

INTRODUCTION

0.1. Problématique

Notre sujet de recherche porte sur la politique de communication du programme national de lutte contre la tuberculose.

La tuberculose constitue un véritable problème de santé publique au Congo. Selon la classification de l'OMS, le taux de prévalence estimée est de 18. 035 cas, soit un taux de prévalence 464 de cas /100.000 habitants (WHO global report 2006)¹.

Les guerres à répétition que le Congo a connues ont contribué énormément à la dégradation de la situation de la tuberculose avec l'abandon du traitement, la malnutrition, la promiscuité et la destruction des infrastructures chargées du dépistage et du traitement des cas.

Le nombre de malades détectés a augmenté régulièrement de 1179 cas en 1992 à 9959 cas en 2005. Le taux du VIH parmi les tuberculeux de 23%².

La tranche d'âge la plus touchée est comprise entre 15 et 44 ans. Il y a autant d'hommes que des femmes. Le sexe ratio est de 1,4. 85% des cas dépistés proviennent de Kinshasa et de Lubumbashi, les deux plus grandes villes du pays qui comptent 60 % de la population totale de la R.D. Congo.

Le Programme National de lutte contre la tuberculose, mis en place en 1980, a adopté la stratégie DOTS en 1992. En termes de couverture, tous les départements du pays, possèdent au moins un

¹ Rapport mondial, *sur la tuberculose. Cas de le R.d.Congo*, Genève, 2010, p.6

² Idem, p8.

centre de dépistage et de traitement des cas de tuberculose (CDT). Malgré l'existence des CDT dans tous les départements, la non intégration du DOTS dans tous les centres de santé intégrés oblige les malades à parcourir de longues distances en quête de traitement. L'abandon de traitement demeure un problème important dans la prise en charge des cas.

L'évaluation des malades sous traitement durant la période 2001-2005 montre un faible taux de succès thérapeutiques de 50% ; un taux de perdus de vue de 27% et un taux de détection de 65%.

Autre chose, l'insuffisance de ressources humaines, les manques des matériels et moyens financiers, le manque de contrôle et de la supervision du personnel pour la prise en charge des malades, une collecte incomplète des données, les ruptures fréquentes en médicaments et réactifs ainsi que les problèmes de sensibilisation des populations sont également à la base de la recrudescence de la Tuberculose dans le pays.

Notre problème général de recherche réside dans l'ignorance de la politique de communication du PNLT dans la lutte contre la tuberculose au Congo.

En répertoriant les études antérieures nous avons pu découvrir quelques travaux scientifiques traitant ce problème de politique de communication. En ce qui concerne notre étude, deux travaux ont pu retenir notre attention, il s'agit de l'étude menée tout d'abord par Muhoya Milindi Bobo portant sur la politique de communication de la délégation de la commission européenne en République Démocratique du Congo.

La question de recherche de l'auteur est la suivante : quelles sont les différentes stratégies de communication utilisées par la délégation de la commission européenne pour atteindre ses objectifs

en RDC ?³ A cette question, l'auteur répond à titre d'hypothèse que les institutions qui assistent les pays du tiers-monde ont tendance à développer des relations de linéarité. En d'autres termes, les relations de coopération dans un environnement basé sur l'interdépendance ne peuvent pas se déployer harmonieusement tant qu'elles sont basées sur une logique de linéarité.

Dans sa conclusion, l'auteur démontre qu'il faut susciter l'adhésion de la population, à ses actions et se créer une image de confiance et de sympathie auprès de cette dernière, la délégation devrait comprendre qu'aucun programme de développement, quelle qu'en soit l'ampleur ne peut durablement rapporter les résultats escomptés tant bien dans sa conception que dans sa réalisation, si les populations concernées ne sont pas impliquées.

La seconde étude est celle menée par Ngusitade Mulumba Lucie portant sur la politique de communication du comité international de la Croix-Rouge en RDC. La question de recherche de l'auteur est la suivante : comment se présente à l'heure actuelle la politique de communication du Comité International de la Croix-Rouge en RDC⁴ ? Son hypothèse de recherche est la suivante : une organisation assure la richesse de sa politique de communication quand elle est poursuivie d'un état d'esprit des relations publiques.

L'auteur est arrivé à la conclusion selon laquelle l'adoption de l'état d'esprit des relations publiques est en effet une garantie de l'efficacité de l'activité de communication institutionnelle car elle oblige tous les membres d'une organisation à se mobiliser comme un seul homme autour d'un même but qui est la défense de l'image de marque institutionnelle.

³ MUHOYA, M, *La politique de la communication de la commission européenne en RDC*, mémoire, Kinshasa, IFASIC, 2000, P.2.

⁴ NGUSITADE, M, *La politique du comité international de la Croix-Rouge en RDC*, mémoire, Kinshasa, IFASIC, 2001, P.2.

Quant à notre étude, la question de recherche de cette étude est la suivante : quelle est la politique de communication du PNLT ?

Et une sous question : est-ce que cette communication permet à cette organisation de mieux sensibiliser le public ?

0.2. Hypothèse

Nous répondons à titre d'hypothèse qu'une organisation dans le cadre d'une campagne sociale devrait envisager une politique de communication qui tient compte de sa cible.

0.3. Intérêt du sujet

L'intérêt de notre étude s'explique par le fait que cette recherche propose les éléments complémentaires pour toutes les recherches dans le domaine de la politique de communication d'une organisation qui milite dans la réduction des cas des maladies contagieuses.

L'intérêt de notre travail est de constituer des éléments utiles qui vont intéresser les futurs chercheurs en ce qui concerne la politique de communication dans le cadre d'un programme social.

0.4. Méthodes et techniques

Tout travail scientifique s'arme des méthodes et des techniques pour faciliter le travail de tout chercheur. Pour rédiger cette étude, nous allons recourir aux méthodes descriptive et analytique. Les deux méthodes seront appuyées par des techniques documentaires, d'observation ainsi que d'entretien.

0.5. Délimitation du sujet

Tout travail scientifique doit être délimité dans le temps et dans l'espace. Dans le temps, la période prise en compte va du mois de décembre 2012 à juin 2013, période de nos investigations. Dans l'espace, nos investigations seront menées à Kinshasa au sein du PNLT.

0.6. Division du travail

Notre travail est subdivisé en trois chapitres ; le premier porte sur le cadre conceptuel, le deuxième présente le Programme National de Lutte contre la Tuberculose et le dernier chapitre porte sur les résultats de l'étude.

CHAPITRE I : CADRE CONCEPTUEL DE L'ETUDE

Dans ce chapitre, nous allons définir les concepts clés de notre étude à savoir : politique de communication et tuberculose.

I.1. Politique de communication

Avant de définir la politique de communication, nous allons d'abord définir la communication, ensuite le terme politique et enfin l'expression la politique de communication.

I.1.1. Communication

Etymologiquement, le mot communication vient du latin « *communicare* » qui signifie « *mettre ou avoir en commun* »⁵.

Que nous révèlent ces définitions ? Nous notons que la communication peut être humaine (entre deux ou plusieurs êtres humains) ou animale (entre des animaux) et aussi concerner les machines ou des humains et des machines. De plus, à partir du moment où on la considère comme un échange, un partage, une mise en relation d'éléments, elle peut même impliquer des cellules chimiques ou des plantes.

Nous nous concentrerons sur la communication qui implique les humains, c'est-à-dire la communication interhumaine et la communication humaine –machine. Là encore, tenter de la définir n'est pas chose facile.

⁵ BONNEVILLE,S, et les autres, *Introductions aux méthodes de recherche en communication*, Paris, Chanelière, 2000, p5.

L'étymologie en est à la croisée des chemins, sous les auspices d'Hermès, dieu des marchands, aussi des voleurs, messenger, intermédiaire et médiateur. Issue de la racine sanscrite « *mei* », la racine latin « *munus* », présente dans « communication, porte à la fois les valeurs humanitaires de la rencontre des individus ou de l'échange et la valeur communautaire du partage. Depuis la fin du 12^{ième} siècle, le mot couvre un champ polysémique que les techniques ont contribué à étendre⁶.

La communication établit une relation entre des personnes, des lieux, des machines : correspondance, interactivité, transmissions d'informations ou de données.

Les contenus de ce paralangage sont des annonces, des « nouvelles), les résultats de réflexions, des sentiments, des opinions, des projets des décisions. Les voies et moyens en sont la parole, l'écrit, les supports ou médias les plus divers, qu'utilisent l'expression individuelle ou collective de la vie de la cité, commerciale des entreprises, institutionnelle ou politique.

Il soutient que toute approche communicationnelle ne peut se limiter au seul aspect de transmission d'information dit « indice » et si cette approche doit aussi se prolonger à l'autre aspect coexistant dit « ordre » qui révèle la relation alitée, cette dernière dimension concernera au premier chef, les partenaires humains de la communication.⁷ Par ailleurs, beaucoup d'auteurs ont défini le concept « communication » en lui donnant un sens plus large ou une acception plus restreinte.

Au sens strict, Lunkunku définit la communication comme l'échange des informations, des idées, des attitudes entre une

⁶ PIERRE, Z, *Communication publique*, Paris, Que-sais-je ?, 1995, p3

⁷ BATESON, G, *Information et codification in revue de psychologie social textes fondamentaux anglais et américains*, Paris, Dunod, 1968, p186-192

personne ou un point E de départ, appelé Emetteur vers une autre personne ou un point R d'arrivée dit Récepteur, dans une interaction réciproque.⁸

A cet effet la communication suppose un échange entre deux personnes au moins qui doivent nécessairement partager une information, une idée, une impression, un comportement.

Ekambo Jean Chrétien renchérit en disant de cet acte qu'il constitue l'échange de ce qui est commun ou tout ce qui est commun à l'échange.⁹

Au sens large, tout est communication, dit l'école de Palo Alto. Les mimiques, le silence, le Corps humain, le geste, la voix, le rythme exprimant un contenu de message.¹⁰

De ce qui précède, la définition la plus simple est la suivante : la communication est l'échange des idées, l'acte de transmission des contenus des messages de l'émetteur vers le récepteur créant ainsi une dynamique relationnelle entre deux pôles.

