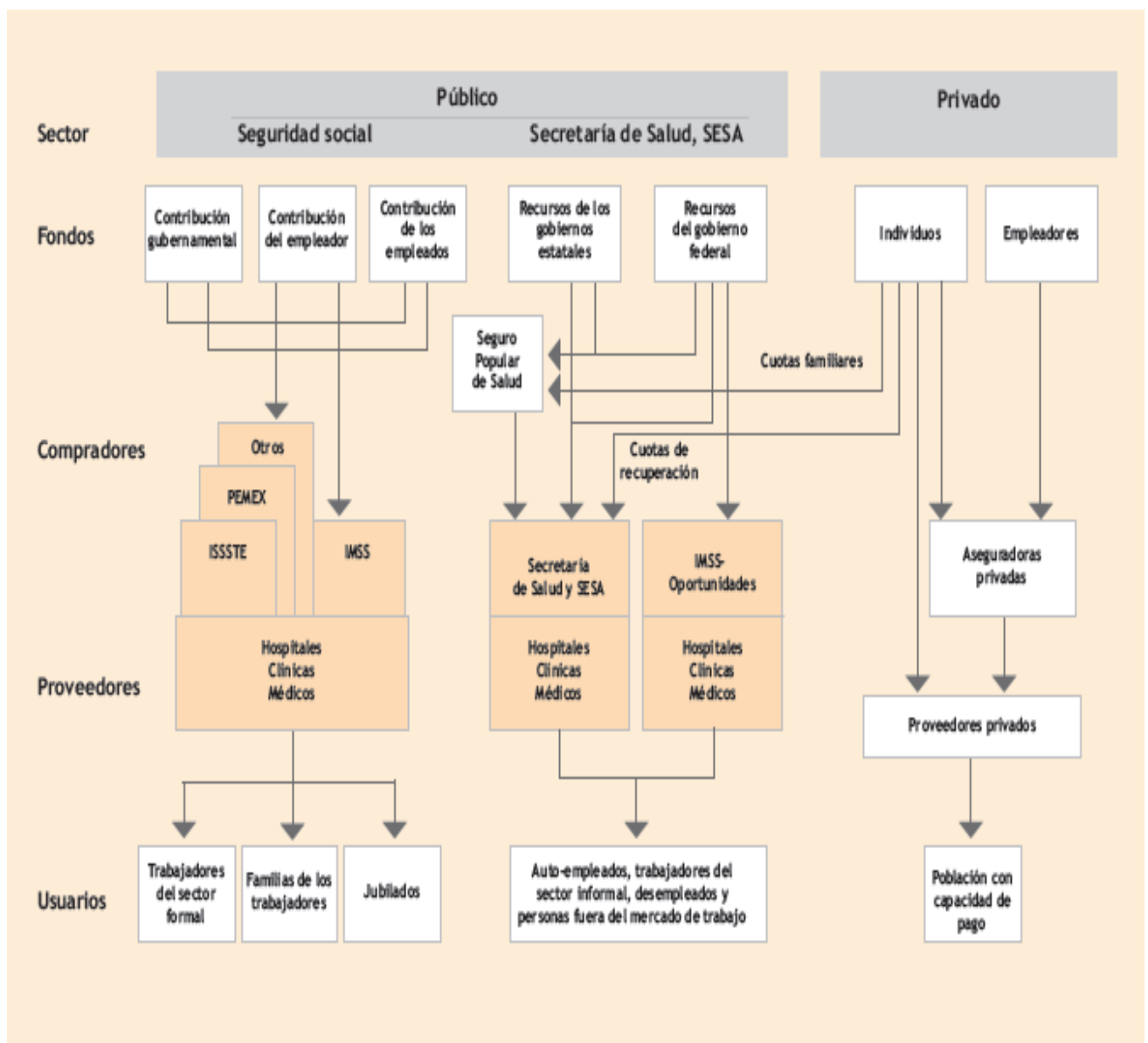
Sites Internet :

- Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de las Enfermedades, <http://www.cenave.gob.mx/tuberculosis/>
- Comité Estatal de Información estadística y Geografía (INEGI), www.ceieg.chiapas.gob.mx
- Instituto Nacional de Estadística y de la Geografía, 2010, “Censo de Población y Vivienda 2010: Tabulados del Cuestionario Básico” [en ligne], México, [visité le 11 avril 2011], disponible sur Internet <http://www.inegi.gob.mx>
- Sistema Nacional de Información en Salud, <http://www.sinais.salud.gob.mx/>

