

FACTEURS ASSOCIES AU RETARD DE DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE DANS LA BANLIEUE DAKAROISE (SENEGAL)

LEYE MMM¹, THIAM K², SECK I³, DIOP MD⁴, DIONGUE M¹, SOW A⁵, SOUGOU NM⁵, FAYE A², TAL-DIA A⁶

RESUME

Introduction : La tuberculose pose un problème de santé publique au Sénégal. Dans la banlieue dakaroise, le risque de transmission de cette maladie est élevé lié à la promiscuité, à la pauvreté et à l'ignorance de la maladie par les populations. Ainsi, l'objectif de cette étude était d'identifier les facteurs associés au retard de diagnostic de la tuberculose dans le district sanitaire de Pikine.

Matériels et méthode : Une enquête transversale descriptive et analytique a été menée. Elle portait sur les patients tuberculeux pulmonaires qui s'étaient présentés dans les centres de traitement antituberculeux du district de Pikine dans la période du 1er janvier au 31 décembre 2013. Un recrutement exhaustif a été effectué durant la période d'étude. Les données collectées étaient analysées grâce au logiciel Epi Info 3.3.2.

Résultats : L'âge moyen des patients était de 32,4 ± (13,4) ans. L'âge variait de 1 an à 81 ans. Les patients de sexe masculin prédominaient soit 73,5%. Le ratio hommes/femmes était de 2,8. Les patients avaient informé la maladie à leurs entourages familial et professionnel respectivement dans 98% et 41,2% des cas. Selon le mode de recours aux soins, les patients recouraient aux médecines moderne (57,4%), traditionnelle (5,6%) et à l'automédication (37%). Les patients ayant accusé un retard de consultation étaient au nombre de 300 soit 45,2%. Ceux qui avaient ces connaissances avaient moins de risque d'accuser un retard de consultation par rapport aux autres. Les patients avec microscopies positive ayant accusé un retard de demande de BAAR étaient au nombre de 336 soit 56,6%. Les patients de sexe masculin ou qui s'automédiquaient étaient plus enclins aux retards de consultation et de demande de BAAR.

Conclusion : La sensibilisation des populations pour un recours précoce aux structures sanitaires devant tout signe suspect de tuberculose et le partage de la maladie avec son entourage contribueront à réduire l'incidence de la tuberculose dans la banlieue dakaroise.

Mots-clés : Tuberculose, retard, consultation, BAAR, Sénégal

ABSTRACT

FACTORS ASSOCIATED WITH LATE DIAGNOSIS OF TUBERCULOSIS IN SUBURBS OF DAKAR (SENEGAL)

Introduction : Tuberculosis is a public health problem in Senegal. In the suburbs of Dakar, the risk of transmission of this disease is high due to promiscuity, poverty and ignorance of the people. Thus, the objective of this study was to identify factors associated with TB diagnostic delay in the health district of Pikine.

Materials and methods : A descriptive and analytical cross-sectional survey was conducted. It focused on the pulmonary TB patients who had presented in TB treatment centers Pikine District in the period 1 January to 31 December 2013. A comprehensive recruitment was conducted during the study period. The collected data were analyzed using Epi Info 3.3.2 software.

Results : The average age of patients was 32.4 ± (13.4) years. The age ranged from 1 year to 81 years. The male patients were predominant 73.5%. The male / female ratio was 2.8. Patients had informed the disease to their family and professional entourages respectively 98% and 41.2% of cases. Depending on the mode of seeking care, patients resorted to modern medicine (57.4%), traditional (5.6%) and self-medication (37%). Patients who accused a consultation late numbered 300 or 45.2%. Those who had this knowledge were less likely to lag behind consultation to others. Patients with positive AFB microscopy having accused a request delay numbered 336 or 56.6%. The male patients or who were self-medication more likely to delay consultation and application of AFB.

Conclusion : Public awareness for early recourse to health facilities to any suspicious signs of TB and the sharing of the disease with its surroundings will help reduce the incidence of TB in the suburbs of Dakar.