Il s'agit d'une pratique de transmission des contenus des messages de l'émetteur vers le récepteur créant ainsi une dynamique relationnelle entre deux pôles. Il s'agit d'une pratique de transmission de contenu d'un individu vers un autre, donnant ainsi lieu à des effets.

11

Ce qui n'empêchera pas Carl Hovland d'affirmer que la communication est le processus par lequel un individu, c'est-à-dire l'émetteur, transmet des stimuli, en symboles verbaux à un autre individu en vue de modifier son comportement.

Il y a aussi quelques éléments qui englobent le processus communicationnel que nous pouvons citer avec Lasswell: l'émetteur,

⁸ LUNKUNKU, V, *Linguistique générale*, cours inédit, Kinshasa, IFASIC, 2006

⁹ EKAMBO, J.C, *Nouveau médias et société*, cours inédit, Kinshasa, IFASIC, 2010

¹⁰ BOUGNOUX, D, *Science de l'information et de la communication*, Paris Larousse, 1995, p 14

¹¹ MAYSON, R, *Communication dans l'entreprise et dans la vie*, Bruxelles et Boeck université, 1997

le récepteur, le message, le canal, et les effets. Avec une série de questions ci-après de quoi, à qui, par quel canal et avec quel effet?

2. Typologie

Il est à noter que les types de communication se distinguent d'après les paramètres. Nous pouvons citer:

a. La communication intérieure ou intra-personnelle

La communication intérieure est celle qui est intériorisée, le sujet parle à lui-même, c'est celle qui est unilatérale. Il s'agit en d'autres termes de l'introspection.

b. La communication interpersonnelle

Cette communication concerne deux personnes en situation de dialogue. Elle est bilatérale, relation entre les deux individus.

c. La communication des masses

Celle-ci est utilisée par les hommes de médias pour diffuser le message, pour atteindre un public large: La radio, la télévision, les panneaux publicitaires, etc. font partie de cette communication.

d. La communication groupale

Cette autre communication porte sur l'échange des points de vue entre membres d'un groupe.

3. Formes de communication

Il existe deux formes de communication, à savoir: la communication verbale et la communication non verbale.

- Il y a communication verbale quand on fait usage de la langue ou de la parole ;

- Il y a communication non verbale quand la parole n'est pas utilisée et que le message est transmis soit par le geste (la gestuelle ou la kinésique), l'habillement, l'odeur, etc.

4. Moyens de communication

En nous référant aux formes de la communication, nous distinguons deux groupes de moyens de communication, à savoir: les moyens verbaux et non verbaux.

Les moyens verbaux de communication sont les canaux oratifs à travers lesquels les informations sont véhiculées : l'oralité.

Les moyens non verbaux de communication sont tout autre moyen non oratif.

Nous distinguons les moyens médias et hors médias. Parmi les médias nous avons :

a. La communication articulée

Cette communication concerne la parole parlée, ce qui est de la nature humaine.

b. La communication non articulée

Cette communication ne fait pas recourt à la langue, à la parole par des mots pour exprimer une idée. Ici il y a des attitudes, des gestes du visage donc une sorte de communication kinésique, l'on peut aussi ajouter l'habillement, l'odeur.

I.1.2. Politique

1. Définition

Dérivée du grec « polis » et du latin « politicus » qui veulent dire « de la cité » relatif à la cité, au gouvernement ou l'état ; la politique est relative à l'organisation et à l'exercice du pouvoir dans une société

structurée. C'est une sorte de gouvernement, une manière de gouverner un Etat (politique intérieure)¹².

C'est également des orientations selon laquelle on mène des activités ou des relations avec les autres.

C'est l'ensemble des orientations à suivre pour mener sa stratégie vers des objectifs prédéfinis.

La politique est ensuite confirmée par Didier Julia comme une science et une théorie.¹³ Comme science théorique, la politique est la science de l'idéal ou de la doctrine à partir de laquelle le gouvernement doit égarer son action.

Et dans cette perspective, cette politique devrait porter sur des discussions en rapport avec les principes de base d'un Etat, sur le plan interne ; des questions liées à la constitution et, sur le plan externe ; la définition de la personnalité nationale. Comme science pratique, la politique consiste uniquement en l'administration requiert les compétences techniques très précise telles que : la communication, les pédagogies, finances, économies...

Pour Mukamba Kadiata Nzemba la politique est un jeu qui a ses règles, aux quelles il est nécessaire de se conformer et d'appliquer d'une manière adéquate.¹⁴

Elle est ensuite définie comme un ensemble des stratégies mises en œuvre pour le bien fonctionnement d'un Etat, d'une structure, d'une organisation, elle diffère du politique,¹⁵ qui est un besoin inné de la nature humaine, un besoin naturel d'assurer l'ordre et la règle des fins, une nécessité permanente d'organisation du

¹² Robert Petit *dictionnaire de la langue Française*, Paris, Robert1, 1984, p1476

¹³ DIDIER,J, *Dictionnaire de la philosophie*, Paris, Larousse,1964,P.235.

¹⁴ MUKAMBA,K, *le Zaïre à la recherche du renouveau démocratique*, Bruxelles, 1993,P.30

¹⁵ MAMBA,W, *Séminaire critique de la communication politique*, cours inédit, III^{ième} Cycle, Kinshasa, Ifasic,2006.

groupe et d'unification sociale en puissance collective, maintenu au mieux des intérêts de ses membres.

Ce qui nous pousse à dire pour notre part que ces deux termes (la politique et le politique) sont présents et cherchent à jouer un rôle en son sein.

Le dictionnaire critique de la communication définit la politique comme une construction de l'élément inaugural, avec lequel tout agencement des discours bien social que subjectif, dans une culture donnée doit comporter.

Grawitz considère la politique comme une institution humaine chargée de réaliser le paradis terrestre.¹⁶

Conformément à l'esprit de ce travail, nous définissons la politique comme un ensemble d'options prises collectivement par un Etat ou une société dans les domaines relevant des dispositions pour atteindre un but¹⁷.

C'est la manière de mener une action. La vision générale dans laquelle l'action est menée. C'est ainsi que nous parlons de politique d'entreprise, politique salariale, politique commerciale, politique gouvernementale, politique de l'éducation mais aussi la politique de communication.

I.1.3. Politique de Communication

1. Définition

La politique de communication est définie comme un ensemble programmé et structuré d'intervention et des orientations

¹⁶ GRAWITZ, M, et LECA, J, *Traité des sciences politique*, Paris, PUF, 1999, P.61.

¹⁷ Larousse, *le petit Larousse grand format*, éd Larousse, 2000, p800

à travers des symboles, des discours, des images, des manifestations diverses, destinées à présenter au récepteur en vue de prendre une action et une action ultérieurement de mettre en œuvre cette décision par une action effective dans le réel.¹⁸

La politique de communication est la manière de présenter le langage, le vocabulaire, le style visuel, les cibles prioritaires de la communication pour nous donc la politique de communication est donc une manière dont l'ensemble de décisions, d'actions et toutes manœuvres sont coordonnées ainsi que des moyens utilisés pour réaliser les objectifs de communication définis en avance.¹⁹

Aimery de Narbonne définit la politique de communication comme étant un document écrit, avalisé par la direction générale, fruit de la réflexion d'un groupe de travail représentatif des différentes sensibilités de l'entreprise aboutissant à une définition de l'émetteur et de ses objectifs à une réflexion sur ses cibles et sa concurrence, l'information et les moyens dont elle dispose²⁰.

Le concept politique de communication est très riche et englobe plusieurs aspects à la fois. Il présuppose l'existence d'une organisation dans le sens d'une institution publique ou privée et celle d'un public ou de plusieurs catégories de personnes destinée à entretenir des relations plus au moins permanentes avec l'organisation.

Elle peut être perçue comme la définition et l'évaluation des rôles respectifs et de différents modes de communication pour atteindre la cohérence la cohérence et l'efficacité des objectifs escomptés.²¹

¹⁸ MUTEBA, B, *la politique de communication au sein de la banque du Zaïre*, mémoire, Kinshasa, ISTI, 1985, P.23

¹⁹ MUNDEKA, M, *Analyse de la politique de communication de l'église orthodoxe de Kinshasa*, TFC inédit, Kinshasa, IFASIC, 2002, P.39.

²⁰ NARBONNE, A, *politique de communication*, Paris, PUF, 2000, P.32.

²¹ NGOMBA, B, *La participation politique*, Kinshasa, IFP, 2005, P.358

Pour Okomba, la politique de communication est un ensemble des principes ou des normes clairement établis pour définir les rôles des moyens d'informations et diriger leur fonctionnement dans le sens des objectifs et des moyens pour leur réalisation.²²

La politique de communication c'est la manière de présenter le langage, le vocabulaire, le style visuel, les cibles prioritaires de la communication, en fonction des enjeux et des attentes de communication pour chacune d'elle et le contenu, le message spécifique à chacune.²³

Mwangilwa Lussu, la politique de communication est un ensemble des principes est un ensemble des principes et des normes destinés à guider le bon fonctionnement des systèmes de communication, ou encore elle est un ensemble des principes et des normes destinés à guider le bon fonctionnement des systèmes de communication.²⁴

Elle suppose la maîtrise des règles de la communication et leur bon usage; elle émane des idéologies politiques, de la situation économique et sociale du pays et des valeurs sous les quelles elle se fonde.

La politique de communication fournit des scénarios par rapport aux révolutions possibles de l'entreprise, échéance de production, ses tradition en matière de communication.

Elle se distingue de toutes celles improvisées sous la pression de la mode, sous l'intitulé de politique de crise. Il est frappant de constater que les émetteurs les plus empressées à se préoccuper de politiques prévues pour les cas exceptionnels sont ceux-là mêmes qui en sont dépourvus pour les temps ordinaires.

²² OKOMBA, W, cité par MUTEBA, B, *op cit*.

