

Evaluation des preuves: Résumé d'une revue systématique

A qui est destiné ce résumé ?

Personnel de santé, agents de santé communautaires et partenaires dans la prévention et la prise en charge de la tuberculose.

Interventions visant à accroître la détection des cas de tuberculose dans les services de soins de santé primaires ou communautaires

Principaux résultats

- Le dépistage de la tuberculose (avec ou sans promotion de la santé) pour encourager les tuberculeux présomptifs à fréquenter les services de santé peut augmenter la détection des cas de tuberculose dans des contextes où la prévalence de la tuberculose non diagnostiquée est élevée.
- Des cliniques mobiles de sensibilisation au diagnostic de la tuberculose peuvent augmenter la détection des cas de tuberculose.
- Il existe des preuves insuffisantes pour déterminer si les améliorations durables de la détection des cas ont une incidence sur la prévalence de la tuberculose à long terme, car la seule étude contrôlée évaluant cet effet n'a révélé aucun effet après quatre ans de recherche de contacts.

Contexte

La tuberculose pulmonaire est généralement diagnostiquée lorsque des personnes symptomatiques se font soigner dans des établissements de santé, et que les agents de santé jouent un rôle minimal dans la promotion de comportements favorisant la santé. Cependant, certains spécialistes des politiques estiment que le système de santé pourrait être plus actif dans le diagnostic de la tuberculose pour augmenter la détection des cas de tuberculose.

Question

Quelle est l'efficacité des différentes stratégies pour améliorer la détection des cas de tuberculose en améliorant l'accès (géographique, financier, éducatif) au diagnostic de la tuberculose dans les services de soins de santé primaires ou communautaires?

Détection de cas de tuberculose au Cameroun:

La détection des cas et le traitement de la tuberculose au Cameroun sont gérés par un réseau d'unités de gestion de base (UGB). Selon l'OMS, le taux de détection des cas de tuberculose au Cameroun en 2014 était de 52% (IC 95% 46-59). Alors que le nombre de cas diagnostiqués mais non notifiés peut être considéré comme assez faible, il existe indubitablement un certain nombre de cas de tuberculose non diagnostiqués au Cameroun. ¹

¹ Noeske J, Nana Yakam A, Abena Foe JL: **Epidemiology of tuberculosis in Cameroon as mirrored in notification data, 2006-2014.** *Int J Tuberc Lung Dis* 2016, **20**(11):1489-1494.

Tableau 1: RESUME DE LA REVUE SYSTEMATIQUE

	Ce que les auteurs de la revue cherchaient	Ce que les auteurs de la revue ont trouvé
Etudes	Les essais contrôlés randomisés (ECR) pour lesquels l'unité de randomisation est l'individu ou la grappe, et les études non randomisées avec des groupes témoins parallèles.	Neuf essais randomisés en grappes, un essai randomisé individuel et sept études contrôlées non randomisées.).
Participants	Personnes vivant dans des régions où la prévalence de la tuberculose est modérée à élevée (taux de notification de la tuberculose supérieur à 10 cas de tuberculose pour 100 000 habitants par an).	Personnes vivant dans des régions où la prévalence de la tuberculose est de modérée à élevée (taux de notification de la tuberculose supérieur à 10 cas de tuberculose pour 100 000 habitants par an.
Interventions	Toute intervention visant à améliorer l'accès à un diagnostic de tuberculose en fournissant des services de diagnostic au niveau des soins de santé primaires ou communautaire. Cela incluait des activités éducatives ou de promotion de la santé, et des services de proximité utilisant du personnel de santé formel et informel à travers des cliniques, des cliniques mobiles et des dépistages de porte à porte.	<ul style="list-style-type: none"> • Dépistage de la tuberculose sans intervention; • les activités de promotion de la santé par opposition à l'absence d'intervention; • Interventions de formation par rapport à l'absence d'intervention; • Dépistage de la tuberculose de proximité par rapport à la promotion de la santé; • Dépistage de la tuberculose de proximité versus dépistage de porte à porte.
Controle	Pas d'intervention (soins standard) ou une intervention alternative pour améliorer l'accès à un diagnostic de tuberculose.	
Résultats	<p>Résultats primaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cas de tuberculose détectés <p>Résultats secondaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cas de tuberculose commençant le traitement • Temps de diagnostic • Résultats faussement positifs • Défaut dans les deux premiers mois • Achèvement du traitement • Tuberculose traitée • Mortalité par tuberculose • Mortalité de la tuberculose dans la population • Coût du programme • Tuberculose à long terme 	<p>Résultats primaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cas de tuberculose détectés <p>Résultats secondaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • Défaut dans les 2 premiers mois • Succès du traitement • Échec du traitement • Mortalité par tuberculose • Prévalence de la tuberculose à long terme
Date à laquelle la dernière recherche a été effectuée : 19 December 2016		
Limites: Il s'agit d'une Revue Systématique de bonne qualité, AMSTAR = 10 /11		
Référence: Mhimbira FA, Cuevas LE, Dacombe R, Mkopi A, Sinclair D. Interventions to increase tuberculosis case detection at primary healthcare or community-level services. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 11. Art. No.: CD011432. DOI: 10.1002/14651858.CD011432.pub2.		

