



REPUBLIQUE TUNISIENNE  
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

Direction des Soins de Santé de Base



# PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

## PLAN NATIONAL DE SUIVI ET EVALUATION DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL (2008-2015)

Janvier 2010

## *Sommaire*

<b>Remerciements</b>	<b>3</b>
<b>Liste des abréviations et acronymes</b>	<b>4</b>
<b>1. Introduction</b>	<b>5</b>
<b>2. Intérêt et objectifs du système de suivi et évaluation</b>	<b>7</b>
<b>3. Diagnostic de situation en matière de suivi et évaluation de la lutte antituberculeuse</b>	<b>8</b>
3.1. Le système des maladies transmissibles à déclaration obligatoire (MDO)	8
3.2. Les enquêtes épidémiologiques autour des cas déclarés de tuberculose	9
3.3. Le système des rapports trimestriels	9
<b>4. Le système de Suivi et évaluation du PNLT à mettre en place</b>	<b>12</b>
4.1. Indicateurs clés pour le Suivi et Evaluation du PNLT	12
4.1.1. Indicateurs d'impact	12
4.1.2. Indicateurs d'effet	13
4.1.3. Principaux Indicateurs de couverture et de résultats	14
4.2. Structures et responsabilités du plan de S&E	22
4.3. Les activités de Suivi et évaluation du PNLT	23
4.3.1. Le système d'enregistrement et de notification	23
4.3.2. Les circuits de soumission des rapports	23
4.3.3. La base informatisée des données	25
4.4. Le système d'assurance qualité des données	25
4.4.1. Système de vérification des données	25
4.4.2. La supervision	26
4.4.3. Les réunions périodiques	26
4.5. Le plan de développement des capacités	26
4.6. La recherche opérationnelle	27
4.7. L'identification des leçons tirées, des lacunes et des priorités	27
4.8. La diffusion et l'utilisation de l'information	27
4.9. Les revues internes annuelles et les évaluations externes	28
4.10. La coordination des activités de S&E	28
<b>Annexes</b>	<b>29</b>
Annexe 1 : Tableaux des Indicateurs clés pour le Suivi et Evaluation du PNLT	30
Annexe 2 : Base du reporting au FM sur l'état d'avancement des activités inscrites dans le projet	37
Annexe 3 : Plan d'action du S&E budgétisé	41
Annexe 4: Formulaires et registres de la collecte et de l'acheminement des données	46
Annexe 5 : Les listes de contrôle	56

## *Remerciements*

**Ce document a été réalisé dans le cadre du projet du GFATM avec l'appui de l'OMS, sous la direction du Dr Mongi Hamrouni, le Directeur des Soins de Santé de Base (Ministère de la Santé Publique).**

**Nos remerciements s'adressent à :**

**Dr Amal BASSILI  
STB/TDR – Surveillance Officer STB EMRO**

**Dr Ridha JBENIANI  
Medical Officer WRO Djibouti**

**Dr Dhikrayet GAMARA,  
Coordinateur du Programme National de Lutte contre la tuberculose  
Direction des soins de santé de base-Ministère de la santé publique**

**Nos sincères remerciements à l'OMS pour son appui financier.**

**Ce document a été:**

- rédigé par le consultant national (novembre 2009):  
**Dr Amel Noura**  
**Professeur Agrégé en Médecine Préventive et Communautaire**  
**Faculté de Médecine de Sousse- TUNISIE.**
- et a été discuté et validé par les partenaires de la lutte contre la Tuberculose lors d'un atelier de travail en décembre 2009.

## *Liste des abréviations et acronymes*

APSR	Approche Pratique de la Santé Respiratoire
ARV	Antirétroviraux
BCG	Bacille Bilié de Calmette et Guérin
BP	Bénéficiaire Principal
CCM	Country Coordinating Mechanism
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNLT	Comité National de Lutte contre la Tuberculose
CS	Circonscription Sanitaire
CSB	Centre de Santé de Base
DAT	Dispensaire Anti Tuberculeux
DMIS	Drug Management Information System
DOTS	Directly Observed Treatment Short Course
DOTS-Plus	Stratégie de l'OMS de prise en charge de la tuberculose multi résistante
DSSB	Direction des Soins de Santé de Base
EMPHIS	Euro Mediterranean Public Health Information System
GDF	Global Drug Facility
GFATM	Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
GLC	Green Light Committee
IMCI	Integrated Management of Child Illnesses
LAT	Lutte Anti Tuberculeuse
MDO	Maladies à Déclaration Obligatoire
MDR TB	Tuberculose multi résistante
MSP	Ministère de la Santé Publique
OMD	Objectifs du Millénaire de Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PAL	Practical Approach to Lung health
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PNLAT	Programme National de Lutte Anti Tuberculeuse
PPM	Public Private Mix
PVVS	Personne Vivant avec le VIH/SIDA
RAI	Risque Annuel d'Infection
S&E	Suivi Evaluation
SRSSB	Service Régional des Soins de Santé de Base
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
STMR	Société Tunisienne des Maladies Respiratoires
TB	Tuberculose
TB/VIH	Co-infection tuberculose VIH
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session sur le VIH/SIDA
UNICEF	Organisation des Nations Unies pour l'Enfance
UICTMR	Union Internationale contre la Tuberculose et le Maladies Respiratoires
VIH	Virus d'Immunodéficience humaine

## 1. Introduction

### • Situation épidémiologique :

En matière de tuberculose, la Tunisie qui comptent 10432500 habitants (2009), est un pays à endémicité intermédiaire avec une incidence déclarée de 21,7 pour 100.000 habitants et une prévalence est de 40,5 / 100000 habitants en 2008, selon les rapports de la direction des soins de santé de bas (Ministère de la Santé Publique). La tendance qui était décroissante depuis plusieurs années (taux d'incidence déclarée de 48,6 / 100 000 habitants en 1975 à 18,9/100000 en 2002), devient stable voire croissante depuis 2002 (taux d'incidence déclarée de 21,2 / 100000 en 2006, de 22,3 / 100 000 en 2007 et de 21,7/ 100 000 en 2008).

Selon les estimations publiées dans le rapport mondial de l'OMS<sup>1</sup>, en 2007 la prévalence est de 28 / 100 000, l'incidence de 26 / 100 000 et le taux de mortalité de 2,7/100,000 habitants. Durant la période 2006-2007, l'incidence a augmenté de 3,4%.

L'analyse des données épidémiologique<sup>2</sup> souligne que :

- La tuberculose pulmonaire constitue 54 % de toutes les formes de la maladie (en 2008) et la fréquence des formes ganglionnaires est relativement élevée avec une augmentation constante passant de 2.3 pour 100.000 en 1993 à 5 pour 100.000 en 2008. Le *Mycobacterium bovis* serait responsable de 30 à 50% des cas de tuberculose ganglionnaire. Ceci serait entre autres, en rapport avec un retard de mise en œuvre des mesures de lutte contre la tuberculose animale qui est endémique en Tunisie.

- Selon une étude effectuée en 2002, la prévalence de la résistance du BK aux médicaments antituberculeux était de 1,14% parmi les nouveaux cas et de 31% parmi les retraits. En 2006, cette prévalence de la tuberculose multi-résistante a été estimée respectivement à 2,7% et à 36%.

- Une variabilité selon les régions (pour l'année 2008, les gouvernorats de Tataouine, de Gabes et de Tunis ont enregistré les taux de prévalence les plus élevés respectivement 38,7 – 35,5 et 31,6 / 100 000.

- Le personnel de santé représente un groupe à risque. La prévalence de la maladie chez le personnel de santé serait de 65/100 000. Selon les estimations effectuées La prévalence de la tuberculose parmi les prisonniers serait de 280/100,000 prisonniers si on estime que cette fréquence est près de 10 fois la prévalence parmi la population totale.

- La Tunisie étant un pays à faible prévalence de VIH, l'impact de l'épidémie de VIH sur la tuberculose est mineur. Parmi les PVVIH, selon les estimations de l'OMS, en 2007 l'incidence est de 0,3 / 100 000 habitants avec une augmentation entre 2006 et 2007 de 8,7%.

Ces indicateurs montrent que malgré le fait que la Tunisie a atteint les objectifs de 2005 (dépister au moins 70% des cas de tuberculose à microscopie positive existants, et traiter avec succès au moins 85% des cas de tuberculose à microscopie positive dépistés), elle risque de ne pas pouvoir atteindre les objectifs du millénaire de développement (OMD) de 2015 en dehors d'un renforcement de sa stratégie de lutte.

Dans le cadre du projet du GFATM (Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme) round 8, le renforcement permettra de rectifier les lacunes de la mise en

<sup>1</sup> WHO. Global Tuberculosis Control 2009. Epidemiology strategy financing.

<sup>2</sup> Ministère de la Santé Publique (Tunisie). Direction de Santé de Base. Rapport Annuel des activités 2008.

œuvre de cette stratégie, de réduire le fardeau de la maladie et d'amorcer le progrès vers les objectifs de 2015.

- **Le programme national de lutte antituberculeuse :**

La lutte contre la tuberculose a été entamée depuis 1959 et elle est organisée depuis près de trois décennies dans le cadre du programme national de lutte antituberculeuse (PNLT). La stratégie de la lutte était basée sur trois axes: a- Le dépistage bactériologique précoce des sources d'infection ; b- le traitement régulier et supervisé jusqu'à guérison de tous les malades dépistés ; c- la vaccination par le BCG. En 2007, un Plan Stratégique National 2008-2015 a été élaboré conformément à la stratégie Mondiale Stop TB 2006-2015. Les buts du PNLT sont de réduire l'incidence de la maladie - conformément aux objectifs du Millénaire pour le développement - et atteindre les objectifs du Partenariat Halte à la Tuberculose pour 2015, à savoir réduire de moitié la prévalence et la mortalité de la tuberculose par rapport aux valeurs de référence de 1990.

Les objectifs sont de continuer à dépister au moins 70% des cas de tuberculose à microscopie positive existants, et continuer à traiter avec succès au moins 85% des cas de tuberculose à microscopie positive dépistés.

Les objectifs spécifiques sont :

- 1- Renforcer la stratégie DOTS, en améliorant l'accessibilité au diagnostic et au traitement,
- 2- Améliorer le dépistage et la prise en charge de la tuberculose multi résistante,
- 3- Améliorer le dépistage et la prise en charge de la tuberculose chez les populations à haut risque,
- 4- Lutter contre la co-infection TB/VIH,
- 5- Renforcer l'implication du système de santé dans les activités relevant de la lutte anti tuberculeuse, notamment dans le domaine de la détection des cas et de la prise en charge,
- 6- Développer la recherche dans le domaine de la lutte anti-tuberculeuse,
- 7- Renforcement des systèmes communautaires pour assumer une prise en charge satisfaisante des populations cibles.

Le plan stratégique national de lutte contre la tuberculose (2008-2015) est inspiré de la stratégie Halte à la Tuberculose et du plan mondial de lutte contre la tuberculose 2006-2015 et est conçu dans le cadre des engagements du pays pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le développement.

Grâce à cette stratégie, le programme a eu des résultats satisfaisants avec un taux de détection de plus de 70% et un taux de succès du traitement de plus de 85% pour les cas détectés. Cependant des insuffisances ont été soulignées en rapport avec certaines composantes du programme dont le dépistage, les laboratoires d'analyse bactériologique, les capacités humaines, le suivi des patients et le suivi et l'évaluation.

L'appui du fonds mondial a été sollicité dans le but de financer les activités permettant de remédier à ces lacunes relatives à la mise en œuvre de la stratégie nationale<sup>1</sup>.

De ce fait, une requête intitulé « Contribution à la réduction de la morbidité et la mortalité dues à la Tuberculose d'ici 2015 conformément au but du Partenariat STOP TB et aux

---

<sup>1</sup> Ministère de la santé Publique Direction des soins de santé de base. Plan stratégique national de lutte contre la tuberculose 2008-2015.

Objectifs du Millénaire pour le Développement » a été soumise au GFATM pour financement et la Tunisie a bénéficié de l'approbation de sa proposition au 8ème tour du GFATM et de l'approbation de la Direction des Soins de Santé de Base (DSSB) et la Société Tunisienne des Maladies Respiratoires (STMR) comme deux bénéficiaires principaux (BP).

Grâce au projet du GFATM, le programme national a prévu l'amélioration et le renforcement du système de suivi et évaluation (S&E) inscrit dans le plan stratégique national 2008-2015. Ainsi, l'un des objectifs (DPS 3 de l'objectif No 1) du programme d'appui du Fonds mondial est le « renforcement du système de suivi et d'évaluation ».

Une des faiblesses signalées du système de S&E est l'absence d'un plan national pour le S&E. Par ailleurs, le Fonds Mondial exige un plan de S&E au moment de la signature de la subvention.

C'est dans ce cadre que ce document a été préparé. Il constitue le plan de suivi et d'évaluation (S&E) pour le PNLT et pour le Fonds Mondial. Il décrit:

- le système actuel de S&E de la lutte antituberculeuse,
- les structures et les responsabilités du S&E de la lutte antituberculeuse,
- les indicateurs clés de suivi et évaluation en précisant la source, la méthode, la fréquence de leur suivi et le responsable du reporting sur ces indicateurs,
- les activités à savoir la collecte, l'acheminement, l'analyse, l'assurance qualité des données et l'utilisation des résultats.
- et le plan d'action budgétisé du système de suivi et évaluation.

## ***2. Intérêt et objectifs du système de suivi et évaluation***

Le suivi et l'évaluation constituent une composante essentielle du Financement en fonction des Résultats permettant de mesurer les résultats des programmes à tous les niveaux (impact, effets, output) afin de constituer les éléments de base pour déterminer les responsabilités et prendre des décisions informées au niveau programmatique et politique. Le Plan de S&E constitue un document essentiel pour les pays car il explique comment le système de S&E doit fonctionner et définit les moyens de le renforcer au fil du temps. Ce document est également important pour le Fonds Mondial puisqu'il donne des renseignements complémentaires au Cadre de Performance<sup>1</sup>.

### **• Objectif général**

Permettre au CCM aux bénéficiaires et aux partenaires (Fonds Mondial, OMS) de connaître la situation épidémiologique et la tendance de la tuberculose dans le pays, de déterminer l'efficacité et l'efficacité de la lutte contre ce problème et d'utiliser des données pertinentes et fiables pour la planification et la mise en œuvre d'une stratégie de lutte, éclairée par des preuves. Ainsi, notamment pour le projet du Fonds Mondial, le financement sera basé sur la performance.

### **• Objectifs spécifiques**

- Le système de suivi et évaluation couvre les programmes de prévention, de soins et d'impact de la tuberculose; il permet d'harmoniser et de mesurer les indicateurs principaux du Plan Stratégique National y compris ceux du

---

<sup>1</sup> Le Fonds Mondial de Lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Directives pour la soumission d'un plan de S&E pour les subventions du Fonds Mondial décembre 2007.

programme du Fonds mondial, en intégrant les indicateurs du Millenium et du Partenariat Halte à la Tuberculose

- Les acteurs principaux de la lutte ont une compréhension et interprétation des indicateurs et participent régulièrement au système d'échange d'information.
- Un cadre institutionnel de flux d'information est élaboré et un système standardisé de recueil de l'information au niveau des structures publiques et non publiques est en place. avec des mécanismes pour collecter et analyser les informations aussi bien des ONG que des structures publiques.
- Le partenariat est renforcé entre les intervenants des différents secteurs et aux différents niveaux, pour la planification, la coordination et la gestion du système de S&E.
- Un usage rationnel des ressources est renforcé.
- Les succès de la réponse national sont documentés, les leçons tirées sont utilisées pour des meilleures pratiques et la promotion de la gestion éclairée par des données probantes.

### ***3. Diagnostic de situation en matière de suivi et évaluation de la lutte antituberculeuse***

Le suivi et évaluation (S&E) des programmes permettent en principe de déterminer les activités efficaces qu'il convient de développer, celles qui ne le sont pas et qui devraient être interrompues ou bénéficier d'un renforcement des capacités.

En Tunisie, le système de gestion des données et des informations sanitaires n'est pas assez développé pour bien gérer les informations sanitaires et assurer une mise à jour opportune des informations et une diffusion effective des informations aux différents intervenants. Néanmoins, les éléments de base du système existent et méritent d'être améliorés.

Nous présentons une description succincte des sources, de la collecte et de l'acheminement de l'information.

#### ***3.1. Le système des maladies transmissibles à déclaration obligatoire (MDO)***

La notification des cas de tuberculose est intégrée dans le système de maladies transmissibles à déclaration obligatoire (MDO) (Loi 07/12 du 12 février 2007 relative aux maladies transmissibles). La déclaration se fait en double exemplaires de la part de tout médecin ou biologiste qui diagnostique ces infections ou, qui en a pris connaissance, quel que soit son statut ou son mode d'exercice. Le système se base sur une collecte au niveau local concernant l'ensemble des structures sanitaires du pays à savoir les hôpitaux et les CSB publics, les laboratoires privés et publics, les cabinets médicaux et les cliniques privées, et les polycliniques de la caisse nationale de la sécurité sociale. L'acheminement de l'information se fait à l'aide d'un formulaire en double exemplaires dont l'un est envoyé au niveau régional (service régional des soins de santé de base à travers l'équipe de la circonscription sanitaire) et le deuxième au niveau central (DSSB). Le circuit d'information implique les structures sanitaires des 3 niveaux : périphérique (CSB et circonscription sanitaire), régionale (service régionale de la santé publique au sein de la direction régionale de la santé publique) et national (Direction des soins de santé de base).



Ce système a l'avantage d'intégrer toutes les maladies transmissibles et de permettre d'avoir des données dans un intervalle intermédiaire entre le temps réel et celui en relation avec une compilation trimestrielle des données avec l'avantage des données individuelles qui figurent sur chaque fiche de déclaration pour chaque malade.

Cependant, comme tout système de surveillance passive, il ne permet pas d'avoir des données exhaustives avec un taux de sous déclaration notamment des cas de tuberculose extra pulmonaire de la part des structures sanitaires universitaires. Par ailleurs, il présente d'autres faiblesses: les données manquantes, les déclarations multiples pour un seul malade; la répartition des cas à microscopie positive selon l'âge non précisée.

Ces faiblesses sont en partie corrigées par le système des rapports trimestriels lui-même basé sur une compilation trimestrielle des données.

### *3.2. Les enquêtes épidémiologiques autour des cas déclarés de tuberculose*

Une enquête sanitaire est effectuée auprès des nouveaux cas dépistés avec l'utilisation d'un support spécifique renfermant des informations relatives, entre autres, aux activités de dépistage de l'entourage. L'enquête réalisée par le niveau local (circonscription sanitaire), le niveau régional (service régional des soins de santé de base - SRSSB) procède à l'analyse de l'information et la transmet trimestriellement au niveau central (DSSB).

Cependant le taux de couverture par les enquêtes épidémiologiques n'est pas satisfaisante (64,4% en 2008) avec examen seulement de la moitié des personnes contacts des cas déclarés.

