

PRISE EN CHARGE DE LA TUBERCULOSE

Guide des éléments essentiels
pour une bonne pratique

Septième édition 2019

Documents complémentaires

Tableau 1 : Principes clés de la prévention et de la prise en charge de la tuberculose, avec indicateurs¹

<i>Principes clés de la prévention et de la prise en charge de la TB</i>	<i>#</i>	<i>Indicateur</i>
I : détecter tous les cas présumés de TB	1	Cas présumés de TB identifiés pour 100 000 habitants
	2	Pourcentage de cas présumés de TB testés avec résultat positif à l'examen des expectorations
II : détecter les patients atteints de TB (toute forme)/nouveaux cas de TB confirmée par microscopie des frottis ou par test Xpert MTB/RIF	3	Tous les patients atteints de TB enregistrés pour 100 000 habitants
	4	Nouveaux cas de TB pulmonaire confirmée bactériologiquement pour 100 000 habitants
	5	Pourcentage de nouveaux cas de TB pulmonaire \geq 5 ans sans résultat d'examen microscopique des expectorations ou de test Xpert MTB/RIF
III : dépister tous les patients tuberculeux pour l'infection par le VIH et, en cas de résultat positif, instaurer un TPC et un TAR	6	Pourcentage de patients tuberculeux avec résultats du test de dépistage du VIH enregistrés
	7	Pourcentage de patients tuberculeux avec résultats du test de dépistage du VIH enregistrés et positifs
	8	Pourcentage de patients tuberculeux infectés par le VIH sous TPC
	9	Pourcentage de patients tuberculeux infectés par le VIH sous TAR
IV : apporter un soutien thérapeutique quotidien à tous les patients tuberculeux et mettre en place l'observation du traitement par un professionnel de santé, un volontaire qualifié issu de la communauté ou un membre qualifié de la famille	10	Pourcentage de patients tuberculeux sous TDO par un professionnel de santé ou un volontaire formé issu de la communauté, dont membre qualifié de la famille (pourcentage de patients sous tout type de TDO selon le PNT)
V : traiter tous les patients tuberculeux avec succès	11	Pourcentage de patients guéris (uniquement pertinent pour les nouveaux cas de TB pulmonaire confirmée bactériologiquement, en remontant à partir du district)
	12A	Pourcentage de patients ayant terminé leur traitement
	12B	Pourcentage de patients traités avec succès (guérison et traitement terminé)
	13	Pourcentage de patients en échec thérapeutique
	14	Pourcentage de patients perdus de vue
	15	Pourcentage de patients décédés
	16A	Pourcentage de patients transférés vers un autre centre
	16B	Pourcentage de patients avec résultats thérapeutiques « non évalués »

VI : approvisionner correctement les stocks de médicaments antituberculeux	17	État des stocks (nombre de mois de consommation pour chaque antituberculeux)
VII : effectuer un examen des expectorations chez tous les patients tuberculeux déjà traités pour détecter une résistance à la rifampicine (par test Xpert MTB/RIF)	18	Pourcentage de patients tuberculeux déjà traités avec résultat du test Xpert MTB/RIF

¹ Reproduction autorisée par l'Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires. Droits d'auteur © L'Union, Haldal E, Dlodlo RA, Mlilo N, Nyathi BB, Zishiri C, Ncube RT, Siziba N, Sandy C. Local staff making sense of their tuberculosis data : key to quality care and ending tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis* 2019 ; 23(5) : 612–618.

TB = tuberculose ; VIH = virus de l'immunodéficience humaine ; TPC = traitement préventif par cotrimoxazole ; TDO = traitement directement observé ; PNT = programme national de lutte contre la tuberculose.

Tableau 2 : Valeurs attendues des indicateurs et explications possibles des divergences²

#	Indicateur	Valeur attendue	Explications possibles des divergences (une mauvaise qualité des données peut être pertinente pour tous les indicateurs)	
			Valeur plus faible que prévu	Valeur plus élevée que prévu
1	Cas présumés de TB pour 100 000 habitants	Comparer avec le service de santé de niveau immédiatement supérieur*	<ul style="list-style-type: none"> • Accès limité aux centres • Les patients sont allés consulter dans un autre centre • Utilisation de critères (excessivement) stricts pour la définition d'un cas présumé de TB • L'estimation de la population de la zone desservie est trop élevée 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation de critères (excessivement) souples pour la définition d'un cas présumé de TB • Les patients d'un autre bassin de population sont venus se faire soigner dans le centre en question • L'estimation de la population de la zone desservie est trop basse • Campagne de recherche active de cas
2	Pourcentage de cas présumés de TB dépistés par microscopie des expectorations ou par test Xpert avec résultat positif	5-15%	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation de critères (excessivement) souples pour la définition d'un cas présumé de TB • Mauvaise qualité des échantillons d'expectorations • Le personnel de laboratoire n'a pas détecté certaines lames positives (faux négatifs) 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation de critères (excessivement) stricts pour la définition d'un cas présumé de TB • Les cas présumés de TB sont venus consulter trop tardivement • Le personnel de laboratoire a interprété des lames négatives en résultat positif (faux positifs)
3	Patients atteints de TB (toute forme) pour 100 000 habitants	Comparer avec le service de santé du niveau immédiatement supérieur*	<ul style="list-style-type: none"> • Mêmes points que pour l'indicateur n°1 • Les patients tuberculeux qui décèdent ou qui sont perdus de vue avant l'initiation du traitement ne sont pas enregistrés • Les patients dont les tests de laboratoire sont positifs ne sont pas enregistrés dans le registre des cas de TB, ou les patients atteints de TB confirmée cliniquement ne sont pas notifiés ou mis sous traitement • Taux de TB très faible 	<ul style="list-style-type: none"> • Les critères diagnostiques sont (trop) larges, par exemple en fonction des résultats de la radiographie pulmonaire (sur-diagnostic) • Les patients tuberculeux d'un autre bassin de population sont venus se faire soigner dans le centre en question • L'estimation de la population de la zone desservie est trop basse • Le personnel de laboratoire a interprété certaines lames négatives comme résultats positifs (faux positifs) • Taux de TB très élevé

* Non définis en tant que pourcentages, mais en tant que valeurs « nettement » plus élevées ou plus basses que la moyenne, posant donc des questions quant à leur explication.

4	Nouveaux patients atteints de TB pulmonaire confirmée bactériologiquement pour 100 000 habitants	Comparer avec le service de santé du niveau immédiatement supérieur*	<ul style="list-style-type: none"> • Mêmes points que pour l'indicateur n°3 	<ul style="list-style-type: none"> • Mêmes points que pour l'indicateur n°3
5	Pourcentage de nouveaux patients atteints de TB pulmonaire ≥ 5 ans sans résultat d'examen des expectorations	< 5 %	<ul style="list-style-type: none"> • Non applicable : «plus ce taux est faible, mieux c'est» 	<ul style="list-style-type: none"> • Le personnel ne prélève pas d'échantillons d'expectorations à des fins diagnostiques • Les échantillons n'atteignent pas le laboratoire en raison, par exemple, de l'absence d'un système de transport • Les résultats ne sont pas transmis aux centres demandeurs • Les résultats n'ont pas été enregistrés dans le registre approprié • Les patients habitent trop loin du centre de diagnostic et ne peuvent pas payer les frais de transport ou autres coûts • Pénurie de récipients adéquats pour le recueil des échantillons d'expectorations • Laboratoire non opérationnel (manque de personnel, de réactifs, de cartouches, etc.)
6	Pourcentage de patients tuberculeux avec résultats du test VIH enregistrés	100%	<ul style="list-style-type: none"> • Le personnel ne propose aucun service de dépistage et de soutien psychologique dans le cadre du VIH • Le personnel ne réitère pas la proposition de dépistage du VIH aux patients l'ayant refusé une première fois • Les patients tuberculeux refusent le dépistage • Rupture de stock des kits de dépistage du VIH • Proposition tardive de dépistage du VIH, qui n'est donc pas réalisé au moment de la soumission du rapport trimestriel 	<ul style="list-style-type: none"> • Erreurs d'enregistrement et de notification (mauvaise qualité des données)

