



Enquête sur la qualité des services de tuberculose en République démocratique du Congo

Rapport

Janvier 2024



Enquête sur la qualité des services de tuberculose

en République démocratique du Congo

Rapport

Jeanne Chauffour, TB DIAH

Michel Kaswa, PNLT

Henriette Wembanyama, POSAF

Elena Herrera, TB DIAH

Stéphane Mbuyi, PNLT

Romain Kibadi, PNLT

Jean-Pierre Kabuayi, POSAF

Clarice Lee, TB DIAH

Janvier 2024

TB DIAH

University of North Carolina at Chapel Hill

123 West Franklin Street, Suite 330

Chapel Hill, NC 27516 USA

TEL: 919-445-6949 | FAX: 919-445-9353

www.tbdiah.org

Cette publication a été réalisée avec le soutien de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) dans le cadre du programme TB Data, Impact Assessment and Communications Hub (TB DIAH) Associate Award No. 7200AA18LA00007. TB DIAH est mis en œuvre par l'Université de Caroline du Nord à Chapel Hill, en partenariat avec John Snow, Inc. Les opinions exprimées ne sont pas nécessairement celles de l'USAID ou du gouvernement des États-Unis. TR-23-507 TB



Remerciements

Le projet Tuberculosis Data, Impact Assessment and Communications Hub (TB DIAH), financé par l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), remercie ceux et celles qui ont contribué à l'enquête sur la qualité des services de lutte contre la tuberculose (*Quality of Tuberculosis Services Assessment*, ou QTSA) en République démocratique du Congo (RDC).

Nous tenons à remercier l'USAID pour son soutien. Un grand merci à nos conseillers Charlotte Colvin, Kenneth Castro, Inoussa Zabsonre et Paul Pierre à USAID/Washington. Nous remercions tout particulièrement Jean-Felly Numbi, Begin Salumu, Denise Ndagano et Brian Bakoko de l'USAID/RDC, ainsi que Dorcas Muteteke, Olivier Mumbere et Fidèle Mukinda, anciennement du programme STAR (Sustaining Technical and Analytical Resources) de l'USAID en RDC.

Nous remercions la direction et le personnel du Programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT) de la RDC, en particulier Gertrude Lay et Erick Nzapakembi, pour leur appui et leurs conseils.

Nous remercions l'équipe du Pont Santé Afrique (POSAF), en particulier Priscilla Kasongo Dioso, Fabien Kabasele, Caleb Marobe, Valentin Bola, Patricia Bamikina Ndonga, Jolie Palako Eloko, Jean Bosco Kasonga Ngindu, Bertille Kayowa Kabulu et Sarah Kilima Diwa pour leurs contributions techniques. Nous remercions également Salvador Kavuke, Vanessa Kalanzaya et Bob Tadi M'amisa Moya pour leur soutien opérationnel. Nous tenons également à remercier tous les membres du comité de pilotage du QTSA et de l'examen de la qualité des données (Data Quality Review, ou DQR) dirigé par POSAF.

Nous remercions le personnel des formations sanitaires, les prestataires et les personnes recevant des soins pour la TB dans ces formations sanitaires qui ont participé ou ont été interrogés pour le prétest, la formation des formateurs et l'enquête. Nous reconnaissons également les contributions des chefs d'équipe, des enquêteurs et des superviseurs qui ont enduré plusieurs semaines de travail sur le terrain dans des conditions particulièrement difficiles. Nous remercions en particulier les douze « warriors du QTSA » qui ont mené avec acharnement leurs équipes de collecte de données pendant huit semaines périlleuses dans les régions reculées du Congo (par ordre alphabétique) : Achille Luwawu Sadila, Agapé Mwanandeke, Elie Caleb Mimbula Mokalo, Guy Londola Lodi, Honoré Izampan Oshipkain, Honoré Nguéyi Kumakinga, Jolie Palako Eloko, José Yemba Onya, Junior Yama Yama Nstholi, Malu Yowa Nkongolo, Michel Dulege Mbasa et Théodore Katayi Batubenge.

Nous remercions également les autres partenaires du projet conjoint QTSA/DQR en RDC, en particulier Maximilien Nkiesolo du Comité interentreprises de lutte contre le VIH/SIDA (CIELS), et les collègues de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), d'Action Damien, du Club des Amis Damien et de la Fondation Femme Plus. Nous exprimons notre gratitude envers les représentants des organisations et des unités administratives qui ont participé à la réunion de validation des données (PNLT, USAID, OMS, Action Damien, Club des Amis Damien, CIELS).

Des remerciements particuliers sont adressés à l'équipe centrale du QTSA pour ses contributions : Stephanie Mullen, Upama Khatri, Kola Oyediran, and Nikki Davis de TB DIAH, John Snow, Inc. (JSI). Nous tenons à remercier Ann Fitzgerald de TB DIAH, Université de Caroline du Nord à Chapel Hill.

Nous remercions Mfizi Fils et Alida Ndayakire de JSI pour leur soutien opérationnel, ainsi que Jean Lambert Chalachala et Kayode Jones, consultants de JSI, pour leur soutien aux activités du QTSA.

Nous remercions l'équipe de gestion des connaissances de TB DIAH, Université de Caroline du Nord à Chapel Hill, pour les services de rédaction, de conception et de production.

Couverture

Audit de la formation sanitaire dans un centre de traitement de la tuberculose à Kinshasa, RDC—Photo fournie par Pont Santé Afrique

Citation suggérée

Chauffour, J., Kaswa, M., Wembanyama, H., Herrera, E., Mbuyi, S., Kibadi, R., Kabuayi, J.P., Lee, C. (2023). Enquête sur la qualité des services de tuberculose en République démocratique du Congo : Rapport. Chapel Hill, NC, USA: TB DIAH, Université de Caroline du Nord.

English Language Version

Ce rapport est également disponible en anglais. *This report is also available in English at the following link:* <https://www.tbdiah.org/resources/publications/quality-of-tuberculosis-services-assessment-in-drc-report/>

Ce rapport a été traduit de l'anglais par Jeanne Chauffour.

Table des matières

Remerciements	3
Abréviations	9
Résumé.....	11
Contexte.....	11
Méthodes	11
Résultats et discussion.....	12
Recommandations et conclusion	12
Introduction	14
Contexte.....	14
La tuberculose en RDC	15
La stratégie de lutte contre la TB et la réponse programmatique nationale du PNLT	16
Enquête sur la qualité des services de lutte contre la tuberculose (QTSA)	18
Cadre conceptuel	19
Structure	20
Processus	20
Résultats	21
But et objectifs de l'enquête	21
Examen de la qualité des données (DQR).....	22
Méthodes.....	23
Conception de l'étude.....	23
Procédure d'échantillonnage et échantillon.....	23
Prestataires de soins de santé	25
Patients atteints de la TB	25
Acteurs de santé communautaire	25
Instruments de collecte de données	26
Mise en œuvre de l'enquête	27
Sélection d'un partenaire local	27
Adaptation des outils	27
Prétest	27
Formation des formateurs	28
Formation des enquêteurs	28
Collecte et gestion des données	28
Analyse des données	30

Comité d'éthique	30
Résultats.....	31
1. Caractéristiques de l'échantillon.....	31
1.1. Centres de diagnostic et de traitement de la TB	31
1.2. Dotation en personnel	31
1.3. Prestataires	32
1.5. Acteurs communautaires.....	35
2. Indicateurs de la composante « structure ».....	36
2.1. Disponibilité des services	36
2.2. Services de laboratoire.....	46
2.3. Disponibilité d'équipement général et de médicaments antituberculeux	50
2.4. Gestion.....	52
2.5. Prévention et contrôle des infections	54
2.6. Capacité des prestataires à fournir des services de lutte contre la TB	57
3. Indicateurs de la composante « processus ».....	59
3.1. Connaissances et pratiques du prestataire	59
3.2. Connaissance de la TB parmi les patients	61
3.3. Interactions entre le patient et le prestataire.....	64
3.4. Satisfaction des patients	69
4. Indicateurs de la composante « résultats »	70
4.1. Recherche de soins, diagnostic et initiation du traitement.....	70
4.2. Résultats du traitement de la TB-PS	71
4.3. Résultats du traitement de la TB-PR.....	71
4.4. Résultats du TPT	72
Succès, défis et limites	74
Succès	74
Défis.....	75
Limites.....	76
Recommandations	78
Conclusion.....	82
Références	83
Appendice A. Gestion des données	85
Appendice B. Définitions des résultats de la TB.....	87
Appendice C. Tableaux additionnels.....	88

Graphiques

Graphique 1. Cadre conceptuel de la qualité des soins de TB	20
Graphique 2. Carte des provinces sélectionnées pour le DQR en RDC	24
Graphique 3. Profession du prestataire de soins de santé pour la TB (n=429)	33
Graphique 5. Aperçu des services généraux de lutte contre la TB proposés par les CDT	37
Graphique 6. Services de dépistage de la TB proposés par les CDT (n=227).....	37
Graphique 7. Méthodes de diagnostic utilisées par les CDT qui fournissent des services de diagnostic de la TB (n=223)	38
Graphique 8. Services de traitement de la TB et services de soutien au traitement proposés par les CDT	40
Graphique 9. Méthodes utilisées par les CDT pour évaluer les enfants atteints de TB présumée (n=208)	44
Graphique 10. Procédures de traitement de la TB pédiatrique utilisées par les CDT	45
Graphique 11. Types de CQ/AQ pour la microscopie à frottis utilisés dans les CDT disposant d'un laboratoire sur place (n=217)	47
Graphique 12. Procédures et équipements de gestion des échantillons déclarés par les CDT (n=227).....	49
Graphique 13. Disponibilité d'un équipement de base fonctionnel au moment de l'évaluation (n=227).....	51
Graphique 14. Disponibilité des médicaments antituberculeux non périmés dans les CDT (n=226)	52
Graphique 15. Matériel de PCI disponible dans le CDT (n=227).....	55
Graphique 16. Connaissance des procédures de traitement de la TB par le prestataire (n=429) 59	
Graphique 17. Pratiques déclarées par les prestataires lors de l'entretien avec des patients atteints de TB présumée ou confirmée (n=429).....	60
Graphique 18. Connaissances des patients sur les facteurs de risque associés à la TB (n=489)..	61
Graphique 20. Connaissances des patients sur les effets secondaires des médicaments antituberculeux (n=489)	63
Graphique 21. Méthodes par lesquelles les prestataires établissent un rapport avec les patients (n=429)	66
Graphique 22. Comparaison des services de lutte contre la TB reçus et souhaités par les patients tuberculeux	69
Graphique 23. Satisfaction globale des patients à l'égard des soins de TB reçus dans le CDT, par type de patient	70
Graphique 24. Résultats du traitement pour les patients atteints de TB-PS (n=5 157).....	71
Graphique 25. Résultats du traitement pour les patients atteints de TB-PR (n=76).....	72
Graphique 26. Résultats du TPT pour les contacts avec les enfants (n=545)	73
Graphique 27. Résultats du TPT pour les PVVIH (n=535)	73

Tableaux

Tableau 1. Caractéristiques des CDT du QTSA en RDC	31
Tableau 2a. Dotation en personnel des CDT	32
Tableau 2b. Caractéristiques démographiques du prestataire de soins	32
Tableau 3. Caractéristiques des patients, par type de TB	34
Tableau 4. Caractéristiques des acteurs de santé communautaire	35
Tableau 5. Pratiques de supervision du traitement utilisées par les CDT	42
Tableau 6. Transport des échantillons dans les CDT disposant d'un laboratoire sur place	47
Tableau 7. Services d'analyses de laboratoire externe utilisés par les CDT disposant d'un laboratoire externe.....	48
Tableau 8. Transport d'échantillons dans les CDT disposant de laboratoires hors site	49
Tableau 9. Disponibilité des politiques, protocoles et lignes directrices sur la TB	53
Tableau 10. Pratiques de PCI dans les CDT	56
Tableau 11. Pratiques de dépistage de la TB du personnel de la structure	57
Tableau 12. Supervision reçue déclarée par le CDT	58
Tableau 13. Interactions déclarées par les patients avec les prestataires de soins de santé	65
Tableau 14. Interactions déclarées par les prestataires avec les patients	67
Tableau 15. Sujets abordés avec les patients lors du diagnostic et du traitement, selon le prestataire	68
Tableau C1. Services de lutte contre la TB et le VIH fournis par les CDT, par type de CDT et par lieu	88
Tableau C2. Matériel de prévention et de lutte contre les infections disponible dans le CDT, par type de CDT et par lieu	89
Tableau C3. Connaissance des patients des facteurs de risque de la TB, par type de TB	91
Tableau C4. Connaissance des patients des symptômes de la TB, par type de TB	92
Tableau C5. Perspective des patients sur la stigmatisation et la discrimination, par type de TB	94
Tableau C6. Informations fournies par les prestataires aux patients, par type de TB	95
Tableau C7. Sujets dont les prestataires ont déclaré avoir discuté avec les patients (réponse spontanée), par type de prestataire.....	97
Tableau C8. Services de TB au niveau de la communauté fournis par les acteurs de santé communautaire.....	99

Abréviations

CDT	centre de diagnostic et de traitement de la tuberculose
CQ/AQ	contrôle qualité/assurance qualité
CS	centre de santé
CSR	centre de santé de référence
DQR	examen de la qualité des données (<i>data quality review</i>)
INH	isoniazide
MTB	<i>Mycobacterium tuberculosis</i>
mWRD	tests moléculaires rapides recommandés par l'Organisation mondiale de la santé (<i>molecular World Health Organization-recommended diagnostics</i>)
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU	Organisation des Nations unies
PATI	Programme antituberculeux intégré aux soins de santé primaire
PCI	prévention et contrôle des infections
PDV	perdu.e.s de vue
PNLT	Programme national de lutte contre la tuberculose
POSAF	Pont Santé Afrique
PVVIH	personnes vivant avec le VIH
QTSA	enquête sur la qualité des services de lutte contre la tuberculose (<i>Quality of TB Services Assessment</i>)
RECO	relais communautaire
RDC	République démocratique du Congo
S&E	suivi-évaluation
TAR	traitement antirétroviral/thérapie antirétrovirale
TB	tuberculose
TB DIAH	Tuberculosis Data, Impact Assessment and Communications Hub
TB-MR	tuberculose multi-résistante
TB-PS	tuberculose pharmacosensible
TB-PR	tuberculose pharmacorésistante
TB-RR	tuberculose résistante à la rifampicine
TDO	traitement directement observé

TPT	traitement préventif de la tuberculose
TSM	test de sensibilité aux médicaments
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
ZS	zone de santé

Résumé

Contexte

L'enquête sur la qualité des services de lutte contre la tuberculose (Quality of Tuberculosis Services Assessment, ou QTSA) en République démocratique du Congo (RDC) visait à évaluer la qualité des services de prévention, de diagnostic et de traitement de la tuberculose (TB) mis en œuvre par le Programme national de lutte contre la tuberculose et la lèpre (PNLT) en RDC. Les efforts visant à contrôler et à améliorer la qualité des services de santé sont d'une importance capitale pour les personnes atteintes de TB, qui sont les bénéficiaires directs de soins de meilleure qualité. Il est prouvé que des soins de santé de qualité pendant un épisode de santé spécifique peuvent encourager les personnes atteintes de TB à poursuivre et à compléter leur traitement et à se faire soigner pour d'autres maladies. Mesurer et évaluer la qualité des soins montrent au système de santé, aux prestataires de soins et aux autres parties prenantes, y compris le Ministère de la santé, que la qualité est un élément important du programme, et placent ainsi la barre très haut pour l'amélioration des performances du personnel. Enfin, lorsqu'une intervention visant à améliorer la qualité des soins est complétée par une mesure régulière de la qualité, les informations générées peuvent aider à identifier les tendances, à évaluer si les interventions sont mises en œuvre comme prévu, à identifier les lacunes en matière de qualité et à informer les futures stratégies du programme.

Le rapport du QTSA de la RDC fournit une vue d'ensemble de l'état des services et des soins liés à la TB en RDC, met en évidence les points forts et les défis dans la prestation des services liés à la TB et fournit des recommandations clés pour l'amélioration.

Méthodes

L'enquête QTSA de la RDC est une étude nationale représentative menée dans les centres de diagnostic, de traitement et de prévention de la TB de la RDC en juin 2022. Deux cent vingt-sept formations sanitaires ont été sélectionnées dans six provinces à l'aide d'une procédure d'échantillonnage aléatoire stratifiée. Quatre cent vingt-neuf membres du personnel des centres de diagnostic et de traitement de la TB (CDT), 489 personnes atteintes de la TB recevant des soins dans ces CDT et 473 acteurs communautaires ont été interrogés afin d'obtenir des informations sur la structure, le processus et les résultats de la prestation des services de lutte contre la TB. Les patients inclus dans l'étude étaient des personnes atteintes de TB pulmonaire, âgées de 15 ans et plus, qui étaient sous traitement depuis suffisamment longtemps pour être considérées comme non infectieuses (en fonction du type de TB). Les données ont été collectées dans les CDT étudiés à l'aide de cinq outils développés pour l'étude QTSA : l'Audit de la formation sanitaire, l'Entretien avec le prestataire, l'Entretien avec le patient, l'Entretien avec l'acteur communautaire et la Revue des registres. Les outils utilisés pour le QTSA en RDC sont disponibles au lien suivant : <https://www.tbdiah.org/resources/publications/enquete-sur-la-qualite-des-services-de-tuberculose-en-republique-democratique-du-congo-outils/>

Résultats et discussion

Satisfaction des patients : L'évaluation a révélé un niveau élevé de satisfaction des personnes atteintes de TB à l'égard des services de lutte contre la TB reçus dans les CDT échantillonnés, 85 pourcent d'entre elles se déclarant satisfaites ou très satisfaites des services qu'elles avaient reçus. Le niveau de satisfaction déclaré était plus élevé pour les personnes atteintes de tuberculose pharmacosensible (TB-PS) (92%) que pour les personnes atteintes de tuberculose pharmacorésistante (TB-PR) (85%), dont le traitement est plus long et plus difficile. Cependant, il peut exister un biais de courtoisie dans la satisfaction déclarée des patients, car les entretiens ont été menés dans des CDT.

Comportement de recherche de soins, diagnostic et initiation du traitement :

Environ 64 pourcent des personnes atteintes de TB recevant des services de TB dans les CDT échantillonnés ont attendu plus de deux semaines après l'apparition des symptômes avant de se faire soigner. Cependant, 69 pourcent ont reçu les résultats des tests confirmant la TB dans les deux jours, et 79 pourcent ont commencé le traitement dans les deux jours suivant le diagnostic. Ces chiffres démontrent l'efficacité des processus de diagnostic et d'initiation du traitement.

Résultats du traitement : Pour les personnes atteintes de TB-PS dans les CDT visités, le taux de réussite du traitement était de 94 pourcent, avec 53 pourcent de guérison. En revanche, le taux de réussite du traitement des personnes atteintes de TB-PR était plus faible (77%), avec un taux de guérison de 45 pourcent.

Ressources humaines : Parmi les prestataires de soins de santé interrogés, environ 45 pourcent étaient âgés de plus de 45 ans.

Accès et infrastructure : L'accès aux CDT dans les zones reculées était difficile en raison du mauvais état des routes et des problèmes de sécurité. Les problèmes d'infrastructure, notamment le manque d'électricité et d'équipement de diagnostic, sont fréquents.

Soins axés sur la personne : Les services actuels de lutte contre la TB n'accordent pas une priorité suffisante aux soins centrés sur la personne, ce qui souligne la nécessité d'améliorer les interactions entre le patient et le prestataire de soins ainsi que la formation de ce dernier.

Recommandations et conclusion

Le rapport formule un certain nombre de recommandations dans onze catégories, notamment la standardisation dans la communication des données, le renforcement des programmes de formation médicale, la décentralisation des efforts de renforcement des compétences, l'amélioration des connaissances des personnes atteintes de TB, l'application des protocoles de laboratoire, la garantie de la disponibilité des équipements et la promotion de soins centrés sur la personne. En outre, il est essentiel de s'attaquer aux disparités entre les sexes dans le domaine médical et d'améliorer le suivi des traitements et la coordination entre les partenaires.

Les résultats du QTSA en RDC font apparaître des forces, mais aussi des faiblesses dans la qualité des services de lutte contre la TB. Ces résultats fournissent des indications précieuses sur les domaines clés sur lesquels le PNLT devrait se concentrer pour améliorer la disponibilité et la qualité des services de lutte contre la TB en RDC. Les données de cette évaluation sont déjà utilisées pour développer un nouveau plan stratégique national pour la TB et pour informer les

demandes de subventions du Fonds mondial, ce qui démontre l'impact pratique de cette évaluation sur les soins contre la TB dans le pays.

Introduction

Contexte

La tuberculose (TB) est une maladie transmissible, l'une des dix premières causes de morbidité et de mortalité dans le monde. Avant l'arrivée de la pandémie de COVID-19, la TB était la principale cause de décès due à un seul agent infectieux (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2023). Au moment de l'analyse des données pour ce rapport, on estime que 10,6 millions de personnes avaient contracté la TB et que 1,4 million en étaient mortes dans le monde (OMS, 2022). Bien que le *Mycobacterium tuberculosis* (M. tb) puisse infecter n'importe qui n'importe où, la TB est une maladie de la pauvreté, qui touche principalement les personnes vivant dans la pauvreté. Trente pays à forte charge de morbidité tuberculeuse comptent 87 pourcent des personnes qui tombent malades de la TB chaque année (OMS, 2022).

La TB est une maladie que l'on peut prévenir et guérir. Environ 86 pourcent des personnes qui développent la TB peuvent être traitées avec succès grâce à un traitement médicamenteux de quatre à six mois, et le traitement présente l'avantage supplémentaire de freiner la transmission de l'infection (OMS, 2022). Depuis 2000, le traitement de la TB a permis d'éviter plus de 67 millions de décès (OMS, 2022).

L'émergence et la propagation rapide de la tuberculose multirésistante (TB-MR) constituent un problème de sécurité sanitaire croissant qui contribue également à la résistance aux antimicrobiens et à l'inversion de deux décennies de progrès dans l'atténuation de l'impact de la TB. En 2021, on estimait à 450 000 le nombre de nouveaux cas de TB-MR/résistante à la rifampicine (TB-RR) dans le monde ; 3,6 pourcent des nouveaux cas de TB et 18 pourcent des cas précédemment traités étaient atteints de TB-MR ou de TB-RR (OMS, 2022).

Pour faire face au fardeau mondial de la TB, la stratégie de lutte contre la TB (« End TB Strategy ») de l'OMS pour l'après-2015 a fixé les objectifs mondiaux suivants pour 2030 : (1) réduction de 90 pourcent du nombre de décès dus à la TB ; (2) réduction de 80 pourcent de l'incidence de la TB entre 2016 et 2030 ; et (3) zéro pourcent des ménages touchés par la TB qui subissent des coûts catastrophiques à cause de la TB (OMS, 2015). Les objectifs de développement durable de l'Organisation des Nations unies (ONU) abordent également la question de la TB, en particulier l'objectif 3 (« Donner aux individus les moyens de vivre une vie saine et promouvoir le bien-être à tous les âges »), qui précise qu'il faut mettre fin à l'épidémie de TB d'ici à 2030 (ONU, 2015). Bien que ces initiatives mondiales et les mesures prises en aval par les pays aient permis de réduire la charge de la TB dans de nombreux pays, la baisse de l'incidence a été plus lente qu'il faudrait pour atteindre les objectifs de la « End TB Strategy ».

Reconnaissant que le monde dans son ensemble n'était pas sur la bonne voie pour atteindre les jalons de la stratégie en 2020, en septembre 2018, la réunion de haut niveau de l'ONU sur la TB a ouvert la voie à une attention et à une action de haut niveau sur la TB. La réunion a abouti à l'adoption d'une déclaration politique sur la TB, par laquelle les pays ont réaffirmé leur engagement à mettre fin à l'épidémie de TB à l'échelle mondiale d'ici 2030. La déclaration politique comprenait quatre nouveaux objectifs mondiaux : traiter 40 millions de personnes contre la TB au cours de la période quinquennale 2018-2022 ; offrir à au moins 30 millions de personnes un traitement préventif de la TB (TPT) au cours de la période quinquennale 2018-

2022 ; mobiliser au moins 13 milliards de dollars par an pour l'accès universel au diagnostic, au traitement et aux soins de la TB d'ici à 2022 ; et mobiliser au moins 2 milliards de dollars par an pour la recherche sur la TB (ONU, 2018). Malheureusement, les initiatives et les actions visant à atteindre ces objectifs ont été considérablement retardées par la pandémie mondiale de COVID-19 de 2020-2023.

Le « [Global Accelerator to End TB](#) » de l'Agence américaine pour le développement international (USAID), qui a été lancé lors de la réunion de haut niveau de l'ONU sur la TB, est une initiative et un modèle d'entreprise visant à aider les pays fortement touchés par la TB à atteindre les objectifs de la réunion de haut niveau de l'ONU en accélérant les stratégies antituberculeuses prouvées efficaces et en aidant les pays à élaborer des programmes visant à mettre en place une riposte à la TB qui soit responsable et inclusive (USAID, sans date). Afin de renforcer la base de connaissances sur les méthodes systématiques de mesure et de suivi de la qualité des soins en matière de TB et améliorer la qualité des données des services de lutte contre la TB dans les pays fortement touchés par la maladie, l'USAID a chargé le projet MEASURE Evaluation et son successeur, le projet Tuberculosis Data, Impact Assessment and Communications Hub (TB DIAH), de développer des outils standardisés pour évaluer la qualité des services de TB fournis par les formations sanitaires et de mener une série d'enquêtes sur la qualité des services de lutte contre la TB (*Quality of TB Services Assessment*, ou QTSA) afin d'établir des bases pour l'examen et l'amélioration de la qualité des services de lutte contre la TB.

Ce rapport décrit les résultats du QTSA mené par TB DIAH en République démocratique du Congo (RDC), en collaboration avec le Programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT).

La tuberculose en RDC

La RDC a un lourd fardeau de TB, avec un taux d'incidence estimé à 318 pour 100 000 (OMS, 2021). Parmi les 30 pays à forte charge de TB qui représentaient 87 pourcent de tous les cas incidents estimés dans le *monde*, huit d'entre eux représentaient plus des deux tiers du total mondial, y compris la RDC, qui représentait près de 3 pourcent du total mondial (OMS, 2022). La RDC est l'un des dix pays classés par l'OMS comme ayant une charge élevée de TB, de coinfection TB/VIH et de TB-MR/TB-RR (OMS, 2022).

En 2021, le pays a signalé un total de 214 408 nouveaux cas et cas de rechute, ainsi que des cas dont le traitement antituberculeux antérieur était inconnu, dont plus de 22 000 étaient des enfants de moins de 15 ans (OMS, 2021). La prévalence élevée de la TB dans tous les groupes d'âge montre que la transmission est encore très répandue malgré la mise en œuvre de la « End TB Strategy ».

Malgré un quasi-doublement de la notification des cas de TB nouvellement diagnostiqués entre 2015 et 2021, le déficit de détection de la TB a persisté au cours des dix dernières années, avec près de 90 000 cas manquants en 2021 (OMS, 2022). Le pays se classe au dixième rang mondial pour l'ampleur de l'écart entre les cas notifiés et l'incidence estimée de la TB (OMS, 2022).

En 2021, le taux national de couverture du traitement était de 70 pourcent, le taux de réussite du traitement était de 94 pourcent (pour la cohorte 2020) et le taux de létalité était de 17 pourcent (OMS, 2021). La couverture de la thérapie antirétrovirale (TAR) pour les personnes coinfectées par la TB et le VIH était élevée : 82 pourcent des personnes séropositives atteintes de TB étaient sous TAR (OMS, 2021).

Selon les estimations les plus récentes de la tuberculose résistante aux médicaments, 1,6 pourcent des nouveaux cas et 20 pourcent des cas précédemment traités étaient des cas de TB-MR/TB-RR (OMS, 2021). La RDC est l'un des dix pays qui représentent environ 70 pourcent de l'écart global entre l'incidence mondiale estimée de la TB-MR/TB-RR chaque année et le nombre de personnes mises sous traitement (OMS, 2022).

Ces données mettent en évidence d'importantes lacunes et la nécessité d'améliorer le diagnostic, les services de laboratoire, la prévention et le traitement, ainsi que l'importance de s'attaquer aux problèmes plus généraux du système de santé qui contribuent à la mauvaise qualité des soins.

L'arrivée de la pandémie de COVID-19 a compliqué davantage les soins de la TB en RDC et a eu un impact significatif sur la prestation des services de lutte contre la TB, avec des perturbations des services de laboratoire et une diminution des visites de patients dans les formations sanitaires. Ces perturbations risquent d'aggraver encore la qualité des soins pour les patients atteints de TB en RDC.

La stratégie de lutte contre la TB et la réponse programmatique nationale du PNLT

Le PNLT s'est engagé à accélérer la lutte pour mettre fin à l'épidémie de TB d'ici 2035 et a approuvé la stratégie mondiale « End TB by 2035 » (mettre fin à la TB d'ici 2035).

La réponse programmatique nationale à la TB a commencé avec la création du PNLT il y a plus de 30 ans, l'intégration de la stratégie d'atténuation de la TB dans les soins de santé primaires et l'élaboration des lignes directrices du PNLT appelé PATI (Programme antituberculeux intégré aux soins de santé primaire), qui en est aujourd'hui à sa sixième édition (Ministère de la santé et PNLT, 2022). La stratégie préconise la recherche active des cas de TB et les technologies de diagnostic rapide pour réduire le nombre de cas manqués et la menace d'augmentation des cas de tuberculose pharmacorésistante (TB-PR).

Sur le plan administratif, la RDC est divisée en 26 provinces. Alors que le PNLT coordonne les activités de lutte contre la TB au niveau national, la mise en œuvre des activités au niveau provincial est dirigée par les bureaux provinciaux respectifs. Les provinces sont composées de zones de santé (ZS). L'organisation des services de lutte contre la TB dans les ZS est la suivante :

- Le centre de diagnostic et de traitement de la TB (CDT) est l'unité fonctionnelle du PNLT où les personnes atteintes de TB sont diagnostiquées puis traitées. Il s'agit généralement d'un centre de santé (CS) ou d'un hôpital général de référence et dispose de fournitures et d'équipements pour le diagnostic de la TB (par exemple, les tests moléculaires rapides recommandés par l'OMS [*molecular WHO-recommended diagnostics*, ou mWRD]) ainsi que de services thérapeutiques.

- Des structures satellites associées aux CDT, appelées sanitaires, identifient les personnes répondant aux critères du PNLT pour la TB présumée et assurent la collecte et l'expédition des échantillons. Elles dépistent, mais ne diagnostiquent pas la TB et sont chargées de contrôler la continuité du traitement et des soins pour les personnes atteintes de TB traitées aux CDT.

Le PNLT recommande qu'un CDT desserve une population de 50 000 habitants, mais ce nombre peut être inférieur en fonction des circonstances (par exemple, la densité de la population, l'accessibilité géographique, les distances de déplacement de la population). Le CDT doit être équipé d'outils de diagnostic (par exemple, mWRD, comme GeneXpert MTB/RIF ou Truenat MTB et leurs réactifs respectifs), disposer d'un personnel formé et régulièrement supervisé et avoir les outils de collecte de données appropriés.

Les formations sanitaires des secteurs public et privé sont incluses dans la stratégie de lutte contre la TB, soit en tant que CDT, soit en tant que centres de traitement. En outre, la stratégie plus large du PNLT comprend également un volet de lutte contre la TB au niveau communautaire. Les acteurs communautaires sont chargés d'identifier les personnes présentant une présomption de TB et de les orienter vers les CS pour un diagnostic, de fournir un soutien au traitement, y compris un traitement directement observé (TDO), de retrouver les personnes atteintes de TB qui sont perdues de vue (PDV) et de mettre en œuvre une enquête sur les contacts.

Malgré la mise en œuvre de la stratégie de lutte contre la TB, le PNLT reste confronté à de nombreux défis, notamment la sous-déclaration de la tuberculose pharmacosensible (TB-PS), de la TB-PR et de la TB pédiatrique, l'augmentation de la mortalité parmi les populations vulnérables et les taux élevés de coinfection TB/VIH (Ministère de la santé et PNLT, 2015).

Afin de relever ces défis, le PNLT doit intensifier ses efforts pour améliorer la couverture et la qualité des services de lutte contre la TB, notamment en optimisant l'utilisation des mWRD tels que GeneXpert et TrueNat, et en intensifiant les efforts de prévention de la TB, y compris la fourniture d'un TPT aux personnes admissibles, telles que les contacts proches des personnes atteintes de TB. En outre, pour améliorer la détection des cas de TB, il convient d'accorder la priorité à l'intensification des actions de soutien aux groupes spéciaux et vulnérables,¹ à la participation des acteurs de la santé communautaire, à la formation des prestataires de services et à l'extension des outils susceptibles de renforcer le diagnostic de la TB chez les enfants. Enfin, il est nécessaire de s'attaquer aux problèmes de droits de l'homme qui entravent l'accès de certaines populations aux services de lutte contre la TB.

¹ Le PNLT définit les groupes spéciaux et vulnérables comme suit : les cas contacts des personnes atteintes de TB, les personnes vivant avec le VIH (PVVIH), les prisonniers, les mineurs, les réfugiés/personnes déplacées par un conflit, les agents de santé et les prestataires de soins, les militaires et la police, les personnes diabétiques, les frontaliers, les enfants des rues et les orphelins, les peuples autochtones, les consommateurs de drogues (en particulier les drogues intraveineuses) et les fumeurs de tabac, les travailleurs du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres et les personnes vivant dans des universités et des internats (PNLT, 2015).