Liste des annexes

- Annexe 1 : Organisation du Système de protection sociale au Mexique.
- Annexe 2 : Structure du système de santé du Programme Nationale de Tuberculose, 2007-2012.
- Annexe 3 : Description de l'orientation focalisée ou sélective présentée dans le PNT, 2007-2012.
- Annexe 4 : Diagramme de recherche active de cas.
- Annexe 5 : Critères d'inclusion des deux filières de services de santé de notre étude
- Annexe 6 : Profil des personnes interrogées au cours de notre étude
- ANNEXE 7 : Répertoire des ressources humaines disponibles dans les centres de santé.
- Annexe 8 : Répertoire du matériel nécessaire pour le dépistage de la tuberculose et le traitement de la tuberculose.
- Annexe 9 : Guide d'observation non participante de l'administration du Traitement antituberculeux strictement supervisé.
- Annexe 10 : Objectifs annuels de 2010 et les résultats atteints des centres de santé étudiés.
- Annexe 11 : Présentation des résultats du programme de TB la JS II entre 2005 et 2009.
- Annexe 12 : Prix du traitement antituberculeux en pesos mexicains.

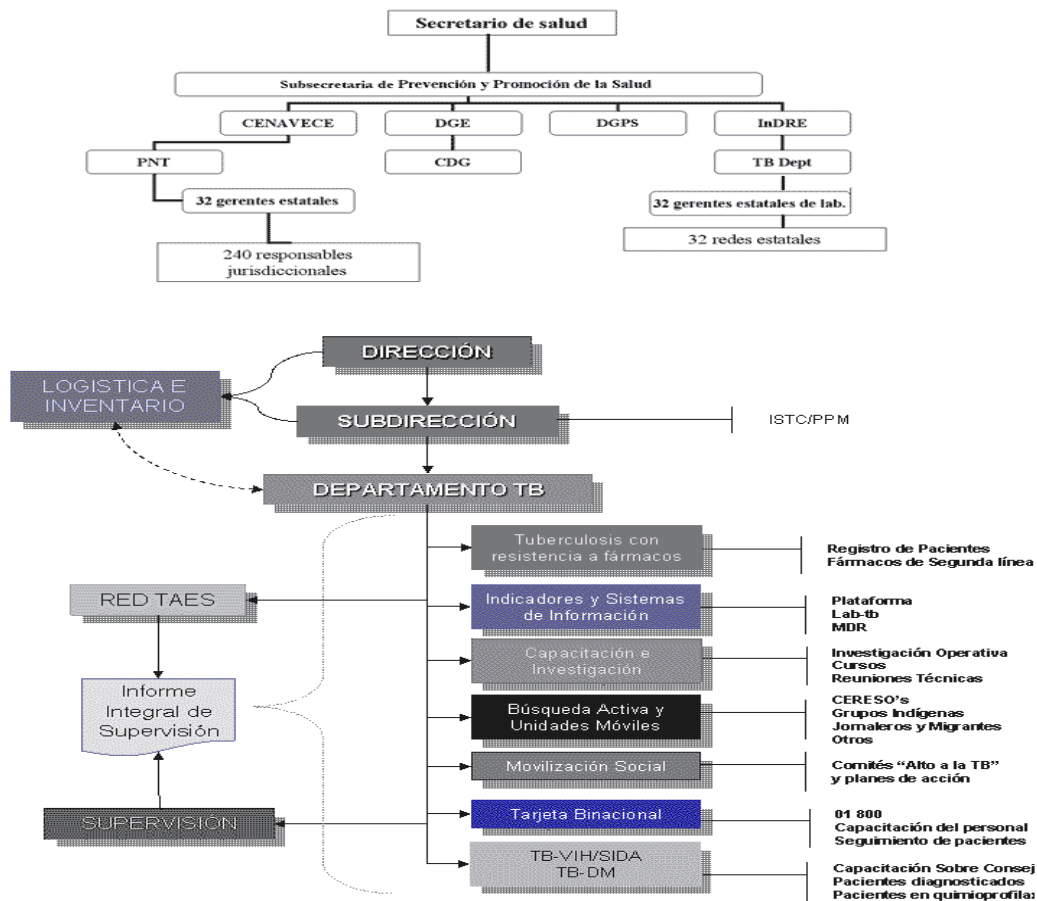
Annexe 1 : Organisation du Système de protection sociale au Mexique.



Source : Secretaria de Salud, 2007, « Programa Nacional de Salud 2007-2012: por México sano: construyendo alianzas para un mejor salud », México, p.51.

Annexe 2: Structure du système de santé du Programme Nationale de Tuberculose, 2007-2012.