7	Pourcentage de patients tuberculeux avec résultat du test de dépistage du VIH et avec résultat positif	Comparer avec le service de santé du niveau immédiatement supérieur*	<ul style="list-style-type: none"> • Si les résultats de seulement quelques patients ont été enregistrés, les valeurs pourront ne pas être représentatives 	<ul style="list-style-type: none"> • Si le dépistage n'est pas réalisé chez l'ensemble des patients, il peut être proposé aux patients tuberculeux les plus à risque
8	Pourcentage de patients tuberculeux infectés par le VIH sous TPC	100%	<ul style="list-style-type: none"> • Le personnel ne recommande pas le TPC • Les patients tuberculeux doivent récupérer le matériel nécessaire au TPC dans une autre pièce (et faire de nouveau la queue) que celle dédiée aux soins antituberculeux • Rupture de stock du cotrimoxazole • L'utilisation du TPC n'est pas enregistrée dans le registre 	<ul style="list-style-type: none"> • Erreurs d'enregistrement et de notification (mauvaise qualité des données)
9	Pourcentage de patients tuberculeux infectés par le VIH sous antirétroviraux	100%	<ul style="list-style-type: none"> • Le personnel n'est pas formé et supervisé pour instaurer le TAR • Le personnel n'enregistre pas les traitements antirétroviraux dans le registre • Les patients préfèrent reporter l'initiation des antirétroviraux 	<ul style="list-style-type: none"> • Erreurs d'enregistrement et de notification (mauvaise qualité des données)
10	Pourcentage de patients sous TDO par un professionnel de santé ou un volontaire qualifié issu de la commun-auté, dont membre qualifié de la famille	100%	<ul style="list-style-type: none"> • Le personnel ne réalise pas l'importance de la stratégie TDO • Le personnel n'arrive pas à négocier la meilleure stratégie TDO avec les patients • Les patients habitent trop loin du centre pour s'y rendre pour la stratégie TDO et il n'y a aucun agent de santé communautaire dans la région 	<ul style="list-style-type: none"> • Mauvaise qualité des données

11	Pourcentage de patients guéris (uniquement pertinent pour les nouveaux patients atteints de TB pulmonaire confirmée bactériologiquement)	90%	<ul style="list-style-type: none"> • Taux élevé de patients « ayant terminé leur traitement » mais qui n'ont pas encore le nombre requis de résultats négatifs de microscopie de contrôle des frottis • Taux élevé de résultats défavorables (échec, perdu de vue, décès, non évalué/transféré vers un autre centre) – voir ces indicateurs 	<ul style="list-style-type: none"> • Non applicable : plus ce taux est élevé, mieux c'est.
12	Pourcentage de patients traités avec succès (guérison et traitement terminé)	90%	<ul style="list-style-type: none"> • Taux élevé de résultats défavorables (échec, perdu de vue, décès, non évalué/transféré vers un autre centre) – voir ces indicateurs 	<ul style="list-style-type: none"> • Non applicable : plus ce taux est élevé, mieux c'est.
13	Pourcentage de patients en échec thérapeutique	< 1%	<ul style="list-style-type: none"> • Non détectés car la microscopie de contrôle des échantillons d'expectorations n'a pas été réalisée ou ses résultats sont de mauvaise qualité (et test de faible sensibilité) • Programme performant de lutte contre la TB avec faible taux de résistance 	<ul style="list-style-type: none"> • Services de prise en charge de la TB avec stratégie TDO sous-optimale, entraînant la non-observance du traitement – à la limite de la « perte de vue » • Patients présentant des résistances aux antituberculeux, notamment TB-MR/TB-UR
14	Pourcentage de patients perdus de vue	< 5%	<ul style="list-style-type: none"> • Les patients tuberculeux perdus de vue avant l'initiation du traitement ne sont pas enregistrés • Le personnel ne respecte pas la définition d'un patient perdu de vue (falsification des données) • Mauvaise qualité des données 	<ul style="list-style-type: none"> • Le personnel n'explique pas comme il faut aux patients et à leur famille l'importance de la prise du traitement antituberculeux tel que prescrit et l'importance de mener à bien le traitement • Le personnel et le patient ne sont pas parvenus à un accord quant au moyen le plus facile de mettre en place la stratégie TDO • Le personnel ne surveille pas comme il se doit si les patients se rendent à leurs rendez-vous médicaux, et ne récupère pas assez rapidement les patients ayant interrompu leur traitement

15	Pourcentage de patients décédés	< 5%	<ul style="list-style-type: none"> • Les patients tuberculeux décédés avant l'initiation du traitement ne sont pas enregistrés • Aucun suivi des patients ayant interrompu leur traitement (patients qui pourraient être décédés) • Le personnel a omis d'indiquer aux membres de la famille du patient de signaler le décès du patient tuberculeux • Mauvaise qualité des données 	<ul style="list-style-type: none"> • Les patients consultent (trop) tardivement car ils ne sont pas familiers des symptômes de la TB ou en sous-estiment l'importance ; car ils ont été confrontés à un personnel médical peu professionnel ou peu aimable par le passé ; car ils préfèrent d'abord consulter des guérisseurs traditionnels ; ou car ils n'ont pas les moyens de se faire soigner au centre ou de payer les moyens de transport, etc. • Le personnel détecte mal les suspicions cliniques de TB et ne réalise pas le dépistage (précoce) de la maladie • Le personnel retarde l'évaluation des patients symptomatiques • Le personnel n'instaure pas assez rapidement le traitement antituberculeux après la pose du diagnostic • Les patients infectés par le VIH et atteints de TB ne sont pas diagnostiqués assez tôt et ne sont pas mis sous TPC et sous antirétroviraux assez rapidement • Les patients ne prennent pas leurs médicaments régulièrement
16	Pourcentage de patients dont le résultat thérapeutique n'a pas été évalué	0%	<ul style="list-style-type: none"> • Les patients ont été enregistrés pour la première fois au moment de l'attribution d'un résultat thérapeutique, et non au moment du diagnostic. L'indicateur doit être 0% 	<ul style="list-style-type: none"> • Les patients sont transférés vers un autre centre et la coordination avec le nouveau centre laisse à désirer ; aucune information quant au résultat thérapeutique n'est transmis au centre ayant adressé le patient • Aucun résultat thérapeutique n'a été attribué aux cas notifiés : les résultats ne sont pas enregistrés dans les registres des centres car la stratégie TDO laisse à désirer et que le personnel ne connaît pas le résultat thérapeutique

17	État des stocks (nombre de mois de consommation pour chaque anti-tuberculeux)	3–6 mois de stock (en cas de livraison trimestrielle)	<ul style="list-style-type: none"> • Le personnel ne commande pas les médicaments à temps • Les commandes sont inexactes (trop peu de médicaments sont commandés) • Un nombre moins important de médicament est livré (« rationnement » en médicaments de la part des pharmacies) • Retards de livraison des médicaments • Médicaments expirés en stock • Médicaments perdus • Médicaments utilisés à d'autres fins que le traitement antituberculeux 	<ul style="list-style-type: none"> • Le personnel commande trop de médicaments (par rapport au nombre de patients tuberculeux enregistrés) • Réception de plus de médicaments que commandés • Moins de patients que prévu sont diagnostiqués et mis sous traitement
18	Pourcentage de patients tuberculeux déjà traités avec résultats du test Xpert MTB/RIF	100%	<ul style="list-style-type: none"> • Le personnel ne fait pas de prélèvement des expectorations ou n'envoie pas les échantillons au laboratoire • Aucun système de transport des échantillons • Le personnel ne demande pas la réalisation de ce test car non familier des indications du test Xpert • Aucun accès aux tests Xpert • Le laboratoire n'a pas examiné les échantillons d'expectorations en raison, par exemple, d'une rupture de stock des cartouches • Aucun résultat de test n'a été transmis aux cliniciens 	<ul style="list-style-type: none"> • Non applicable : plus ce taux est élevé, mieux c'est.