²³ OKOMBA, W, cité par MUTEBA, B, *op cit*,

²⁴ MWANGILWA, L, Etude comparée de politique de communication, cours inédit, L2, Kinshasa, IFASIC, 2011

2. Les objectifs de la politique de communication

Les objectifs de la politique de communication sont les suivant :

- *Faciliter la répartition des ressources publiques des institutions,*
- *Rationnaliser les structures de la communication,*
- *Eliminer les obstacles internes (endogènes) et externes (exogènes),*
- *Définir les priorités qui vont différencier naturellement d'une institution à une autre, d'un pays à un autre,*
- *De conscientiser chaque membre au fait que la communication est la responsabilité de chacun,*
- *De favoriser l'émergence de solidarité et le sentiment d'appartenance,*
- *D'améliorer la qualité la des relations interpersonnelles et inter groupales.*
- *L'interaction et la rétroaction dans toutes les actions de communication que pose l'organisation tant interne qu'externe,*
- *La cohésion, conscientise chaque membre d'entreprise au fait que la communication est la responsabilité de chacun, et à favoriser l'émergence de sentiment d'appartenance,*
- *Améliorer la quantité des réalisations interpersonnelles et intergroupes,...*

3. Voix techniques et moyens de la politique de communication

La politique de communication d'après la conception de l'université francophone au Canada, Laval, s'appuie sur :

- *des relations publiques,*
- *des relations avec la presse,*
- *des relations avec les gouvernementales,*
- *des vidéos,*
- *de site web de l'organisation,*

- *le bulletin d'information et des journées porte ouverte.*

Pour y arriver, il faut procéder par des publications officielles, les dépliants sur les programmes et la documentation sur les activités particulières au moyen matériel de présentation et d'information électronique ainsi que du matériel de support logistique.

4. Plan de communication

La politique de communication se concrétise dans un plan de communication qu'énoncent les priorités institutionnelles de communication pour la période visée. Prenant appui sur les décisions des instances décisionnelles et sur le plan d'action du service de communication.

Ce plan intègre les objectifs et les modalités spécifiques retenues par les dirigeants qui évalueront le degré d'accomplissement, en même temps il approuve le plan de communication de l'année suivante.

Le plan de communication selon les expériences professionnelles de Dominique Beau et Sylvain Daudel, est nécessairement bâti pour couvrir une période déterminée le plus souvent, il s'agit d'une période sans indication des bornes, sachant que le plan de communication est révisablement utilisé.²⁵

I.2. Tuberculose

1. Définition

La tuberculose est une maladie infectieuse causée par une bactérie qui touche principalement les poumons mais qui peut aussi atteindre d'autres organes²⁶.

²⁵ DOMINIQUE,B, et SYLVAIN,D, *Stratégie d'entreprise et communication*, Paris, Dunod,1999, P.92

²⁶ JULES, R, *Tuberculose*, Paris, Dunod, 2010, p.32

La tuberculose est une maladie infectieuse transmissible et non immunisante, avec des signes cliniques variables. Elle est provoquée par une mycobactérie du complexe *tuberculosis* correspondant à différents germes et principalement *Mycobacterium tuberculosis* (ou bacille de Koch ou BK)²⁷.

Autrefois soignée dans les sanatoriums, par des cures de soleil et de plein air, elle a été réduite par les antibiotiques dans les années 1950, mais elle connaît un regain expliqué par l'apparition de souches multi-résistantes, et la maladie tue encore près de deux millions de personnes chaque année dans le monde (1,4 million de victimes en 2010 contre 1,7 million en 2004 selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS)). En 2010, 8,8 millions de nouveaux cas ont été recensés par l'Organisation mondiale de la santé, contre 9,27 millions en 2010²⁸.

La tuberculose est bien maîtrisée dans les pays industrialisés du nord (Europe, USA, Canada, Japon) mais est beaucoup plus problématique dans les pays en voie de développement, notamment en Afrique où l'épidémie de SIDA se conjugue avec cette maladie et complique l'éradication de la tuberculose.

On note aussi des cas graves dans les pays de l'Est et en particulier dans des prisons.

Un autre problème dû à l'augmentation des cas de tuberculose dans le monde repose sur le fait du développement de résistances aux antibiotiques des traitements antituberculeux.

²⁷JULES,R, p.35

²⁸ Document, *sur les traces de la tuberculose. Critères diagnostiques des atteintes tuberculeuses*. Paris, OMS, 2010, p8

3. Signes de la maladie

La tuberculose peut revêtir différentes formes selon la localisation du foyer infectieux. La tuberculose pulmonaire est la forme la plus fréquente et la source essentielle de la contagion. À partir du poumon, le bacille peut diffuser dans l'organisme et causer d'autres atteintes, ganglionnaires, ostéo-articulaires et génito-urinaires notamment. Les formes les plus létales sont les formes diffuses (miliaires) et méningées²⁹.

4. Sortes

Nous avons³⁰ :

- **Tuberculose pulmonaire**

La réalisation d'une intradermoréaction permet de dépister les personnes dont l'organisme héberge le bacille de Koch avant les manifestations cliniques de la maladie en l'absence de vaccination par le BCG. En effet ce dernier positive le test, le rendant non interprétable en ce sens.

L'interprétation d'une intradermoréaction est purement fondée sur la taille de l'induration et non pas sur la présence d'un érythème. L'intradermoréaction pour la tuberculose porte aussi le nom de test Mantoux. Une radiographie des poumons recherchera des signes radiologiques. Une recherche de contamination dans l'entourage familial et professionnel est indispensable.

Les symptômes sont un fébricule (38–38,5 °C) durable, une toux quelquefois accompagnée d'hémoptysie, un amaigrissement de 5 à 10 kg survenant en quelques mois et des sueurs nocturnes. Une intradermoréaction (IDR) positive à la tuberculine. Les facteurs de

²⁹ ROLAND, H, *La chronique médicale*, Paris, 2010, p.34

³⁰ Idem, p.35

risque sont la malnutrition, l'immunodépression, la toxicomanie intraveineuse, l'absence de domicile fixe, le contact direct avec des personnes infectées et certaines professions de santé.

Lors d'une radio du thorax, une atteinte classique des apex (extrémité supérieure des poumons) avec, dans une tuberculose évoluée, des cavernes (cavités dans le tissu pulmonaire, contenant de l'air et de nombreux bacilles de Koch, cette bactérie étant en effet aérobie) est diagnostiquée. Ces cavernes ne disparaissent pas à la guérison ; elles se calcifient et produisent des séquelles radiologiques autrefois appelées « *taches au poumon* ».

- **Tuberculose extra pulmonaire**

La tuberculose extra pulmonaire est le plus souvent le résultat d'une dissémination hématogène. Dans les pays occidentaux, la tuberculose urinaire est la quatrième forme de tuberculose extra pulmonaire. Le diagnostic est habituellement tardif. Une cystite rebelle associée à une hématurie microscopique et à une leucocytaire aseptique peut évoquer le diagnostic. D'installation subaiguë, l'épanchement péricardique sérohématique peut évoluer vers la constriction. Cultures et biopsie confirment le diagnostic.

Formes génitales : épididymite chez l'homme, salpingite subaiguë ou péritonite chez la femme sont parfois les manifestations révélatrices d'une tuberculose extra pulmonaire.

- **Tuberculose osseuse**

La tuberculose osseuse est la troisième manifestation de tuberculose extra pulmonaire. Elle touche préférentiellement la colonne vertébrale (50 %), les hanches et les genoux (15 %). En France, le mal de Pott et les sacro-iléites se révèlent avant tout chez les sujets âgés originaires d'Afrique ou d'Asie. Les signes cliniques d'un mal de Pott, douleurs rachidiennes plus ou moins fébriles, ne sont pas spécifiques et ce sont les clichés de la colonne vertébrale qui, en révélant des images destructrices des corps vertébraux avec tassement cunéiforme associé éventuellement à un processus

condensant, orientent le diagnostic. Un abcès du psoas peut être le révélateur d'une sacro-iléite. Scanner ou imagerie par résonance magnétique permettent actuellement un diagnostic plus précoce. Face à une localisation ostéoarticulaire inhabituelle (poignet, cheville, coude...), la notion de traumatisme ou d'injection intra-articulaire de corticoïdes peut orienter le diagnostic vers une infection à mycobactéries.

- **Tuberculose ganglionnaire**

- *Ganglion lymphatique* Organe ovalaire entouré par une capsule fibreuse sous laquelle on peut identifier le sinus lymphatique sous capsulaire. Deux zones distinctes sont présentes :
 - la *corticale* où se différencient les follicules lymphoïdes,
 - la *médullaire*, peu visible ici, renfermant le réseau vasculaire.
- *Lésion* Sur le plan de coupe, ce ganglion renferme de multiples lésions nodulaires correspondant aux follicules tuberculeux. Au sein d'un même ganglion, plusieurs lésions tuberculeuses peuvent s'observer :
- Lésion folliculaire : foyer arrondi formé de cellules géantes et de cellules épithélioïdes, entouré d'une couronne de lymphocytes. Les cellules géantes sont des cellules plurinucléées, au cytoplasme abondant faiblement éosinophile. Les cellules épithélioïdes sont des cellules allongées, aux limites cytoplasmiques mal visibles et au noyau allongé en semelle de chaussure.
- Lésion caséofibreuse : nécrose centrale éosinophile anhiste : nécrose caséuse cernée par une coque fibreuse.
- Lésion caséofolliculaire : foyer centré par une plage de nécrose caséuse, entourée par des cellules épithélioïdes, des cellules géantes et une couronne de lymphocytes. La présence de bacilles de Koch peut être révélée sur la coloration de Ziehl Neelsen.