Keywords: Tuberculosis, late, consultation, Senegal

1. Maître-Assistant au service de Médecine Préventive et Santé Publique, Faculté de Médecine, Pharmacie et Odontologie, Institut de Santé Et Développement (ISED), UCAD, DAKAR

2. Assistant service de pneumologie, Hôpital Fann, UCAD Dakar

3. Maître de conférence agrégé au service de Médecine Préventive et Santé Publique, Faculté de Médecine, Pharmacie et Odontologie, UCAD, DAKAR

4. Médecin généraliste, hôpital Pikine Dakar

5. Assistant au service de Médecine Préventive et Santé Publique, Faculté de Médecine, Pharmacie et Odontologie, Institut de Santé Et Développement (ISED), UCAD, DAKAR

6. Professeur au service de Médecine Préventive et Santé Publique, Chef de service, Directrice de l'ISED, UCAD, Dakar.

Auteur correspondant : Dr Mamadou Makhtar MBacké LEYE- Service : Médecine Préventive et Santé Publique, UCAD-DAKAR - BP : 16 390, Dakar Fann, Sénégal - Tél : Portable=(221) 776 345 227 Bureau=(221) 338 249 878 - Email: mamadou.leye@yahoo.fr / mamadou.leye@ucad.edu.sn

INTRODUCTION

Au Sénégal, la tuberculose sévit de façon endémique et constitue la plus fréquente des affections opportunistes au cours de l'infection à VIH. L'incidence estimée est de 136 cas de tuberculose toutes formes pour 100 000 habitants (112-162) avec un taux de détection des tuberculoses toutes formes de 63% (53-77). Les cas attendus de coïnfection sont estimés à 1700 (1400–2100) soit 14 cas pour 100 000 habitants (11–16) [1]. Le taux de guérison était de 78% ; 12810 cas (69 %) ont été détectés pour l'année 2012, contre 11610 cas (63 %) enregistrés pour l'année 2011[2, 3].

Malgré des efforts réalisés par rapport aux années précédentes, les objectifs de dépistage de 70% et de guérison 85% fixés dans la stratégie « Halte à la Tuberculose » n'ont pas été atteints. A cela s'ajoutent des problèmes de stigmatisation, d'urbanisation favorisant une promiscuité plus grande dans la banlieue dakaroise [3].

Plusieurs facteurs peuvent expliquer le retard de dépistage. En effet, le site de premier contact et le type de comportement de recours aux soins ont été variables. Pour 54 % des patients interrogés, le recours aux soins médicaux non conventionnels a été l'option adoptée en premier. Ainsi, l'automédication a été le comportement de premier recours le plus utilisé (46 %) par l'ensemble des patients [4]. Les prestataires peuvent aussi retarder le diagnostic de la tuberculose en raison d'un manque de formation sur la maladie ou au dysfonctionnement du système de santé où plus de 30% des soins sont offerts au niveau des postes de santé [5, 6].

Cette situation nécessite la mise en place de mesures qui pourraient permettre l'accélération du diagnostic précoce de la maladie, en vue d'une prise en charge rapide et efficace et d'une réduction rapide du temps d'exposition de l'entourage des malades.

C'est dans ce contexte que nous nous proposons d'identifier les facteurs associés au retard de diagnostic de la tuberculose dans le district sanitaire de Pikine.

CADRE D'ÉTUDE

L'étude a été réalisée dans le district sanitaire de Pikine qui est l'un des dix (10) districts qui compte la région de Dakar, capitale du Sénégal. La population générale du district est estimée à : 365 873habitants [8] faisant de lui, le deuxième plus grand district du Sénégal. Elle représente 23% de la population de la région de Dakar estimée à 2 632 191 habitants. La densité est de : 23 913 habitants / km² [7]. Le district dispose de trois (3) laboratoires qui mènent tous des activités de prise en charge de la tuberculose. Au niveau du centre de santé le responsable de l'unité de microscopie est un technicien supérieur en biologie,

formé par le programme. Le laboratoire participe régulièrement au contrôle de qualité national. Le Centre de Traitement et de Dépistage (CDT) est géré par un infirmier d'Etat, assisté de deux aides infirmiers. Le centre utilise le registre standard du Programme National de lutte contre la Tuberculose (PNT) et enregistre pour tous les malades : la catégorie de malade, le traitement instauré, les résultats des examens de suivi et l'issue du traitement selon les définitions du PNT et de l'OMS.