²Reproduction autorisée par l'Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires. Droits d'auteur © L'Union, Heldal E, Dlodlo RA, Mlilo N, Nyathi BB, Zishiri C, Ncube RT, Siziba N, Sandy C. Local staff making sense of their tuberculosis data : key to quality care and ending tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis* 2019 ; 23(5) : 612–618

Tableau 3 : Tableau récapitulatif des cas présumés de tuberculose par trimestre 2018–2019 dans un centre de santé, avec analyse³

<i>Période</i>	<i>Nombre de cas identifiés</i>	<i>Nombre de cas avec envoi des échantillons d'expectorations au laboratoire</i>	<i>Nombre de cas avec résultat de microscopie des expectorations, de test Xpert ou de culture</i>	<i>Nombre de cas avec résultat positif de microscopie des expectorations, de test Xpert ou de culture</i>	<i>Nombre de cas avec résultat du test VIH</i>	<i>Nombre de cas avec résultat positif au test VIH</i>
1 ^{er} trimestre 2018	20	14	12	2	18	8
2 ^e trimestre 2018	10	10	8	1	8	0
3 ^e trimestre 2018	28	26	26	0	22	16
4 ^e trimestre 2018	28	28	28	2	26	22
Année 2018 complète	86	78	74	5	74	46
1 ^{er} trimestre 2019	24	22	20	4	22	12
2 ^e trimestre 2019	28	28	26	6	26	10

³ Modifié de « Making sense of TB data. Guide for collection, analysis and use of TB data for health workers in Zimbabwe », Programme national de lutte contre la tuberculose, Ministère de la santé et de la protection de l'enfance, Harare, Zimbabwe, 2015

VIH = virus de l'immunodéficience humaine.

Au vu des principes clés de la prévention et de la prise en charge de la tuberculose, nous devrions être en mesure de répondre aux questions suivantes en utilisant les données du tableau ci-dessus :

1. Avons-nous détecté le *nombre attendu* de cas présumés de tuberculose dans notre communauté ?

- Vingt-huit cas présumés de TB ont été identifiés au cours du dernier trimestre (2^e trimestre 2019) et 24 au cours du 1^{er} trimestre 2019, pour un total de 52 cas présumés pour ces deux premiers trimestres. Seulement 30 cas présumés de TB ont été identifiés au cours des deux premiers trimestres 2018. *Le nombre de cas présumés de TB a donc augmenté.*
- Afin de déterminer si le centre identifie le nombre attendu de cas présumés

par rapport aux autres centres, nous devons calculer le taux de notification de cas présumés pour 100 000 habitants (indicateur n°1, tableau 1). Dans notre exemple, en 2018, la population de la zone desservie par le centre était de 14 000 habitants et le nombre de cas présumés de TB enregistrés de 86. Le taux était donc de $86/14\ 000 \times 100\ 000 = 614/100\ 000$ habitants. La moyenne du CDT (district) était plus de deux fois supérieure : 1 700/100 000 habitants (voir ci-dessous) ; le nombre de cas présumés de TB identifiés dans ce centre était toujours faible par rapport à d'autres centres du CDT. Le nombre de cas présumés identifiés au cours des deux premiers trimestres 2019 a légèrement augmenté mais le taux est resté très faible.

- L'indicateur n°1 met en évidence la présence d'un *problème de recherche active de cas de TB*.

2. Les échantillons d'expectorations de tous les cas présumés de TB ont-ils été envoyés au laboratoire ?

- En 2018, les échantillons d'expectorations de 91 % (78/86 x 100) des cas ont été envoyés au laboratoire.
- Au 2^e trimestre 2019, les échantillons d'expectorations des 28 (100 %) cas présumés ont été envoyés ; ceux de 22 (92 %) cas sur 24 ont été envoyés au 1^{er} trimestre. Les échantillons de presque tous les cas présumés ont donc été envoyés.

3. Tous les cas présumés de TB, dont les échantillons d'expectorations ont été envoyés au laboratoire, ont-ils reçu les résultats ?

- En 2018, 95 % des cas présumés ont reçu les résultats des examens (74/78 cas). Au 2^e trimestre 2019, 26/28 (93%) cas présumés ont reçu les résultats des examens contre 20/22 (91%) au 1^{er} trimestre.
- Ces données nous montrent qu'un pourcentage élevé de cas présumés (46/48 = 96%) ont reçu les résultats de leurs examens.

4. Combien de cas présumés de TB ayant fait l'objet de tests diagnostiques ont reçu un résultat positif ?

- Parmi 74 cas présumés de TB ayant obtenu les résultats de leurs examens d'expectorations en 2018, 5 cas (7%) ont obtenu un résultat positif.
- Au cours du 2^e trimestre 2019, 6 cas présumés de TB sur 26 ont obtenu un résultat positif aux examens d'expectorations. Au 1^{er} trimestre 2019, 4 cas présumés de TB sur 20 ont obtenu un résultat positif. Au cours de ces

deux trimestres, 10 cas présumés de TB sur 46 (22 %) ont donc obtenu des résultats positifs.

- L'indicateur n°2 (taux de positivité) était très élevé (supérieur à la valeur attendue) en 2019, ce qui posait donc problème.

5. Le statut VIH de tous les cas présumés de TB était-il connu ?

- En 2018, le statut VIH de 74 cas présumés de TB sur 86 (86 %) était connu.
- Au 2^e trimestre 2019, le statut VIH de 26 cas présumés sur 28 (93 %) était connu contre 22 cas présumés sur 24 (92 %) au 1^{er} trimestre. Le statut VIH de presque tous les cas présumés de TB était donc connu

*En conclusion, au sein de ce centre, les cas présumés de TB identifiés sont bien pris en charge puisque presque tous ont vu leurs échantillons d'expectorations envoyer au laboratoire, en ont reçu les résultats et ont fait l'objet d'un test de dépistage du VIH. Toutefois, les indicateurs n°1 et n°2 mettent en avant certains problèmes en raison du nombre *trop faible* de cas présumés identifiés et du pourcentage *trop élevé* de résultats positifs.*

Tableau 4 : Tableau récapitulatif des forces et faiblesses du centre, avec mesures à prendre⁴

<i>Forces</i>	<i>Faiblesses</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Dépistage de la TB pharmacorésistante (n°18) • Presque tous les cas de TB obtiennent le résultat de leur test de dépistage du VIH, et presque tous les patients infectés par le VIH sont mis sous TPC et sous antirétroviraux (n°6, 8, 9) • Presque tous les cas présumés de TB identifiés ont vu leurs échantillons d'expectorations envoyés au laboratoire et en ont reçu les résultats • La stratégie TDO est largement mise en place (n°10) • Le niveau des stocks de médicaments correspond aux valeurs attendues (sauf pour RHZE)(n°17) 	<ul style="list-style-type: none"> • Faible taux de cas présumés de TB (n°1) • Taux élevé de positivité (n°2) • Les nombres de cas de TB et de nouveaux cas de TB pulmonaire confirmée bactériologiquement sont faibles (par rapport à la moyenne du CDT), bien qu'en augmentation (n°3, 4) • Le taux de réussite thérapeutique augmente mais reste plus faible qu'attendu (n°11, 12)

