

Évaluation du « Health system delay » chez les patients tuberculeux à Saint-Louis du Sénégal

The “Health system delay” in tuberculosis patients in Saint-Louis Senegal

D. Massenet · M. Diop · D. Fall · S. Kante · B. Ndoye

Reçu le 20 février 2014 ; accepté le 21 octobre 2014
© Société de pathologie exotique et Lavoisier SAS 2014

Résumé Une étude prospective a été menée dans le district sanitaire de Saint-Louis (Sénégal) en 2012 pour évaluer la durée de la période allant de la première consultation d'un patient tuberculeux jusqu'au démarrage du traitement (Health system delay). Ce délai était en moyenne de 8,1 jours et se situe parmi les délais les plus courts relevés dans la littérature. Cette brièveté permet de réduire d'autant les risques d'infections liées au retard de soin. C'est un des axes de travail du Programme national de lutte contre les infections nosocomiales au Sénégal (PRONALIN), au même titre que la mise en place des procédures environnementales et l'utilisation des masques et équipements de protection respiratoire.

Mots clés Tuberculose · Health system delay · Infections associées aux soins · Saint-Louis · Sénégal · Afrique intertropicale

Abstract Sixty patients with positive acid fast bacilli sputum smears between were enrolled consecutively between March and August 2012 in the Saint-Louis (Senegal) health district to determine the Health System Delay in response to tuberculosis. The length of time between the first consultation of a TB patient and the start of treatment was, on average, 8.1 days and is among the shortest in the literature. This prompt-

ness reduces the risk of infection related to delayed care. This is one of the focuses of the National Programme of Fight against nosocomial infections in Senegal (PRONALIN), as well as the implementation of environmental procedures and the use of masks and respiratory protection equipment.

Keywords Tuberculosis · Health system delay · Health care associated infection · Saint-Louis · Senegal · Sub-Saharan Africa

Introduction

La tuberculose est une infection qui se transmet par voie aérienne. L'incidence serait directement liée au délai de contagiosité, c'est-à-dire le temps pendant lequel le patient dissémine des bacilles lors d'éternuements (15). Ce délai comporte deux périodes, une première comprise entre l'apparition des premiers symptômes et la première consultation dans une structure de santé, dénommée « Patient delay » dans la littérature anglophone et un autre allant de la consultation au démarrage du traitement avec un passage obligatoire par le laboratoire pour une recherche de bacilles acido-alcoolo résistants (BAAR) dans les crachats, appelée « Health system delay » (16). Le patient reste contagieux quelque temps après le début du traitement, mais l'élimination des bacilles par voie aérienne décroît rapidement (4).

Le but de la présente étude était d'évaluer le « Health system delay » dans le cadre du programme de prévention de la tuberculose associée aux soins. Elle a été menée dans le district de Saint-Louis du Sénégal (279 000 habitants et 881 km²) où la politique de lutte contre la tuberculose est basée sur le principe du DOTS (directly observed treatment short course) et où chaque année environ 250 cas sont diagnostiqués, pour une incidence légèrement inférieure à 100 cas pour 100 000 habitants.

D. Massenet (✉)
Centre de recherche médicale espoir pour la santé, Saint-Louis,
Sénégal
e-mail : denis.massenet@yahoo.fr

M. Diop
Région médicale, Saint-Louis, Sénégal

D. Fall · S. Kante
Centre de santé Léona, Saint-Louis, Sénégal

B. Ndoye
Plan national de lutte contre les Infections liées aux Soins, Dakar,
Sénégal

Méthode

L'enquête a été réalisée au Centre de santé de Léona à Saint-Louis du Sénégal entre mars et août 2012. Ce centre recevait des patients suspects de tuberculose identifiés au niveau des postes de santé du district par des infirmiers selon des critères cliniques classiques définis par le Plan national de lutte contre la tuberculose (PNT) : toux persistante depuis 15 jours et résistante aux antibiotiques, crachats striés de sang, difficulté à respirer, douleurs dans la poitrine, perte d'appétit et une perte de poids, sentiment de malaise général et de fatigue, sueurs de la fièvre.

Le diagnostic de tuberculose nécessitait une confirmation biologique par mise en évidence de BAAR après coloration de Ziehl dans deux échantillons distincts. Les examens ont été réalisés au niveau du laboratoire du centre de santé de Léona.

En cas de résultat positif, les patients étaient orientés vers le centre de traitement de Léona pour y recevoir le traitement adapté au diagnostic, nouveau cas, rechute, interruption de traitement, résistance.