Enquête sur la qualité des services de lutte contre la tuberculose (QTSA)

La détection précoce et précise et le traitement approprié des personnes atteintes de la maladie de la TB active sont des stratégies essentielles employées par les programmes de lutte contre la TB dans les pays où la TB est très répandue. Outre l'élargissement de l'accès aux services, les programmes de lutte contre la TB s'efforcent d'améliorer la qualité du diagnostic, des soins et du traitement, et reconnaissent le rôle important que joue la qualité des soins dans l'amélioration de la détection des cas et des taux de réussite des traitements. Selon un article de Kruk, et al. pour la commission de santé mondiale de The Lancet (The Lancet Global Health Commission) consacré aux « Systèmes de santé de haute qualité à l'ère des objectifs de développement durable », 60 pourcent des décès dus à des conditions pouvant faire l'objet de soins de santé sont dus à des soins de mauvaise qualité, tandis que les 40 pourcent restants résultent de la non-utilisation du système de santé (Kruk, et al., 2018). Ces données montrent que ce qui se passe après que les personnes atteintes de TB ont accédé au système de santé, et le fait qu'elles reçoivent les services dont elles ont besoin de manière compétente et attentionnée, sont tout aussi importants, voire plus importants, que l'accès aux services (Kruk, et al., 2018 ; Arsenault, Roder-DeWan, Kruk, 2019).

L'amélioration des normes de prise en charge de la TB garantit que les personnes atteintes de TB reçoivent les soins qu'elles méritent et, ce faisant, encourage un plus grand nombre de personnes atteintes de TB à rechercher des services en temps opportun. Les normes internationales pour le traitement de la TB (« International Standards for Tuberculosis Care ») décrivent un niveau de soins largement accepté que tous les prestataires de soins de santé — publics et privés — devraient s'efforcer d'atteindre lorsqu'ils traitent et prennent en charge des personnes atteintes de TB, présumées atteintes de TB ou présentant un risque accru de développer la TB (TB CARE I, 2014). Ces normes ont pour but de promouvoir l'engagement de tous les prestataires à fournir des soins de haute qualité aux personnes atteintes de TB, quel que soit leur âge, et de permettre aux personnes atteintes de TB d'évaluer la qualité des soins qu'elles reçoivent de la part des prestataires de soins de santé. Les normes offrent un point de référence pour évaluer les performances des prestataires de soins de santé et la qualité des soins, et permettent d'identifier les niveaux de qualité actuels et attendus dans la prestation des soins de santé. Le fait que les prestataires ou les systèmes n'adhèrent pas aux normes définies pour le diagnostic, les soins et le traitement de la TB compromet la qualité des services fournis aux personnes atteintes de TB.

Les normes internationales déjà mentionnées sont utiles pour guider les prestataires de services afin qu'ils offrent des services de haute qualité, mais il n'existe pratiquement pas d'outils ni de lignes directrices que les programmes de lutte contre la TB et les autres acteurs de la lutte contre la TB puissent utiliser pour évaluer et contrôler la qualité des services de lutte contre la TB au niveau programmatique. Le QTSA a été conçu pour combler cette lacune en matière de méthode et de connaissances.

Le QTSA est une enquête qui se déroule sur la base de données récoltées lors de visites à des formations sanitaires, comme les Enquêtes démographiques et de santé (*Demographic and Health Survey*) et l'Enquête d'évaluation de la prestation de services (*Service Provision*

*Assessment*²), mais spécifiquement conçue pour évaluer la qualité des services de lutte contre la TB. Les ressources du QTSA comprennent des directives de mise en œuvre et un ensemble d'[outils standardisés](#) qui utilisent plusieurs méthodes de collecte de données (c'est-à-dire la revue des registres de la TB dans les CDT, des entretiens avec les prestataires de soins de santé et des entretiens avec les patients), afin de recueillir des informations qui sont utilisées pour générer des indicateurs permettant d'évaluer et de surveiller la qualité des services de lutte contre la TB fournis par le PNLT.

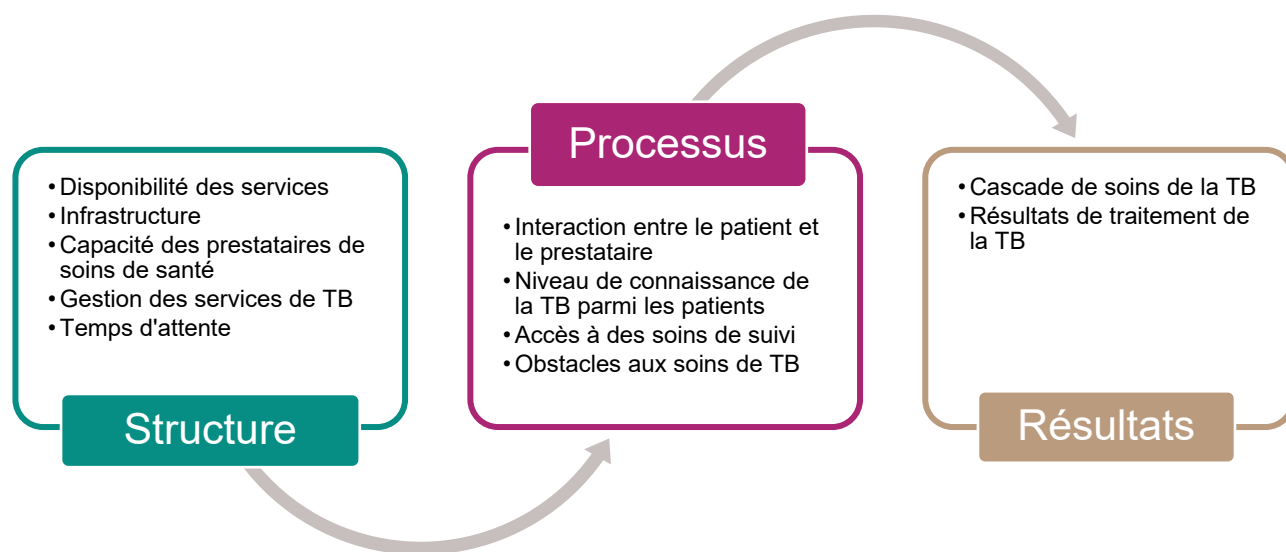
Cadre conceptuel

Il est de plus en plus évident que la qualité des soins est liée aux résultats sanitaires et qu'une amélioration ciblée de la qualité des soins peut renforcer l'utilisation des services de lutte contre la TB et, au bout du compte, améliorer les résultats de la TB sur le long terme. Toutefois, selon une étude systématique menée par Cazabon et al., la qualité des soins dans les secteurs public et privé ne répond pas aux normes internationales et doit être améliorée de toute urgence (Cazabon et al., 2017). Dans ce contexte, un cadre et des normes pouvant guider les programmes nationaux de lutte contre la TB et les autres acteurs de la lutte contre la TB pour mesurer et améliorer systématiquement la qualité des services de lutte contre la TB sont utiles et comblent une importante lacune dans les connaissances.

Le cadre conceptuel de qualité des soins pour la TB du QTSA, présenté dans le Graphique 1 et utilisé pour guider le QTSA en RDC, illustre un cheminement logique qui définit et relie les composantes clés des soins de haute qualité pour la TB. Les trois composantes sont : la structure, ou les ressources disponibles dans une formation sanitaire, ou plus généralement dans le système de soins de santé ; le processus, ou l'interaction entre le système de soins de santé, y compris les prestataires et les patients ; et les résultats, ou les conséquences des soins (Donabedian, 2005). Ces composantes doivent être présentes et fonctionner correctement pour obtenir les résultats souhaités en matière de lutte efficace contre la TB.

² L'enquête sur l'évaluation de la prestation de services est une évaluation des formations sanitaires qui fournit une vue d'ensemble de la prestation des services de santé d'un pays. Pour plus d'informations sur l'évaluation de la prestation de services, veuillez consulter : <https://dhsprogram.com/methodology/Survey-Types/SPA.cfm>

Graphique 1. Cadre conceptuel de la qualité des soins de TB



Source : MEASURE Evaluation, adapté de Donabedian, 2005

Ce cadre conceptuel peut être utilisé pour définir et mesurer les éléments clés de chaque composante, qui ensemble peuvent générer des informations que les décideurs et les gestionnaires de programmes peuvent utiliser pour informer leur analyse et leur prise de décision afin d'améliorer la qualité des services de lutte contre la TB. Les trois composantes et éléments de la qualité des soins en matière de TB sont décrits ci-dessous.

Structure

La première composante, « structure », fait référence aux éléments fondamentaux et aux facteurs environnementaux qui facilitent ou entravent la prestation de services de lutte contre la TB de haute qualité au niveau de la formation sanitaire. Il s'agit notamment de l'infrastructure physique de la formation sanitaire, de la disponibilité et de l'organisation de services spécifiques de lutte contre la TB, en fonction du type et du niveau de la formation sanitaire, de la disponibilité et du respect des normes et directives nationales en matière de TB, des ressources humaines appropriées pour fournir les services proposés, de la formation et des compétences du personnel, de la disponibilité des médicaments, de l'équipement médical et d'autres fournitures, des structures et systèmes de gestion et de supervision adéquats, ainsi que des ressources et du financement du soutien social, tels que les systèmes de paiement, les incitations et le remboursement des frais de transport, afin de faciliter la prestation et la réception des services de lutte contre la TB.

Processus

La deuxième composante, « processus », fait référence aux étapes et à la manière dont les services et les soins sont fournis aux personnes atteintes de TB qui se rendent dans une

formation sanitaire. Il met l'accent sur l'interaction entre les prestataires de services de lutte contre la TB et les patients, des deux points de vue, pendant la prestation des services et le processus de soins. En d'autres termes, le processus qualifie « ce qui est fait » par « comment cela est fait ». Le processus fait également référence aux procédures et aux événements axés sur les prestataires, tels que la supervision et la formation, qui affectent également leurs compétences et leur comportement et ont un effet en aval sur les résultats de santé des personnes atteintes de TB.

Résultats

La troisième composante, « résultats », fait référence aux résultats et aux effets des soins. Les résultats sont mesurés en fonction des résultats de la TB et de maladies connexes ou comorbidités ainsi qu'en fonction de satisfaction des patients. Selon les besoins en données, les cas diagnostiqués et notifiés peuvent être ventilés suivant plusieurs facteurs, notamment le type de TB (nouveau cas, retraitement), le site de la maladie (pulmonaire, extrapulmonaire), le statut de résistance aux médicaments, le statut VIH, le sexe et le groupe d'âge, afin de mieux comprendre les types de personnes atteintes de TB qui accèdent (ou non) aux services de lutte contre la TB. Les résultats du traitement, notamment la complétion du traitement, la guérison, l'échec, la perte de vue et le décès pendant le traitement de la TB, donnent des indications sur la capacité du PNLT à fournir des services de traitement efficaces. L'évaluation de la satisfaction des patients ou de leur réaction et de leur réactivité aux soins fournis par le système de santé est un aspect essentiel de l'évaluation de la qualité des soins, car elle permet de mieux comprendre leur comportement ultérieur en matière de santé et de recherche de soins.

But et objectifs de l'enquête

But

En RDC, le PNLT souhaitait évaluer la qualité des services de lutte contre la TB en même temps que la qualité des données sur la TB. En 2022, une activité conjointe d'un QTSA et d'un examen de la qualité des données (*Data Quality Review*, ou DQR) a donc été planifiée et menée dans un échantillon aléatoire de CDT dans le pays.

Bien que ce rapport technique se concentre sur la présentation des résultats du QTSA, les objectifs de l'activité conjointe QTSA et DQR sont présentés ci-dessous.

Objectifs

Les objectifs de l'étude DQR et QTSA étaient les suivants :

- Déterminer la disponibilité des services de lutte contre la TB (dépistage, diagnostic, traitement, soins et suivi, services de laboratoire).
- Évaluer la disponibilité de l'infrastructure des CDT (ainsi que leur entretien), des prestataires qualifiés, des produits et des structures organisationnelles qui soutiennent la prestation de services de lutte contre la TB.
- Évaluer les connaissances, les compétences et la capacité des prestataires de services de lutte contre la TB à fournir des services appropriés.

- Évaluer la satisfaction des patients à l'égard des services de lutte contre la TB.
- Examiner les liens entre le diagnostic de la TB, l'initiation du traitement et les résultats du traitement.
- Évaluer les composantes et la fonctionnalité du système d'information sur la TB afin de produire des données de qualité sur la TB. *(Cet objectif était spécifique au DQR et est abordé plus en détail dans le [rapport du DQR](#)).*
- Examiner et valider les données relatives à certains indicateurs de la TB pour une période de référence spécifique. *(Cet objectif était spécifique au DQR et est abordé plus en détail dans le [rapport du DQR](#)).*

Examen de la qualité des données (DQR)

Le DQR a été administré par les mêmes équipes de collecte de données et dans les mêmes CDT que les outils QTSA et a été réalisé en utilisant la méthode du DQR. La méthode et les résultats du DQR sont présentés dans un rapport séparé disponible au lien suivant :

<https://www.tbdiah.org/resources/publications/examen-de-la-qualite-des-donnees-de-tuberculose-en-rdc-rapport/>

Méthodes

Conception de l'étude

L'étude QTSA est une étude transversale qui a été menée dans 227 CDT (secteurs public et privé) en RDC. Les résultats sont représentatifs au niveau national.

À l'aide de l'Audit de la formation sanitaire, de l'Entretien avec le prestataire et de l'Entretien avec le patient, l'étude a examiné la disponibilité et la fonctionnalité des ressources matérielles et humaines dans les CDT, les compétences et les aptitudes des prestataires de services de lutte contre la TB, les interactions entre les prestataires et les patients atteints de TB et la perception des services de lutte contre la TB par les patients afin d'évaluer la qualité globale des services de lutte contre la TB. En outre, un outil de Revue des registres pour une période spécifique a été effectué pour évaluer le diagnostic et les résultats du traitement des patients atteints de TB qui ont terminé leur traitement. En RDC, les résultats des patients atteints de TB-PS et de TB-PR qui ont terminé leur traitement entre le 1^{er} janvier et le 31 mars 2021 ont été examinés.

L'examen approfondi des opinions et des perceptions des personnes atteintes de TB dans le cadre de l'évaluation de la qualité des services est un aspect remarquable de la méthode du QTSA. Nous savons que les personnes atteintes de TB évitent les services de mauvaise qualité malgré la proximité de ces services. Par conséquent, si les personnes atteintes de TB perçoivent la qualité des services comme étant bonne, nous verrons logiquement des améliorations en aval, à savoir dans l'utilisation des services, l'adhésion au traitement et les résultats du traitement.

Procédure d'échantillonnage et échantillon

Deux cent vingt-neuf CDT ont été sélectionnés de manière aléatoire à l'aide d'une procédure d'échantillonnage en plusieurs phases afin d'obtenir un échantillon représentatif au niveau national. Sur les 229 CDT, 227³ ont été inclus dans l'enquête.

En raison de la récente migration du système d'information du PNLT vers une nouvelle plateforme, les données sur la notification des cas de TB étaient incomplètes et ne pouvaient pas être utilisées pour stratifier les provinces et les zones de santé (ZS). Par conséquent, le succès du traitement de la TB a été utilisé en combinaison avec les données sur la notification des cas pour identifier et classer les provinces. Sur la base de ces deux variables, les provinces ont ensuite été triées et classées en trois strates (élevée, moyenne et faible) à partir desquelles elles ont été sélectionnées au hasard. Deux provinces ont été sélectionnées au hasard dans chaque strate, pour un total de six provinces sur les 26 que compte le pays (Graphique 2).

Lors de la deuxième phase de la sélection des ZS, la même méthode a été utilisée pour identifier et classer les ZS dans les provinces sélectionnées sur la base des taux de notification des cas de TB et de réussite du traitement. Sept à dix ZS ont été sélectionnées au hasard dans chaque

³ Deux CDT ont été retirés de l'échantillon initial, parce qu'il a été établi par la suite qu'ils ne fournissaient pas de services de lutte contre la TB au cours de la période concernée par l'étude.

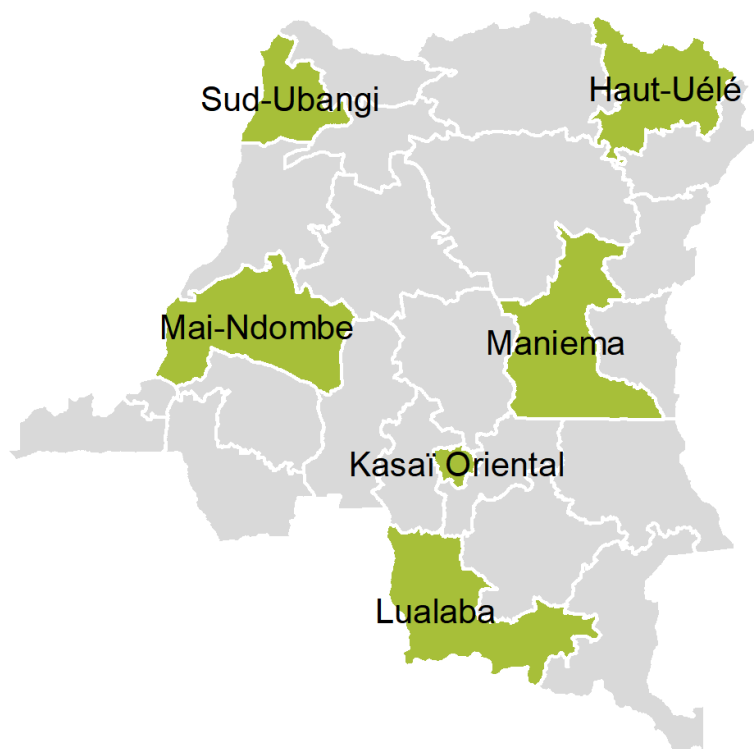
province. Le nombre de ZS a varié en fonction du nombre de CDT requis pour l'échantillon. Au total, 51 ZS ont été sélectionnées.

Les provinces et ZS suivantes ont été échantillonnées pour le QTSA en RDC :

- Haut-Uélé (ZS : Dungu, Isiro, Makoro, Niangara, Pawa, Rungu et Watsa)
- Kasai-Oriental (ZS : Bipemba, Bonzola, Diulu, Kabeya Kamwanga, Kansele, Lukelenge, Miabi, Muya, Nzaba, Tshishimbi)
- Lualaba (ZS : Bunkeya, Dilala, Dilolo, Fungurume, Kanzenze, Kasaji, Lubudi et Mutshatsha)
- Mai-Ndombe (ZS : Bokoro, Bolobo, Mimia, Mushie, Ntandembelo, Oshwe et Yumbi)
- Maniema (ZS : Alunguli, Kalima, Kampene, Kasongo, Kibombo, Kunda, Lubutu, Lusangi, Obokote et Tunda)
- Sud-Ubangi (ZS : Bangabola, Bokonzi, Bominenge, Bulu, Kungu, Mawuya, Ndage, Tandala et Zongo)

Lors de la troisième étape, tous les CDT (c'est-à-dire un recensement) ont été sélectionnés en raison du petit nombre de CDT par ZS.

Graphique 2. Carte des provinces sélectionnées pour le DQR en RDC



Prestataires de soins de santé

Au total, 429 prestataires de services de lutte contre la TB fournissant des services de lutte contre la TB dans les formations sanitaires échantillonnées le jour de la collecte des données ont été inclus dans l'étude. Le personnel en charge de la TB et des services liés à la TB a également été interrogé afin de vérifier si plus d'une personne fournissait des services liés à la TB. Chaque prestataire a été interrogé individuellement. En général, dans les petits CDT, un ou deux membres du personnel fournissant des services de lutte contre la TB ont été invités à répondre à l'Entretien avec le prestataire. Dans les formations sanitaires plus importantes, trois ou quatre prestataires parmi les personnes présentes ont été sélectionnés au hasard pour l'Entretien avec le prestataire.

Patients atteints de la TB

Au total, 489 personnes atteintes de TB recevant des soins et services dans les CDT de l'échantillon ont été incluses dans l'étude. Les enquêteurs ont sélectionné à dessein un échantillon consécutif de trois à cinq patients atteints de TB confirmée qui étaient déjà sous traitement et se rendaient dans le CDT le jour de la collecte des données. Si aucun patient admissible (ou un nombre insuffisant) n'était présent dans le CDT, les prestataires de soins leur ont demandé de venir dans le CDT pendant que l'équipe de collecte des données était présente.

Les critères d'inclusion des patients étaient les suivants :

- Patients âgés de 15 ans ou plus
- Patients atteints de TB pulmonaire
- Si atteints de TB-PS, sous traitement depuis au moins deux semaines ou jugés non infectieux
- Si atteints de TB-PR, sous traitement depuis six à huit mois ou dont la conversion de la culture est confirmée

Les critères d'exclusion des patients étaient les suivants :

- Patients atteints de TB-PR ayant reçu moins de deux semaines de traitement
- Patients visitant le CDT pour la première fois
- Patients trop faibles pour participer
- Patients qui refusent d'être interrogés
- Patients âgés de moins de 15 ans
- Patients transférés et qui ont passé moins d'un mois à recevoir des soins dans le CDT

Acteurs de santé communautaire

Les acteurs communautaires présents dans le CDT le jour de la collecte des données ont été interrogés. Les équipes de collecte des données ont prévenu les CDT de leur arrivée afin d'augmenter la probabilité qu'un acteur communautaire soit présent. Si aucun n'était présent, les prestataires de services ont contacté les acteurs communautaires pour savoir si l'un d'entre eux était disponible pour un entretien. Au moins un acteur de santé communautaire a été

interrogé par CDT. Les acteurs communautaires ont été interrogés sur la base de l'outil de l'Entretien avec l'acteur communautaire. Les communautaires sont distincts de l'échantillon des prestataires de santé qui ont été interrogés sur la base de l'outil de l'Entretien avec le prestataire.

Les personnes considérées comme acteurs communautaires étaient toutes celles qui portaient le titre de relais communautaire (RECO) ou qui appartenaient à l'une des associations suivantes : Mobilisation communautaire (MOCO), Club des Amis Damien (CAD), Organisation à assise communautaire (OAC) ou Ligue nationale antituberculeuse antilépreuse du Congo (LNAC). La plupart des communautaires sont des bénévoles non rémunérés, mais il est possible pour certains groupes de rémunérer leurs membres.

Instruments de collecte de données

Les instruments suivants inclus dans la boîte à outils du QTSA ont été utilisés pour récolter les données attendues :

Audit de la formation sanitaire : L'audit de la formation sanitaire a été administré au responsable de la formation sanitaire, à la personne de référence pour la TB et à d'autres prestataires de services engagés dans la fourniture de services de lutte contre la TB dans le CDT afin de déterminer la disponibilité et la fonctionnalité de l'infrastructure de la formation sanitaire, les services de lutte contre la TB offerts, ainsi que l'équipement et les ressources disponibles pour fournir aux personnes atteintes de TB des soins de qualité. Un audit a été réalisé dans chaque CDT échantillonné.

Entretien avec le prestataire : L'entretien avec le prestataire a été administré aux prestataires de soins activement engagés dans la prestation de services de lutte contre la TB, tels que la personne de référence pour la TB ou d'autres membres du personnel en charge de services spécifiques liés à la TB, afin de comprendre les processus cliniques et les protocoles appliqués pendant le conseil, le dépistage et le diagnostic de la TB, le traitement et les soins de suivi. Cet outil permet d'évaluer les compétences techniques, les connaissances et les pratiques des prestataires de services en matière de soins cliniques et de gestion des services de lutte contre la TB. Un ou plusieurs entretiens avec le prestataire ont été menés dans chaque CDT échantillonné, en fonction de la taille de la formation sanitaire, allant généralement d'un à quatre entretiens.

Entretien avec le patient : L'entretien avec le patient a été mené auprès des personnes atteintes de TB bénéficiant de services de diagnostic et de traitement dans le CDT échantillonné afin de recueillir des informations sur l'expérience du client en tant que bénéficiaire des soins. Cet outil comprend des questions visant à évaluer le point de vue du patient sur la qualité des services liés à la TB offerts par le CDT. Un ou plusieurs entretiens avec le patient ont été menés dans chaque CDT échantillonné, en fonction de la taille de la formation sanitaire et du nombre de patients, généralement entre un et cinq entretiens.

Revue des registres : La revue des registres implique l'examen et l'extraction de données pertinentes sur la TB à partir des registres appropriés (par exemple, les registres de laboratoire, les registres de traitement de la TB, les registres de traitement de la TB-PR, les registres des cas contact de la TB) pour une période spécifique afin d'évaluer les services fournis aux patients

atteints de TB et les résultats liés à la TB. Un outil de revue des registres a été effectué dans chaque CDT échantillonné.

Entretien avec l'acteur communautaire : En RDC, l'entretien avec l'acteur de santé communautaire a été développé en plus des quatre outils standard QTSA énumérés ci-dessus. Il a été administré aux acteurs communautaires participant à la prise en charge des personnes atteintes de TB dans les CDT de l'échantillon. Il fournit des données sur le point de vue des acteurs communautaires concernant la qualité des services liés à la TB offerts par les CDT et les prestataires ainsi que sur la qualité des soins communautaires disponibles dans la zone géographique que le CDT dessert. Un ou plusieurs entretiens avec des acteurs communautaires ont été menés dans chaque CDT échantillonné, en fonction de la taille de la formation sanitaire et du nombre de patients, avec un nombre d'entretiens allant généralement d'un à cinq.

Les outils utilisés en RDC pour l'activité conjointe du QTSA/DQR sont disponibles au lien suivant : <https://www.tbdiah.org/resources/publications/enquete-sur-la-qualite-des-services-de-tuberculose-en-republique-democratique-du-congo-outils/>

Mise en œuvre de l'enquête

Sélection d'un partenaire local

TB DIAH a sélectionné Pont Santé Afrique (POSAF) comme l'organisation de recherche locale chargée de la mise en œuvre sur le terrain du QTSA/DQR de la RDC en 2021 après un processus de sélection équitable et ouvert. TB DIAH et POSAF ont travaillé en étroite collaboration pendant toute la durée de l'étude.

Adaptation des outils

La boîte à outils standard du QTSA a d'abord été traduite en français par TB DIAH avec l'appui d'un consultant local en RDC. Ensuite, POSAF a rassemblé un comité de pilotage pour le QTSA/DQR et a dirigé l'adaptation des outils QTSA et DQR au contexte de la RDC. La personnalisation des outils a eu lieu en janvier et février 2022.

Prétest

Les outils QTSA/DQR personnalisés pour le contexte de la RDC ont été prétestés à Kinshasa pendant sept jours en janvier 2022. L'objectif du prétest était d'administrer les outils pour vérifier que les questions étaient pertinentes et comprises par les répondants de la manière prévue, que les options de réponse étaient complètes et appropriées, et que l'enchaînement des questions était propice à une collecte de données sans heurts. Pour atteindre cet objectif, chaque outil a été administré plusieurs fois au cours du prétest et amélioré de manière itérative après chaque administration.

L'équipe du prétest était composée du personnel de TB DIAH, de POSAF et du PNLT, des membres du comité de pilotage du QTSA/DQR et d'une sélection de chefs d'équipe potentiels (pour l'étude qui suivrait) qui ont été recrutés pour le prétest afin d'évaluer leurs compétences en matière de collecte des données et de leadership.

Les sept CDT qui ont participé au prétest étaient situées dans quatre ZS de Kinshasa. Dans l'est de Kinshasa, quatre CDT (Elonga, Lunda, Kikimi, Maréchal) situées dans deux ZS (Masina II, Kikimi) ont participé. Dans le centre de Kinshasa, un CDT (Libikisi) de la ZS de Bandalungwa a participé. Dans l'ouest de Kinshasa, deux CDT (Libondi, Siloé) de la ZS de Bumbu ont participé.

Les changements apportés à chaque outil concernaient principalement la reformulation de certaines questions et options de réponse, la spécification de certaines questions/réponses et la réorganisation de l'ordre de certaines questions. Tous les changements ont été reflétés dans les versions anglaise et française des outils.

Formation des formateurs

La formation des formateurs pour la collecte des données de terrain pour le QTSA/DQR de la RDC a été organisée à Kinshasa pendant neuf jours à la fin du mois de mars 2022. L'objectif global de la formation des formateurs était de permettre aux individus qui deviendraient chefs d'équipe dans les provinces et sur le terrain, sélectionnés pour le QTSA/DQR, de maîtriser le protocole, la méthode et les outils du QTSA/DQR, y compris l'utilisation de SurveyCTO pour la collecte électronique des données. En outre, la formation des chefs d'équipe de collecte de données devait leur permettre d'être responsables et capables de former, superviser et diriger leurs équipes de collecte de données.

La formation des formateurs comprenait deux jours de pratique sur le terrain, mais était, par ailleurs, axée sur la lecture didactique, l'examen et la compréhension des outils, la pratique de l'utilisation des tablettes, les jeux de rôle et la préparation de la logistique pour le travail sur le terrain.

Formation des enquêteurs

Deux équipes de collecte de données ont été affectées à chacune des six provinces étudiées. Les personnes chargées de la collecte des données ont été sélectionnées au sein de chaque province à l'issue d'un processus de sélection concurrentiel, afin de garantir la connaissance de la géographie, des coutumes locales et des langues locales. Deux chefs d'équipe de collecte de données pour chaque province, avec le soutien d'un membre du personnel de POSAF, du PNLT ou du comité de pilotage du QTSA/DQR, ont organisé et facilité six ateliers de formation provinciaux à la fin du mois d'avril 2022. Chaque atelier a formé dix enquêteurs (quatre enquêteurs par équipe, avec un suppléant pour chaque équipe participant à la formation).

Outre la formation des enquêteurs, les membres de l'équipe de POSAF, du PNLT et du comité de pilotage étaient chargés de faciliter les contacts avec les autorités locales et de coordonner les chefs d'équipe dans l'organisation de la formation, y compris l'identification des CDT non échantillonnés dans le QTSA où les enquêteurs pouvaient s'entraîner à administrer les outils.

Collecte et gestion des données

Chaque province avait un plan de déploiement, développé par les équipes de collecte de données et revu par POSAF avant le départ des équipes. L'équipe de suivi-évaluation (S&E) de POSAF a contrôlé le déploiement et le mouvement des équipes de terrain sur une base quotidienne pendant toute la durée de la collecte des données. L'équipe d'administration, de finance et de logistique de POSAF a également effectué un suivi quotidien et formulé des recommandations

pour améliorer la logistique et l'efficacité des activités sur le terrain, chaque fois que cela était nécessaire. Avant que les chefs d'équipe ne soient déployés dans les provinces, l'équipe de communication de POSAF a mis en place un système de communication (contacts téléphoniques, courriels et groupes WhatsApp) permettant une liaison quotidienne et efficace avec l'équipe centrale de POSAF. Les chefs d'équipe se sont également organisés pour créer des groupes WhatsApp par province afin de permettre une coordination harmonieuse.

Toutes les autorités administratives et de gestion des CDT locaux ont été informées soit avant le départ des équipes de terrain de Kinshasa, soit à leur arrivée dans les provinces, et les autorisations d'accès aux CDT ont été obtenues avant le départ des équipes de terrain de Kinshasa. Chaque équipe de collecte de données a voyagé avec des copies imprimées des outils et un système a été mis en place pour permettre aux chefs d'équipe d'obtenir de l'argent en espèces pour payer les dépenses des équipes au cours de la période de collecte des données.

Les données ont été collectées électroniquement sur des tablettes à l'aide de SurveyCTO, dans le CDT prévu. Cette méthode de collecte des données a permis de gérer les données en temps réel grâce au paramétrage préalable dans l'outil électronique de valeurs limites pour certaines réponses numériques, de schémas de saut pour certaines questions en fonction des réponses précédentes et de réponses obligatoires. Les données ont été téléchargées quotidiennement sur le serveur de TB DIAH.

En termes de réalisation des objectifs fixés, les résultats ont été très satisfaisants :

- L'Audit de la formation sanitaire a été administré dans 99 pourcent des sites (227 CDT visités contre 229 attendus).
- L'Entretien avec le prestataire a été administré à 94 pourcent de la cible (430 entretiens complétés contre 458 attendus), soit une moyenne de deux entretiens avec le prestataire par CDT.
- L'Entretien avec le patient a été administré à 115 pourcent de la cible (527 entretiens complétés contre 458 attendus), soit une moyenne de deux entretiens avec le patient par CDT.
- L'Entretien avec le l'acteur communautaire a été administré à 104 pourcent de la cible (476 entretiens complétés contre 458 attendus), soit une moyenne de deux entretiens avec les prestataires par CDT.
- La Revue des registres a été administrée dans 99 pourcent des sites (227 CDT visités contre 229 attendus).

Bien qu'il ait été très difficile pour les équipes de collecte de données d'atteindre certains CDT, elles ont pu visiter 227 des 229 CDT échantillonnés en l'espace de huit semaines. Les deux CDT qui n'ont pas été visités se trouvaient dans la province de Maï-Ndombe. Ils ont été retirés de l'échantillon, parce qu'il s'est avéré qu'ils avaient été mal classés en tant que CDT et qu'ils n'étaient donc pas admissibles au QTSA/DQR.

Le consentement éclairé de tous les participants a été obtenu avant l'administration des outils. Une fois les données saisies électroniquement, les chefs d'équipe sur le terrain ont effectué des contrôles initiaux pour vérifier la qualité et la complétude des données, puis ont soumis les

réponses examinées au serveur SurveyCTO, où les données ont été examinées et nettoyées par POSAF. Un contrôle a posteriori d'une partie des entretiens avec les patients et les prestataires a également été effectué en tant que mesure d'assurance de la qualité des données. De plus amples informations sur les processus de gestion des données sont fournies dans l'[Appendice A](#).