Mesures à prendre pour remédier aux faiblesses identifiées

<i>Mesures</i>	<i>Référent</i>	<i>Délai</i>
Le personnel du centre doit vérifier que le dépistage de la TB est bien réalisé dans les services ambulatoires et dans les salles de soins anti-VIH	Infirmier responsable	Dès à présent et de manière continue
Les agents de santé communautaires doivent sensibiliser les membres de la communauté sur la TB, rechercher activement les personnes présentant des symptômes évocateurs de TB et les adresser au centre pour examens complémentaires, inciter les contacts familiaux et autres contacts de cas à se rendre au centre pour faire l'objet d'un test de dépistage	Infirmier responsable et agent de santé environnementale	Début : 3 ^e trimestre 2019

⁴ Comprend l'analyse de tous les indicateurs, ainsi que de ceux utilisés pour les cas présumés de tuberculose du Tableau 3. Modifié de « Making sense of TB data. Guide for collection, analysis and use of TB data for health workers in Zimbabwe », Programme national de lutte contre la tuberculose, Ministère de la santé et de la protection de l'enfance, Harare, Zimbabwe, 2015

Tableau 5 : Tableaux récapitulatifs des cas présumés de tuberculose par trimestre 2018-2019 dans un CDT (district), avec analyse (source des données : rapports trimestriels des cas de TB des centres)⁵

Table 5.1 : Nombre de cas présumés de tuberculose dans un CDT, par trimestre 2018–2019

<i>Période</i>	<i>Nombre de rap-ports de centres reçus</i>	<i>Nombre de cas présumés de TB identifiés</i>	<i>Nombre de cas présumés avec envoi des échan-tillons d'expectorations au labo-ratoire</i>	<i>Nombre de cas présumés avec résultat de micros-copie des expecto-rations, de test Xpert ou de culture</i>	<i>Nombre de cas présumés avec résultat positif à la micros-copie des expecto-rations, au test Xpert ou à la culture</i>	<i>Nom-bre de cas pré-sumés avec résultat positif au test VIH</i>	<i>Nombre de cas pré-sumés avec résultat positif au test VIH</i>
1 ^{er} trimestre 2018	15	266	226	200	22	210	143
2 ^e trimestre 2018	15	235	226	210	16	200	116
3 ^e trimestre 2018	15	373	347	328	19	332	194
4 ^e trimestre 2018	15	261	243	219	25	227	145
Année 2018 complète	60	1,135	1,042	957	82	969	598
1 ^{er} trimestre 2019	15	199	187	172	13	175	93
2 ^e trimestre 2019	13	162	150	129	5	141	89

⁵ Modified from Making sense of TB data. Guide for collection, analysis and use of TB data for health workers in Zimbabwe, National Tuberculosis Control Programme, Ministry of Health and Child Care, Harare, Zimbabwe, 2015

Les nombres absolus du Tableau 5.1 sont présentés en pourcentages dans le Tableau 5.2 afin d'en faciliter l'analyse.

Tableau 5.2 : Cas présumés de tuberculose dans un CDT par trimestre 2018–2019 et pourcentage de cas présumés avec envoi des échantillons d'expectorations au laboratoire, avec résultat reçu, avec résultat positif à l'examen des expectorations, avec résultat du test de dépistage du VIH et avec résultat positif au test de dépistage du VIH

<i>Période</i>	<i>Nombre de cas présumés de TB</i>	<i>Pourcentage de cas présumés de TB avec envoi des échantillons d'expectorations au laboratoire</i>	<i>Pourcentage de cas présumés de TB avec envoi des échantillons d'expectorations au laboratoire et avec résultat de microscopie, test Xpert ou culture reçu</i>	<i>Pourcentage de cas présumés de TB avec résultat de microscopie, test Xpert ou culture reçu et avec résultat positif</i>	<i>Pourcentage de cas présumés de TB avec résultat du test de dépistage du VIH reçu</i>	<i>Pourcentage de cas présumés de TB avec résultat positif au test de dépistage du VIH</i>
1 ^{er} trimestre 2018	266	85%	88%	11%	79%	68%
2 ^e trimestre 2018	235	96%	93%	8%	85%	58%
3 ^e trimestre 2018	373	93%	95%	6%	89%	58%
4 ^e trimestre 2018	261	93%	90%	11%	87%	64%
Année 2018 complète	1,135	92%	92%	9%	85%	62%
1 ^{er} trimestre 2019	199	94%	92%	8%	88%	53%
2 ^e trimestre 2019	162	93%	86%	4%	87%	63%

CDT = centre de diagnostic et de traitement ; TB = tuberculose ; VIH = virus de l'immunodéficience humaine.

Questions clés auxquelles il faut répondre au vu des tableaux ci-dessus :

1. Le CDT et ses centres identifient-ils le nombre attendu de cas présumés de tuberculose ?

- Au 2^{ème} trimestre 2019, 162 cas présumés de TB ont été identifiés. Ce chiffre est plus faible que celui du trimestre précédent (199) et de ceux de 2018 (moyenne par trimestre : $1\ 135/4 = 284$).
- En 2018, le taux de cas présumés de tuberculose dans ce CDT était de 1 769/100 000 habitants (calculé comme suit : 1 135 cas présumés divisés par 64 164 habitants, et multiplié par 100 000). La moyenne de la province était de 1 662/100 000 habitants.
- Le taux pour le CDT était plus élevé que la moyenne provinciale (indicateur n°1), mais une baisse a été observée au cours du 1^{er} et du 2^{ème} trimestre 2019. Ce résultat est donc problématique.

2. Les échantillons d'expectorations de tous les cas présumés de TB identifiés ont-ils été envoyés au laboratoire ?

- Au 1^{er} et au 2^{ème} trimestre 2019, un pourcentage élevé (94 % et 93 %) de patients ont vu leurs échantillons d'expectorations envoyés au laboratoire ; ce pourcentage pour 2018 était également élevé (92 %).

3. Tous les cas présumés de TB, dont les échantillons d'expectorations ont été envoyés au laboratoire, ont-ils reçu les résultats ?

- Au 1^{er} et au 2^{ème} trimestre 2019, un pourcentage élevé (92 % et 86 %) de cas présumés de TB ont reçu les résultats de leurs examens. Ce pourcentage est légèrement plus faible qu'en 2018, où presque tous les cas présumés (92 %) avaient reçu leurs résultats.

4. Le taux de positivité des examens d'expectorations (pourcentage de cas présumés de TB avec résultat positif) correspondait-il aux valeurs attendues (indicateur n°2) ?

- Le taux de positivité était de 4 % au 2^{ème} trimestre 2019. Ce chiffre est donc inférieur à celui du 1^{er} trimestre 2019 (8 %) ou de 2018 (9 %). Les nombres étant faibles, il convient d'évaluer les pourcentages avec prudence. Toutefois, cet indicateur met en avant un problème.

5. Le statut VIH de tous les cas présumés de TB était-il connu ?

- Au 1^{er} et au 2^{ème} trimestre 2019, le statut VIH de 88 % et 87 % des cas présumés de TB était connu. Un pourcentage élevé de patients connaissaient également leur statut VIH en 2018 (85 %).

La prochaine étape repose sur l'analyse des *données de chaque centre de traitement* afin de voir si certains d'entre eux ont des données qui diffèrent des valeurs attendues des indicateurs. Puisque les nombres par centre et par trimestre sont faibles, nous avons uniquement inclus dans le tableau les données de la *dernière année complète* (2018).

