Int. j. adv. multidisc. res. stud. 2026; 6(6):473-479

Received: 22-09-2026
Accepted: 02-11-2026

International Journal of Advanced Multidisciplinary Research and Studies

ISSN: 2583-049X

Profil Sociodémographique, Clinique et Épidémiologique des Personnes Vivant Avec le VIH Présentant Une Coinfection Tuberculose à Mbujimayi, en République Démocratique du Congo: Données Hospitalières de L'hgr Dibindi

[1] Matendu Mukenge Marie, [2] Kamuanya Meta Vermeille, [3] Ciyoyi Kalambayi Rebecca, [4] Kabeya Ngeleka Joseph, [5] Kapinga Kabangu Hortence, [6] Ciamala Mukendi Paul, [7] Mbelu Kashala Justine

[1, 6] Filière Sciences Infirmières, Option Enseignement et Administration en Soins Infirmiers (EASI), Institut Supérieur des Techniques Médicales de Mbujimayi, Mbujimayi, République Démocratique du Congo

[2, 3] Filière Nutrition et Sciences Aliments, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo

[4, 5] Filière Santé Communautaire, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Mbujimayi, Mbujimayi, République Démocratique du Congo

[7] Filiére Gestion des Organisations de Santé, Province de Haut Lomami, République Démocratique du Congo

DOI: https://doi.org/10.62225/2583049X.2026.6.6.7150
Corresponding Author: **Matendu Mukenge Marie**

Abstract

Introduction: La tuberculose demeure une cause majeure de morbidité et de mortalité chez les personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). La mise à jour des connaissances sur la coinfection VIH/tuberculose est importante dans les pays à forte charge de tuberculose, dont la République démocratique du Congo (RDC).

Objectif: Décrire la proportion de coinfection VIH/tuberculose et examiner les facteurs associés chez les patients sous traitement antirétroviral suivis à l'Hôpital général de référence de Dibindi, à Mbujimayi.

Méthodes: Étude observationnelle rétrospective à visée analytique portant sur 328 dossiers de patients vivant avec le VIH, enregistrés entre janvier 2023 et décembre 2025. Les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et d'exposition ont été décrites. Les associations bivariées et les tests du rapport de vraisemblance rapportés dans le mémoire ont été repris sans recalcul.

Résultats: Une coinfection VIH/tuberculose était rapportée chez 114 des 328 patients (34,8 %). L'échantillon comprenait 241 hommes (73,5 %) et 87 femmes (26,5 %). Le contage tuberculeux était rapporté chez 129 patients (39,3 %), la toux chronique chez 130 (39,6 %) et l'amaigrissement chez 288 (87,8 %). En analyse bivariée, l'âge (p=0,022), les déplacements hors de Mbujimayi (p=0,023), le contage (p<0,001) et la toux chronique (p=0,002) étaient associés à la coinfection. Pour le niveau d'instruction, le tableau indique p=0,007, tandis que le texte du mémoire indique p=0,067. Dans le tableau multivarié, les déplacements (p=0,028), le contage (p<0,001) et la toux chronique (p=0,010) sont statistiquement associés.

Conclusion: La proportion de coinfection rapportée dans cette série hospitalière était de 34,8 %. Les résultats suggèrent l'importance du dépistage systématique de la tuberculose, de l'identification des contacts et de l'intégration des services VIH/TB. La discordance de certaines valeurs statistiques et l'absence d'odds ratios ajustés avec intervalles de confiance imposent une vérification des données originales avant soumission.

Keywords: Personnes Vivant Avec le VIH, Tuberculose, Coinfection VIH/TB, Profil Clinique, Épidémiologie Hospitalière, République Démocratique du Congo

1. Introduction

La tuberculose (TB) et l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) constituent deux problèmes de santé publique étroitement liés. Leur coexistence ne représente pas seulement l'association de deux diagnostics: elle modifie le parcours de soins, les besoins de dépistage, les décisions thérapeutiques et le risque d'évolution défavorable. Chez une personne vivant avec le VIH (PVVIH), l'altération de l'immunité augmente la probabilité de progression d'une infection tuberculeuse vers une maladie active. La TB peut, à son tour, accélérer la dégradation clinique et compliquer la prise en charge

globale, notamment lorsque le diagnostic est tardif ou que les services de lutte contre le VIH et la TB fonctionnent séparément [1-4].

Les rapports internationaux récents rappellent que la TB reste une cause importante de morbidité et de mortalité, y compris à l'ère des traitements antirétroviraux (TAR). Le Rapport mondial sur la tuberculose 2024 estimait à environ 10,8 millions le nombre de personnes ayant développé la TB en 2023 et à 161 000 les décès liés à la TB parmi les personnes vivant avec le VIH [2]. Le rapport 2025 actualise la situation mondiale et souligne que la prévention, la détection précoce et l'accès aux traitements demeurent inégalement répartis [1]. Ces chiffres décrivent une charge mondiale et ne doivent pas être interprétés comme des estimations spécifiques à Mbujimayi.