### *3.3. Le système des rapports trimestriels*

Ce système permet de compléter le système des MDO et d'établir une vérification croisée des données épidémiologiques entre les deux systèmes. Il a été révisé en 1997 pour intégrer les données nécessaires au suivi et évaluation de la stratégie DOTS en conformité avec le modèle de l'OMS, ainsi, il y a eu instauration de nouveaux supports (registres, fiches de liaison, rapports) à différents niveaux du système de soins et aux différents types de structures :

- **Au niveau périphérique :**
  - L'ensemble des CSB en Tunisie disposent d'un cahier de traitement ambulatoire (suivi des patients sous antituberculeux), d'un registre des prélèvements de crachats (registre des suspects renfermant des informations sur les examens des crachats), d'une fiche de demande des examens de crachats et une fiche de liaison à la consultation de 2<sup>ème</sup> ligne chargée de la prise en charge des tuberculeux au niveau régional. [Selon les régions, la consultation de 2<sup>ème</sup> ligne est assurée à la consultation de pneumo-phtisiologie régionale ou encore au dispensaire antituberculeux (DAT: ce sont des structures qui assurent l'examen des malades pour diagnostic de la tuberculose et le suivi médical des malades sous traitement en plus des tâches gestionnaires de la lutte antituberculeuse à l'échelle régionale) ; pour les régions ayant un hôpital universitaire, la consultation peut être assurée aussi en 3<sup>ème</sup> ligne].
  - Les CSB établissent mensuellement un rapport de 'suivi des traitements des tuberculeux', un rapport de 'nombre de jours sous DOTS' (à partir des

fiches individuelles récupérées auprès des patients sous antituberculeux) et un rapport des activités de dépistage. Ces rapports sont acheminés à la circonscription sanitaire.

○ Les unités de bacilloscopie disposent d'un registre des examens de crachat et établissent un rapport mensuel des activités de l'unité envoyé à la circonscription ou bien au SRSSB (selon les régions).

- **Au niveau local** qui correspond à la circonscription sanitaire (CS): vu que l'organisation des circonscriptions sanitaires vient d'être officialisée (la nomination des médecins chef de circonscription est en cours), la compilation et l'analyse des données provenant du niveau périphérique n'est pas systématique à ce niveau. Néanmoins la plupart des CS établissent des rapports trimestriels (rapport de traitement, rapport des activités de dépistage, rapport DOTS, rapport des unités de bacilloscopie) qui sont acheminés par la suite au niveau de la région (service régional des soins de santé de base : SRSSB). Par ailleurs, la circonscription qui a la charge d'enquêter autour des cas déclarés, détient un 'cahier des enquêtes épidémiologiques et de rappel des défaillant' et envoie les enquêtes au niveau régional.
- **Au niveau de la région**, l'unité de gestion du programme de lutte contre la tuberculose (au sein du SRSSB) :
  - détient un registre régional de la tuberculose et un cahier des enquêtes épidémiologiques (dans certaines régions, ces registres sont gérés par le DAT),
  - reçoit les rapports des CS (ou directement les rapports des CSB si les CS ne procèdent pas à une compilation et une analyse des rapports des CSB), les rapports des consultations externes de 2<sup>ème</sup> ligne et certaines consultations de 3<sup>ème</sup> ligne (pour ces dernières, la collaboration n'est pas systématique), le rapport 'des mouvements des malades des services hospitaliers' (à partir des services de pneumo-phtisiologie des hôpitaux universitaires et les services de médecine internes des hôpitaux régionaux), le rapport des unités de radiologie (au niveau des régions, les unités de radiologies au sein des DAT détiennent un registre de radiologie ; le rapport établi de cette activité est acheminé au SRSSB).
  - établit un rapport annuel, trois rapports trimestriels des activités de LAT, de négativation de la bacilloscopie après la phase initiale de traitement (deux mois de traitement) et des résultats à la fin du traitement, et un rapport semestriel de nombre de jours sous DOTS.
  - Ces rapports sont acheminés au niveau central au PNLT au sein de la DSSB (MSP).
- **Au niveau central**, les données sont compilées et analysées à l'aide d'un ancien logiciel (DATAEASE).

Les faiblesses du système des rapports sont relatives à la multitude des rapports à établir, au manque d'information à propos de certaines composantes de la stratégie Halte à la Tuberculose, à l'absence de contrôle de la qualité de l'information collectée, à la supervision irrégulière et insuffisante, l'insuffisance de l'analyse et de l'interprétation des résultats, au manque d'implication de certaines structures universitaires et régionales dans la collecte des données (sous déclaration surtout des formes de tuberculose

extrapulmonaire, établissement des rapports de mouvements des patients ...) et au retard de la diffusion de l'information.

Par ailleurs, il n'existe pas actuellement une intégration parfaite des deux systèmes (MDO et rapports) qui ne permettent pas de fournir tous les indicateurs nécessaires pour le suivi et l'évaluation du programme national.

Le grand manque est relatif à **l'absence d'un système électronique** individualisé permettant d'avoir des données précises et exhaustives.

**La rétro information** est limitée à une diffusion large (aux SRSSB, aux services hospitaliers impliqués dans les activités des programmes nationaux et à d'autres partenaires) d'un rapport national des activités de la DSSB. Un rapport trimestriel national de lutte antituberculeuse était systématiquement produit et diffusé à toutes les régions et aux intervenants du programme au cours des années 90 mais il a dû être arrêté par manque de ressources humaines et avec l'augmentation des programmes de santé gérés par la DSSB.

En outre, **la recherche** dans le domaine du système de santé en général, et le programme de la lutte antituberculeuse en particulier, est peu développée.

## **4. Le système de Suivi et évaluation du PNLT à mettre en place**

### **4.1. Indicateurs clés pour le Suivi et Evaluation du PNLT**

Comme recommandé par le FM, un nombre restreint d'indicateurs pertinents, spécifiques et objectivement vérifiables, a été sélectionné pour surveiller les progrès réalisés au niveau des différents objectifs.

Les indicateurs du S&E ont été identifiés à partir des principaux domaines d'intervention de la stratégie nationale de lutte contre la tuberculose en Tunisie (2008-2015).

Le but du PNLT est de réduire l'incidence de la tuberculose et d'atteindre les objectifs du partenariat halte à la tuberculose pour 2015, qui consistent à réduire de moitié la prévalence et la mortalité de la tuberculose par rapport aux valeurs de référence de 1990, et à renforcer les progrès pour éliminer la maladie en 2050.

Au total, trois indicateurs d'impact, six indicateurs d'effets et 20 indicateurs d'output ont été identifiés (Annexe 1).

Il est utile de souligner que la liste de ces indicateurs n'est pas limitative pour l'ensemble du processus de suivi et évaluation du programme ; ainsi, il est possible que ces indicateurs ne couvrent pas la totalité des activités figurant dans les plans d'actions des partenaires. En conséquence, les partenaires seront amenés à fournir les niveaux d'indicateurs additionnels, qui seront identifiés et définis en concertation avec eux, pour permettre de mesurer l'état d'avancement de l'ensemble des activités prévues dans les plans d'action.

#### **4.1.1. Indicateurs d'impact**

##### **Indicateur: Taux de prévalence de la tuberculose**

- Définition : Nombre estimé de tous les cas de TB active pour 100 000 personnes à un moment précis.  
Numérateur : nombre estimé de l'ensemble des cas de TB active au cours de l'année  
Dénominateur : la population totale de la zone indiquée, au cours de la même année
- Données de base: 28 / 100 000 en 2007 selon le Rapport global de l'OMS 2008 <sup>1</sup>.
- Cibles définies: 23,7 / 100 000 (en 2014)
- Sources des données de l'indicateur : Rapport global de l'OMS et le système national de surveillance (taux de cas déclarés) après sa certification.
- Fréquence de collecte des données : annuelle
- Responsable de la collecte des données et des rapports : DSSB

##### **Indicateur : Taux d'incidence de la tuberculose**

- Définition : Nombre estimé des nouveaux cas de tuberculose par an sur 100 000 personnes  
Numérateur : Nombre estimé de nouveaux cas de TB survenus au cours de l'année  
Dénominateur : la population totale de la zone indiquée au cours de la même année
- Données de base : 26 /100 000 en 2007 selon le Rapport Global de l'OMS 2008.
- Cibles définies: 21,9/100 000 en 2014
- Sources des données de l'indicateur : Rapport global de l'OMS et le système national de surveillance après sa certification.

<sup>1</sup> WHO. Global Tuberculosis Control 2009. Epidemiology strategy financing.

- Fréquence de collecte des données : annuelle
- Responsable de la collecte des données et des rapports : DSSB

#### **Indicateur: Taux de mortalité due à la tuberculose**

- Définition: Nombre estimé de décès dus à la tuberculose (tous les cas) par an sur 100 000 Personnes
  - Le numérateur: Nombre estimé de décès dus à la tuberculose survenu au cours de l'année
  - Le dénominateur: la population totale de la zone indiquée au cours de la même année
- Données de base: 3 / 100000 (en 2007 selon le rapport global de l'OMS 2008)
- Cibles définies en fonction de la fréquence de mesure : 1,5 ( en 2014)
- Sources des données de l'indicateur : Rapport global de l'OMS et le système national de surveillance après sa certification.
- Fréquence de collecte des données : annuelle
- Responsable de la collecte des données et des rapports : DSSB

#### **4.1.2. Indicateurs d'effet**

#### **Indicateur: Taux de détection des cas - Nouveaux cas de tuberculose à frottis positif (Nombres et pourcentage)**

- Définition : Proportion des nouveaux cas de tuberculose à frottis positif détectés (diagnostiqués et signalés à l'autorité sanitaire nationale) parmi le nombre total de nouveaux cas estimés de tuberculose à frottis positif par an.
  - Numérateur : Nombre annuel de nouveaux cas de tuberculose à frottis positif détectés (déclarés aux autorités sanitaires)
  - Dénominateur : Nombre total estimé de nouveaux cas de tuberculose à frottis positif survenant chaque année dans le pays (incidence).
- Données de base : 78 % en 2007 selon le rapport global de l'OMS 2008
- Cibles définies: 90 % (2014)
- Sources des données de l'indicateur : rapports des laboratoires et système de déclaration obligatoire des maladies pour le numérateur et estimation du nombre de nouveaux cas à frottis positifs attendu au niveau du pays une estimation effectuée par l'OMS pour le dénominateur.
- Fréquence de collecte des données : annuelle
- Responsable de la collecte des données et des rapports : DSSB

#### **Indicateur: Taux de succès thérapeutique : nombre et pourcentage des nouveaux cas de tuberculose à frottis positif achevant avec succès un traitement**

- Définition : Nombre des nouveaux cas de tuberculose à frottis positif achevant avec succès leur traitement parmi l'ensemble des nouveaux cas de TB à frottis positif répertoriés sur une période définie
  - Le numérateur : Nombre de nouveaux cas de tuberculose pulmonaire recensés sur une période donnée (trimestre ou année) qui ont été soignés (l'achèvement avec succès signifie la guérison clinique avec ou sans preuve bactériologique)
  - Le dénominateur : Nombre des nouveaux cas de TB à frottis positif répertoriés au cours de la même période (trimestre ou année).

- Données de base : 91 selon le rapport global de l'OMS 2008
- Cibles définies : 92% en 2014
- Sources des données de l'indicateur : Registre de tuberculose; rapports trimestriels sur les résultats du traitement
- Fréquence de collecte des données : Trimestrielle et annuelle
- Responsable de la collecte des données et des rapports : DSSB

### ***4.1.3. Principaux Indicateurs de couverture et de résultats***

#### **4.1.3.1. Objectif 1: Renforcer la stratégie DOTS, en améliorant l'accessibilité au diagnostic et au traitement afin de cibler les MDR-TB et les populations à haut risque**

- **DPS1.1 Renforcement du réseau de laboratoires dans le pays**

#### **Indicateur: Nombre de laboratoires de culture solide équipés**

- Définition : **Nombre de laboratoires de culture solide équipés**
- Données de base : 7 laboratoires (en 2008 selon les rapports du programme)
- Cibles : 9 laboratoires (2 laboratoires sont à renforcer dans le cadre du projet du GFATM)
- Sources des données de l'indicateur : données du programme
- Fréquence de collecte des données : annuelle
- Responsable de la collecte des données et des rapports : DSSB

#### **Indicateur : Nombre de techniciens de laboratoire formés**

- Définition : Nombre de techniciens de laboratoire formés
- Données de base : 25 (2008 selon rapports du programme)
- Cibles : à former 60 techniciens la première année et 60 la 2<sup>ème</sup> année) ;
- Sources des données de l'indicateur : Listes de présence au cours des sessions de formation.
- Fréquence de collecte des données : annuelle
- Responsable de la collecte des données et des rapports : Société Tunisienne des Maladies Respiratoires (STMR)

#### **Indicateur : Nombre de laboratoires avec au moins un technicien formé**

- Définition : Nombre de laboratoires avec au moins un technicien formé
- Données de base : 20 (en 2008 à partir des rapports du programme)
- Cibles: 76 laboratoires au bout de 2 ans.
- Source des données de l'indicateur : rapports du programme
- Fréquence de collecte des données : Rapports Trimestriels régionaux
- Responsable de la collecte des données et des rapports : DSSB

#### **Indicateur : Nombre et pourcentage de laboratoires appliquant les procédures de contrôle de qualité externe de (a) la microscopie (b) culture (si applicable) et (c) test de sensibilité des antituberculeux selon les procédures internationales**

- Définition (pour la microscopie): Nombre et pourcentage de laboratoires appliquant les procédures de contrôle de qualité externe de la microscopie selon les procédures internationales
- Données de base : non disponible
- Cibles (pour la microscopie): 33 (50%) à la fin du 1<sup>er</sup> semestre et 66 (100%) à la fin du 2<sup>ème</sup> semestre de la 1<sup>ère</sup> année (pour la microscopie)
- Sources des données de l'indicateur: Rapports du programme et Rapports trimestriels de contrôle externe de qualité
- Fréquence de collecte des données : trimestrielle
- Responsable de la collecte des données et des rapports : DSSB

**Indicateur: Nombre et pourcentage de laboratoires montrant la performance appropriée, parmi celles qui ont reçu l'assurance qualité externe de (a) la microscopie (b) culture (si applicable) et (c) test de sensibilité des antituberculeux**

- Définition (pour la microscopie): Nombre et pourcentage de laboratoires appliquant les procédures de contrôle de qualité externe et montrant la performance appropriée de la microscopie selon les procédures internationales
- Données de base : non disponible
- Cibles: 53 (80%) (pour la bacilloscopie) à la fin du 4<sup>ème</sup> semestre.
- Sources des données de l'indicateur: Rapports du programme et Rapports trimestriels de contrôle externe de qualité
- Fréquence de collecte des données : trimestrielle
- Responsable de la collecte des données et des rapports : DSSB

**• DPS1.2- Renforcement de la gestion des médicaments pour améliorer l'accessibilité des patients au traitement**

**Indicateur: Nombre et pourcentage de centres de santé n'ayant pas eu de ruptures de stock des antituberculeux de 1<sup>ère</sup> ligne le dernier jour du trimestre**

- Définition : Nombre et pourcentage de centres de santé n'ayant pas eu de ruptures de stock le dernier jour du trimestre
- Données de base : 1661/2076 (80%) en 2007 selon les rapports du programme
- Cibles définies en fonction de la fréquence de mesure : 1806 (87%) à la fin de la 1<sup>ère</sup> année et 96% la 2<sup>ème</sup> année.
- Sources des données de l'indicateur : Rapports Trimestriels régionaux
- Fréquence de collecte des données : trimestrielle
- Responsable de la collecte des données et des rapports : DSSB

**• DPS1.3 -Renforcement du système de suivi et d'évaluation et évaluer l'impact**

**Indicateur: Nombre de visites de supervision effectuées du niveau central au niveau régional par rapport au nombre prévu (nombre et proportion)**

- Définition : Nombre de visites de supervision effectuées du niveau central au niveau régional par rapport au nombre prévu (nombre et proportion)
- Données de base: 24 visites par an en 2008 selon le PNLT

- Cibles: 96 visites par an à partir de la 1<sup>ère</sup> année.
- Sources de collecte des données de l'indicateur : Rapports de supervision du PNLT
- Fréquence de collecte des données : mensuelle
- Responsable de la collecte des données et des rapports : DSSB

**Indicateur: Nombre de visites de supervision effectuées du niveau régional au périphérique par rapport au nombre prévu (nombre et proportion)**

- Définition : Nombre de visites de supervision effectuées du niveau régional au périphérique par rapport au nombre prévu (nombre et proportion)
- Données de base : 100 par an en 2008 selon le PNLT
- Cibles: 2076 visites par an à partir de la 1<sup>ère</sup> année
- Sources des données de l'indicateur: Rapports de supervision des régions et des CS.
- Fréquence de collecte des données : mensuelle
- Responsable de la collecte des données et des rapports : DSSB

**Indicateur 18 : Nombre et pourcentage d'unité de gestion de base soumettant dans les délais leurs rapports, conformément aux directives nationales**

- Définition : Nombre et pourcentage d'unité de gestion de base (régionale) soumettant dans les délais leurs rapports, conformément aux directives nationales
- Données de base : 17 unités de base (70%) en 2008 selon le PNLT
- Cibles: 22 unités de base (90%) à la fin de la 1<sup>ère</sup> année et 24 (100%) à partir de la 2<sup>ème</sup> année.
- Sources des données de l'indicateur : Rapports Trimestriels du PNLT
- Fréquence de collecte des données : trimestrielle
- Responsable de la collecte des données et des rapports : DSSB

**4.1.3.2.Objectif 2 : Améliorer le dépistage et la prise en charge de la tuberculose multi résistante**

- **DPS2.1- Dépistage et prise en charge des malades de tuberculose multi résistante**

**Indicateur : Cas de tuberculose (nouveaux cas et retraitement) subissant des tests de sensibilité aux médicaments (nombre et pourcentage) parmi les personnes éligibles au test de sensibilité des anti TB, selon la stratégie nationale.**

- Définition : Cas de tuberculose subissant des tests de sensibilité aux médicaments (nombre et pourcentage) parmi les personnes éligibles au test de sensibilité des anti TB, selon la stratégie nationale
- Données de base: 200 en 2008 selon les rapports du programme
- Cibles: 300 (30%) fin de la 1<sup>ère</sup> année et un cumul de 1000 patients (100%) à la fin de la 2<sup>ème</sup> année.
- Sources des données de l'indicateur : Rapports Trimestriels du PNLT
- Fréquence de collecte des données : trimestrielle
- Responsable de la collecte des données et des rapports : DSSB



**Indicateur: Nombre de patients sous traitement anti TB de 2<sup>ème</sup> ligne, ayant une MDR-TB confirmé par laboratoire**

- Définition: Nombre de patients sous traitement anti TB de 2<sup>ème</sup> ligne, ayant une MDR-TB confirmé par laboratoire
- Données de base: 8
- Cibles: 20 à la fin de la 1<sup>ère</sup> année et un cumul de 40 à la fin de la 2<sup>ème</sup> année
- Sources des données de l'indicateur : Rapports Trimestriels du PNLT
- Fréquence de collecte des données : trimestrielle
- Responsable de la collecte des données et des rapports : DSSB

**4.1.3.3. Objectif 3 : Améliorer le dépistage et la prise en charge de la tuberculose chez les populations à haut risque.**

