



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

Influence du parcours de soins sur le délai d'initiation du traitement antituberculeux



Influence of care pathways on the time of initiation of TB treatment

E.L.P. Bemba^{a,*}, K. Horo^b, F.H. Okemba Okombi^a,
K.B. Ossale Abacka^b, A.R. Ouedraogo^b, Z. Gnaze^c,
B. Ngoran Koffi^b, E. Aka Danguy^b

^a Service de pneumo-phtisiologie, CHU de Brazzaville, BP 32, Brazzaville, Congo

^b Service de pneumo-phtisiologie, CHU de Cocody, BP V 13, Abidjan, Côte d'Ivoire

^c Centre antituberculeux d'Adjamé, 03 BP 237, Abidjan cedex 03, Côte d'Ivoire

Disponible sur Internet le 17 juillet 2015

MOTS CLÉS

Tuberculose ;
Parcours ;
Soins ;
Diagnostic ;
Côte d'Ivoire

Résumé

Introduction. — La tuberculose pulmonaire à microscopie positive non traitée a des conséquences à la fois individuelles, en augmentant la morbidité, et collectives, en augmentant la contagiosité de la maladie. La présente étude a pour objectifs d'identifier les parcours de soins des patients et l'influence de ce parcours sur les délais de mise sous traitement antituberculeux à Abidjan.

Méthode. — Nous avons réalisé une étude prospective et comparative entre deux groupes ayant une tuberculose pulmonaire à microscopie positive : 38 ayant un parcours conventionnel (recours seules aux structures sanitaires) et 198 ayant un parcours mixte (associant structures sanitaires, automédication et médecine traditionnelle).

Résultats. — Le délai moyen entre le début des symptômes et la mise sous traitement pour les patients au parcours conventionnel était significativement différent de celui observé chez les patients au parcours mixte (4,28 semaines versus 8,57 semaines ; $p < 0,001$). En analyse multivariée, le parcours mixte était lié au niveau d'étude (OR = 2,728 [1,165–6,386] ; $p = 0,02$), au quartier de résidence (OR = 2,690 [1,168–6,195] ; $p = 0,02$), au mode de début de la symptomatologie (OR = 0,333 [0,101–0,660] ; $p = 0,013$) et à l'amaigrissement (OR = 0,259 [0,139–0,798] ; $p = 0,004$).

Conclusion. — Une sensibilisation de la population et une implication des guérisseurs dans le dépistage de la tuberculose peuvent contribuer à une précocité de la prise en charge thérapeutique.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : bemba1@gmx.fr (E.L.P. Bemba).

KEYWORDS

Tuberculosis;
Diagnosis;
Pathway;
Care;
Ivory Coast

Summary

Introduction. – Untreated positive pulmonary TB smear has both individual implications, increasing morbidity and mortality, and collective implications, increasing the contagiousness of the disease. The present study aims to identify the course of patient care and the influence of care pathway on the time of initiation of TB treatment in Abidjan.

Methods. – We conducted a prospective and comparative study between two groups with pulmonary smear-positive: 38 with a conventional course (use of only the health facilities) and 198 with mixed driving (combining health facilities, self-medication and traditional medicine).

Results. – The average time between onset of symptoms and initiation of treatment for patients with conventional path was significantly different from that observed in patients with mixed course (4.28 weeks versus 8.57 weeks, $P < 0.001$). Multivariate analysis mixed route was related to level of education (OR = 2.728 [1.165–6.386]; $P = 0.02$), the district of residence (OR = 2.690 [1.168–6.195]; $P = 0.02$), the mode of onset of symptoms (OR = 0.33 [0.101–0.6607]; $P = 0.013$) and weight loss (OR = 0.259 [0.139–0.798]; $P = 0.004$).

Conclusions. – The course of patients are multiple and can induce delays in starting treatment for tuberculosis. The sensitization of the population and the involvement of traditional healers in TB screening may contribute to the early therapeutic management.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

La tuberculose est l'une des premières causes de mortalité et de morbidité au monde. L'Organisation mondiale de la santé a estimé qu'il y a eu 9,2 millions de nouveaux cas et environ 1,7 million de décès attribuables à la tuberculose dans le monde en 2009. La majorité des cas et des décès surviennent dans les pays en développement [1].

En Côte d'Ivoire, la tuberculose est une préoccupation majeure. La prévalence est d'environ 300 cas pour 100 000 habitants, avec une incidence de 200 cas pour 100 000 habitants [2]. La co-infection tuberculose-VIH (TB-VIH) en Côte-d'Ivoire varie entre 25 et 45 % [2] avec une prévalence du VIH évaluée à 4,7 % en 2006 dans la population générale [3].

Le but essentiel des programmes de lutte antituberculeuse est le contrôle de l'épidémie tuberculeuse et cela passe par une dépistage précoce des cas contagieux et une initiation rapide du traitement antituberculeux afin de rendre non contagieux les patients qui souffrent d'une tuberculose pulmonaire bacillifère. De nombreux auteurs se sont intéressés, encore récemment, au délai diagnostique de la tuberculose [4–8]. En effet, ce délai est le principal facteur empêchant l'éradication de la maladie, un délai prolongé à conséquences à la fois individuelles, en augmentant la morbi-mortalité, et collectives, en augmentant la contagiosité de la maladie [9,10].

En Côte d'Ivoire, le dépistage de la tuberculose est passif [11], basé sur le diagnostic des cas contagieux de tuberculose principalement par microscopie directe des échantillons de crachats obtenus auprès de personnes qui se présentent aux centres de santé [11]. À Abidjan, comme dans des nombreuses villes africaines, l'offre de santé comporte un accès libre aux médicaments, une médecine traditionnelle, et des structures sanitaires conventionnelles [12]. Dans ce contexte, les comportements de recours aux soins des patients sont souvent complexes et peuvent induire un allongement du délai de diagnostic et de mise sous traitement [13].

L'objectif de cette étude est d'identifier les parcours de soins des patients et l'influence de ce parcours sur les délais avant la mise sous traitement antituberculeux à Abidjan.

Méthodologie

Cadre

La lutte antituberculeuse en Côte d'Ivoire est organisée par le programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT). Les recommandations nationales en matière de tuberculose sont consignées dans le guide technique de la tuberculose en Côte d'Ivoire [11]. À Abidjan, plusieurs centres antituberculeux (CAT) ont été créés pour un souci de décentralisation. L'étude s'est déroulée dans le centre antituberculeux d'Adjamé (CATA). Ce centre a la plus importante activité de lutte contre la tuberculose en Côte d'Ivoire malgré la décentralisation.

Définition

La « tuberculose pulmonaire à microscopie positive » (TPM+) est définie comme suit [11,14] :

- deux frottis de crachats ou plus montrant des bacilles acido-alcoolo-résistants (BAAR) ou ;
- un frottis de crachats positif pour les BAAR plus une anomalie radiographique compatible avec une tuberculose pulmonaire active selon un médecin ou ;
- un frottis de crachat positif pour les BAAR plus une culture positive pour le *Mycobacterium tuberculosis*.

Les « structures sanitaires » regroupaient les hôpitaux, centres de santé et cabinets privés.

La « médecine alternative » qualifiait l'utilisation de la médecine traditionnelle (guérisseurs et marabouts) et l'automédication.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3419354>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3419354>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)