Estructura para el Programa de Acción: Tuberculosis



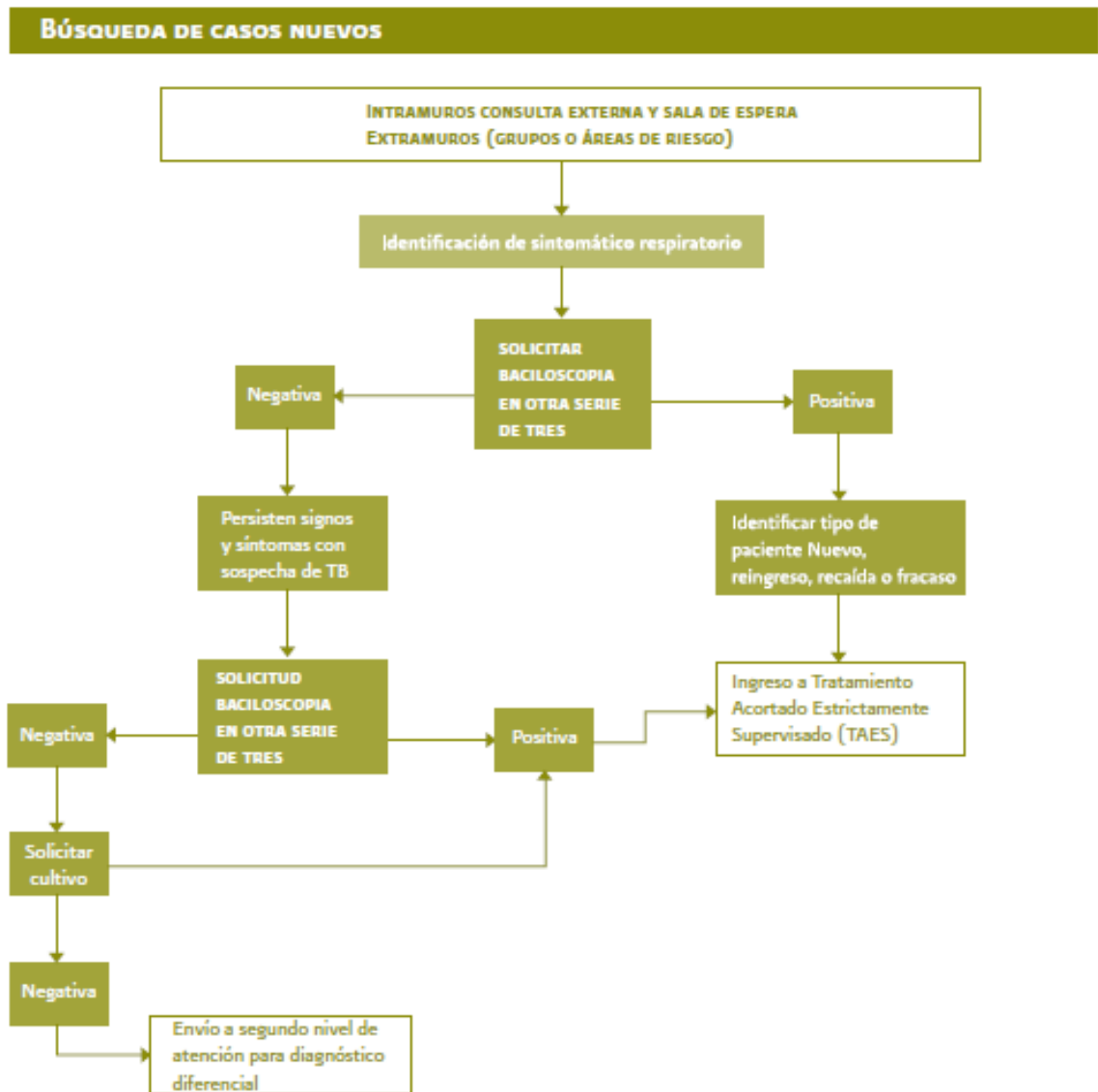
Source : <http://www.cenave.gob.mx/tuberculosis/estructuraTB%20copy.gif>

Annexe 3 : Description de l'orientation focalisée ou sélective présentée dans le PNT, 2007-2012.

	Stratégie	Méthode pratique pour le développement des interventions	Population a qui est dirigée
Dépistage et diagnostic	Dépistage précoce de la tuberculose au sein de la population générale	Recherche intentionnelle de cas parmi les personnes avec symptômes respiratoires (personnes avec toux de plus de 15 jours d'évolution)	Personnel de tuberculose travaillant dans les laboratoires Groupes vulnérables avec un focus spécial sur les 100 municipalités ayant le plus bas Indice de Développement Humain (IDH)
	Renforcement du réseau des laboratoires pour le diagnostic de TB	Amélioration continue des capacités de réponse des laboratoires par une actualisation périodique de l'installation des réseaux de laboratoire et des ressources humaines	
	Dépistage, diagnostic et traitement des groupes vulnérables	Programmer et réaliser la recherche intentionnelle de cas, par des opérations spécifiques entre autre pour les populations et groupes vulnérables, migrants, personnes avec VIH, communautés indigènes et prisonniers	
Traitement	Traitement Strictement Observé (DOTS)	Administration du traitement selon la norme NOM-006-SS2-1993 pour la prévention et le contrôle de la tuberculose pour les soins de santé primaires	Patients de tuberculose
	Chimio-prophylaxie aux personnes étant en contact avec les patients de tuberculose et groupes vulnérables	Identification des personnes vulnérables pour l'application des schémas préventifs de traitement	Personnes en contacts avec des cas de tuberculose et autres groupes vulnérables comme les personnes atteintes de VIH-SIDA
	Traitement de la tuberculose pharmaco-résistante		Patients avec tuberculose pharmaco-résistante
	Traitement de Tuberculose-VIH/SIDA y TB/diabètes		Patients avec TB-VIH/SIDA, TB/Diabètes

Source : Secretaria de Salud, 2007, "Programa de acción estratégico de tuberculosis 2007-2012", México, p.38.