- **DPS 3.1 Dépistage et prise en charge de l'infection et de la maladie chez les sujets contacts.**

**Indicateur: Nombre et pourcentage des sujets contacts examinés par rapport au nombre de contacts identifiés parmi l'ensemble des cas dépistés et parmi les cas dépistés à frottis positif**

- Définition : Nombre et pourcentage des sujets contacts examinés par rapport au nombre de contacts identifiés
- Données de base : 5000 personnes (50%) en 2008 selon les rapports du programme
- Cibles définies: 90% à la fin de la 1<sup>ère</sup> année,
- Sources des données de l'indicateur : Rapports Trimestriels du PNLT,
- Fréquence de collecte des données : trimestrielle,
- Responsable de la collecte des données et des rapports : DSSB

- **DPS 3.2 Dépistage et prise en charge de l'infection et de la maladie chez les prisonniers.**

**Indicateur: Nombre de personnel chargé du contrôle de l'infection en milieu carcéral formé par rapport au nombre prévu**

- Définition : nombre de personnel chargé du contrôle de l'infection formé par rapport au nombre prévu  
Le numérateur : nombre de personnel chargé du contrôle de l'infection formé  
Le dénominateur : nombre de personnel de santé exposé
- Données de base : 10
- Cible: 60 fin de la 1<sup>ère</sup> année,
- Sources des données de l'indicateur : listes de présence au cours de formation
- Fréquence de collecte des données : trimestrielle
- Responsable de la collecte des données et des rapports : STMR

**Indicateur: Nombre et pourcentage des personnes tuberculeux à frottis positif déclarés parmi le total des prisonniers**

- Définition : Nombre et pourcentage des personnes tuberculeux à frottis positif déclarés parmi le total des prisonniers
  - Données de base: 40 (0,26%) (dénominateur non disponible)
  - Cibles: (0,2%) fin de la 2<sup>ème</sup> année.
  - Sources des données pour de l'indicateur: pour le numérateur la DSSB, pour le dénominateur le Ministère de la Justice.
  - Fréquence de collecte des données : annuelle
  - Responsable de la collecte des données et des rapports: STMR
- **DPS 3.3 Prévention, dépistage et prise en charge de l'infection et de la maladie chez le personnel de santé exposé**

#### **Indicateur: Nombre de personnels formés par rapport au nombre prévu**

- Définition : nombre de personnel formé par rapport au nombre prévu
- Données de base: 0 en 2008 selon le PNLT
- Cibles: 60 au 1<sup>er</sup> semestre, et 270 fin de la 2<sup>ème</sup> année.
- Sources des données pour de l'indicateur: listes de présence au cours des formations.
- Fréquence de collecte des données : semestrielle
- Responsable de la collecte des données et des rapports: STMR

#### **4.1.3.4.Objectif 4 : Lutter contre la co-infection TB/VIH**

- **DPS 4.1 - Surveillance de l'infection VIH chez les patients tuberculeux.**

#### **Indicateur: Pourcentage de nouveaux cas de tuberculose qui ont été testés pour le VIH**

- Définition :
  - Le numérateur : Nombre total de nouveaux patients tuberculeux répertoriés au cours d'une période donnée qui sont dépistés pour le VIH pendant leur traitement de TB
  - Le dénominateur : nombre total de patients atteints de tuberculose répertoriés au cours de la même période
- Données de base : 4% en 2007 selon le PNLT
- Cibles définies en fonction de la fréquence de mesure : 40% à la fin de la 1<sup>ère</sup> année.
- Sources des données de l'indicateur : rapports Trimestriels du PNLT
- Fréquence de collecte des données : trimestrielle
- Responsable de la collecte des données et des rapports : DSSB

#### **Indicateur: Pourcentage des patients atteints de TB et séropositifs au VIH qui ont commencé ou poursuivent une thérapie ARV au cours ou à la fin de leur traitement TB par rapport au nombre total de patients atteints de tuberculose et séropositifs**

- Définition : Pourcentage des patients atteints de TB et séropositifs au VIH qui ont commencé ou poursuivent une thérapie ARV au cours ou à la fin de leur traitement TB par rapport au nombre total de patients atteints de tuberculose et séropositifs

**Le numérateur :** Tous les patients atteints de tuberculose et séropositifs, répertoriés au cours d'une période donnée qui reçoivent une thérapie ARV (commencent ou poursuivent un ARV commencé auparavant).

**Le dénominateur :** Tous les patients atteints de tuberculose et séropositifs, répertoriés au cours d'une période donnée. Tous les patients atteints de la tuberculose et séropositifs admis au cours de la même période.

- Données de base : (4 malades parmi les 4 diagnostiqués) en 2008 selon le PNLT
- Cible : > 95%
- Sources des données de l'indicateur : Rapports Trimestriels du PNLT
- Fréquence de collecte des données : trimestrielle
- Responsable de la collecte des données et des rapports : DSSB

#### **4.1.3.5. Objectif 5 : Renforcer l'implication du système de santé dans les activités relevant de la lutte anti tuberculeuse, notamment dans le domaine de la détection des cas et de la prise en charge**

- **DPS 5.1 Mise en œuvre de l'Approche Pratique de la Santé Respiratoire (APSR ou PAL) au niveau des centres de santé de base**

#### **Indicateur : Nombre et pourcentage de CSB qui ont implanté l'approche pratique de la santé respiratoire parmi l'ensemble des CSB**

- Définition : Nombre et pourcentage de CSB qui ont implanté l'approche pratique de la santé respiratoire (Practical Approach to Lung health /PAL)
  - Le numérateur : Nombre de CSB qui ont implanté le PAL
  - Le dénominateur : Nombre total des CSB
- Données de base: 20 (0,96%) en 2004 selon les rapports du programme
- Cible : 44 CSB à la fin du 4<sup>ème</sup> semestre et 2076 (100%) à la fin de la 2<sup>ème</sup> année
- Sources des données de l'indicateur : Rapports Trimestriels du PNLT et de la STMR.
- Fréquence de collecte des données : trimestrielle
- Responsable de la collecte des données et des rapports : STMR

#### **Indicateur: Nombre de médecins de CSB formé au PAL par rapport au nombre prévu**

- Définition : Nombre de médecins de CSB formé au PAL par rapport au nombre prévu
  - Le numérateur : Nombre de médecins de CSB formé au PAL
  - Le dénominateur : total des médecins exerçant dans les CSB
- Données de base : 100 en 2004 selon les rapports du programme
- Cible : 24/ 1464 (2%) à la fin de la première année, et 100% fin de la 2<sup>ème</sup> année
- Sources des données de l'indicateur : Rapports Trimestriels du PNLT et de la STMR
- Fréquence de collecte des données : trimestrielle
- Responsable de la collecte des données et des rapports : STMR

#### **Indicateur: Nombre des formateurs formés**

- Définition : Nombre des formateurs formés pour assurer la formation au PAL

- Données de base : zéro
- Cible : 24 la fin de la 1<sup>ère</sup> année
- Sources des données de l'indicateur : Rapports Trimestriels de la STMR
- Fréquence de collecte des données : semestrielle
- Responsable de la collecte des données et des rapports : STMR

#### **4.1.3.6. Objectif 6 : Développer la recherche dans le domaine de la lutte antituberculeuse**

- **DPS 6.1. Résolution des problèmes du programme par la recherche opérationnelle**

##### **Indicateur: Nombre d'études de recherche opérationnelle achevées et dont les résultats ont été diffusés**

- Définition : Nombre d'études de recherche opérationnelle achevées et dont les résultats ont été diffusés
- Données de base : 2 en 2002 selon le PNLT
- Cible : 1 à la fin de la 2<sup>ème</sup> année
- Sources des données de l'indicateur : Rapports de la STMR
- Fréquence de collecte des données : annuelle
- Responsable de la collecte des données et des rapports : STMR

- **DPS 6.2 Renforcement des capacités de recherche du personnel du PNLT**

##### **Indicateurs: Nombre de personnel du PNLT formé**

- Définition : Nombre de personnel du PNLT formé en matière de méthodologie de la recherche
- Données de base : aucun personnel
- Cible: 30 personnels à la fin de la première année
- Sources des données de l'indicateur : Rapports du PNLT
- Fréquence de collecte des données : annuelle
- Responsable de la collecte des données et des rapports : STMR

#### **4.1.3.7. Objectif 7 : Renforcement des systèmes communautaires pour assumer une prise en charge satisfaisante des populations cibles**

- **DPS 7.1. Sensibilisation, communication, mobilisation sociale**

##### **Indicateurs: Nombre de malades ou leurs proches ou accompagnateurs sensibilisés à travers des séances d'animation dans les structures de santé pour qu'ils consultent et se prêtent à un dépistage**

- Définition : Nombre de malades ou leurs proches ou accompagnateurs sensibilisés à travers des séances d'animation dans les structures de santé pour qu'ils consultent et se prêtent à un dépistage  
Le numérateur :

**Le dénominateur :**

- Données de base : 0 en 2008 selon le PNLT
- Cible : 100 à la fin de la 1<sup>ère</sup> année, 200 au 3<sup>ème</sup> semestre, 360 au 4<sup>ème</sup> semestre et 500 dès la fin de la 3<sup>ème</sup> année.
- Sources des données pour l'indicateur: Rapports du PNLT
- Fréquence de collecte des données : semestrielle
- Responsable de la collecte des données et des rapports : DSSB

**Indicateurs : Pourcentage de la population ayant des connaissances correctes à propos de la maladie (mode de transmission, symptômes, traitement et guérison)**

- Définition : Pourcentage de la population ayant des connaissances correctes à propos de la maladie (mode de transmission, symptômes, traitement et guérison)
- Données de base: non disponible
- Cible : 30% à la fin de la 1<sup>ère</sup> année.
- Sources des données pour l'indicateur: enquête
- Fréquence de collecte des données : toutes les 2 années
- Responsable de la collecte des données et des rapports : DSSB

## 4.2. Structures et responsabilités du plan de S&E

Le S&E sera opérationnel grâce à la participation des différents partenaires dans le projet, en accord avec leur engagement dans ce processus.

La lutte anti-tuberculeuse sera organisée selon quatre niveaux :

- **Niveau National**

La coordination générale du processus de suivi évaluation au niveau national sera assurée par l'unité centrale du PNLT, le comité national de lutte contre la tuberculose (CNLT) et le CCM (Country Coordinating Mechanism). Le CCM a désigné la Direction des Soins de Santé de Base (DSSB) et la Société Tunisienne des Maladies Respiratoires (STMR-Organisations non gouvernementales et communautaires) comme deux récipiendaires principaux et elles auront la responsabilité du système de S&E, des aspects techniques du processus de S&E. *Une unité de gestion chargée d'assurer le suivi de l'exécution du programme Tuberculose sera mise en place au sein de la DSSB en tant que PR du secteur gouvernemental. Cette unité sera sous la responsabilité du gestionnaire du PNLT.* Les aspects financiers de ce système seront assurés conjointement par les deux BP, la DSSB (pour les objectifs 1-2-4- 6 et 7) et la STMR (pour les objectifs 3-5 et 6).

- **Niveau régional** :

Dans chaque région (24 gouvernorats), l'unité régionale de lutte contre la tuberculose (au sein de la Direction Régionale de la Santé Publique / Service des Soins de Santé de Base) *sous la responsabilité du chef de service des soins de santé de base* (en collaboration avec le point focal régional du PNLT), assurera le suivi et l'évaluation des activités du programme en coordination avec la consultation régionale externe de pneumo-physiologie (selon les régions, la consultation externe est assurée au dispensaire anti-tuberculeux (DAT) et/ou à l'hôpital régional et/ou dans un C.H.U). Les examens bactériologiques sont sous la responsabilité du laboratoire de bactériologie.

- **Niveau local** :

Le suivi et la supervision du programme (vérification des registres et des rapports des CSB, acheminement et compilation des rapports ainsi que l'analyse des données) sont assurés par l'équipe de la circonscription sanitaire (le surveillant de la circonscription et le responsable du programme au niveau de la circonscription) *sous la responsabilité du médecin chef de circonscription* en coordination avec les niveaux régional et périphérique. Les activités de l'unité de bacilloscopie sont sous la responsabilité du personnel paramédical chargé des examens sous la supervision du surveillant et du médecin chef de circonscription.

- **Niveau périphérique** :

Au niveau du CSB, le suivi des activités (dépistage bactériologique des cas de tuberculose pulmonaire parmi les consultants suspects de tuberculose et les contacts des malades, l'envoi des malades dépistés ou des malades suspects à la consultation externe régionale de pneumo-physiologie, la distribution des médicaments aux malades en traitement ambulatoire, suivi de la régularité du traitement à travers la tenue du registre de traitement ambulatoire, le suivi du DOTS), l'établissement des rapports ainsi que la tenue des registres sont *sous la responsabilité du médecin de la santé publique du CSB.*

**Renforcement des capacités :** Des séminaires et des stages de formation seront réalisés pour renforcer les capacités du personnel impliqué dans les activités du PNLT y compris les activités du S&E.

#### *4.3. Les activités de Suivi et évaluation du PNLT*

Le système national de S&E établira en concertation avec les partenaires, des procédures, des directives et des guides, qui devront être adoptés par les différents partenaires. L'ensemble des supports actuels sera révisé pour être totalement en ligne avec la stratégie STB. Les personnes impliquées directement dans ce processus, issues des différents partenaires bénéficieront de la formation nécessaire en matière de collecte, de gestion, d'analyse et d'archivage des données.

Un système standardisé de collecte, d'enregistrement, de mise en tableaux d'analyse et de rédaction de rapports, basé sur les supports et les outils standardisés sera développé en renforçant le système actuel.

L'ensemble des partenaires interviendront au niveau du suivi des activités et au niveau de la mesure de l'impact des interventions y compris les hôpitaux généraux, les structures de santé des autres ministères (intérieur, forces armées, prisons) qui participent au diagnostic et réfèrent les malades au programme national pour être traités, en raison de la gratuité des soins assurée par le PNLT.

Les PR travailleront sur la base des plans d'actions détaillés et confieront à des Sous PR des paquets d'interventions spécifiques en accord avec le CCM.

##### *4.3.1. Le système d'enregistrement et de notification*

Les données nécessaires au calcul des indicateurs seront collectées à partir de plusieurs sources (structures sanitaires, partenaires, sous populations exposées à risque élevé de transmission) et selon diverses méthodes, essentiellement le suivi routinier des activités aux différents niveaux, les enquêtes et aussi la recherche opérationnelle.

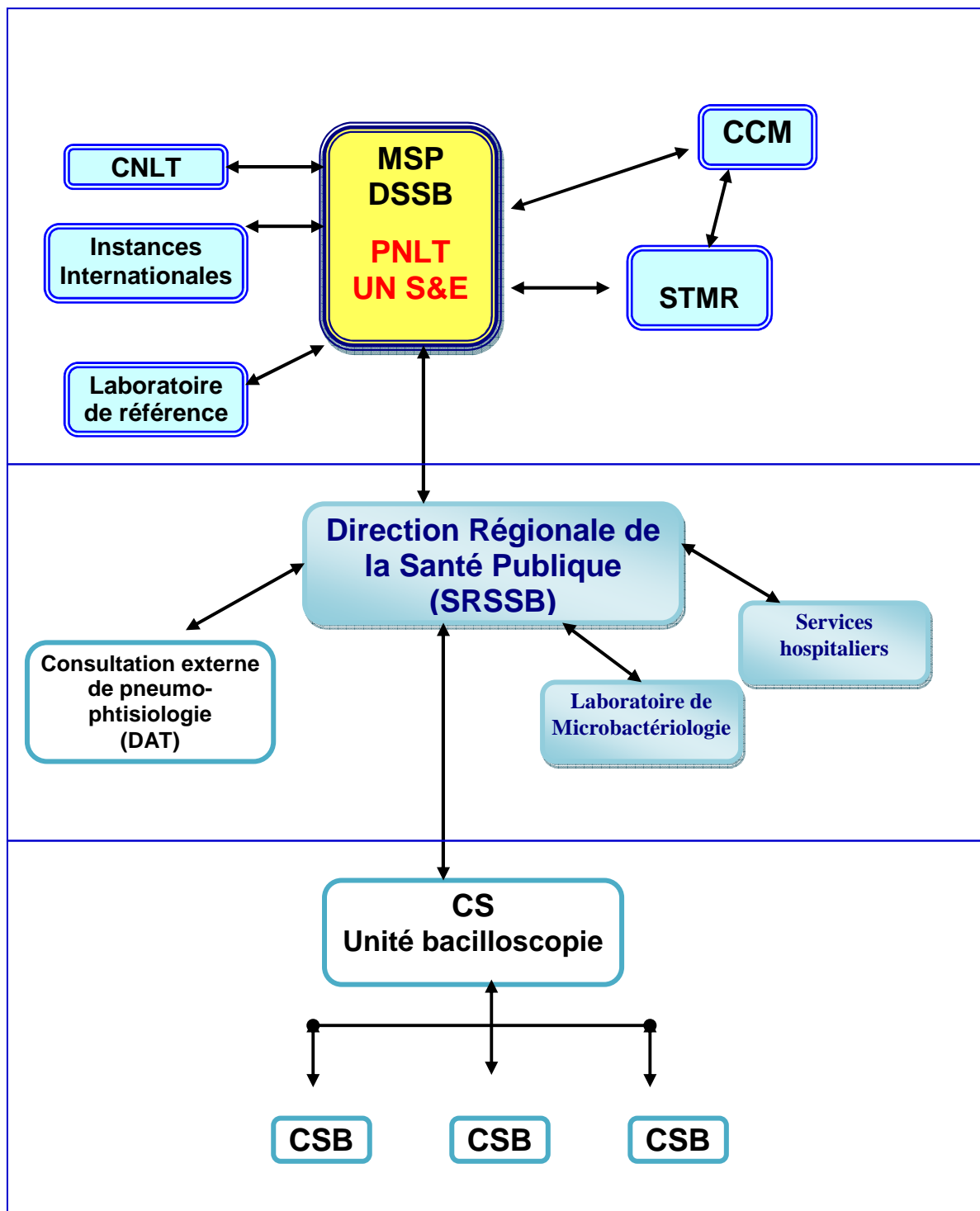
Le suivi routinier des activités sera assuré à l'aide des formulaires, des registres et des rapports de collecte de l'information standardisés, en ligne avec la stratégie STB (**annexe 4 : Formulaires et registres de collecte des données**) et informera sur la progression de la mise en œuvre des projets. Elle concernera les différents niveaux et les différents domaines de prestation de services: prévention et dépistage, soins et soutien des malades et le renforcement des capacités.

##### *4.3.2. Les circuits de soumission des rapports*

L'information sera collectée depuis la base (le niveau périphérique) vers le sommet (niveau central).

Pour les données relatives aux activités routinières, la transmission des données se fait du niveau inférieur vers le niveau supérieur selon des circuits d'information préétablis (figure 1). Dans un premier temps et avant l'informatisation du système, les rapports seront soumis sous format papier.