Tableau 6 : Tableaux récapitulatifs des cas présumés de tuberculose par les centres de traitement d'un CDT en 2018, avec analyse⁶**Tableau 6.1** : Cas présumés de tuberculose par centre en 2018 : nombre de cas présumés identifiés, de cas présumés avec envoi des échantillons d'expectorations au laboratoire, avec résultat reçu, avec dépistage du VIH effectué, avec résultat du test de dépistage du VIH et taux de positivité

<i>Centre</i>	<i>Nombre de cas présumés de TB identifiés</i>	<i>Nombre de cas présumés avec envoi des échantillons d'expectorations au laboratoire</i>	<i>Nombre de cas présumés avec résultat de microscopie des frottis, de test Xpert ou de culture reçu</i>	<i>Nombre de cas présumés avec résultat positif à la microscopie des frottis, au test Xpert ou à la culture</i>	<i>Nombre de cas présumés avec résultat du test VIH reçu</i>	<i>Nombre de cas présumés avec résultat positif au test VIH</i>
A	48	47	42	0	38	17
B	73	63	59	3	50	32
C	84	65	59	3	68	44
D	47	46	43	1	48	34
E	59	53	53	5	56	25
F	52	48	48	6	49	36
G	44	44	43	5	43	33
H	52	47	37	5	33	21
I	83	82	81	9	80	42
J	77	68	64	4	67	38
K	83	81	71	4	77	63
L	76	68	66	3	65	44
M	115	112	102	7	109	61
N	59	56	55	2	53	29
Hôpital	183	162	134	25	133	79
Total	1,135	1,042	957	82	969	598

⁶ Modifié de « Making sense of TB data. Guide for collection, analysis and use of TB data for health workers in Zimbabwe », Programme national de lutte contre la tuberculose, Ministère de la santé et de la protection de l'enfance, Harare, Zimbabwe, 2015

Afin de faciliter l'analyse des données, les nombres absolus présentés dans le Tableau 6.1 ont été calculés et présentés sous forme de taux et de pourcentages dans le Tableau 6.2 ci-dessous.

Tableau 6.2 : Cas présumés de tuberculose par centre en 2018 : nombre de cas présumés identifiés, taux pour 100 000 habitants, pourcentage de cas présumés avec envoi des échantillons d'expectorations au laboratoire, avec résultat reçu, avec dépistage du VIH effectué, avec résultat du test de dépistage du VIH et taux de positivité

Centre	Population de la zone desservie en 2018	Taux : dépistage des cas présumés de TB par microscopie/100 000 habitants	Pourcentage de cas présumés de TB avec envoi des échantillons d'expectorations au laboratoire	Pourcentage de cas présumés de TB avec envoi des résultats au laboratoire et avec résultat de microscopie, Xpert ou culture reçu	VIH	
					Pourcentage de cas présumés de TB avec résultat du test VIH reçu	Pourcentage de cas présumés de TB avec résultat du test VIH reçu et avec résultat positif
A	3,140	1,529	96%	96%	81%	68%
B	2,361	3,092	86%	94%	68%	64%
C	5,505	1,526	100%	91%	100%	64%
D	6,049	777	100%	100%	100%	50%
E	8,774	672	83%	100%	100%	50%
F	2,717	1,914	94%	100%	100%	76%
G	5,420	812	100%	100%	100%	86%
H	7,765	670	91%	67%	57%	85%
I	2,223	3,734	100%	100%	91%	55%
J	2,874	2,679	86%	100%	76%	63%
K	6,483	1,280	90%	100%	100%	70%
L	3,140	2,420	96%	100%	96%	68%
M	4,513	2,548	96%	75%	96%	54%
N	3,200	1,844	93%	100%	100%	36%
Hôpital			87%	65%	67%	65%
Total	64,164	1,769	92%	92%	85%	62%

CDT = centre de diagnostic et de traitement ; VIH = virus de l'immunodéficience humaine ; TB = tuberculose.

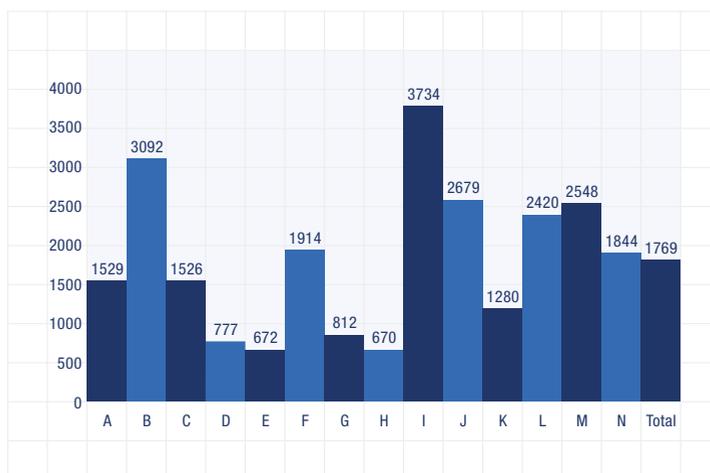
Questions clés auxquelles il faut répondre :

Avons-nous détecté le *nombre attendu* de cas présumés de TB dans notre communauté ?

- Le Tableau 6.1 montre que tous les centres ont enregistré des cas présumés de TB. Leur nombre variait de 44 (Centre G) à 115 (Centre M). En excluant l'hôpital (car en tant que centre de référence, la population desservie est celle de l'ensemble du CDT), le nombre moyen de cas présumés de TB par centre (à l'exception de l'hôpital du CDT) était $(1\ 135-183)/14 = 68$ en 2018 (une année) ou $68/4 = 17$ par trimestre.
- Le taux d'identification des cas présumés de TB variait en fonction des centres, de 670/100 000 (Centre H) (ou 1 pour 149 habitants) à 3 734/100 000 (Centre I; 1 pour 27 habitants). Les taux d'identification des cas présumés de TB pour 100 000 habitants sont aussi présentés dans la Figure 1 ci-dessous. Quatre centres avaient des taux bien inférieurs à la moyenne (D, E, G, H) et deux centres avaient des taux beaucoup plus élevés (I et B).
- Avec son taux exceptionnellement élevé d'identification de cas présumés de TB, le Centre I était la clinique d'une zone d'exploitation minière et la population desservie comprenait des personnes de tout le pays.
- Avec l'un des taux les plus faibles du CDT, le Centre H se situe près d'une grande ville où de nombreux cas présumés de TB préfèrent consulter. Le nombre de cas présumés de TB identifiés par l'hôpital a considérablement baissé. Cela pourrait toutefois correspondre à une tendance favorable si davantage de cas se présentaient aux centres de soins pour l'enregistrement et la collecte des échantillons d'expectorations au lieu de se rendre directement à l'hôpital. Mais cela ne semble pas être le cas ici, puisque le nombre total de cas présumés de TB avec résultats de laboratoire dans le CDT a diminué. Cette baisse a eu lieu malgré un système de transport des échantillons d'expectorations performant.
- Le pourcentage de cas présumés de TB dont les échantillons d'expectorations ont été envoyés au laboratoire était inférieur à 90 % pour les Centres E, B, J et l'hôpital.
- Le pourcentage de patients ayant reçu les résultats des examens diagnostiques était inférieur à 90 % pour l'hôpital et les Centres H et M.

- Tous les centres, à l'exception du Centre A, ont identifié au moins un cas présumé avec résultat positif à l'examen des expectorations. Le nombre moyen (en excluant l'hôpital) était de $(82-25)/14 = 4$, correspondant à quatre cas de TB confirmée bactériologiquement par an et par centre ou un par trimestre.
- Un pourcentage de patients avec statut VIH connu inférieur à 90 % a été observé à l'hôpital ainsi que dans les centres H, B, J et A.

Figure 1 : Taux de cas présumés de tuberculose pour 100 000 habitants par centre d'un CDT en 2018 (avec des moyennes pour le CDT et la province de 1 769 et 1 662 pour 100 000 habitants, respectivement)⁷



⁷ Reproduction autorisée par l'Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires. Droits d'auteur © L'Union, Haldal E, Dlodlo RA, Mlilo N, Nyathi BB, Zishiri C, Ncube RT, Siziba N, Sandy C. Local staff making sense of their tuberculosis data : key to quality care and ending tuberculosis. Int J Tuberc Lung Dis 2019 ; 23(5) : 612-618

CDT = centre de diagnostic et de traitement.