Annexe 4 : Diagramme de recherche active de cas.



Source : Secretaría de Salud et Al., 2007, « Manual de procedimientos en tuberculosis para el personal de enfermería », México, p.29.

Annexe 5 : Critères d'inclusion des deux filières de services de santé de notre étude.

MUNICIPALITES de la Jurisdiction sanitaire II	Taux de mortalité pour TB (‰) selon CIE (DGIS, 2009, Mexico)	Quartiles du taux de mortalité spécifique de TB	Taux de mortalité infantile (PNUD, 2009)	Quartiles du taux de mortalité infantile	Indice de Développement Humain (IDH) (PNUD, 2005)	Quartiles de l'IDH
Amatenango del Valle	0,0	1	34,95	3	0,6238	2
Chanal	0,0	1	32,46	2	0,6649	1
Mitontic	0,0	1	34,49	2	0,5875	4
Las Rosas	0,0	1	35,07	3	0,6205	2
Aldama	0,0	1	38,76	3	0,5951	3
Santiago del Pinar	0,0	1	40,72	4	0,5773	4
San Cristobal de Las C.	0,5	2	39	3	0,6492	2
Chamula	1,4	2	41,4	4	0,5471	4
Panthelo	2,2	2	27,39	1	0,6461	2
Tenejapa	2,4	3	32,06	2	0,5973	3
Teopisca	2,7	3	15,84	1	0,7953	1
Huixtan	5,3	3	43,44	4	0,5763	4
Larrainzar	5,8	3	42,98	4	0,5397	4
Chenalho	9,0	4	28,95	2	0,597	3
Zinacantan	9,4	4	27,44	1	0,6544	1
Oxchuc	9,5	4	39,86	4	0,5594	4
San Juan Cancuc	10,6	4	25,27	1	0,6753	1
Chalchihuitan	13,8	4	30,12	2	0,6387	2
Chiapas	3,1		18,8		0,734	
Mexico	1,7		13,7		0,854	

Annexe 6: Profil des personnes interrogées au cours de notre étude

- Les prestataires de services :

Caractéristiques	Entretiens			
Filière de santé n°1				
Date de l'entretien	14/04/2011	19/04/2011	26/04/2011	26/04/2011
Durée de l'entretien	37 min.	1 h 23	18 min.	34 min.
Lieu de l'entretien	Café	Cafe	Centre de santé de Chanal	Centre de santé de Chanal
Age		36 ans	49 ans	26 ans
Lieu d'origine	Tuxtla Gutierrez	Tuxtla Gutierrez	Quartier « La montaña » à Chanal	San Cristobal de Las Casas
Langue	Espagnol	No	Tseltal, espagnol	Espagnol
Formation	Médecin générale	Médecin	1 atelier de 3 jours	Infirmière
Profession	Médecin	Responsable du centre de santé	Auxiliaire de santé	Infirmière générale
Nombre d'années travaillant dans le secteur de la santé	10 ans	8 ans	14 mois	5 ans
Nombre d'années travaillant dans le centre étudié	2 ans	1 ans y 4 mois	14 mois	5 ans
Observations			4 mois sans recevoir son salaire de 500 \$ mexicains/mois	
Filière de santé n°2				
Date de l'entretien	15/04/2011	15/04/2011	28/04/2011	05/05/2011
Durée de l'entretien	44 min.	15 min.	53 min.	41 min.
Lieu de l'entretien	Centre de santé de Oxchuc	Centre de santé de Oxchuc	Centre de santé de Chaonil	Café
Age	37 ans	32 ans	29 ans	34 ans

Lieu d'origine	Communauté de Mesbilja, Municipalité de Oxchuc (1 h)	Villahermosa (Etat de Tabasco)	San Cristobal de Las Casas	Comunauté de Natilton, Municipalité de Chanal
Langue	Tseltal, tsotsil, espagnol	Espagnol	Comprend le tseltal et peut se communiquer pour les termes basiques	Espagnol, Tseltal et un peu tsotsil
Formation	Infirmière technique	Médecine générale	Auxiliaire d'infirmierie	Auxiliaire en infirmerie. Est actuellement en formation d'infirmierie générale
Profession	Infirmière générale	Médecin général	Auxiliaire d'infirmierie	Coodinateur communautaire en santé
Nombre d'années travaillant dans le secteur de la santé	IMSS y 5 ans en la SS	2 ans dans un centre de réadaptation et 3 ans pour la SS	4 ans	13 ans
Nombre d'années travaillant dans le centre étudié	3 ans	2 ans	4 ans	2 ans