Figure 1 : Circuit de l'information des activités routinières





### *4.3.3. La base informatisée des données*

Le système d'enregistrement et de notification sera progressivement informatisé avec la création d'une base de données centrale nominale. Il peut s'agir d'un système web ou du système ERNS (revised Recording & Reporting - 2006). Ce système aura la même structure que les systèmes 'format papier'. Tout d'abord, les compétences du PNLT seront renforcées (recrutement de statisticien ou formation du personnel déjà disponible à la DSSB). Une base des données sera installée au niveau de l'unité de S&E du PNLT à la DSSB. Au niveau intermédiaire et dans une première étape, le logiciel sera installé au niveau de 2 ou 3 régions pilotes ensuite il sera généralisé aux autres régions. En fonction de la disponibilité des ressources, on procédera à l'informatisation progressive du système au niveau des circonscriptions sanitaires.

### *4.4. Le système d'assurance qualité des données*

Il est important de disposer des données fiables et valides puisque le principal objectif du système de S&E est d'utiliser les résultats pour améliorer les programmes.

En ce qui concerne la fiabilité et la validité des données: La Tunisie dispose d'un système sanitaire assez développé et d'un programme de lutte contre la tuberculose déjà implanté ; les médicaments antituberculeux ne sont fournis que dans le secteur public et leur livraison de la part du PNLT vers les responsables régionaux ne se fait qu'à la suite d'élaboration des rapports d'activités de dépistage et de prise en charge des malades tuberculeux. Ainsi, l'information concernant le nombre de cas des tuberculeux dépistés est plutôt **exhaustive** c'est-à-dire l'ensemble des cas diagnostiqués finiront par être notifiés. Cependant, la **sous-estimation** de l'incidence et de la prévalence est en rapport avec le retard ou plus rarement l'absence de diagnostic des cas. Cet aspect, avec l'appui du GFATM, sera amélioré avec le renforcement des activités de dépistage.

Par ailleurs vu que la déclaration des cas est basée sur des critères de diagnostic multiples: microscopique, radiologique (voir un examen d'anatomopathologie en cas de tuberculose extrapulmonaire) et obligatoirement validés par un médecin pneumo-phtisiologue, le nombre des faux malades (**spécificité**) est plutôt très faibles.

Néanmoins, différents moyens permettent d'améliorer la qualité des données et notamment lors des remplissages des outils de collecte des données (pour avoir des données plus **complètes et sans biais**). Le système d'assurance qualité des données comportera trois volets à savoir la vérification de la fiabilité des données, la supervision et les réunions trimestrielles :

#### *4.4.1. Système de vérification des données*

La vérification des données sera effectuée à tous les niveaux :

- Niveau périphérique (circonscription sanitaire), le personnel chargé du programme sous la responsabilité du médecin chef de circonscription procédera périodiquement (une fois par semaine) avec le personnel des différentes structures impliquées dans les activités du programme, à une vérification croisée, d'une part du registre des suspects et celui du laboratoire et, d'autre part du registre du laboratoire à celui du traitement des tuberculeux afin de repérer et limiter les défaillants primaires et les défaillants initiaux. Par ailleurs, il vérifiera l'ensemble des rapports d'activités élaborés mensuellement par les structures sanitaires.

- Niveau intermédiaire : le service régional des soins de santé de base procédera à la vérification des supports tenus par les équipes des CS, des services hospitaliers et des unités de bacilloscopie.
- Niveau national : l'unité du S&E vérifiera l'ensemble des rapports provenant des gouvernorats

#### *4.4.2. La supervision*

La supervision fait partie intégrante de l'appui à tous les éléments essentiels de la stratégie Halte à la tuberculose. Elle est autant une extension de la formation qu'un processus systématique pour améliorer l'efficacité des soignants et des administrateurs de programmes au niveau régional et à celui des districts (coordonnateurs) en développant leurs connaissances, en perfectionnant leurs compétences, en améliorant la perspective qu'ils ont de leur travail et en renforçant leur motivation. Le système de supervision sera renforcé du niveau central au niveau régional et de ce niveau au niveau périphérique pour le contrôle de la qualité externe des laboratoires et les différentes activités du PNLT. Ce renforcement inclut l'utilisation des listes de contrôle standardisées avec des critères recommandés par l'OMS (annexe 5). Le programme des visites sera établi et discuté à l'avance au cours d'une réunion préparatoire, la discussion permettra aussi de prévoir les ressources nécessaires pour la supervision (personnels, véhicules/ transports, paperasse, matériels). Les visites seront établies selon une périodicité régulière: l'unité centrale de gestion assurera annuellement en moyenne quatre visites pour chaque gouvernorat, les structures impliquées dans la prise en charge des suspects et des malades (y compris le laboratoire) seront tous supervisées au moins une fois par an par le niveau intermédiaire (annexe 2). L'ensemble des visites de supervision seront documentées avec une rétro information à la structure supervisée. Un suivi de la mise en place des recommandations émanant de la supervision sera assuré.

#### *4.4.3. Les réunions périodiques*

Les réunions périodiques régulières seront organisées à tous les niveaux pour discuter des résultats obtenus, des problèmes rencontrés, de la planification, etc. On peut par exemple organiser les réunions nationales tous les six mois avec les responsables régionaux du PNLT; au niveau régional, les réunions peuvent avoir lieu tous les trimestres avec les responsables de CS, etc. Les objectifs et le calendrier de ces réunions devront être précisés à l'avance.

#### *4.5. Le plan de développement des capacités*

Les capacités seront renforcées aussi par la formation continue des intervenants selon le besoin. Il est prévu (annexe 2) de procéder à la formation des techniciens de laboratoire, du personnel de santé (groupes à haut risque parmi le personnel et parmi les prisonniers), les médecins des CSB (formation au PAL). En outre, les capacités de recherche du personnel du PNLT seront renforcées en matière de recherche opérationnelle.

Par ailleurs, pour le suivi et l'évaluation vue l'absence actuel de personnel dédié au S&E, une unité de S&E sera créée avec recrutement de nouveau personnel (voir **annexe 3**). Au niveau régional et local, le personnel déjà existant bénéficiera d'une information et une mise à jour de leur formation à propos de la collecte, l'analyse et l'acheminement des données (le programme est déjà bien implanté en Tunisie).

#### *4.6. La recherche opérationnelle*

La recherche opérationnelle vise en majeure partie à trouver des solutions pour améliorer la gestion du programme et réduire la transmission de l'infection. Elle sera développée et les études de recherche seront effectuées selon la stratégie halte à la tuberculose.

Les activités proposées visant à résoudre les problèmes du programme sont les études suivantes :

- Etude CAP pour déterminer les connaissances, les attitudes et les pratiques à propos de la maladie (prévention, signes, dépistage, traitement). Le protocole de l'enquête sera aligné avec celui recommandé par l'OMS et l'enquête sera effectuée auprès d'un échantillon de 3842 personnes<sup>1</sup>.
- Epidémiologie de *M bovis* en Tunisie : L'étude vise à connaître la contribution de *M bovis* dans la transmission de la maladie. Elle vise aussi à déterminer le rôle de certains facteurs comme la consommation du lait ou ses dérivés non pasteurisé, ainsi que les groupes à risque tels que les fermiers qui peuvent être infectés par les bovins à travers les voies respiratoires.
- Enquête sur les facteurs associés à la tuberculose multi-résistante. Comme le programme aura renforcé le réseau des laboratoires dans le pays, y compris la culture et tests de sensibilité, une surveillance de la tuberculose multi-résistante à l'échelle nationale sera établie. L'incidence de la tuberculose MDR parmi les nouveaux cas et ceux de retraitement sera obtenue par le système de surveillance et ne nécessitera pas une enquête. Une étude sur les facteurs associés à la MDR-TB sera conduite pour identifier les facteurs ou groupes à risques et aider le programme à développer une intervention pour la prévention de la résistance aux antituberculeux dans le pays.
- Autres études seront aussi développées selon les lacunes du programme durant la durée de la proposition.

#### *4.7. L'identification des leçons tirées, des lacunes et des priorités*

Le comité national de lutte contre la tuberculose et les principaux intervenants, notamment les bailleurs de fonds, doivent se réunir périodiquement en vue d'examiner les rapports de suivi et d'évaluation, d'identifier les enseignements les plus importants et de convenir de recommandations et de décisions stratégiques éclairées par des données probantes.

#### *4.8. La diffusion et l'utilisation de l'information*

La diffusion de l'information est une importante composante du S&E. Elle entretient une bonne collaboration entre les différents secteurs impliqués dans la lutte contre le sida. Le partage de l'information motive ceux chargés de la collecte des données à améliorer la fiabilité des données.

Le DSSB en coordination avec le CNLT assure la diffusion des résultats (suivi, évaluation y compris les études de recherche) auprès des décideurs, des partenaires, des structures d'exécution et de la population en collaboration avec les structures décentralisées de coordination. Chaque responsable de structure de coordination veillera à assurer la rétro-information des résultats des analyses pour que ceux chargés de la collecte des données puissent en percevoir l'utilité.

---

<sup>1</sup> WHO/HTM/STB. Advocacy, communication and social mobilization for TB control. A guide to developing knowledge, attitude and practice surveys 2008:68 p.

La diffusion de l'information sera faite par le biais des rapports et des réunions périodiques à différents niveaux et selon une fréquence préétablie.

Les informations obtenues doivent servir à la prise de décision, à l'amélioration de la performance du programme, à l'amélioration de la gestion de la planification et du suivi, à l'identification des besoins particuliers (appui technique, formations) ou domaines de recherches, au plaidoyer, à la mobilisation sociale et à la mobilisation des fonds.

#### ***4.9. Les revues internes annuelles et les évaluations externes***

Les revues internes annuelles et les évaluations externes menées avec les partenaires contribueront à l'évaluation du programme pour assurer une transparence au niveau de l'utilisation des ressources du fonds et permettront la certification du système.

#### ***4.10. La coordination des activités de S&E***

L'ensemble des partenaires participeront à la discussion du plan d'action dans le but d'aboutir à une meilleure optimisation. Le suivi et une meilleure coordination des activités entre les différents partenaires seront assurés, à travers le CCM.

## *Annexes*

*Annexe 1 : Tableaux des Indicateurs clés pour le Suivi et Evaluation du PNLT*

**a- Les indicateurs d'impact et d'effet**

N° et type	Indicateur	Données de base			Cibles					Méthodes / sources de collecte	Responsable
		Valeur	Année	Source	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5		
1 (Impact)	<b>Taux de prévalence de la tuberculose</b>	28	2007	Rapport Global de l'OMS	28,9	27,5	26,2	24,9	23,7	Rapport global de l'OMS et le système national de surveillance	DSSB
2- (Impact)	<b>Taux d'incidence de la tuberculose</b>	26	2007	Rapport Global de l'OMS	26,8	25,5	24,3	23,1	21,9	Rapport global de l'OMS et le système national de surveillance	DSSB
3- (Impact)	<b>Taux de mortalité de la tuberculose</b>	3	2007	Rapport Global de l'OMS	2,9	2,8	2,5	2	1,5	Rapport global de l'OMS et le système national de surveillance	DSSB
4- (Effet)	<b>Taux de détection des cas à frottis positif</b>	75%	2007	Rapport Global de l'OMS	81	83	84	87	90	Rapports des laboratoires et du système MDO et estimation de l'OMS	DSSB
5- (Effet)	<b>Taux de réussite du traitement</b>	91%	2007	Rapport Global de l'OMS	91	91	91	91	92	Rapports routiniers de suivi des activités du programme.	DSSB

### b- Indicateurs de produits et d'effets

Indicateur	Données de base et année	Cibles pour l'année 1 et l'année 2									Cibles cumulatives (O-sur la durée du programme/ O-cumulatives par année /N-non cumulatives	Responsable de la mise en œuvre de l'activité en cause	Méthodes et fréquence de la collecte des données
		3 mois	6 mois	9 mois	12 mois	15 mois	18 mois	21 mois	24 mois	27 mois			
<b>Objectif 1 : Renforcer la stratégie DOTS, en améliorant l'accessibilité au diagnostic et au traitement afin de cibler les MDR-TB et populations à haut risque</b>													
<b>DPS1.1 Renforcement du réseau de laboratoires dans le pays</b>													
<b>Taux de détection des cas à frottis positif</b>	75% (2007) 900/1204 cas	78 %	79 %	80 %	81 %	81 %	82 %	82 %	83 %	83 %	N- non cumulatives	DSSB	Rapports des laboratoires et du système MDO et estimation de l'OMS
<b>Taux de réussite du traitement</b>	91% (2007)	91	91	91	91	91	91	91	.91	91	N- non cumulatives	DSSB	Rapports routiniers de suivi des activités du programme
<b>Nombre de laboratoires de culture solide équipés</b>	7 (2008)	0	0	1	1	1	2	2	2	2	O – sur la durée du programme (cible non incluse)	DSSB	Rapports annuels du programme
<b>Nombre de techniciens formés</b>	25 (2008)	20	40	60	60	80	100	120	120	120	O – sur la durée du programme	STMR	Listes de présence au cours de formation.
<b>Nombre de laboratoires avec au moins un technicien formé</b>	20 (2008)	0	30	30	45	45	60	65	76	76	O – sur la durée du programme	DSSB	Rapports Trimestriels régionaux

<b>Nombre et pourcentage de laboratoires appliquant les procédures de contrôle de qualité externe de (a) la microscopie (b) culture (si applicable) et (c) test de sensibilité des antituberculeux selon les procédures internationales</b>	pas disponible (2008)	0	33 (50 %)	44 (66 %)	66 (100 %)	66 (100 %)	66 (100 %)	66 (100 %)	66 (100 %)	66 (100 %)	N – non cumulatives	DSSB	Rapports trimestriels de CEQ
<b>Nombre et pourcentage de laboratoires montrant la performance appropriée, parmi celles qui ont reçu l'assurance qualité externe pour (a) la microscopie (b) culture (si applicable) et (c) test de sensibilité des antituberculeux</b>	Non disponible	0	23 (70 %)	35 (80 %)	53 (80 %)	59 (90 %)	59 (90 %)	59 (90 %)	63 (95 %)	63 (95 %)	N – non cumulatives	DSSB	Rapports trimestriels de CEQ
<b>DPS1.2 Renforcement de la gestion des médicaments pour améliorer l'accessibilité des patients au traitement (médicaments de première ligne)</b>													
<b>Nombre et pourcentage de centres de santé n'ayant pas eu de ruptures de stock des antituberculeux de 1<sup>ère</sup> ligne le dernier jour du trimestre</b>	1661/2076 (80%) (2007)	1700 (81 %)	1723 (83 %)	1780 (85 %)	1806 (87 %)	1889 (91 %)	1889 (91 %)	1993 (96 %)	1993 (96 %)	1993 (96 %)	O – sur la durée du programme	DSSB	Rapports Trimestriels régionaux
<b>DPS1.3 Renforcement du système de suivi et d'évaluation et évaluer l'impact</b>													
<b>Nombre de visites de supervision effectuées du niveau central au niveau régional par rapport au nombre prévu (nombre et proportion)</b>	24 par an (100%) (2008)	24	24	24	24	24	24	24	24	24	N– non cumulatives	DSSB	Rapports de supervisions.



<b>Nombre de visites de supervision effectuées du niveau régional au périphérique par rapport au nombre prévu (nombre et proportion)</b>	100 par an (2008)	50 0	50 0	50 0	57 6	50 0	50 0	500	576	500	N – non cumulatives	DSSB	Rapports de supervisions. PNLT couvrira 100 visites par an et le GF le reste
<b>Nombre et pourcentage d'unités de gestion de base (régionales) soumettant dans les délais leurs rapports, conformément aux directives nationales</b>	17/24 (70%) (2008)	17 (70 %)	17 (70 %)	20 (83 %)	22 (90 %)	24 (100 %)	24 (100 %)	24 (100 %)	24 (100 %)	24 (100 %)	N – non cumulatives	DSSB	Rapports Trimestriels du PNLT.
<b>Objectif 2 : Améliorer le dépistage et la prise en charge de la tuberculose multi résistante</b>													
<b>DPS2.1 Dépistage et prise en charge des malades de tuberculose multi résistante</b>													
<b>Cas de tuberculose (nouveaux cas et retraitement) subissant des tests de sensibilité aux médicaments (nombre et pourcentage) parmi les personnes éligibles au test de sensibilité des anti TB, selon la stratégie nationale</b>	200 (2008)	10 0 (10 %)	20 0 (20 %)	25 0 (25 %)	30 0 (30 %)	40 0 (40 %)	70 0 (70 %)	750 (75 %)	100 0 (100 %)	100 0 (100 %)	O – sur la durée du programme	DSSB	Rapports Trimestriels du PNLT.
<b>Nombre des patients sous traitement anti TB de 2<sup>ème</sup> ligne, ayant une MDR-TB confirmé par laboratoire</b>	8	3	5	10	20	25	30	35	40	40	O – sur la durée du programme	DSSB	Rapports Trimestriels du PNLT.
<b>Objectif 3 : Améliorer le dépistage et la prise en charge de la tuberculose chez les populations à haut risque (sujets contacts et prisonniers)</b>													
<b>DPS 3.1 Dépistage et prise en charge de l'infection et de la maladie chez les sujets contacts</b>													

<b>Nombre et % des sujets contacts examinés par rapport au nombre de contacts identifiés parmi l'ensemble des cas dépistés et parmi les cas dépistés à frottis positif</b>	5000 (50%) (2008)	23 (23%)	45 (45%)	70 (70%)	90 (90%)	23 (23%)	45 (45%)	700 (70%)	900 (90%)	230 (23%)	O – cumulatifs par année	DSSB	Rapports Trimestriels du PNLT.
<b>DPS 3.2 Dépistage et prise en charge de l'infection et de la maladie chez les prisonniers</b>													
<b>Nombre de personnel formé par rapport au nombre prévu</b>	10 (2008)	20	40	60	60	60	60	60	60	60	O – sur la durée du programme	STMR	Listes de présence au cours de formation.
<b>Nombre et % des patients TB à frottis positif déclarés parmi l'ensemble des prisonniers</b>	40 (2008)	12 (0,08%)	10 (0,06%)	10 (0,06%)	10 (0,06%)	9 (0,06%)	9 (0,06%)	6 (0,04%)	6 (0,04%)	6 (0,04%)	O- par an	DSSB	Num: Rapports trimestriels Den: ministère de la justice
<b>DPS 3.3 Prévention, dépistage et prise en charge de l'infection et de la maladie chez le personnel de santé exposé</b>													
<b>Nombre de personnel formé par rapport au nombre prévu</b>	0 (2008)	30	60	90	150	210	210	270	270	270	O – sur la durée du programme	STMR	Listes de présence au cours de formation.
<b>Objectif 4 : Lutter contre la co-infection TB/VIH</b>													
<b>DPS 4.1 Surveillance de l'infection VIH chez les patients tuberculeux</b>													
<b>% de nouveaux cas de tuberculose qui ont été testés pour le SIDA</b>	4% (2007)	25 (10%)	50 (20%)	75 (30%)	100 (40%)	25 (10%)	50 (20%)	75 (30%)	100 (40%)	250 (10%)	O – cumulatifs par année	DSSB	Rapports Trimestriels du PNLT.
<b>Nombre et % de patients TB positifs VIH qui ont commencé ou poursuivent une TAR au cours ou à la fin d'un traitement TB</b>	4/4 (>90%) (2008)	5 (>90%)	5 (>90%)	5 (>90%)	5 (>90%)	5 (>90%)	5 (>90%)	5 (>90%)	5 (>90%)	5 (>90%)	N – non cumulatifs	DSSB	Rapports Trimestriels du PNLT.
<b>Objectif 5 : Renforcer l'implication du système de santé dans les activités relevant de la lutte anti tuberculeuse, notamment dans le domaine de la détection des cas et de la prise en charge</b>													