Tableau 2 : RESUME DES CONCLUSIONS SUR LES PRINCIPALES COMPARAISONS

Dépistage de la tuberculose (avec ou sans promotion de la santé) pour encourager les patients présumés atteints de tuberculose à fréquenter les services de santé					
Patient ou population: Tous les groupes d'ages					
Contextes: pays où la prévalence de la tuberculose est élevée ou modérée (> 10 cas de tuberculose pour 100 000 habitants par an)					
Intervention: Dépistage de la tuberculose avec ou sans activités de promotion de la santé					
Comparaison: pas de dépistage					
Conception de l'essai: ECR en grappes seulement (les études non randomisées sont commentées dans les notes de bas de page)					
Résultats	Risques comparatifs illustrés*(95%IC)		Effet Relatif (95%IC)	No. de participants (études)	Qualité des Preuves (GRADE)
	Risque assumé	Risque Correspondant			
	Pas d'intervention	Dépistage de la tuberculose - promotion de la santé			
Cas de tuberculose détectés (confirmés microbiologiquement)	90 pour 100 000	112 pour 100 000 (77 à 161)	RR1,24 (0,86 à 1,79)	163 043 participants dans 297 grappes (4études)	Faible Pour cause d'imprécision et d'incohérence
Défaut dans les 2 premiers mois	16 pour 100	12 pour 100 (8 à 15)	RR0,67 (0,47 à 0,96)	849 patients (3 études en grappes - ECRs)	Faible Pour cause d'imprécision
Succès du traitement	78 pour 100	83 pour 100 (78 à 90)	RR1,07 (1,00 à 1,15)	849 patients (3 études en grappes - ECRs)	Faible Pour cause d'imprécision et d'indirectivité
Échec du traitement	1.3 pour 100.	2.0 pour 100 (0,3 à 6,4)	RR1,57 (0,50 à 4,92)	849 patients (3 études en grappes - ECRs)	Très faible Pour cause d'imprécision et d'indirectivité
Mortalité tuberculeuse	3 pour 100	3 pour 100 (1,3 à 6,75)	RR 0,99 (0,43 à 2,25)	849 patients (3 études en grappes - ECRs)	Faible Pour cause d'imprécision
Prévalence de la tuberculose à long terme	773 pour 100 000	881 pour 100 000 (502 à 1546)	RR 1,14 (0,65 à 2,00)	556 836 participants dans 12 grappes (1 étude en grappes - ECR)	Faible Pour cause d'imprécision et d'indirectivité

La base du risque supposé est le risque médian du groupe témoin dans toutes les études. Le risque correspondant (et son IC à 95%) est basé sur le risque supposé dans le groupe de comparaison et l'effet relatif de l'intervention (et de son IC à 95%). Abréviations: IC: intervalle de confiance; ECR: essai contrôlé randomisé; RR: risque ratio

Applicabilité

Neuf études ont été menées en Afrique subsaharienne (Éthiopie, Nigéria, Afrique du Sud, Zambie et Zimbabwe); six en Asie (Bangladesh, Cambodge, Inde, Népal et Pakistan); et deux en Amérique du Sud (Brésil et Colombie); qui sont toutes des zones de forte prévalence de la tuberculose. Ces résultats sont susceptibles d'être applicables au Cameroun.

Conclusions

Les données disponibles démontrent que lorsque les interventions sont utilisées dans des contextes à forte charge, les approches de dépistage de cas actives peuvent augmenter la détection des cas de tuberculose à court terme dans les contextes de prévalence modéré et élevé. Cependant, les données disponibles ne permettent pas de savoir si des interventions actives de détection des cas peuvent améliorer le succès du traitement et réduire l'échec, la mortalité et la défaillance du traitement antituberculeux.

Préparée et traduite par:

M. Vouking, CD. Evina , L. Mbuagbaw, P. Ongolo-Zogo: Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé, Yaoundé, Cameroon.

Novembre 2017

Contacts:

Email: camer.cdbpsh@gmail.com

Site web: www.cdbph.org

Téléphone: +237 242 08 19 19