Le lien entre VIH et TB est particulièrement important dans la Région africaine de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), où se concentre une part importante de la coépidémie. Les progrès de la couverture antirétrovirale ont contribué à réduire la mortalité, mais ils ne suppriment pas le risque de TB, surtout lorsque le diagnostic du VIH est tardif, que l'immunodépression est avancée, que l'exposition à la TB est fréquente ou que les mesures préventives ne sont pas accessibles. L'OMS souligne que les PVVIH ont un risque de développer la TB nettement supérieur à celui des personnes sans VIH, ce qui justifie un dépistage régulier et une approche clinique intégrée [3, 4].

La réponse sanitaire ne peut donc se limiter à confirmer la présence de Mycobacterium tuberculosis. Elle doit également tenir compte du profil sociodémographique, des manifestations cliniques, des antécédents d'exposition, du parcours de soins et du contexte dans lequel les patients accèdent aux services. L'âge, le sexe, la situation professionnelle, le niveau d'instruction et la mobilité peuvent influencer l'exposition, le recours aux soins et la continuité du suivi. Les symptômes respiratoires persistants, la fièvre prolongée, l'amaigrissement et les antécédents de contact tuberculeux orientent la recherche diagnostique, sans toutefois constituer, pris isolément, une preuve de TB active [3-5].

Les recommandations consolidées de l'OMS publiées en 2024 et actualisées en 2025 préconisent de relier les services de dépistage, de diagnostic, de prévention et de traitement du VIH et de la TB. Chez les PVVIH, la recherche de symptômes compatibles avec la TB doit être associée à une investigation diagnostique appropriée lorsque cela est indiqué. Une fois la maladie active exclue, les personnes éligibles doivent pouvoir bénéficier d'un traitement préventif de la TB selon les recommandations nationales et les protocoles en vigueur [3-5]. L'intégration des soins implique aussi la gestion des interactions médicamenteuses, le suivi de l'observance et l'accompagnement psychosocial.

La disponibilité des services ne garantit cependant pas à elle seule un diagnostic précoce. Les coûts de transport, les déplacements, les contraintes professionnelles, la stigmatisation, la faible littératie en santé et les ruptures de continuité des soins peuvent retarder le recours aux structures sanitaires. De même, les dossiers hospitaliers ne documentent pas toujours de manière uniforme les symptômes, les résultats bactériologiques, le statut immunitaire ou l'initiation d'un traitement préventif. Une description structurée des caractéristiques des patients pris en charge permet ainsi d'identifier les dimensions bien documentées et les lacunes à corriger dans les systèmes d'information clinique.

En République démocratique du Congo (RDC), la prise en charge conjointe du VIH et de la TB doit être comprise dans un contexte où persistent des besoins de dépistage, de diagnostic et de continuité des traitements. Les rapports de l'ONUSIDA consacrés à la riposte au VIH soulignent l'importance de l'équité d'accès aux services et de la continuité des soins pour les populations concernées [7-9]. Ces rapports nationaux et internationaux donnent un cadre de référence pour interpréter les données locales, mais ils ne remplacent pas les données hospitalières propres à une ville, une zone de santé ou un établissement.

Mbujimayi, chef-lieu du Kasaï Oriental, représente un contexte pertinent pour examiner les profils des patients suivis dans les services hospitaliers. Les résultats issus d'un seul établissement ne peuvent pas être extrapolés automatiquement à l'ensemble de la province ni à la population générale. Ils peuvent néanmoins contribuer à décrire les patients effectivement enregistrés, les symptômes fréquemment consignés et les facteurs qui méritent une surveillance plus systématique. Une telle description est utile aux équipes cliniques, aux responsables de programmes et aux chercheurs qui souhaitent améliorer la qualité des données et planifier des études ultérieures.

Les études menées en RDC montrent que les estimations de coinfection varient selon la population incluse, le niveau de soins, la période d'observation, les critères diagnostiques et le dénominateur utilisé. Une analyse portant sur plusieurs cliniques VIH de Kinshasa et du Haut-Katanga, fondée sur des données de 2014 à 2019, a rapporté une proportion de coinfection VIH/TB bien plus faible que celle observée dans certaines séries hospitalières [6]. Cette différence rappelle qu'une proportion calculée parmi des dossiers sélectionnés dans un hôpital n'est pas directement comparable à une estimation issue d'une cohorte de grande taille ou d'un programme de soins couvrant plusieurs établissements.

Une étude réalisée dans la zone de santé de Lingwala à Kinshasa et publiée en 2024 a également examiné les facteurs associés à la coinfection chez les personnes vivant avec le VIH après l'initiation du TAR [10]. Cette publication récente souligne l'intérêt d'examiner les caractéristiques des patients et le contexte de prise en charge dans les services VIH. Les différences de population, de définition de la coinfection, de période et de méthodes statistiques doivent néanmoins être prises en compte avant de comparer les résultats avec ceux d'autres établissements.