<b>DPS 5.1 Mise en œuvre de l'Approche Pratique de la Santé Respiratoire (APSR ou PAL) au niveau des centres de santé de base</b>													
<b>Approche pratique de la santé respiratoire (APSR ou PAL)</b>													
<b>Nombre et % de CSB qui ont implanté PAL</b>	20 (0.96%) (2004)	0	0	0	44 (2.1%)	44 (2.1%)	207 (76.10%)	207 (61.00%)	207 (61.00%)	207 (61.00%)	O – sur la durée du programme	STMR	Rapports Trimestriels du PNLT et de la société.
<b>Nombre de médecins de CSB formé au PAL par rapport au nombre prévu</b>	100 (2004)	0	0	0	24 (10.0%)	14 (64.64%)	14 (10.0%)	146 (41.00%)	146 (41.00%)	146 (41.00%)	O – sur la durée du programme	STMR	Rapports Trimestriels du PNLT et de la société.
<b>Nombre des formateurs formés</b>	0 (2008)	0	0	0	24	24	24	24	24	24	O – sur la durée du programme	STMR	Rapport de la société.
<b>Objectif 6 : Développer la recherche dans le domaine de la lutte antituberculeuse</b>													
<b>DPS 6.1 Résolution des problèmes du programme par la recherche opérationnelle</b>													
<b>Nombre d'études de recherche opérationnelle achevées et dont les résultats ont été diffusés</b>	2 (2002)	0	0	0	1	1	2	3	4	4	O – sur la durée du programme	PNLT	Rapports du PNLT
<b>DPS 6.2 Renforcement des capacités de recherche de personnel du PNLT</b>													
<b>Nombre de personnel de PNLT formé</b>	0 (2008)	0	0	30	30	30	30	30	30		O – sur la durée du programme	STMR	Rapports du PNLT
<b>Objectif 7 : Renforcement des systèmes communautaires pour assumer une prise en charge satisfaisante des populations cibles</b>													
<b>DPS 7.1. Sensibilisation, communication, mobilisation sociale</b>													

<b>Nombre de malades ou leurs proches ou accompagnateurs sensibilisés à travers des séances d'animation dans les structures de santé pour qu'ils consultent et se prêtent à un dépistage</b>	0 (2008)	0	0	0	40	80	150	200	360	380	O – cumulatifs par année	DSSB	Rapport du PNLT
<b>Pourcentage de la population ayant des connaissances correctes à propos de la tuberculose (mode de transmission, symptômes, traitement et guérison)</b>				30 %							N– non cumulatif	STMR	Enquête

*Annexe 2 : Base du reporting au FM sur l'état d'avancement des activités inscrites dans le projet*

*Période : .....*

*Date : .....*

**(Rapport à établir périodiquement)**

Indicateur	Données de base au début du projet GF	Données au début de la période de reporting	Cibles prévus pour la fin de la période concernée par le reporting	Ce qui est réalisé	% réalisé de ce qui est prévu	Responsable de la mise en œuvre de l'activité en cause	Raisons de déviation et/ou remarques
<b>Objectif 1 : Renforcer la stratégie DOTS, en améliorant l'accessibilité au diagnostic et au traitement afin de cibler les MDR-TB et populations à haut risque</b>							
<b>DPS1.1 Renforcement du réseau de laboratoires dans le pays</b>							
Nombre de laboratoires de culture solide équipés	7 (2008)					DSSB	
Nombre de techniciens formés	25 (2008)					STM	
Nombre de laboratoires avec au moins un technicien formé	20 (2008)					DSSB	
Nombre et pourcentage de laboratoires appliquant les procédures de contrôle de qualité externe de la microscopie selon les procédures internationales	pas disponible (2008)					DSSB	
Nombre et pourcentage de laboratoires montrant la performance appropriée, parmi celles qui ont reçu l'assurance qualité externe pour (a) la microscopie (b) culture (si applicable) et (c) test de sensibilité des antituberculeux	Non disponible						

<b>DPS1.2 Renforcement de la gestion des médicaments pour améliorer l'accessibilité des patients au traitement (médicaments de première ligne)</b>							
Nombre et pourcentage de centres de santé n'ayant pas eu de ruptures de stock	1661/2076 (80%) (2007)					DSSB	
<b>DPS1.3 Renforcement du système de suivi et d'évaluation et évaluer l'impact</b>							
Nombre de visites de supervision effectuées du niveau central au niveau régional par rapport au nombre prévu (nombre et proportion)	24 par an (2008)					DSSB	
Nombre de visites de supervision effectuées du niveau régional au périphérique par rapport au nombre prévu (nombre et proportion)	100 par an (2008)					DSSB	
Nombre et pourcentage d'unités de gestion de base soumettant dans les délais leurs rapports, conformément aux directives nationales	17 (70%) (2008)					DSSB	
<b>Objectif 2 : Améliorer le dépistage et la prise en charge de la tuberculose multi résistante</b>							
<b>DPS2.1 Dépistage et prise en charge des malades de tuberculose multi résistante</b>							
Cas de tuberculose subissant des tests de sensibilité aux médicaments (nombre et pourcentage).	200 (2008)					DSSB	
Nombre des patients sous traitement anti TB de 2 <sup>ème</sup> ligne, ayant une MDR-TB confirmé par laboratoire	8 (2008)						
<b>Objectif 3 : Améliorer le dépistage et la prise en charge de la tuberculose chez les populations à haut risque (sujets contacts et prisonniers)</b>							
<b>DPS 3.1 Dépistage et prise en charge de l'infection et de la maladie chez les sujets contacts</b>							
Nombre et % des sujets contacts examinés par rapport au nombre de contacts identifiés	5000 (50%) (2008)					DSSB	

Nombre de personnel formé par rapport au nombre prévu (sujets contacts)	10 (2008)					STMR	
<b>DPS 3.2 Dépistage et prise en charge de l'infection et de la maladie chez les prisonniers</b>							
Nombre de personnel formé par rapport au nombre prévu (prison)	10 (2008)					STMR	
Nombre et % des patients TB à frottis positif déclarés parmi l'ensemble des prisonniers	40 (2008)						
<b>DPS 3.3 Prévention, dépistage et prise en charge de l'infection et de la maladie chez le personnel de santé exposé</b>							
Nombre de personnel formé par rapport au nombre prévu	0 (2008)						
<b>Objectif 4 : Lutter contre la co-infection TB/VIH</b>							
<b>DPS 4.1 Surveillance de l'infection VIH chez les patients tuberculeux. (Voir tableau)</b>							
% de nouveaux cas de tuberculose qui ont été testés pour le SIDA	4% (2007)					DSSB	
% de patients TB positifs VIH qui ont commencé ou poursuivent une TAR au cours ou à la fin d'un traitement TB	4/4 (>90%) (2008)					DSSB	
<b>Objectif 5 : Renforcer l'implication du système de santé dans les activités relevant de la lutte anti tuberculeuse, notamment dans le domaine de la détection des cas et de la prise en charge</b>							
<b>DPS 5.1 Mise en œuvre de l'Approche Pratique de la Santé Respiratoire (APSR ou PAL) au niveau des centres de santé de base</b> <b>Approche pratique de la santé respiratoire (APSR ou PAL)</b>							
Nombre et % de CSB qui ont implanté PAL	20(0.96%) (2004)					STMR	
nombre de médecins de CSB formé au PAL par rapport au nombre prévu	100 (2004)					STMR	
Nombre des formateurs formés	0 (2008)						

<b>Objectif 6 : Développer la recherche dans le domaine de la lutte antituberculeuse</b>							
<b>DPS 6.1 Résolution des problèmes du programme par la recherche opérationnelle</b>							
<b>Nombre d'études de recherche opérationnelle achevées et dont les résultats ont été diffusés</b>	2 (2002)					STMR	
<b>DPS 6.2 Renforcement des capacités de recherche du personnel du PNLT</b>							
<b>Nombre de personnel de PNLT formé en méthodologie de recherche</b>	0 (2008)					STMR	
<b>Objectif 7 : Renforcement des systèmes communautaires pour assumer une prise en charge satisfaisante des populations cibles</b>							
<b>DPS 7.1. Sensibilisation, communication, mobilisation sociale</b>							
<b>Nombre de malades ou leurs proches ou accompagnateurs sensibilisés à travers des séances d'animation dans les structures de santé pour qu'ils consultent et se prêtent à un dépistage</b>	0 (2008)					DSSB	



*Annexe 3 : Plan d'action du S&E budgétisé*

Description de la mesure de renforcement	Responsabilité	Délai, Année 1	Cout Année 1	Délai, Année 2	Cout Année 2	Cout Total	Source de Financement (organisation et montant)	Assistance technique
<b>I- Plan de Suivi et Evaluation</b>								
<b>1-1 Elaborer un plan de S&amp;E</b>								
1.1-Atelier et Assistance technique pour l'élaboration d'un plan de suivi évaluation	PNLT	2 Semaines (le plan) et 1 mois rédaction du guide	2400			2400	OMS	Internationale
<b>1-2 Mettre à jour et informatiser le système d'information</b>								
1.2.1-Assistance technique pour l'adaptation du système d'enregistrement pour inclure les facteurs de risques	PNLT	T3 2010		NA			PNLT/CNT	Nationale
1.2.2-Impression des registres (nouveau système, y compris les facteurs de risques)	PNLT	T3 2010	2000	NA		2000	PNLT/budget National 2009-2010	
1.2.3-Acquisition d'ordinateurs au niveau régional (1 par Région)	DSSB	T1,2010	24000	NA		24000	DSSB	
1.2.4-Assistance technique pour le système d'information (OMS, Union, etc.) (formateurs pour les ateliers)	PNLT	T2, 2010	5000	NA		5000	OMS	OMS
1.2.5-Atelier pour l'informatisation du système (y compris: gestion du labo et médicaments)	PNLT	T2,2010	19296	NA		19296	FMA/1,2,1-1,3,12-3,1,5	OMS
1.2.6-Améliorer la communication à l'intérieur du réseau du programme (internet/ADSL, fax, etc..)	PNLT	T1,2010	5000	T1, 2011	5000	10000	FM/A1,3,9	

1.2.7-Amélioration de la diffusion des données : Site web, Email , News letter	PNLT	T4, 2010	2000	T4, 2011	2000	4000	FM/A7,,2,1-6,3,2	
<b>1-3 Renforcer la qualité des services et des données</b>								
1.3.1-Visites de supervision du niveau central aux régions avec les partenaires utilisant une grille standardisée y compris tous les sous bénéficiaires	PNLT	T1-T4, 2010	5760	T1-T4, 2011	5760	11520	FMA-1,1,20-1,3,10	
1.3.2-Réunions pour les comités de suivi	PNLT	T1-T4-2010	8000	T1-T4, 2011	4000	12000	FMA1,3,4	
1.3.3-Revue du programme par des partenaires internationaux (OMS, Union, etc.)	PNLT			T3, 2011	20000	20000	FMA-1,3,5-1,3,6	OMS
<b>1-4 Renforcer la qualité de la formation</b>								
1.4.1-Visite du PNLT aux sous-bénéficiaires et partenaires pour évaluer leurs capacités et les besoins de formation	PNLT	T1, 2010	2000	NA		2000	OMS(budget regulier)	
1.4.2-Elaborer un plan pour le développement de ressource humaines	PNLT	T2,2010	1000	NA		1000	OMS (budget regulier)	OMS
1.4.3- Atelier de formation sur l'analyse des données	PNLT	T4, 2010	6432	NA		6432	FM A(6.3.1)	OMS
<b>1-5 Evaluer l'impact du programme sur le comportement de la communauté et des patients</b>								
1.5.1-Réalisation d'une étude CAP (pour les données de base)	STMR	T1, 2010	10000			10000	FMA7,3,1	
1.5.2-Coordination d'enquête de population de grande ampleur (DHS) pour inclure les indicateurs de la TB	PNLT/ INSP	Continu				0		
1.5.3-Enquête de délai, satisfaction, stigmatisation pour les patients	STMR	T3,2010	7000			7000	FM (6.1.4 autres projets)	Protocole de l'OMS sera appliqué
<b>Sous total</b>			<b>102488</b>		<b>36760</b>	<b>139248</b>		

<b>2- Capacités de l'Unité de Gestion</b>								
<b>2-1 Renforcer les ressources pour le suivi évaluation au niveau central</b>								
2.1.1-Mettre en place une équipe pour la gestion de la requête au niveau central (PNLT)	PNLT	T1, 2010	45000	T1,2011	47000	92000	FMA1,3,1	
2.1.2-Mettre en place une équipe de suivi et évaluation au niveau central	PNLT	T1,2010	20000	T1,2011	20000	40000	FMA1,13,6	
2.1.3-Contribution au frais de gestion de la requête (PRs)	PNLT	T1,2010	53000	T1,2011	53000	106000	FMA1,3,2	
2.1.4-Renforcement des capacités financières des PRs	PNLT	T1,2010	25000	T1,2011	25000	50000	FMA1,3,3	
2.1.5-Acquisition d'ordinateurs (3 au niveau central et p)	PNLT	T1,2010	3000	NA		3000	FMA1,3,8	
2.1.6-Formation du personnel au niveau central (cours à l'étranger)	PNLT	T1,2010	7000	NA	7000	14000	FMA1,3,7	
<b>2-2 Documenter les procédures de gestion des données et standardiser les indicateurs dans le système d'information</b>								
2.2.1-Atelier avec le SNIS pour la documentation des procédures de gestion des données et la standardisation des indicateurs	PNLT/ SNIS	T4,2010	2000			2000	OMS (budget régulier)	
<b>Sous-total</b>			<b>155000</b>		<b>152000</b>	<b>307000</b>		
<b>3- RENFORCEMENT DES SYSTEMES DE REPORTING POUR CHAQUE DOMAINE DU PROGRAMME</b>								
<b>3-1 Plan pour la communauté</b>								
<b>3-1-1 Aligner les systèmes de reporting de toutes les ONG, sociétés civiles, ligue, media etc.</b>								
3.1.1.1- ;Atelier pour orienter les sous-bénéficiaires sur le S&E du PNLT et standardiser le système de reporting des sous bénéficiaires et partenaires et développer les TDR pour les sous bénéficiaires	PNLT	T2,2010				0	FM(intégré dans les ateliers de formation)	

<b>3-1-2 Améliorer la formation de la communauté</b>						<b>0</b>		
3.1.2.1-Elaboration de module pour la formation des ONG, CBO, Ligue professionnel, etc.	PNLT	T4,2010	2000			2000	FMA7,1,4	
3.1.2.2-Atelier pour la formation des ONG, Media, journalistes	PNLT	T4,2010	12864	T4,2011	12864	25728	FMA7,1,3	
<b>3-1-3 Assurer la qualité des données collectées par la communauté</b>								
3.1.3.1-Réunion trimestrielle pour vérifier la qualité des données au niveau central et régional	PNLT	T1-T4,2010		T1-T4,2011		0	FM(intégré dans les réunion trimestriels du comite de suivi)	
3.1.3.2-Visites de supervision de l'unité centrale et des coordinateurs régionaux aux ONG/CBO impliqués dans la collecte des données	PNLT	T1-T4,2010		T1-T4,2011		0	FM(intégré dans les visites de supervision)	
3.1.3.3- Contribution aux frais de communication des ONG/CBO impliqués dans la collecte des données	PNLT	T1,2010		T1,2011		0	FM (intégré dans les frais de communication)	
<b>sous-total</b>			<b>14864</b>		<b>40592</b>	<b>55456</b>		
<b>3-2 Plan pour le renforcement du système de santé</b>								
<b>3-1-1 Aligner le système de reporting des réseaux de labo et de médicaments</b>								
3.1.1.1- Atelier pour standardiser le système de reporting des réseaux de laboratoires et de médicaments	PNLT	T2,2010				0	FM(intégré dans les ateliers de formation)	
<b>3-1-2 Améliorer la formation du personnel du labo et les pharmaciens</b>								

3.1.2.1- Elaboration et impression de modules et guides pour la formation des techniciens de labo	LNR	T1.201	6000			6000	FMA1,1,1-1,1,2	
3.1.2.2-Formation pour le personnel du labo (tous les niveaux, différentes catégories de formation)	LNR	T1,T3, 2010	69366	T1-T3,2011	14466	83832	FMA1,1,15-1,1,17-1,1,18	
3.1.2.3- Formation pour les pharmaciens sur la gestion des médicaments	PNLT	T4,2010	6432			6432	FMA1,2,1	
<b>3-1-3 Assurer la qualité des données collectées</b>								
3.1.3.1-Réunions trimestrielles pour vérifier la qualité des données du niveau central et régional et périphérique	LNR/P NLT	T1-T4, 2010		T1-T4,2011		0	FM (intégré dans les réunions de suivi)	
3.1.3.2 -Visites de supervision à tous les niveaux (pour le réseau de laboratoire, la supervision de la gestion des médicaments est intégrée dans les visites de supervision du programme)	LNR/P NLT	T1-T4, 2010	18720	T1-T4,2011	18720	37440		
<b>Sous-total</b>			<b>100518</b>		<b>166890</b>	<b>267408</b>		
<b>3-3 Plan pour les centres de soin</b>								
<b>3-3-1 Assurer la qualité des données collectées</b>								
3.3.1.1- Supervision des activités du niveau périphérique (grille standardisée)	PNLT	T1-T4, 2010	118 620,00	T1-T4,2011	118 620	237240	FMA1,3,14	
<b>Sous-total</b>			<b>118 620,00</b>		<b>118 620</b>	<b>237 240</b>		
<b>Total</b>			<b>491 490,00</b>		<b>514 862</b>	<b>1 006 352</b>		

*Annexe 4: Formulaires et registres de la collecte et de l'acheminement des données*

### Demande d'examen de frottis d'expectoration

*Le formulaire dûment complété et indiquant les résultats doit être rapidement envoyé par le laboratoire à l'établissement ayant demandé l'examen*

**Etablissement demandeur** <sup>1</sup>: .....

Date : ...../ ...../ .....

**Nom du patient** : ..... Age : ..... Sexe : ( ) M ( ) F

**Adresse complète** : .....  
 .....

**Motif de l'examen:**

( ) Diagnostic      N° du cas suspect de tuberculose : .....

( ) Suivi      Nb de mois de traitement : ..... N° sur le registre de TB <sup>2</sup>: .....

Nom et signature de la personne demandant l'examen : .....

<sup>1</sup> y compris tous les établissements et prestataires de santé publics et privés

<sup>2</sup> indiquer le numéro du patient dans le registre du centre de dépistage et traitement pour le suivi du malade

### RESULTATS (à compléter au laboratoire)

N° de série du laboratoire : .....

