

Co-infection tuberculose-VIH : état des Connaissances et attitudes du personnel de santé en milieu pneumologique à Abidjan / Tuberculosis-Hiv Co-Infection: Knowledge and Attitudes of Healthcare Workers at Pneumophthisiology Department in Abidjan

KONÉ Zakaria, DAIX Ahou Thomas Joseph, Samaké Kadiatou, Bakayoko-yéo Alimata Sandia, Coulibaly Gahoussou, Kouao Domoua Serge Médard.

Service de pneumo-phthisiologie
Adresse Postale: BP V 3 CHU Treichville Abidjan 01

Auteur correspondant : Koné Zakaria - kzakaria73@yahoo.fr

RÉSUMÉ

Objectif. Evaluer les connaissances et attitudes des médecins et infirmiers des services de pneumo-phthisiologie (PPH) des CHU d'Abidjan sur la co-infection tuberculose/VIH.

Méthodes. Etude prospective, transversale et descriptive basée sur un questionnaire administré aux agents de santé concernés, allant du 3 au 31 mars 2015.

Résultats. Le taux de réponse au questionnaire était de 79,4%. L'âge moyen du personnel soignant composé de 50% de médecins et 50% d'infirmiers, était de 41 ans avec une prédominance masculine à 61% et une durée moyenne d'exercice de 8 ans. Tout le personnel soignant avait une bonne connaissance de la durée du traitement antituberculeux en cas de co-infection tuberculose/VIH et 96,3% connaissaient le protocole thérapeutique utilisé ainsi que le risque de rechute de la tuberculose plus élevé chez les PVVIH. Cependant, 63% pensaient que le taux de guérison de la tuberculose est plus faible chez les PVVIH et seuls 18,5% connaissaient les deux stratégies recommandées pour une lutte efficace contre la co-infection tuberculose/VIH. Les agents interrogés ont affirmé à 90,7%, proposer systématiquement un test sérologique VIH à tous les patients atteints de tuberculose et 87% ont déclaré toujours les informer du résultat de leur dépistage VIH. Bien que 92,6% aient affirmé connaître les éléments de la surveillance des patients sous cotrimoxazole, le rythme de réalisation des examens clinique et biologique de contrôle était méconnu respectivement de 69,1% et 68,5% d'entre eux.

Conclusion. Les connaissances et attitudes du personnel de santé des services de PPH d'Abidjan sur la co-infection tuberculose/VIH sont globalement satisfaisantes.

MOTS-CLÉS: Connaissances, Attitude, Co-infection-tuberculose/VIH, Personnel de santé.

ABSTRACT

Objective. To evaluate the knowledge and attitudes of the physicians and nurses on tuberculosis(TB)/ HIV co-infection at the Pneumophthisiology(PPH) Departments of the University Teaching Hospitals (UTH) in Abidjan.

Methods. That was a prospective, cross-sectional, and descriptive study conducted from March 3-31, 2015 based on a questionnaire given to the selected healthcare workers.

Results. The response rate to the questionnaire was 79.4%. The average age of healthcare workers, consisted of 50% of physicians and 50% of nurses was 41 years old with a male predominance (61%). The average duration of practice was 8 years. All participants had a better knowledge of TB treatment duration in case of TB / HIV co-infection. 96.3% of the healthcare workers knew the treatment protocol and the risk of relapse of TB, which was high within the PLHIV. However, 63% thought that the cure rate for TB was lower within the PLHIV, and only 18.5% knew the two recommended strategies of the efficient fight against TB / HIV co-infection. 90.7% of healthcare workers had reported to offer systematically HIV testing to all patients with TB while 87% always informed them about their result. Although 92.6% of caregivers mentioned that they were aware of the surveillance items of patients under cotrimoxazole, the rhythm of completion of clinical and biological examinations checkup was unknown in 69.1% and 68.5%, respectively.

Conclusion. The knowledge and attitudes of the physicians and nurses on the tuberculosis / HIV co-infection are generally satisfactory at the PPH departments in Abidjan.

KEYWORDS: Knowledge, Attitude, Tuberculosis/HIV, Co-infection, Healthcare workers.