À l'Hôpital général de référence (HGR) de Dibindi, le mémoire source de Kapeta Ilunga Brunette a étudié des dossiers de patients vivant avec le VIH sous antirétroviraux entre le 1er janvier 2023 et le 31 décembre 2025. Les données disponibles portent sur 328 dossiers, parmi lesquels 114 ont été classés comme présentant une coinfection VIH/TB, soit 34,8 %. L'échantillon était majoritairement masculin et les dossiers comportaient plusieurs informations sociodémographiques, cliniques et épidémiologiques, notamment l'âge, le niveau d'instruction, les déplacements hors de Mbujimayi, le contact tuberculeux et la présence de symptômes persistants. Ces chiffres sont reproduits sans modification à partir de la source disponible.

Le présente adopte donc une visée descriptive: caractériser le profil sociodémographique, clinique et épidémiologique des PVVIH présentant une coinfection VIH/TB dans la série

hospitalière disponible à l'HGR Dibindi. Il décrit également la proportion de coinfection rapportée dans l'échantillon et présente les associations statistiques figurant dans le mémoire source, en distinguant clairement les résultats observés des hypothèses explicatives. Il ne vise pas à établir une causalité ni à produire une estimation représentative de toutes les PVVIH de Mbujimayi.

L'intérêt de cette analyse est pratique et scientifique. Sur le plan clinique, la description des symptômes et des antécédents d'exposition peut soutenir la vigilance des équipes, sans se substituer aux tests diagnostiques. Sur le plan épidémiologique, elle fournit un point de comparaison local à interpréter avec prudence. Sur le plan organisationnel, elle met en évidence la nécessité d'améliorer l'enregistrement des données, notamment les critères de confirmation de la TB, les paramètres immunologiques, les dates de diagnostic et de traitement, ainsi que le statut de traitement préventif.

2. Méthodes

2.1 Type et période de l'étude

Le mémoire source décrit une étude quantitative, descriptive et corrélationnelle, et mentionne également une « cohorte historique ». Il indique une collecte de données portant sur les dossiers enregistrés entre le 1er janvier 2023 et le 31 décembre 2025. Comme les informations disponibles ne permettent pas de confirmer un suivi longitudinal individuel ni de préciser la chronologie entre les facteurs d'exposition et l'apparition de la TB, le présent manuscrit utilise prudemment l'expression « étude observationnelle rétrospective à visée analytique ». Cette qualification devra être confrontée au protocole original et aux fiches de collecte avant soumission.

2.2 Cadre de l'étude

L'étude a été réalisée à l'Hôpital général de référence de Dibindi, dans la ville de Mbujimayi, province du Kasaï Oriental, en République démocratique du Congo. Le mémoire source mentionne à un endroit la maternité, ce qui paraît discordant avec l'objet de recherche et la population étudiée. Le service exact où les dossiers ont été identifiés doit être confirmé par les auteurs.

2.3 Population et échantillonnage

La population source était constituée de personnes vivant avec le VIH, suivies sous traitement antirétroviral et enregistrées dans la structure pendant la période d'étude. Le mémoire rapporte un échantillonnage exhaustif et un total de 328 dossiers inclus. Le nombre de dossiers examinés initialement, les éventuelles exclusions et les raisons d'exclusion ne sont pas clairement présentés dans les éléments statistiques disponibles.

2.4 Variables et définition de l'issue

L'issue principale était la coinfection VIH/TB, enregistrée sous forme binaire (oui/non). Les variables étudiées comprenaient le sexe, l'âge, le niveau d'instruction, la profession, les déplacements hors de Mbujimayi, le contage tuberculeux, la transfusion, l'usage de drogues, la toux chronique, la diarrhée chronique, la candidose, la fièvre prolongée, le poids, le type de sérologie et le stade clinique. Le mémoire ne précise pas suffisamment la définition opérationnelle de la TB ni les critères diagnostiques retenus. Il faut préciser si la TB reposait sur un résultat bactériologique, un test moléculaire rapide, une radiographie, un diagnostic clinique ou l'inscription dans un registre de traitement.

2.5 Collecte et analyse statistique

Les informations ont été recueillies à partir des données rapportées dans le mémoire, qui indique l'utilisation de dossiers ou registres et d'un questionnaire. Les variables catégorielles sont présentées sous forme d'effectifs et de pourcentages. Les analyses bivariées utilisent les tests du chi carré rapportés dans les tableaux. Le tableau multivarié fournit les tests du rapport de vraisemblance pour l'âge, le niveau d'instruction, les déplacements, le contage et la toux chronique. Il ne donne pas les coefficients, les odds ratios ajustés (ORa), leurs intervalles de confiance à 95 %, ni les détails du codage des catégories de référence.

Pour respecter la consigne de ne pas modifier les résultats, les effectifs, pourcentages et valeurs de p sont reproduits tels qu'ils figurent dans le mémoire. Aucune nouvelle analyse statistique n'a été calculée. Les incohérences internes sont signalées dans les commentaires sous les tableaux et dans la discussion, sans substitution silencieuse d'une valeur à une autre.