- Les usagers :

Caractéristiques	Entretiens			
Filière n°1				
Date	17/04/2011			
Durée de l'entretien	47 min.			
Lien de l'entretien	Maison de interviewé			
Age	44 ans			
Lien d'origine	Chef-lieu de Chanal, quartier « la Montaña », ensuite a déménagé à Tsajal nich, municipalité de Chanal. Est retourné il y a 18 ans à Chanal au décès de ces parents.			
Lieu de résidence	Quartier de Chanal « la montaña »			
Niveau scolaire	aucun			

Etat civil	Union libre			
N° de personnes vivant dans la résidence	3 personnes (enfant et épouse)			
Travail actuel	N' a pas de travail fixe, ne peut pas travailler			
Travail antérieur	Agriculteur			
Sécurité sociale	Seguro popular			
Aide d'un programme	Programme Oportunidad			
N° d'habitations dans la résidence	1 pour dormir y 1 pour cuisiner			
Electricité	Oui			
Lieu pour cuisiner	Oui			
Cuisine où dorment des personnes	Non, cuisine avec des bûches de bois			
Matériel de construction de la maison	En bois			
Filière n°2				
Date	15/04/2011	15/04/2011	30/04/2011	28/04/2011
Durée de l'entretien	38 min.	39 min.		
Lien de l'entretien	Centre de santé de Oxchuc	Centre de santé de Oxchuc	Maison de l'interviewé	Maison de l'interviewé
Age	26 ans	25 ans	45 ans	38 ans
Lien d'origine	Chef-lieu de Oxchuc	Communauté « Jotelja » municipalité de Oxchuc	Communauté de « Paxtontil ja »	Communauté de « El pozo »
Lieu de résidence	Chef-lieu de Oxchuc	Chef-lieu de Oxchuc	Communauté de « Paxtontil ja »	Communauté de « El pozo »
Niveau scolaire	8ème semestre de sociologie	Lycée	2de année de primaire	collège

Etat civil	célibataire	marié	Union libre	célibataire
N° de personnes vivant dans la résidence	13 personnes dont 5 enfants	9 personnes dont 2 enfants (5 y 6 ans)	10 (8 enfants) y (2 adultes)	3 (ses parents et le patient)
Travail actuel	Sans travail	Sans travail	Agriculteur	Sans travail
Travail antérieur	Maitre des écoles	Aide dans une école et 5 mois à Cancun dans un hôtel	Agriculteur	Pâtissier, barman,...
Sécurité sociale	Seguro popular	Seguro popular	seguro popular	Seguro popular
Aide d'un programme	Aucun	Programme Oportunidades	Programme Oportunidades	No
N° d'habitations dans la résidence	9 habitations	4	1	2
Electricité	oui	oui	oui	oui
Lieu pour cuisiner	Oui, buche de bois et charbon	Oui buche de bois	Oui buche de bois	Oui buche de bois
Cuisine où dorment des personnes	non	Non	Non	Non
Matériel de construction de la maison	Parois de ciment et toit en taule de	Ciment	En bois et toit en taule	En bois et toit en taule

Annexe 7 : Répertoire des ressources humaines disponibles dans les centres de santé.

Chanal : Centre de santé avec hospitalisations

	2005	2010
Responsable de l'unité de santé	1	1
Médecin en charge des consultations	6	5
Médecin en service social	2	1
Infirmière	4	3
Infirmière DOTS	0	1
Infirmière communautaire	?	3
Infirmière en service social	3	3
Coordinateur communautaire en santé/technicien en santé communautaire	1	0
Auxiliaire d'infirmier	4	2
Chimiste	1	1
Interprète	0	0
Nutritionniste	1	1
Psychologue	1	1
Assistante sociale	1	1
Réseau communautaire (agent municipal, comité de santé, auxiliaire de santé, vocal du programme « Oportunidades »)	1 pour chaque quartier	1 pour chaque quartier

Oxchuc : Centre de santé avec hospitalisations

	2005	2010
Responsable de l'unité de santé	1	1
Médecin en charge des consultations	8	8
Médecin en service social	2	2
Infirmière	6	6
Infirmière DOTS	0	1
Infirmière communautaire	0	0
Infirmière en service social	2	5