Les activités du CDT consistent à répertorier les malades diagnostiqués tuberculeux, de donner le traitement antituberculeux, de surveiller l'observance du traitement, son évolution, ses effets secondaires, de faire les contrôles des crachats BAAR, de sensibiliser les malades ayant abandonnés leurs traitements et de dépister l'entourage.

MATÉRIELS ET MÉTHODE

Type et période d'étude

Il s'agit d'une enquête transversale descriptive et analytique portant sur les patients tuberculeux pulmonaires qui s'étaient présentés dans les centres de traitement antituberculeux du district de Pikine dans la période du 1er janvier au 31 décembre 2013.

Population d'étude

Elle concernait à tous les patients tuberculeux pulmonaires avec un frottis positif (TPM+) ou négatif (TPM-) qui s'étaient présentés au niveau des centres de traitement antituberculeux du district sanitaire de Pikine durant la période d'étude.

Base de sondage

La base de sondage était représentée par les patients inscrits sur les registres de traitement et de laboratoire des centres de traitement de la tuberculose de la ville de Pikine.

L'unité statistique était représentée par tout malade en cours de traitement d'une tuberculose pulmonaire positive ou négative et enregistré dans les CDT du district de Pikine.

Critères d'inclusion et de non inclusion

Était inclus dans notre étude, tout malade tuberculeux pulmonaire ayant un frottis positif ou négatif enregistré dans les CDT du district de Pikine. Était non inclus dans notre étude, tout malade tuberculeux pulmonaire ayant un frottis positif ou négatif enregistré dans les CDT du district de Pikine et ne disposant pas de données de dépistage sur les registres de traitement et de laboratoire.

Echantillonnage

Un recrutement exhaustif a été effectué durant la période d'étude.

Outils et techniques de collecte

Un questionnaire et une fiche de recueil des données ont été confectionnés pour recueillir les données. Le questionnaire administré aux patients a permis de recueillir les données relatives aux caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, instruction), comportementales (suspicion de la tuberculose, information de la maladie à leurs entourages familial et professionnel, le premier recours).

Quant à la fiche, elle a permis de recueillir les données de crachats BAAR des patients au niveau des registres de suivi des patients tuberculeux du district.

L'identification des unités statistiques a été faite à partir des registres de traitement et de laboratoire des centres de traitement antituberculeux du district de Pikine. Il s'agissait de malades ayant une tuberculose pulmonaire à microscopie positive ou négative en cours de traitement. Des interviews directes ont été effectuées avec les patients tuberculeux inclus. L'enquête a été complétée par le dépouillement des données de crachats BAAR sur les registres de traitement et de laboratoire dans le district de Pikine.

Définitions opérationnelles des variables de l'étude

Un patient présentait un retard de consultation lorsque toute consultation en médecine moderne pour toux de plus de 15 jours.

Il présentait un retard de prescription de BAAR lorsque toute prescription de BAAR s'était fait au-delà d'un (1) jour chez un tousseur de plus de 15 jours ou une prescription de BAAR au-delà de 15 jours chez un tousseur de moins de 15 jours mais revenu pour le même symptôme au moins 15 jours après sa première consultation.

Saisie et analyse des données

Les données collectées étaient saisies sur Excel et analysées grâce au logiciel Epi Info 3.3.2. Une analyse statistique a été faite à l'aide de ce logiciel.