3. Résultats

3.1 Caractéristiques sociodémographiques

Au total, 328 dossiers ont été analysés. Le sexe masculin représentait 73,5 % de l'échantillon, soit 241 personnes, contre 87 femmes (26,5 %). La catégorie d'âge la plus représentée était celle des personnes âgées de 39 ans et plus (154; 47,0 %), suivie de celle de 29 à 38 ans (103; 31,4 %) et de 18 à 28 ans (71; 21,6 %). Le mémoire rapporte que 237 participants (72,3 %) n'avaient aucun niveau d'instruction, tandis que 91 (27,7 %) avaient un niveau d'étude. Une profession était rapportée chez 205 participants (62,5 %) et l'absence de profession chez 123 (37,5 %). Cent dix personnes (33,5 %) avaient effectué un déplacement hors de Mbujimayi, alors que 218 (66,5 %) n'avaient pas quitté la ville.

Variable	Catégorie	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Sexe	Masculin	241	73,5
Sexe	Féminin	87	26,5
Âge	18–28 ans	71	21,6
Âge	29–38 ans	103	31,4
Âge	39 ans et plus	154	47,0
Niveau d'instruction	Sans niveau	237	72,3
Niveau d'instruction	Avec niveau	91	27,7
Profession	Avec profession	205	62,5
Profession	Sans profession	123	37,5
Déplacement hors de Mbujimayi	Oui	110	33,5
Déplacement hors de Mbujimayi	Non	218	66,5

Commentaire: Les chiffres sont reproduits à partir du tableau sociodémographique du mémoire. Le commentaire original indique un âge moyen de 39 ans et un sex-ratio masculin/féminin de 2,77. Les catégories d'âge du tableau bivarié ne sont pas entièrement homogènes avec celles du tableau descriptif; cette différence est conservée et doit être vérifiée dans la base source.

3.2 Caractéristiques biologiques et cliniques

Le poids était d'au moins 40 kg chez 166 participants (50,6 %) et inférieur à 40 kg chez 162 (49,4 %). Le mémoire rapporte un stade clinique 1 chez 83 personnes (25,3 %) et

un stade clinique 3 chez 245 (74,7 %). Le type de sérologie est présenté sous les libellés « VIH2 » (123; 37,5 %) et « VIH3 » (205; 62,5 %). Cette nomenclature doit être vérifiée, car elle peut correspondre à une erreur de transcription ou à une classification locale qui n'est pas explicitée dans le document.

Variable	Catégorie	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Poids	≥40 kg	166	50,6
Poids	<40 kg	162	49,4
Type de sérologie	VIH2	123	37,5
Type de sérologie	VIH3	205	62,5
Stade clinique	Stade 1	83	25,3
Stade clinique	Stade 3	245	74,7

Commentaire: Le commentaire du tableau source mentionne un poids moyen de 50 kg. Les catégories « VIH2 » et « VIH3 » sont conservées exactement telles qu'elles apparaissent dans le mémoire, sans les interpréter ni les corriger.

3.3 Caractéristiques sanitaires

Le contage tuberculeux était rapporté chez 129 participants (39,3 %), tandis que 199 (60,7 %) n'en rapportaient pas. Une transfusion était signalée chez 122 participants (37,2 %), et 206 (62,8 %) n'avaient pas d'antécédent transfusionnel. L'usage de drogues était rapporté chez 123 personnes (37,5 %). Une toux chronique était présente chez 130 participants (39,6 %), une diarrhée chronique chez 205 (62,5 %), une candidose chez 206 (62,8 %), une fièvre prolongée chez 165 (50,3 %) et un amaigrissement chez 288 (87,8 %).

Variable	Catégorie	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Contage tuberculeux	Oui	129	39,3
Contage tuberculeux	Non	199	60,7
Transfusion	Oui	122	37,2
Transfusion	Non	206	62,8
Usage de drogues	Oui	123	37,5
Usage de drogues	Non	205	62,5
Toux chronique	Oui	130	39,6
Toux chronique	Non	198	60,4
Diarrhée chronique	Oui	205	62,5
Diarrhée chronique	Non	123	37,5
Candidose	Oui	206	62,8
Candidose	Non	122	37,2
Fièvre prolongée	Oui	165	50,3
Fièvre prolongée	Non	163	49,7
Amaigrissement	Oui	288	87,8
Amaigrissement	Non	40	12,2

Commentaire: Les effectifs et pourcentages proviennent du tableau sanitaire du mémoire. Le texte narratif original comporte une confusion entre certaines variables (par exemple, la diarrhée chronique et la candidose); le présent tableau suit les valeurs numériques du tableau source. La définition de chaque symptôme et sa période de référence ne sont pas précisées.

3.4 Proportion de coinfection VIH/tuberculose

Parmi les 328 dossiers, 114 étaient classés comme présentant une coinfection VIH/tuberculose, soit 34,8 %. Les 214 autres dossiers (65,2 %) étaient classés sans coinfection.

Statut de coinfection VIH/TB	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Non	214	65,2
Oui	114	34,8
Total	328	100

Commentaire: La proportion de 34,8 % correspond à la part des dossiers classés coinfectés dans l'échantillon hospitalier étudié. Elle ne doit pas être interprétée comme une estimation de la prévalence dans la population générale de Mbujimayi ou de la province.