Coordinateur communautaire en santé/technicien en santé communautaire	3	3
Auxiliaire d'infirmier	5	4
Chimiste	2	1 (fin de semaine)
Interprète	0	0
Nutritionniste	1	1
Psychologue	1	1
Assistante sociale	1	1
Réseau communautaire (agent municipal, comité de santé, auxiliaire de santé, vocal du programme « Oportunidades »)	1 pour chaque quartier	1 pour chaque quartier

Chaonil : Centre de santé rural

	2005	2010
Responsable de l'unité de santé	0	0
Médecin en charge des consultations	0	0
Médecin en service social	1	1
Infirmière	0	0
Infirmière DOTS	0	0
Infirmière communautaire	0	0
Infirmière en service social	0	1
Coordinateur communautaire en santé/technicien en santé communautaire	1	1
Auxiliaire de santé	1	1
Chimiste	0	0
Interprète	0	0
Nutritionniste	0	0
Psychologue	0	0
Assistante sociale	0	0
Réseau communautaire (agent municipal, comité de santé, auxiliaire de santé, vocal du programme « Oportunidades »)	1 pour chaque quartier	1 pour chaque quartier

Paxtontic'ja : Centre de santé rural

	2005	2010
Responsable de l'unité de santé	Le centre n'était pas encore mis en place	0
Médecin en charge des consultations		0
Médecin en service social		1
Infirmière		2
Infirmière DOTS		0
Infirmière communautaire		0
Infirmière en service social		0
Coordinateur communautaire en santé/technicien en santé communautaire		0
Auxiliaire de santé		0
Chimiste		0
Interprète		0
Nutritionniste		0
Psychologue		0
Assistante sociale		0
Réseau communautaire (agent municipal, comité de santé, auxiliaire de santé, vocal du programme « Oportunidades »)		

Annexe 8 : Répertoire du matériel nécessaire pour le dépistage de la tuberculose et le traitement de la tuberculose.

Centre de santé avec hospitalisation appartenant à la Secretaria de Salud (SS) à Chanal

Types de matériels	Matériel disponible		Observations
	OUI	NON	
Pour la bascilloscopie			
Porte-objet	+		
Applicateur en bois	+		
Mèche d'alcool avec coton	+		
Masque	+		
Flacon transparent ouverture ample (6 cm. de diamètre)	+		
Gants	+		
Alcool	+		
Matériel pour la destruction des échantillons	+		
Sac de plastiques	+		
Etiquettes ou adhésif	+		
Papeterie			
Dossier médical	+		
Format de sollicitude pour le laboratoire	+		
Lettre des droits et responsabilités du patient	+		
Guide basique d'adhésion au traitement de TB	+		
Carte de traitement	+		
Cahier de registre et suivi	+		Le chimiste à en charge le

			registre des examens réalisés
Notification des cas	+		
Registre épidémiologique	+		
Référence et contre-référence	+		

Centre de santé avec hospitalisation de la SS à Oxchuc

Types de matériels	Matériel disponible		Observations
	OUI	NON	
Pour la bascilloscopie			
Porte-objet	+		
Applicateur en bois	+		
Mèche d'alcool avec coton	+		
Masque	+		
Flacon transparent ouverture ample (6 cm. de diamètre)	+		
Gants	+		
Alcool	+		
Matériel pour la destruction des échantillons	+		
Sac de plastiques	+		
Etiquettes ou adhésif	+		
Papeterie			
Dossier médical	+		
Format de sollicitude pour le laboratoire	+		
Lettre des droits et responsabilités du patient	+		

Guide basique d'adhésion au traitement de TB	+		
Carte de traitement	+		
Cahier de registre et suivi		+	Dossier par patient. Il n'existe pas de registre des examens réalisés
Notification des cas	+		
Registre épidémiologique	+		
Référence et contre-référence	+		

Centre de santé rural de Chaonil

Types de matériels	Matériel disponible		Observations
	OUI	NON	
Pour la bascilloscopie			
Porte-objet	+		
Applicateur en bois	+		
Mèche d'alcool avec coton	+		
Masque	+		
Flacon transparent ouverture ample (6 cm. de diamètre)	+		
Gants	+		
Alcool	+		
Matériel pour la destruction des échantillons	+		Incinérateur du centre de santé
Sac de plastiques	+		
Étiquettes ou adhésif	+		

Papeterie			
Dossier médical	+		
Format de sollicitude pour le laboratoire	+		
Lettre des droits et responsabilités du patient	+		Ces documents sont remis par le responsable du programme TB.
Guide basique d'adhésion au traitement de TB	+		
Carte de traitement	+		
Cahier de registre et suivi		+	Il n'existe pas de registre et de suivi des examens bien que le personnel dispose des documents.
Notification des cas	+		
Registre épidémiologique	+		
Référence et contre-référence	+		

Annexe 9 : Guide d'observation non participante de l'administration du Traitement antituberculeux strictement supervisé (en référence au manuel de procédures de la TB pour le personnel d'infirmier, 2009).