La première étape était une description des différentes variables collectées en termes de paramètres de position (moyennes, fréquences) et de paramètres de dispersion (écart type). La deuxième étape concernait l'étude analytique et comporte une analyse bivariée. Des croisements entre variables étaient effectués pour répondre aux attentes des objectifs concernant des déterminants. Les tests du Khi 2 ou Fisher ont permis de rechercher un lien statistiquement significatif entre les variables croisées. Le test était significatif si le p était inférieur à 0,05. L'odds ratio (OR) entouré de son intervalle de confiance (IC) permettait de quantifier la force du lien.

Considérations éthiques

Une autorisation d'enquête a été délivrée par le Médecin Chef de la région médicale de Dakar. Le consentement libre et éclairé de chaque personne à enquêter a été obtenu avant l'interview. Ces person-

nes pourront à tout moment retirer leur assentiment et donc se retirer de l'étude sans préjudice. Les données étaient recueillies dans l'anonymat et gardées de façon confidentielle. Seuls les responsables de l'étude pourront avoir accès aux données car détenant le code de déverrouillage des informations saisies dans une maquette Excel.

Résultat

Au terme de la collecte des données, 663 patients ont été enquêtés.

Etude descriptive

Caractéristiques sociodémographiques

L'âge moyen des patients était de $32,4 \pm (13,4)$ ans. L'âge variait de 1 an à 81 ans. Le mode et la médiane étaient respectivement de 25 ans et 30 ans. Les patients âgés de 60 ans représentaient 3,8% de la population enquêtée. Les patients de sexe masculin prédominaient soit 73,5%. Le sex-ratio était de 2,8. Les patients étaient mariés dans 48,3% des cas. Les patients étaient de niveau primaire, secondaire, supérieur respectivement dans 57,5%, 26,7% et 11% des cas. Les non instruits représentaient 4,8% des cas.

Caractéristiques comportementales

Les patients avaient informé la maladie à leurs entourages familial et professionnel respectivement dans 98% et 41,2% des cas. Seuls 5,6% des patients suspectaient la tuberculose à la suite d'une toux chronique. Le délai moyen de consultation était de $20,3 \pm (14,8)$ jours. Le mode et la médiane étaient de 15 jours. Les extrêmes étaient de 0 jour et 150 jours.

Selon le mode de recours aux soins, les patients recouraient aux médecines moderne (57,4%), traditionnelle (5,6%) et à l'automédication (37%).

Retard diagnostique

Les patients ayant accusé un retard de consultation étaient au nombre de 300 soit 45,2%.

Les patients avaient des microscopies positive et négative respectivement dans 89,6% et 9,3% des cas. La microscopie n'était pas faite chez 1,1% des patients. Le délai moyen de demande de BAAR était de $5,5 \pm (5,2)$ jours. Le mode et la médiane étaient respectivement de 1 jour et 5 jours. Les extrêmes étaient de 1 jour et 5 jours. Les patients avec microscopies positive ayant accusé un retard de demande de BAAR étaient au nombre de 336 soit 56,6%.

Etude analytique

Caractéristiques sociodémographiques et retard de consultation

Il y avait un lien statistiquement significatif entre le sexe et le retard de consultation ($p < 0,05$). Les patients de sexe masculin avaient 2,5 fois plus de risque d'accuser un retard de consultation par rapport

aux autres. Il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre les autres caractéristiques sociodémographiques et le retard de consultation ($p > 0,05$) (tableau I).

Tableau I : Analyse des caractéristiques sociodémographiques selon le retard de consultation

Caractéristiques sociodémographiques	Modalités	Retard de consultation			
		Oui	Non	P	OR (IC)
Sexe*	Masculin	225 (51,5%)	212 (48,5%)	0,0001	2,5 [1,6 – 3,3]
	Féminin	46 (29,3%)	111 (70,7%)		
Classes d'âge (ans)	<60	257 (45,2%)	312 (54,8%)	0,29	-
	≥ 60	14 (56%)	11 (44%)		
Instruite	Oui	260 (46%)	305 (54%)	0,39	-
	Non	11 (37,9%)	18 (62,1%)		

* : lien statistiquement significatif

Caractéristiques sociodémographiques et retard de demande de BAAR

Il y avait un lien statistiquement significatif entre le sexe et le retard de demande de BAAR ($p < 0,05$). Les patients de sexe féminin avaient 1,4 fois plus de risque d'accuser un retard de demande de BAAR par rapport aux autres.