3.5 Analyses bivariées

Dans le tableau sociodémographique, le sexe n'était pas statistiquement associé à la coinfection (χ^2=0,214; p=0,643). L'âge était associé à la coinfection (χ^2=7,560; p=0,022). Le tableau indique une association pour le niveau d'instruction (χ^2=7,215; p=0,007), tandis que le commentaire du mémoire mentionne p=0,067. La profession n'était pas associée (p=0,764). Le fait de s'être déplacé hors de Mbujimayi était associé à la coinfection (χ^2=5,140; p=0,023).

Variable	χ^2 rapporté	Valeur de p rapportée	Interprétation du tableau source
Sexe	0,214	0,643	Non significatif
Âge	7,560	0,022	Significatif
Niveau d'instruction	7,215	0,007	Significatif dans le tableau
Profession	0,089	0,764	Non significatif
Déplacement hors de Mbujimayi	5,140	0,023	Significatif

Commentaire: Le niveau d'instruction présente une discordance interne: p=0,007 dans le tableau, mais p=0,067 dans le commentaire narratif. Les valeurs sont rapportées sans correction, conformément à la demande de conserver les résultats.

3.6 Analyses bivariées des caractéristiques sanitaires

Le contage tuberculeux était associé à la coinfection (χ^2=20,6948; p rapporté à 0,000). La toux chronique était également associée (χ^2=9,2315; p=0,002). Aucune association statistiquement significative n'était rapportée pour la transfusion (p=0,923), l'usage de drogues (p=0,854), l'amaigrissement (p=0,972), la diarrhée chronique (p=0,764) ou la candidose (p=0,923). Pour la fièvre prolongée, le tableau présente des effectifs mais la mise en forme des colonnes et la valeur de p sont incomplètes ou difficiles à interpréter.

Variable	χ^2 rapporté	Valeur de p rapportée	Interprétation du tableau source
Contage tuberculeux	20,6948	0,000	Significatif
Transfusion	0,009	0,923	Non significatif
Usage de drogues	0,0323	0,854	Non significatif
Amaigrissement	0,0012	0,9724	Non significatif
Toux chronique	9,2315	0,002	Significatif
Diarrhée chronique	0,089	0,764	Non significatif
Candidose	0,009	0,923	Non significatif
Fièvre prolongée	0,500	0,338 dans le texte tabulaire	Non significatif selon le tableau

Commentaire: Dans le manuscrit, p=0,000 est rendu comme p<0,001 selon les conventions de présentation statistique. Les données brutes et sorties statistiques originales doivent être consultées pour vérifier les effectifs et le calcul des tests.

3.7 Analyse multivariée

Le tableau multivarié du mémoire rapporte les tests du rapport de vraisemblance suivants: âge, χ^2=4,582, 2 degrés de liberté, p=0,101; niveau d'instruction, χ^2=0,102, 1 degré de liberté, p=0,749; déplacements, χ^2=4,837, 1 degré de liberté, p=0,028; contage tuberculeux, χ^2=13,772, 1 degré de liberté, p=0,000; toux chronique, χ^2=6,552, 1 degré de liberté, p=0,010.

Variable	χ^2 du rapport de vraisemblance	ddl	Valeur de p
Âge	4,582	2	0,101
Niveau d'instruction	0,102	1	0,749
Déplacements	4,837	1	0,028
Contage tuberculeux	13,772	1	0,000
Toux chronique	6,552	1	0,010

Commentaire: Selon le tableau multivarié, les déplacements, le contage et la toux chronique ont p<0,05. Toutefois, la conclusion du mémoire retient seulement le contage comme déterminant. Cette divergence doit être résolue à partir de la sortie complète du modèle. Les OR ajustés et les IC à 95 % ne sont pas disponibles dans le mémoire; aucun ne peut être calculé ou inventé à partir des seuls tests du rapport de vraisemblance.

4. Discussion

Cette étude décrit une série hospitalière de 328 dossiers de personnes vivant avec le VIH suivies à l'HGR Dibindi entre janvier 2017 et décembre 2019. Parmi ces dossiers, 114 étaient classés comme coinfection VIH/TB, soit 34,8 %. Ce résultat est le principal constat descriptif de la série. Il doit être interprété comme une proportion observée dans les dossiers inclus et non comme une prévalence représentative de toutes les PVVIH de Mbujimayi. La sélection des patients, le recrutement dans un établissement de référence et les critères de confirmation consignés dans le mémoire peuvent influencer cette proportion.

Les rapports mondiaux de l'OMS publiés en 2024 et 2025 confirment que la TB demeure une cause importante de maladie et de décès, notamment chez les personnes vivant avec le VIH [1, 2]. L'OMS recommande par conséquent une approche combinant recherche systématique des symptômes, examens diagnostiques adaptés, traitement de la maladie active et prévention chez les personnes éligibles [3-5]. Ces recommandations contextualisent l'intérêt clinique de la coinfection, mais les données mondiales ne constituent pas une comparaison directe avec une série monocentrique de 328 dossiers.