L'analyse ci-dessus est résumée dans le Tableau 7, qui mentionne également les mesures à prendre.

Tableau 7 : Forces, faiblesses et mesures à prendre dans un CDT⁸

<i>Forces</i>	<i>Faiblesses</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage élevé de cas présumés de TB identifiés avec envoi des échantillons d'expectorations et transmission des résultats • Forte couverture du dépistage du VIH chez les cas présumés de TB • Presque tous les nouveaux cas de TB pulmonaire âgés de plus de 5 ans ont reçu les résultats de leur examen bactériologique des expectorations (données non présentées) • Faible taux de patients tuberculeux perdus de vue (données non présentées) 	<ul style="list-style-type: none"> • Deux centres n'ont pas soumis le rapport trimestriel du second trimestre 2019 • Les rapports des centres sur les cas présumés de TB ne sont pas exhaustifs par rapport aux rapports trimestriels récapitulatifs des districts (données non présentées) • Faible taux de cas présumés de TB • Taux de positivité faible et en baisse parmi les cas présumés • Faible taux de dépistage de la TB et de nouveaux cas de TB pulmonaire/ confirmée bactériologiquement (données non présentées) • Couverture TDO non rapportée pour les patients de l'hôpital (mais élevée dans l'ensemble, données non présentées) • Un résultat thérapeutique n'a pas été attribué à tous les cas de TB • Un test Xpert MTB/RIF n'a pas été réalisé chez tous les patients déjà traités

Mesures à prendre pour remédier aux faiblesses identifiées

<i>Mesures</i>	<i>Référent</i>	<i>Délai</i>
1. Accroître la sensibilisation des professionnels de santé aux signes et symptômes évocateurs de TB et renforcer l'utilisation des outils de dépistage de la TB	Coordinateur TB du CDT Infirmiers référents TB	À partir du 1 ^{er} trimestre 2019
2. Comparer le nombre de cas présumés de TB avec le nombre de patients enregistrés dans le registre des consultations externes : total des patients adultes, combien ont reçu un diagnostic de « toux persistante »/symptômes respiratoires. Comparer également avec le registre de laboratoire des cas de TB ; combien de cas présumés n'ont pas été évalués ?		
3. Vérifier si les données de tous les registres des cas présumés de TB conservés dans les différentes unités de l'hôpital ont été regroupées afin d'établir les rapports trimestriels des centres		
4. Toute discordance du nombre de cas de TB entre les rapports trimestriels et le rapport du laboratoire, ainsi que du nombre de cas avec attribution d'un résultat thérapeutique entre le rapport sur la recherche active de cas et le rapport sur les résultats thérapeutiques doit être analysée afin d'identifier les données les plus pertinentes		

CDT = centre de diagnostic et de traitement ; TB = tuberculose ; VIH = virus de l'immunodéficience humaine ; TDO = traitement directement observé.

⁸ Comprend l'analyse de tous les indicateurs, ainsi que de ceux relatifs aux cas présumés de tuberculose présentés dans le Tableau 6. Modifié de « Making sense of TB data. Guide for collection, analysis and use of TB data for health workers in Zimbabwe », Programme national de lutte contre la tuberculose, Ministère de la santé et de la protection de l'enfance, Harare, Zimbabwe, 2015

Tableau 8 : Liste de vérifications pour les visites de supervision formative axée sur les données *des centres par le CDT/district*

(Source : Programme national de lutte contre la TB, Zimbabwe)

Nom de la province : _____

Nom du CDT : _____

Nom du centre : _____

Population : _____ Date de la visite : ____ / ____ / ____

Étape 1 : à l'arrivée

Rencontrer le responsable du centre, expliquer l'objectif de la visite, demander la permission avant de visiter les différentes unités du centre et convenir d'une réunion de synthèse à la fin de la visite, idéalement avec les membres clés du personnel du centre.

Passer en revue les recommandations émises lors de la visite précédente, le ____ / ____ / ____ (date).

Compléter le tableau ci-dessous en début de visite et y revenir en fin de visite lorsque de nouvelles mesures sont évoquées avec le personnel du centre.

Recommandation	Statut de la mise en œuvre	Raisons de la non mise en œuvre

Étape 2 : rencontrer les référents TB du centre. Analyse et présentation des données sous forme tabulaire

- L'équipe s'installera dans une pièce au calme pour revoir les données avec le référent TB.
- Évoquer le recueil, l'analyse, l'utilisation et l'enregistrement des données et des rapports trimestriels sur la TB.
- Mettre à jour toutes les données des tableaux récapitulatifs et *valider* les données en comparant les données du *dernier trimestre* dans les tableaux à celles enregistrées dans les registres pertinents, ainsi qu'aux données des rapports trimestriels soumis par le centre. Vérifier si ces données concordent.

Analyse des données

- Analyser les données de TB incluses dans les tableaux récapitulatifs.
- Revoir – à titre indicatif – les *forces* et *faiblesses* que l'évaluation et l'analyse des données de TB à jour et validées mettent en avant. Garder à l'esprit « d'où vous partez », en d'autres termes : tenir compte des observations faites lors des visites de supervision précédentes et des actions prises par la suite.
- Garder ces forces et faiblesses à l'esprit lors de la visite et se concentrer sur les faiblesses/problèmes pour pouvoir en comprendre la cause, confirmer les résultats et formuler d'autres observations qui seront abordées lors de la réunion de synthèse.
- Veiller à ce que l'activité de supervision soit formative pour pouvoir vraiment *faire la différence* et *améliorer* la prise en charge des patients tuberculeux ainsi que les services de prévention et de soins antituberculeux du centre.

Étape 3 : interroger certains membres clés du personnel du centre quant aux services de prise en charge de la TB

- Revoir la carte de la zone desservie (prendre une photo à conserver) et de la population en question.
- Décrire l'accès aux services de santé et les itinéraires empruntés par les patients pour se rendre au centre.
- Décrire le système de transport des échantillons/de transmission des résultats.
- Se renseigner sur les frais de consultation pour le patient ; des exonérations sont-elles possibles ?

- Analyser le parcours des cas présumés de TB, depuis leur entrée au centre jusqu'à l'initiation du traitement. Cela doit se faire « pas à pas », en faisant attention aux mesures de lutte contre les infections et à l'éventualité d'une perte de vue des patients.
- Comment la recherche de cas de TB, l'initiation du traitement et le soutien au traitement sont-ils organisés ?
- Des récipients destinés au recueil des expectorations sont-ils disponibles dans les différentes unités du centre (service ambulatoire, service prénatal, maternité, etc.) ?
- Quel professionnel de santé donne les instructions relatives à la production d'expectorations aux patients ? Évaluer la pertinence des explications données.
- Combien d'échantillons diagnostiques sont recueillis ? À quel moment ?
- Quels sont les tests diagnostiques utilisés ?
- Où les patients effectuent-ils le prélèvement d'expectorations ?
- Comment s'organise la stratégie TDO ? Une aide au TDO par un professionnel de santé est-elle fournie ? Les agents communautaires d'appui au TDO sont-ils préalablement formés ?
- Les centres de soins antituberculeux et anti-VIH sont-ils proches l'un de l'autre ?
- Autres observations.