Analyse des données

Après le nettoyage, la finalisation et le verrouillage de l'ensemble des données, l'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel STATA v14. Les résultats préliminaires de l'évaluation ont été présentés à Kinshasa en novembre 2022 lors d'une réunion de validation des données et de consensus qui a rassemblé le personnel de POSAF, la direction du PNLT, les membres du comité de pilotage du QTSA/DQR, les parties prenantes de la TB et deux membres du personnel de TB DIAH. L'objectif de cette réunion était de valider les résultats de l'étude et de discuter des principales conclusions et recommandations à mettre en avant. L'analyse des données a été liée aux trois composantes de la qualité des soins (structure, processus et résultats) décrits dans le cadre conceptuel du QTSA, en mettant l'accent sur les domaines prioritaires identifiés par le PNLT. Les commentaires des parties prenantes ont aidé TB DIAH à finaliser l'analyse.

La ventilation des variables de la boîte à outils du QTSA est présentée dans la section « Résultats » du présent document. Les recommandations issues de la réunion de consensus sur les données sont présentées dans la section « Recommandations » du présent rapport.

Comité d'éthique

L'enquête a été menée avec l'approbation du comité d'éthique de John Snow, Inc. et de l'École de santé publique de Kinshasa, en RDC.

Résultats

Cette section présente les résultats du QTSA en RDC, organisés selon le cadre conceptuel du QTSA et les besoins en données priorisés par le PNLT. Après une brève description des caractéristiques des CDT, des prestataires de services et de soins de TB, des patients et des acteurs communautaires échantillonnés, les résultats sur les indicateurs liés à la structure, au processus et aux résultats sont présentés. Le cas échéant, les résultats sont stratifiés en fonction du niveau de la formation sanitaire (centre de santé de référence [CSR], hôpital, etc.) et de la localisation du CDT (urbain, rural, périurbain). Des données supplémentaires sont fournies dans les tableaux de l'[Appendice C](#).

1. Caractéristiques de l'échantillon

1.1. Centres de diagnostic et de traitement de la TB

Au total, 227 CDT ont été inclus dans l'évaluation. Près de la moitié (49,3%) étaient des CS de niveau primaire, suivis par les CSR (18,9%) au niveau secondaire et les hôpitaux/centres hospitaliers/cliniques (31,7%) au niveau tertiaire (Tableau 1). Environ trois quarts des CDT étaient situés en zone rurale, 18,1 pourcent en zone urbaine et 7,5 pourcent en zone périurbaine. La plupart des CDT (61,7%) étaient gérés par le gouvernement ou le secteur public, les autres étant gérés par des organisations missionnaires ou confessionnelles, des organisations privées à but lucratif, des organisations militaires ou paramilitaires ou d'autres entités (données non présentées). Les trois quarts des CDT de l'échantillon offraient à la fois des services d'hospitalisation et des services ambulatoires (données non présentées).

Tableau 1. Caractéristiques des CDT du QTSA en RDC

Type de CDT	Environnement du CDT						Total	
	Urbain		Urbano-rural		Rural			
	Nom.	%	Nom.	%	Nom.	%	Nom.	%
Hôpital/centre hospitalier/clinique	14	34,1	6	35,3	52	30,8	72	31,7
Centre de santé de référence (CSR)	0	0	0	0	43	25,4	43	18,9
Centre de santé (CS)	27	65,9	11	64,7	74	43,8	112	49,3
Total	41	100	17	100	169	100	227	100

1.2. Dotation en personnel

Chaque CDT participant à l'évaluation a été invité à indiquer le nombre total d'employés à temps plein et à temps partiel du CDT, ainsi que le nombre d'employés affectés à la lutte contre la TB (Tableau 2a). Le nombre médian d'employés à temps plein affectés à la lutte contre la TB variait peu selon le type de CDT et l'endroit où il se trouvait. Toutefois, il convient de noter que les fourchettes varient considérablement d'un type de CDT à l'autre et d'un lieu à l'autre.

Tableau 2a. Dotation en personnel des CDT

		Type de CDT			Environnement du CDT			Tous les CDT
		Hôpital (Tertiaire)	CSR (Secondaire)	CS (Primaire)	Urbain	Urbano-rural	Rural	
Tout le personnel clinique	Valeur médiane	49 ;5	17	9	10	17	15	14
	Intervalle	[3–340]	[6–56]	[3–80]	[3–94]	[6–140]	[3–340]	[3–340]
Tout le personnel clinique travaillant à temps plein	Valeur médiane	3	3	3	2	3	3	3
	Intervalle	[1–112]	[0–10]	[0–22]	[1–27]	[2–11]	[0–112]	[0–112]
Tout le personnel clinique travaillant à temps partiel	Valeur médiane	2	0	1	2	1	1	1
	Intervalle	[0–91]	[0–8]	[0–5]	[0–21]	[0–5]	[0–91]	[0–91]

1.3. Prestataires

Au total, 429 prestataires de soins de santé (81% d'hommes et 19% de femmes) ont été interrogés dans le cadre de l'évaluation (Tableau 2b).

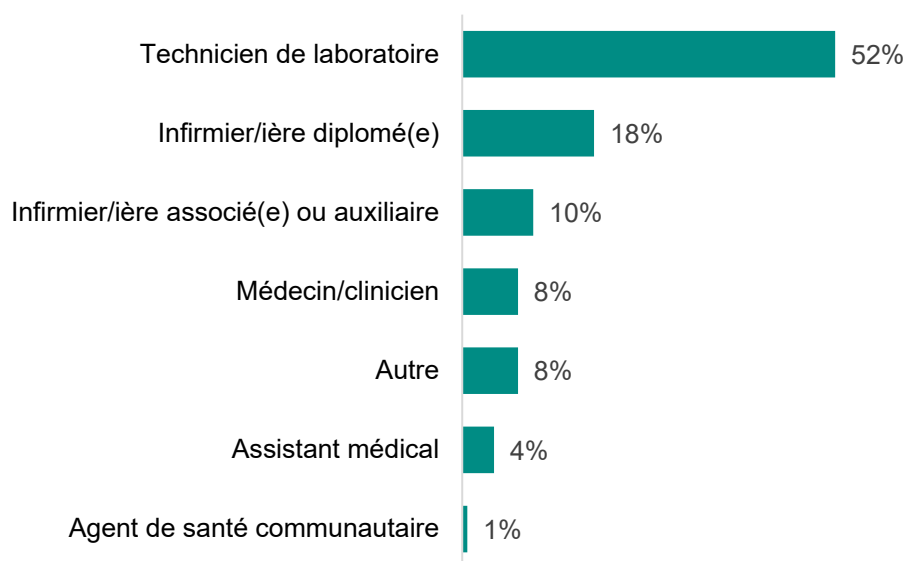
Tableau 2b. Caractéristiques démographiques du prestataire de soins

(n=429)	No.	%
Sexe		
Masculin	347	80,9
Féminin	82	19,1
Âge		
18–24	8	1,9
25–34	70	16,3
35–44	158	36,7
45–54	124	28,9
55+	69	16,2

Parmi les prestataires interrogés, 66 pourcent ont déclaré être le point focal TB ou le personnel désigné pour la TB dans leur CDT. Environ la moitié des personnes interrogées (51,5%) ont décrit leur rôle actuel comme technicien de laboratoire et 18,2 pourcent comme infirmier diplômé (Graphique 3), et 66 pourcent de tous les prestataires interrogés ont déclaré travailler directement avec les patients. La forte représentation des techniciens de laboratoire s'explique par le fait que 74,2 pourcent d'entre eux sont le personnel désigné pour la TB dans leur CDT, 78,7 pourcent sont les responsables des services cliniques et voient ou soignent en moyenne 13,7 patients atteints de la TB par semaine. Quarante-sept des techniciens de laboratoire travaillaient

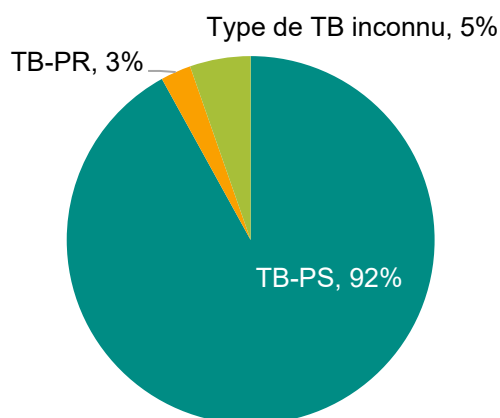
dans des CS, et seuls quatre des 221 techniciens de laboratoire interrogés ne voyaient aucun patient atteint de TB au cours d'une semaine normale. Environ 60 pourcent des personnes interrogées avaient terminé leur scolarité au niveau A1 ou A2, et 28 pourcent avaient obtenu un diplôme de deuxième ou troisième cycle ou un doctorat (données non présentées). La majorité (98,1%) avait au moins 25 ans. Presque tous les prestataires (85,6%) ont déclaré travailler 41 heures ou plus par semaine dans le CDT (données non présentées).

Graphique 3. Profession du prestataire de soins de santé pour la TB (n=429)



Cinq cent vingt-quatre (524) patients ont été initialement sélectionnés pour l'Entretien avec le patient. Presque tous (92%) ont déclaré être atteints de TB-PS, 2,7 pourcent de TB-PR et 5,3 pourcent ne connaissaient pas le type de TB dont ils étaient atteints (Graphique 4).

Graphique 4. Patients tuberculeux selon le diagnostic de TB autodéclaré (n=524)



Les analyses ultérieures se limitent aux 489 patients qui ont indiqué s'ils étaient atteints ou non de TB-PR ou de TB-PS. Un peu plus de la moitié (54,6%) de tous les patients ont déclaré être en phase intensive de traitement et 41,3 pourcent en phase de continuation ; 3,7 pourcent ne

savaient pas dans quelle phase de traitement ils se trouvaient (données non présentées). Les caractéristiques des patients interrogés sont détaillées dans le Tableau 3 ci-dessous.

Tableau 3. Caractéristiques des patients, par type de TB

	Type de TB				Total	
	TB-PS		TB-PR			
	Nom.	%	Nom.	%	Nom.	%
Sexe (n=489)						
Masculin	292	61,3	12	92,3	304	62,2
Féminin	183	38,4	1	7,7	184	37,6
Autre	1	0,2	0	0	1	0,2
Âge (n=483)						
18-24	53	11,1	0	0	53	10,8
25-34	90	18,9	3	23,1	93	19
35-44	134	28,2	3	23,1	137	28
45-54	90	18,9	2	15,4	92	18,8
55+	103	21,6	5	38,5	108	22,1
Niveau d'études le plus élevé atteint (n=489)						
Aucun	50	10,5	0	0	50	10,2
Primaire	184	38,7	6	46,2	190	38,9
Secondaire	228	47,9	7	53,8	251	51,3
Postsecondaire	14	2,9	0	0	14	2,9
Environnement (n=488)						
Urbain	107	22,5	5	38,5	112	22,9
Urbano-rural	31	6,5	1	7,7	32	6,5
Rural	338	71	6	46,2	344	70,3
Moyens de transport utilisés pour se rendre au CDT* (n=489)						
Vélo	39	8,2	1	7,7	40	7,4
Bus	4	0,8	0	0	4	0,7
Moto (personnelle)	17	3,6	1	7,7	18	3,3
Taxi	9	1,9	0	0	9	1,7
Taxi-moto	57	12	3	23,1	60	11,1
À pied	395	83	8	61,5	403	74,8
Autre	4	0,8	1	7,7	5	0,9

Note : Seuls les patients qui savaient s'ils étaient atteints de TB-PS ou de TB-PR ont été pris en compte dans ces totaux (les patients qui ont répondu « ne sait pas » ont été exclus des totaux).

*Les patients pouvaient choisir plusieurs moyens de transport.

Près des deux tiers (62,2%) des patients étaient des hommes, la majorité (70,3%) résidait en milieu rural et environ la moitié (48,1%) avait terminé des études secondaires. La majorité des patients (68,8%) étaient âgés d'au moins 35 ans. Interrogés sur l'accès au CDT, près des trois quarts (74,8%) des patients ont déclaré qu'ils se rendaient le plus souvent à pied au CDT, suivis par d'autres qui utilisaient une moto-taxi (11,1%). Environ 7 pourcent des patients ont utilisé

une bicyclette pour se rendre au CDT, 3,3 pourcent une moto personnelle, 1,7 pourcent un taxi et 0,7 pourcent le bus (Tableau 3). La majorité des patients (73,8%) ont déclaré qu'il leur fallait moins d'une heure pour se rendre au CDT depuis leur domicile en utilisant leur moyen de transport habituel. Un faible pourcentage (5,1%) de patients a déclaré qu'il leur avait fallu trois heures ou plus pour se rendre au CDT (données non présentées).

1.5. Acteurs communautaires

Au total, 473 acteurs communautaires (78,2% d'hommes et 21,8% de femmes) ont été interrogés dans le cadre de l'évaluation. Plus de 90 pourcent d'entre eux ont déclaré faire partie du groupe communautaire des RECO. Près des trois quarts (69,3%) des communautaires avaient terminé leurs études secondaires et près de 20 pourcent (19,5%) étaient titulaires d'un diplôme d'études postsecondaires. Les 10,8 pourcent restants ont déclaré avoir suivi un enseignement primaire, et seulement 0,4 pourcent ont déclaré n'avoir aucun niveau d'éducation. La majorité (81,2%) était âgée d'au moins 35 ans. Interrogés sur leur situation professionnelle, environ la moitié (50,7%) des communautaires ont déclaré être des travailleurs indépendants, et 21,4 pourcent ont déclaré être employés à temps plein. La majorité des acteurs communautaires (87,9%) ont déclaré qu'ils étaient mariés ou qu'ils vivaient actuellement avec un partenaire, mais n'étaient pas mariés (Tableau 4).

Tableau 4. Caractéristiques des acteurs de santé communautaire

(n=473)	No.	%
Sexe		
Masculin	370	78,2
Féminin	103	21,8
Âge		
18–24	15	3,1
25–34	73	15,5
35–44	138	29,1
45–54	124	26,2
55+	123	25,9
Groupe d'acteurs de la santé communautaire		
Relais communautaire (RECO)	449	94,9
Mobilisation communautaire (MOCO)	8	1,7
Organisation à assise communautaire (OAC)	2	0,4
Ligue nationale antituberculeuse antilépreuse du Congo (LNAC)	4	0,8
Ambassadeur TB	1	0,2
Ancien patient TB	1	0,2
Autre	8	1,7
Niveau d'études le plus élevé atteint		
Aucun	2	0,4
Primaire	51	10,8
Secondaire	328	69,3

(n=473)	No.	%
Postsecondaire	92	19,5
État civil		
Célibataire	28	5,9
Union libre	29	6,1
Marié(e)	387	81,8
Séparé(e)	1	0,2
Divorcé(e)	8	1,7
Veuf/veuve	20	4,2
Statut de l'emploi		
Employé(e) à temps plein	101	21,4
Employé(e) à temps partiel	72	15,2
Indépendant(e)	240	50,7
Chômeur/chômeuse	48	10,1
Étudiant(e)	11	2,3

2. Indicateurs de la composante « structure »

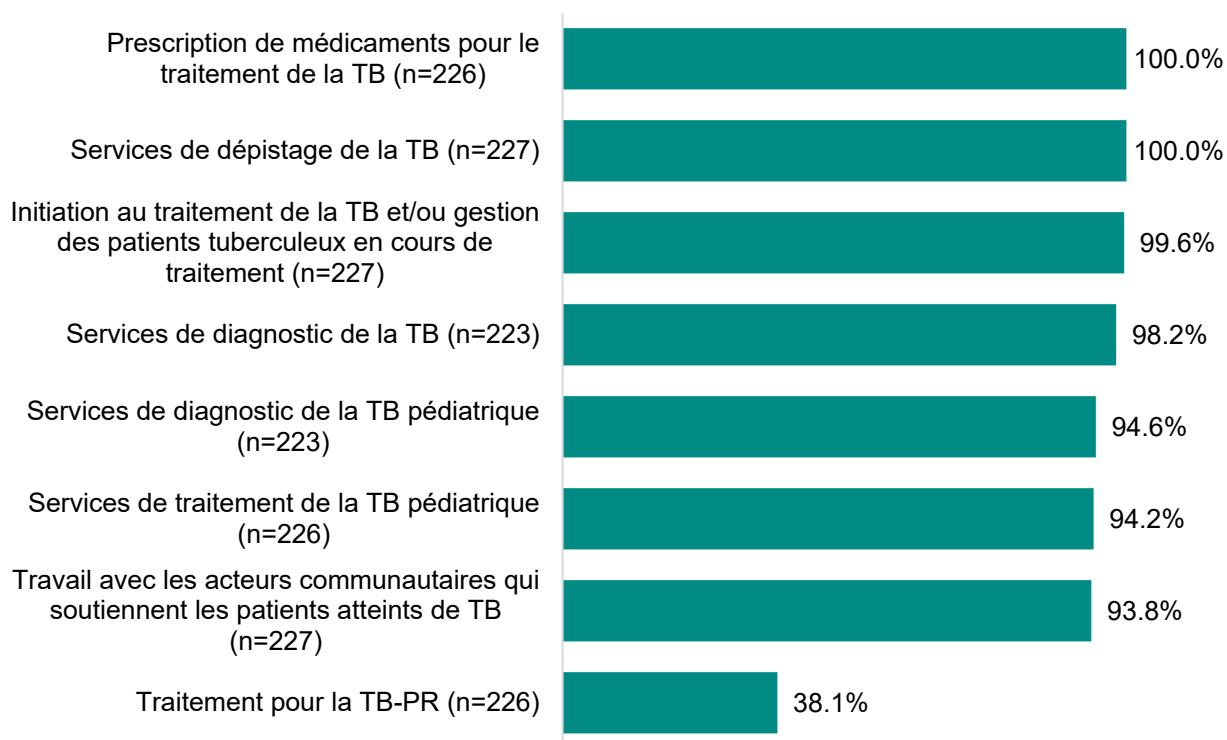
Cette section couvre les facteurs qui affectent le contexte ou l'environnement dans lequel les soins de lutte contre la TB sont fournis aux patients. Dans cette étude, la structure a été mesurée par la disponibilité et la gestion des services de lutte contre la TB, l'infrastructure physique du CDT, la disponibilité et l'état des ressources (c'est-à-dire l'équipement, les ressources humaines) et les caractéristiques organisationnelles, telles que la formation et la supervision du personnel.

2.1. Disponibilité des services

2.1.1. Services généraux liés à la TB

Le personnel des CDT a été interrogé sur les types de services de lutte contre la TB qu'ils avaient fournis au cours des 12 derniers mois (Graphique 5). Presque tous les CDT (98,2%) ont déclaré avoir fourni des services de diagnostic de la TB, des services de traitement de la TB à l'égard des adultes (99,6%) et des services de traitement de la TB à l'égard des enfants (94,2%). Plus d'un tiers des CDT (38,1%) ont déclaré fournir des services de traitement de la TB-PR. Sur les 140 CDT qui ne fournissaient pas de services de traitement de la TB-PR, 14,3 pourcent ont indiqué qu'ils référerait les patients ailleurs pour un traitement de la TB-PR (données non présentées). La majorité des CDT (93,8%) ont déclaré travailler avec des acteurs communautaires ou des bénévoles pour soutenir les patients atteints de TB.

Graphique 5. Aperçu des services généraux de lutte contre la TB proposés par les CDT

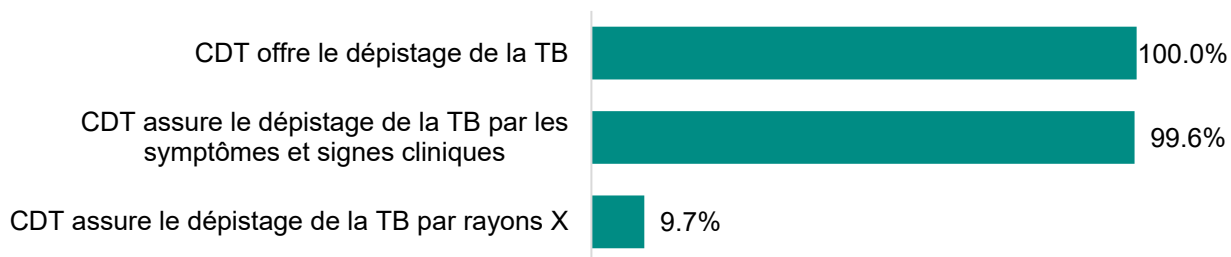


*Le nombre total de répondants (N) varie selon le type de service fourni.

2.1.2. Dépistage et diagnostic de la TB

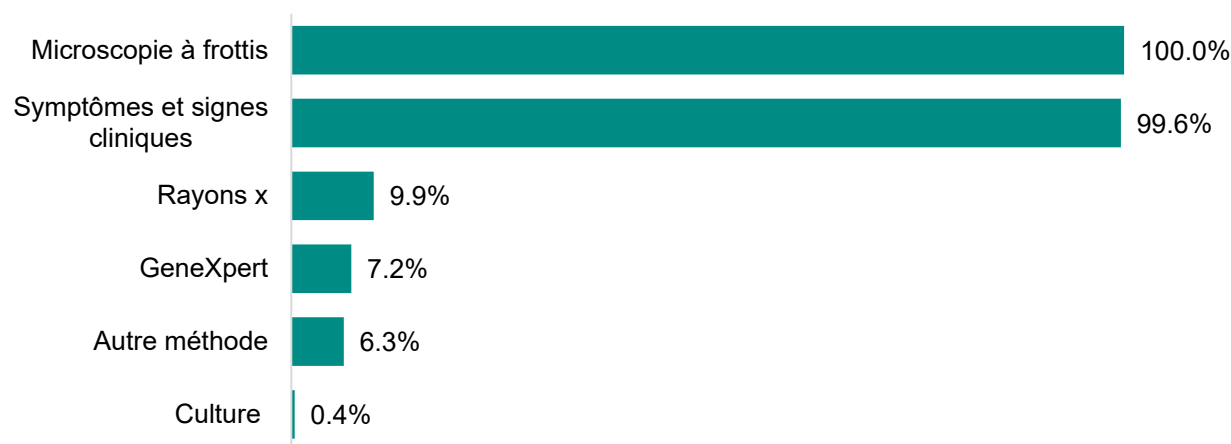
Le personnel aux CDT a été invité à indiquer les services de dépistage et de diagnostic de la TB qu'il a offert au cours de l'année écoulée. Les 227 CDT inclus dans l'évaluation ont tous indiqué qu'ils proposaient une forme ou une autre de dépistage de la TB (Graphique 6) et 98,2 pourcent ont indiqué qu'ils proposaient une forme ou une autre de diagnostic de la TB (Graphique 5). Tous les CDT sauf un ont indiqué qu'ils utilisaient les symptômes et signes cliniques pour dépister la TB (99,6%), tandis que 9,7 pourcent ont indiqué qu'ils effectuaient le dépistage à l'aide de radiographies/rayons X (Graphique 6).

Graphique 6. Services de dépistage de la TB proposés par les CDT (n=227)



Sur les 223 CDT qui ont déclaré fournir des services de diagnostic de la TB, 97,3 pourcent utilisent un laboratoire sur place pour les services essentiels de lutte contre la TB et, parmi ces CDT, certains utilisent également un laboratoire externe. Soixante-douze pourcent (n=161) utilisent un laboratoire externe (données non présentées). Parmi ceux qui utilisent un laboratoire extérieur, 37,9 pourcent le font pour l'examen microscopique des frottis d'expectoration (ce qui pourrait être lié au manque de continuité des services d'examen microscopique en raison de la pénurie de fournitures et de ressources humaines et d'autres facteurs liés aux services), 65,2 pourcent pour Xpert MTB/RIF ou Ultra, 48,4 pourcent pour les tests de sensibilité aux médicaments (TSM) de première intention (autres que Xpert) et 45,3 pourcent pour les TSM de deuxième intention. Ces résultats indiquent que la plupart des CDT utilisent à la fois un laboratoire sur place et un laboratoire extérieur pour différents tests et services en fonction des besoins. Tous les CDT qui fournissent des services de diagnostic de la TB ont déclaré utiliser la microscopie à frottis et tous, sauf un, ont diagnostiqué la TB à partir des symptômes et signes cliniques (99,6%). En revanche, seuls 7 pourcent ont déclaré utiliser le GeneXpert comme méthode de diagnostic et 9,9 pourcent ont déclaré utiliser la radiographie (rayons X). Moins d'un pourcent ont diagnostiqué la TB à l'aide d'une culture (Graphique 7).

Graphique 7. Méthodes de diagnostic utilisées par les CDT qui fournissent des services de diagnostic de la TB (n=223)



Les directives nationales pour le diagnostic de la TB (algorithme) préconisent l'utilisation du test Xpert en première intention, mais en raison de l'indisponibilité du GeneXpert dans l'ensemble du pays, la microscopie à frottis est souvent utilisée en première intention, suivi du test Xpert lorsque le résultat est positif (Ministère de la santé et PNLT, 2022).

2.1.3. Services de traitement

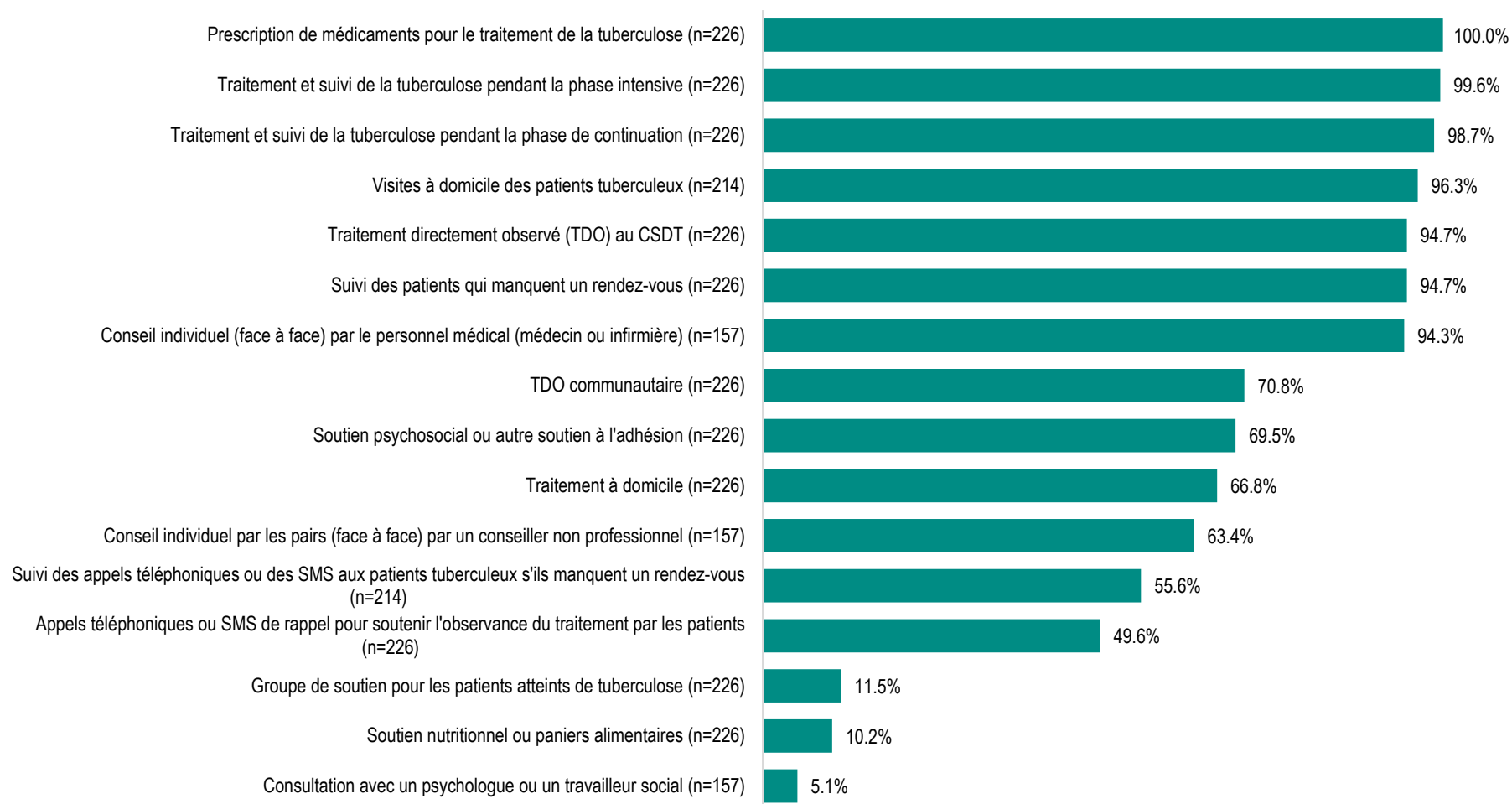
Les 226 CDT qui offraient un traitement contre la TB ont été invités à décrire les types de traitement contre la TB et les services de soutien qu'ils offraient aux personnes atteintes de TB. Presque tous (99,6%) ont indiqué qu'ils fournissaient un traitement et un suivi de la TB pendant la phase intensive du traitement, et 98,7 pourcent ont indiqué qu'ils fournissaient un traitement et un suivi pendant la phase de continuation (Graphique 8). Comme indiqué précédemment, 38,1 pourcent des CDT ont déclaré fournir un traitement contre la TB-PR. Le traitement à

domicile était proposé par 66,8 pourcent des CDT, le TDO au CDT par 94,7 pourcent des CDT et le TDO communautaire par 70,8 pourcent des CDT (Graphique 8). Seuls 2,2 pourcent des CDT proposaient un TDO par vidéo (données non présentées).

Un soutien psychosocial ou un autre type de soutien à l'adhérence au traitement a été proposé par 69,5 pourcent des CDT ayant participé à l'évaluation (Graphique 8). Interrogés sur les services de soutien psychosocial spécifiques fournis, 94,3 pourcent de ces CDT ont déclaré offrir des conseils individuels (en face-à-face) par le personnel médical (médecin ou infirmier/ère) (Graphique 8), et 62,4 pourcent ont déclaré offrir des conseils individuels par des pairs (en face-à-face) par un conseiller non professionnel (données non présentées). Seuls 5,1 pourcent des CDT ont déclaré offrir des services de conseil avec un psychologue ou un travailleur social (Graphique 8).

Il a également été demandé aux CDT de déclarer les services destinés à favoriser le suivi et l'adhérence au traitement. Près de la moitié (49,6%) des CDT ont déclaré utiliser des rappels téléphoniques ou des SMS pour favoriser l'observance du traitement, et 94,7 pourcent ont assuré le suivi des patients qui avaient manqué un rendez-vous. Parmi les CDT assurant le suivi des patients après un rendez-vous manqué, 96,3 pourcent ont déclaré rendre visite aux patients à leur domicile et 55,6 pourcent ont déclaré assurer un suivi par téléphone ou par SMS. Les autres services de soutien au traitement comprenaient des groupes de soutien pour les patients atteints de la TB, proposés par 11,5 pourcent des CDT, et des paniers alimentaires ou d'autres formes de soutien nutritionnel, proposés par 10,2 pourcent des CDT (Graphique 8).

Graphique 8. Services de traitement de la TB et services de soutien au traitement proposés par les CDT



*Le nombre total de CDT (N) varie selon le type de service fourni. Les termes CSDT [centre de santé, de diagnostic et de traitement de la TB] et CDT sont utilisés de manière interchangeable (le terme CSDT a été utilisé dans les outils, mais le terme CDT est utilisé dans ce rapport).

Les CDT ont été interrogés sur le recours à des accompagnateurs de traitement pour les patients atteints de TB. Vingt-huit pourcent des CDT ont indiqué qu'ils autorisaient les patients TB à prendre leur traitement sans la supervision d'un professionnel de la santé, c'est-à-dire qu'ils étaient supervisés par un membre de leur famille ou par d'autres contacts en dehors du CDT. Parmi ces CDT, environ 52 pourcent ont déclaré que les patients TB récupéraient leurs médicaments tous les mois ou tous les deux mois pendant la phase intensive du traitement. La majorité des CDT (76,2%) ont indiqué que les patients en phase de continuation du traitement prenaient généralement leurs médicaments tous les mois ou tous les deux mois. Tous les CDT qui autorisaient le traitement sans la supervision d'un professionnel de la santé ont indiqué qu'ils contrôlaient les intervalles auxquels les patients devaient récupérer leur traitement. Soixante-dix-huit pourcent des CDT ont indiqué que ce contrôle était effectué en vérifiant les plaquettes vides des patients, 49,2 pourcent ont indiqué que ce contrôle était effectué au moyen de la fiche du patient, 20,6 pourcent ont indiqué que ce contrôle était effectué par des appels téléphoniques et des SMS, et 28,6 pourcent ont indiqué qu'ils utilisaient une autre méthode (Tableau 5).