N° Echantillon d'expectoration <sup>3</sup>	Date de recueil	Aspect visuel <sup>4</sup>	Résultats				
			NEG	(1-9)	(+)	(++)	(+++)
1							
2							
3							

<sup>3</sup> à compléter par la personne qui recueille l'expectoration

<sup>4</sup> Expectoration sanglante, expectoration mucopurulente, présence de salive

Examiné par : ..... Date : .....

Signature

### Registre de laboratoire (tuberculose)

N° série labo.	Date réception échantillon	Nom (complet)	Sexe M/F	Age	Adresse complète (patients à diagnostiquer)	Nom de l'établissement demandeur <sup>1</sup>	Motif de l'examen du frottis d'expectoration <sup>2</sup>		Résultats de l'examen du frottis <sup>3</sup>			Nom de l'UGB et N° du registre des cas de TB de l'UGB (après enregistrement) <sup>4</sup>	Observations
							Diagnostic (cocher)	Suivi	1	2	3		

Ces notes de bas de page n'apparaissent que sur la première page du registre

<sup>1</sup> Etablissement qui envoie le patient (l'échantillon d'expectoration ou les lames) pour un examen de frottis d'expectoration.

<sup>2</sup> Indiquer le résultat pour chaque échantillon : (NEG) : 0 BAAR/100 champs ; (1-9) nombre exact si 1 à 9 BAAR/100 champs ; (+) : 10-99 BAAR/100 champs ; (++) : 1-10 BAAR/ champ ; (+++) : > 10 BAAR/ champ.

<sup>3</sup> Ne concerne que les cas de tuberculose à frottis positif nouvellement diagnostiqués. Indiquer le nom de l'UGB et le n° du patient dans le registre de l'UGB. Il s'agit de pouvoir vérifier régulièrement que tous les patients à frottis positif sont bien inscrits sur le registre de l'UGB et qu'ils reçoivent un traitement



### Registre des cas de tuberculose dans l'unité de gestion de base– page de gauche

Date d'enregistrement	N° UGB	Nom	Sexe M/F	Age	Adresse	Centre de soins <sup>1</sup>	Date de début du traitement	Catégorie <sup>2</sup>	P / E P	Type de patient <sup>3</sup>					
										N	R	E	I	T	Au

Les notes de bas de page n'apparaissent que sur la première page du registre.

**1** Centre qui conserve la fiche de traitement du patient. Si la fiche est conservée en plusieurs exemplaires, indiquer le centre le plus à la périphérie. Utiliser les catégories normalisées d'établissements de soins indiquées dans le tableau 2 du *Rapport annuel sur la gestion du programme dans l'UGB* «Centre de soins » s'entend de tout établissement de santé où les soignants remplissent officiellement l'une des fonctions suivantes dans le cadre de la lutte antituberculeuse (DOTS) : orientations des cas (suspects) de tuberculose, diagnostic en laboratoire, traitement et soutien des patients au cours du traitement. 14

**2 Indiquer la catégorie de traitement :**

CAT I : nouveaux cas à frottis positif (+), nouveaux cas à frottis négatif (forme grave) et cas de tuberculose extrapulmonaire (forme grave) par ex. :

2(RHZE)/4(RH)

CAT II : Retraitement : par ex. : 2(RHZE)S/1(RHZE)/5(RHE)

CAT III: Nouveau cas à frottis négatif et cas de tuberculose extrapulmonaire (sous des formes moins graves) par ex. : 2(RHZE)/4(RH)

**3 Ne cocher qu'une case :**

**N=nouveau** – Patient qui n'a jamais reçu de traitement antituberculeux ou qui a pris des antituberculeux pendant moins d'un mois.

**R=rechute** – Patient qui a reçu précédemment un traitement antituberculeux, qui a été déclaré guéri ou traitement terminé, et chez qui on a diagnostiqué à nouveau une tuberculose avec une bactériologie positive (frottis ou culture).

**E=Traitement après échec** – Patient qui commence un retraitement après l'échec du traitement précédent.

**I=Traitement après interruption** – Patient présentant une bactériologie positive et qui reprend son traitement après l'avoir interrompu pendant 2 mois consécutifs ou plus.

**T=Transfert entrant** – Patient qui a été transféré d'un registre d'une autre UGB pour poursuivre son traitement. Ce type de patient est exclu des *Rapports trimestriels sur l'enregistrement des cas de tuberculose et sur le résultat des traitements*.

**Au=Autre cas traité précédemment**– Tous les cas qui ne répondent pas aux définitions ci-dessus. Ce groupe comprend les patients à frottis positif pour lesquels on ne connaît pas les résultats du traitement précédent ou les antécédents, les patients à frottis négatif précédemment traités, les patients atteints de tuberculose extrapulmonaire précédemment traités et les patients atteints de tuberculose chronique (les patients qui présentent des frottis positifs à l'issue d'un retraitement).

### Registre des cas de tuberculose dans l'unité de gestion de base – page de droite

Résultats des frottis d'expectoration et des autres examens										Résultat du traitement et date						Activités TB-VIH		Observations
Avant le traitement				A 2 ou 3 mois		A 5 mois		Fin du traitement		Date	Résultat <sup>5</sup>					TAR O/N Date début	Cotri- moxazole O/N Date début	
Résultat du frottis <sup>2</sup>	Date/ N° labo.	Résultat test VIH <sup>3</sup> Date	Résultat radio <sup>4</sup>	Résultat du frottis <sup>2</sup>	Date/ N° labo	Résultat du frottis <sup>2</sup>	Date/ N° labo	Résultat du frottis <sup>2</sup>	Date/ N° labo.		Guérison	Traitement terminé	Echec thérapeutique	Décès	Perdu de vue	Transfert		

Ces notes de bas de page n'apparaissent que sur la première page du registre

1 Les patients de la catégorie I sont soumis à un examen d'expectoration au bout de 2 mois et les patients de la catégorie II au bout de 3 mois, à titre de suivi. Les patients de la catégorie I dont la phase initiale de traitement est prolongée de 3 mois sont soumis, à titre de suivi, à un examen d'expectoration à la fin du 2<sup>ème</sup> ET du 3<sup>ème</sup> mois et les résultats de ceux-ci sont inscrits dans la même case.

2 (NF): non fait ; (NEG) : 0 BAAR/100 champs ; (1-9): nombre exact si 1 à 9 BAAR/100 champs ; (+) : 10-99 BAAR/100 champs ; (++) : 1-10 BAAR/ champ; (+++) : > 10 BAAR/ champ

3 (Pos) : positif ; (Nég) : négatif ; (I) : indéterminé ; (NF) : non fait / inconnu. Preuve documentée d'un test de dépistage du VIH effectué pendant ou avant que le patient tuberculeux ne soit enregistré ici. L'enregistrement de la sérologie VIH sur la fiche du patient ou dans le registre doit présenter toutes les garanties de confidentialité.

4 (Pos) : évocateur de la tuberculose ; (Nég) : pas évocateur de la tuberculose ; (NF) : non fait.

**5 Ne cocher qu'une case par patient :**

**Guérison** : patient à frottis positif qui présente des frottis négatifs au cours du dernier mois de traitement et une fois au moins auparavant.

**Traitement terminé** : patient qui a achevé son traitement mais qui ne répond pas aux critères des catégories « guérison » ou « échec ».

**Echec thérapeutique** : nouveau patient présentant des frottis positifs après 5 mois de traitement ou plus, ou qui est passé à un traitement de la catégorie IV car ses expectorations ont révélé une TB-MR. Patient précédemment traité présentant des frottis positifs à la fin de son retraitement, ou qui est passé à un traitement de la catégorie IV car ses expectorations ont révélé une TB-MR.

**Décès** : patient décédé en cours de traitement, quelle que soit la cause du décès.

**Perdu de vue** : patient dont le traitement a été interrompu pendant 2 mois consécutifs ou plus.

**Transfert sortant** : patient transféré vers un centre de soins dans une autre UGB et pour qui on ignore le résultat du traitement

### Rapport trimestriel sur le résultat des traitements antituberculeux et sur les activités TB/VIH dans l'UGB

Nom de l'UGB : ..... Centre : ..... Nom du coordonnateur TB : ..... Signature : .....	<b>Patients enregistré au <sup>1</sup></b> ..... Trimestre de l'année ..... date à laquelle est rempli ce formulaire : .....
--	--

**Tableau 1 : Résultat des traitements antituberculeux**

Type de cas	Nb total de patients enregistrés au cours du trimestre *	Résultats des traitements						Nb total de résultats évalués (somme des colonnes 1 à 6)
		Guérison (1)	Traitement terminé (2)	Décès (3)	Echec thérapeutique <sub>2</sub> (4)	Perdu de vue (5)	Transfert sortant (6)	
Nouveaux cas à frottis positif								
Nouveaux cas à frottis négatif								
Frottis non fait/non disponible								
Nouveaux cas de TB extrapulmonaire								
Rechute								
Traitement après échec								
Traitement après interruption								
Autres cas traités précédemment								

\* Chiffres à reprendre du *Rapport trimestriel sur l'enregistrement des cas de tuberculose pour le trimestre indiqué* ci-dessus. Préciser les données exclues : .....

**Tableau 2 : Résultat des traitements antituberculeux chez les patients VIH positifs**

Type de cas	Nb total de patients VIH positifs Tableau 3, colonne (a)*	Résultats des traitements						Nb total de résultats évalués (somme des colonnes 1 à 6)
		Guérison (1)	Traitement terminé (2)	Décès (3)	Echec thérapeutique <sub>2</sub> (4)	Perdu de vue (5)	Transfert sortant (6)	
Ensemble des cas de tuberculose								
Nouveaux cas à frottis positif								

\* dont nombre de patients atteints d'une co-infection TB-VIH : ..... Préciser toute donnée exclue : .....

**Tableau 3 : Activités TB/VIH (pour le même trimestre qu’au tableau 1)**

	Nb de patients soumis à un test VIH <sup>4</sup>	Nb de patients VIH – positifs (a) <sup>4</sup>	Nb de patients sous cotrimoxazole <sup>5</sup>	Nb de patients sous TAR <sup>6</sup>
Ensemble des cas de tuberculose				
Nouveaux cas à frottis positif				

1 Trimestre : Ce formulaire concerne les patients inscrits sur le registre des cas de tuberculose de l' UGB au cours du trimestre qui s'est achevé il y a 12 mois. Par ex e, si vous remplissez ce formulaire à la fin du deuxième trimestre, inscrivez les données relatives aux patients enregistrés au 2<sup>ème</sup> trimestre de l'année précédente.

2 inclut les patients qui ont passés à un traitement de la catégorie IV car leur échantillon d'expectoration a révélé une TB-MR.

3 Inclut les tuberculoses pulmonaires pour lesquelles on ignore le résultat du traitement précédent, les tuberculoses à frottis négatif et à culture négative précédemment traitées et les tuberculoses extrapulmonaires ayant fait l'objet d'un traitement auparavant. Les « transferts entrant s » et les cas chroniques sont exclus.

4 Tout test de dépistage du VIH documenté (et le résultat de ce test), effectué dans un centre reconnu avant que la tuberculose n'ait été diagnostiquée ou pendant le traitement antituberculeux (jusqu'à la fin du trimestre) doit être indiqué ici.

5. Inclut les patients tuberculeux qui poursuivent une prophylaxie au co-trimoxazole instauré avant le diagnostic de la maladie ou pendant le traitement antituberculeux ( jusqu'au dernier jour du traitement).

6. Inclut les patients tuberculeux qui poursuivent un TAR instauré avant le diagnostic de la maladie ET pendant le traitement antituberculeux 'jusqu'au dernier jour du traitement).

Année : .....

### Registre des cas suspects de tuberculose

Date	N° du cas suspect	Nom du patient	Age		Adresse complète.	Résultat du test VIH*.	Date recueil échantill	Date envoi labo	Date récep. résultat	Résultats du frottis			Fiche de traitement ouverte (date)	Observations / Diagnostic du clinicien
			M	F						1	2	3		
					..... .....									
					..... .....									
					..... .....									
					..... .....									
					..... .....									
					..... .....									
					..... .....									
					..... .....									

\* (Pos) : positif; (Nég) : négatif ; (I) indéterminé ; (NF) : non fait / inconnu. Toute preuve documentée d'un test de dépistage du VIH effectué pendant ou avant le traitement antituberculeux doit être indiquée ici.

Année : .....

Centre de soins : .....

**Registre des contacts de patients tuberculeux**

Nom du cas index	Age	Sexe	N° registré e UGB	Nom du patient	Adresse du contact	Méthode de dépistage 2	Résultats du dépistage 2	Observat ions

1. Remplir la liste des personnes en contact du cas index de façon consécutives pour chaque cas index. Ajouter la définition de « contact »
2. Liste et codes à définir

### Rapport trimestriel sur la conversion des frottis d'expectoration

Nom de l'UGB : _____ Centre : _____ Nom et signature : _____	_____ <i>trimestre de l'année</i> _____ Date à laquelle est rempli ce formulaire : _____
---	---

Nombre de cas à frottis positif enregistrés au cours du trimestre indiqué ci – dessus <sup>2</sup>	Frottis non fait à 2 ou à 3 mois	Conversion du frottis :	
		à 2 mois	à 3 mois
<b>Total des frottis convertis à 2 ou à 3 mois</b>			

<sup>1</sup> Trimestre : Ce formulaire concerne les patients enregistrés (sur le registre de l'UGB) au cours du trimestre qui s'est achevé il y a 3 mois. Par exemple, si vous remplissez ce formulaire au début du 3<sup>ème</sup> trimestre, utilisez les données sur les patients enregistrés au 1<sup>er</sup> trimestre

<sup>2</sup> Nombre de nouveaux cas de tuberculose à frottis positif indiqué au tableau 1, colonne 1, première ligne du *Rapport trimestriel sur l'enregistrement des cas de tuberculose* rempli précédemment pour les patients enregistrés au cours de ce trimestre.

## *Annexe 5 : Les listes de contrôle*



## Liste de Contrôle de Supervision de l'Unité Centrale / ou Gouvernorat (Niveau intermédiaire) à l'UGB TB / district

Nom et signature du superviseur :

### 1. Information Générale

Gouvernorat:

District:

UGB TB supervisée :

Trimestre et année (dernier trimestre avant la date de la visite) :

Population totale du gouvernorat :

Population Totale au district

Nombre d'UGB TB dans le district ::

Nombre de centre de traitement :

Guides du PNT disponibles (O/N) :

Est que d'autres prestataires publics ou privés non liés au PNT assistent aux réunions avec le Centre de diagnostic et de traitement (O/N) ?

Nombre des cours de formation durant le dernier trimestre ou la dernière année :

### 2. Ressources Humaines à l'UGB TB / niveau de la CS

#### 2-1- Effectifs et description

	Description de poste	Contacts	Temps écoulé depuis la dernière formation	Durée de la formation	type et lieu
1					
2					
3					
4					
5					

#### 2.2 Entrevue avec 3 personnels de santé (médecin, infirmiers) pour évaluer leurs connaissances

		(1=correct)	0=incorrect/	(ne sais pas)
		1	2	3
Symptômes Diagnostic				
Catégorisation	CAT I			
	CAT II			
	CAT III			
Définitions	Nouveau cas			
	Retraitement et type			
Régimes thérapeutiques	CAT I			
	CAT II			
	CAT III			
	Enfant			
Suivi expectoration				
DOT				
Récupérer les défaillants				
Gestion des contacts				
Résultat du traitement	guéri			
	Traitement complété			
	échec			
	Perdu de vue			
	décédé			
	transféré			

#### 2.3 Observation de 3 personnels de santé

	1=correct	0=incorrect/ne sais pas)	
<b>Est-ce qu'ils:</b>	1	2	3
Administrent correctement le type et les doses des médicaments			
Regardent les patients avaler les médicaments anti-TB			
Utilisent les seringues à usage unique en cas d'injection			
Suivent les précautions universelles pour le matériel (seringue)			
Réfèrent les cas suspects ou collectent les échantillons d'expectoration et les envoient au laboratoire pour examen			
Fournissent éducation sanitaire / counselling convenablement pour les patients			
Ont un comportement aimable avec les patients			

#### 2.4 DOTS basé sur la communauté

	1=correct	0=incorrect/ne sais pas)	
	1	2	3
Nombre de travailleurs de la santé communautaire lié à l'UGB :			
DOTS basé sur la communauté disponible (O/N)			
Nombre de travailleurs de la santé formés (CHW)			
Nombre de CHW impliqués comme supporteurs au traitement			
Nombre des suspects de TB référés par CHW durant le dernier trimestre			
Présence des procédures pour les activités DOTD des CHWs			

#### 2.5 Entrevues avec 3 supporteurs de traitement (y compris des CHW): Est-ce qu'ils ont des connaissances à propos:

	1=correct	0=incorrect/ne sais pas)	
	1	2	3
Régimes thérapeutiques (O/N)			
Durée du traitement (O/N)			
Quand envoyer le patient pour l'examen microscopique des expectorations (O/N)			
Que faire si le frottis est positif après deux mois de traitement (O/N)			
Effets secondaires des médicaments anti TB (O/N)			

#### 3.Evaluer les mesures de contrôle d'infection (mesures liées au laboratoire seront décrites dans la liste de contrôle du laboratoire)

- Administratives (triage, manière de tousser, etc..) :
- Environnementales (espace, ventilation, courant d'air, etc.) :
- Protection du personnel (masques, respirateurs, etc.)