INTRODUCTION

En Afrique sub-Saharienne, la tuberculose reste la principale cause de décès chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) sous traitement antirétroviral (TARV) ou non¹⁻⁴.

En Côte d'Ivoire, la prévalence du VIH était en 2010, estimée à 3,7% chez les personnes de 15-49 ans⁵ et à 24% parmi les malades de la tuberculose⁶. La lutte conjointe contre la co-infection tuberculose/VIH nécessite des connaissances et attitudes de la part du personnel soignant, conformes aux recommandations en vigueur. Il est également bien établi de nos jours que de bonnes connaissances des acteurs de santé sur ce sujet, permettent une prise en charge adéquate des patients⁷.

Le but de notre étude était d'apprécier les connaissances et attitudes des acteurs impliqués dans la prise en charge de la co-infection tuberculose/VIH en milieu pneumologique ivoirien.

METHODES

Cette étude prospective de type transversal et descriptif qui a été conduite dans les deux services de PPH des CHU de Cocody et Treichville d'Abidjan sur la période d'un mois allant du 3 au 31 mars 2015, a porté sur des médecins et infirmiers desdits services qui ont accepté de répondre au questionnaire anonyme de recueil d'informations qui leur a été soumis à cet effet, après obtention de leur consentement éclairé verbal.

Les médecins et infirmiers non consentants pour l'enrôlement de même que les absents au moment de l'enquête n'ont pas été inclus dans l'étude.

Recueil des données

Le recueil des données a été réalisé à partir d'un questionnaire auto-administré, standardisé et anonyme comportant plusieurs items dont les uns portaient sur la qualification du personnel soignant, le sexe, l'âge et l'ancienneté dans le service et les autres, sur les interactions entre la tuberculose et l'infection à VIH, la prise en charge de la co-infection tuberculose/VIH et la chimioprophylaxie primaire au cotrimoxazole chez les malades de la tuberculose infectés par le VIH.

Les connaissances ont été jugées satisfaisantes lorsque la proportion de réponses justes était supérieure ou égale à 85% et insuffisantes, quand cette proportion était inférieure à 85%.

RESULTATS

Sur un total de 68 agents de santé exerçant régulièrement leur fonction dans les services concernés (39 médecins et 29 infirmiers diplômés d'Etat), 54 ont répondu au questionnaire (50% de médecins et 50% d'infirmiers), soit un taux de réponse de 79,4%.

La population étudiée était constituée de 33 hommes (61,1%) et de 21 femmes (38,9%) avec un âge moyen de 40,9 ans, leur durée moyenne d'exercice étant de 8 ans.

En ce qui concerne l'impact négatif du VIH sur le développement de la tuberculose (Tableau I) :

Tableau I : Connaissances du personnel sur les interactions entre la Tuberculose et l'infection à VIH/
Healthcare workers Knowledge of Tuberculosis-HIV infection Interactions

Connaissances du personnel soignant	n	%
Survenue de la tuberculose à tous les stades évolutifs de l'infection à VIH	49/54	90,7
VIH, facteur de risque le plus important d'éclosion de la tuberculose	48/54	88,9
Tuberculose, 1 ^{ère} infection opportuniste et première cause de décès des PVVIH en Côte d'Ivoire	46/54	85,1
Classement en catégorie C de tout malade de la tuberculose infecté par le VIH	41/54	75,9
Mécanismes par lesquels le VIH favorise l'éclosion de la tuberculose	12/54	22,2
Risque de développement de la tuberculose chez les PVVIH par rapport aux VIH-négatifs	05/54	09,3
Cas de tuberculose attribuables au VIH en Côte d'Ivoire	01/54	01,8

Les lacunes notées à ce niveau ont porté sur la méconnaissance des cas de tuberculose attribuables au VIH en Côte d'Ivoire par 98,2%, l'ignorance du risque de développement de la tuberculose chez les PVVIH par rapport aux VIH-négatif par 90,7% et la méconnaissance des deux principaux mécanismes par lesquels le VIH favorise l'éclosion de la tuberculose par 77,8% d'entre eux. La répartition de la prise en charge de la co-infection tuberculose/VIH est consignée au tableau II.