Il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre les autres caractéristiques sociodémographiques et le retard de demande de BAAR ($p > 0,05$) (tableau II).

Tableau II : Analyse des caractéristiques sociodémographiques selon le retard de demande de BAAR

Caractéristiques sociodémographiques	Modalités	Retard de demande BAAR			
		Non	Oui	P	OR (IC)
Sexe*	Féminin	79 (50,3%)	78 (49,7%)	0,04	1,4 [1,1 – 2,1]
	Masculin	178 (40,8%)	258 (59,2%)		
Classes d'âge (ans)	<60	244 (43%)	323 (57%)	0,62	-
	≥ 60	12 (48%)	13 (52%)		
Instruite	Oui	245 (43,4%)	320 (56,6%)	0,95	-
	Non	12 (42,9%)	16 (57,1%)		

* : lien statistiquement significatif

Comportements des patients et retard de consultation

Il y avait un lien statistiquement significatif entre le fait d'informer sa maladie à l'entourage professionnel et le retard de consultation ($p < 0,05$). Les patients qui avaient ces connaissances avaient moins de risque d'accuser un retard de consultation par rapport aux autres.

Les patients qui recouraient à l'automédication avaient 1,5 fois plus de risque d'accuser un retard de consultation par rapport aux autres dont leur premier recours était la médecine (tableau III).

Tableau III : Analyse des comportements des patients selon le retard de consultation sur la tuberculose

	Modalités	Retard de consultation					
		Non	Oui	P	OR (IC)		
Suspicion de la tuberculose	Oui	13 (38,2%)	21 (61,8%)	0,37	-		
	Non	258 (46,1%)	302 (53,9%)				
Informations entourage familial	Oui	8 (72,7%)	3 (18,3%)	0,068	-		
	Non	263 (45,1%)	320 (54,9%)				
Informations entourage professionnel*	Oui	73 (32,6%)	151 (67,4%)	0,0001	0,4 [0,3-0,5]		
	Non	181 (55,6%)	157 (44,4%)				
Premier recours*	Automédication	128 (58,2%)	92 (41,8%)	0,0001	1,5 [1,3 – 1,8]		
	Médecine	128 (38,2%)	207 (61,8%)				
	Tradipraticien	12 (35,3%)	22 (64,7%)			0,73	-
	Médecine	128 (38,2%)	207 (61,8%)				

* : lien statistiquement significatif

Tableau IV : Analyse des connaissances sur la tuberculose selon le retard de demande de BAAR

Comportements des patients	Modalités	Retard de demande BAAR			
		Non	Oui	P	OR (IC)
Suspicion de la tuberculose	Oui	15 (44,1%)	19 (55,9%)	0,12	
	Non	321 (57,4%)	238 (42,6%)		
Informations entourage familial	Oui	328 (56,4%)	254 (43,6%)	0,068	-
	Non	8 (72,2%)	3 (17,8%)		
Informations entourage* professionnel	Oui	108 (48,2%)	116 (51,8%)	0,0004	0,5 [0,4 0,7]
	Non	204 (63,4%)	118 (36,4%)		
Premier recours aux soins*	Automédication	141 (64,1%)	79 (35,9%)	0,008	1,7 [1,1- 2,5]
	Médecine moderne	176 (52,7%)	158 (47,3%)		
	Tradipraticien	16 (47,1%)	18 (52,9%)	0,53	-
	Médecine moderne	176 (52,7%)	158 (47,3%)		

* : lien statistiquement significatif

Caractéristiques comportementales et retard de demande de BAAR

Les patients qui recouraient à l'automédication avaient 1,7 fois plus de risque d'accuser un retard de demande de BAAR par rapport aux autres dont leur premier recours était la médecine. Il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre la suspicion de la tuberculose et le retard de demande de BAAR (tableau IV).