L'étude menée a été de type prospectif et portait sur 60 patients atteints de tuberculose pulmonaire à microscopie positive (TPM+). Les dates de prescription de recherche de BAAR, de résultats d'examens au laboratoire et de début de traitement étaient facilement contrôlables et ont été prises en compte. Elles ont permis de déterminer le « health system delay » et le « treatment initiation delay » qui correspondaient respectivement au délai entre la première consultation dans un poste de santé et le démarrage du traitement et au délai entre la confirmation du diagnostic par le laboratoire et le démarrage du traitement (Fig. 1).

Les 60 patients diagnostiqués TPM+ se sont vus proposer un dépistage HIV, conformément à la politique actuelle de prise en charge.

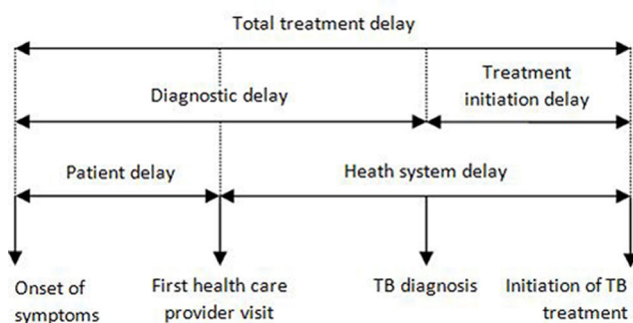


Fig. 1 Définition des différents types de délais pour la tuberculose d'après Van Wyk / *Definition of delay in tuberculosis treatment (Van Wyk)*

Résultats

Les 60 patients inclus dans l'étude se répartissaient en 44 hommes et 16 femmes. La moyenne d'âge était de 32 ans. La moitié des patients TPM+ provenaient des quartiers de Guet Ndar et de Pikine. L'étude prospective a montré que le « Health System Delay » était en moyenne de 8,1 jours (ET = 1,9) et le « treatment initiation delay » de 3,9 jours (ET = 1,6).

Sur la petite série étudiée, tous les patients diagnostiqués ont bénéficié d'un traitement : il n'y a pas eu d'évadés. 35 sur 60 patients ont accepté dépistage HIV, mais aucun ne s'est révélé positif.

Discussion

La majorité des patients de l'étude provenaient du quartier des pêcheurs de Guet et du quartier populaire semi-spontané de Pikine. Ces deux quartiers sont connus pour leur incidence particulièrement élevée pour les nouveaux cas de TB (9).

Le « Health system delay » était de 8,1 jours à Saint-Louis. Le délai entre la prescription de la recherche des BAAR dans les expectorations et la prise en charge du premier prélèvement au laboratoire était de 4,2 jours. Ce délai semblait raisonnable, car il prenait en compte les aléas relevant des patients (moyens de transport, disponibilité) et du laboratoire de Léona (horaires d'ouverture...) puisque les examens devaient être réalisés après la consultation sur des crachats émis au réveil.

Le « treatment initiation delay » était 3,9 jours. Ce délai était très court compte tenu que 2 prélèvements à 24 heures d'intervalle devaient être analysés.

Ces résultats sont certes limités à un seul des districts de la région de Saint-Louis, qui en comporte 5, Saint-Louis, Richard-Toll, Dagana, Podor et Peté. Mais ce district est le plus peuplé avec 279 427 habitants et 250 cas de TPM+ contre 929 845 habitants pour l'ensemble de la région et 397 TPM+ en 2009 (13).

Le « Health system delay » de 8,1 jours à Saint-Louis apparaissait largement inférieur en moyenne à ceux rapportés dans une revue de la littérature déjà ancienne (14) avec des valeurs comprises entre 2 et 120 jours, mais aussi dans des études récentes en Afrique, 33 jours en Ethiopie (1), 36 au Tchad (11), 62 au Mozambique (12), 11 semaines en Uganda (2) et seulement 7 jours à Luanda (8).

Ils reflétaient probablement une bonne organisation de la prise en charge des patients atteints de tuberculose dans ce centre de Léona qui cumulait consultation, laboratoire et démarrage du traitement. Mais surtout, le centre drainait une population résidant pour la plupart à moins de 5 km avec une accessibilité aux soins de 81% selon la définition de l'OMS (3). Il aurait été intéressant de comparer ces résultats

avec ceux de la région de Peté où l'accessibilité n'est que de 3 %.

Les facteurs qui ont conduit à obtenir ces bons résultats sur Saint-Louis auraient mérité une véritable étude qui prenait en compte le temps et le coût du transport jusqu'au Centre, le temps d'attente au Centre, la connaissance de la maladie par le patient, une activité professionnelle ou non... Cette étude n'a pu être réalisée faute de moyens.