2. Diagnostic

Le test de sensibilité à la tuberculine ou test Mantoux, pour le dépistage de la tuberculose. Il repose principalement, soit sur l'examen direct d'un échantillon (expectoration) au microscope après coloration de Ziehl-Neelsen, à l'auramine, etc., soit après mise en culture de ce même échantillon sur les milieux de culture solide comme le Lowenstein-Jensen ou le milieu d'Ogawa.³¹

Cette dernière procédure est cependant longue (huit semaines) ce qui retarde d'autant le diagnostic. La culture dans un milieu liquide est relativement rapide (deux semaines). Après la culture, il est possible de procéder à l'identification des espèces et d'effectuer un antibiogramme. Le test de sensibilité aux antibiotiques de première ligne par la méthode des proportions de Canetti est le plus couramment utilisé et reste le test de référence (les antibiotiques testeurs sont l'isoniazide, la rifampicine, la dihydrostreptomycine et l'éthambutol). Les souches qui résistent à la fois à la rifampicine et à l'isoniazide sont dites multirésistantes

La détection de certains gènes de la mycobactérie après une réaction en chaîne par polymérase semble être prometteuse malgré son coût plus élevé.

La tuberculose peut être causée par différents germes :

- *Mycobacterium tuberculosis* (bacille de Koch, le plus fréquent) ;
- *Mycobacterium bovis* ;
- *Mycobacterium africanum* ;
- *Mycobacterium canetti* (se trouve essentiellement à Djibouti).
- *Mycobacterium microti* (infections supposées très rares) [6] [7]

Le test à la tuberculine (intradermoréaction) consiste à injecter sous la peau une dose de cette dernière et à visualiser la présence ou l'absence de réaction allergique (taille de la papule) après 48 à 72 h.

³¹ BERCHE, P, Une *histoire des microbes*, Paris, Eurotext, 2007, p.84

Ce test est cependant peu sensible, surtout chez le patient immunodéprimé, et peu spécifique (patient vacciné ou ayant été au contact d'autres mycobactéries).

La détermination des souches résistantes aux antituberculeux habituels est importante pour adapter le traitement. La mise en culture du germe identifié dans différents milieux enrichis en antibiotiques (antibiogramme) reste la méthode de référence mais peut demander plusieurs semaines avant de fournir une réponse. Des sondes génétiques permettant d'identifier directement les souches résistantes dans un délai très bref ont été mises au point avec une bonne sensibilité et une bonne spécificité.

3. Prévention

Vaccination par le BCG

Un premier vaccin fut expérimenté en 1886 par Vittorio Cavagnis tandis qu'à cette même époque Robert Koch tenta vainement de développer un sérum curatif basé sur la tuberculine³².

En 1902, à partir d'un bacille d'origine humaine atténué, Behring essaya un vaccin contre la tuberculose bovine : le bovovaccin. Behring proposa également, sans succès, la *tuberculase*. Toujours dans le domaine vétérinaire, Koch essaya le tauruman. Pour mémoire, il faut aussi citer le sérum de Marmorek (1904), le sérum de Maragliano, les sérums de Richet et Héricourt, ainsi que les tentatives peu honnêtes de Friedmann et de Spahlinger³³.

C'est en 1921, qu'Albert Calmette et Camille Guérin de l'Institut Pasteur de Lille essayent avec succès le premier vaccin contre la tuberculose sur lequel ils travaillaient depuis 1908 - qui était

³² GASPARON, D, *petite histoire des grandes épidémies*, Paris, PUF, 2008, p.34

³³ Idem, p.35

conçu pour être un vaccin vétérinaire -. Baptisé BCG (pour Bacille de Calmette et Guérin ou Bilié de Calmette et Guérin) ce vaccin issu d'une souche vivante atténuée de *Mycobacterium bovis* deviendra obligatoire en France en 1950.

L'efficacité de la vaccination par BCG se limite à la protection contre l'évolution mortelle de la tuberculose, particulièrement la méningite tuberculeuse et la maladie disséminée (miliaire). Le vaccin est plus efficace chez le nouveau-né et l'enfant que chez l'adulte .

Il ne permet donc pas d'empêcher la transmission de la maladie et d'enrayer l'épidémie mondiale. L'avenir est dans la recherche des gènes de virulence du bacille.

Signalons au passage qu'en regardant attentivement l'évolution de la régression de la tuberculose depuis le XIX^e siècle (fait constaté dans de nombreux pays), elle a régressé objectivement avant la découverte des antituberculeux, ou de la vaccination. Les épidémiologistes l'interprètent essentiellement par l'amélioration des conditions d'hygiène, des conditions nutritionnelles,...

3. Traitement

Le traitement est d'une durée de six mois pour une tuberculose pulmonaire à bacille de Koch sensible chez un patient immunocompétent, comprenant deux mois de quadrithérapie antibiotique (isoniazide, rifampicine, pyrazinamide et éthambutol), puis 4 mois de bithérapie (isoniazide et rifampicine). Le traitement prolongé est indispensable afin de guérir la maladie et éviter l'émergence de souches résistantes dont l'évolution est souvent beaucoup plus grave³⁴.

³⁴ GASPARON, D, op cit, p.38

La rifadine est un traitement qui peut être utilisé pour traiter la tuberculose osseuse.

L'isoniazide est utilisé généralement à la dose de 5 mg, en association avec trois autres antibiotiques. Isoniazide inhibe la multiplication des bactéries responsables de la tuberculose. Ce médicament doit être administré à jeun.

Antibiorésistance : une large épidémie de cas de tuberculose résistante à ce médicament s'est déclarée à Londres de 1995 à 2006.

La rifampicine est utilisée habituellement à la dose de 10 mg/kg/jour, pendant une durée de 6 mois, pour le traitement de la tuberculose. Cet antibiotique est un fort inducteur enzymatique : il accélère la dégradation des autres médicaments, notamment les contraceptifs oraux. Les femmes sous contraceptifs sont donc invitées à revoir leur traitement à la hausse (après consultation du gynécologue), voire à passer à une contraception mécanique (préservatif...) pendant la durée du traitement. La rifampicine provoque une coloration orangée des urines. C'est un bon moyen d'objectiver l'observance du traitement.

La streptomycine (découverte par Waksman vers 1946) fut le premier antibiotique actif contre le bacille de Koch. Il est contre-indiqué chez la femme enceinte et doit impérativement être associé à d'autres antituberculeux (INH et PAS).

Par voie intramusculaire chez l'adulte : 15 à 25 mg par kg et par jour. Par voie intrarachidienne : Pour l'adulte, vingt cinq à cent milligrammes par jour, pour un enfant, vingt à quarante milligrammes par kilogramme et par jour en 2 ou 4 injections. Surveillance du traitement : Les fonctions auditives et rénales devront être surveillées régulièrement.

L'éthambutol est utilisable chez la femme enceinte. Elle doit être utilisée le matin à jeun en une seule prise, quinze à vingt milligrammes par kilogramme. Ne pas dépasser vingt cinq milligrammes par kilogramme par 24 h sans dépasser 60 jours, puis réduire à quinze milligrammes par kilogramme et par jour. Surveillance par un fond d'œil et un examen de la vision des couleurs mensuels.

CHAPITRE II : LES ELEMENTS DU CONTEXTE

Ce chapitre va porter sur une brève présentation des différentes structures qui luttent contre la tuberculose en Rdc et il va évoquer ensuite la situation épidémiologique au Congo. Il est divisé en deux sections, la première porte sur la situation épidémiologique au pays et la seconde présente les différentes structures qui luttent contre la tuberculose.

Section 1 Situation épidémiologique de la tuberculose au Congo et à Kinshasa.

La tuberculose est un problème de santé publique important. Le nombre de cas ne cesse d'augmenter chaque année. Parmi les facteurs qui contribuent à la transmission de la tuberculose, il y a la pandémie du VIH/Sida, la guerre avec ses problèmes connexes, la pauvreté et l'étroitesse de contacts (promiscuité), la rapidité du courant d'air, l'état immunologique (l'alcoolisme, la rougeole, le diabète, le tabagisme,...).

Le Congo est de ce fait le 4^{ème} pays en Afrique et le 11^{ème} dans le monde le plus atteint et le plus touché par la tuberculose³⁵.

Dans cette section, nous décrivons en premier lieu les facteurs qui augmentent le taux de contamination de la tuberculose au Congo, et en deuxième lieu nous allons décrire à travers un tableau et UN graphique, la prévalence des nouveaux cas dépistés selon les tranches d'âge et de sexe.

³⁵ Dépliant, Présentation, Pnlt, Kinshasa, Pnlt, 2013, p.2

1.1. Les facteurs qui contribuent à l'augmentation de la tuberculose au Congo

Ces facteurs ci-dessous augmentent le taux de la tuberculose au Congo pour l'une ou l'autre cause :

1° Le VIH/Sida

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) a accéléré la progression de la tuberculose. En lésant le système immunitaire, le VIH raccourcit de façon spectaculaire le temps écoulé pour qu'un sujet infecté par la tuberculose et VIH passe de la tuberculose infection à la tuberculose-maladie. Les deux endémies forment une association mortelle, chacun aggravant les conséquences de l'autre.³⁶

Ainsi, le VIH affaiblit le système immunitaire qui protège l'organisme contre la tuberculose de sorte que le sujet séropositif celui qui court le risque de contracter la tuberculose infection. Brièvement, une personne séropositive infectée par la tuberculose, finira tôt au tard par contracter la tuberculose maladie.

En 1999 la tuberculose était associée dans 35% des cas de Sida.

Au Congo, le nombre des personnes atteintes du VIH/Sida, augmente aussi le nombre des malades tuberculeux.

2° Les mouvements de population

Avec la guerre que connaît le Congo, le nombre de réfugiés et personnes déplacées augmente au jour le jour. En l'absence d'un bon traitement, la tuberculose se propage rapidement dans les camps des réfugiés surpeuplés, et il est toujours difficile de soigner les groupes qui se déplacent.

³⁶ Document, *Le défi de la tuberculose*, Kinshasa, fondation Damien 1995, p.5

Lorsque l'infection est mal soignée, elle se propage facilement et rapidement dans des zones surpeuplées.