Tableau II : Connaissances du personnel sur la prise en charge de la co-infection tuberculose-VIH/ *Healthcare workers knowledge of the management of TB / HIV co-infection*

Connaissances du personnel soignant	n	%
Durée du traitement antituberculeux en cas de co-infection tuberculose/VIH	54/54	100
Protocole utilisé pour le traitement de la tuberculose chez les patients infectés par le VIH	52/54	96,3
Risque de rechute de la tuberculose plus élevé chez les PVVIH	52/54	96,3
Taux de guérison plus faible de la tuberculose chez les PVVIH	34/54	63
Stratégies recommandées pour une lutte efficace contre la co-infection tuberculose/VIH	10/54	18,5

Le personnel interrogé a affirmé à 90,7%, proposer systématiquement un test sérologique VIH à tous les malades de la tuberculose quand 87% annonçaient toujours le résultat du test aux malades. La réduction de la morbi-mortalité par le cotrimoxazole donné en prophylaxie des infections opportunistes aux patients tuberculeux co-infectés par le VIH en Côte d'Ivoire était connue de 96,3%. Bien que 92,6% ont affirmé connaître les éléments de la surveillance des patients sous chimioprophylaxie primaire au cotrimoxazole, le rythme de réalisation des examens clinique et biologique de contrôle n'était connu que de seulement 38,9% et 31,5% (Tableau III).

Tableau III : Connaissances du personnel sur les données relatives à la prophylaxie au cotrimoxazole/ *Healthcare workers knowledge of co-trimoxazole prophylaxis data*

Connaissances du personnel soignant	n	%
Réduction du taux de mortalité de 46% et du taux de morbidité de 43% par l'administration de cotrimoxazole aux patients co-infectés tuberculose/VIH en Côte d'Ivoire	52/54	96,3
Éléments de la surveillance des patients sous chimioprophylaxie primaire au cotrimoxazole	50/54	92,6
Rythme de réalisation de l'examen clinique pour la surveillance des patients sous cotrimoxazole	21/54	38,9
Rythme de réalisation de l'examen biologique pour la surveillance des patients sous cotrimoxazole	17/54	31,5

DISCUSSION

Caractéristiques socio-démographiques

La prédominance masculine observée au sein du personnel de santé de notre étude a été également notée dans deux précédents travaux réalisés l'un en Irak sur les connaissances, attitudes et pratiques des agents de santé sur la tuberculose⁷ et l'autre en Turquie⁸, sur les approches du diagnostic et du traitement de la tuberculose des médecins.

Il a par contre été noté dans une série malienne portant sur l'évaluation des connaissances pratiques des agents sanitaires sur la tuberculose pulmonaire et la stratégie DOTS, une plus grande représentativité de la gent féminine qui peut s'expliquer par le fait que la plupart des agents de santé interrogés provenaient des unités de gynéco-obstétrique composées en grande majorité de femmes¹⁰.

Une autre enquête réalisée par questionnaire anonyme auprès des médecins résidents et internes du CHU Ibn Rochd de Casablanca au Maroc⁹, a aussi mentionné une prédominance féminine, vraisemblablement en rapport avec la féminisation de la population médicale des pays maghrébins, à l'image de ce qui se passe dans les pays européens.

L'âge moyen de 40,9 ans des agents de santé de notre étude était plus élevé que les 32,7 ans de l'étude conduite en Turquie⁸ et les 29 ans des médecins résidents et internes marocains⁹.

La durée moyenne d'exercice du personnel soignant de notre étude était de 8 ans, quand 63% de leurs homologues de la série malienne¹⁰ avaient plus de 10 ans de pratique médicale.

L'étude réalisée en Irak⁷ a mis en évidence une association significative avec un seuil de significativité en dessous de 5% entre l'âge des praticiens ($p < 0,001$) et la durée dans l'emploi ($p = 0,03$), en ce qui concerne les bonnes connaissances sur la tuberculose.

Connaissances sur la co-infection tuberculose/VIH

Les lacunes notées au niveau des connaissances sur la co-infection tuberculose-VIH des agents de santé de notre étude étaient essentiellement en rapport avec la méconnaissance de la proportion des cas de tuberculose attribuables au VIH en Côte d'Ivoire et l'ignorance du risque réel de développement de la tuberculose chez les PVVIH par rapport aux VIH-négatif.