Tableau 5. Pratiques de supervision du traitement utilisées par les CDT

	Type de CDT						Environnement du CDT						Total	
	Hôpital (Tertiaire)		CSR (Secondaire)		CS (Primaire)		Urbain		Urbano-rural		Rural			
	Nom.	%	Nom.	%	Nom.	%	Nom.	%	Nom.	%	Nom.	%	Nom.	%
CDT a des patients TB qui suivent un traitement sans la supervision d'un prestataire de soins de ce CDT (n=226)	20	27,8	16	37,2	27	24,3	3	7,5	4	23,5	56	33,1	63	27,9
À quelle fréquence un patient tuberculeux en phase intensive et sous traitement en dehors du CDT (non supervisé) s'approvisionne-t-il généralement en médicaments ? (n=63)														
Hebdomadaire	8	40	2	12,5	11	40,7	0	0	3	75	18	32,1	21	33,3
Deux fois par mois	3	15	4	25	5	18,5	0	0	0	0	12	21,4	12	19
Mensuelle	7	35	8	50	6	22,2	1	33,3	0	0	20	35,7	21	33,3
Autre	2	10	2	12,5	5	18,5	2	66,7	1	25	6	10,7	9	14,3
À quelle fréquence un patient tuberculeux en phase de continuation et sous traitement en dehors du CDT (non supervisé) s'approvisionne-t-il généralement en médicaments ? (n=63)														
Hebdomadaire	3	15	1	6,3	6	22,2	1	33,3	3	75	6	10,7	10	15,9
Deux fois par mois	1	5	2	12,5	4	14,8	0	0	0	0	7	12,5	7	11,1
Mensuelle	14	70	13	81,3	14	51,9	1	33,3	1	25	39	69,6	41	65,1
Autre	2	10	0	0	3	11,1	1	33,3	0	0	4	7,1	5	7,9
CDT surveille les intervalles auxquels le patient doit recevoir son traitement (n=63)	20	100	16	100	27	100	3	100	4	100	56	100	63	100
Comment le CDT contrôle-t-il les intervalles auxquels le patient doit recevoir son traitement ? (n=63)														
Vérification des plaquettes vides	15	75	12	75	22	81,5	2	66,7	2	50	45	80,4	49	77,8
Appel téléphonique	1	5	1	6,3	7	25,9	1	33,3	1	25	7	12,5	9	14,3
SMS	1	5	1	6,3	2	7,4	0	0	0	0	4	7,1	4	6,3
Par la carte du patient	10	50	8	50	13	48,1	0	0	1	25	30	53,6	31	49,2
Autre	9	45	6	37,5	3	11,1	1	33,3	1	25	16	28,6	18	28,6

2.1.4. Services au niveau de la communauté

Presque tous les CDT (93,8%) ont indiqué qu'ils travaillaient avec les acteurs de santé communautaire pour soutenir les patients atteints de TB ([Appendice C](#), Tableau C8). Ces CDT ont été interrogés sur les services fournis par les acteurs communautaires ainsi que sur la coordination et la gestion des acteurs communautaires. Plus de 90 pourcent des CDT ont déclaré que les acteurs communautaires assuraient l'éducation sur la TB dans la communauté, le dépistage des symptômes de la TB, l'orientation vers un diagnostic de la TB, le TDO, la recherche ou la localisation des patients qui n'ont pas pu se rendre aux visites de suivi et le retour des patients qui n'ont pas pu se rendre aux visites de suivi dans le CDT. Quatre-vingt-neuf pourcent des CDT dotés d'un acteur communautaire ont indiqué qu'ils fournissaient des conseils sur l'adhérence au traitement et qu'ils recherchaient les contacts pour les patients dont la TB était confirmée. Enfin, 63,6 pourcent des CDT dotés d'acteurs communautaires ont déclaré que ces derniers étaient responsables de la collecte et du transport des échantillons vers un laboratoire de diagnostic et 68,1 pourcent ont déclaré qu'ils étaient responsables du soutien psychosocial. Seuls 25 pourcent des CDT ont déclaré que les acteurs communautaires effectuaient des tests de dépistage du VIH et donnaient des conseils (données non présentées).

On a également demandé aux acteurs de santé communautaires d'indiquer les types de services de lutte contre la TB qu'ils fournissaient dans leurs communautés. Plus de 85 pourcent des acteurs communautaires interrogés dans le cadre de l'évaluation ont indiqué qu'ils fournissaient des conseils sur l'adhérence au traitement, qu'ils assuraient le suivi des patients qui manquaient un rendez-vous et qu'ils dispensaient une éducation sur la TB. Plus de 60 pourcent des acteurs communautaires ont indiqué qu'ils fournissaient un soutien psychosocial, qu'ils supervisaient le TDO, qu'ils orientaient les patients vers des CDT pour des examens ou des visites de suivi, qu'ils conseillaient et orientaient les patients vers des tests de dépistage du VIH, qu'ils effectuaient la recherche des cas contacts et qu'ils orientaient les parents d'enfants de moins de cinq ans ayant été en contact avec un patient atteint de TB vers un CDT pour un TPT ([Appendice C](#), Tableau C8). Plus de 20 pourcent des acteurs communautaires ont indiqué effectuer des rappels téléphoniques ou envoyer des SMS aux patients atteints de TB pour favoriser l'adhérence au traitement, effectuer un suivi téléphonique ou envoyaient des SMS aux patients atteints de TB pour les rendez-vous manqués, proposer un TPT aux enfants de moins de cinq ans qui avaient été en contact avec un patient atteint de TB et signaler les effets indésirables des médicaments antituberculeux au CDT ([Appendice C](#), Tableau C8).

Les acteurs de santé communautaires ont été interrogés sur les types de formation et de supervision qu'ils avaient reçus. Au moins 30 pourcent des acteurs communautaires avaient reçu, au cours des 24 derniers mois, une formation sur le TDO communautaire, l'identification et l'orientation des patients présumés atteints de TB, la prévention, le dépistage, le traitement et le suivi de la TB, la lutte contre les infections, l'éducation sanitaire, l'enregistrement et la déclaration des cas de TB. Au moins 20 pourcent des acteurs communautaires avaient reçu une formation sur ces sujets il y a plus de 24 mois. Plus de la moitié (57,7%) des acteurs communautaires ont déclaré n'avoir jamais reçu de formation sur le soutien nutritionnel et la santé mentale des patients. Quatre-vingt-deux pourcent des acteurs communautaires ont déclaré avoir fait l'objet d'une visite de supervision à un moment ou à un autre, 62 pourcent d'entre eux indiquant que la visite de supervision la plus récente avait eu lieu au cours des trois

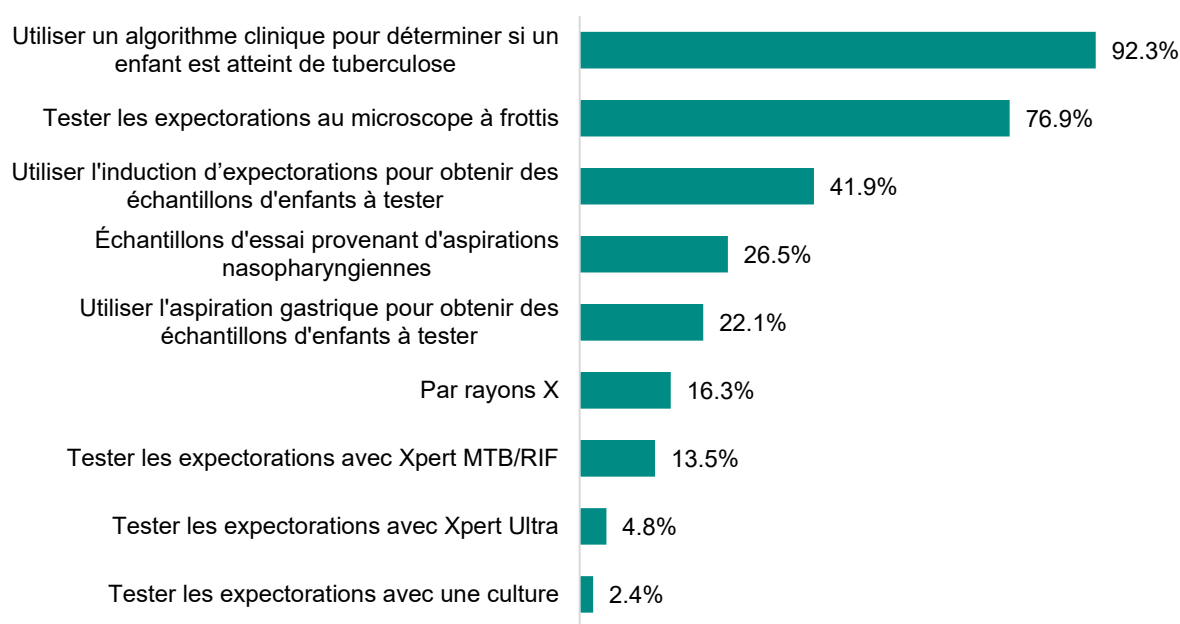
derniers mois. La plupart des acteurs communautaires (82,6%) ont déclaré avoir rencontré le personnel de leur CDT ou de leur organisation non gouvernementale ou le personnel du Ministère de la santé au moins une fois par mois (données non présentées).

Les CDT ont été invités à indiquer les pratiques de gestion et de supervision en vigueur pour les acteurs communautaires. La plupart des CDT (86,9%) ont indiqué qu'ils disposaient d'un point focal TB qui rencontrait régulièrement (c'est-à-dire tous les mois ou tous les trimestres) les acteurs communautaires, et 81 pourcent ont indiqué que des membres du personnel du CDT assuraient la supervision des acteurs communautaires au niveau de la communauté. Environ trois quarts (73,8%) des CDT ont déclaré disposer d'une liste actualisée des acteurs communautaires qui dispensaient le TDO, et 70,9 pourcent ont indiqué que les acteurs communautaires associés au CDT recevaient une formation spécifique à la TB. Seuls 21,7 pourcent des CDT ont déclaré tenir un registre des performances des acteurs communautaires. En moyenne, les CDT ont déclaré avoir effectué 3,2 visites de supervision des acteurs communautaires au cours de l'année écoulée, avec peu de variations selon l'environnement urbain ou rural et le type de CDT (données non présentées).

2.1.5. Services pour la TB pédiatrique

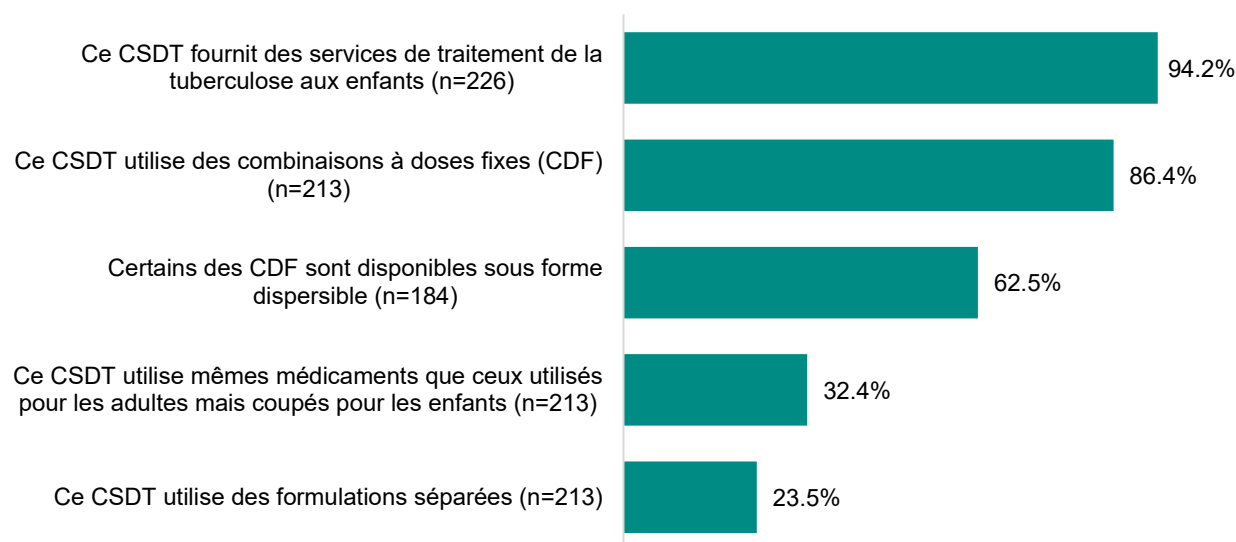
Deux cent huit CDT, soit 94 pourcent des CDT ayant déclaré offrir des services de traitement de la TB, ont également déclaré offrir des services de traitement de la TB pédiatrique (Graphique 5). Lorsqu'on leur a demandé comment les enfants atteints de TB présumée étaient évalués, la plupart des CDT (92,3%) ont déclaré utiliser un algorithme clinique pour déterminer si un enfant était atteint de TB ou tester les expectorations par frottis microscopique. Moins de 20 pourcent des CDT ont déclaré utiliser la radiographie, la culture des expectorations, les tests Xpert MTB/RIF ou Xpert Ultra (Graphique 9) pour diagnostiquer la TB pédiatrique.

Graphique 9. Méthodes utilisées par les CDT pour évaluer les enfants atteints de TB présumée (n=208)



La plupart des CDT qui fournissaient un traitement antituberculeux aux enfants (86,4%) ont déclaré utiliser des combinaisons à dose fixe. Parmi ces CDT, 62,5 pourcent ont déclaré disposer de combinaisons à dose fixe (CDF) sous forme liquide. Environ un quart des CDT (23,5%) ont déclaré utiliser des préparations en forme dispersible ou des préparations contenant un seul médicament. Environ un tiers (32,4%) des CDT offrant un traitement antituberculeux aux enfants ont déclaré utiliser les mêmes médicaments que ceux utilisés pour les adultes, mais en coupant les pilules pour les enfants (Graphique 10). La plupart des centres de traitement de la TB pédiatrique (89,7%) ont indiqué qu'ils déterminaient la posologie en fonction du poids de l'enfant, et 8,5 pourcent ont indiqué que la posologie pour les enfants était fixée dans le kit (données non présentées).

Graphique 10. Procédures de traitement de la TB pédiatrique utilisées par les CDT



* Le nombre total de CDT (N) varie selon le type de service fourni. Les termes CSDT et CDT sont utilisés de manière interchangeable (le terme CSDT a été utilisé dans les outils, mais le terme CDT est utilisé dans ce rapport).

2.1.6. Services pour la coinfection TB/VIH

Plus de la moitié (53,1%) des CDT ont indiqué qu'ils fournissaient des services liés au VIH, notamment des conseils, des tests, des soins ou des traitements. À la question de savoir quels types de services liés au VIH étaient offerts, plus de 90 pourcent des CDT ont indiqué qu'ils fournissaient des services de dépistage du VIH et de conseil aux patients atteints de TB présumée ou confirmée, des services de dépistage récurrent du VIH, des soins et un traitement du VIH aux patients coinfectés par la TB et le VIH, ainsi que des services de TPT. La quasi-totalité (95,8%) des CDT qui ont déclaré fournir des soins et un traitement contre le VIH aux patients coinfectés par la TB et le VIH ont indiqué qu'ils fournissaient une thérapie préventive au cotrimoxazole à ces personnes, alors que seulement 27,1 pourcent ont déclaré effectuer des tests de charge virale. Parmi les CDT qui ont déclaré fournir un TPT, 97,9 pourcent ont indiqué qu'ils fournissaient de l'isoniazide (INH) (6, 9, 12 mois ou en continu), 13,2 pourcent de la 3HP (rifapentine et INH) et 26,5 pourcent de la Q-TIB (cotrimoxazole, isoniazide et vitamine B6) ([Appendice C](#), Tableau C1). Plus de quatre-vingt-dix pourcent (91,7%) des CDT qui ont fourni

des services de lutte contre la TB et le VIH fournissent aussi un TAR. Parmi les CDT fournissant un TAR, 72,7 pourcent ont déclaré qu'ils recherchaient les symptômes d'interactions entre les médicaments antituberculeux et antirétroviraux.

2.2. Services de laboratoire

L'évaluation de l'infrastructure des laboratoires a fourni des informations sur la disponibilité des tests de diagnostic de la TB requis par l'algorithme de diagnostic de la TB du PNLT, y compris l'équipement et les réactifs, ainsi que la maintenance et les ressources humaines qui sont essentielles pour assurer le fonctionnement d'un réseau de diagnostic de la TB. La première section ci-dessous examine les 97,3 pourcent de CDT qui disposaient d'un laboratoire sur place pour diagnostiquer la TB, suivie d'une section présentant les données pour les 72 pourcent de CDT qui utilisaient un laboratoire externe (la plupart des CDT utilisaient les deux formes de laboratoire).

2.2.1. CDT avec un laboratoire sur place

2.2.1.1. Disponibilité de l'équipement de laboratoire

Les CDT ayant déclaré disposer d'un laboratoire sur place ont été interrogés sur la disponibilité et la fonctionnalité des fournitures, du matériel et des réactifs. Presque tous (96,2%) étaient équipés d'un microscope à lumière/optique fonctionnel le jour de l'évaluation. Pour les CDT qui utilisaient le test de Ziehl-Neelsen pour les bacilles acido-alcool-résistants, 92,7 pourcent disposaient d'une coloration de fuchsin, 85,4 pourcent d'acide sulfurique et 95,8 pourcent de bleu de méthylène (données non présentées).

Les trois quarts des CDT concernés disposaient d'un microscope à fluorescence LED fonctionnel et 41,7 pourcent d'une coloration à l'auramine pour le microscope à fluorescence. Parmi les CDT qui disposaient de GeneXpert sur place, 90 pourcent avaient un module GeneXpert fonctionnel et 77,8 pourcent une cartouche Xpert MTB/RIF fonctionnelle et non périmée. Soixante-quatre pourcent des CDT concernés disposaient d'une hotte de biosécurité fonctionnelle le jour de l'évaluation (données non présentées).

2.2.1.2. Transport des échantillons

Il fallait en moyenne 7,9 heures pour que les échantillons parviennent au laboratoire. Les CDT périurbains ont déclaré la moyenne la plus élevée, soit 14,5 heures. Les CDT ont déclaré qu'il fallait en moyenne 26,6 heures pour recevoir les résultats des échantillons du laboratoire sur place, avec des différences minimales entre le type de CDT et leur environnement urbain ou rural (Tableau 6).

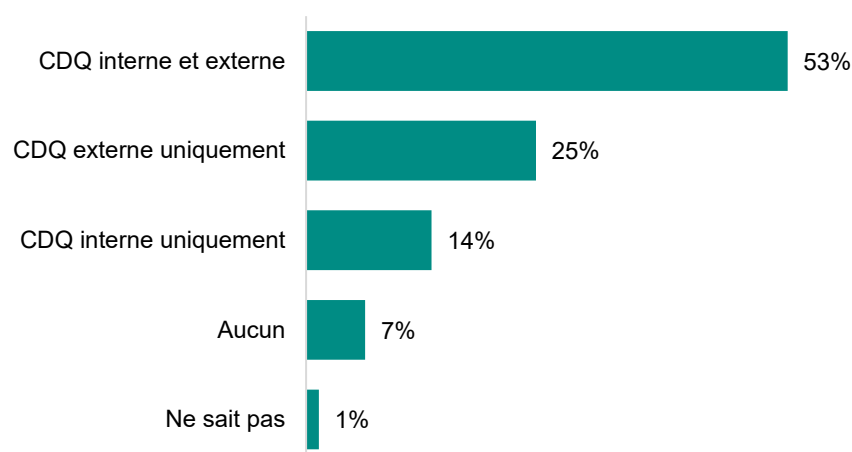
Tableau 6. Transport des échantillons dans les CDT disposant d'un laboratoire sur place

		Type de CDT			Environnement du CDT			Total
		Hôpital (Tertiaire)	CSR (Secondaire)	CS (Primaire)	Urbain	Urbano- rural	Rural	
Nombre moyen d'heures nécessaires pour recevoir les échantillons au laboratoire (n=214)	Moyenne	8,2	9,1	7,4	6,9	14,5	7,5	7,9
	Intervalle	[0–48]	[0–24]	[0–48]	[0–24]	[1–30]	[0–48]	[0–48]
Nombre moyen d'heures nécessaires pour recevoir les résultats du laboratoire (n=217)	Moyenne	24	30,2	26,9	25,2	27,4	26,9	26,6
	Intervalle	[0–72]	[0–48]	[0–72]	[0–48]	[2–48]	[0–72]	[0–72]

2.2.1.3. Assurance de la qualité et contrôle de la qualité

Les 217 CDT disposant d'un laboratoire sur place ont été interrogés sur les procédures de contrôle qualité (CQ) et d'assurance qualité (AQ) pour la microscopie à frottis utilisées dans leurs laboratoires. Plus de la moitié (53%) ont déclaré utiliser des pratiques de CQ/AQ internes et externes, tandis que 25,3 pourcent se sont appuyés uniquement sur le CQ/AQ externe et 13,8 pourcent ont déclaré n'utiliser que des mesures internes. Dans l'ensemble, 7,9 pourcent des CDT ont déclaré ne pas savoir quelles pratiques de CQ/AQ étaient utilisées ou n'en utiliser aucune (Graphique 11).

Graphique 11. Types de CQ/AQ pour la microscopie à frottis utilisés dans les CDT disposant d'un laboratoire sur place (n=217)



Parmi les CDT qui ont déclaré avoir mis en œuvre des mesures de CQ/AQ, 61,5 pourcent ont conservé les résultats des procédures de CQ/AQ et 73,1 pourcent disposaient de lignes directrices et de procédures pour le CQ/AQ interne ou externe des échantillons évalués dans le CDT (données non présentées).

2.2.2. CDT avec un laboratoire externe

2.2.2.1. Disponibilité des tests de diagnostic

Lorsqu'on leur a demandé d'indiquer les types de tests de diagnostic de la TB effectués par le laboratoire externe, plus de la moitié des CDT (65,2%) ont déclaré avoir fait appel à un laboratoire externe pour effectuer des tests Xpert MTB/RIF ou des tests Ultra. Environ la moitié d'entre eux ont fait appel à un laboratoire externe pour effectuer d'autres TSM de première ligne (48,4%) et de deuxième ligne (45,3%). En outre, 37,9 pourcent ont fait appel à un laboratoire extérieur pour réaliser des examens microscopiques des frottis d'expectorations (Tableau 7).

Tableau 7. Services d'analyses de laboratoire externe utilisés par les CDT disposant d'un laboratoire externe

	Type de CDT						Environnement du CDT						Total (n=161)	
	Hôpital (Tertiaire)		CSR (Secondaire)		CS (Primaire)		Urbain		Urbano- rural		Rural			
	Nom.	%	Nom.	%	Nom.	%	Nom.	%	Nom.	%	Nom.	%	Nom.	%
Microscopie à frottis	14	27,5	13	54,2	34	39,5	2	5,4	9	52,9	50	46,7	61	37,9
Xpert MTB/RIF ou Ultra	34	66,7	14	58,3	57	66,3	33	89,2	10	58,8	62	57,9	105	65,2
TSM de première ligne (autres que Xpert)	20	39,2	9	37,5	49	57	31	83,8	8	47,1	39	36,4	78	48,4
TSM de deuxième ligne	19	37,3	8	33,3	46	53,5	30	81,1	8	47,1	35	32,7	73	45,3

2.2.2.2. Transport des échantillons

Moins de la moitié des CDT (40,4%) qui utilisaient un laboratoire externe ont déclaré avoir accès à un service de transport d'échantillons. Ces CDT ont déclaré qu'en moyenne, le transport des échantillons vers le laboratoire avait lieu tous les 3,8 jours. Par rapport aux autres types de CDT, les CS et les CDT ruraux ont déclaré des temps d'attente encore plus longs entre le prélèvement des échantillons et leur expédition vers un laboratoire externe. L'évaluation a également porté sur le délai de réception des résultats des échantillons provenant de laboratoires externes. En moyenne, les CDT ont mis environ 11,6 jours pour recevoir les résultats du laboratoire externe. Ce délai était légèrement plus long pour les CDT périurbains et les hôpitaux/centres hospitaliers/cliniques (Tableau 8).

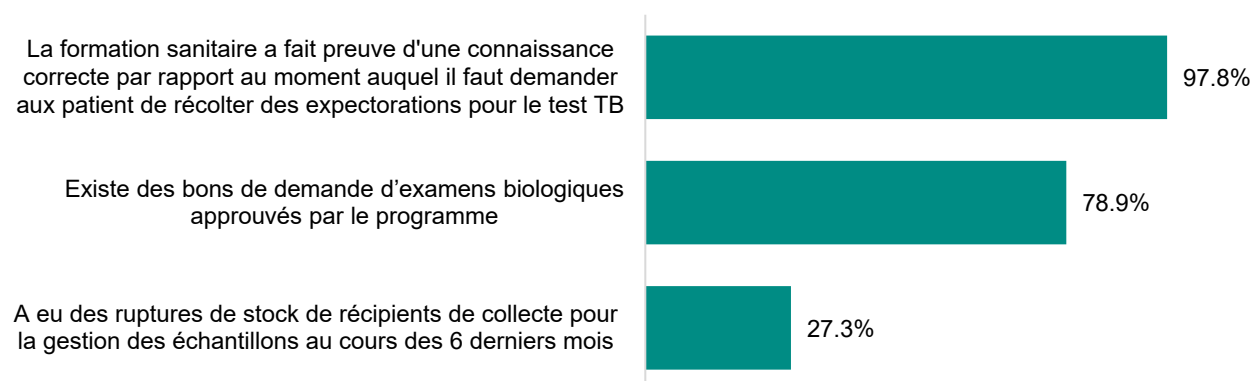
Tableau 8. Transport d'échantillons dans les CDT disposant de laboratoires hors site

		Type de CDT			Environnement du CDT			Total
		Hôpital (Tertiaire)	CSR (Secondaire)	CS (Primaire)	Urbain	Urbano- rural	Rural	
Fréquence moyenne (en jours) du transport des échantillons vers le laboratoire (n=121)	Moyenne	2,4	1,7	4,9	3,4	2,7	4,4	3,8
	Intervalle	[0–10]	[0–2]	[0–90]	[0–20]	[0–9]	[0–90]	[0–90]
Nombre moyen de jours nécessaires pour recevoir les résultats du laboratoire externe (n=143)	Moyenne	13,2	10,5	11,2	11,6	14,2	11,1	11,6
	Intervalle	[0–40]	[2–30]	[0–40]	[0–30]	[0–40]	[0–40]	[0–40]

2.2.3. Procédures et équipement de gestion des échantillons (tous CDT confondus)

Les 227 CDT inclus dans l'évaluation ont été invités à décrire leur système de collecte et de traitement des expectorations. Presque tous les CDT (97,8%) ont montré qu'ils avaient des connaissances correctes lorsqu'on leur a demandé à quel moment et de quelle manière (par exemple, avant de manger et de boire) les patients devaient fournir des expectorations pour le dépistage de la TB (Graphique 11). Les procédures opérationnelles standard pour la collecte des échantillons n'ont été observées que dans 31,7 pourcent des CDT (données non présentées). Lors de l'évaluation de la disponibilité des récipients de collecte des expectorations, 27,3 pourcent des CDT ont déclaré avoir connu des ruptures de stock au cours des six mois précédant l'évaluation. Dans environ trois quarts des CDT (78,9%), des formulaires de demande de laboratoire ont été observés dans le CDT le jour de l'évaluation (Graphique 12).

Graphique 12. Procédures et équipements de gestion des échantillons déclarés par les CDT (n=227)



Les registres de laboratoire des CDT ont été évalués pour déterminer le délai d'obtention des résultats des frottis de diagnostic et du test Xpert. Entre le 1^{er} janvier et le 31 mars 2021, 86 pourcent des résultats des frottis de diagnostic ont été reçus dans les deux jours suivant leur expédition au laboratoire. Au cours de la même période, 24,4 pourcent des résultats des tests Xpert ont été reçus du laboratoire dans la même journée que l'envoi des tests au laboratoire.

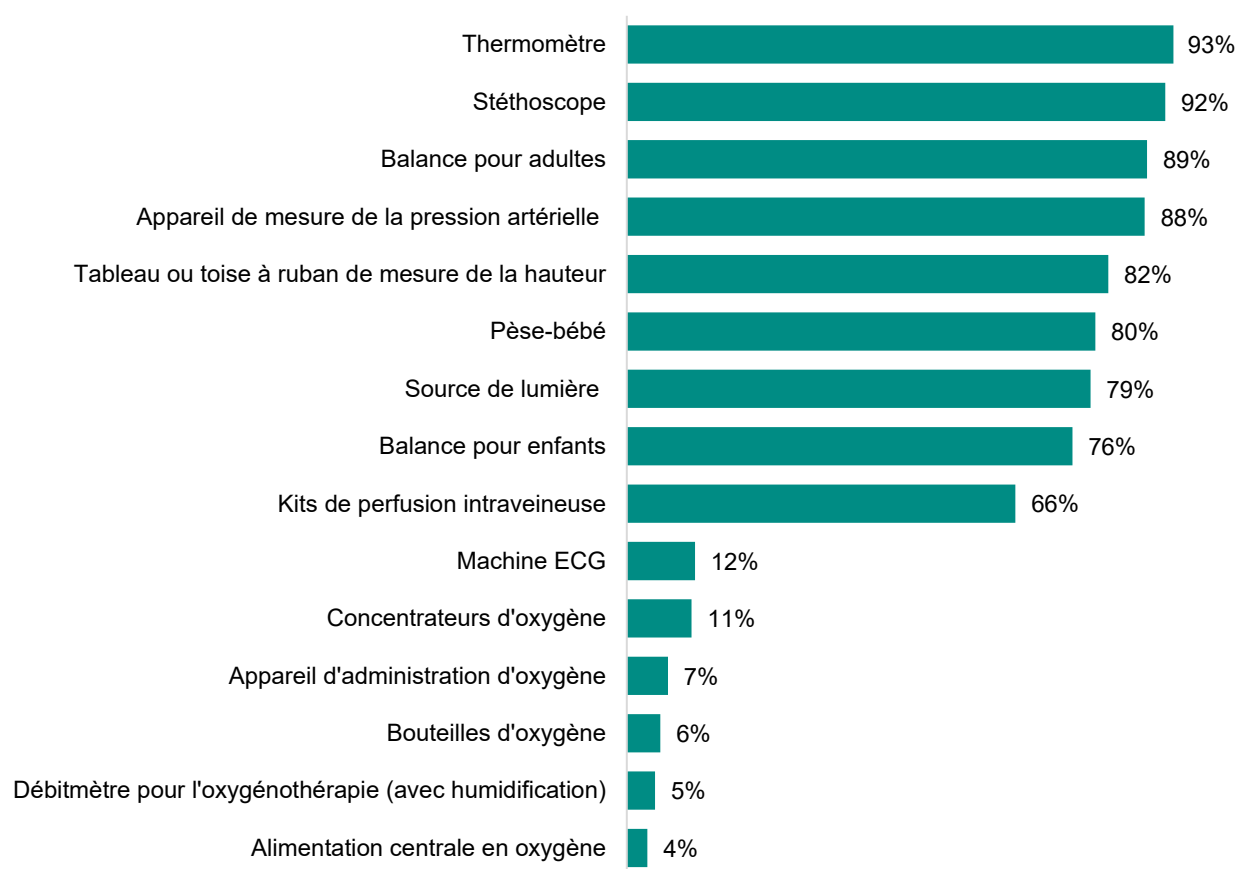
2.3. Disponibilité d'équipement général et de médicaments antituberculeux

Les CDT ont été évalués sur la disponibilité de l'équipement médical général et des médicaments qui leur permettent de fournir facilement des services de santé de base et des services liés à la TB. Les résultats sont présentés dans le texte et les graphiques ci-dessous.

2.3.1. Équipement général

Plus des deux tiers des 227 CDT incluses dans l'évaluation disposaient d'au moins une pièce fonctionnelle de l'équipement médical suivant : thermomètre (93%), stéthoscope (91,6%), balance pour adultes (88,5%), appareil de mesure de la pression artérielle (88,1%), tableau ou toise à ruban de mesure de la hauteur (81,9%), balance pour enfants (79,7%), source de lumière (78,9%), pèse-bébé (75,8%) et kit de perfusion intraveineuse (66,1%). Comme le montre le Graphique 13, moins de 12 pourcent des CDT disposaient de concentrateurs d'oxygène, de bouteilles d'oxygène, d'une alimentation centrale en oxygène, d'un débitmètre pour l'oxygénothérapie (avec humidification) ou d'un appareil d'administration d'oxygène. Parmi les CDT qui ont fourni un traitement contre la TB-PR, seuls 11,6 pourcent disposaient d'un appareil d'électrocardiogramme le jour de l'évaluation (Graphique 13). En outre, seuls 2,3 pourcent des CDT traitant la TB-PR disposaient d'un équipement d'audiométrie, en raison du remplacement des injectables par un nouveau traitement, ce qui correspond à une très faible utilisation des injectables (<2%) (données non présentées).