Les camps de réfugiés, les tentes et les abris fonctionnent pratiquement comme des incubateurs dans lesquels des résidents temporaires contractent l'infection ; lorsqu'ils regagnent leur communauté et ils y transportent les germes. Les réfugiés porteurs d'une tuberculose peuvent propager l'infection en se déplaçant.

Beaucoup de réfugiés venant de différentes contrées sont malades de la tuberculose. Dans les camps réfugiés, des agents de santé mal informés sur les moyens de traiter efficacement la maladie peuvent faire beaucoup de mal. Leurs interventions bien intentionnées, mais maladroites, peuvent contribuer à l'apparition et à la propagation de formes de tuberculose à bacilles multi résistants.

3°Autres facteurs qui facilitent la propagation de la tuberculose :

- L'Étroitesse de contact (promiscuité) et la rapidité du courant d'air. Bon nombre de tuberculeux au Congo ont été contaminés par le bacille tuberculeux se propageant par voie aérienne. Lorsqu'ils ont été en contact direct avec un des malades de la tuberculose pulmonaire à microscopie positive et lorsqu'ils toussent, éternuent, parlent ou crachent, ces personnes infectées projettent dans l'air les germes de la maladie, appelés bacilles koch (BK). Il suffit donc d'inhaler quelques bacilles tuberculeux pour être infecté. Sans traitement, un malade contagieux l'est pendant au moins deux ans. Il contamine 5 à 10 personnes par an et approximativement 10 à 20 sujets auront été infectés ou surinfectés, dans l'entourage de chaque contagieux, pendant sa vie de contagieux.
- La malnutrition est aussi l'un des facteurs qui exposent un sujet à la maladie. Au Congo, les personnes qui sont mal nourries sont facilement contaminées par les bacilles tuberculeux d'un tuberculeux contagieux. Un organisme qui n'est pas bien

nourri, a moins de chances de résister aux microbes lorsqu'il rencontre des BK surtout lorsqu'il souffre de malnutrition en protéines.

- Il en est de même pour ceux qui consomment en grande quantité l'alcool et le tabac, ils sont plus exposés à la maladie, car l'alcool et le tabac détruisent l'organisme de l'intérieur et lorsqu'ils consomment en grande quantité sans pour autant se nourrir des aliments consistants, riche en protéines, ou en vitamines, la tuberculose se développe très vite dans un tel organisme, et l'on devient en ce moment un sujet de contamination.
- Chez les enfants de 0-14 ans, ceux qui souffrent de la rougeole, sont les plus contaminés par la tuberculose. Le bacille tuberculeux affaiblit le système immunitaire de l'enfant qui le protège contre toute infection. Même ceux qui souffrent de malnutrition ou de sous-alimentation, surtout les enfants atteints de kwashiorkor, des troubles nutritionnels, de gravité moyenne.

Tous ces facteurs cités favorisent d'une manière ou d'une autre la propagation de la maladie au Congo. Nous ne nous sommes pas seulement limités ces facteurs épidémiologiques de la tuberculose au Congo, nous allons également présenter les structures qui militent dans la lutte contre cette maladie.

Section 2 : Les structures chargées de la lutte contre la tuberculose au Congo

Nous allons nous intéresser dans cette partie, à trois organes qui luttent contre la tuberculose à savoir : le Bureau National de Tuberculose (BNT), le Programme National de la Lutte contre la Tuberculose (PNLT) ainsi que la Ligue Nationale Antituberculeuse et Anti lépreux du Congo (LNAC).

Dans le cadre de notre étude nous allons nous intéresser à la politique de communication mise place par le programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT).

2.1. Bureau National de la tuberculose

Créé en 1971 à la suite du colloque national de Kinshasa, le BNT est une structure spécialisée du ministère de la santé qui fait partie de la direction d'épidémiologie, des endémies et médecines préventives. Il est chargé au niveau intermédiaire d'assurer des formations des acteurs du programme et est responsable de la surveillance épidémiologique du programme. Enfin il dispose pour le contrôle du réseau, des laboratoires, de microscope, et d'un laboratoire de référence (LNR)³⁷.

2.2. Le Programme National de lutte contre la Tuberculose

Le Programme national de la lutte contre la tuberculose (PNT) est une structure étatique rattachée au ministère de la Santé publique. Ce programme exécute des projets dans le domaine de la lutte contre la morbidité et de la mortalité de la tuberculose à l'aide de ces 23 représentations implantées à travers le pays depuis 1971. La lutte contre la tuberculose trouve son origine avec la création du Fonds Reine Elisabeth pour l'assistance médicale aux indigènes (FOREAMI) en 1931. Cette structure avait pour priorité le dépistage et le traitement de la tuberculose, essentiellement dans les formations médico-sanitaires des villes.

En 1935, une campagne de vaccination au BCG a été organisée à Léopoldville (Kinshasa), suivie de la tenue d'un colloque national sur la tuberculose à Kinshasa en 1958 et de la campagne

³⁷ Dépliant, op cit, p.2

d'éradication de la variole et d'immunisation contre la tuberculose pour les sujets âgés de moins de 15 ans.

En 1981, le ministère de la santé publique prend l'option d'intégrer les activités de lutte contre la tuberculose dans les soins de santé primaires. On note l'élaboration et la publication de premières directives techniques du programme ; ces directives sont nommées Programme Antituberculeux Intégré (PATI I)³⁸.

2.2.1. But du PLNT :

Le but poursuivi par le programme est de diminuer la morbidité due à la tuberculose en contrôlant cette maladie.

Le PNLT a adopté la stratégie « DOTS » de l'OMS en 1994 et applique les principes constitutifs suivants :

- La base du diagnostic et le suivi des malades sous traitement se fait sur base de la microscopie. Le réseau de microscopie est contrôlé régulièrement,
- Le PNLT a adopté un schéma court de 8 mois. La prise des médicaments se fait sous observation directe du personnel de santé les deux premiers mois de traitement,
- Un système d'information simple et standardisé a été mis en place.
- Les activités de lutte contre la tuberculose doivent être intégrées au niveau des centres de santé. Le PNLT s'appuie sur les activités de soutien que sont la formation et la supervision régulière.

Ainsi, pour faciliter la lutte contre la tuberculose de façon efficace, un plan de développement de lutte a été élaboré et qui

³⁸ Plan directeur de développement du PLNT, Octobre, 2001, p.23

couvre une période de 5 ans allant de 2010-2015. Ce plan poursuit les objectifs suivants :

- L'objectif général de cette initiative est d'étendre la stratégie « DOTS » (la prise des médicaments sous observation directe du personnel de santé les deux premiers mois de traitement) dans toutes les zones de santé d'ici l'an 2015.
- Les objectifs spécifiques ci-dessous devront être atteints d'ici l'an 2015³⁹ :
 - Augmenter à 90% la couverture du programme,
 - Accroître à 70% la détection de cas contagieux,
 - Augmenter le taux de guérison à 85% pour les nouveaux cas à microscopie positive.

Les principales activités à mener sont essentiellement la découverte des cas, la mise des maladies sous traitement (DOTS), la supervision et la formation du personnel du programme. Pour mener à bien ces activités, des ressources supplémentaires doivent être mobilisée.

Après avoir décrit les stratégies de lutte antituberculeuse arrêtées au Congo, particulièrement par le PNLT, nous ne pouvons clore cette partie sans pour autant parler la stratégie DOTS qui constitue le secret de la guérison non seulement au Congo, mais partout ailleurs, où la tuberculose fait des ravages.

2.2.2. La stratégie « DOTS »

1. Définition des DOTS

DOTS est une stratégie qui consiste à donner aux malades les médicaments les plus efficaces, à s'assurer qu'ils les prennent régulièrement et à suivre leurs progrès jusqu'à la guérison. Cette

³⁹ Plan directeur, op cit, p.25

stratégie repose sur une combinaison de médicaments antituberculeux, soit l'isoniazide, la rifampicine, la pyrazinamide, l'éthambutol (ou la streptomycine)⁴⁰.

Ce schéma thérapeutique standardisé, appelé chimiothérapie courte, est efficace à presque 100% lorsqu'il est administré correctement. Ces médicaments portent un coup décisif à la maladie dans les meilleures conditions de sécurité possibles et dans le laps de temps le plus court.

Cette stratégie thérapeutique comporte aussi un système rigoureux d'évaluation et de surveillance qui permet de suivre les progrès des malades dont on examine les expectorations au microscope à la recherche des bactéries de la tuberculose. Enfin un système de dossiers et des fiches aide les agents de santé et les responsables des programmes antituberculeux à suivre les malades jusqu'à la guérison.

Et pour réussir le « DOTS » trois types d'acteurs sont impliqués : le malade, le personnel du centre de santé et la communauté.

- Le malade est admis à cette stratégie pour être guéri complètement. Au cours de cette adhésion, il reçoit de plus amples informations pour continuer à prendre ses médicaments.
- Le personnel du centre de santé doit en premier lieu respecter la qualité des soins ensuite bien accueillir ceux qui sont malades pendant les deux premiers mois de leur prise des médicaments. Le personnel soignant doit être bien formé pour ne pas induire le malade en erreur.
- La communauté doit accompagner et encourager ceux qui sont malade (par communauté on sous-entend les proches, les

⁴⁰ Plan directeur, op cit, p.25

parents, les amis, la famille, les médecins) à respecter minutieusement cette stratégie thérapeutique.

Les médecins doivent apporter l'information à ceux qui ne sont pas encore contaminés ou à ceux qui n'ont pas encore développé la maladie dans leur organisme.

1. Avantages de la stratégie « DOTS »

- La guérison de chaque patient contagieux contribue à diminuer le risque d'infection pour la population tout entière,
- Le « DOTS » pourrait entraîner la guérison complète de neuf patients sur dix ayant mené leur traitement à son terme .
- Il permet de guérir 95% des malades même dans les pays les plus pauvres.
- Freine la transmission et empêche l'apparition des souches multiresistantes.
- Permet d'allonger de plusieurs années la vie des séropositifs pour le VIH, elle est aussi efficace pour ces patients que pour les séronégatifs.