Évoquer les mesures de lutte contre les infections avec l'infirmier référent

- Y a-t-il un plan écrit de lutte contre les infections, qui comprend la lutte contre l'infection tuberculeuse : Oui/Non
- Y a-t-il un référent qualifié pour la lutte contre les infections : Oui/Non
- Les professionnels de santé font-ils l'objet d'un test de dépistage de la TB : Oui/Non ; si oui, à quelle fréquence et comment ce dépistage est-il effectué ?
- Les professionnels de santé effectuent-ils le triage des patients : Oui/Non ; si oui, pour quels patients ?
- Les salles d'attente et de consultation sont-elles bien ventilées ?
- Des mouchoirs sont-ils mis à disposition des patients qui toussent : Oui/Non
- Des masques satisfaisant aux normes N95 sont-ils disponibles : Oui/Non
- Autres observations.

Évoquer les ressources humaines et la formation du personnel en matière de TB

- Établir la liste du personnel qui prend part aux services de soins antituberculeux et de soins TB-VIH.
- Déterminer s'ils ont été formés aux soins et à la prévention de la TB.
- Y a-t-il des problèmes criants en matière de ressources humaines par rapport à la charge de travail ?

Partenaires dans le cadre de la prise en charge de la TB

- Déterminer si le centre a établi des partenariats dans le cadre de la prise en charge de la TB, qui sont ces partenaires et ce qu'ils font.

Directives des programmes nationaux de lutte contre la TB

Directives	Disponible		Commentaires
	Oui, vérifié	Non	
Directives nationales sur la TB			
Directives sur la TB pharmacorésistante			
Directives sur les soins communautaires de la TB			

Activités du programme

Activité	Oui	Non	Commentaires
Organisez-vous des réunions d'analyse des données de TB ? Qui y participe ? Donner des exemples d'utilisation des données de TB à des fins de prise de décisions			
Le CDT vous apporte-t-il une supervision formative ? À quand remonte la dernière visite ? Avez-vous évoqué et vous êtes-vous accordés sur les mesures à prendre ?			

Étape 4 : visiter les services de soins ambulatoires et d'infections opportunistes (IO)/de soins antirétroviraux

- Évaluer la charge de travail : nombre de consultations par jour (selon le formulaire T5 et le résumé mensuel des patients vus en consultation externe).
- Vérifier le registre des patients ambulatoires (T12) : nombre et pourcentage de patients ayant présenté une toux chronique au cours du derniers mois complet ; sélectionner 5 noms au hasard et vérifier si vous retrouvez ces patients dans *le registre des cas présumés de TB*.
- Examiner l'enregistrement des cas présumés de TB : combien de registres sont tenus, où sont-ils placés, sont-ils à jour ?
- Les patients infectés par le VIH font-ils l'objet d'un test de dépistage de la TB ?
- Autres observations.

Étape 5 : visiter la pharmacie/la réserve de médicaments du centre

- La réserve est-elle bien rangée ? Fermée à clé ? Qui en est responsable ?
- Remplir le tableau récapitulatif en y inscrivant les stocks d'antituberculeux (première et deuxième ligne de traitement) et de consommables observés, avec les dates d'expiration.
- Les fiches de stock sont-elles à jour et conformes au comptage physique du stock actuel ?
- Y a-t-il eu des ruptures de stock :
 - d'antituberculeux de première et deuxième ligne au cours du dernier trimestre ?
 - d'antirétroviraux de première ligne ?
 - de cotrimoxazole ?
- Calculer les besoins mensuels à l'aide du tableau fourni dans le guide, afin de calculer le nombre de mois de stock disponible.

Étape 6 : organiser une réunion de synthèse avec l'équipe du centre à la fin de la visite

- Émettre des observations *constructives* et présenter le tableau récapitulatif ci-dessous avec les forces et faiblesses fondées sur les données validées de TB.
- Faire le point sur les performances du centre au vu des valeurs obtenues aux indicateurs clés et inclure tout problème supplémentaire identifié lors de la visite.
- Demander au personnel du centre s'ils sont d'accord avec ces observations et quels sont *leurs* problèmes principaux.
- Évoquer la marche à suivre avec l'équipe du centre et *se mettre d'accord* sur *les mesures à prendre*, qui devront ensuite être incluses dans le tableau ci-dessous.
- Fournir *deux copies* du tableau de synthèse : la première copie restera au centre et la deuxième sera conservée par l'équipe de supervision et servira à préparer la prochaine visite.

Forces		Faiblesses	
Mesures à prendre pour remédier aux faiblesses/problèmes identifiés			
Mesures		Référent	Délai

Tableau 9 : Liste de vérifications pour les visites de supervision formative des CDT/districts par les autorités provinciales

(Source : Programme national de lutte contre la TB, Zimbabwe)

Remarque :

La visite de supervision du CDT/district ne se concentrera que sur les fonctions incombant au CDT/district (telles que services fournis par les laboratoires, surveillance de la TB) et non sur les services de prise en charge des patients fournis par l'hôpital du district (tels que TB, IO/ARV, consultations externes).

Les activités de supervision constructive qui couvrent la prise en charge des patients peuvent être effectuées à l'aide de la liste de vérifications destinée aux centres.

Nom de la province : _____

Nom du CDT : _____

Population : _____ Date de la visite : ____ / ____ / ____

Étape 1 : à l'arrivée

Rencontrer le responsable du CDT, expliquer l'objectif de la visite, demander la permission avant de visiter les différentes unités du CDT et convenir d'une réunion de synthèse à la fin de la visite, idéalement avec les membres clés du personnel du CDT.

Passer en revue les recommandations émises lors de la visite précédente, le ____ / ____ / ____ (date).

Compléter le tableau ci-dessous en début de visite et y revenir en fin de visite lorsque de nouvelles mesures sont évoquées avec le personnel du CDT/district.

Recommandation	Statut de la mise en œuvre	Raisons de la non mise en œuvre

Étape 2 : rencontrer le Coordinateur TB du CDT : analyse et présentation tabulaire des données

- S'installer dans une pièce au calme pour s'entretenir avec le Coordinateur TB du CDT et revoir les données de routine de la TB.
- Demander comment le diagnostic et le traitement de la TB sont organisés au sein du CDT :
 - évaluer la performance du programme de lutte contre la TB du CDT à l'aide des indicateurs relatifs à la recherche de cas de TB, aux notifications et aux résultats de traitement (voir ci-dessous : analyse des données) ;
 - évaluer les données de TB-VIH et en parler avec l'infirmier référent en matière de soins VIH/ARV.
- Préciser le nombre de centres diagnostiques au sein du CDT.

Centres diagnostiques de la tuberculose

Nom des centres diagnostiques du CDT	Type de services diagnostiques de la TB				
	Microscope optique	Microscope à LED	Test Xpert MTB/RIF	Radiographie fonctionnelle	Autre

- Confirmer le nombre de registres de TB
 - Y en a-t-il autant que de centres diagnostiques ?
 - Ou y a-t-il un registre papier « principal » pour le CDT/district qui comprend tous les patients du CDT/district ?
- Le CDT dispose-t-il d'un registre électronique de TB ?
- Autre système électronique ?
- Évoquer le recueil, l'analyse, l'utilisation et l'enregistrement des données et des rapports trimestriels de TB.
- Mettre à jour toutes les données des tableaux récapitulatifs et *valider* les données en comparant les données du *dernier trimestre* dans les tableaux à celles enregistrées dans les registres pertinents, ainsi qu'aux données des rapports trimestriels soumis par l'équipe du CDT/le Coordinateur TB du CDT. Vérifier si ces données concordent.

Analyse des données

- Analyser les données de TB des tableaux récapitulatifs.
 - Commencer par analyser les données du *CDT dans son ensemble*.
 - Analyser ensuite les données *de chaque centre*.
- Si le CDT dispose de *plus d'un* centre diagnostique, les données de routine seront d'abord analysées pour l'ensemble du district, puis une analyse par centre diagnostique sera réalisée, pour finir avec une analyse par centre.
- Récapituler – à titre indicatif – les forces et faiblesses que l'évaluation et l'analyse des données de TB à jour et validées mettent en avant. Garder à l'esprit « d'où vous partez », en d'autres termes : tenir compte des observations faites lors des visites de supervision précédentes et des actions prises par la suite.