Cette prise en charge efficace des patients TPM+ contribue à la limitation de la diffusion du bacille tuberculeux surtout dans le milieu communautaire, mais aussi dans les établissements de santé en cas de consultation ou d'hospitalisation de ces patients, s'inscrit dans une démarche positive de prévention de la diffusion de la tuberculose, de même que les nouvelles mesures préconisées par le Programme national de lutte contre les infections nosocomiales (PRONALIN) (10) au niveau national qui devrait réduire encore le risque épidémique qui a été signalé dans d'autres établissements d'Afrique (5-7).

Il s'agissait des mesures suivantes :

- questionnaires : structures locales ou comités chargés de gérer la question de la tuberculose et sa prévention ;
- administratives : tri et séparation des cas et des suspects ainsi que l'accélération de leur prise en charge ;
- environnementales : précautions aériennes et ventilation pour limiter les risques de transmission ;
- utilisation d'équipements de protection individuelle : masques et appareils de protection respiratoire.

Conclusion

En 2012, la prise en charge des patients tuberculeux dans le district de Saint-Louis était effectuée dans un délai raisonnable. C'était un point positif dans la prévention de la tuberculose associée aux soins, dont les résultats ne pourront être évalués que par la mise en place d'un système de surveillance de cette maladie dans les établissements de soins, ce qui se justifie aujourd'hui pleinement.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts

Références

1. Belay M, Bjune G, Ameni G, Abebe F (2012) Diagnostic and treatment delay among Tuberculosis patients in Afar Region, Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 12:369
2. Buregyeya E, Criel B, Nuwaha F, Colebunders R (2014) Delays in diagnosis and treatment of pulmonary tuberculosis in Wakiso and Mukono districts, Uganda. *BMC Public Health* 14:586
3. Cuisinier-Raynal JC Accessibilité et Performance des soins hospitaliers en situation de ressources limitées [http://u-bordeaux2-medtrop.org/doc/COURS/UE3&UE4/Acces%20aux%20soins_Pr%20Cuisinier%20Raynal.pdf]
4. Desenclos JC, Abiteboul D, Bouvet E, et al (1995) Focus on the role of ventilation and ultraviolet rays in preventing nosocomial transmission of tuberculosis in health care facilities. Groupe de travail sur la prévention de la transmission nosocomiale de la tuberculose (Direction Générale de la Santé). *Rev Pneumol Clin* 51(1):13-21
5. Eyob G, Gebeyhu M, Goshu S, et al (2002) Increase in tuberculosis incidence among the staff working at the Tuberculosis Demonstration and Training Centre in Addis Ababa, Ethiopia: a retrospective cohort study (1989-1998). *Int J Tuberc Lung Dis* 6:85-8
6. Harries AD, Argreaves NJ, Gausi F et al (2002) High death rates in health care workers and teachers in Malawi. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 96(1):34-7
7. Kayanja HK, Debanne S, King C, et al (2005) Tuberculosis infection among health care workers in Kampala, Uganda. *Int J Tuberc Lung Dis* 9(6):686-8
8. Lusignani LS, Quaglio G, Atzori A, et al (2013) Factors associated with patient and health care system delay in diagnosis for tuberculosis in the province of Luanda, Angola. *BMC Infect Dis* 13:168
9. Massenet D, Fall D, Diop M, et al (2013) Répartition spatio-temporelle des cas de tuberculose dans la ville de Saint-Louis du Sénégal entre 2008-2011. *Rev Epidemiol Sante Publique* 61(5):421-8
10. Ndoye B, Massenet D (2008) Le Sénégal face aux infections liées aux soins : actualités et perspectives. *Hygiène* 16(1):76-9
11. Ngangro NN, Ngarhounoum D, Ngangro MN, et al (2012) Pulmonary tuberculosis diagnostic delays in Chad: a multicenter, hospital-based survey in Njamena and Moundou. *BMC Public Health* 12:513
12. Saifodine A, Gudo PS, Sidat M, Black J (2013) Patient and health system delay among patients with pulmonary tuberculosis in Beira city, Mozambique. *BMC Public Health* 13:559
13. Service National de l'Information Sanitaire, Ministère de la Santé et de la Prévention (SNIS), Sénégal Annuaire statistique 2009
14. Storla DG, Yimer S, Bjune GA (2008) A systematic review of delay in the diagnosis and treatment of tuberculosis. *BMC Public Health* 8:15
15. Uys PW, Warren RM, van Helden PD (2007) A threshold value for the time delay to TB diagnosis. *PLoS One* 2(8):e757
16. Van Wyk SS, Enarson DA, Beyers N, et al (2011) Consulting private health care providers aggravates treatment delay in urban South African tuberculosis patients. *Int J Tuberc Lung Dis* 15(8):1069-76