Mycobacterium tuberculosis et le VIH forment réellement un « duo léthal » dans lequel chacun aggrave et accélère la progression de l'autre à travers des interactions mutuellement aggravantes¹¹⁻¹³. De sorte que la tuberculose qui est la plus fréquente des infections opportunistes chez les PVVIH, a une incidence plus de quinze fois supérieure à celle de la population générale en Afrique au sud du Sahara¹⁴, où le risque qu'un tuberculeux soit également infecté par le VIH est élevé.

Prise en charge de la co-infection tuberculose/VIH

Le protocole utilisé, la durée du traitement antituberculeux en cas de co-infection tuberculose-VIH ainsi que le risque plus élevé de rechute de la tuberculose chez les PVVIH étaient bien connus du personnel soignant de notre étude. Bien que l'efficacité du traitement antituberculeux correctement conduit soit clairement établie chez les patients VIH-positif¹⁵⁻²¹, 63% du personnel de santé interrogé dans notre étude pensaient que le taux de guérison de la tuberculose était plus faible chez les PVVIH.

Les stratégies recommandées par l'Organisation Mondiale de la Santé^{22,23} pour lutter efficacement contre la co-infection tuberculose/VIH n'étaient pas connues de 81,5% d'entre eux. La recherche active de la tuberculose évolutive doit être systématique chez toute PVVIH, tout comme le dépistage du VIH chez tous les malades de la tuberculose^{22,23}, les malades testés devant dans tous les cas, recevoir le résultat de leur test sérologique VIH.

Le paquet minimum de soins à offrir aux tuberculeux infectés par le VIH comportant les antituberculeux, les antirétroviraux et le cotrimoxazole en prophylaxie des infections opportunistes²⁴ a pour but d'assurer l'amélioration de la qualité de vie et de contribuer à la réduction de la mortalité chez eux²⁵ avec une surveillance clinique et biologique régulière²⁴.

CONCLUSION

Les connaissances du personnel soignant des services de PPH des CHU d'Abidjan sur la co-infection tuberculose/VIH semblent globalement satisfaisantes. Cependant, l'amélioration de la qualité de la prise en charge des malades de la tuberculose infectés par le VIH nécessite le renforcement de leurs capacités dans les domaines du diagnostic, du traitement et de la prévention de la co-infection tuberculose/VIH.

Conflits d'intérêts : Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts

Contributions des auteurs. Koné Zakaria et Samaké kadiatou ont initié l'étude, ont participé à la collecte des données, à leur compilation, analyse et interprétation. Ils ont également rédigé le manuscrit et participé à sa finalisation. Daix ahou thomas et Bakayoko-Yeo Alimata ont participé à l'interprétation des données et à la rédaction du manuscrit. Kouao Domoua Médard Serges, Chef de Service a corrigé la fiche d'enquête, le protocole et la version finale du manuscrit. Tous les auteurs ont participé à la relecture et à la révision de la version finale de ce manuscrit et donné leur accord pour la publication.

REFERENCES

1. Corbett EL, Watt CJ, Walker N, et al. The growing burden of tuberculosis: global trends and interactions with the HIV epidemic. *Arch Intern Med* 2003; 163: 1009-1021.
2. Domoua K, N'Dhartz M, Coulibaly G, et al. Données fournies par l'autopsie de 70 sujets décédés de SIDA eu milieu pneumologique ivoirien. *Med Trop* 1995; 55: 252-4.
3. Lawn SD, Harries AD, Anglaret X, Myer L, Wood R. Early mortality among adults accessing anti-retroviral treatment programmes in sub-Saharan Africa. *AIDS* 2008; 2: 1897-908.
4. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de Côte d'Ivoire, PEPFAR-Côte d'Ivoire, Programme Mondial du SIDA, Centre National de Santé Mondial, Centres de prévention et de contrôle des maladies. Profil épidémiologique intégré pour la prévention, les soins et le traitement du VIH/SIDA et l'information stratégique. Juin 2010, 60 pages.
5. Ait-Khaled N, Alarcon E, Armengo R, et al. Prise en charge de la tuberculose. Guide des éléments essentiels pour une bonne pratique. 6e édition, Paris, France, UICTMR, 2010.
6. Programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT). Plan stratégique national 2012-2015 de lutte contre la tuberculose.
7. Hashim D, Al Kubaisy W, Al Dulayme A. Knowledge, attitudes and practices survey among health care workers and tuberculosis patients in Iraq. *La Revue de Santé de la Méditerranée Orientale* 2003; 9: 718-31.
8. Canan ED, Tanrikulu AC, Acemoglu H. A multicentre study of doctors' approaches to the diagnosis and treatment of tuberculosis in Turkey. *J Infect Dev Ctries* 2009; 3: 357-64.
9. Cherkahoui A. La tuberculose, une maladie mal connue des médecins marocains. *L'économiste, édition N°977 du 16/03/2001*.
10. Dembélé P. Evaluation des connaissances pratiques des agents sanitaires sur la tuberculose pulmonaire et la stratégie DOTS. Thèse de médecine, Bamako-Mali, 2005-2006 : pp 46-57.