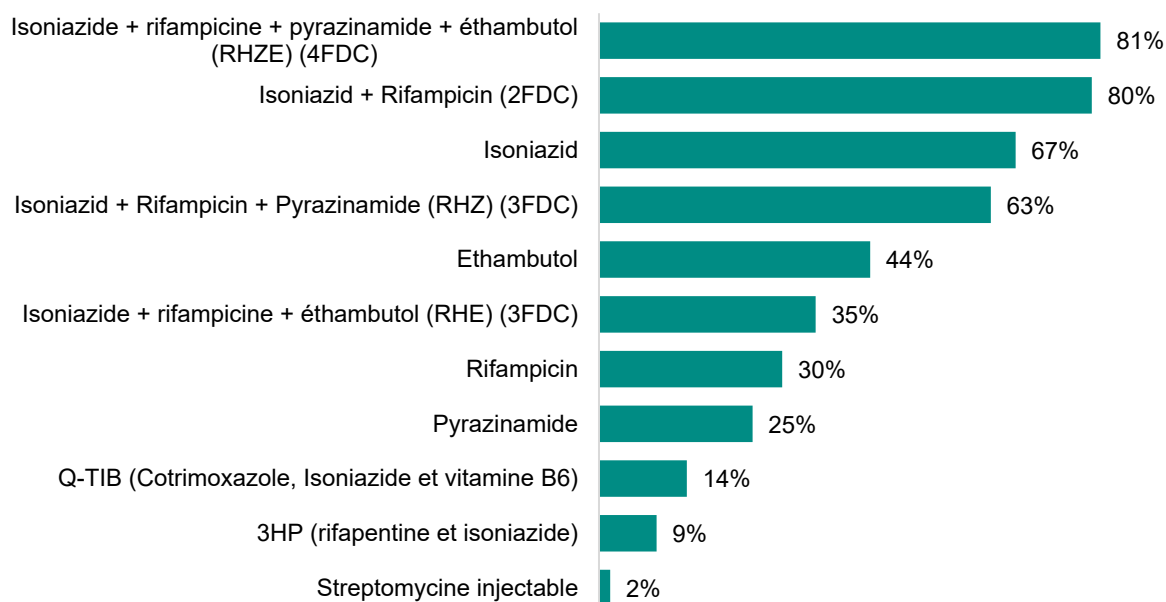
Graphique 13. Disponibilité d'un équipement de base fonctionnel au moment de l'évaluation (n=227)



2.3.2. Disponibilité de médicaments antituberculeux

Un approvisionnement ininterrompu en médicaments antituberculeux est essentiel à la capacité d'une formation sanitaire à fournir un traitement antituberculeux complet et à garantir des résultats positifs. L'enquête a évalué la disponibilité et la validité (c'est-à-dire que les médicaments n'étaient pas périmés ou endommagés) des médicaments antituberculeux de première intention dans tous les CDT fournissant un traitement antituberculeux. Comme le montre le Graphique 14, divers médicaments antituberculeux étaient disponibles dans 1,8 à 81 pourcent des 227 CDT le jour de l'évaluation. Plus de la moitié (56,6%) des CDT ont déclaré disposer d'un stock tampon de médicaments antituberculeux, mais 38,9 pourcent ont déclaré avoir connu une rupture de stock de médicaments antituberculeux au cours des six mois précédant l'évaluation (données non présentées).

Graphique 14. Disponibilité des médicaments antituberculeux non périmés dans les CDT (n=226)



2.4. Gestion

2.4.1. Disponibilité de directives et protocoles

Tous les CDT ont été évalués sur la disponibilité des politiques, des protocoles et des directives en matière de TB. Des organigrammes/algorithmes sur le dépistage et le diagnostic de la TB, ainsi que des directives pour le diagnostic de la TB chez les enfants et les adolescents ont été observés dans environ deux tiers des CDT. Les directives relatives à la TB/VIH étaient observées dans 70,9 pourcent des CDT et les directives du PNLT, le PATI étaient observées dans 81,1 pourcent des CDT. Environ un quart des CDT (26,4%) disposaient d'affiches sur la TB, de dépliants, de brochures ou de prospectus (c'est-à-dire de matériel éducatif sur la TB) dans les langues locales pour la distribution (Tableau 9).

Tableau 9. Disponibilité des politiques, protocoles et lignes directrices sur la TB

	Type de CDT						Environnement du CDT						Total (n=227)	
	Hôpital (Tertiaire)		CSR (Secondaire)		CS (Primaire)		Urbain		Urbano-rural		Rural			
	Nom.	%	Nom.	%	Nom.	%	Nom.	%	Nom.	%	Nom.	%	Nom.	%
Algorithmes sur le dépistage de la TB	52	72,2	27	62,8	72	64,3	33	80,5	14	82,4	104	61,5	151	66,5
Lignes directrices pour le diagnostic et le traitement de la TB chez les enfants et les adolescents	53	73,6	22	51,2	75	67	34	82,9	13	76,5	103	60,9	150	66,1
Lignes directrices (PATI) pour la lutte contre la TB	62	86,1	32	74,4	90	80,4	36	87,8	17	100	131	77,5	184	81,1
Lignes directrices relatives à la TB et au VIH	50	74,6	21	53,8	73	75,3	36	87,8	13	81,3	95	65,1	144	70,9
Affiches dans les langues locales sur les murs, des dépliants, la boîte à images, des brochures dans les langues locales pour la distribution	14	19,4	3	7	43	38,4	17	41,5	8	47,1	35	20,7	60	26,4

Soixante-cinq pourcent des CDT fournissant des services de diagnostic de la TB disposaient d'organigrammes ou d'algorithmes sur le diagnostic de la TB et trois quarts d'entre eux disposaient d'algorithmes pour le GeneXpert. Environ un quart des CDT disposaient de directives sur l'utilisation de la radiographie pulmonaire pour le dépistage et le diagnostic de la TB, tandis que moins d'un pourcent disposaient d'un manuel ou de directives sur l'examen microscopique des frottis d'expectoration. Entre 60 et 70 pourcent des CDT traitant la TB-PR disposaient de directives sur l'utilisation de schémas thérapeutiques courts pour le traitement de la TB-PR, de directives sur la prise en charge clinique de la TB-PR ou d'une liste de médicaments essentiels. Un peu plus d'un tiers (36,1%) des CDT disposaient d'un manuel de formation pour les prestataires de TDO ou les acteurs communautaires (données non présentées).

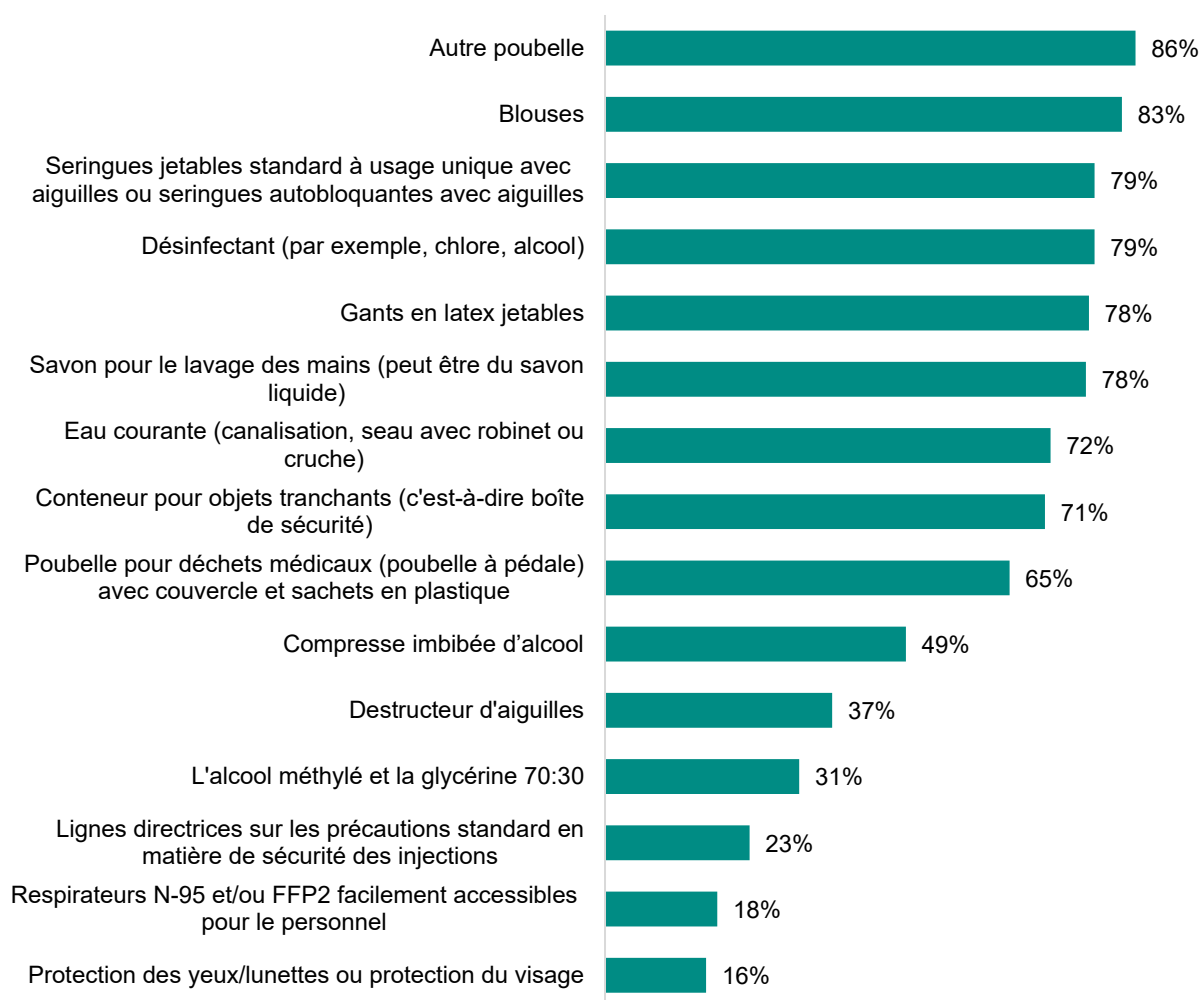
2.5. Prévention et contrôle des infections

Compte tenu du risque élevé de transmission de la TB dans les CDT, il est essentiel que ces derniers adhèrent aux pratiques de prévention et de contrôle des infections (PCI). Dans le cadre de l'évaluation, les CDT de l'étude ont été interrogés sur la disponibilité des produits et de l'infrastructure PCI et sur les pratiques PCI en vigueur dans le CDT.

2.5.1. Infrastructure

Plus de 83 pourcent des 227 CDT disposaient d'une poubelle et de blouses dans les zones d'examen au moment de l'évaluation. Entre 70 et 80 pourcent des CDT disposaient d'eau courante, de savon pour le lavage des mains, d'un conteneur pour objets tranchants (boîte de sécurité), de gants en latex jetables, de désinfectant et de seringues standard jetables à usage unique avec aiguilles ou de seringues autobloquantes avec aiguilles. Soixante-cinq pourcent des CDT disposaient d'une poubelle pour déchets médicaux munie d'un couvercle et d'un sac poubelle en plastique, et 48,5 pourcent des CDT disposaient d'un désinfectant pour les mains à base d'alcool. Moins de 40 pourcent des CDT disposaient de protection des yeux (lunettes) ou du visage, de lignes directrices sur les précautions standard en matière de sécurité des injections, d'un destructeur d'aiguilles, d'alcool méthylé et de glycérine 70:30, et de masques chirurgicaux N-95 ou FFP2 pour le personnel du CDT (Graphique 15). Peu de différences dans la disponibilité de ces produits ont été observées entre les types de CDT et leur environnement urbain ou rural ([Appendice C](#), Tableau C2).

Graphique 15. Matériel de PCI disponible dans le CDT (n=227)



2.5.2. Pratiques

Presque tous les CDT (99,1%) ont déclaré interroger systématiquement les patients sur leur toux lorsqu'ils entrent dans le CDT et 77,5 pourcent ont déclaré avoir mis en place un triage des patients atteints de toux à l'intérieur du CDT. Des masques chirurgicaux étaient disponibles pour les patients avec une TB présumée ou confirmée dans seulement 24,2 pourcent des CDT. Cependant, parmi les CDT où des masques chirurgicaux étaient disponibles, 89,1 pourcent ont déclaré que les patients avec une TB présumée ou confirmée portaient des masques chirurgicaux. Près de la moitié (46,3%) des CDT disposaient d'une personne en charge de surveiller la toux et aider à séparer les patients qui toussent et 53,3 pourcent des CDT ont déclaré avoir un membre du personnel désigné comme point focal PCI. Seulement 30 pourcent des CDT ont déclaré disposer d'une salle d'attente séparée pour isoler les personnes potentiellement infectieuses (Tableau 10).

Trente-sept pourcent des prestataires ont déclaré, lorsqu'on leur a demandé, qu'ils utilisaient des ventilateurs pour évacuer l'air à l'extérieur de la pièce ou faire souffler de l'air dans la direction opposée aux autres pendant le traitement des cas présumés ou confirmés de TB, et il a été observé dans 51,5 pourcent des CDT que le recueil des crachats se faisait dans une zone bien ventilée.

Tableau 10. Pratiques de PCI dans les CDT

	Type de CDT						Environnement du CDT						Total (n=227)	
	Hôpital (Tertiaire)		CSR (Secondaire)		CS (Primaire)		Urbain		Urbano- rural		Rural			
	Nom.	%	Nom.	%	Nom.	%	Nom.	%	Nom.	%	Nom.	%	Nom.	%
Membre du personnel désigné comme point focal PCI	41	56,9	14	32,6	66	58,9	37	90,2	10	58,8	74	43,8	121	53,3
Les patients sont systématiquement interrogés sur leur toux lorsqu'ils entrent dans le CDT	70	97,2	43	100	112	100	40	97,6	16	94,1	169	100	225	99,1
Mise en place d'un triage de la toux	61	84,7	19	44,2	96	85,7	37	90,2	16	94,1	123	72,8	176	77,5
Salle d'attente séparée pour isoler les personnes potentiellement infectieuses	30	41,7	8	18,6	30	26,8	8	19,5	7	41,2	53	31,4	68	30
Un moniteur de toux ou une autre personne désignée aide à trier les patients	38	52,8	9	20,9	58	51,8	26	63,4	9	52,9	70	41,4	105	46,3
Masques chirurgicaux disponibles pour les patients atteints de TB présumés et confirmés	25	34,7	5	11,6	25	22,3	3	7,3	7	41,2	45	26,6	55	24,2
Masques chirurgicaux sont portés par les patients TB présumés et confirmés (n=55)	21	84	4	80	24	96	3	100	6	85,7	40	88,9	49	89,1

2.5.3. Dépistage de la TB pour les prestataires

Chaque CDT a été interrogé sur les pratiques de dépistage de la TB mises en place pour le personnel de la formation sanitaire. Environ la moitié (50,7%) des CDT ont déclaré avoir mis en place un système de dépistage et d'évaluation de la TB pour leur personnel. Parmi ces CDT, un

tiers (33%) a déclaré que des membres du personnel avaient été diagnostiqués avec une TB active au cours des deux années précédant le QTSA. Si l'on compare les pratiques de dépistage entre les trois types de CDT (CS, CSR, et hôpitaux/cliniques), les CS étaient plus susceptibles de disposer d'un système de dépistage que les CSR. En outre, les CDT ruraux étaient moins susceptibles de disposer d'un système de dépistage que les CDT urbains ou périurbains. Près de la moitié (45,2%) des hôpitaux/centres hospitaliers/cliniques ont déclaré que des membres de leur personnel avaient été diagnostiqués avec une TB active, tandis qu'un quart des CS et un tiers des CSR ont déclaré qu'un membre de leur personnel avait été testé positif (Tableau 11).

Tableau 11. Pratiques de dépistage de la TB du personnel de la structure

	Type de CDT						Environnement du CDT						Total	
	Hôpital (Tertiaire)		CSR (Secondaire)		CS (Primaire)		Urbain		Urbano- rural		Rural			
	Nom.	%	Nom.	%	Nom.	%	Nom.	%	Nom.	%	Nom.	%	Nom.	%
Système de dépistage et d'évaluation de la TB chez le personnel (n=227)	42	58,3	9	20,9	64	57,1	29	70,7	12	70,6	74	43,8	115	50,7
Membres du personnel qui ont été diagnostiqués avec une TB active au cours des deux dernières années (n=115)	19	45,2	3	33,3	16	25	9	31	3	25	26	35,1	38	33

2.6. Capacité des prestataires à fournir des services de lutte contre la TB

2.6.1. Formations déclarées par les CDT et les prestataires

Pour documenter la capacité des prestataires à fournir des soins de qualité contre la TB, le QTSA a évalué la formation et les remises à niveau en matière de TB reçus par les prestataires au cours des deux années précédant l'enquête. Les prestataires ont également été directement interrogés sur la formation à la TB qu'ils avaient personnellement reçue au cours des deux dernières années. Dans l'ensemble, tant les prestataires, lors de leurs entretiens, que le personnel du CDT lors de l'audit de la formation sanitaire ont fait état de faibles taux de formation. Dans la plupart des cas, les prestataires ont déclaré des taux de formation inférieurs à ceux déclarés par le personnel interrogé lors de l'audit de la formation sanitaire. Un peu plus de la moitié des CDT ont déclaré que leur personnel avait reçu une formation sur le diagnostic de la TB sur la base d'une évaluation clinique, sur le diagnostic de la TB par l'examen microscopique des frottis d'expectoration, sur la prescription de médicaments antituberculeux, sur la prise en charge de la coinfection TB/VIH et sur la prise en charge des cas de TB. Pour aucun sujet de formation parmi ceux inclus et abordés dans le questionnaire, la moitié ou plus de la moitié des prestataires a déclaré avoir reçu une formation (données non présentées).

2.6.2. Supervision

Interrogés sur les supervisions reçues par le CDT, environ trois quarts (72,8%) des CDT ont déclaré avoir reçu une visite de supervision d'une personne d'un bureau de niveau supérieur au cours des trois derniers mois. Parmi les CDT ayant reçu une visite de supervision, plus de 90 pourcent ont déclaré que, pendant la supervision, la pharmacie avait été évaluée pour détecter les ruptures de stock de médicaments, les médicaments périmés, etc. Environ trois quarts des CDT ont indiqué qu'une liste de contrôle de la supervision avait été remplie et que le superviseur avait consigné par écrit les commentaires ou les suggestions suite à la visite (Tableau 12).

Tableau 12. Supervision reçue déclarée par le CDT

	Type de CDT						Environnement du CDT						Total	
	Hôpital (Tertiaire)		CSR (Secondaire)		CS (Primaire)		Urbain		Urbano-rural		Rural			
	Nom.	%	Nom.	%	Nom.	%	Nom.	%	Nom.	%	Nom.	%	Nom.	%
Les superviseurs d'un bureau de niveau supérieur ont effectué une visite de contrôle au cours des trois derniers mois (n=227)	63	87.5	28	65,1	98	87,5	32	78,1	17	100	140	82,8	189	83,3
Activités réalisées lors de la dernière visite de contrôle dans le CDT (n=189)														
Évaluer la pharmacie	56	88,9	26	92,9	91	92,9	30	93,7	16	94,1	127	90,7	173	91,5
Évaluer le laboratoire	56	88,9	26	92,9	89	90,8	30	93,7	15	88,2	126	90	171	90,5
Évaluer les données relatives à la TB	58	92,1	27	96,4	92	93,9	31	96,8	16	94,1	130	92,8	177	93,7
Discuter des performances du CDT sur la base des données de service de la TB	58	92,1	21	75	93	94,9	30	93,7	17	1.	125	89,3	172	91
Compléter la liste de contrôle de supervision	46	73	20	71,4	83	84,7	29	90,6	14	82,4	106	75,7	149	78,8
Fournir un compte rendu écrit des commentaires ou des suggestions suite à la visite	46	73	18	64,3	79	80,6	28	87,5	12	70,6	103	73,6	143	75,7

3. Indicateurs de la composante « processus »

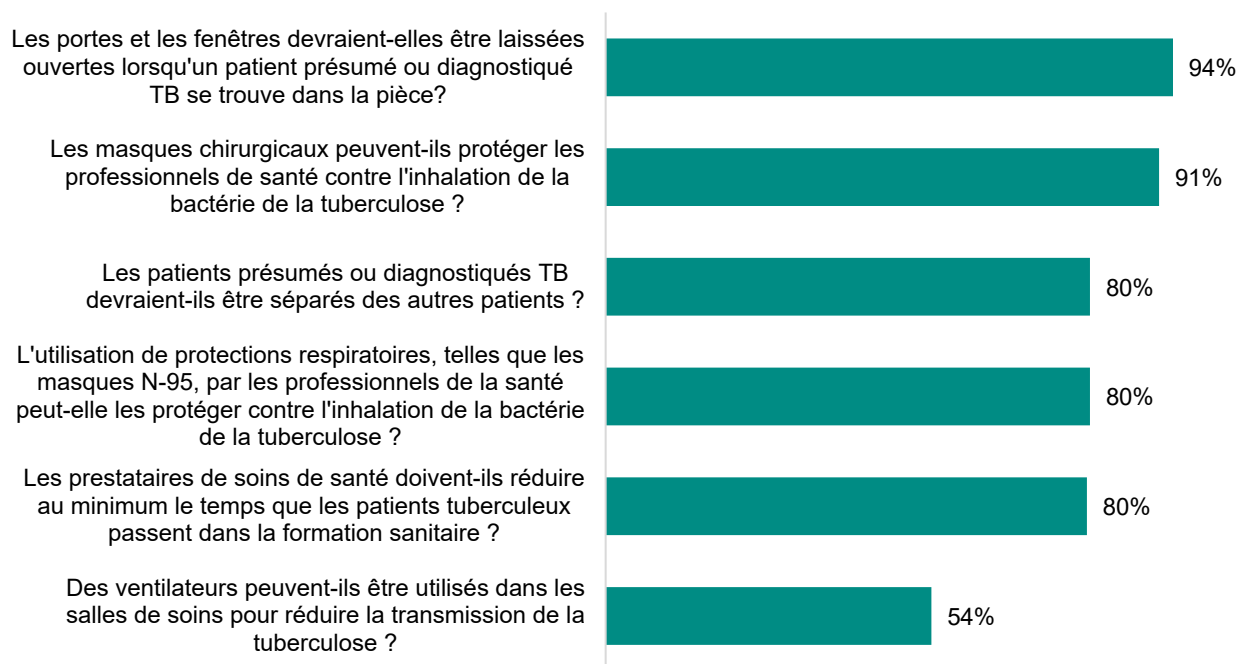
3.1. Connaissances et pratiques du prestataire

Les connaissances et les pratiques des prestataires ont été évaluées à l'aide de l'Entretien avec le Prestataire, qui a été administré à chaque prestataire de services de lutte contre la TB, et à l'aide de l'Audit de la formation sanitaire, qui a posé aux points focaux de lutte contre la TB des questions relatives aux connaissances et aux pratiques.

3.1.1. Connaissances du prestataire

Des questions ciblées ont permis d'évaluer les connaissances des prestataires de soins en matière de PCI de TB. Dans l'ensemble, les prestataires de soins de santé avaient un niveau élevé de connaissances sur la PCI de TB, puisque plus de 80 pourcent des 429 personnes interrogées ont répondu correctement à toutes les questions, sauf à l'une d'entre elles. Seule la moitié environ (54%) des personnes interrogées savaient que l'utilisation de ventilateurs pouvait réduire la transmission (lorsqu'elles y étaient invitées). Cependant, plus de 90 pourcent des prestataires interrogées savaient qu'il fallait laisser les portes et les fenêtres ouvertes lorsqu'un patient présumé ou un patient confirmé de TB se trouvait dans la pièce et 80 pourcent des personnes interrogées savaient que des masques chirurgicaux du type N-95 pouvaient être utilisés pour protéger les prestataires contre l'inhalation de bactéries de TB (Graphique 16).

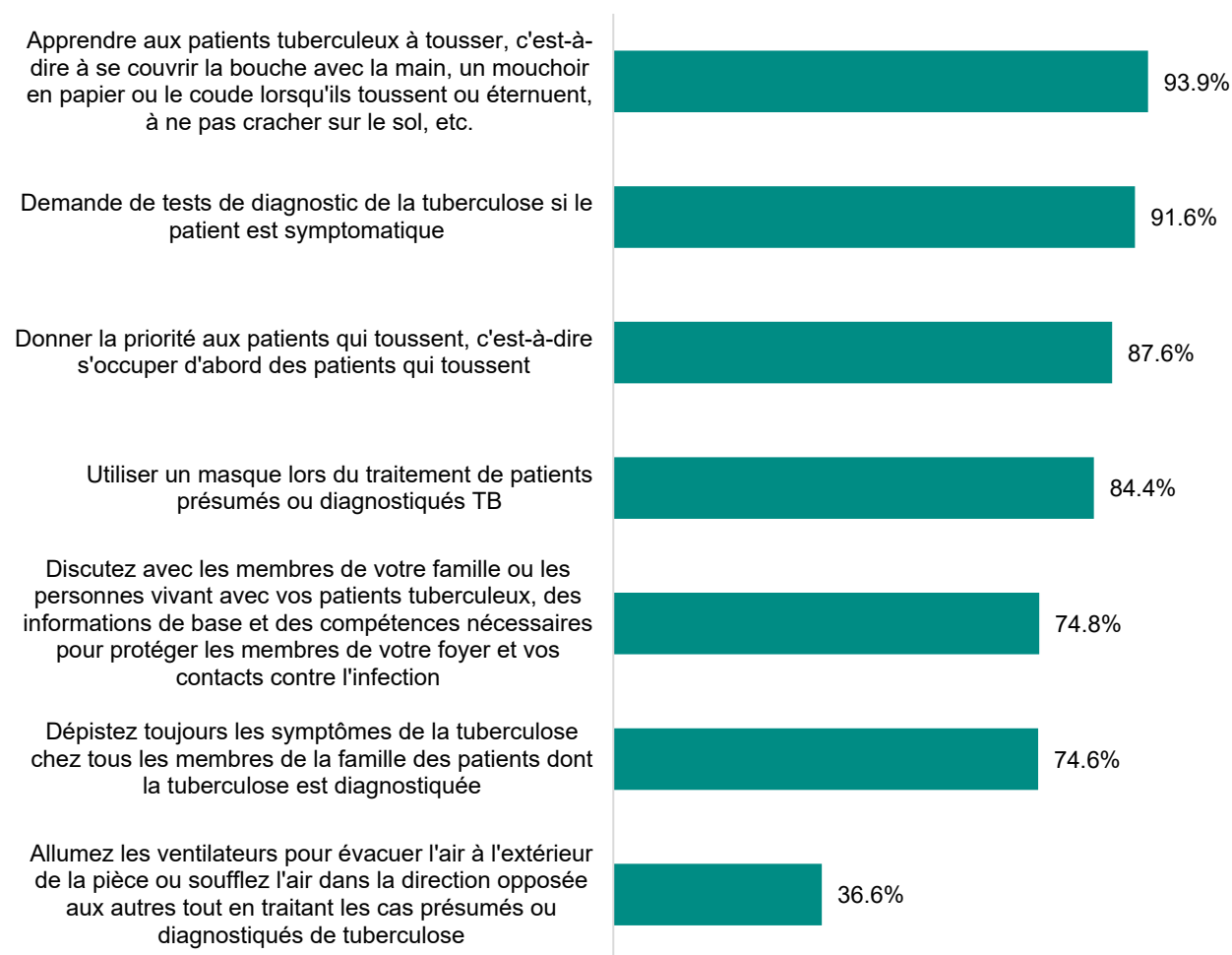
Graphique 16. Connaissance des procédures de traitement de la TB par le prestataire (n=429)



3.1.2. Pratiques déclarées par les prestataires

Les prestataires de soins aux personnes atteintes de TB ont été évalués sur les pratiques de PCI qu'ils utilisaient lorsqu'ils étaient en présence d'un patient dont la TB était présumée ou confirmée. Plus des trois quarts des répondants ont indiqué qu'ils utilisaient un masque chirurgical lorsqu'ils s'occupaient de patients atteints de TB présumée ou confirmée ; qu'ils s'occupaient des patients qui toussaient avant les autres ; qu'ils éduquaient les patients atteints de TB sur l'étiquette de la toux ; qu'ils demandaient un test de diagnostic de la TB si le client était symptomatique ; qu'ils dépistaient toujours les symptômes de la TB chez tous les membres de la famille des patients atteints de TB confirmée ; et qu'ils discutaient avec les membres de la famille des informations et des compétences de base pour les protéger, ainsi que les autres contacts, contre l'infection. Moins de la moitié (36,6%) des prestataires ont déclaré qu'ils utilisaient des ventilateurs pour évacuer l'air à l'extérieur de la pièce ou pour faire souffler l'air dans la direction opposée des autres patients lorsqu'ils traitaient des patients atteints de TB présumée/confirmée (Graphique 17).

Graphique 17. Pratiques déclarées par les prestataires lors de l'entretien avec des patients atteints de TB présumée ou confirmée (n=429)



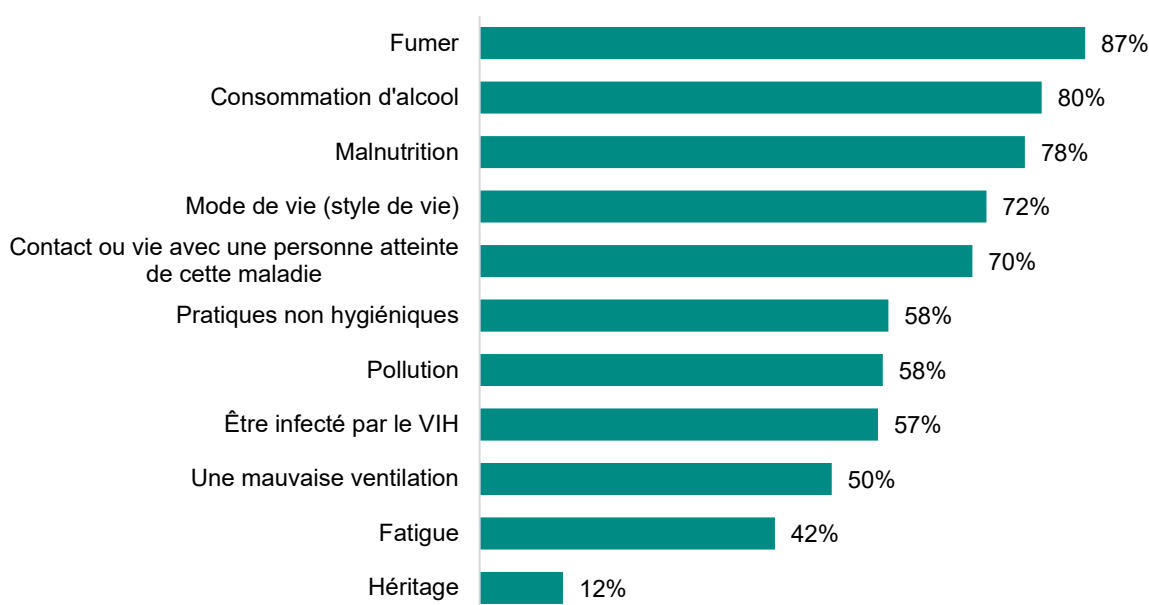
3.2. Connaissance de la TB parmi les patients

Les connaissances des patients au sujet de la TB ont été évaluées à l'aide d'une série de questions demandant aux patients d'énumérer les facteurs de risque de la TB, les modes de transmission et les effets secondaires des médicaments. Les personnes interrogées ont d'abord été invitées à donner leurs réponses spontanément, puis on leur a proposé une série d'options de réponses parmi les options de réponses restantes qu'elles n'avaient pas mentionnées au départ spontanément. Les réponses ont été ventilées en fonction du type de diagnostic de TB (TB-PR ou TB-PS)

3.2.1. Facteurs de risque

Plus de 70 pourcent des 489 patients interrogés ont mentionné le mode de vie, le tabagisme, la consommation d'alcool, la malnutrition et le fait d'être en contact ou de vivre avec une personne atteinte de TB comme facteurs de risque de la maladie. Entre 50 et 70 pourcent des patients ont cité la fatigue, le manque d'hygiène, la mauvaise ventilation, la pollution et l'infection par le VIH comme facteurs de risque. Moins de 15 pourcent des patients ont mentionné la génétique comme facteur de risque (Graphique 18). Les réponses des patients atteints de TB-PR variaient très peu par rapport à celles des patients atteints de TB-PS ([Appendice C](#), Tableau C3).

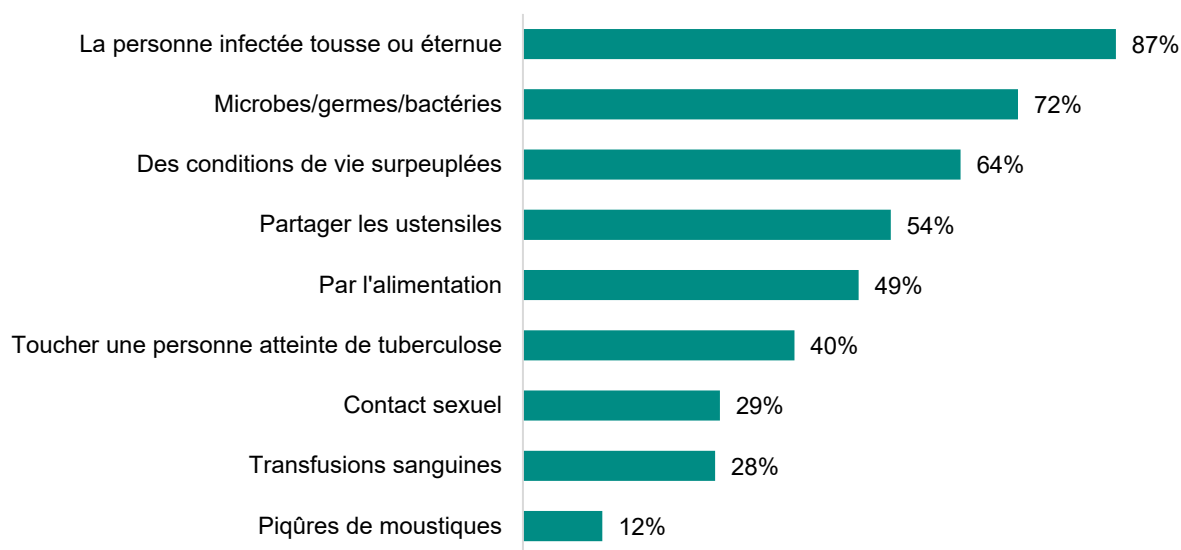
Graphique 18. Connaissances des patients sur les facteurs de risque associés à la TB (n=489)



3.2.2. Modes de transmission

La majorité des patients avaient un niveau élevé de connaissances sur la transmission de la TB, plus des trois quarts d'entre eux déclarant que les microbes/germes/bactéries et la toux ou les éternuements d'une personne infectée étaient des modes de transmission possibles. Plus de la moitié des patients ont déclaré que la TB pouvait être transmise par la promiscuité, le partage d'ustensiles et de nourriture. Une plus petite proportion de patients a identifié les transfusions sanguines (28,1%), le contact avec une personne atteinte de TB (39,7%), les piqûres de moustiques (11,6%) et les contacts sexuels (28,8%) comme des modes de transmission de la TB (Graphique 19).