La clef du succès est la surveillance ; si le malade ne suit pas son traitement jusqu'au bout ou oublie parfois de prendre ses médicaments, il risque de ne jamais guérir. S'il prend régulièrement les médicaments pendant la durée prescrite, la guérison intervient presque toujours.

Si l'OMS atteint son objectif, qui est de dépister 70% des cas de tuberculose et d'en guérir 85% d'ici 2011 ; 1/4 de cas de

tuberculose et ¼ des décès liés à cette maladie pourront être évités⁴¹.

Tous ces objectifs et stratégies répondent de manière satisfaisante aux préoccupations de nos recherches en rapport avec le problème étudié.

Si en théorie des réponses sont trouvées, qu'en est-il de la stratégie de communication mise en place par la LNAC dans la lutte contre la tuberculose ? C'est ce qui fera l'essentiel de la deuxième section du troisième chapitre de ce travail.

Nous allons cette fois-ci parler de l'ONG LNAC.

2.3. La LNAC et les stratégies de communication dans la lutte contre la tuberculose au Congo.

Chaque institution a sa façon de procéder pour se faire connaître et atteindre certains objectifs.

Ainsi, dans cette deuxième section nous allons en premier lieu présenter la LNAC avant d'analyser la stratégie de communication (application empirique) de la dite association.

2.3.1. Origine de la LNAC

L'association sans but lucratif, ligue Nationale Antituberculeuse et Antilépreuse du Congo (LNAC) a son siège à Kinshasa, dans la commune de Lingwala, sur l'avenue KABINDA en face de la Cité de la Voix du Peuple (RTNC).

⁴¹ KLAUDT,K, *Sensibilisation à la tuberculose*, Genève, OMS, 1999, p.6

Hormis la ville de Kinshasa, son rayon d'action s'étend également dans les deux Kasai.

La LNAC a été créée en 1963 à Kinshasa, elle jouit de la personnalité juridique depuis sa création, à l'initiative des docteurs Théo DARRAS et Simon MBETE ainsi que quelques autres bénévoles, l'organisation se nommait « ligue nationale Antituberculeuse du Congo ».

En plus de l'ordonnance présidentielle précitée, la LNAC fonctionne grâce à deux arrêtés ministériels :

1. L'arrêté ministériel n°189/68 du 27/9/1968 approuvant les statuts et la nomination des personnes chargées de l'administration ou de la direction de l'association sans but lucratif dénommée « Ligue Nationale Antituberculeuse ».
2. L'arrêté n°042/CAB/ MIN/AFF.SO/97 portant agrément d'une association sans but lucratif dénommée « Ligue Nationale Antituberculeuse du Zaïre ».

Actuellement, la LNAC attend un autre arrêté du Ministère de la justice, garde des sceaux.

La LNAC a débuté ses activités en 1980 ses objectifs :

- Assurer l'appui technique et financier aux programmes nationaux de lutte contre la tuberculose ;
- Renforcer sur le terrain la lutte contre la sous information de la population en ce qui concerne la tuberculose (grand public, milieux étudiants, quartier, association féminine)
- Aider à la prise en charge des malades tuberculeux nécessiteux incapables de se faire soigner dans les centres de santé, les hôpitaux et les prisons ;
- Entreprendre ou soutenir toute autre action de nature à faire connaître davantage la ligue et à contribuer à son épanouissement.

- Favoriser la prophylaxie, à un programme d'éducation, d'information par les médias (radio, télévision, presse écrite).
- Susciter les ressources matérielles et financières nécessaires en vue d'atteindre tous ces objectifs.
- Susciter de nouveaux comportements sociaux face à la tuberculose, maladie encore tabou au Congo.

2.3.2. Activités

La LNAC a toujours apporté son appui au BNT, a cofinancé la construction des locaux abritant les bureaux du BNT. Ainsi depuis 1980, elle a assuré les financements des différents séminaires ayant débouché sur l'élaboration ou la mise à jour des directives nationales de la brochure du PATI 1, 2 et 3 (programme Antituberculeux Intégré). Actuellement, la LNAC utilise le PATI 3.

Organisation en 1983 d'une tombola nationale pour amorcer un autofinancement.

Avant la mise en œuvre du projet appelé « KIN-UE » (Kinshasa union européenne), de la fondation damien, c'est la LNAC qui a assuré seule de 1990 à 1995, l'approvisionnement de la ville de Kinshasa en antituberculeux, notamment pour les réseaux :

1. Catholique (BDOM),
 2. Salutiste (BMAS),
 3. Protestant (ECC),
 4. Kimbanguiste et autres.
- Organisation d'une journée d'éducation sanitaire et d'information. Financement des séances de travail du comité scientifique pour la réactualisation des directives du programme national de la tuberculose,

- La LNAC assurait aussi l'approvisionnement de certaines structures situées dans le Bas Congo, le Bandundu, et au Kasai en rupture de stock ou difficultés,
- Grâce à son expérience en matière de distribution des antituberculeux à Kinshasa, il a été nécessaire et utile que la LNAC et le projet KIN-UE collaborent en vue d'assurer la continuité et de participer à la réussite du nouveau projet à Kinshasa,
- En 1996, la LNAC a mis en place une coordination tuberculose pour les dispensaires privés et des entreprises et assure la formation des médecins et infirmiers de ce secteur en vue de les conformer aussi aux directives du PATI ;
- Elle a assuré à deux reprises la distribution d'une aide humanitaire et médicale belge, l'une à Kinshasa, l'autre au Kasai ;
- Elle a participé depuis plusieurs années au financement des journées mondiales de tuberculose ;
- De 1997 à 1999, la LNAC avec le financement de l'Union européenne dans le cadre du PETS I, a mis en œuvre le projet de lutte contre la tuberculose dans les deux Kasai
- A partir d'octobre 2000, toujours avec le financement de l'union européenne, dans le cadre du PATS II, mise en œuvre pour deux ans du deuxième projet Kasai.

2.2.3. Perspectives

La LNAC est déjà fonctionnelle à Kinshasa et dans les deux Kasai et compte étendre ses activités dans d'autres provinces de la RDC, notamment au Maniema, dont un projet avait été élaboré mais depuis en veilleuse à cause de la guerre. Elle compte installer bientôt une antenne ligue à Matadi et plus tard dans d'autres chefs-lieux de province.

CHAPITRE III : RESULTATS DE L'ETUDE

Dans ce chapitre nous allons présenter les résultats de notre entretien réalisé au sein du Programme National de lutte contre la tuberculose. Il est divisé en trois sections, la première porte sur le protocole méthodologique, la deuxième sur les résultats de l'entretien et la dernière sur l'interprétation.

Section 1 : Protocole méthodologique

Notre sujet de recherche porte sur la politique de communication du programme national de lutte contre la tuberculose.

Pour mener cette étude, nous avons posé notre question de recherche de la manière suivante : quelle est la politique de communication du Pnlt ?

A cette question, nous répondons à titre d'hypothèse qu'une organisation, dans le cadre d'une campagne sociale, devrait envisager une politique de communication qui tient compte de sa cible.

Pour mener cette étude nous avons utilisé la technique d'entretien.

Compte tenu des objectifs poursuivis, l'idée de départ était de nous entretenir avec un responsable chargé de communication et sensibilisation. Vu l'indisponibilité du responsable chargé de communication et sensibilisation, nous n'avons pu échanger qu'avec le secrétaire général chargé de Charroi et automobile le docteur Kimfuta Jean qui nous a fourni les éléments de réponses à nos interrogations dans cette recherche.

Pour mener à bien cette étude nous avons utilisé les méthodes descriptive et analytique et recueilli les données sur terrain ; nous avons opté pour l'entretien et la documentation.

Les questions posées sont axées essentiellement sur les différents moyens utilisés dans le cadre de la politique de communication des programmes de lutte contre la tuberculose. Voici ci-dessous les différents thèmes autour desquels se sont articulés nos entretiens : champ de communication, rôle de ce service, public cible, objectif de la communication, messages, les moyens de communication utilisés pour sensibiliser le public cible, et les supports utilisés.

Section 2 : Résultats de l'entretien

Dans cette section nous allons reprendre les thèmes sur base desquels nous avons eu des entretiens avec le docteur chargé de Charroi automobile. Nous allons ensuite présenter les résultats obtenus.

2.1. Champ de communication au sein du Pnlit

La communication d'un programme du gouvernement dans le secteur de la santé publique a pour but et recouvre un ensemble de structures et de procédures suivantes :

- Lui permet de se situer et de se positionner dans son environnement ;
- A pour fonction l'émission, l'écoute et l'échange de message ;
- Vise à adopter le projet de l'organisation, ses produits ou ses procédures aux contraintes, opportunités émanant de son environnement et vise le changement des comportements;

- A pour objet d'influencer les représentations et comportements des interlocuteurs.

Cette communication pratiquée par ce programme est dite institutionnelle, elle est constituée par :

- Les relations politiques créées dans le but d'entretenir et faciliter les contacts avec les communautés ciblées,
- La communication visuelle construit l'identité visuelle de l'organisation, elle agence un certain nombre de signes en vue de créer un style propre et reconnaissable ;

2.2. Pratique de la communication

Toutes les activités ayant trait à la sensibilisation sont gérées par un service de communication et mobilisation. C'est ce service qui s'occupe de la sensibilisation du public dans les différentes campagnes de santé publique organisées dans la capitale.

Ce service est dirigé par un chef de communication et il travaille en collaboration avec le ministère dans l'élaboration du plan national de la santé publique et de la campagne sur la lutte contre la tuberculose.

Le service de communication du Pnlt a pour mission entre autres ; la sensibilisation du public lors des journées des campagnes et la mobilisation lors des rencontres importantes, exemple lors de la journée mondiale de lutte contre la tuberculose. Ils organisent des réunions pour étudier comment un message ou une information peut être transmise aux publics cibles.