#### 4. Matériel pour l'éducation sanitaire :

Matériel d'IEC (information, éducation et communication) sur les modes de transmission de la maladie, importance de l'observance aux traitements) disponible et distribué aux patients (O/N)  
 Affiches des régimes thérapeutiques et des doses des médicaments (O/N)  
 Charte des patients disponible (O/N)  
 Activités de formation, de mobilisation sociale, de plaidoyer à propos de la TB (O/N)

#### 5.Visites de Superviseur

##### Revue de la documentation relative à la visite du superviseur

Nombre de visites du superviseur avec rétro information écrite durant les 2 – 4 derniers trimestres  
 Actions prises? (O/N)

#### 6.Suivi diagnostic aides de prescription et pratiques

	Réponses
Guide TB bureau disponible (O/N)	
Pèse personne disponible (O/N)	
Liste des centres de prise en charge et traitement disponible (O/N)	
Liste des adresses du personnel soutien du traitement disponible (O/N)	
Présence du registre des suspects où les suspects sont identifiés (O/N)	
Si oui, mentionner le nombre des suspects de TB enregistrés durant le dernier trimestre	
% taux de positivité parmi les suspects	
Condoms distribués auprès de patients tuberculeux (O/N)	

Nature des services de test du VIH (décrire)	
Présence du kit du test HIV (type, nombre, date d'expiration)	
% des patients TB testés pour le VIH le dernier trimestre	
% VIH positive	
% des nouveaux cas testés DST pour les médicaments de 1 <sup>ère</sup> intention	
% des patients préalablement traités testé par DST pour les médicament de première intention	
% des fournisseurs publics et privés engagés par rapport au cible	

### 7. Système d'enregistrement (dernier trimestre)

7.1 Carte de traitement	Réponses
En accord avec les recommandations internationales R&R? (O/N)	
Dénombrer le nombre des cartes de traitement des patients durant le dernier trimestre et noter :	

**Revue de 10 cartes de traitement (si moins de 10, revoir toutes les cartes, entre 10-20: un sur deux; entre 20-30: une carte sur trois) :**

no. des cartes avec une information complète et correcte	
no. des cartes incorrectement catégorisées	
no. des cartes avec des doses incorrectes	
no. des cartes avec information manquante	
Spécifier le type d'information manquante	
no. des cas avec information complète et incorrecte	
Spécifier le type d'information incorrecte	
no. des patients référés pour les centres de traitement pour DOT	
no. des patients avec un soutien pour le traitement (supporteur)	
type de soutien de traitement	
no. des patients avec prise quotidienne de traitement directement observée	
no. de patients avec arrêt des médicaments plus d'une semaine durant la phase intensive	
no. de patients avec arrêt des médicaments plus de deux semaines Durant la phase d'e continuation ou d'entretien	
Mécanisme de récupération des défailants (décrire) :	
no. de cas référés par :	lui même communauté Prestataire public Prestataire privé Conseil et testing volontaire
autres	
no. des cas testés pour le VIH	

### 7.2 Registre TB

	Réponses
En accord avec les recommandations internationales R&R? (O/N)	
Nombre des cas enregistrés égal au nombre des cartes de traitement (O/N)	

**Revue du registre TB durant le dernier trimestre (les mêmes 10 cas dont les cartes de traitement ont été revues) :**

no. des cas incorrectement catégorisés	
--	--

no. des cas avec information manquante	
Spécifier le type d'information manquante	
no. des cas avec information complète incorrecte	
Spécifier le type d'information erronée (ex: classification, catégorie du traitement, etc)	
no. des patients avec soutien pour le médicament	
type de soutien de traitement	
no. des patients perdus de vue durant e dernier trimestre	

### 7.3 Registre des Contacts

	Réponses
Presence du registre de contact (O/N)	
<b>Revue du registre des contacts (les mêmes 10 cas dont la carte de traitement a été revue)</b>	
Nombre total des contacts enregistrés	
no. des contacts âges de moins de 5 ans	
no. des suspects TB parmi les contacts	
no. de contacts examinés avec un examen de frottis d'expectoration (+/-TST)	
no. des contacts examinés avec un examen de frottis d'expectoration et une radiographie de thorax (+/- TST)	
no. des contacts moins de 5 ans ayant reçu un IPT	
no. des contacts tout âge confondu ayant reçu un IPT	

### 7.4 Registre du laboratoire (revue du registre durant le dernier trimestre)

	Réponses
Selon les recommandations internationales R&R? (O/N)	
Nombre total des cas de frottis d'expectoration positifs diagnostiqués le dernier trimestre	
no. des cas avec information manquante	
Spécifier le type d'information manquante	
no. des cas avec information complète incorrecte	
Spécifier le type d'information erronée (ex grade de positivité)	

#### Comparer le registre du laboratoire et le registre TB et vérifier:

	Réponses
Nombre des cas à frottis positif enregistrés sur le registre du laboratoire est égal au nombre enregistré dans le registre TB Durant le dernier trimestre	
Le nombre des enregistrés dans le registre TB Durant le dernier trimestre (O/N)	
Nombre des défaillants primaires	
Raisons de non enregistrement des cas pour le traitement	

#### Comparer le registre du laboratoire avec le registre des suspects / OPD et vérifier:

	Réponses

L'ensemble des suspects TB enregistrés dans le registre des suspects durant le dernier trimestre sont retrouvés dans le registre de laboratoire (O/N)	
Nombre des défailtants initiaux	
Raisons de non investigation de l'ensemble des suspects de TB:	

### 8. Système de Reporting

		Cas détectés	Résultat du traitement
Selon les recommandations internationales R&R? (O/N)			
Mentionner le nombre de rapports soumis durant le dernier trimestre			
		Cas détectés	Résultat du traitement
Combien de rapport ont été soumis avant le délai durant le trimestre précédent			
Combien de rapports ont été soumis sans erreurs durant le dernier trimestre			
Combien de rapports soumis sans omission de données le dernier trimestre			
<b>Rapport trimestriel de notification des cas dans le district / UGB TB</b>	<b>Frottis positif</b>	<b>Cas de retraite ment</b>	<b>Toutes les formes</b>
Nombre enregistré durant la dernière année			
Nombre enregistré durant les deux derniers trimestres			
Nombre enregistré durant le dernier trimestre			
Nombre total des cas de frottis positif dans le block 1 égale le total des cas dans le block 2(distribution par âge et sexe ) (O/N)			

Ratio des nouveaux cas de TB pulmonaire à frottis positifs sur les nouveaux cas de TB pulmonaire à frottis négatif et de TB extra pulmonaire

% de nouveaux cas de frottis positifs parmi le total des cas de tuberculose pulmonaire (devrait être  $\geq 65\%$ )

**Comparer le rapport trimestriel des cas détectés avec le registre TB durant le dernier trimestre et vérifier:**

Nombre des cas enregistrés dans le registre de TB égal le nombre des cas notifiés dans le rapport durant le dernier trimestre (O/N)

Si non, mentionner le total des cas dans le registre TB durant le dernier trimestre

Si non, mentionner le total des cas dans le rapport des cas TB notifiés durant le dernier trimestre

Donner des détails à propos des cas sous ou sus reportés et préciser les raisons:

**Rapport trimestriel de la conversion des frottis dans le district / UGB TB (case holding for cases registered) durant le dernier trimestre**

	<b>Encore sous traitement</b>	<b>Traitement interrompu</b>
Cas de frottis positif notifiés durant le dernier trimestre		
% taux de conversion		

**Rapport trimestriel du résultat du traitement des malades enregistrés 12 mois auparavant (frottis positif) au niveau du district / UGB TB**

	<b>Réponses</b>
% des patients à frottis positif enregistré il y a 12 mois dont le traitement a été évalué	
%guéris	
%traitement complet	
%échec du traitement	
%décès	
% perdus de vue	
%transférés	

**Comparer le rapport trimestriel des suspects / OPD et le registre des suspect pour le dernier trimestre et vérifier:**

<b>Le nombre des suspects TB reporté égale le nombre des suspects / OPD enregistrés sur le registre des suspects le dernier trimestre (O/N)</b>
<b>Si non, mentionner le nombre total dans le registre des suspects durant le dernier trimestre</b>
<b>Si non, mentionner le nombre total des suspects notifiés dans le rapport du dernier trimestre</b>
<b>Donner les détails du sur ou sous reporting et préciser les raisons :</b>
<b>Autre information logique entre le registre et le rapport le dernier trimestre?(O/N)</b>
<b>Si non, préciser les détails:</b>
<b>Le nombre des cas de TB notifiés parmi les contacts égale au nombre des cas de TB enregistrés dans le registre des contacts le dernier trimestre ? (O/N)</b>
<b>Si non, mentionner le nombre total des cas de TB dans le registre des contacts durant le dernier trimestre</b>
<b>Si non, mentionner le nombre total des cas de TB dans le rapport du dernier trimestre</b>
<b>Préciser les détails du sous ou sur reporting et les raisons :</b>
<b>Autre information est logique entre le rapport et le registre durant le dernier trimestre ? (O/N)</b>
<b>Si non préciser les détails:</b>

**6. Fournitures** (fournitures de laboratoire dans une liste de contrôle à part)

	Stock actuel			Utilisation prévue Pour les six prochains mois	Adéquate pour les 6 Prochains mois	Rupture de stock durant le dernier trimestre
	Quantité dans la fiche de stock	Quantité effective	différence			
<b>6.1 Médicaments</b>					O/N	O/N
RHZE						
HRZ						
RH						
EH						
R						
H						
Z						
E						
Seringue à 1 gr						
Seringue à usage unique						
Eau pour injection						

\* le superviseur peut sélectionner un ou deux médicaments à sa convenance

Présence d'air conditionné ou d'un ventilateur (O/N)
Médicament TB rangés sur des rayons TB (O/N)
Registre de stock présent (O/N)
Est que les médicaments sont rangés selon la règle FIFO/FEFO? (O/N)
Présence de médicaments périmés? (O/N)
Si oui quels médicaments ?
Quelle est la proportion des médicaments périmés ?
Si oui quelle est l'action entreprise
<b>Comment vous stockez pour s'harmoniser au dépôt idéal ?</b>

Mettre une croix dans la case correspondante lorsque la situation est vraie

		Répondre (O/N) ou NA
S #	Description	
1	Présence d'un surveillant(s) du stock de médicaments	
2	Ont-ils été formés ?	
3	Est-ce que les médicaments sont rangés d'une manière systématique (par exemple ordre alphabétique, forme pharmacologique ...)	

4	Est-ce les médicaments sont stockés directement par terre ?	
5	Y-a-t-il un espace adéquat entre les médicaments et les murs?	
6	Est-ce que les fiches de stocks sont utilisées ?	
7	Si oui, sont-elles à jour?	
8	Est-ce que la charge est minutieusement vérifiée à la livraison (par exemple, emballage en bon état, quantités, dates limites)	
9	Est-ce qu'il y a un contrôle de la température ? (par exemple : fenêtre, ventilateurs, climatiseur, éventail)	
10	Y a il une feuille de température pour l'enregistrement régulier de température ?	
11	Y a-t-il une méthode d'empêcher la lumière du soleil directe d'atteindre les médicaments stockés (par exemple vitres teintées, des rideaux)	
12	Y a-t-il signes d'humidité (par exemple au plafond, toit, des évacuations, fuite des robinets, des évacuations, etc.) ?	
13	Y a-t-il des trace de présence de parasites dans le secteur (par exemple des pertes, des conteneurs de médicament délabrés) ?	
14	Les comprimés/capsules sont-ils manipulés par des mains nues ?	
15	Les médicaments expirés sont-ils séparés de bons médicaments ?	
16	Y a-t-il un système de sauvegarde des médicaments anti-TB du vol ou du vandalisme ? ( Par exemple fermé en dehors des heures de travail, permission seulement aux personnes autorisées d'entrer aux secteurs de stockage) ?	
17	Est-ce que des extincteurs et-ou des avertisseurs d'incendie sont disponible pour traiter avec le feu dans l'entrepôt ?	

### 9.2 Supports:

	Stock actuel	Selon la version révisée R&R (O/N)
Carte de traitement		
Carte d'identité		
Registres TB		
Registres labo		
Registres suspects		
Registres Contacts		
Fiche de demande d'examen de frottis		
Fiche de transfert et de référence traitement		
Rapports		
Bon de commande des médicaments		
Bon de commandes des fournitures du labo		
Rapport annuel de gestion du programme anti TB		

### 9.3 Stocks des aliments pour les patients tuberculeux

Soutien alimentaire pour les patients TB disponible (O/N)

Stock alimentaire convenable disponible pour les patients TB (O/N)

Mentionner le soutien alimentaire mensuel par patient :

Vérifier le rapport de distribution alimentaire et évaluer le système de distribution

### 10. Entrevue avec 5 patients pour évaluer leur connaissance, stigmatisation, circuit de soin et leur satisfaction des soins

	1 (non=0;	2 (non=0;	3 (non=0;	4 (non=0;	5 (non=0;
--	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

	oui=1)	oui=1)	oui=1)	oui=1)	oui=1)
<b>1 type de la maladie et modes de transmission</b>					
<b>2.durée de traitement</b>					
<b>3.importance de l'observance du traitement</b>					
<b>Et complications de l'interruption des médicaments</b>					
<b>4.précautions pour la prévention transmission de l'infection</b>					
<b>5.importance de la traçabilité des dés contacts</b>					
<b>6.suivi du frottis</b>					
<b>7. circuit pour diagnostic et traitement (décrire)</b>					
a) structure où le patient peut avoir les premiers soins					
b) nombre de rencontres avant le diagnostic final					
c) question à propos la stigmatisation et l'exclusion?					
d) question à propos des délais ?					
<b>8.coûts du diagnostics et du traitement ?</b>					
a) spécialement, est ce que le patient paie pour avoir les médicaments					
Ou autres médicaments (ex ARV) ou test de diagnostic de la TB					
<b>9. compréhension du diagnostic et du traitement</b>					
a) qui le conseille à propos de l'utilisation des médicaments ? dispensaire, UGB TB, autres ,etc.)					
<b>10. Sources d' information à propos TB/HIV traitement et diagnostic</b>					
<b>11. Expériences à propos de la livraison des médicaments et des services fournis</b>					
Particulièrement - des difficultés liées à la disponibilité et à l'accessibilité au traitement					

**Résumé de la visite**

Points forts	Faiblesses	Actions recommandées



## Liste de Contrôle de Supervision de l'Unité Centrale / ou Gouvernorat (Niveau intermédiaire) à l'UGB TB / Circonscription sanitaire

<b>Nom et signature du superviseur</b>						
<b>1. Information Générale</b>						
Gouvernorat:		District:		UGB TB supervisée :		
Trimestre et année (dernier trimestre avant la date de la visite) :						
Population totale du gouvernorat :						
Population Totale au district						
Nombre d'UGB TB dans le district (pourrait être une ou plus) :						
Nombre de centre de traitement (ex centre de soins primaires)						
Guides du PNT disponibles (O/N)						
% des prestataires non liés au PNT engagés						
% des cas détectés par les prestataires non liés au PNT durant le dernier trimestre :						
Est que d'autres prestataires publics ou privés non liés au PNT assistent aux réunions avec le CDT (O/N) ? (O/N)						
Nombre des cours de formation « Privé et Public Mix » durant le dernier trimestre ou la dernière année						
<b>2. Ressources Humaines à l'UGB TB / niveau du district</b>						
	Description de poste	Contacts	Temps écoulé depuis la dernière formation	Durée de la formation	type et lieu	
1						
2						
3						
4						
5						
<b>2.2 Entrevue avec 3 personnels de santé (DTC, infirmier, Assistant Médical) pour évaluer leurs connaissances</b>				(1=correct)	0=incorrect/ (ne sais pas)	
				1	2	3
Symptômes Diagnostic						
Catégorisation						
CAT I						
CAT II						
CAT III						
Définitions						
Nouveau cas						
Retraitement et type						
Régimes thérapeutiques						
CAT I						
CAT II						
CAT III						
Enfant						
Suivi expectoration						
DOT						
Repérer les défaillants						
Gestion des contacts						
Résultat du traitement						
guéri						
Traitement complété						
échec						
Perdu de vue						
décédé						

transféré				
<b>2.3 Observation de 3 personnels de santé</b>		(1=correct)	0=incorrect t/ne sais pas)	
<b>Est-ce qu'ils:</b>		1	2	3
Administrent correctement le type et les doses des médicaments Regardent les patients avaler les médicaments anti-TB Utilisent les seringues à usage unique en cas d'injection Suivent les précautions universelles pour le matériel (seringue) Réfèrent les cas suspects ou collectent les échantillons d'expectoration et les envoient au laboratoire pour examen Fournissent éducation sanitaire / counselling convenablement pour les patients Ont un comportement aimable avec les patients				
<b>2.4 DOTS basé sur la communauté</b>				
Nombre de travailleurs de la santé communautaire lié à l'UGB : DOTS basé sur la communauté disponible (O/N) Nombre de travailleurs de la santé formés (CHW) Nombre de CHW impliqués comme supporteurs au traitement Nombre des suspects de TB référés par CHW durant le dernier trimestre Présence des procédures pour les activités DOTD des CHWs				
		(1=correct)	0=incorrect/ ne sais pas)	
<b>2.5 Entrevues avec 3 supporteurs de traitement (y compris des CHW):</b>		1	2	3
<b>Est-ce qu'ils ont des connaissances à propos:</b>				
Régimes thérapeutiques (O/N) Durée du traitement (O/N) Quand envoyer le patient pour l'examen microscopique des expectorations (O/N) Que faire si le frottis est positif après deux mois de traitement (O/N) Effets secondaires des médicaments anti TB (O/N)				
<b>3.Evaluer les mesures de contrôle d'infection</b> (mesures liées au laboratoire seront décrites dans la liste de contrôle du laboratoire)				
Administratives (triage, manière de tousser, etc..)				
Environnementales (espace, ventilation, courant d'air, etc.)				
Protection du personnel (masques, respirateurs, etc.)				
<b>4. Matériel pour l'éducation sanitaire</b>				
Matériel d'IEC (information, éducation et communication) sur les modes de transmission de la maladie, importance de l'observance aux traitements) disponible et distribué aux patients (O/N)				
Affiches des régimes thérapeutiques et des doses des médicaments (O/N) Charte des patients disponible (O/N) Activités de formation, de mobilisation sociale, de plaidoyer à propos de la TB (O/N)				
<b>5.Visites de Superviseur</b>				
<b>Revue de la documentation relative à la visite du superviseur</b>				
Nombre de visites du superviseur avec rétro information écrite durant les 2 – 4 derniers trimestres				

Actions prises? (O/N)		
<b>6.Suivi diagnostic aides de prescription et pratiques</b>		<i>Réponses</i>
Guide TB bureau disponible (O/N) Pèse personne disponible (O/N) Liste des centres de référence disponible (O/N) Liste des adresses des éducateurs (supporteurs) thérapeutiques disponible (O/N)  Présence du registre des suspects ou registre OPD où les suspects sont identifiés (O/N) Si oui, mentionner le nombre des suspects de TB enregistrés durant le dernier trimestre % taux de positivité parmi les suspects  Condoms distribués auprès de patients tuberculeux (O/N) Nature des services de test du VIH (décrire) Présence du kit du test HIV (type, nombre, date d'expiration) % des patients TB testés pour le VIH le dernier trimestre % VIH positive % des nouveaux cas testés DST pour les médicaments de 1 <sup>ère</sup> intention % des patients préalablement traités testé par DST pour les médicament de première intention % des fournisseurs publics et privés engagés par rapport au cible		
<b>(dernier trimestre)</b>		
<b>7. Système d'enregistrement</b>		
<b>7.1 Carte de traitement</b>		<i>Réponses</i>
En accord avec les recommandations internationales R&R? (O/N)		
Dénombrer le nombre des cartes de traitement des patients durant le dernier trimestre et noter :	Nombre total des cas: Nombre des cas à frottis positif/	
<b><u>Revue de 10 cartes de traitement (si moins de 10, revoir toutes les cartes, entre 10-20: un sur deux; entre 20-30: une carte sur trois)</u></b>		
. no. des cartes avec une information complète et correcte no. des cartes incorrectement catégorisées no. des cartes avec des doses incorrectes no. des cartes avec information manquante Spécifier le type d'information manquante no. des cas avec information complète et incorrecte Spécifier le type d'information incorrecte no. des patients référés pour les centres de traitement pour DOT no. des patients avec un soutien pour le traitement (supporteur) type de soutien de traitement no. des patients avec prise quotidienne de traitement directement observée no. de patients avec arrêt des médicaments plus d'une semaine durant la phase intensive no. de patients avec arrêt des médicaments plus de deux semaines Durant la phase d'e continuation ou d'entretien Mécanisme de récupération des défailants (décrire) : no. de cas référés par : <ul style="list-style-type: none"> <li>lui même</li> <li>communauté</li> <li>Prestataire public</li> <li>Prestataire privé</li> <li>Conseil et testing volontaire</li> <li>autres</li> </ul> no. des cas testés pour le VIH		