Graphique 19. Connaissances des patients sur la transmission de la TB (n=489)



3.2.3. Symptômes

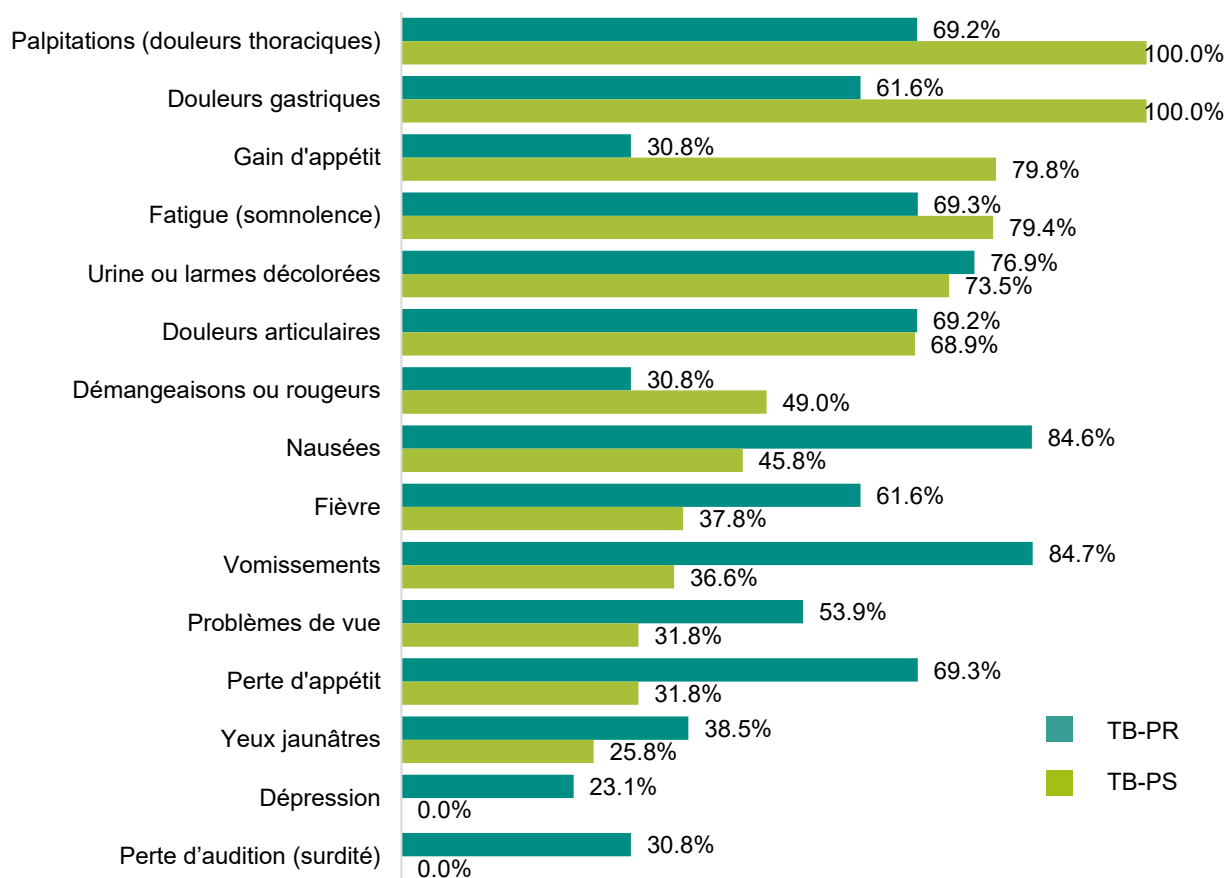
Les résultats ont montré que les patients avaient un niveau général élevé de connaissances sur les symptômes de la TB. Plus des trois quarts des patients ont correctement identifié tous les symptômes de la TB figurant dans l'outil d'évaluation. Au moins 90 pourcent des patients ont déclaré comme symptômes une toux chronique depuis plus de trois semaines, une perte de poids inexplicable et de la fatigue. Cependant, bien que plus de la moitié des personnes interrogées aient répondu positivement lorsqu'elles ont été invitées à parler de sueurs nocturnes et d'essoufflement persistant, moins de 30 pourcent l'ont fait sans y être invitées ([Appendice C](#), Tableau C4).

3.2.4. Effets secondaires des médicaments antituberculeux

Les patients ont généralement fait état de multiples effets secondaires possibles des médicaments antituberculeux. L'effet secondaire le plus fréquemment rapporté par les patients atteints de TB-PS et de TB-PR était la fatigue ou la somnolence (69,3% des patients atteints de TB-PR et 79,4% des patients atteints de TB-PS) et la décoloration des urines ou des larmes (76,9% des patients atteints de TB-PR et 73,5% des patients atteints de TB-PS), comme le montre le Graphique 20. Plusieurs différences dans les effets secondaires rapportés étaient

apparentes entre les patients de TB-PS et TB-PR, les patients de TB-PR identifiant plus d'effets secondaires dans l'ensemble. La plupart des patients de TB-PS ont signalé des palpitations (100%), des douleurs gastriques (100%) et une augmentation de l'appétit (79,8%), ce qui en fait les effets secondaires les plus fréquemment signalés parmi les patients de TB-PS, alors que plus de 80 pourcent des patients de TB-PR ont signalé des nausées et des vomissements, ce qui en fait les deux effets secondaires les plus fréquemment signalés parmi les patients de TB-PR..

Graphique 20. Connaissances des patients sur les effets secondaires des médicaments antituberculeux (n=489)



3.2.5. Stigmatisation et discrimination

La compréhension de la stigmatisation et de la discrimination perçues par les patients à l'égard de la TB est un aspect important de l'évaluation de la qualité des soins reçus par les patients. Lors de l'entretien, les patients ont répondu à une série de questions sur la façon dont ils étaient traités par les autres dans le CDT, sur une échelle de Likert, où un correspond à « pas du tout d'accord » et cinq à « fortement d'accord ». Plus de 90 pourcent des patients se sont dit « en accord » ou « fortement d'accord » avec le fait qu'ils se sentaient les bienvenus dans le CDT, que les prestataires de soins les traitaient avec respect et que les prestataires les traitaient de la même

manière que lorsqu'ils recevaient des soins pour d'autres maladies. Cependant, un pourcentage élevé a également fait état d'interactions désagréables, telles que des prestataires de soins détournant le visage lorsqu'ils leur parlaient (86,5%), des personnes du CDT montrant des attitudes discriminatoires à leur égard en raison de leur maladie (87,7%), et le sentiment d'être paniqué, intimidé ou blessé (émotionnellement parlant) lors d'interactions avec les prestataires du CDT (87,6%) ([Appendice C](#), Tableau C5). En comparant les patients atteints de TB-PS et de TB-PR, aucune différence significative n'a été constatée dans la manière dont les patients se sentaient traités dans le CDT. Bien que les patients qui se sont rendus dans des CDT urbains ou périurbains étaient plus susceptibles de se sentir mieux accueillis, respectés et traités de la même manière que lorsqu'ils recevaient des soins pour d'autres maladies, ils étaient également plus souvent d'accord avec les questions concernant les expériences avec les prestataires de soins détournant le visage lorsqu'ils leur parlaient, les personnes du CDT montrant des attitudes discriminatoires à leur égard en raison de leur maladie, et le sentiment de détresse, d'intimidation ou d'offense lors des interactions avec les prestataires de soins du CDT (données non présentées).

3.3. Interactions entre le patient et le prestataire

3.3.1. *Perspective du patient*

Les patients ont été interrogés sur leurs interactions avec les prestataires de soins lors des visites dans les CDT. Plus de 85 pourcent des patients ont déclaré que le prestataire leur avait expliqué les détails relatifs à leurs soins d'une manière qu'ils pouvaient comprendre, qu'il avait écouté leurs opinions et leurs idées sur la meilleure façon de suivre le traitement, qu'il avait discuté avec eux de leur état ou de leurs progrès à chaque rendez-vous prévu, qu'il leur avait donné la possibilité de poser des questions sur tout ce qui les préoccupait et qu'il les avait écoutés attentivement. Environ trois quarts des patients (74,5%) ont déclaré que les prestataires leur avaient expliqué comment la TB pouvait affecter leur vie quotidienne. Plus de 80 pourcent ont déclaré qu'ils avaient généralement assez de temps pour discuter de leurs besoins en matière de santé avec le prestataire (82%), que leurs inquiétudes concernant la maladie étaient sérieusement prises en compte par le prestataire (84,8%) et qu'ils pensaient avoir suffisamment d'intimité pendant l'examen et la consultation (80,5%). Plus de la moitié (58,4%) des patients ont déclaré qu'ils craignaient que d'autres patients puissent entendre leur conversation avec le prestataire, et 69,7 pourcent ont déclaré que le prestataire leur avait expliqué comment réagir à leurs problèmes (Tableau 13).

Tableau 13. Interactions déclarées par les patients avec les prestataires de soins de santé

	Type de TB				Total	
	TB-PS		TB-PR			
	Nom.*	%	Nom.*	%	Nom.*	%
Lors de vos visites dans ce CDT, les prestataires de soins de santé vous expliquent-ils clairement les choses d'une manière que vous pouvez comprendre ?	445	93,9	11	84,6	456	93,6
Lors de vos visites dans ce CDT, les prestataires de soins de santé écoutent-ils votre avis et vos idées sur la meilleure façon de suivre votre traitement ?	440	93,6	12	92,3	452	93,6
Les prestataires de soins de santé de ce CDT discutent-ils de votre situation ou de vos progrès à chaque rendez-vous prévu ?	395	85,9	11	84,6	406	85,8
Lors de vos visites dans ce CDT, pensez-vous que les prestataires de soins de santé vous donnent la possibilité de poser des questions sur tout ce qui vous concerne ?	405	86,4	12	92,3	417	86,5
Lors de vos visites dans cette formation sanitaire, avez-vous généralement suffisamment de temps pour discuter de vos préoccupations de santé avec les prestataires de soins ?	380	81,9	11	84,6	391	82
Lors de vos visites dans ce CDT, les prestataires de soins vous expliquent-ils comment cette maladie peut affecter votre vie quotidienne ?	347	74,6	9	69,2	356	74,5
Les prestataires de soins de ce CDT traitent-ils sérieusement vos inquiétudes concernant la maladie lorsque vous vous y rendez ?	386	84,8	11	84,6	397	84,8
Lors de vos visites dans ce CDT, les prestataires de soins vous écoutent-ils attentivement ?	426	91	12	92,3	438	91,1
Lors de vos visites dans ce CDT, les prestataires de soins vous expliquent-ils comment faire face à vos problèmes ?	316	69,9	8	61,5	324	69,7
Lors de vos visites dans ce CDT, craignez-vous que d'autres patients puissent entendre votre conversation avec vos prestataires de soins ?	275	58,1	9	69,2	284	58,4
Lors de vos visites dans ce CDT, pensez-vous avoir suffisamment d'intimité pendant l'examen ?	379	80,1	12	92,3	391	80,5

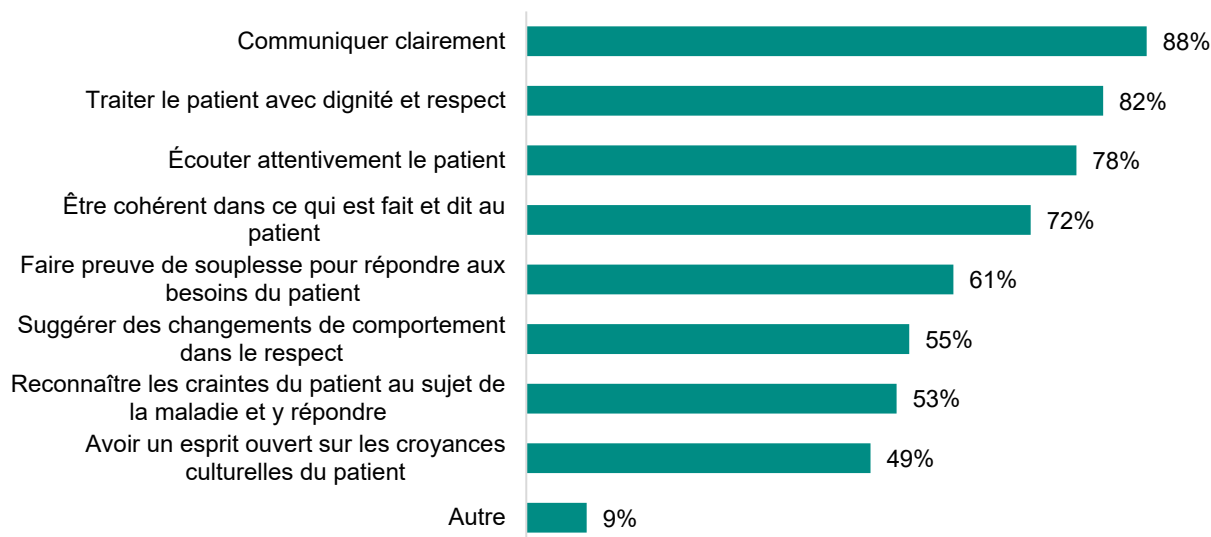
Note : Seuls les patients qui savaient s'ils étaient atteints de TB-PS ou de TB-PR ont été pris en compte dans ces totaux (les patients qui ont répondu « ne sait pas » ont été exclus des totaux). *Se réfère au nombre de réponses « oui ».

Au cours des entretiens avec les patients, ces derniers ont également été interrogés sur les informations que les prestataires leur avaient communiquées. Ils ont d'abord été interrogés de manière spontanée, sans aucune option de réponse, puis ont été invités à répondre à des options de réponses qu'ils n'avaient pas données au départ. Plus de 80 pourcent des patients (de manière spontanée ou non) ont indiqué qu'ils avaient reçu des informations sur la transmission de la TB, l'hygiène de la toux, la possibilité de guérir de la maladie de la TB, la durée du traitement, l'importance de prendre les médicaments régulièrement, l'importance de prendre les médicaments jusqu'à la fin de la période de traitement et la date de la prochaine visite. Plus de 75 pourcent des patients ont déclaré avoir reçu des informations sur la nécessité d'effectuer des tests d'expectoration tout au long du traitement (77,9%) et sur les effets secondaires du traitement de la TB (77,2%). Plus de 60 pourcent des patients ont déclaré avoir reçu des informations sur les signes de danger de la TB (64,5%) et sur les mesures à prendre en cas d'effets secondaires des médicaments (67,5%). Malgré un pourcentage globalement élevé d'informations verbales données aux patients par les prestataires, seuls 22,3 pourcent des patients ont déclaré avoir reçu de la documentation sur la TB de la part du CDT ([Appendice C](#), Tableau C6).

3.3.2. Perspective du prestataire

Il a été demandé aux prestataires, sans qu'ils soient sollicités, ce qu'ils faisaient pour instaurer la confiance et établir de bons rapports avec les patients. Plus de 80 pourcent des 429 prestataires interrogés ont déclaré qu'ils communiquaient clairement avec les patients et qu'ils les traitaient avec dignité et respect. Au moins la moitié des prestataires ont déclaré avoir écouté attentivement les patients, avoir été cohérents dans ce qu'ils faisaient et ce qu'ils disaient aux patients, avoir fait preuve de flexibilité pour répondre aux besoins des patients, avoir suggéré des changements de comportement avec respect, et avoir reconnu et pris en compte les craintes des patients concernant la maladie. Un peu moins de la moitié (49%) des prestataires ont déclaré avoir un esprit ouvert aux croyances culturelles des patients (Graphique 21). Les prestataires urbains, périurbains et ruraux ont donné des réponses similaires, avec un pourcentage plus élevé de prestataires ruraux ayant répondu par l'affirmative à chaque question (données non présentées).

Graphique 21. Méthodes par lesquelles les prestataires établissent un rapport avec les patients (n=429)



Les prestataires ont également été interrogés sur les questions qu'ils posent aux patients lors de l'évaluation initiale afin de déterminer la compréhension de la TB qu'ont les patients. Dans l'ensemble, 60 pourcent ou plus des prestataires ont déclaré avoir interrogé leurs patients sur leurs connaissances générales de la TB, leur capacité à suivre le plan de traitement de la TB et leurs antécédents médicaux/psychosociaux. Dans certains cas, des différences ont été observées dans les réponses données par les prestataires des trois types de structures. Par exemple, plus de 40 pourcent des prestataires des CS (52,5%) et des hôpitaux/centres hospitaliers/cliniques (42%) ont interrogé les patients sur les obstacles potentiels au traitement (manque de moyens de transport, médicaments antituberculeux trop chers, etc.). De même, 60 pourcent des prestataires des CS et 47,6 pourcent des prestataires des hôpitaux/centres hospitaliers/cliniques, mais moins de 30 pourcent des prestataires des CSR ont posé des questions sur les attitudes et les croyances des patients à l'égard de la TB (Tableau 14).

Tableau 14. Interactions déclarées par les prestataires avec les patients

	Type de CDT						Total (n=428)	
	Hôpital (Tertiaire)		CSR (Secondaire)		CS (Primaire)			
	Nom.	%	Nom.	%	Nom.	%	Nom.	%
Dans le cadre de l'évaluation initiale du patient (premier entretien avec le patient une fois le diagnostic posé) qui vise à déterminer sa compréhension de la TB, que lui demandez-vous de vous dire ou de vous expliquer ?								
Les antécédents médicaux/psychosociaux du patient	87	60,8	38	44,7	152	76	277	64,7
Attitudes/croyances à l'égard de la TB	68	47,6	22	25,9	120	60	210	49,1
Connaissance de la TB	114	79,7	57	67,1	171	85,5	342	79,9
Capacité à suivre le plan de traitement de la TB	93	65	37	43,5	143	71,5	273	63,8
Les obstacles potentiels au traitement, par exemple le manque de transport, les médicaments contre la TB seront trop chers, etc.	60	42	21	24,7	105	52,5	186	43,5
Ressources, par exemple, famille, autres aides sociales, finances	59	41,3	26	30,6	110	55	195	45,6
Autre	7	4,9	5	5,9	8	4	20	4,7

Les prestataires ont également été évalués sur le type d'informations ou de sujets qu'ils énuméraient (de manière spontanée) et déclaraient discuter avec les patients. Les résultats ventilés par catégorie professionnelle des prestataires figurent dans l'[Appendice C](#), Tableau C7. Plus des trois quarts ont déclaré avoir discuté d'informations générales sur la TB (résultats des tests, signification des résultats, mode de transmission de la TB à d'autres personnes et

possibilité de guérison de la TB), de la nécessité d'un soutien au traitement, de la durée du traitement, de la phase de traitement dans laquelle ils se trouvaient, de l'état ou des progrès du traitement, de la manière dont les médicaments doivent être pris (dosage, fréquence, etc.), de l'importance de prendre les médicaments pendant toute la durée du traitement, des options disponibles pour le soutien au traitement (par exemple, le TDO) et des effets secondaires possibles des médicaments antituberculeux. Près des trois quarts des prestataires ont indiqué aux patients ce qu'ils devaient faire s'ils n'avaient plus de médicaments (74,4%) et ce qu'ils devaient faire en cas d'effets secondaires des médicaments antituberculeux (74,1%) (Tableau 15).

Tableau 15. Sujets abordés avec les patients lors du diagnostic et du traitement, selon le prestataire

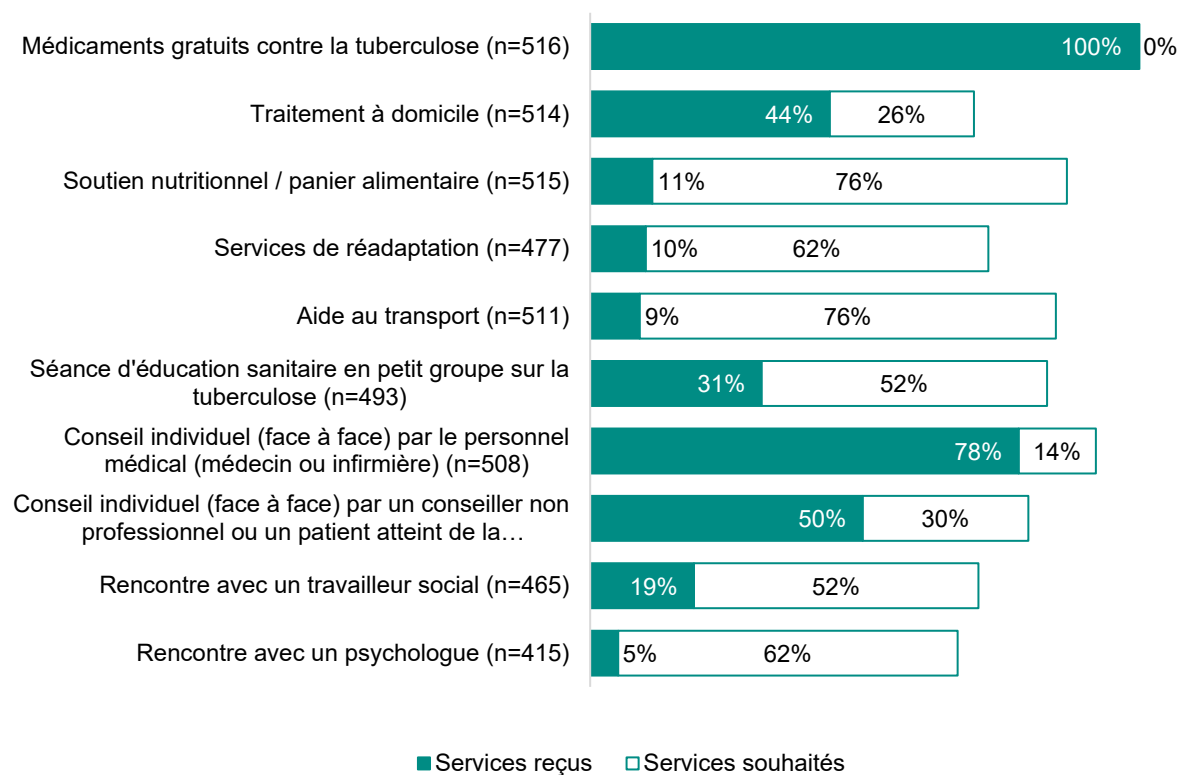
	Type de CDT						Total (n=429)	
	Hôpital (Tertiaire)		CSR (Secondaire)		CS (Primaire)			
	Nom.	%	Nom.	%	Nom.	%	Nom.	%
Informations générales sur la TB								
Résultats des tests	124	86,1	64	75,3	176	88	364	84,8
Ce que signifient les résultats des tests	115	79,9	55	64,7	170	85	340	79,3
Comment la TB se transmet aux autres	128	88,9	72	84,7	183	91,5	383	89,3
Que la TB peut être guérie	130	90,3	68	80	190	95	388	90,4
Informations sur le traitement de la TB								
La nécessité d'un soutien au traitement	110	76,4	52	61,2	164	82	326	76
La durée du traitement	127	88,2	72	84,7	187	93,5	386	90
La phase de traitement dans laquelle ils se trouvent	112	77,8	51	60	167	83,5	330	76,9
L'état ou la progression du traitement	107	74,3	49	57,6	168	84	324	75,5
L'importance de la prise régulière de médicaments	6	10,5	0	0	31	9	37	8,6
Comment les médicaments doivent être pris, par exemple, le dosage, la fréquence, etc.	124	86,1	71	83,5	175	87,5	370	86,2
L'importance de la prise de médicaments pendant toute la durée du traitement	122	84,7	65	76,5	179	89,5	366	85,3
Les options disponibles pour l'aide au traitement, par exemple, le TDO	110	76,4	51	60	162	81	323	75,3
Que faire en cas d'épuisement de leurs médicaments	109	75,7	56	65,9	154	77	319	74,4
Les effets secondaires possibles des médicaments contre la TB	113	78,5	52	61,2	176	88	341	79,5
Que faire en cas d'effets secondaires des médicaments contre la TB	108	75	53	62,4	157	78,5	318	74,1

3.4. Satisfaction des patients

3.4.1. Services désirés versus services reçus

On a demandé aux patients d'indiquer les services de lutte contre la TB qu'ils souhaitaient recevoir et ceux qu'ils avaient effectivement reçus au cours de leur traitement. Tous les patients qui souhaitaient des médicaments antituberculeux gratuits les ont reçus, et 78 pourcent des patients qui ont indiqué souhaiter des conseils individuels (face à face) avec le personnel médical les ont reçus. Cependant, il y a eu de grandes différences entre les autres services souhaités par les patients et ceux qu'ils avaient effectivement reçus. Les écarts les plus importants concernent l'aide au transport : 84,8 pourcent des patients ont exprimé ce souhait, mais seulement 9 pourcent ont effectivement bénéficié de cette aide. De même, les écarts sont importants en ce qui concerne le soutien nutritionnel et les paniers alimentaires, les services de réadaptation et les rencontres avec un psychologue (Graphique 22).

Graphique 22. Comparaison des services de lutte contre la TB reçus et souhaités par les patients tuberculeux



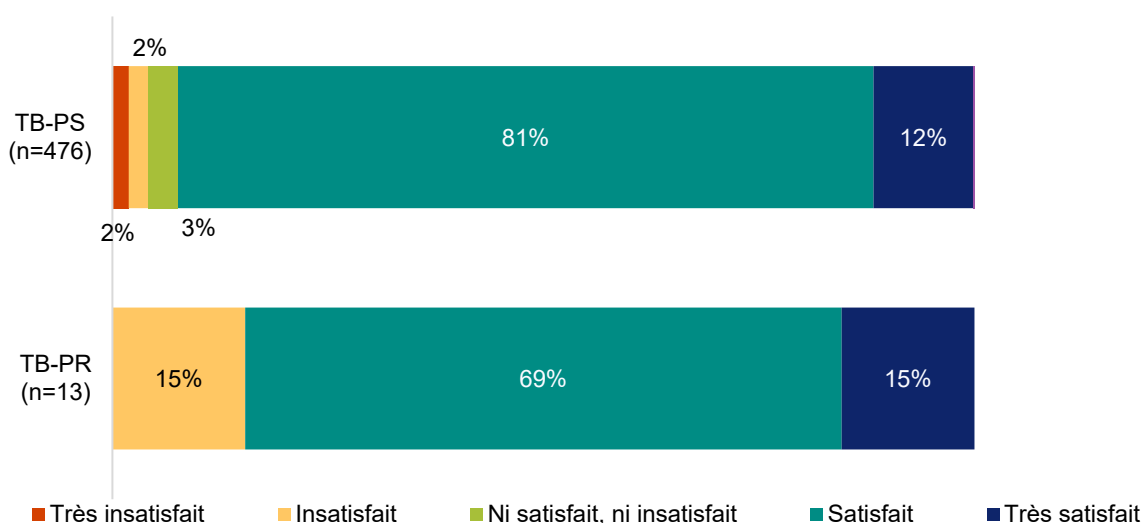
Note : Le nombre total de répondants (N) varie selon le type de service fourni.

3.4.2. Satisfaction générale

Les patients ont également été interrogés sur leur satisfaction globale à l'égard des services de traitement qu'ils ont reçus en utilisant une échelle de Likert, de 1 pour « très insatisfait » à 5

pour « très satisfait ». Les résultats ont montré un niveau élevé de satisfaction des patients, même si beaucoup d'entre eux n'ont pas reçu tous les services qu'ils souhaitaient. Environ 85 pourcent des patients se sont déclarés satisfaits ou très satisfaits des services qu'ils ont reçus. Davantage de patients atteints de TB-PS se sont déclarés satisfaits (92,3% contre 84,6%), tandis que davantage de patients atteints de TB-PR se sont déclarés insatisfaits (15,4% contre 4,2%) (Graphique 23).

Graphique 23. Satisfaction globale des patients à l'égard des soins de TB reçus dans le CDT, par type de patient



4. Indicateurs de la composante « résultats »

La section suivante présente les résultats de la cascade de soins et les indicateurs de résultats de la TB. Les données recueillies lors des entretiens avec les patients et la revue des registres ont fourni des informations sur les résultats de la prévention et du traitement de la TB.

4.1. Recherche de soins, diagnostic et initiation du traitement

Près des deux tiers (63,6%) des patients ont attendu plus de deux semaines après l'apparition des signes et symptômes de la TB pour se faire soigner dans un CDT. Dans l'ensemble, 69,2 pourcent des patients ont indiqué avoir reçu les résultats du test confirmant la TB dans les deux jours suivant le test. Seuls 7,3 pourcent ont attendu plus d'une semaine après le test pour recevoir leurs résultats. Après le diagnostic, 79,2 pourcent des patients ont déclaré avoir commencé un traitement dans les deux jours (données non présentées).

Les patients ont également été interrogés sur la disponibilité et le rôle des personnes soutenant le traitement. La majorité des patients (62,4%) ont déclaré qu'un agent de santé du CDT supervisait leur traitement, tandis que 29,7 pourcent ont indiqué qu'un membre de leur famille

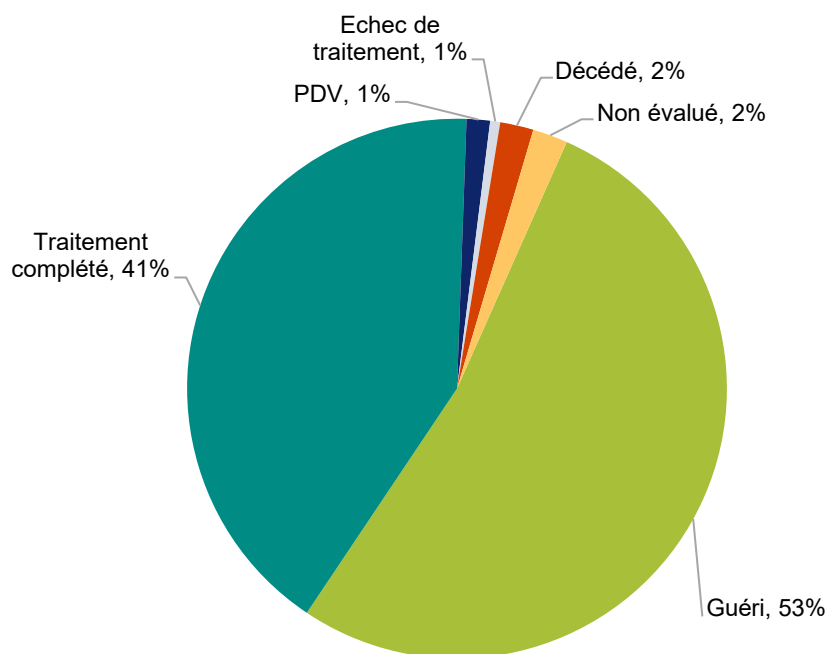
jouait ce rôle. Les autres patients ont été soutenus par d'autres personnes, comme un acteur de santé communautaire (données non présentées).

4.2. Résultats du traitement de la TB-PS

Les résultats du traitement de la TB-PS ont été évalués à l'aide du registre de traitement de la TB. Les données de tous les patients atteints de TB-PS qui ont commencé un traitement contre la TB entre le 1^{er} janvier 2021 et le 31 mars 2021 et pour lesquels un résultat a été enregistré ont été examinées et incluses dans le calcul.

Comme le montre le Graphique 24, 53 pourcent des 5 157 patients atteints de TB-PS ont été guéris et 41 pourcent ont terminé leur traitement, soit un taux de réussite du traitement de 94 pourcent. Un pourcent de patients ont été enregistrés comme ayant échoué dans leur traitement et un autre pourcent comme ayant été perdu de vue (PDV). Deux pourcent des patients sont décédés et deux autres pourcent n'ont pas été évalués. L'[Appendice B](#) fournit des définitions pour chaque résultat de traitement de la TB.

Graphique 24. Résultats du traitement pour les patients atteints de TB-PS (n=5 157)

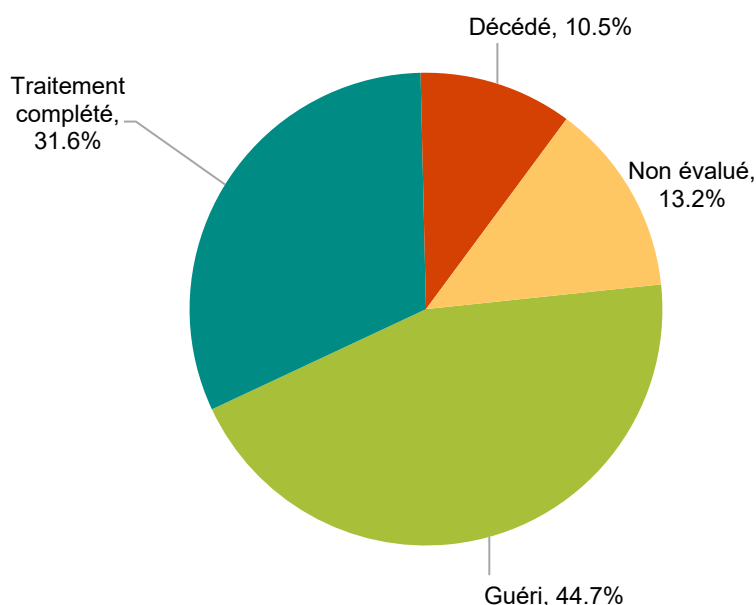


4.3. Résultats du traitement de la TB-PR

Les résultats du traitement de la TB-PR ont été évalués à l'aide du registre de TB-PR. Les données de tous les patients atteints de TB-PR qui ont commencé un traitement antituberculeux entre le 1^{er} janvier 2021 et le 31 mars 2021 et pour lesquels un résultat a été enregistré ont été examinées et incluses dans le calcul.