ACTIONS	REALISEES		OBSERVATIONS
	OUI	NON	
Assurer le traitement complet personnalisé pour la patient, annotant son nom sur l'extérieur des boîtes sur l'ensemble des phases : intensive et de soutien.	+		
Avoir à disposition un lieu illuminé et avec ventilation naturelle pour l'administration du traitement.	+		
L'horaire doit être flexible (ne pas faire attendre le patient)		+	Le patient a du attendre pour la donation de son traitement et l'application de son injection (environ 35 minutes).
Informé le patient sur l'importance de la prise du traitement et la supervision stricte de celui-ci.	+		Cette information a normalement été expliquée au début du traitement
Le patient ne doit pas emporter le traitement chez lui parce qu'il pourrait l'oublier.	+		
Les médicaments doivent être dans un lieu sûr de préférence dans le cabinet de consultation ou un lieu qui permet le contrôle et la vigilance du médicament ainsi que le respect de la confidentialité de l'utilisateur.	+		Les médicaments sont situés dans le cabinet de consultations dans un sachet portant le nom du patient
Orienter le patient et la famille sur les effets secondaires et le traitement à suivre			Cette information n'a pas pu être évaluée
Notifier le cas en accord avec le système d'information	+		
Enregistrer sur la feuille de cas et dans le cahier de suivi		+	Les informations sont annotées dans le dossier du patient
Se présenter avec le patient	+		
Appeler le patient par son nom	+		
Peser le patient chaque semaine pour son suivi (interrogatoire et signes vitaux) comme faisant partie du contrôle		+	Le jour de l'observation, le patient n'a pas été pesé.
Avoir à disposition de l'eau et des verres en plastiques pour la prise du traitement.		+	Le traitement a été donné au patient sans vérifier sa prise.
Ouvrir la boîte de médicaments devant la patient et lui donner dans sa main jusqu'à ce qu'il les déglutisse.	+		
Demander au patient si pendant le traitement il a eu des nausées, vomissements, douleur abdominale, urines colorées, prurit		+	
Si cela se passe, lui expliquer pourquoi et le référer au médecin immédiatement dans le cas nécessaire		+	
Annoter sur la feuille de registre de cas les informations du patient		+	La feuille de registre de la prise n'est pas utilisée bien qu'elle soit dans le dossier du patient

Les rendez-vous s'annote avec une croix (X)		+	
Sur la feuille, les initiales de la personne qui observe la prise des médicaments, ensuite s'efface la X et s'annote le rendez-vous suivant (X)		+	
Solliciter l'échantillon pour le contrôle bactériologique mensuel et informer le médecin si le résultat de la bascilloscopie continue positive le troisième mois		+	Le jour de l'observation, l'échantillon n' pas été demandé.
Lui rappeler le RDV suivant	+		
Se quitter d'une manière aimable	+		

Annexe 10 : Objectifs annuels de 2010 et les résultats atteints des centres de santé étudiés.

Objectifs 2010

Structure	Population < 15 ans	N° de bascilloscopie réalisée	N° de cas
Centre de santé de Chanal	3015	407	7
Centre de santé de Oxchuc	4144	559	9
Centre de santé de Chaonil	1570	212	4
JS II	173853	23470	381

Résultats des objectifs à atteindre en 2010

Structure	Population < 15 ans	N° de bascilloscopie réalisée	N° de cas
Centre de santé de Chanal	3015	25	1
Centre de santé de Oxchuc	4144	87	2
Centre de santé de Chaonil	1570	37	2
JS II	173853	2 143	79

Taux des résultats escomptés en 2010

Structure	Population < 15 ans	% de bascilloscopie réalisée	% de cas détectés
Centre de santé de Chanal	3015	6	15
Centre de santé de Oxchuc	4144	16	21
Centre de santé de Chaonil	1570	17	57
JS II	173853	9.1	21