2.3. Objectifs et missions

2.3.1. Objectifs

- Préparer les entretiens et les rencontres entre public interne et externe selon la population ciblée et la campagne à organiser ;
- Maintenir les contacts permanents avec les personnes malades dans différents centres par l'entremise des chefs de centres et des zones de santé pour connaître l'évolution des malades;
- Organiser des réunions et étudier le message à transmettre selon les cibles.

2.3.2. Missions

- Informer les familles et les personnes malades sur les conséquences de la maladie dans la société en générale et dans leur vie commune en particulier ;
- Informer les familles sur le bien être de l'assistance familiale dont les personnes malades ont besoin pour leur épanouissement.

2.4. Les moyens et actions de communication

Avant de parler des moyens et ses actions de communication, nous allons tout d'abord parler des types de communication pratiqués par le Pnlt.

2.4.1. Types de communication

Au sein du Pnlt, les types de communication souvent exploités sont :

2.4.1.1. La communication interpersonnelle

La communication interpersonnelle se passe dans le même lieu, elle n'utilise guère que les canaux naturels dont on dispose la bouche, l'oreille.

Cette communication est pratiquée lors des différents entretiens.

Tableau 1 communication interpersonnelle

Activités	Dates	Acteurs	Objectifs
Journée de sensibilisation sur la tuberculose	24 mars 2013	Personnel soignant	Faire connaître la place de personnel soignant dans la lutte contre la tuberculose
Causerie éduactive	28 mars 2013	Personnel soignant, le personnel du programme	La participation de tous dans la campagne de lutte contre la tuberculose
Discussion de groupes	15 avril 2013	Personnel soignant dans des centres de santé et zones de santé	Faire connaître au public cible sa place dans la réduction du taux de personnes atteintes.

Evaluations et critiques

Pour la communication interpersonnelle nous relevons les avantages et inconvénients ci-après:

- Avantages : une communication de courte durée; elle est interactive et une évaluation facile du message vis-à-vis de la cible. Cette communication porte sur un thème spécifique.
- Inconvénients : La communication interpersonnelle ne s'adapte pas au grand groupe, Elle demande beaucoup de préparation, maîtrise de la langue locale nécessaire, connaissance socioculturelle du milieu importante, exige une connaissance de la technique de causerie (surtout pour ceux qui seront chargés de répercuter les messages vers la cible).
- Utilisation : la communication nécessite une bonne préparation du lieu de causerie, endroit : loin des bruits et aéré, disposition des chaises et des tables sous forme de demi-cercle pour faciliter l'entretien.

Pour la discussion du groupe nous avons relevé ce qui suit :

- Avantages : Etablissement d'une conscience de groupe, les membres du groupe peuvent comprendre la position de chacun ou de chacune face à la question discutée, permet d'échanger les opinions et renforce la tolérance et la compréhension dans le cadre d'une campagne donnée.
- Inconvénients : Certains membres risquent de dominer. Parfois il est difficile de contrôler ou de rester centré sur la question principale, demande des animateurs ou des animatrices.
- Utilisation : Doit être utilisé avec un public intéressé pour parler d'un problème bien défini ; devrait toujours être informelle et souple. A la fin de la discussion, il faudrait récapituler ; ce sont les membres du groupe qui devraient décider de la position qu'ils veulent prendre face à la question.

Toujours pour la communication interpersonnelle nous avons relevé également les entretiens effectués par les membres du PNLT dans certaines zones de santé et centres de santé.

Visite dans des centres et zones de santé :

- Avantages : celle-ci permet l'établissement de bonnes relations personnelles entre les agents de terrain et les groupes concernés ; peut fournir des informations sur les familles ne pouvant pas être obtenues autrement ; encourage les groupes cibles à participer aux fonctions publiques, aux activités de groupe.
- Inconvénients : Généralement, l'agent de terrain ne peut pas rendre visite à chaque membre de la communauté, seules les communautés situées aux endroits accessibles peuvent être visitées ; requiert une bonne préparation.
- Utilisation : Il est nécessaire d'établir une fiche de visite de centre ; il faut garder des dossiers des centres et zones visités ; il faut établir un calendrier des visites à domicile pour prévoir du temps pour le travail de terrain ; il faut distribuer de la documentation aux communautés visitées ; l'intervenant ou l'intervenante doit être discret et correct.

Autre chose facilite la bonne sensibilisation du public dans la communication interpersonnelle c'est l'utilisation par le Pnlt de démonstration avec un petit groupe dans un centre de santé cible.

- Avantages : Les participants peuvent être actifs; Le public est convaincu que les choses peuvent être faites facilement ; faire confiance aux capacités de l'agent de terrain ; le matériel est adapté et connu du public cible ; évaluation des connaissances facile à faire ; groupe restreint (quinze personne max) ; se dérouler dans un endroit bien choisi et adapté.
- Inconvénients : Demande une préparation et un bon choix du thème les facteurs externes peuvent influencer les résultats de

la démonstration et par conséquent la confiance qu'on a en l'agent de terrain ; mobilise les ressources spécifiques.

- Utilisation : Il faut répéter à l'avance la démonstration ; le public cible devrait participer à la démonstration ; le matériel éducatif devrait être distribué aux participants à la fin de la démonstration.

A en croire le chargé de communication du Pnlt, le programme utilise ensuite l'entretien individuel (counseling) surtout avec les personnes malades et leurs familles selon les communautés cible.

2.4.1.2. La communication de masse

Pour la communication de masse, nous avons constaté que le Pnlt organise les journées de sensibilisation à travers la télévision, la radio,...

Ces journées visent à faire connaître au public l'importance des ces genres d'activités.

Activités	Dates	Acteurs	Objectifs
Sensibilisations des communautés sur la tuberculose	28 mars	Personnel du PNLT et public cible	Conséquences de la maladie
Sensibilisation sur le dépistage de la maladie	4 avril	Personnel du PNLT et public cible	Conséquences de la maladie
Participation du public	25 mai	Personnel du PNLT et public cible	Conséquences de la maladie.

Evaluations et critiques

Il s'agit de cerner l'ensemble des problèmes qui se posent à la communauté ou à un auditoire cible et procéder à la sélection du problème prioritaire. Celle-ci facilite la sélection des comportements souhaités à partir des problèmes identifiés auprès des groupes cibles et surtout permet de connaître la réaction du public et la manière d'orienter la campagne.

Permet ensuite à l'identification des auditoires cibles (primaires ou secondaires) que le programme se fixe de rejoindre. Ces groupes cibles doivent être bien segmentés pour permettre une sélection pertinente des messages à transmettre, des canaux et techniques d'animation.

Fait connaître également les messages à utiliser pour la conception, l'élaboration et le pré-test des produits et activités de la campagne de sensibilisation, messages qui tiennent compte des comportements et attitudes souhaités et des arguments qui incitent au changement de comportement ; matériel de sensibilisation.

Nous allons à présent parler des moyens et actions de communication utilisés.

a. Moyens de communication

Outre ces types de communication, le Pnlt utilise d'autres supports écrits. Ces supports de communication permettent à ce programme de faire imprimer et de publier les nouvelles, les articles et les informations en rapport avec les activités organisés.

Les brochures par exemple, contiennent des informations la tuberculose, et des dispositions pour s'en protéger.

En dehors de ces brochures, nous avons remarqué la présence de ces documents :

- Dépliants de l'organisation : ils sont distribués par milliers. L'objectif est de renseigner le public sur les actions entreprises par le Pnlt, depuis son existence jusqu'à nos jours ; et de répondre, de façon très brève, les informations les plus récentes en rapport avec la tuberculose ;
- Autocollants : certains autocollants trouvés sur place véhiculent les messages de lutte contre la tuberculose et de sensibilisation avec les messages suivants : « *Je tousse depuis 15 jours je veux vite dans un centre de santé proche de la maison* »

- Affiches : autrement dit « Banderoles » et panneaux publicitaires qui représentent les outils classiques de communication, sous forme traditionnelle de papier ou d'affiches lumineuses. Elles permettent au Pnlt de placer ses logos et ses différents messages inscrits selon le besoin.

Ces panneaux ont été plantés à travers la ville de Kinshasa dans les endroits suivants : Place Kingabwa Uzam sur l'avenue Poids Lourds, Place Pont Matete, Place Ndjili Saint Thèrese, Kabinda, Pascal,... dans le but de faire passer les messages de sensibilisation.

b. Les actions de communication

Dans le cadre de sensibilisation dans la lutte contre la tuberculose, les actions de communication suivantes ont été organisées par ce programme :

- Les séminaires de formation :

Les journées et campagnes de sensibilisation, les conférences-débat et des interventions, les journaux, la radio et les infos télévisées. Par exemple pendant la coupe d'Afrique des Nations de football organisée cette année, le personnel du PNLT passé souvent à la télévision nationale pour expliquer au public les conséquences de la maladie.

Le but poursuivi par le Pnlt est d'améliorer les conditions de vie des populations.

La formation et l'information de la population, surtout organisés en groupe famille des personnes malades, font partie de leurs stratégies.

Ainsi, le PNLT opère avec des formations des clubs sida ou d'autres associations de lutte contre le sida, dans le but de parler et

de sensibiliser la cible sur terrain dans le contexte du Sida et tuberculose.

Ces actions sont renforcées par des campagnes : campagne de sensibilisation sur la tuberculose et ses conséquences.

Le résultat attendu est d'informer toute la communauté, plus particulièrement leurs cibles qui sont les familles des personnes malades sur les conséquences de la tuberculose et les différentes réalisations du Pnlt dans la lutte contre cette maladie.

Autre fait, on recourt seulement aux entretiens avec le public qui cherche à connaître l'information.

A part ces stratégies décrites ci-haut, il y a lieu de souligner que les membres du Pnlt appliquent également la stratégie l'I.E.C et le counselling.