Comme le montre le Graphique 25, 45 pourcent des 76 patients traités pour la TB-PR ont été enregistrés comme guéris, en plus des 32 pourcent de patients enregistrés comme ayant terminé le traitement de la TB-PR. Onze pourcent des patients sont décédés pendant le traitement, et les 13 pourcent restants n'ont pas été évalués et n'ont pas eu de résultat enregistré.

Graphique 25. Résultats du traitement pour les patients atteints de TB-PR (n=76)



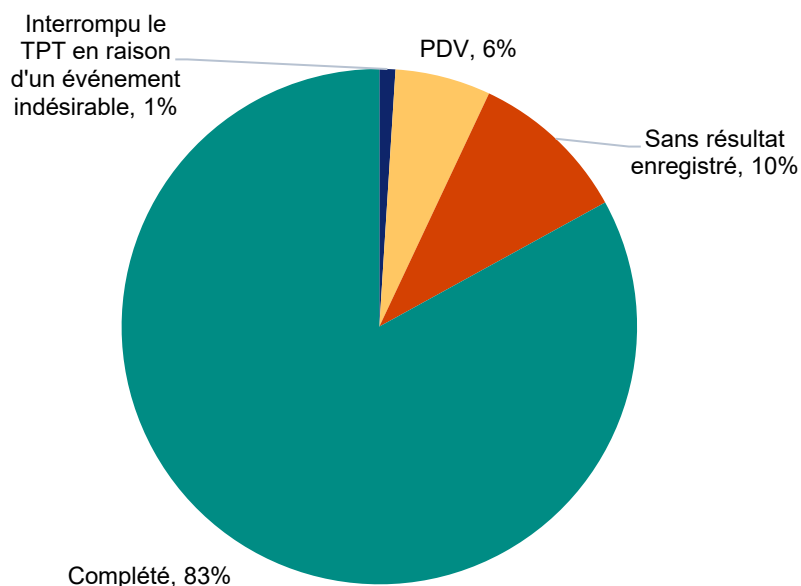
4.4. Résultats du TPT

Les résultats du TPT ont été évalués pour les enfants contacts de moins de 15 ans et les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) à l'aide du registre du TPT. Les données de tous les enfants contacts et des PVVIH qui ont commencé un traitement antituberculeux entre le 1^{er} janvier 2021 et le 31 mars 2021 et pour lesquels un résultat a été enregistré ont été examinées et incluses dans le calcul.

4.4.1. Résultats du TPT pour les contacts pédiatriques

La majorité des 545 enfants qui ont commencé le TPT ont été enregistrés comme ayant terminé le traitement de six mois (83%). Aucun résultat n'a été enregistré pour environ 10 pourcent des enfants, et 6 pourcent ont été PDV. Une très faible proportion d'enfants a été enregistrée comme ayant arrêté le TPT en raison d'un événement indésirable (1%) et comme étant décédés pendant le traitement (0,2%) (Graphique 26).

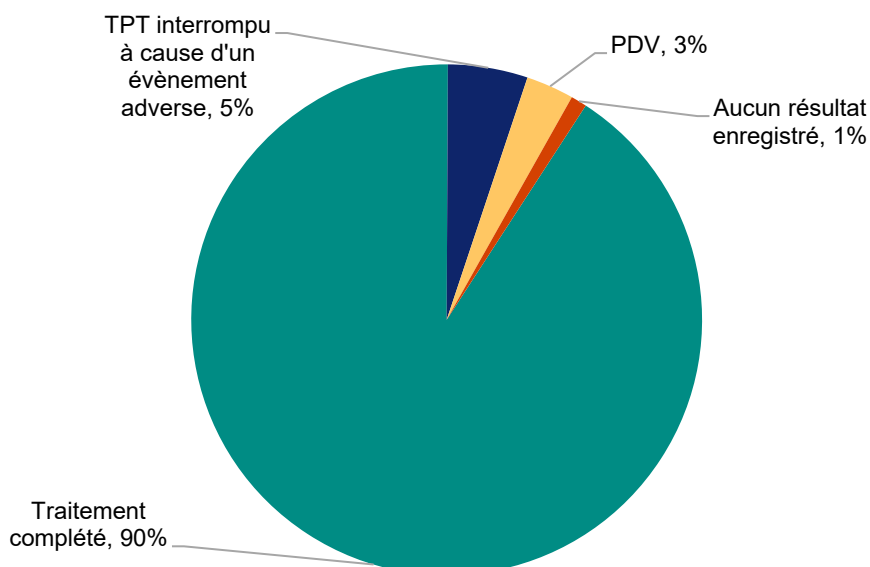
Graphique 26. Résultats du TPT pour les contacts avec les enfants (n=545)



4.4.2. Résultats du TPT pour les PVVIH

La plupart des 535 PVVIH qui ont commencé le TPT ont été enregistrées comme ayant terminé le traitement (90,1%). Cinq pourcent ont été répertoriés comme ayant arrêté le TPT en raison d'un événement indésirable, et 3,2 pourcent des PVVIH ont été enregistrées comme ayant été PDV. Un faible pourcentage de PVVIH est décédé pendant le traitement (0,4%) ou aucun résultat n'a été enregistré (0,7%) (Graphique 27).

Graphique 27. Résultats du TPT pour les PVVIH (n=535)



Succès, défis et limites

Cette section met en évidence les succès, les défis et les limites de l'évaluation, tant pour la collecte des données que pour l'interprétation des résultats.

Succès

Un succès important du QTSA a été la collaboration avec POSAF, qui a été un partenaire essentiel dans la formation des équipes de collecte de données sur les outils du QTSA et dans la supervision du processus de collecte de données. Très peu d'études de cette envergure sont mises en œuvre en RDC en raison des défis propres au contexte rural de la RDC. Le CDT de Yuki dans la ZS d'Oshwe (province du Maï-Ndombe) n'avait pas reçu de supervision provinciale depuis 15 ans, en grande partie à cause de routes en mauvais état ou impraticables, de l'absence de villages le long de l'itinéraire et du temps de trajet important depuis les villes voisines, mais elle a pu être incluse dans le QTSA, ce qui témoigne du succès de la planification, de l'organisation et de la formation pour l'enquête. Le succès du QTSA est dû en grande partie au dévouement des enquêteurs de terrain ainsi qu'à l'investissement et à l'engagement des autorités locales.

Les mois de préparation de la phase de collecte de données par TB DIAH et POSAF, sous la direction du PNLT et de la mission USAID et avec le soutien d'autres partenaires, se sont concentrés sur l'assurance que l'évaluation pourrait se dérouler de manière sûre, même compte tenu des conditions difficiles, y compris des défis comme l'absence d'électricité et de connectivité dans de nombreuses parties du pays, des itinéraires de voyage potentiellement dangereux et des infrastructures de transport médiocres.

Cette planification minutieuse a permis aux chefs d'équipe chargés de la collecte des données d'être bien équipés pour faire face aux difficultés potentielles. Par exemple, les problèmes de sécurité dans certaines régions du Maniema ont nécessité des négociations entre les représentants locaux et le chef rebelle Mai-Mai afin de garantir la sécurité du passage des équipes de collecte de données. Dans le Sud-Ubangi, une tentative d'assassinat du médecin-chef de zone de la ZS de Bogosse a conduit les autorités provinciales à renforcer la sécurité, ce qui a permis à l'équipe de collecte des données d'atteindre les CDT échantillonnés.

En outre, pour s'assurer que l'évaluation serait bien adaptée aux régions du pays visitées, les zones échantillonnées pour la collecte des données ont été soigneusement étudiées afin que tout le matériel soit disponible dans les langues parlées par les personnes atteintes de TB qui se rendent dans ces CDT et adapté aux obstacles posés par les méthodes de transport. En effet, l'un des avantages de la collecte électronique des données est que les équipes ont pu récolter les données sur leurs tablettes en temps réel à l'aide de l'application SurveyCTO, reliée au serveur TB DIAH. Les équipes de collecte ont trouvé cet outil numérique avantageux en termes de rapidité, d'efficacité, de facilité d'utilisation, de sécurité des données, et surtout de facilité de mobilité compte tenu des conditions de déplacement souvent précaires, qui pour toutes les équipes se sont faites principalement en moto, et pour certaines équipes en bateau.

Les équipes de collecte de données étaient bien formées et préparées. Leur collaboration avec les autorités provinciales a été déterminante pour le succès du QTSA. La participation des partenaires provinciaux comprenait la formation des personnes chargées de la collecte des données, la mobilisation des répondants dans les CDT échantillonnés, la prise de contact avec les points focaux TB et l'aide à la mise à disposition des documents sources nécessaires à la collecte des données. Les CDT ont reçu des rappels concernant la prochaine visite de l'équipe QTSA afin de garantir la disponibilité des répondants (prestataires, patients et acteurs communautaires) et des documents de base nécessaires. Les autorités politiques et administratives locales ont joué un rôle essentiel dans les zones de conflit (par exemple, dans la province du Maniema), en aidant à intégrer les équipes de collecte dans les communautés et en garantissant leur sécurité.

Défis

Temps nécessaire à la réalisation de l'étude : Bien que la collecte des données pour le QTSA ait été achevée en huit semaines, les phases de planification et de préparation— qui étaient étendues et comprenaient le recrutement d'un partenaire local de mise en œuvre, l'adaptation des outils du QTSA au contexte national, l'obtention de l'approbation du comité d'éthique, le prétest des outils et la formation des enquêteurs —ont pris plus d'un an, ce qui était plus long que prévu. La vérification et le nettoyage des données ont également pris plus de temps que prévu. Une planification minutieuse et une attention précoce aux problèmes qui se posent peuvent contribuer à garantir que les outils reflètent le contexte programmatique le plus récent, et que les résultats peuvent être plus rapidement diffusés et utilisés pour la planification et la mise en œuvre.

Registres non disponibles et incomplets : La collecte des données nécessaires dans les registres des CDT pour examiner les résultats liés à la TB a été l'un des plus grands défis en matière de collecte de données. Les registres n'étaient pas disponibles, n'étaient que partiellement disponibles pour la période étudiée ou, dans de nombreux cas, étaient disponibles, mais incomplets.

Problèmes d'accès : L'accès aux CDT pour la collecte des données dans les régions reculées de la RDC, qui n'étaient souvent accessibles que par des chemins de terre battue ou des voies navigables, a posé de sérieux problèmes aux équipes chargées de la collecte des données. Certains CDT étaient si isolés qu'ils n'avaient pas reçu de visite extérieure depuis une décennie. La plupart des routes empruntées étaient en très mauvais état et les temps de trajet étaient longs.

Problèmes de sécurité : Les troubles civils, le terrorisme intérieur et l'instabilité politique ont été des sources d'inquiétude dans certains contextes et ont constitué des défis spécifiques à la RDC.

Mauvaise infrastructure : Dans les six provinces, de nombreuses équipes de collecte de données ont été confrontées à des problèmes liés à l'absence d'électricité (et donc de connectivité Internet), y compris dans certains lieux d'hébergement, ce qui a rendu difficile et parfois impossible pour les équipes de collecte de données de soumettre les données collectées sur une base quotidienne conformément au protocole de collecte de données.

Limites

Étant donné que le QTSA s'appuie sur les pratiques déclarées par les prestataires de soins de TB, il est possible que les prestataires aient surestimé la fréquence à laquelle ils mettent en œuvre des pratiques « correctes » ou leurs pratiques visant à établir une relation et une confiance avec les personnes atteintes de TB recevant des soins dans les CDT évalués, dans le but de donner une impression favorable dans le cadre de l'étude. Certaines parties de l'outil de l'Entretien avec le patient ont été conçues pour refléter l'outil de l'Entretien avec le prestataire, afin de permettre à l'équipe QTSA de comparer les pratiques déclarées par les prestataires avec les pratiques déclarées par les patients.

Les patients ciblés pour les entretiens étaient principalement ceux qui s'étaient présentés dans le CDT le jour de l'évaluation. La conception de l'étude a utilisé cette méthode pour éliminer les biais qui auraient pu se produire si les prestataires avaient été invités à recruter des patients. Néanmoins, cette méthode laisse la place à un biais de sélection potentiel puisque l'équipe n'a pas pu interroger les patients qui ne fréquentaient pas les CDT, tels que ceux qui recevaient un traitement au niveau communautaire, ceux qui avaient arrêté le traitement ou ceux qui étaient considérés comme étant en fin de vie. Les patients présents dans les CDT le jour de l'évaluation peuvent avoir des caractéristiques différentes de celles de la cohorte complète de tous les patients atteints de TB actuels, ainsi que des comportements, des perceptions et des croyances différents en matière de recherche de santé.

En outre, des biais de rappel ont pu se produire lors des entretiens avec les patients. L'équipe chargée de la collecte des données a sollicité des informations sur les expériences des patients avec les services de lutte contre la TB. Cependant, les patients peuvent ne pas se souvenir de la séquence et du contenu des séances de conseil et d'évaluation clinique au cours du diagnostic et du traitement, en particulier compte tenu de la longue période nécessaire pour terminer le traitement de la TB. C'est pourquoi l'Entretien avec le patient comprenait un nombre limité de questions axées sur la satisfaction et la perception de chaque patient à l'égard des soins qu'il avait reçus. En outre, il a souvent été difficile pour les équipes de collecte de données d'atteindre le quota d'entretiens avec les patients par CDT en se contentant d'interroger les patients qui visitaient le CDT le jour de l'évaluation. Des visites supplémentaires ont parfois été nécessaires pour atteindre le quota et les prestataires ont souvent choisi les patients qui ont été appelés, ce qui peut avoir introduit un autre biais.

Un dernier biais possible lié à l'Entretien avec les patients était la possibilité d'un biais de désirabilité ou de courtoisie, étant donné que la plupart des entretiens ont été menés dans les CDT. Les patients ont fait état de niveaux élevés de satisfaction et de faibles niveaux de stigmatisation de la part des CDT et des prestataires de services, ce qui pourrait être quelque peu influencé par le fait qu'ils ont été interrogés dans le CDT où ils étaient entourés des prestataires de services auprès desquels ils recevaient normalement des services. Il est possible que les patients aient donné une image de la qualité supérieure à la réalité. Il est possible que les patients aient été enclins à apprécier positivement les services qu'ils avaient reçus, parce qu'ils craignaient que des commentaires négatifs ne menacent la poursuite de leur prestation de services dans le CDT. Pour minimiser ce biais, les enquêteurs ont été formés pour assurer aux patients qu'ils étaient libres d'exprimer honnêtement leurs opinions, sans craindre de perdre

l'accès aux services du CDT. Il a également été encouragé, lors de la formation à la collecte de données, que les entretiens avec les patients aient lieu dans des endroits éloignés des unités de soins (par exemple, un espace extérieur inoccupé ou une salle d'attente vide). Les enquêteurs ont également souligné l'importance de préserver la confidentialité des réponses des patients afin de minimiser le partage d'opinions et d'expériences au-delà de l'entretien. D'autres études utilisant des méthodes qualitatives sont recommandées pour approfondir les questions de stigmatisation et de discrimination.

Enfin, et de manière plus générale, la représentativité de l'étude signifie le degré auquel les résultats et constatations d'un échantillon peuvent être généralisés à l'ensemble d'une population. Le plan d'échantillonnage de cette étude exigeait que l'échantillon soit sélectionné parmi les populations de manière à ce que les caractéristiques de l'échantillon correspondent le plus possible à celles de la population. Les résultats des échantillons étroitement appariés étaient représentatifs au niveau national et pouvaient être utilisés pour produire des estimations nationales.

Recommandations

En novembre 2022, TB DIAH et POSAF ont organisé une réunion conjointe de validation des données et de consensus avec le PNLT et d'autres parties prenantes de la TB en RDC, au cours de laquelle les résultats préliminaires du QTSA/DQR ont été présentés, suivis par l'établissement conjoint de recommandations clés. Les recommandations peuvent être résumées en onze catégories comme suit :

1. Disponibilité de données complètes, exactes et promptes

Les registres de la TB ne sont pas disponibles dans de nombreux CDT et il y a un manque généralisé de standardisation des pratiques de collecte de données et des outils d'établissement de rapports. Ces outils nécessitent également des mises à jour fréquentes pour s'aligner sur les indicateurs que le pays est censé rapporter selon les directives mondiales (par exemple, l'OMS). Bien que les outils puissent être mis à jour au niveau central, il est important de noter qu'il y a souvent un écart entre ce qui est disponible au niveau central et ce qui est réellement utilisé sur le terrain. Il est recommandé de standardiser et de rendre efficace l'utilisation des outils de collecte et de rapportage des données sur la TB en formant le personnel des CDT à leur utilisation correcte, en rendant les outils facilement accessibles, en développant des outils qui peuvent rester en bon état physique tout au long de leur utilisation et en rééquipant les CDT avec des informations à jour et des copies des registres et des formulaires de rapportage lorsque les outils sont modifiés.

2. Ressources humaines

Le personnel médical de la RDC est vieillissant. La nouvelle génération de professionnels de la santé n'a pas reçu de formation complète et n'a pas encore pris la relève des professionnels plus âgés. On craint qu'il n'y ait pas assez de chevauchement entre les professionnels les plus anciens et les plus jeunes pour assurer le transfert des connaissances et de la mémoire institutionnelle. En effet, les données de l'étude QTSA indiquent que 45 pourcent des prestataires ont plus de 45 ans, alors que les moins de 34 ans ne représentent que 18,2 pourcent des prestataires interrogés. En outre, la solidité de la formation médicale fait défaut dans de nombreuses régions du pays. Il est recommandé de renforcer les programmes et les écoles de formation médicale et de développer davantage de possibilités de mentorat sur le terrain, par exemple en associant des médecins chevronnés à des médecins en début de carrière et en établissant de solides relations de mentorat pour les infirmières au niveau des CDT, afin de permettre un transfert plus fluide et plus complet des connaissances et de la relève.

3. Décentralisation

De nombreuses personnes travaillant sur la TB dans des régions plus éloignées n'ont qu'un accès limité, voire inexistant, à la formation, à la supervision, à l'encadrement et à l'orientation. Les ateliers et les activités de formation sont fortement centralisés. Le PNLT bénéficierait d'une approche décentralisée et locale de la gestion des ressources humaines et du renforcement des compétences. La recommandation est de doter le niveau zonal des ressources nécessaires pour superviser et diriger le renforcement des compétences de leur personnel médical de manière plus autonome, sans dépendre du niveau central.

4. Connaissances du patient

Le QTSA en RDC a révélé des lacunes dans les connaissances des patients sur la TB. La recommandation est de mieux former les prestataires sur les informations à communiquer aux patients tout au long de la chaîne de soins, depuis le dépistage et le diagnostic jusqu'à l'initiation et la fin du traitement.

5. Adhérence aux algorithmes et procédures opérationnelles standard

Les algorithmes de diagnostic de la TB et les procédures opérationnelles standard pour les laboratoires ne sont pas respectés ou ne le sont que vaguement. Plus des deux tiers des CDT (68,3%) n'ont pas été en mesure de produire des modes opératoires standardisés pour le prélèvement d'échantillons et seulement 15 pourcent des CDT ont reçu des algorithmes, protocoles ou procédures de diagnostic, de laboratoire ou de traitement, nouveaux ou révisés, depuis le début de la campagne COVID-19. Dans la moitié des CDT visités (49,3%), les prestataires avaient reçu une formation sur les algorithmes de dépistage de la TB au cours des 24 derniers mois. Les participants à la réunion de validation du QTSA ont recommandé de renforcer l'application et le respect des algorithmes du PNLT et des procédures opérationnelles standard pour le laboratoire afin de permettre une détection précoce de la TB et de la résistance aux médicaments.

6. Équipement

L'infrastructure de base fait défaut dans de nombreux CDT, y compris l'eau courante et l'électricité, et les équipements et fournitures de laboratoire et de pharmacie manquent dans de nombreuses formations sanitaires. Les outils de diagnostic en particulier (microscopes, GeneXpert et appareils à rayons X) sont en quantité très limitée. Le microscope n'est disponible que dans 27,5 pourcent des hôpitaux et 39,5 pourcent des CS, et dans un peu plus de la moitié (54,2%) des CSR. Un peu plus de la moitié des CSR (58,3%) et des CDT périurbains (58,8%) et ruraux (57,9%) avaient accès au GeneXpert. Les TSM de deuxième intention n'étaient disponibles que dans un tiers des hôpitaux (37,3%), des CSR (33,3%) et des CDT ruraux (32,7%). Moins de 10 pourcent des CDT ont dépisté la TB par radiographie ou diagnostiqué la TB par radiographie ou GeneXpert. La recommandation est que le PNLT travaille avec le personnel de la province et de la ZS pour fournir l'équipement nécessaire aux CDT. Dans le contexte d'Ebola et du COVID-19, les structures doivent également disposer d'équipements de protection personnelle adéquats pour les prestataires et les clients. Par exemple, seulement 24,2 pourcent des structures disposaient de masques chirurgicaux pour les patients atteints de TB confirmée ou présumée.

7. Accès aux ressources de lutte contre la TB dans les CDT décentralisés

Lie aux problèmes de décentralisation et d'équipement décrits ci-dessus, les CDT dans les zones plus reculées reçoivent nettement moins de matériel et de fournitures que les CDT situés dans les zones urbaines centrales et bien desservies. Le QTSA a mis en évidence des problèmes, tel que le fait que 55 pourcent des outils de collecte de données sur la TB aient été improvisés. Le PNLT doit veiller à ce que des outils standardisés et actualisés soient disponibles en quantité suffisante et utilisés de manière cohérente dans tout le pays, et pas seulement dans les CDT urbains. Cela s'applique à la disponibilité des registres, des formulaires de collecte de données et

des outils de travail, mais aussi à la chaîne d'approvisionnement en médicaments, les ruptures de stock étant plus fréquentes au niveau périphérique. Ce problème est lié à la formation des prestataires en matière de prévision, de quantification et de gestion des stocks et de l'approvisionnement, afin que le personnel sache comment et quand commander les médicaments et les fournitures de lutte contre la TB.

8. Soins centrés sur la personne

La manière dont les services de lutte contre la TB sont actuellement mis en œuvre ne met pas suffisamment l'accent sur le client recevant des soins pour la TB. Les participants à la réunion de validation des données du QTSA ont souligné l'importance de créer un climat qui favorise les soins centrés sur la personne, notamment dans les interactions entre le patient et le prestataire, et avec le soutien des acteurs communautaires. Ce problème est lié à la fréquence et à la qualité de la formation des prestataires (y compris la formation de remise à niveau) et des visites de supervision, ainsi qu'à la possibilité pour les prestataires d'apprendre de nouvelles techniques, y compris auprès de leurs pairs, et d'appliquer ces techniques à leurs propres clients. Les superviseurs des formations sanitaires devraient, quant à eux, s'engager davantage dans le suivi de la qualité des interactions entre les patients et les prestataires, et offrir à ces derniers un retour d'information, des stratégies et des approches pour améliorer les soins de TB centrés sur la personne.

9. Genre

En RDC, les femmes sont encore largement sous-représentées dans le domaine médical. Les données de l'enquête QTSA ont révélé que seuls 19,1 pourcent des prestataires de soins de santé et 21,8 pourcent des acteurs communautaires interrogés étaient des femmes. Améliorer l'accès des jeunes femmes à l'enseignement médical et les aider à faire carrière dans la médecine (en leur fournissant tout autre soutien crucial dont elles pourraient avoir besoin, notamment des bourses d'études, un mentorat et des possibilités d'observation ou de stage, etc.) pourrait permettre à la RDC de commencer à voir une main-d'œuvre médicale plus équilibrée du point de vue du genre et, ce faisant, peut-être permettre à davantage de femmes clientes des formations sanitaires, y compris les personnes atteintes de TB, de se sentir plus à l'aise pour obtenir des services de diagnostic et de traitement.

10. Taux de réussite du traitement

Il est nécessaire de souligner l'importance du suivi des patients atteints de TB tout au long de la cascade de soins et de s'assurer que les tests bactériologiques recommandés sont effectués à la fin du traitement pour évaluer les résultats. Les résultats de l'étude QTSA indiquent un taux de réussite du traitement de 94 pourcent pour les patients atteints de TB-PS, ce qui correspond au taux national de 94 pourcent (OMS, 2021), et un taux de réussite du traitement de 77 pourcent pour la TB-PR. La ventilation du taux de réussite du traitement en fonction de la guérison et de complétion du traitement est la suivante : parmi les patients atteints de TB-PS, 41 pourcent ont complété leur traitement et 53 pourcent ont été guéris. Pour les traitements guéris et terminés, les pourcentages correspondants pour la TB-PR étaient respectivement de 45 et de 32 pourcent. En outre, les résultats de l'étude QTSA montrent que 13 pourcent des cas de TB-PR en RDC n'ont pas de résultats assignés à la fin du traitement. Le traitement de la TB-PR a souvent des effets secondaires toxiques qui peuvent conduire à l'interruption du traitement et à une thérapie

incomplète, ce qui peut à son tour augmenter le risque d'échec du traitement et entraîner une rechute de la maladie, une nouvelle transmission et le développement d'une nouvelle résistance aux médicaments.

11. Coordination des partenaires

Les partenaires impliqués dans les activités de lutte contre la TB en RDC devraient améliorer leur coordination, se parler plus fréquemment afin de travailler efficacement, de réduire les redondances et de tirer parti de leurs expériences, défis et meilleures pratiques respectives. Au niveau central et provincial, les partenaires devraient travailler ensemble et se coordonner avec le PNLT pour former des groupes de travail fonctionnels de S&E afin de mieux aligner leurs buts et objectifs, et de partager les résultats qui peuvent être mutuellement bénéfiques.

Conclusion

Les résultats de l'étude QTSA en RDC ont mis en évidence les forces et les faiblesses de la qualité des services du PNLT. L'étude a montré des points forts en termes de disponibilité des services, d'infrastructure de laboratoire, de disponibilité des médicaments, de connaissances des prestataires et de conseils aux patients, de connaissances et de satisfaction des patients et de réussite du traitement de la TB dans les CDT où les registres étaient disponibles et complets. L'étude a également relevé des lacunes programmatiques, par exemple des retards de diagnostic, des résultats sous-optimaux dans le traitement de la TB, un manque de formation et une disponibilité limitée de matériel éducatif et de registres complets dans les CDT. Ces résultats, combinés aux recommandations formulées lors de la réunion de validation des données, présentés ci-dessus, fournissent des éléments clés que le PNLT devrait cibler pour améliorer la disponibilité de services de soins antituberculeux de haute qualité dans toute la RDC et optimiser les résultats du traitement des patients.

Suite à l'achèvement de l'étude QTSA en RDC, les données de l'étude ont été utilisées pour développer un nouveau plan stratégique national et pour informer des dossiers de candidature du PNLT à des financements du Fonds mondial. L'USAID et le Fonds mondial se sont tous deux appuyés sur les résultats de l'étude QTSA pour informer leurs activités – le Tuberculosis Implementation Framework Agreement (TIFA) dans le cas de l'USAID et le renforcement des compétences des prestataires dans le cas du Fonds mondial.

Références

- Arsenault, C., Roder-DeWan, S., Kruk, M.E. (2019). Measuring and improving the quality of tuberculosis care: A framework and implications from the Lancet Global Health Commission. *Journal of Clinical Tuberculosis and Other Mycobacterial Diseases*, 16. Disponible à <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2405579419300531?via%3Dihub>
- Cazabon, D., Alsdurf, H., Satyanarayana, S., Nathavitharana, R., Subbaraman, R., Daftary, A., & Pai, M. (2017). Quality of tuberculosis care in high burden countries: the urgent need to address gaps in the care cascade. *International Journal of Infectious Diseases*, 56, 111–116. Disponible à <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27794468/>
- Chauffour, J., Kaswa, M., Wembanyama, H., Kibadi, R., Mbuyi, S., Kabuayi, J.P., Boone, D. (2023). Examen de la qualité des données sur la tuberculose en République démocratique du Congo : Rapport. Chapel Hill, NC, USA : TB DIAH, Université de Caroline du Nord. Disponible à <https://www.tbdiah.org/resources/publications/examen-de-la-qualite-des-donnees-de-tuberculose-en-rdc-rapport/>
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Quarterly*, 83(4), 691–729. Disponible à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/>
- Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H. H., Roder-DeWan, S., ...Pate, M. (2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Global Health*, 6(11), e1196–252. Disponible à <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30196093/>
- Ministère de la santé, Programme national de lutte contre la tuberculose. (2015). *Guide de prise en charge de la tuberculose PATI-5*. Kinshasa : Ministère de la santé. Disponible à <https://www.tbdiah.org/resources/publications/guide-de-prise-en-charge-de-la-tuberculose-pati-5/>
- Ministère de la santé, Programme national de lutte contre la tuberculose. (2022). *Guide de prise en charge de la tuberculose PATI-6*. Kinshasa : Ministère de la santé. Disponible à <https://www.tbdiah.org/resources/publications/guide-de-prise-en-charge-de-la-tuberculose-pati-6/>
- Organisation des Nations unies. (2015). *Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development*. New York, New York, USA: UN. Disponible à <https://sdgs.un.org/2030agenda>
- Organisation des Nations unies. (2018). General Assembly resolution 72/268, Scope, modalities, format and organization of the high-level meeting on the fight against tuberculosis, A/RES/72/268. New York, New York, USA: UN. Disponible à <https://digitallibrary.un.org/record/1481849?ln=ar>
- Organisation mondiale de la santé. (2013). *Definitions and reporting framework for tuberculosis – 2013 revision* (updated December 2014 and January 2020). Geneva, Switzerland: WHO. Disponible à <https://www.who.int/publications/i/item/9789241505345>

Organisation mondiale de la santé. (2015). *The End TB Strategy: Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015*. Geneva, Switzerland: WHO. Disponible à https://www.who.int/tb/post2015_strategy/en/

Organisation mondiale de la santé. (2016). *Global tuberculosis report 2016*. Geneva, Switzerland: WHO. Disponible à <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250441>

Organisation mondiale de la santé. (2017). *Global tuberculosis report 2017*. Geneva, Switzerland: WHO. Disponible à <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259366>

Organisation mondiale de la santé. (2018). *Global tuberculosis report 2018*. Geneva, Switzerland: WHO. Disponible à <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274453>

Organisation mondiale de la santé. (2019). *Global tuberculosis report 2019*. Geneva, Switzerland: WHO. Disponible à <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565714>

Organisation mondiale de la santé. (2021). Profil de la tuberculose pour la RDC. Disponible à https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_profiles/?inputs&lan=%22FR%22

Organisation mondiale de la santé. (2022). *Global tuberculosis report 2022*. Geneva, Switzerland: WHO. Disponible à <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2022>

Organisation mondiale de la santé. (2023). *World Health Statistics 2023: Monitoring Health for the SDGs*. Geneva, Switzerland: WHO. Disponible à <https://www.who.int/publications/i/item/9789240074323>

Organisation mondiale de la santé. (2023). *Tuberculosis*. Geneva, Switzerland: WHO. Disponible à <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>

TB CARE I. (2014). *International standards for tuberculosis care* (Edition 3). The Hague, Netherlands: TB CARE I. Disponible à https://www.currytbcenter.ucsf.edu/sites/default/files/2022-07/istc_3rded.pdf

TB DIAH. (2023). Enquête sur la qualité des services de tuberculose en République démocratique du Congo : Outils. Chapel Hill, NC, USA: TB DIAH, University of North Carolina. Disponible à <https://www.tbdiah.org/resources/publications/enquete-sur-la-qualite-des-services-de-tuberculose-en-republique-democratique-du-congo-outils/>

United States Agency for International Development (USAID). (sans date) USAID global accelerator to end TB. Disponible à <https://www.usaid.gov/global-health/health-areas/tuberculosis/resources/news-and-updates/global-accelerator-end-tb>

Appendice A. Gestion des données

La qualité des données a été assurée par les mécanismes suivants : dans les outils, les rapports de progrès quotidiens, les contrôles ponctuels sur le terrain, les rapports de progrès hebdomadaires et les contrôles de qualité des données.

SurveyCTO a permis de gérer les données en temps réel pendant que les outils étaient administrés au niveau du CDT. La qualité des données a été assurée par des limites de valeurs paramétrées pour la plupart des questions ayant des réponses numériques, des schémas de saut pour certaines questions en fonction des réponses précédentes et des réponses paramétrées comme obligatoires dans les outils. Les enquêteurs n'étaient pas autorisés à saisir des données inférieures ou supérieures à la limite fixée. Si des exceptions aux limites étaient constatées, elles étaient signalées à l'équipe de gestion des données afin que l'ensemble des données puisse être modifié et, le cas échéant, que l'outil puisse être ajusté pour inclure une fourchette de valeurs plus grande ou modifiée. Il était important d'inclure des instructions par rapport aux schémas de sauts prévus afin de déterminer les bonnes questions à poser aux personnes interrogées. Par exemple, si un service n'était pas disponible dans une formation sanitaire, les questions relatives à ce service étaient automatiquement sautées par SurveyCTO. Le mécanisme de réponses obligatoires signifiait que SurveyCTO ne permettait pas aux enquêteurs de passer aux questions suivantes tant qu'une réponse n'avait pas été saisie pour la question obligatoire.