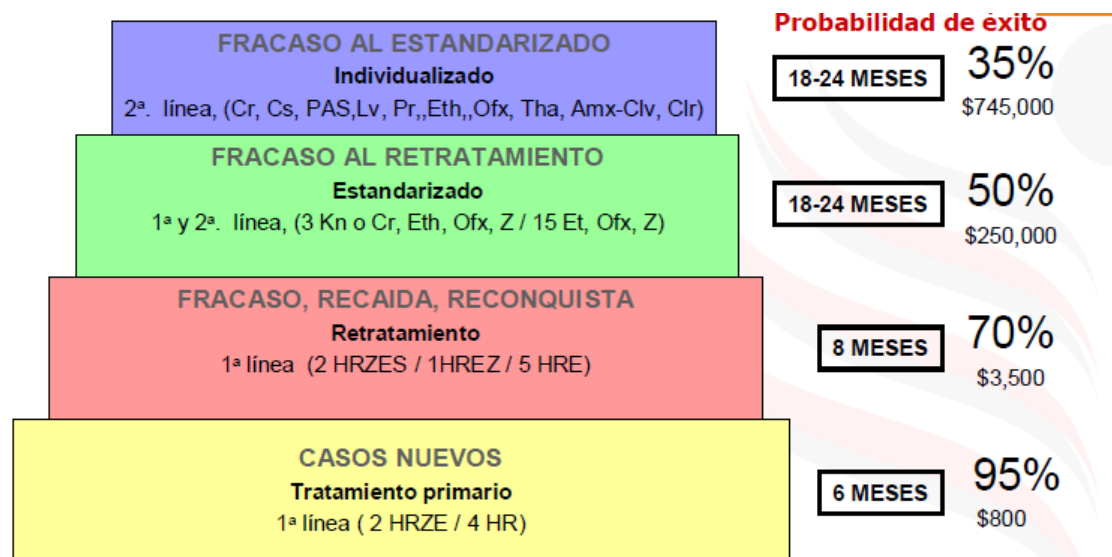
Source: Laboratoire de Mycobactéries. Juridiction Sanitaire No. II.

Annexe 11 : Présentation des résultats du programme de TB la JS II entre 2005 et 2009

Année	N° de Basciloscopie réalisée	%	N° de cas diagnostiqués	Objectifs à atteindre de cas diagnostiqués	70% des cas espéré	% du total de cas espéré	% de 70 % de l'incidence estimée
2005	3216	15.84	63	330	231	19.09	27.27
2006	1750	8.33	53	350	245	15.14	21.63
2007	1836	8.42	59	364	254.8	16.21	23.16
2008	2244	9.91	51	377	263.9	13.53	19.33
2009	1806	7.69	42	391	273.7	10.74	15.35

Source: Laboratoire de Mycobactéries. Juridiction Sanitaire No. II.

Annexe 12 : Prix du traitement antituberculeux en pesos mexicains



H – izonizacida, R- rifampicina, Z – pirazinamida, E – etambutol, S – estreptomicina, Kn- kanamicina, Cr – capreomicina, Eth –ethionamida, Ofx –ofloxacina. Cpx- ciprofloxacina, Lvx-levofloxacina, PAS- Ácido Paraminosalicílico, Cs- Cycloserina, Tha- Thiacetazona, Pr- protionamida, Clr- Claritromicina, Amx-Clv- Amoxicilina con ácido clavulánico
\$ costo en pesos mexicanos

Source : Secretaria de Salud, « Magnitud y transcendencia de la TB en Mexico », curso « Manejo clinico de latuberculosis farmacoresistente », julio 03 – 04 de 2008, [visité le mai 2011], disponible sur internet :

<http://www.cenave.gob.mx/tuberculosis/Downloads/Curso%20Nacional/Jueves/Martha%20Angelica.pdf>

DEVEAUX

Blandine

06/07/2011

Master Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publique
Promotion 2010-2011

Accès au dépistage et au traitement de la tuberculose auprès de populations indigènes dans deux municipalités de la zone Altos de Chiapas,

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Université de Sciences Politiques, RENNES

Résumé :

Le contrôle de la tuberculose repose essentiellement sur le dépistage et le traitement précoce et continu des formes pulmonaires de la tuberculose. La mise en œuvre de cette stratégie suppose un accès et une utilisation appropriée des services de santé. Différents modèles théoriques analysent ces aspects. La mise en œuvre stratégique est considérablement compromise lorsque des groupes de populations rencontrent des difficultés d'accès aux soins pour des raisons multiples dont les déterminants économiques, psychologiques ou l'accès aux droits fondamentaux. C'est tout spécialement le cas de la population étudiée dans le cadre de ce mémoire et vivant au Chiapas dans deux localités, Chanal et Oxchuc.

Ce travail a pour intérêt de réfléchir sur les conditions d'accès au dépistage et au traitement de la tuberculose à travers le Plan National de Prévention et de Contrôle de la Tuberculose (2007-2012) auprès de populations indigènes de deux municipalités de la zone « Altos » de Chiapas au Mexique.

L'étude menée, de type qualitatif, s'est appuyée sur la révision de données de la littérature, des entretiens avec la population indigène, des prestataires de services de santé, l'observation non participante dans les structures de santé.

Différentes barrières d'accès au dépistage et au traitement de la tuberculose ont pu être mises en évidence. Celles-ci concernent principalement la difficulté d'être dépisté précocement, la disponibilité du traitement, le coût financier indirect engendré par les soins et les conditions de vie et de marginalisation de façon plus générale.

Or, lutter contre les épidémies passe par un meilleur accès aux soins et par l'accès à la santé de façon plus globale. Cette question reste d'actualité et doit continuer à être posée comme condition sine qua non pour tout système de santé.

Mots clés :

accès à la santé, tuberculose, dépistage, traitement, population indigène, Mexique.

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.