DISCUSSION

Au total, 663 patients ont été enquêtés. Selon le mode de recours aux soins, les patients recouraient aux médecines moderne (57,4%), traditionnelle (5,6%) et à l'automédication (37%). Les patients ayant accusé un retard de consultation étaient au nombre de 300 soit 45,2%. Ceux qui étaient de sexe masculin ou qui recouraient à l'automédication avaient 1,5 fois plus de risque d'accuser un retard de consultation. Par contre, les patients qui avaient ces connaissances avaient moins de risque d'accuser un retard de consultation par rapport aux autres. Les patients avec microscopies positive ayant accusé un retard de demande de BAAR étaient au nombre de 336 soit 56,6%. Les patients qui avaient ces connaissances avaient moins de risque d'accuser un retard de consultation par rapport aux autres. Ceux de sexe masculin ou qui s'automédiquaient étaient plus enclins aux retards de consultation et de demande de

Retard diagnostique

Le délai médian de consultation était de 15 jours. Ce délai de recours aux soins est égal à celui de Chong [8] et inférieur à celui de Lorent N [9], de Camara [10], de Carolyn [11] et de Mesfin [12], qui était respectivement de 25 jours, 5 semaines, de 61 jours et de 2 à 4 semaines. De même, notre délai médian de recours aux soins reste inférieur à celui de 30 jours obtenu dans la série de Solomon Y [13] et à celui de Zerbinie E [14] en 2008 en Argentine qui est de 31 jours. En 2014, en Inde, l'étude de Sreeramreddy C. T [15] a trouvé un délai médian de 18,4 jours supérieur à celui de notre étude. Dans notre série, 300 tousseurs chroniques ont consulté au-delà de 15 jours après la date de début de leur symptomatologie ; soit un taux de retard de consultation de 45,2 %. Un taux de retard de soins plus élevé a été retrouvé dans l'étude de Camara soit 71% [10] en Guinée et plus faible avec Solomon [13] en Ethiopie (28%). Ce retard de consultation chez les TPM+ va entraîner la propagation de la maladie au sein de la communauté d'où la nécessité d'intensifier la sensibilisation pour un recours précoce au niveau des structures sanitaires. Par ailleurs, un deuxième retard imputable au prestataire peut être noté. Ainsi, il correspond au délai entre la consultation du tousseur chronique et la demande de BAAR par le prestataire. Dans notre étude, le délai médian de demande de BAAR de 5 jours après la consultation, était inférieur aux 9 semaines de la série de Camara A. [10] en Guinée, aux 12,5 jours Zerbinie E [14], aux 28 jours de Lorent N [9]. Le retard de demande de BAAR était observé chez 56,6 % des patients à TPM+ dans notre série. En effet, contrairement au premier retard, le délai de demande de BAAR était lié au manque de réflexe de certains prestataires ou à un manque de formation. Dans notre étude, les malades ayant présenté un retard de demande de BAAR étaient plus consultés par les infirmiers que par les médecins. L'insuffisance de formations des infirmiers sur la tuberculose et sur les recommandations du programme national de lutte contre la tuberculose pourrait expliquer cet état de fait. La proportion de TPM+ était de 89,6%. Ce taux est supérieur à celui obtenu dans l'étude de Mesfin M [12].