- Garder ces forces et faiblesses à l'esprit lors de la visite et se concentrer sur les faiblesses/problèmes pour pouvoir en comprendre la cause, confirmer les résultats et formuler d'autres observations qui seront abordées lors de la réunion de synthèse.
- Veiller à ce que l'activité de supervision soit formative pour pouvoir vraiment *faire la différence* et *améliorer* la prise en charge des patients tuberculeux ainsi que les services de prévention et de soins antituberculeux du CDT/district.

Étape 3 : entretien avec les membres pertinents du CDT sur les services de prise en charge de la TB

- Revoir la carte de la zone desservie (prendre une photo à conserver) et de la population en question.
- Décrire l'accès aux services de santé et les itinéraires empruntés par les patients pour se rendre au centre.
- Décrire le système de transport des échantillons/de transmission des résultats.
- Se renseigner sur les frais de consultation pour le patient ; des exonérations sont-elles possibles ?
- Autres observations.

Évoquer les mesures de lutte contre les infections avec l'infirmier référent

- Y a-t-il un plan écrit de lutte contre les infections, qui comprend la lutte contre l'infection tuberculeuse : Oui/Non
- Quels sont les standards minimums à respecter ?
- Y a-t-il un référent qualifié pour la lutte contre les infections : Oui/Non
- Le personnel a-t-il été formé à la lutte contre les infections : Oui/Non
- Des équipements de protection individuelle sont-ils mis à disposition ? Oui/Non
- Les professionnels de santé font-ils l'objet d'un test de dépistage de la TB : Oui/Non ; si oui, à quelle fréquence et comme ce dépistage est-il effectué ?
- Autres observations.

Évaluer les ressources humaines et la formation du personnel en matière de TB, TB pharmacorésistante et de TB-VIH en interrogeant le personnel du CDT

Remplir le tableau ci-dessous.

Personnel médical formé à la prévention et aux soins antituberculeux

Personnel	Établissement agréé	Nombre en poste	Prise en charge des cas de TB, TB-VIH et S&E	Lutte contre l'infection tuberculeuse	TB-MR, gestion programmatique de la tuberculose résistante aux médicaments	Soins antituberculeux au sein de la communauté et PCMS	Contrôle externe de la qualité des services rendus par les laboratoires	Microscopie	Autre
Médecins									
Infirmiers									
Techniciens de laboratoire									
Techniciens de microscopie									
Personnel de santé environnementale									
Techniciens en radiologie									
Personnel pharmaceutique									

Autre, préciser : _____

Y a-t-il d'autres déficits de formation qui devraient être adressés ?

Partenaires dans le cadre de la prise en charge de la TB, TB pharmacorésistante et TB-VIH

Nom du partenaire	Type d'activité	Couverture (CDT, unités, village)	Budget (dollars) et période de financement (p. ex. 2017–2019)

Directives des programmes nationaux de lutte contre la TB

Directives	Disponible		Commentaires
	Oui, vérifié	Non	
Directives nationales sur la TB			
Directives sur la TB pharmacorésistante			
Directives sur les soins communautaires de la TB			
Autre, préciser			

Activités du programme

Activité	Oui	Non	Commentaires
Organisez-vous des réunions pour analyser/valider les données de TB ? Qui participe à ces réunions ? À quelle fréquence ?			
Organisez-vous des réunions d'évaluation des performances des CDT ?			
Utilisez-vous les données de routine sur la TB à des fins d'organisation et de prise de décisions ? Donner des exemples.			

<p>Y a-t-il un comité de coordination pour la prise en charge TB-VIH-TB pharmacorésistante ?</p> <p>Le compte-rendu de la dernière réunion de ce comité a-t-il été conservé ?</p>			
<p>Organisez-vous des visites de supervision formative dans les centres de santé ? À quelle fréquence ? À quand remonte la dernière visite ?</p> <p>Avez-vous un fichier pour les rapports de ces visites ?</p>			
<p>Les autorités provinciales organisent-elles des visites de supervision formative ?</p> <p>À quand remonte la dernière visite ?</p> <p>Avez-vous reçu un retour écrit suite à leur visite ?</p>			

Documentation des réunions, visites de supervision formative et projets

Documentation	Disponible	Conservée sous dossier ?	Commentaires
	(Oui / Non)	(Oui / Non)	
Compte-rendu des réunions d'analyse/de validation des données			
Rapports des réunions de supervision			
Compte-rendu des réunions de collaboration entre les services TB-VIH-TB pharmacorésistante			
Rapports des visites de supervision : – des autorités provinciales aux CDT/districts ; – des CDT/districts aux centres de traitement			
Plans trimestriels et annuels de lutte contre la TB			

Étape 4 : visite du laboratoire du CDT

- La visite du laboratoire du CDT (ou d'un laboratoire d'un autre centre de diagnostic) fait partie de la visite de supervision formative de l'hôpital du CDT. Un représentant de l'équipe du laboratoire doit être présent.
- Cette visite a pour objectif de déterminer les points suivants :
 - Le laboratoire (ou un autre centre de diagnostic) effectue-t-il des tests diagnostiques de la TB ?
 - Les tests Xpert MTB/RIF sont-ils disponibles ? Depuis quand ?
 - Registre des tests Xpert, des microscopies d'expectorations – disponibles, à jour ?
 - Comment les formulaires de demande de tests de laboratoire sont-ils conservés ? Comment sont-ils renseignés – adresse/numéro de téléphone, catégorie du patient ?
 - Quelles sont les procédures de routine pour garantir que les données de laboratoire sont saisies dans les registres du centre et du CDT ?
 - Rapports assurance qualité externe (EQA), sont-ils disponibles ? Résultats ?
 - Rapports de synthèse suite à une visite de supervision des laboratoires d'un centre de diagnostic ?
 - Disponibilité et stocks de :
 - récipients adaptés au recueil des échantillons ;
 - réactifs pour coloration ZN/auramine ;
 - cartouches pour test Xpert MTB/RIF ;
 - disponibilité des registres et formulaires de laboratoire.
 - Si possible, examiner une lame de microscopie positive.

Étape 5 : visite des pharmacies du CDT/district

- Proposer au pharmacien du CDT de se joindre à vous et chercher à obtenir des informations sur les points suivants :
- Les antituberculeux et autres consommables sont-ils disponibles via un système d'approvisionnement à flux « poussé » ou « tiré » ?
- Qui se charge de calculer les besoins et de passer commande ?
- Quelles sont les forces et les faiblesses du système actuel ?
- Comment pourrait-on l'améliorer ?

Étape 6 : organiser une réunion de synthèse avec l'équipe du CDT à la fin de la visite

- Émettre des observations *constructives* et présenter le tableau récapitulatif ci-dessous avec les forces et faiblesses fondées sur les données validées de TB.
- Faire le point sur les performances du centre au vu des valeurs obtenues aux indicateurs clés et inclure tout problème supplémentaire identifié lors de la visite.
- Demander au personnel du centre s'ils sont d'accord avec ces observations et quels sont leurs problèmes principaux.
- Évoquer la marche à suivre avec l'équipe du centre et *se mettre d'accord* sur les *mesures à prendre*, qui devront ensuite être incluses dans le tableau ci-dessous.
- Fournir *deux copies* du tableau de synthèse : la première copie restera au centre et la deuxième sera conservée par l'équipe de supervision et servira à préparer la prochaine visite.

Forces		Faiblesses	
Mesures à prendre pour remédier aux faiblesses/problèmes identifiés			
Mesures		Référent	Délai