### 7.2 Registre TB

	Réponses
<p>En accord avec les recommandations internationales R&amp;R? (O/N)</p> <p>Nombre des cas enregistrés égal au nombre des cartes de traitement (O/N)</p> <p><b>Revue du registre TB durant le dernier trimestre (les mêmes 10 cas dont les cartes de traitement ont été revues)</b></p> <p>no. des cas incorrectement catégorisés</p> <p>no. des cas avec information manquante</p> <p>Spécifier le type d'information manquante</p> <p>no. des cas avec information complète incorrecte</p> <p>Spécifier le type d'information erronée (ex: classification, catégorie du traitement, etc)</p> <p>no. des patients avec soutien pour le médicament</p> <p>type de soutien de traitement</p> <p>no. des patients perdus de vue durant e dernier trimestre</p>	

### 7.3 Registre des Contacts

	Réponses
<p>Presence du registre de contact (O/N)</p> <p><b>Revue du registre des contacts (les mêmes 10 cas dont la carte de traitement a été revue)</b></p> <p>Nombre total des contacts enregistrés</p> <p>no. des contacts âges de moins de 5 ans</p> <p>no. des suspects TB parmi les contacts</p> <p>no. de contacts examinés avec un examen de frottis d'expectoration (+/- TST)</p> <p>no. des contacts examinés avec un examen de frottis d'expectoration et une radiographie de thorax (+/- TST)</p> <p>no. des contacts moins de 5 ans ayant reçu un IPT</p> <p>no. des contacts toutes âges confondus ayant reçu un IPT</p>	

### 7.4 Registre du laboratoire (revue du registre durant le dernier trimestre)

	Réponse
<p>Selon les recommandations internationales R&amp;R? (O/N)</p> <p>Nombre total des cas de frottis d'expectoration positives diagnostiqués le dernier trimestre</p> <p>no. des cas avec information manquante</p> <p>Spécifier le type d'information manquante</p> <p>no. des cas avec information complète incorrecte</p> <p>Spécifier le type d'information erronée (ex grade de positivité)</p>	
<p><b>Comparer le registre du laboratoire et le registre TB et vérifier:</b></p> <p>Nombre des cas à frottis positif enregistrés sur le registre du laboratoire est égal au nombre enregistré dans le registre TB</p> <p>Durant le dernier trimestre</p> <p>Le nombre des enregistrés dans le registre TB Durant le dernier trimestre (O/N)</p> <p>Nombre des défailants primaires</p> <p>Raisons de non enregistrement des cas pour le traitement</p>	Réponse
<p><b>Comparer le registre du laboratoire avec le registre des suspects / OPD et vérifier:</b></p> <p>L'ensemble des suspects TB enregistrés dans le registre des suspects durant le dernier trimestre sont retrouvés dans le registre de laboratoire (O/N)</p> <p>Nombre des défailants initiaux</p> <p>Raisons de non investigation de l'ensemble des suspects de TB:</p>	Réponse

## 8. Système de Reporting

	Cas détectés	Résultat du traitement
Selon les recommandations internationales R&R? (O/N)		
Mentionner le nombre de rapports soumis durant le dernier trimestre		

	Cas détectés	Résultat du traitement
Combien de rapport ont été soumis avant le délai durant le trimestre précédent		
Combien de rapports ont été soumis sans erreurs durant le dernier trimestre		
Combien de rapports soumis sans omission de données le dernier trimestre		

<b>Rapport trimestriel de notification des cas dans le district / UGB TB</b>	Frottis positif	Cas de retraitement	Toutes les formes
Nombre enregistré durant la dernière année			
Nombre enregistré durant les deux derniers trimestres			
Nombre enregistré durant le dernier trimestre			
Nombre total des cas de frottis positif dans le block 1 égale le total des cas dans le block 2			
(distribution par âge et sexe ) (O/N)			
Ratio des nouveaux cas de TB pulmonaire à frottis positifs sur les nouveaux cas de TB pulmonaire à frottis négatif et de TB extra pulmonaire			
% de nouveaux cas de frottis positifs parmi le total des cas de tuberculose pulmonaire (devrait être $\geq 65\%$ )			
<b>Comparer le rapport trimestriel des cas détectés avec le registre TB durant le dernier trimestre et vérifier:</b>			
Nombre des cas enregistrés dans le registre de TB égal le nombre des cas notifiés dans le rapport durant le dernier trimestre (O/N)			
Si non, mentionner le total des cas dans le registre TB durant le dernier trimestre			
Si non, mentionner le total des cas dans le rapport des cas TB notifiés durant le dernier trimestre			
Donner des détails à propos des cas sous ou sus reportés et préciser les raisons:			

### Rapport trimestriel de la conversion des frottis dans le district / UGB TB durant le dernier trimestre

	Encore sous traitement	Traitement interrompu
Cas de frottis positif notifiés durant le dernier trimestre		
% taux de conversion		

### Rapport trimestriel du résultat du traitement des malades enregistrés 12 mois auparavant (frottis positif) au niveau du district / UGB TB

	Réponses
% des patients à frottis positif enregistré il y a 12 mois dont le traitement a été évalué	
%guéris	
%traitement complet	
%échec du traitement	
%décès	

% perdus de vue	
%transférés	

**Comparer le rapport trimestriel des suspects / OPD et le registre des suspect pour le dernier trimestre et vérifier:**

Le nombre des suspects TB reporté égale le nombre des suspects / OPD enregistrés sur le registre des suspects le dernier trimestre (O/N)  
 Si non, mentionner le nombre total dans le registre des suspects durant le dernier trimestre  
 Si non, mentionner le nombre total des suspects notifiés dans le rapport du dernier trimestre  
 Donner les détails du sur ou sous reporting et préciser les raisons :  
 Autre information logique entre le registre et le rapport le dernier trimestre?(O/N)  
 Si non, préciser les détails:  
 Le nombre des cas de TB notifiés parmi les contacts égale au nombre des cas de TB enregistrés dans le registre des contacts le dernier trimestre ? (O/N)  
 Si non, mentionner le nombre total des cas de TB dans le registre des contacts durant le dernier trimestre  
 Si non, mentionner le nombre total des cas de TB dans le rapport du dernier trimestre  
 Préciser les détails du sous ou sur reporting et les raisons :

Autre information est logique entre le rapport et le registre durant le dernier trimestre ? (O/N)  
 Si non préciser les détails:

**6. Fournitures** (fournitures de laboratoire dans une liste de contrôle à part)

	Stock actuel			Utilisation prévue Pour les six prochains mois	Adéquate pour les 6 Prochains mois	Rupture de stock durant le dernier trimestre
	Quantité dans la fiche de stock	Quantité effective	différence			
<b>6.1 Médicaments</b>					O/N	O/N
RHZE						
HRZ						
RH						
EH						
R						
H						
Z						
E						
Seringue à 1 gr						
Seringue à usage unique						
Eau pour injection						

\* le superviseur peut sélectionner un ou deux médicaments à sa convenance

Présence d'air conditionné ou d'un ventilateur (O/N)
Médicament TB rangés sur des rayons TB (O/N)
Registre de stock présent (O/N)
Est que les médicaments sont rangés selon la règle FIFO/FEFO? (O/N)
Présence de médicaments périmés? (O/N)
Si oui quels médicaments ?
Quelle est la proportion des médicaments périmés ?
Si oui quelle est l'action entreprise
<b>Comment vous stockez pour s'harmoniser au dépôt idéal ?</b>

S#	Description	Réponses (O/N) ou NA
1	Présence d'un surveillant(s) du stock de médicaments	
2	Ont-ils été formés ?	
3	Est-ce que les médicaments sont rangés d'une manière systématique (par exemple ordre alphabétique, forme pharmacologique ...)	
4	Est-ce les médicaments sont stockés directement par terre ?	

5	Y-a-t il un espace adéquat entre les médicaments et les murs?	
6	Est-ce que les fiches de stocks sont utilisées ?	
7	Si oui, sont-elles à jour?	
8	Est-ce que la charge est minutieusement vérifiée à la livraison (par exemple, emballage en bon état, quantités, dates limites)	
9	Est-ce qu'il y a un contrôle de la température ? (par exemple : fenêtre, ventilateurs, climatiseur, éventail)	
10	Y a il une feuille de température pour l'enregistrement régulier de température ?	
11	Y a-t-il une méthode d'empêcher la lumière du soleil directe d'atteindre les médicaments stockés (par exemple vitres teintées, des rideaux)	
12	Y a-t-il signes d'humidité (par exemple au plafond, toit, des évacuations, fuite des robinets, des évacuations, etc.) ?	
13	Y a-t-il des trace de présence de parasites dans le secteur (par exemple des pertes, des conteneurs de médicament délabrés) ?	
14	Les comprimés/capsules sont-ils manipulés par des mains nues ?	
15	Les médicaments expirés sont-ils séparés de bons médicaments ?	
16	Y a-t-il un système de sauvegarde des médicaments anti-TB du vol ou du vandalisme ? ( Par exemple fermé en dehors des heures de travail, permission seulement aux personnes autorisées d'entrer aux secteurs de stockage) ?	
17	Est-ce que des extincteurs et-ou des avertisseurs d'incendie sont disponible pour traiter avec le feu dans l'entrepôt ?	

### 9.2 Supports

	Stock actuel	Selon la version révisée R&R (O/N)
Carte de traitement		
Carte d'identité		
Registres TB		
Registres labo		
Registres suspects		
Registres Contacts		
Fiche de demande d'examen de frottis		
Fiche de transfert et de référence traitement		
Rapports		
Bon de commande des médicaments		
Bon de commandes des fournitures du labo		
Rapport annuel de gestion du programme anti TB		

### 9.3 Stocks des aliments pour les patients tuberculeux

Soutien alimentaire pour les patients TB disponible (O/N)		
Stock alimentaire convenable disponible pour les patients TB (O/N)		
Mentionner le soutien alimentaire mensuel par patient :		
Vérifier le rapport de distribution alimentaire et évaluer le système de distribution		

### 10. Entrevue avec 5 patients pour évaluer leur connaissance, stigmatisation, circuit de soin et leur satisfaction des soins

	1 (non=0; oui=1)	2	3	4	5
<b>1 type de la maladie et modes de transmission</b>					
<b>2.durée de traitement</b>					
<b>3.importance de l'observance du traitement</b>					
<b>Et complications de l'interruption des médicaments</b>					
<b>4.précautions pour la prévention transmission de l'infection</b>					
<b>5.importance de la récupération des défailants</b>					
<b>6.suivi du frottis</b>					
<b>7. circuit pour diagnostic et traitement (décrire)</b>					
a) structure où le patient peut avoir les premiers soins					
b) nombre de rencontres avant le diagnostic final					
c) question à propos la stigmatisation et l'exclusion?					
d) question à propos des délais ?					
<b>8.coûts du diagnostics et du traitement ?</b>					
a) spécialement, est ce que le patient paie pour avoir les médicaments					
Ou autres médicaments (ex ARV) ou test de diagnostic de la TB					
<b>9. compréhension du diagnostic et du traitement</b>					
a) qui le conseille à propos de l'utilisation des médicaments ? dispensaire, UGB TB, autres ,etc.)					
<b>10. Sources d' information à propos TB/HIV traitement et diagnostic</b>					
<b>11. Expériences à propos de la livraison des médicaments et des services fournis</b>					
Particulièrement - des difficultés liées à la disponibilité et à l'accessibilité au traitement					

**Résumé de la visite**

Points forts	Faiblesses	Actions recommandées



## Liste de contrôle pour l'évaluation du laboratoire au niveau intermédiaire

<b>I- Information Générale</b>		
Laboratoire:		
Nom de la structure sanitaire		
Nom du gouvernorat		
Population du gouvernorat		
Nombre de P par laboratoire		
Coordinateur laboratoire niveau intermédiaire:		
# qualification & responsabilités du personnel actuel:		
	1	
	2	
	3	

<b>Champ de travail du laboratoire intermédiaire</b>	<b>Oui/Non</b>	<b>Charge de travail</b>
Examen microscopique de routine des frottis d'expectoration		
préparation coloration		
Assurance de la qualité externe		
sur le site de supervision		
Formation		

<b>Information Lab expectoration microscopique (même liste de contrôle que le niveau périphérique)</b>

<b>Préparation de la coloration</b>	
<b>coloration (disponible et suivi)</b>	
<b>Equipement (disponible et fonctionnel)</b>	
Balance (poids)	
eau distillée (si non, source de l'eau utilisée pour la préparation de la coloration)	
<b>réactifs et produits chimiques: disponibilité, source, qualité et stockage</b>	
<b>Huile d'immersion: qualité</b>	
<b>Verrerie et flacon de réactifs: disponibilité et adéquation</b>	
<b>CQ de la coloration : contrôle des lames, registre, enregistrement</b>	

<b>Remarques</b>	
------------------	--

<b>Assurance de la qualité externe par le contrôle à l'aveugle</b>	
--	--

Fréquence de la collection des lames	
Nombre de lames collectés par série	
qui collecte les lames?	
échantillonnage des lames: comment?	
Premier contrôleur ?	
Microscopes pour la relecture: disponibilité et qualité	
<b>Enregistrement et établissement des rapports</b>	
Formulaire de collection des lames	
Formulaire d'évaluation des frottis (premier contrôleur)	
Formulaire pour contrôle discordant (Labo Nat de Référence)	
formulaire de la rétro information	
comment les lames discordantes sont envoyées au LNR et comment les résultats sont reçus (temps écoulé)	
<b>Remarques</b>	

<b>Sur le site supervisé</b>	
------------------------------	--

Fréquence	
Raison de la visite de supervision au site (routine, défaillance)	
Liste de contrôle pour le site (disponible et utilisée)	
outil de collecte des données utilisé (pour le laboratoire périphérique disponible)	

<b>formation du personnel du laboratoire</b>	
--	--

<b>Microscopes et nécessaires pour la formation (# et disponibilité)</b>
--

<b>Source des échantillons des expectorations pour la pratique?</b>
---

<b>Agenda et matériel pour la formation</b>	

<b>A. Problèmes opérationnels</b>
-----------------------------------

<b>B. Problèmes techniques</b>
--------------------------------

**Liste de contrôle pour l'évaluation du laboratoire du niveau périphérique**

**I- Information générale**

Laboratoire							
Nom de la structure sanitaire							
District							
Nom du responsable du laboratoire							
Noms et qualification du personnel actuel							

**Information à propos des cas détectés dans l' UGB TB**

Période évaluée		TB Pulmonaire			TB extrapulmonaire	Total
		Frottis posit +	Frottis nég -	Non fait		
Patient enregistré	sans antécédent de TB (cat 1)					
	avec antécédent de TB (Cat-11)					
	Total					

**Information à propos du suivi du traitement dans l'UGB TB**

Période évaluée				
Patient	2 mois	5ème mois	7ème mois	

évalué	# enregistré	# positif	# enregistré	# positif	# enregistré	# positif
TBP Frottis + sans antécédent de TB(Cat-1)						
TB P frottis + avec antécédent de TB (Cat-11)						
<b>Total</b>						

**Information à propos de la charge de travail et de la performance du laboratoire**

Période évaluée:

		# des patients examinés	# des patients notifiés positifs	% des patients positifs	# de frottis examinés	# frottis notifiés positifs	% des frottis positifs
	<b>Diagnostic (suspects)</b>						
	<b>Suivi</b>						
	<b>Total</b>						

**Information lab à propos des frottis positifs (dernier trimestre)**

Période évaluée:

Examiné		Negatif	Positif				Total
			1-9	1+ve	2+ve	3+ve	
	<b>diagnostic par bacilloscopie</b>						

		suivi Frottis					
<b>Information à propos de l'assurance de la qualité extérieure du labo</b>							
<b>Période évaluée:</b>		<b># de lames collectées</b>			<b># Erreurs reportées</b>		
	<b>Rapport de la rétro information disponible (Oui/Non)</b>	<b>Pos</b>	<b>quantité insuffisante</b>	<b>Neg</b>	<b>HFN</b>	<b>HFP</b>	<b>Min Er</b>
<b>EVALUATION liste de contrôle du site</b>							
		<b>Adéquate /acceptable</b>		<b>Commentaires</b>			
<b>1</b>	<b>Lieu de travail</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>				
	Infrastructure, Electricité, approvisionnement en eau, propreté						
<b>2</b>	<b>Personnel:</b>						
	Adéquat, formé						
<b>3</b>	<b>Utilisation des procédures standards</b>						
	Manuel , guide illustré de laboratoire						
<b>4</b>	<b>Registre de laboratoire</b>						
	Registre disponible, bien tenu, mis à jour						
<b>5</b>	<b>Collecte des données</b>						
	chage de travail et performance						
<b>6</b>	<b>Microscope</b>						
	Binoculaire , électrique, fonctionnelle						

<b>7</b>	<b>fournitures consommables</b>				
	disponible , pas de rupture de stocks reporté				
<b>7,3</b>	<b>réactif pour coloration et huile d'immersion</b>				
<b>7,4</b>	<b>Autres produits de laboratoire (consommables)</b>				
	Verrerie, crachoirs, papier filtre, désinfectants				
<b>7,5</b>	<b>Equipement du laboratoire ( non consommable)</b>				
	bec benzène, entonnoir en verre, ....				
<b>8</b>	<b>Sécurité du laboratoire et élimination des déchets</b>				
	Sécurité: tenue de protection, désinfectant, besoin pour l'hygiène des mains				
	élimination du matériel contaminé: incinération?				
<b>9</b>	<b>SOUMISSION DES ECHANTILLONS</b>				
<b>9,1</b>	<b>Collection</b>				
	Instruction, collection des échantillons dans une zone ventilée, étiquetage				
<b>9,2</b>	<b>traitement au laboratoire</b>				
	Numéro de la série du laboratoire est inscrit sur la paroi du conteneur				
	Qualité des échantillons contrôlée et enregistrée				
<b>10</b>	<b>EXAMEN DES FROTTIS</b>				
<b>10,1</b>	<b>Préparation du frottis</b> (observer comment faire ou frottis déjà préparé : étiquetage, numéro, régularité, épaisseur				
<b>10,2</b>	<b>Coloration</b>				
	observation lors de la coloration, filtration, temps de chauffage de coloration, IQC				
<b>10,3</b>	<b>Examen au Microscope</b>				
	Microscope est binoculaire, électrique, fonctionnel				
<b>10,4</b>	<b>Enregistrement</b>				
	Positif est marqué en rouge et gravé				
<b>11</b>	<b>Assurance de la qualité extérieure . Contrôle à l'aveugle</b>				
	Examiné, rangé par ordre série				
	Lames collectées par SLC (fréquence, dernier)				
	rapport écrit de rétro information reçue				
	Compréhension du rapport de la rétro information				

<b>II - Au site de relecture</b>							
<b>Examiner au moins trois frottis négatifs et positifs durant l'enquête</b>							
<b>Frottis no</b>	<b>Lames N°</b>	<b>Résultat PL</b>	<b>Résultat de la relecture</b>	<b>Coloration AFB</b>	<b>décoloration</b>	<b>Qualité de l'échantillon</b>	<b>Qualité du frottis</b>
+							
+							
+							
-							
-							
-							
<b>Résumé de l'évaluation du site: liste des problèmes majeurs identifiés</b>							
<b>A. Problèmes opérationnels</b>							
<b>B. Problèmes techniques</b>							