Aspects sociodémographiques et le retard diagnostique

Dans notre étude, les patients de sexe masculin avaient 2,5 fois plus de risque de retard de consultation alors que le sexe féminin avait 1,4 fois plus de risque de retard de demande de BAAR. Ce résultat est similaire par rapport à ceux retrouvés dans les études de Ngangro N [16] en 2012 et de XU X [16] en Chine en 2013. Ceci peut être expliqué que dans notre milieu, les hommes, à cause de leur manque de

temps, de leur travail et de leur activité consultaient tardivement. Par contre, les femmes en majorité ménagères avaient du temps pour se faire consulter dès l'apparition des premiers signes comme la toux. Par conséquent, lors de leur consultation en cette période, les prestataires n'avaient pas le réflexe de demander les crachats BAAR car la durée de la toux était moins de 15 jours. Par ailleurs, l'influence du niveau d'instruction sur le retard de consultation a été notée par Carolyn [11] au Pérou. Cependant, Camara [10] en Guinée n'a pas trouvé de lien entre le niveau d'instruction et le délai de diagnostic de la tuberculose comme dans notre étude. Le niveau d'instruction pourrait faciliter l'accès à l'information sur la maladie à travers plusieurs sources. Les auteurs de plusieurs études plaident, pour une information plus systématique, complète et permanente sur les symptômes de la tuberculose et l'offre de services TB auprès de la population car selon eux, l'utilisation de ses services dans un délai raisonnable est lié au niveau de connaissances sur la TB [4,17]. Par conséquent, les populations pourront se faire consulter précocement à titre d'exemple en cas de suspicion de la tuberculose. L'instruction des populations vise à des changements de comportements favorables au diagnostic précoce de la tuberculose en vue d'une bonne prise en charge.

Aspects comportementaux et le retard diagnostique

Dans notre série les patients qui avaient informé leur entourage professionnel de leur maladie avaient moins de risque de présenter un retard diagnostique de la tuberculose. Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'étant instruits et ne pouvant pas travailler à cause des signes de la maladie, ces personnes consultaient tôt d'où leur prise en charge précoce. Par contre, ceux qui n'avaient pas informé leurs entoures familial ou professionnel par peur d'être stigmatisés ou de perdre leur emploi avaient plus de risque de présenter un retard de consultation. Cependant, dans l'étude de Chong [8], la confiance des patients dans l'automédication et les remèdes traditionnels ont abouti à un retard significatif du diagnostic de la maladie de même que dans l'étude de Rojpbulstit [18]. De ce fait, l'amélioration des connaissances des populations sur la tuberculose pourrait inciter ces dernières à se faire consulter précocement au niveau des structures sanitaires. Dans notre étude, ce recours à la médecine traditionnelle retardait le diagnostic de 3,6 fois lorsque le tousseur chronique avait consulté plus d'un tradipraticien. Le recours à la médecine non conventionnelle retardait le diagnostic de 1,5 fois [11]. Dans la série de Camara A en Guinée [11] et Solomo en Ethiopie [14] le recours à la médecine traditionnelle représentait respectivement 26% et 30%. Le recours aux tradipraticiens serait lié aux croyances socioculturelles mais aussi à un manque

de connaissances des populations sur la tuberculose. De ce fait, la sensibilisation de la communauté sur la tuberculose est une stratégie efficace pour la consultation précoce des personnes en vue de diagnostiquer précocement cette affection.

Limites de l'étude

L'étude présente des limites. En effet, l'accessibilité financière au diagnostic de la tuberculose, associée aux recours multiples en médecine traditionnelle, mixte ou à l'automédication, n'a pas été prise en compte dans cette étude. Par ailleurs, une enquête qualitative aurait pu être menée pour mieux cerner les déterminants du retard diagnostique de la tuberculose au sein de la communauté.

CONCLUSION

La tuberculose reste problématique dans la banlieue dakaroise notamment dans le district de Pikine caractérisé par une promiscuité grandissante. En effet, les patients accusaient des retards de consultation et de demande de BAAR respectivement dans 45,2% et 56,6% des cas. L'absence de partage de la maladie avec son entourage professionnel et le recours aux tradipraticiens étaient les facteurs associés au retard diagnostique. Face à cette situation, il paraît opportun pour les organisations communautaires de base de renforcer la sensibilisation auprès des populations en vue d'un recours précoce aux structures sanitaires devant des signes suspects tels qu'une toux de plus de 15 jours et de former les prestataires pour une demande de BAAR précoce devant tout patient suspect.