La stratégie l'I.E.C signifie : « l'information, éducation et communication » elle vise à donner à la cible des informations de manière à changer son comportement. L'objectif est :

- D'informer la population sur la tuberculose,
- De faire comprendre à la personne que la tuberculose est une maladie qui peut être soignée ;
- D'assurer une bonne éducation de la population pour obtenir à terme un changement de comportement en faveur de dépistage de la maladie ;

Dans le cadre du counselling, les patients sont informés dans la salle d'attente de la possibilité d'effectuer un test de dépistage volontaire et gratuit, ceux qui le désirent, devront d'abord bénéficier d'une counselling pré-test pratique par un membre du programme.

- **Les messages :**

Les messages exploités sur les thèmes :

- La justification de la campagne de sensibilisation sur les conséquences de la tuberculose,
- Pourquoi informer le public sur la tuberculose,
- Les cibles de la campagne, l'importance et la place de la famille ;
- Les moyens de prévention de la maladie.

- **Les canaux :**

Ces différentes cibles seront atteintes en priorité par les canaux de communication interpersonnelle .Ici l'accent sera mis :

- a. Les mobilisateurs, les animateurs socioculturelles,
- b. Les autorités politico-administratives à tous les niveaux,
- c. Les leaders communautaires : dans des quartiers, communes
- d. Les agents de santé
- e. Les autres réseaux sociocommunautaires,
- f. Les parents
- g. Les militaires.

- Les autres voies de communication utilisées sont les suivantes :
Le Pnlt utilise également d'autres voies que les entretiens pour sensibiliser le public. C'est le cas du théâtre, le Pnlt lors des campagnes de sensibilisation travail en collaboration avec quelques

stars des troupes théâtrale, de la capitale dans le but d'informer le public de sa vision.

Ces troupes qui sont des collaborateurs de PnlT, se rendent chaque fois ou selon le besoin, dans les milieux ambiants, tels que les marchés, les ports, les bars, les centres de santé, pour transmettre les messages de sensibilisation de la lutte contre la tuberculose. C'est à travers des spectacles de rue que les troupes transmettent des messages et des informations.

L'objectif pour le PNLT à travers ces différents supports de communication est d'expliquer au public cible que le traitement de la tuberculose est gratuit et ensuite expliquer les conséquences qui en découlent en cas de la non fréquentation d'un centre de santé et ceci se fait grâce à la mise en oeuvre des techniques d'informations, d'éducation et de communication.

Section 3 : interprétation et analyse

Après analyse des données ci-haut nous disons :

Le PNLT a deux types de cibles de la communication, celle orientée vers un public cible bien déterminé, ici, il s'agit de la communication interne, orientée vers son public interne c'est-à-dire le personnel et la communication externe qui est celle orientée vers le public externe (les personnes malades et la communauté en générale).

« *Stop tuberculose. Traitement gratuit* »

Les affiches portent un texte ou une représentation graphique, qui sont destinés à informer les publics avec les messages suivants : « *Stop tuberculose. Traitement gratuit* ». Ils sont très efficaces, car les dessins sont tout aussi informatifs que les écrits.

Après toutes les procédures, pour une meilleure compréhension ou un rappel on met des affiches partout.

Nous dirons dans l'ensemble que le Pnlt s'efforce de faire connaître au public les conséquences de la tuberculose à travers les différentes manifestations organisées dans la capitale congolaise.

CONCLUSION

Notre travail a porté sur la politique de communication du programme national de lutte contre la tuberculose.

Pour mener cette étude, nous avons posé la question de recherche de la manière suivante : quelle est la politique de communication du Pnlt ? Nous avons répondu à titre d'hypothèse qu'une organisation dans le cadre d'une campagne sociale devrait envisager une politique de communication qui tient compte de sa cible.

Pour vérifier notre hypothèse nous nous sommes entretenus avec les chargés de communication de Pnlt, après entretien, nous sommes arrivés à la conclusion selon laquelle, le Pnlt recourt aux moyens de communications verbales et non verbales dans le but d'informer le public sur les conséquences et le traitement de la tuberculose.

Notre étude est subdivisée en trois chapitres, le tout premier porte sur le cadre conceptuel, le deuxième a présenté les éléments de contexte, le troisième a porté sur les résultats de l'étude.

BIBLIOGRAPHIE

I. Ouvrages

0. BATESON, G, *Information et codification in revue de psychologie social textes fondamentaux anglais et américains*, Paris, Dunod, 1968.
1. BERCHE, P, *Une histoire des microbes*, Paris, Eurotext, 2007.
2. BONNEVILLE, S, et les autres, *Introductions aux méthodes de recherche en communication*, Paris, Chanelière, 2000.
3. BOUGNOUX, D, *Science de l'information et de la communication*, Paris Larousse, 1995.
4. DOMINIQUE, B, et SYLVAIN, D, *Stratégie d'entreprise et communication*, Paris, Dunod, 1999.
5. GASPARON, D, *petite histoire des grandes épidémies*, Paris, PUF, 2008.
6. GRAWITZ, M, et LECA, J, *Traité des sciences politique*, Paris, PUF, 1999.
7. JULES, R, *Tuberculose*, Paris, Dunod, 2010.
8. KLAUDT, K, *Sensibilisation à la tuberculose*, Genève, OMS, 1999.
9. MAYSON, R, *communication dans l'entreprise et dans la vie*, Bruxelles et Boeck université, 1997.
10. MUKAMBA, K, *le Zaïre à la recherche du renouveau démocratique*, Bruxelles, 1993.
11. NARBONNE, A, *politique de communication*, Paris, PUF, 2000.
12. . NGOMBA, B, *La participation politique*, Kinshasa, IFP, 2005.
13. PIERRE, Z, *communication publique*, Paris, Que-sais-je ?, 1995.
14. ROLAND, H, *la chronique médicale*, Paris, 2010.

II. Encyclopédie

0. DIDIER, J, *Dictionnaire de la philosophie*, Paris, Larousse, 1964.
1. Robert Petit *dictionnaire de la langue Française*, Paris, Robert1, 1984.
2. Larousse, *le petit Larousse grand format*, éd Larousse, 2000.

III. Notes des cours

3. EKAMBO, J.C, *Nouveau médias et société*, cours inédit, Kinshasa, IFASIC, 2010.
4. LUNKUNKU, V, *Linguistique générale*, cours inédit, Kinshasa, IFASIC, 2006.
5. MAMBA, W, *Séminaire critique de la communication politique*, cours inédit, III^{ième} Cycle, Kinshasa, Ifasic, 2006.
6. MWANGILWA, L, *Etude comparée de politique de communication*, cours inédit, L2 JPE, Kinshasa, IFASIC, 2011.

IV. MEMOIRES et TFC

0. MUHOYA, M, *la politique de la communication de la communication de la commission européenne en RDC*, mémoire, Kinshasa, IFASIC, 2000.
1. MUNDEKA, M, *Analyse de la politique de communication de l'église orthodoxe de Kinshasa*, TFC inédit, Kinshasa, IFASIC, 2002.
2. MUTEBA, B, *la politique de communication au sein de la banque du Zaïre*, mémoire, Kinshasa, ISTI, 1985.
3. NGUSITADE, M, *la politique du comité international de la Croix-Rouge en RDC*, mémoire, Kinshasa, IFASIC, 2001.

V. Autres documents

4. Dépliant, *Présentation*, PNLT, Kinshasa, Pnlt, 2013.
5. Document, *le défi de la tuberculose*, Kinshasa, fondation Damien 1995.
6. Document, *sur les traces de la tuberculose. Critères diagnostiques des atteintes tuberculeuses*. Paris, OMS, 2010.
7. Plan directeur de développement du PNLT, Octobre, 2001.

TABLE DES MATIERES

DEDICACE.....	I
REMERCIEMENTS.....	II
INTRODUCTION	1
0.1. Problématique	1
0.2. Hypothèse.....	4
0.3. Intérêt du sujet.....	4
0.4. Méthodes et techniques	4
0.5. Délimitation du sujet	5
0.6. Division du travail	5
CHAPITRE I : CADRE CONCEPTUEL DE L'ETUDE.....	6
I.1. Politique de communication.....	6
I.1.1. Communication	6
2. Typologie.....	9
I.1.2. Politique	10
1. Définition.....	10
I.1.3. Politique de Communication	12
1. Définition.....	12
2. Les objectifs de la politique de communication	15
3. Voix techniques et moyens de la politique de communication	15
4. Plan de communication	16
I.2. Tuberculose	16
1. Définition.....	16
3. Signes de la maladie	18
4. Sortes	18
- Tuberculose pulmonaire.....	18
- Tuberculose extra pulmonaire	19
2. Diagnostic	21

3. Prévention	22
Vaccination par le BCG	22
3. Traitement.....	23
CHAPITRE II : LES ELEMENTS DU CONTEXTE.....	26
Section 1 Situation épidémiologique de la tuberculose au Congo et à Kinshasa.	26
1.1. Les facteurs qui contribuent à l'augmentation de la tuberculose au Congo	27
Section 2 : Les structures chargées de la lutte contre la tuberculose au Congo.....	29
2.1. Bureau National de la tuberculose	30
2.2. Le Programme National de lutte contre la Tuberculose.....	30
2.2.2. La stratégie « DOTS »	32
1. Définition des DOTS	32
1. Avantages de la stratégie « DOTS »	34
2.3. La LNAC et les stratégies de communication dans la lutte contre la tuberculose au Congo.	35
2.3.1. Origine de la LNAC	35
2.3.2. Activités.....	37
2.2.3. Perspectives	38
CHAPITRE III : RESULTATS DE L'ETUDE.....	39
Section 1 : Protocole méthodologique.....	39
Section 2 : Résultats de l'entretien	40
2.1. Champ de communication au sein du PnlT	40
2.2. Pratique de la communication.....	41
2.3. Objectifs et missions	42
2.3.1. Objectifs	42
2.3.2. Missions.....	42
2.4. Les moyens et actions de communication	42
2.4.1. Types de communication.....	42

2.4.1.1. La communication interpersonnelle.....	43
Evaluations et critiques	44
2.4.1.2. La communication de masse	46
Section 3 : interprétation et analyse	52
CONCLUSION	54
BIBLIOGRAPHIE.....	55
TABLE DES MATIERES	58