La qualité des données a été assurée par les chefs d'équipe et les superviseurs de terrain par le biais des rapports de progrès quotidiens, qui ont été soumis pour chaque CDT visité. Ils ont été utilisés pour suivre les progrès, les défis et les meilleures pratiques des équipes de collecte de données. Chaque membre de l'équipe de collecte des données était affecté à un outil spécifique. Une fois l'outil complété, le chef d'équipe vérifiait la qualité et la complétude des données. Lorsqu'ils étaient satisfaits, les chefs d'équipe de terrain transmettaient les données au serveur. Ils indiquaient ensuite le nombre d'outils complétés le jour de leur visite et le statut des entretiens (par exemple, entretiens terminés, refus des patients et patients non admissibles). C'était également un moyen pour les équipes sur le terrain de signaler tout changement de chronogramme qui s'avérerait nécessaire. Les changements de programme étaient variables, mais la plupart du temps, ils étaient dus à une insuffisance de patients au CDT le jour de la visite et aux conditions météorologiques et d'accès difficiles.

L'équipe de gestion des données a procédé à des vérifications ponctuelles au cours de la période de collecte des données. Un contrôle ponctuel a été effectué par l'équipe de collecte des données. Lors des contrôles ponctuels, la mise en œuvre des protocoles et l'administration des outils ont été évaluées. L'équipe de gestion des données disposait d'une liste de contrôle pour évaluer la mise en œuvre des protocoles et observait l'ensemble des données soumises par les chefs d'équipe et la qualité des données individuelles pour chacun des enquêteurs, chargés d'un outil du QTSA chacun. Les vérifications ponctuelles ont également permis à l'équipe de gestion des données de comprendre les contextes des régions, des provinces et des villes qui rendaient leurs processus uniques ou similaires par rapport à d'autres zones. Des séances de retour d'information avec les équipes de collecte de données ont été organisées après chaque vérification ponctuelle afin de fournir des commentaires et des recommandations sur la collecte

de données. Ces séances ont joué un rôle essentiel pour relayer les problèmes et les commentaires observés par l'équipe de gestion des données. Les personnes chargées de la collecte des données ont également pu faire part de leurs commentaires et poser leurs questions au sujet des protocoles et des outils. Les équipes de collecte de données qui avaient besoin d'une formation plus poussée pour améliorer la qualité des données ont été classées par ordre de priorité.

Le rapport de progrès hebdomadaire était le mécanisme de mise à jour de TB DIAH et de l'équipe POSAF sur l'avancement de la collecte des données. Il contenait le nombre de CDT visités, le nombre d'entretiens (prestataire, patient, acteur communautaire) réalisés, un résumé des difficultés rencontrées sur le terrain, les meilleures pratiques et les enseignements tirés par les équipes de collecte des données, les points d'action pour les enquêteurs et les contrôles de la qualité des données par outil. Les difficultés rencontrées sur le terrain constituent une section importante du rapport de progrès hebdomadaire. Cela a permis à TB DIAH d'apporter les modifications nécessaires aux outils et de clarifier les protocoles pour certaines questions afin de garantir la qualité et la comparabilité des données. Ces modifications comprenaient l'ajustement des limites de valeurs pour certaines réponses numériques des schémas de sauts.

Les contrôles de la qualité des données ont également été inclus dans le rapport de progrès hebdomadaire. Les contrôles de qualité des données ont été codés dans SurveyCTO pour signaler les fréquences élevées de réponses du type « Pas de réponse » ou « Ne sait pas » et les valeurs aberrantes. SurveyCTO a émis des avertissements quotidiens concernant la qualité des données. Pour enquêter sur ces avertissements, un membre de l'équipe de gestion des données a contacté les chefs d'équipe et a documenté la source du problème. Certains problèmes étaient dus aux contextes des CDT, à des erreurs de saisie des enquêteurs ou à des valeurs dépassant les limites. Le cas échéant, des modifications ont été apportées à l'outil, par exemple en augmentant les limites. Les contrôles de la qualité des données ont été compilés chaque semaine et inclus dans le rapport de progrès hebdomadaire. Les données du serveur SurveyCTO ont fait l'objet d'un nettoyage supplémentaire afin de détecter d'éventuelles incohérences.

Appendice B. Définitions des résultats de la TB

Définitions des résultats de la tuberculose

Guéri(e) : Un patient dont la TB a été bactériologiquement confirmée au début du traitement et dont le frottis ou la culture a été négatif au cours du dernier mois de traitement et au moins une fois au cours de la phase de continuation.

Traitement terminé : Un patient qui termine son traitement sans preuve d'échec, mais sans dossier montrant que les résultats du frottis d'expectoration ou de la culture étaient négatifs au cours du dernier mois de traitement et au moins une fois auparavant, soit parce que les tests n'ont pas été effectués, soit parce que les résultats ne sont pas disponibles.

Ce groupe comprend :

Un patient confirmé bactériologiquement qui a terminé son traitement, mais qui n'a pas fait l'objet d'un suivi direct par microscopie du frottis d'expectoration au cours du dernier mois de traitement et au moins une fois par le passé.

Un patient diagnostiqué cliniquement qui a terminé son traitement.

Échec de traitement : Un patient dont le frottis d'expectoration ou la culture est positif à cinq mois ou plus tard au cours du traitement.

OU

Un patient cliniquement diagnostiqué (TB pédiatrique ou TB extrapulmonaire) pour lequel l'examen des expectorations ne peut être effectué et qui ne présente pas d'amélioration clinique au cours du traitement.

Décès : Un patient décédé pour quelque raison que ce soit au cours du traitement.

Perdu(e) de vue : Un patient dont le traitement a été interrompu pendant deux mois consécutifs ou plus.

Non évalué(e) : Un patient pour lequel aucun résultat de traitement n'est enregistré dans le registre. Cela inclut les cas transférés dans un autre centre de TDO et dont l'issue du traitement est inconnue.

Source : Adapté de OMS, 2013

Appendice C. Tableaux additionnels

Tableau C1. Services de lutte contre la TB et le VIH fournis par les CDT, par type de CDT et par lieu

	Type de CDT						Environnement du CDT						Total	
	Hôpital (Tertiaire)		CSR (Secondaire)		CS (Primaire)		Urbain		Urbano-rural		Rural			
	Nom.	%	Nom.	%	Nom.	%	Nom.	%	Nom.	%	Nom.	%	Nom.	%
CDT fournit des services liés au VIH, tels que le conseil, le dépistage, les soins ou le traitement (n=227)	67	93,1	39	90,7	97	86,6	27	65,9	70	59,3	57	47,1	127	53,1
Services TB/VIH														
Dépistage du VIH et conseil aux patients présumés atteints de TB (n=203)	65	97	38	97,4	97	100	41	100	16	100	143	97,9	200	98,5
Dépistage du VIH et conseils pour les patients diagnostiqués de la TB (n=203)	66	98,5	39	100	97	100	41	100	16	100	145	99,3	202	99,5
Test de dépistage du VIH (n=202)	66	100	39	100	97	100	41	100	16	100	145	100	202	100
Services de soins et de traitement du VIH pour les patients coinfectés TB/VIH (n=203)	65	97	38	97,4	89	91,8	40	97,6	15	93,8	137	93,8	192	94,6
CPT pour les patients coinfectés TB/VIH (n=192)	62	95,4	37	97,4	85	95,5	40	100	15	100	129	94,2	184	95,8
Test de charge virale pour les patients coinfectés TB/VIH (n=192)	28	43,1	5	13,2	19	21,3	7	17,5	6	40	39	28,5	52	27,1
Le TAR pour les patients coinfectés TB/VIH (n=192)	61	93,8	32	84,2	83	93,3	40	100	14	93,3	122	89,1	176	91,7

	Type de CDT						Environnement du CDT						Total	
	Hôpital (Tertiaire)		CSR (Secondaire)		CS (Primaire)		Urbain		Urbano-rural		Rural			
	Nom.	%	Nom.	%	Nom.	%	Nom.	%	Nom.	%	Nom.	%	Nom.	%
Dépistage des symptômes des interactions entre les médicaments anti-TB et le TAR (n=176)	46	75,4	16	50	66	79,5	37	92,5	11	78,6	80	65,6	128	72,7
TPT (n=203)	63	94	34	87,2	92	94,8	41	100	16	100	132	90,4	189	93,1
INH (6, 9, 12 mois ou continu) (n=189)	61	96,8	33	97,1	91	98,9	41	100	16	100	128	97	185	97,9
3HP (Rifapentine et Isoniazide) (n=189)	8	12,7	2	5,9	15	16,3	0	0	6	37,5	19	14,4	25	13,2
Q-TIB (Cotrimoxazole, Isoniazide et vitamine B6) (n=189)	17	27	7	20,6	26	28,3	2	4,9	7	43,8	41	31,1	50	26,5

Tableau C2. Matériel de prévention et de lutte contre les infections disponible dans le CDT, par type de CDT et par lieu

	Type de CDT						Environnement du CDT						Total (n=227)	
	Hôpital (Tertiaire)		CSR (Secondaire)		CS (Primaire)		Urbain		Urbano-rural		Rural			
	Nom.	%	Nom.	%	Nom.	%	Nom.	%	Nom.	%	Nom.	%	Nom.	%
Eau courante (canalisation, seau avec robinet ou cruche)	55	76,4	32	74,4	76	67,9	32	78	14	82,4	117	69,2	163	71,8
Savon pour le lavage des mains (peut être du savon liquide)	62	86,1	27	62,8	87	77,7	28	68,3	14	82,4	134	79,3	176	77,5
Compresse imbibée d'alcool	42	58,3	14	32,6	54	48,2	27	65,9	9	52,9	74	43,8	110	48,5
Poubelle pour déchets médicaux (poubelle à pédale) avec couvercle et sachets en plastique	43	59,7	25	58,1	80	71,4	25	61	13	76,5	110	65,1	148	65,2
Autre poubelle	62	86,1	39	90,7	93	83	38	92,7	16	94,1	140	82,8	194	85,5

	Type de CDT						Environnement du CDT						Total (n=227)	
	Hôpital (Tertiaire)		CSR (Secondaire)		CS (Primaire)		Urbain		Urbano-rural		Rural			
	Nom.	%	Nom.	%	Nom.	%	Nom.	%	Nom.	%	Nom.	%	Nom.	%
Conteneur pour objets tranchants (c'est-à-dire boîte de sécurité)	55	76,4	27	62,8	79	70,5	30	73,2	15	88,2	116	68,6	161	70,9
Gants en latex jetables	56	77,8	30	69,8	91	81,3	32	78	13	76,5	132	78,1	177	78
Désinfectant (par exemple, chlore, alcool)	57	79,2	28	65,1	94	83,9	38	92,7	15	88,2	126	74,6	179	78,9
Seringues jetables standard à usage unique avec aiguilles ou seringues autobloquantes avec aiguilles	57	79,2	30	69,8	92	82,1	37	90,2	13	76,5	129	76,3	179	78,9
Blouses	62	86,1	29	67,4	98	87,5	38	92,7	14	82,4	137	81,1	189	83,3
Protection des yeux/lunettes ou protection du visage	17	23,6	3	7	17	15,2	7	17,1	4	23,5	26	15,4	37	16,3
Lignes directrices sur les précautions standard en matière de sécurité des injections	22	30,6	4	9,3	27	24,1	17	41,5	8	47,1	28	16,6	53	23,3
Destructeur d'aiguilles	31	43,1	11	25,6	41	36,6	18	43,9	8	47,1	57	33,7	83	36,6
L'alcool méthylé et la glycérine 70:30	30	41,7	9	20,9	32	28,6	11	26,8	8	47,1	52	30,8	71	31,3
Masques N-95 et FFP2 facilement accessibles au personnel	14	19,4	10	23,3	17	15,2	5	12,2	2	11,8	34	20,1	41	18,1

Tableau C3. Connaissance des patients des facteurs de risque de la TB, par type de TB

	Type de TB				Total (n=489)	
	TB-PS		TB-PR			
	No.	%	No.	%	No.	%
Mode de vie (style de vie)						
Non	71	14,9	2	15,4	73	14,9
Oui, une fois la question posée	213	44,7	3	23,1	216	44,2
Oui, spontanément	132	27,7	6	46,2	138	28,2
Ne sait pas	60	12,6	2	15,4	62	12,7
Total	476	100	13	100	489	100
Fumer						
Non	23	4,8	1	7,7	24	4,9
Oui, une fois la question posée	140	29,4	6	46,2	146	29,9
Oui, spontanément	271	56,9	6	46,2	277	56,6
Ne sait pas	42	8,8	0	0	42	8,6
Total	476	100	13	100	489	100
Consommation d'alcool						
Non	48	10,1	1	7,7	49	10
Oui, une fois la question posée	133	27,9	5	38,5	138	28,2
Oui, spontanément	248	52,1	7	53,8	255	52,1
Ne sait pas	47	9,9	0	0	47	9,6
Total	476	100	13	100	489	100
Fatigue						
Non	202	42,4	3	23,1	205	41,9
Oui, une fois la question posée	139	29,2	7	53,8	146	29,9
Oui, spontanément	58	12,2	2	15,4	60	12,3
Ne sait pas	77	16,2	1	7,7	78	16
Total	476	100	13	100	489	100
Malnutrition						
Non	63	13,2	4	30,8	67	13,7
Oui, une fois la question posée	194	40,8	3	23,1	197	40,3
Oui, spontanément	178	37,4	6	46,2	184	37,6
Ne sait pas	41	8,6	0	0	41	8,4
Total	476	100	13	100	489	100
Pratiques non hygiéniques						
Non	115	24,2	6	46,2	121	24,7
Oui, une fois la question posée	225	47,3	6	46,2	231	47,2
Oui, spontanément	54	11,3	1	7,7	55	11,2
Ne sait pas	82	17,2	0	0	82	16,8
Total	476	100	13	100	489	100
Une mauvaise ventilation						
Non	153	32,1	4	30,8	157	32,1
Oui, une fois la question posée	210	44,1	8	61,5	218	44,6

	Type de TB				Total (n=489)	
	TB-PS		TB-PR			
	No.	%	No.	%	No.	%
Oui, spontanément	28	5,9	0	0	28	5,7
Ne sait pas	85	17,9	1	7,7	86	17,6
Total	476	100	13	100	489	100
Pollution						
Non	111	23,3	6	46,2	117	23,9
Oui, une fois la question posée	225	47,3	6	46,2	231	47,2
Oui, spontanément	50	10,5	1	7,7	51	10,4
Ne sait pas	90	18,9	0	0	90	18,4
Total	476	100	13	100	489	100
Être infecté(e) par le VIH						
Non	90	18,9	2	15,4	92	18,8
Oui, une fois la question posée	204	42,9	9	69,2	213	43,6
Oui, spontanément	63	13,2	2	15,4	65	13,3
Pas de réponse	119	25	0	0	119	24,3
Total	476	100	13	100	489	100
Contact ou vie avec une personne atteinte de cette maladie						
Non	78	16,4	2	15,4	80	16,4
Oui, une fois la question posée	250	52,5	8	61,5	258	52,8
Oui, spontanément	83	17,4	3	23,1	86	17,6
Pas de réponse	65	13,7	0	0	65	13,3
Total	476	100	13	100	489	100
Héritage/génétique						
Non	256	53,8	9	69,2	265	54,2
Oui, une fois la question posée	42	8,8	2	15,4	44	9
Oui, spontanément	13	2,7	1	7,7	14	2,9
Pas de réponse	165	34,7	1	7,7	166	33,9
Total	476	100	13	100	489	100

Note : Seuls les patients qui savaient s'ils étaient atteints de TB-PS ou de TB-PR ont été pris en compte dans ces totaux (les patients qui ont répondu « ne sait pas » ont été exclus des totaux).

Tableau C4. Connaissance des patients des symptômes de la TB, par type de TB

	Type de TB				Total (n=489)	
	TB-PS		TB-PR			
	No.	%	No.	%	No.	%
Toux chronique (plus de 3 semaines)						
Non	16	3,4	0	0	16	3,3
Oui, une fois la question posée	86	18,1	0	0	86	17,6
Oui, spontanément	367	77,1	13	100	380	77,7
Ne sait pas	7	1,5	0	0	7	1,4
Total	476	100	13	100	489	100
Cracher du mucus ou des mucosités						
No	60	12,6	0	0	60	12,3

	Type de TB				Total (n=489)	
	TB-PS		TB-PR			
	No.	%	No.	%	No.	%
Non	230	48,3	8	61,5	238	48,7
Oui, une fois la question posée	160	33,6	4	30,8	164	33,5
Oui, spontanément	26	5,5	1	7,7	27	5,5
Total	476	100	13	100	489	100
Mucus ou expectorations (crachats) ensanglantés						
Non	131	27,5	1	7,7	132	27
Oui, une fois la question posée	218	45,8	10	76,9	228	46,6
Oui, spontanément	98	20,6	2	15,4	100	20,4
Ne sait pas	29	6,1	0	0	29	5,9
Total	476	100	13	100	489	100
Perte de poids inexpliquée (amaigrissement)						
Non	19	4	0	0	19	3,9
Oui, une fois la question posée	236	49,6	8	61,5	244	49,9
Oui, spontanément	203	42,6	4	30,8	207	42,3
Ne sait pas	18	3,8	1	7,7	19	3,9
Total	476	100	13	100	489	100
Perte d'appétit						
Non	62	13	1	7,7	63	12,9
Oui, une fois la question posée	217	45,6	7	53,8	224	45,8
Oui, spontanément	178	37,4	4	30,8	182	37,2
Ne sait pas	19	4	1	7,7	20	4,1
Total	476	100	13	100	489	100
Fièvre et/ou frissons						
Non	54	11,3	2	15,4	56	11,5
Oui, une fois la question posée	197	41,4	6	46,2	203	41,5
Oui, spontanément	208	43,7	4	30,8	212	43,4
Ne sait pas	17	3,6	1	7,7	18	3,7
Total	476	100	13	100	489	100
Sueurs nocturnes						
Non	78	16,4	3	23,1	81	16,6
Oui, une fois la question posée	248	52,1	7	53,8	255	52,1
Oui, spontanément	119	25	2	15,4	121	24,7
Ne sait pas	31	6,5	1	7,7	32	6,5
Total	476	100	13	100	489	100
Essoufflement persistant						
Non	75	15,8	0	0	75	15,3
Oui, une fois la question posée	238	50	8	61,5	246	50,3
Oui, spontanément	134	28,2	4	30,8	138	28,2
Ne sait pas	29	6,1	1	7,7	30	6,1
Total	476	100	13	100	489	100
Fatigue						
Non	41	8,6	0	0	41	8,4
Oui, une fois la question posée	213	44,7	7	53,8	220	45
Oui, spontanément	211	44,3	4	30,8	215	44
Pas de réponse	11	2,3	2	15,4	13	2,7
Total	476	100	13	100	489	100
Douleur dans la poitrine ou le dos						
Non	40	8,4	0	0	40	8,2

	Type de TB				Total (n=489)	
	TB-PS		TB-PR			
	No.	%	No.	%	No.	%
Oui, une fois la question posée	208	43,7	7	53,8	215	44
Oui, spontanément	206	43,3	5	38,5	211	43,1
Pas de réponse	22	4,6	1	7,7	23	4,7
Total	476	100	13	100	489	100
Autre						
Non	303	63,7	8	61,5	311	63,6
Oui, une fois la question posée	18	3,8	0	0	18	3,7
Oui, spontanément	90	18,9	4	30,8	94	19,2
Pas de réponse	65	13,7	1	7,7	66	13,5
Total	476	100	13	100	489	100

Note : Seuls les patients qui savaient s'ils étaient atteints de TB-PS ou de TB-PR ont été pris en compte dans ces totaux (les patients qui ont répondu « ne sait pas » ont été exclus des totaux).

Tableau C5. Perspective des patients sur la stigmatisation et la discrimination, par type de TB

	Type de TB				Total (n=489)	
	TB-PS		TB-PR			
	No.	%	No.	%	No.	%
Dans l'ensemble, je me sens le bienvenu dans ce CDT.						
Fortement en désaccord	168	35,3	6	46,2	174	35,6
En désaccord	289	60,7	7	53,8	296	60,5
Neutre	8	1,7	0	0	8	1,6
En accord	8	1,7	0	0	8	1,6
Fortement d'accord	3	0,6	0	0	3	0,6
Total	476	100	13	100	489	100
Dans l'ensemble, les prestataires de soins de santé me traitent avec respect.						
Fortement en désaccord	141	29,6	4	30,8	145	29,7
En désaccord	314	66	9	69,2	323	66,1
Neutre	9	1,9	0	0	9	1,8
En accord	9	1,9	0	0	9	1,8
Fortement d'accord	3	0,6	0	0	3	0,6
Total	476	100	13	100	489	100
Dans l'ensemble, les prestataires de soins de santé sont amicaux avec moi.						
Fortement en désaccord	101	21,2	3	23,1	104	21,3
En désaccord	253	53,2	7	53,8	260	53,2
Neutre	69	14,5	2	15,4	71	14,5
En accord	35	7,4	1	7,7	36	7,4
Fortement d'accord	18	3,8	0	0	18	3,7
Total	476	100	13	100	489	100
Dans l'ensemble, les prestataires de soins me traitent de la même manière que lorsque je reçois des soins pour d'autres maladies.						
Fortement en désaccord	101	21,2	3	23,1	104	21,3
En désaccord	340	71,4	10	76,9	350	71,6
Neutre	26	5,5	0	0	26	5,3

	Type de TB				Total (n=489)	
	TB-PS		TB-PR			
	No.	%	No.	%	No.	%
En accord	7	1,5	0	0	7	1,4
Fortement d'accord	2	0,4	0	0	2	0,4
Total	476	100	13	100	489	100
Les prestataires de soins de santé ici présents détournent le regard lorsqu'ils me parlent.						
Fortement en désaccord	151	31,7	5	38,5	156	31,9
En désaccord	262	55	5	38,5	267	54,6
Neutre	14	2,9	0	0	14	2,9
En accord	39	8,2	3	23,1	42	8,6
Fortement d'accord	10	2,1	0	0	10	2
Total	476	100	13	100	489	100
Les personnes qui travaillent dans ce CDT font preuve d'attitudes discriminatoires à mon égard en raison de ma maladie.						
Fortement en désaccord	156	32,8	6	46,2	162	33,1
En désaccord	262	55	5	38,5	267	54,6
Neutre	16	3,4	1	7,7	17	3,5
En accord	31	6,5	1	7,7	32	6,5
Fortement d'accord	11	2,3	0	0	11	2,2
Total	476	100	13	100	489	100
Dans l'ensemble, je me sens en détresse, intimidé ou offensé lorsque j'interagis avec les prestataires de soins de santé de ce CDT.						
Fortement en désaccord	165	34,7	6	46,2	171	35
En désaccord	251	52,7	6	46,2	257	52,6
Neutre	19	4	1	7,7	20	4,1
En accord	32	6,7	0	0	32	6,5
Fortement d'accord	9	1,9	0	0	9	1,8
Total	476	100	13	100	489	100

Note : Seuls les patients qui savaient s'ils étaient atteints de TB-PS ou de TB-PR ont été pris en compte dans ces totaux (les patients qui ont répondu « ne sait pas » ont été exclus des totaux).

Tableau C6. Informations fournies par les prestataires aux patients, par type de TB

Lors de vos visites dans ce CDT, quelles informations sur cette maladie et son traitement vous ont été communiquées par les agents de santé ?	Type de TB				Total	
	TB-PS		TB-PR			
	No.	%	No.	%	No.	%
Comment la maladie se transmet aux autres						
Non	57	12	4	30,8	61	12,5
Oui, spontanément	172	36,1	2	15,4	174	35,6
Oui, une fois la question posée	239	50,2	7	53,8	246	50,3
Pas de réponse	8	1,7	0	0	8	1,6
Total	476	100	13	100	489	100
L'hygiène de la toux (c'est-à-dire comment réduire le risque de rendre les autres malades en se couvrant la bouche lorsque vous toussiez)						

Lors de vos visites dans ce CDT, quelles informations sur cette maladie et son traitement vous ont été communiquées par les agents de santé ?	Type de TB				Total	
	TB-PS		TB-PR			
	No.	%	No.	%	No.	%
Non	48	10,1	2	15,4	50	10,2
Oui, spontanément	189	39,7	4	30,8	193	39,5
Oui, une fois la question posée	232	48,7	7	53,8	239	48,9
Pas de réponse	7	1,5	0	0	7	1,4
Total	476	100	13	100	489	100
Que cette maladie peut être soignée						
Non	15	3,2	0	0	15	3,1
Oui, spontanément	196	41,2	7	53,8	203	41,5
Oui, une fois la question posée	263	55,3	6	46,2	269	55
Pas de réponse	2	0,4	0	0	2	0,4
Total	476	100	13	100	489	100
Durée de votre traitement						
Non	27	5,7	1	7,7	28	5,7
Oui, spontanément	165	34,7	7	53,8	172	35,2
Oui, une fois la question posée	277	58,2	5	38,5	282	57,7
Pas de réponse	7	1,5	0	0	7	1,4
Total	476	100	13	100	489	100
Signes de danger d'aggravation de la maladie						
Non	153	32,3	4	30,8	157	32,2
Oui, spontanément	220	46,4	6	46,2	226	46,4
Oui, une fois la question posée	85	17,9	3	23,1	88	18,1
Pas de réponse	16	3,4	0	0	16	3,3
Total	474	100	13	100	487	100
L'importance de prendre les médicaments régulièrement						
Non	26	5,5	2	15,4	28	5,7
Oui, spontanément	236	49,6	9	69,2	245	50,1
Oui, une fois la question posée	210	44,1	2	15,4	212	43,4
Pas de réponse	4	0,8	0	0	4	0,8
Total	476	100	13	100	489	100
Les effets secondaires du médicament						
Non	95	20	4	30,8	99	20,3
Oui, spontanément	265	55,8	7	53,8	272	55,7
Oui, une fois la question posée	103	21,7	2	15,4	105	21,5
Pas de réponse	12	2,5	0	0	12	2,5
Total	475	100	13	100	488	100
Que faire en cas d'effets indésirables du médicament						
Non	140	29,4	4	30,8	144	29,4
Oui, spontanément	248	52,1	9	69,2	257	52,6
Oui, une fois la question posée	73	15,3	0	0	73	14,9
Pas de réponse	15	3,2	0	0	15	3,1

Lors de vos visites dans ce CDT, quelles informations sur cette maladie et son traitement vous ont été communiquées par les agents de santé ?	Type de TB				Total	
	TB-PS		TB-PR			
	No.	%	No.	%	No.	%
Total	476	100	13	100	489	100
La nécessité d'effectuer des tests d'expectoration à des moments donnés de votre traitement						
Non	89	18,7	5	38,5	94	19,2
Oui, spontanément	246	51,7	5	38,5	251	51,3
Oui, une fois la question posée	127	26,7	3	23,1	130	26,6
Pas de réponse	14	2,9	0	0	14	2,9
Total	476	100	13	100	489	100
L'importance de prendre les médicaments jusqu'à la fin du traitement						
Non	20	4,2	4	30,8	24	4,9
Oui, spontanément	273	57,4	6	46,2	279	57,1
Oui, une fois la question posée	176	37	3	23,1	179	36,6
Pas de réponse	7	1,5	0	0	7	1,4
Total	476	100	13	100	489	100
Quand revenir pour la prochaine visite de soins pour cette maladie						
Non	45	9,6	1	7,7	46	9,5
Oui, spontanément	238	50,7	9	69,2	247	51,2
Oui, une fois la question posée	170	36,2	3	23,1	173	35,9
Pas de réponse	16	3,4	0	0	16	3,3
Total	469	100	13	100	482	100
Avez-vous des documents (par exemple, des brochures) du CDT pour vous rappeler les informations sur le traitement fournies par le prestataire ou par d'autres membres du personnel du CDT ?						
Non	366	77,5	11	84,6	377	77,7
Oui	106	22,5	2	15,4	108	22,3
Total	472	100	13	100	485	100

Note : Seuls les patients qui savaient s'ils étaient atteints de TB-PS ou de TB-PR ont été pris en compte dans ces totaux (les patients qui ont répondu « ne sait pas » ont été exclus des totaux).

Tableau C7. Sujets dont les prestataires ont déclaré avoir discuté avec les patients (réponse spontanée), par type de prestataire

	Type de prestataire															Total (n=429)	
	Agent de santé communautaire		Assistant médical		Médecin/clinicien		Infirmier/ière associé(e) ou auxiliaire		Technicien de laboratoire		Infirmier/ière diplômé(e)		Autre				
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Informations générales sur la TB																	
Résultats des tests	3	100	17	89,5	24	72,7	39	92,9	187	84,6	65	833	29	87,9	364	84,8	
Ce que signifient les résultats des tests	3	100	15	78,9	19	57,6	35	83,3	177	80,1	64	82,1	27	81,8	340	79,3	
Comment la TB se transmet aux autres	3	100	18	94,7	25	75,8	40	95,2	199	90	70	89,7	28	84,8	383	89,3	

	Type de prestataire														Total (n=429)	
	Agent de santé communautaire		Assistant médical		Médecin/clinicien		Infirmier/ière associé(e) ou auxiliaire		Technicien de laboratoire		Infirmier/ière diplômé(e)		Autre			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Que la TB peut être guérie	3	100	19	100	26	78,8	41	97,6	203	91,9	66	84,6	30	90,9	388	90,4
Informations sur le traitement de la TB																
La nécessité d'un soutien au traitement	3	100	14	73,7	19	57,6	37	88,1	173	78,3	63	80,8	17	51,5	326	76
La durée du traitement	3	100	19	100	25	75,8	41	97,6	206	93,2	66	84,6	26	78,8	386	90
La phase de traitement dans laquelle ils se trouvent	3	100	13	68,4	14	42,4	38	90,5	180	81,4	60	76,9	22	66,7	330	76,9
L'état ou la progression du traitement	3	100	13	68,4	14	42,4	36	85,7	179	81	58	74,4	21	63,6	324	75,5
Comment les médicaments doivent être pris, par exemple, le dosage, la fréquence, etc.	3	100	17	89,5	25	75,8	41	97,6	193	87,3	66	84,6	25	75,8	370	86,2
L'importance de la prise de médicaments pendant toute la durée du traitement	3	100	17	89,5	25	75,8	40	95,2	192	86,9	62	79,5	27	81,8	366	85,3
Les options disponibles pour l'aide au traitement, par exemple, le TDO	3	100	14	73,7	13	39,4	35	83,3	176	79,6	56	71,8	26	78,8	323	75,3
Que faire en cas d'épuisement de leurs médicaments	3	100	16	84,2	18	54,5	34	81	168	76	56	71,8	24	72,7	319	74,4
Les effets secondaires possibles des médicaments contre la TB	3	100	16	84,2	17	51,5	36	85,7	186	84,2	59	75,6	24	72,7	341	79,5
Que faire en cas d'effets secondaires des médicaments contre la TB	1	33,3	16	84,2	17	51,5	31	73,8	176	79,6	57	73,1	20	60,6	318	74,1

Tableau C8. Services de TB au niveau de la communauté fournis par les acteurs de santé communautaire

	Type de CDT						Environnement du CDT						Total	
	Hôpital (Tertiaire)		CSR (Secondaire)		CS (Primaire)		Urbain		Urbano- rural		Rural			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Le CDT travaille avec des acteurs communautaires qui fournissent un appui aux individus atteints de TB (n=227)	59	81,9	43	100	111	99,1	41	100	15	88,2	157	92,9	213	93,8
Services de TB fournis par les acteurs communautaires														
Éducation sur la TB dans la communauté (n=213)	54	91,5	38	88,4	107	96,4	40	97,6	15	100	144	91,7	199	93,4
Identification des présumés de la TB (n=213)	56	94,9	41	95,3	108	97,3	40	97,6	15	100	150	95,5	205	96,2
Orientation des présumés pour le diagnostic de la TB (n=213)	56	94,9	42	97,7	108	97,3	40	97,6	15	100	151	96,2	206	96,7
Collecte des échantillons pour un laboratoire de diagnostic (n=151)	25	59,5	8	33,3	63	74,1	33	89,2	14	93,3	49	49,5	96	63,6
Transport des échantillons vers un laboratoire de diagnostic (n=151)	27	64,3	10	41,7	69	81,2	33	89,2	15	100	58	58,6	106	70,2
Traitement directement observé (TDO) (n=158)	38	86,4	24	85,7	83	96,5	37	97,4	9	90	99	90	145	91,8
Conseil en matière d'adhérence (n=213)	53	89,8	36	83,7	100	90,1	39	95,1	13	86,7	137	87,3	189	88,7
Retrouver ou localiser les patients irréguliers ou perdus de vue (n=213)	54	91,5	34	79,1	106	95,5	40	97,6	14	93,3	140	89,2	194	91,1
Récupérer ou ramener les patients irréguliers ou perdus de vue (n=213)	55	93,2	32	74,4	105	94,6	40	97,6	14	93,3	138	87,9	192	90,1
Recherche de contacts pour les patients diagnostiqués de la TB (n=213)	53	89,8	31	72,1	103	92,8	40	97,6	15	100	132	84,1	187	87,8
Soutien psychosocial (n=213)	43	72,9	19	44,2	83	74,8	37	90,2	10	66,7	98	62,4	145	68,1
Dépistage du VIH et conseil (n=213)	19	32,2	6	14	28	25,2	5	12,2	5	33,3	43	27,4	53	24,9

TB DIAH

University of North Carolina at Chapel Hill
123 West Franklin Street, Suite 330
Chapel Hill, NC 27516 USA
TEL: 919-445-6949 | FAX: 919-445-9353
www.tbdiah.org

Cette publication a été réalisée avec le soutien de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) dans le cadre du programme TB Data, Impact Assessment and Communications Hub (TB DIAH) Associate Award No. 7200AA18LA00007. TB DIAH est mis en œuvre par l'Université de Caroline du Nord à Chapel Hill, en partenariat avec John Snow, Inc. Les opinions exprimées ne sont pas nécessairement celles de l'USAID ou du gouvernement des États-Unis. TR-23-507 TB