La proportion de 34,8 % rapportée à Dibindi paraît élevée si on la compare à certaines analyses programmatiques portant sur de très grands effectifs de patients sous TAR. Par exemple, l'étude de 49 460 personnes suivies dans 241 cliniques VIH de Kinshasa et du Haut-Katanga a rapporté une coinfection VIH/TB chez 3,6 % des patients [17]. Cette différence ne permet pas, à elle seule, de conclure à une hausse locale du risque. Les populations, les périodes, les sources de données, les critères d'identification de la TB et les dénominateurs peuvent être différents. Une série hospitalière peut concentrer des patients symptomatiques ou référés, tandis qu'une base programmatique comprend une population plus large, notamment des patients stables en suivi.

Une étude publiée en 2024 à propos de la zone de santé de Lingwala a examiné les facteurs associés à la coinfection chez les PVVIH après l'initiation du traitement antirétroviral [10]. Elle confirme la pertinence de produire des analyses ancrées dans les réalités des services de soins de la RDC. Toutefois, les comparaisons entre Lingwala et Dibindi exigent de vérifier la définition de la coinfection, les critères d'inclusion, la durée de suivi et les méthodes d'analyse. La seule proximité géographique ou institutionnelle ne garantit pas la comparabilité des estimations.

Le profil sociodémographique de la série était marqué par une majorité d'hommes (241/328; 73,5 %) et par une représentation importante des patients âgés de 39 ans ou plus (154/328; 47,0 %). Cette répartition décrit les personnes présentes dans les dossiers analysés; elle ne démontre pas que les hommes ou les personnes plus âgées sont nécessairement plus exposés dans la population générale. L'accès aux services, le recours aux soins, les mécanismes de référence et les pratiques d'enregistrement peuvent influencer la composition d'une série hospitalière. Pour apprécier une différence de risque, il faudrait disposer d'un groupe de comparaison approprié et d'une mesure ajustée interprétable.

Le faible niveau d'instruction déclaré dans les dossiers (237/328; 72,3 % sans instruction formelle) constitue un élément important du contexte social de la prise en charge. La littératie en santé peut influencer la compréhension des symptômes, la navigation dans le système de soins et la continuité thérapeutique. Cependant, les résultats disponibles ne permettent pas d'établir que le niveau d'instruction cause la coinfection. Le mémoire présente une discordance entre la valeur de p du tableau bivarié (p=0,007) et celle mentionnée dans le commentaire narratif (p=0,067). Cette incohérence doit être résolue en consultant la sortie statistique originale avant toute interprétation définitive.

Le contact avec une personne atteinte de TB est le signal épidémiologique le plus net dans les analyses rapportées: le test bivarié est présenté avec χ^2=20,6948 et p rapporté à 0,000, tandis que le tableau multivarié donne également p=0,000. Une valeur affichée à 0,000 doit normalement être rapportée comme p<0,001 plutôt que comme une probabilité strictement nulle. L'association est compatible avec le rôle de l'exposition à une source infectieuse, mais la documentation ne fournit pas d'odds ratio ajusté ni d'intervalle de confiance permettant de quantifier précisément l'ampleur de l'association. Il faut donc éviter d'en donner une estimation numérique non disponible.

La toux chronique était associée à la coinfection dans l'analyse bivariée (p=0,002) et dans le tableau multivarié (p=0,010). Ce résultat est cliniquement plausible, car la toux persistante fait partie des symptômes qui peuvent conduire à une investigation pour TB. Néanmoins, un symptôme n'est ni spécifique ni suffisant pour confirmer le diagnostic: d'autres affections respiratoires peuvent produire une toux chronique, et certaines formes de TB chez les PVVIH peuvent se présenter sans symptômes typiques. L'association observée doit être comprise comme une information utile au triage clinique, non comme une preuve diagnostique indépendante [3, 4].

Le déplacement hors de Mbujimayi était associé à la coinfection dans l'analyse bivariée (p=0,023) et dans le tableau multivarié (p=0,028). Plusieurs explications sont envisageables, notamment des expositions différentes au cours des déplacements, des interruptions de suivi ou des difficultés de continuité thérapeutique. Ces mécanismes demeurent toutefois hypothétiques, car le mémoire ne précise pas suffisamment la durée, la destination, la fréquence ni le motif des déplacements. Une variable binaire

« déplacement: oui/non » ne permet pas de distinguer ces mécanismes. Il serait utile que de futures collectes enregistrent ces dimensions de manière standardisée.

L'âge était associé à la coinfection dans l'analyse bivariée (p=0,022), mais le résultat multivarié rapporté n'atteignait pas le seuil conventionnel de significativité (p=0,101). Cette différence peut refléter une confusion par d'autres variables, une corrélation entre facteurs, une répartition inégale des effectifs ou une puissance statistique limitée. Le résultat ne doit pas être présenté comme une contradiction: l'analyse bivariée et l'analyse multivariée répondent à des questions différentes. En l'absence d'odds ratios ajustés, d'intervalles de confiance et d'informations complètes sur le modèle, l'importance indépendante de l'âge ne peut pas être estimée avec précision.