11. **Chrétien J.** Tuberculose et VIH: un couple maudit. *Bull UICTMR* 1990; 65: 27-39.
12. **Murray JF.** Complications pulmonaires de l'infection à VIH-1 chez les adultes vivant en Afrique subsaharienne. *Int J Tuberc Lung Dis* 2005; 9: 826-35.
13. **Mwinga A, Hosp M, Godfrey-Faussett P, et al.** Twice weekly tuberculosis preventivetherapy in HIV infection in Zambia. *AIDS*, 1998;12: 2447-57.
14. **Allen S, Batungwanayo J, Kerlikowske K, et al.** Two-year incidence of tuberculosis in cohorts of HIV-infected and uninfected urban Rwandan women. *Am J Med* 1992; 146: 1439-44.
15. **Grosset JH.** Treatment of tuberculosis in HIV. *Tuberc Lung Dis* 1992; 73: 378-83.
16. **Lambert ML, Hasker E, Van Deun A, et al.** Recurrence in tuberculosis: relapse or reinfection? *Lancet Infect Dis*, 2003; 3: 282-7.
17. **Sonnenberg P, Murray J, Glynn JR, et al.** HIV-1 and recurrence, relapse, and reinfection of tuberculosis after cure: a cohort study in South African mineworkers. *Lancet*, 2001; 358: 1687-93.
18. **Whalen C, Horsburgh C, Hom D, et al.** Accelerated course of human immunodeficiency virus infection after tuberculosis. *Am Respir Crit Care Med* 1995; 15: 129-35.
19. **Ackah A, Coulibaly D, Digbeu H, et al.** Response to treatment, mortality, and CD4 lymphocyte counts in HIV-infected persons with tuberculosis in Abidjan, Côte d'Ivoire. *Lancet*, 1995; 435: 607-10.
20. **Domoua K, N'Dhatz M, Coulibaly G, et al.** Efficacité du régime thérapeutique court de six mois chez les tuberculeux infectés par le VIH à Abidjan, Côte d'Ivoire. *Bull Soc Pathol Exot* 1998; 91: 312-4.
21. **Kassim S, Sassan-Morokro M, Ackah A, et al.** Two-year follow up of persons with HIV1 and HIV2 associated pulmonary tuberculosis treated with short course chemotherapy in West-Africa. *AIDS*, 1995; 9: 1185-91.
22. **OMS.** Report of a "Lessons Learnt" Workshop on the six ProTEST Pilot Projects in Malawi, South Africa and Zambia. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004. http://wholibdoc.who.int/hq/2004/WHO_HTM_TB_2004.336.p
23. **OMS, TB/VIH Whorking Group, Stop TB Partnership.** Questions prioritaires de recherche sur la co-infection tuberculose/VIH dans les pays prévalents pour le VIH et disposant de ressources limitées. *WHO/HTM/TB/2010.8, WHO/HTM/HIV/2010.10.*
24. **Programme National de lutte contre la Tuberculose de Côte d'Ivoire.** Guide technique de la tuberculose. 3e Edition 2009.
25. **Williams BG, Dye C.** Antiretroviral drugs for tuberculosis control in the era of HIV/AIDS. *Science*, 2003; 301: 1535-7.