RÉFÉRENCES

1. Programme National de lutte contre la Tuberculose. Plan stratégique de lutte contre le VIH/Sida au Sénégal période 2013 - 2017. Dakar : MSAS/PNT ; 2012 ; 100p.
2. Ministère de la santé et de la prévention du Sénégal/ Service national de l'information Sanitaire. Annuaire statistique 2009 Dakar (Sénégal). Dakar : MSAS ; 2010. 128 – 177.
3. Collège des Universitaires des Maladies Infectieuses et Tropicales. Tuberculose, In E PILLY : Vivactis plus Ed. Bordeaux: 2006; 427-434.
4. NanaY A, Noeske J, Angumua C, Bowong S, Aimé F L. Prise en charge des patients souffrant de la tuberculose en milieu urbain : offre de soins et parcours thérapeutique. Santé Publique. 2013 ; 5 (25) : 647-653.
5. Clemens JD, Chuong JJH, Feisten A,F. The BCG controversy a methodological and statistical reappraisal .JAMA 1983; 249: 2362-2369.
6. HuchonG. Tuberculose, Ed. Estem. Paris: 1994; 1, 9, 10, 100 pp.
7. Ministère de la santé et de la prévention Sénégal

- / District sanitaire de Pikine. Présentation du district. Dakar : District de Pikine ; 2013.
8. Chong K L. Delay in the diagnosis and treatment of pulmonary tuberculosis in patients attending a university teaching hospital. *Int J Tuberc Lung Dis.* 1997; 1 (4): 326-332.
 9. Lorent N, Mugwaneza P, Mugabekazi J. Risk factors for delay in the diagnosis and treatment of tuberculosis at a referral hospital in Rwanda. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2008; 12 (4) : 392-396.
 10. Camara A, Bah S O Y, Baldé N M, Camara L M et al. Influence des parcours de soins sur le début du traitement antituberculeux à Conakry (Guinée). *Med Trop.* 2009 ; 69 : 241-244.
 11. Carolyn M, Ford A M, Bayer R H, Gilman D O et al. Factors Associated with Delayed Tuberculosis Test-seeking Behavior in the Peruvian Amazon. *Am. J. Trop Med Hyg.* 2009 ; 81 (6): 1097–1102.
 12. Mesfin M M, Newell N J, Madeley J R, Mirzoev N T et al. Implications of delays to tuberculosis diagnosis among pulmonary tuberculosis patients in Ethiopia. *BMC. Public Health.* 2010 ; 10, 173.
 13. Solomon Y, Carol H H, Tilahun Y, Gunnar B. Health care seeking among pulmonary tuberculosis suspects and patients in rural Ethiopia: a community-based study. *BMC. Public Health.* 2009 ; 9 – 454.
 14. Zerbini E, Chirico M C, Salvadores B. Delay in tuberculosis diagnosis and treatment in four provinces of Argentina. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2008; 12 (1): 63-68.
 15. Sreeramareddy C T, Qin Z Z, Satyanarayan A. Delays in diagnosis and treatment of pulmonary tuberculosis in India. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2014; 18 (3): 255-266.
 16. Xu X, Liu J H, Cao S Y. Delays in care seeking, diagnosis and treatment among pulmonary tuberculosis patients in Shenzhen, China. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2013; 17 (5) : 615-620.
 17. Luis SF, Kamp N, Mitchell EM, Henriksen K, Van Leth F. Healthseeking norms for tuberculosis symptoms in southern Angola: implications for behavior change communications. *Int J Tuberc Lung Dis* 2011;15(7):943-8.
 18. Rojpibulstit M, Kanjanakiritamrong J, Chongsuvivatwong V. Patient and health system delays in the diagnosis of tuberculosis in Southern Thailand after health care reform. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2006 Apr;10(4):422-8.