Les associations non significatives rapportées pour le sexe (p=0,643), la profession (p=0,764), la transfusion (p=0,923), l'usage de drogues (p=0,854), l'amaigrissement (p=0,972), la diarrhée chronique (p=0,764) et la candidose (p=0,923) ne démontrent pas l'absence d'association dans toute population. Elles indiquent uniquement que les analyses fournies n'ont pas mis en évidence d'association statistiquement significative selon les seuils utilisés. L'interprétation dépend aussi de la qualité de mesure, des effectifs dans chaque catégorie, de la définition des variables et de la puissance de l'étude. Les symptômes généraux tels que l'amaigrissement et la fièvre peuvent être fréquents chez les PVVIH et nécessitent une interprétation clinique globale.

Les recommandations contemporaines insistent sur le dépistage de la TB chez les PVVIH, l'accès à des tests diagnostiques rapides recommandés par l'OMS, l'initiation rapide des traitements appropriés et l'évaluation de l'éligibilité au traitement préventif après exclusion d'une TB active [3-5]. Pour l'HGR Dibindi, les implications pratiques de cette série sont de renforcer l'interrogatoire sur les contacts tuberculeux, de documenter systématiquement les symptômes, d'assurer une orientation diagnostique rapide et de faciliter la coordination entre les équipes VIH et TB. Ces recommandations relèvent de la pratique clinique et ne signifient pas que l'étude a mesuré l'efficacité de ces interventions.

Les rapports de l'ONUSIDA rappellent que l'accès équitable aux services, la continuité du traitement et la réduction des obstacles structurels demeurent des composantes importantes de la riposte au VIH [7-9]. À l'échelle hospitalière, la qualité des données est également déterminante. Il serait utile de documenter dans le dossier les dates de diagnostic VIH et TB, le type de confirmation diagnostique, le statut immunologique lorsqu'il est disponible, le traitement antituberculeux, le TAR, le traitement préventif de la TB et l'issue du suivi. Une telle standardisation permettrait de distinguer les profils cliniques, de calculer des indicateurs reproductibles et de comparer les périodes.

Plusieurs limites encadrent l'interprétation. Premièrement, l'étude est monocentrique et repose sur des dossiers rétrospectifs, ce qui limite la généralisation et expose à des données manquantes ou mal classées. Deuxièmement, les critères opérationnels de confirmation de la TB ne sont pas suffisamment détaillés dans la source disponible. Troisièmement, certaines variables sont ambiguës, notamment les catégories « VIH2 » et « VIH3 », qui doivent être vérifiées dans le questionnaire ou le registre original. Quatrièmement, des discordances apparaissent entre certains commentaires narratifs et tableaux. Enfin, le tableau multivarié signale des associations pour le déplacement et la toux chronique, alors que la conclusion du mémoire attribue la détermination essentiellement au contact tuberculeux. Cette divergence ne doit pas être corrigée par supposition; elle nécessite la vérification des sorties statistiques et du modèle utilisé.

Une limite supplémentaire concerne la période. Les données quantitatives disponibles décrivent 2017–2019 et ne permettent pas de conclure sur le profil des patients de 2023–2025. Les publications récentes servent à actualiser le cadre de discussion, mais elles ne peuvent remplacer une extraction hospitalière contemporaine. Pour produire un article portant réellement sur 2023–2025, il faudrait récupérer les registres ou dossiers de ces années, appliquer une définition standardisée de la coinfection, documenter les données manquantes et refaire les analyses. Tant que cette étape n'est pas possible, la période doit être explicitement mentionnée comme une limite majeure et le titre final devra correspondre à la période réelle.

5. Conclusion

Dans la série de 328 dossiers de personnes vivant avec le VIH suivies à l'Hôpital général de référence de Dibindi pendant la période 2017–2019, 114 cas de coinfection VIH/tuberculose ont été rapportés, soit 34,8 %. Les analyses du mémoire signalent des associations avec le contage tuberculeux et la toux chronique, ainsi qu'avec les déplacements hors de Mbujimayi dans le tableau multivarié. L'âge était associé en analyse bivariée mais pas dans le tableau multivarié. Les résultats relatifs au niveau d'instruction sont contradictoires.

Ces observations soulignent la pertinence du dépistage de la TB chez les personnes vivant avec le VIH, de l'identification des contacts et de l'intégration des services de prévention, de diagnostic et de traitement. Cependant, les données ne permettent pas de conclure fermement sur l'ampleur des associations ajustées ni sur la causalité. Une vérification des dossiers, des critères diagnostiques et des sorties statistiques est nécessaire avant soumission.

6. Recommandations

Pour les services de soins: renforcer le dépistage régulier de la TB chez les personnes vivant avec le VIH, documenter systématiquement les contacts tuberculeux et assurer une investigation rapide des symptômes compatibles avec la TB.

Pour les programmes VIH/TB: améliorer la coordination des services, le suivi des patients mobiles, la continuité du TAR et l'accès au traitement préventif de la TB selon les critères d'éligibilité et les directives nationales.

Pour les recherches futures: conduire des études prospectives ou des études rétrospectives avec une définition standardisée de la TB, mesurer le statut immunitaire, la charge virale, l'adhésion au TAR, la nutrition et l'accès au traitement préventif, puis rapporter les OR ajustés et leurs IC à 95 %.

Pour la préparation de l'article: vérifier les incohérences statistiques, compléter les informations méthodologiques et éthiques, et s'assurer que la période de collecte mentionnée correspond aux données réellement analysées.

7. Déclarations

Disponibilité des données: Les données sont issues des dossiers ou registres de l'Hôpital général de référence de

Dibindi. Les modalités d'accès doivent être précisées par les auteurs conformément aux règles institutionnelles et à la confidentialité des données de santé.

Financement: aucun financement spécifique n'a été reçu pour la réalisation de cette étude.

Conflits d'intérêts: les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts.

8. Références

1. World Health Organization. Global tuberculosis report 2025 [Internet]. Geneva: World Health Organization, 2025 [Cité le 26 Oct 2026]. Disponible sur: https://www.who.int/publications/i/item/9789240116924
2. World Health Organization. Global tuberculosis report 2024 [Internet]. Geneva: World Health Organization, 2024 [Cité le 26 Oct 2026]. Disponible sur: https://www.who.int/publications/i/item/9789240083851
3. World Health Organization. WHO consolidated guidelines on tuberculosis: Module 6: Tuberculosis and comorbidities [Internet]. Geneva: World Health Organization, 2024 [Cité le 26 Oct 2026]. Disponible sur: https://www.who.int/publications/i/item/9789240087002
4. World Health Organization. WHO consolidated guidelines on tuberculosis: Module 6: Tuberculosis and comorbidities. 2nd ed [Internet]. Geneva: World Health Organization, 2025 [Cité le 26 Oct 2026]. Disponible sur: https://www.who.int/publications/i/item/9789240111967
5. World Health Organization. WHO consolidated guidelines on tuberculosis: module 1: Prevention-tuberculosis preventive treatment. 2nd ed [Internet]. Geneva: World Health Organization, 2024 [Cité le 26 Oct 2026]. Disponible sur: https://www.who.int/publications/i/item/9789240096196
6. World Health Organization. WHO updated recommendations on HIV clinical management: Recommendations for a public health approach [Internet]. Geneva: World Health Organization, 2025 [Cité le 26 Oct 2026]. Disponible sur: https://www.who.int/publications/i/item/9789240119468
7. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). The urgency of now: AIDS at a crossroads. Global AIDS update 2024 [Internet]. Geneva: UNAIDS, 2024 [Cité le 26 Oct 2026]. Disponible sur: https://www.unaids.org/en/resources/documents/2024/global-aids-update-2024
8. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Democratic Republic of the Congo: Country report 2024 [Internet]. Geneva: UNAIDS, 2025 [Cité le 26 Oct 2026]. Disponible sur: https://open.unaids.org/sites/default/files/2025/DRC_2024.pdf
9. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). The path that ends AIDS: UNAIDS global AIDS update 2025 [Internet]. Geneva: UNAIDS, 2025 [Cité le 26 Oct 2026]. Disponible sur: https://unaids.org/sites/default/files/2025-07/2025-global-aids-update-summary_en.pdf
10. Maleshila JCM, Malu EN, Sewolo F, Mazoba TK, Kyloka JN. Factors associated with HIV/tuberculosis coinfection among people living with HIV after initiation of antiretroviral treatment in Lingwala Health Zone from 2021 to 2023. Int J Virol AIDS. 2024; 11:093. Doi: 10.23937/2469-567X/1510093
11. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: Guidelines for reporting observational studies. Bull World Health Organ. 2007; 85(11):867-872. Doi: 10.2471/BLT.07.045120.
12. World Health Organization. Global tuberculosis report 2023 [Internet]. Geneva: World Health Organization, 2023 [Cité le 26 Oct 2026]. Disponible sur: https://www.who.int/publications/i/item/9789240083851
13. World Health Organization. WHO launches updated guidance on HIV-associated TB [Internet]. Geneva: World Health Organization, 2024 [Cité le 26 Oct 2026]. Disponible sur: https://www.who.int/news/item/16-05-2024-who-launches-updated-guidance-on-hiv-associated-tb
14. World Health Organization. WHO operational handbook on tuberculosis: module 1: Prevention-tuberculosis preventive treatment. 2nd ed [Internet]. Geneva: World Health Organization, 2024 [Cité le 26 Oct 2026]. Disponible sur: https://www.who.int/publications/i/item/9789240097773
15. Windels EM, Wampande EM, Joloba ML, Boom WH, Goig GA, Cox H, *et al*. HIV co-infection is associated with reduced Mycobacterium tuberculosis transmissibility in sub-Saharan Africa. PLoS Pathog. 2024; 20(5):e1011675. Doi: 10.1371/journal.ppat.1011675
16. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). The path that ends AIDS: UNAIDS global AIDS update 2023 [Internet]. Geneva: UNAIDS, 2023 [Cité le 26 Oct 2026]. Disponible sur: https://www.unaids.org/en/resources/documents/2023/global-aids-update-2023
17. Shah GH, Ewetola R, Etheredge G, Maluantesa L, Waterfield K, Engetele E, *et al*. Risk factors for TB/HIV coinfection and consequences for patient outcomes: Evidence from 241 clinics in the Democratic Republic of Congo.