

RAPPORT DE RECHERCHE

**EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU SERVICE DE
« ONE STOP TB –VIH » DANS LES CENTRES DE DEPISTAGE ET
DE TRAITEMENT AU RWANDA
Octobre 2010**

RESUME

Evaluation du service « one stop TB-VIH » dans les Centres de Dépistage et de Traitement au Rwanda.

Cette recherche a été menée en octobre 2010, c'est à dire après environ 3 ans de fonctionnement du service « one stop TB-VIH ». L'implantation de ce service « one stop TB-VIH » avait comme objectif d'améliorer le diagnostic et la prise en charge des malades TB-VIH. Le fonctionnement de ce service a pour avantage notamment de restreindre le nombre de rendez-vous des patients co-infectés TB-VIH, de réduire l'exposition des PVVIH à la tuberculose et d'améliorer la qualité des soins puisque les patients sont vus par le même prestataire pour les deux pathologies dans un même service. Cette stratégie a été introduite dans les formations sanitaires d'une façon progressive. Si elle s'avère bénéfique, aucune étude n'a évalué son fonctionnement sur terrain. La Direction de la Tuberculose voudrait évaluer les points forts, les points faibles et les possibilités de l'améliorer.

L'Objectif général de cette recherche est d'évaluer le fonctionnement du service « one stop TB-VIH » dans les centres de dépistage et de traitement de la tuberculose (CDT) au Rwanda. D'une façon spécifique, évaluer la réalisation d'activités de prévention TB-VIH dans les CDT, le dépistage de cas de VIH chez les tuberculeux, la prise en charge organisée chez les Co-infectés TB-VIH, déterminer les contraintes et faire des recommandations pour améliorer le service.

L'étude a été menée dans les formations sanitaires remplissant les critères suivants: être un centre de dépistage et de traitement de la tuberculose, disposer du service « one stop TB -VIH» et offrir les ARV. Le calcul de la taille minimale de l'échantillon a été fait selon les exigences statistiques se trouvant dans le document. Pour les 38 CDT retenus, l'enquête a porté sur l'infirmier responsable du service « one stop TB-VIH ».

Parmi les principaux résultats obtenus, ceux qui suivent méritent une action urgente pour l'amélioration de ce service.

1. Formation du personnel

Les responsables du service « one stop » ne sont pas tous formés.

2. Information, Education, Communication

Cette activité préventive nécessaire n'est pas régulière. Certains centres/services one stop n'ont même pas de calendrier IEC, et toutes les activités ne sont pas toujours consignées dans des rapports.

3. Tests de dépistage VIH chez les tuberculeux

Les tests de dépistage VIH ne sont pas effectués dans tous les services.

4. Prise en charge des malades co-infectés

- a. Les supervisions sont irrégulières et ne sont pas toujours documentées.
- b. Le counseling individuel n'est pas rapporté.
- c. Le traitement prophylactique n'est pas donné systématiquement dans tous les CDT.

Les recommandations ad hoc ont été faites et sont rapportées dans le présent document.

I. REMERCIEMENTS

Cette étude a été réalisée par l'Ecole de Santé Publique de l'Université Nationale du Rwanda qui a apporté l'appui technique au Programme National Intégré de Lutte contre la Tuberculose. Elle a été financée par le Global Fund.

La présente étude a été conçue par les chercheurs de l'Ecole de Santé Publique, à savoir Prof. Guillaume GASANA K., Chef de Département d'Epidémiologie et Biostatistique, Dr. Manassé NZAYIRAMBAHO, Chef du Département de Politique, Gestion et Economie de la santé et Prof. Jean Baptiste KAKOMA, du même Département et Directeur de l'Ecole de Santé Publique. Elle a été suggérée par TRAC + UNITE TUBERCULOSE.

La matérialisation de cette étude a été possible après que les chercheurs ci- haut cités aient effectué les activités suivantes : élaboration du protocole de recherche, élaboration des outils de recherche, formation de l'équipe de recherche, supervision de la collecte des données sur terrain, informatisation des données, analyse et rédaction du présent rapport.

Nous exprimons notre profonde gratitude aux personnels des différentes formations sanitaires qui ont accepté de participer dans cette évaluation en fournissant les informations nécessaires malgré leurs multiples obligations.

Nous remercions aussi toute l'équipe de recherche à savoir les enquêteurs et les superviseurs de cette étude qui se sont investis dans la collecte des données.

Nous remercions également le TRAC + UNITE TUBERCULOSE, ainsi que le Global Fund pour leur appui financier.

II. TABLE DES MATIERES

RESUME	2
I. REMERCIEMENTS	4
II. TABLE DES MATIERES.....	5
III. LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES	7
IV. LISTE DES TABLEAUX.....	8
V. INTRODUCTION	9
A. NOTIFICATION DE LA TUBERCULOSE AU RWANDA	9
B. LE SERVICE ONE STOP TB - VIH	10
VI. LES OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	11
A. OBJECTIF GENERAL.....	11
B. OBJECTIFS SPECIFIQUES	11
VII. METHODOLOGIE.....	11
A. CHOIX ET TAILLE DE L'ECHANTILLON	11
B. TECHNIQUE D'ECHANTILLONNAGE ET SELECTION DES CDT AVEC ONE STOP SERVICE.....	12
C. PREPARATION DE L'ENQUETE.....	12
D. ENQUETE SUR TERRAIN	13
E. CONSIDERATIONN ETHIQUES.....	13
F. SAISIE ET ANALYSE DES DONNEES	14
VIII. RESULTATS	15
VIII.1. CARACTERISTIQUES GENERALES DE L'ECHANTILLON	15
VIII.2. DEGRE DE FONCTIONNEMENT DU SERVICE « ONE STOP TB-HIV » DANS LES CDT	17
VIII.2.1. FORMATION DU PERSONNEL	17
VIII.2.2. INFORMATION, EDUCATION ET COMMUNICATION	20

VIII.3. DEPISTAGE DE CAS DE VIH CHEZ LES TUBERCULEUX.....	23
VIII.4. PRISE EN CHARGE DES MALADES VIH + ATTEINTS DE TUBERCULOSE	25
VIII.4.1. SUPERVISION, COUNSELLING ET TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE	26
VIII.4.2. EXAMEN MEDICAL POUR LA PRESCRIPTION ET LE SUIVI DES ARV	27
VIII.4.3. ADMINISTRATION DES ARV, RUPTURES DE STOCK ET PRESENCE DE LA FICHE DE STOCK DES MEDICAMENTS DANS LE SERVICE « ONE STOP »	28
VIII.4.4. SUIVI DES MALADES TB-VIH+ ACTUELLEMENT DANS LES CDT OU TRANSFERES AILLEURS.....	31
VIII.4.5. RAPPORT D'ACTIVITES	33
VIII.5. ANALYSE SWOT.....	34
IX. DISCUSSION	36
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	39
ANNEXES	41

III. LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES

ARV: Antirétroviraux

ASC: Agent de Santé Communautaire

CDT: Centre de Dépistage et de Traitement

ESP : Ecole de Santé Publique

FOSA: Formation Sanitaire

IEC: Information Education Communication

NTPM+ : Nouveaux cas de Tuberculose Pulmonaire à microscopie positive

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

TRAC + UNITE TUBERCULOSE: Programme National Intégré de Lutte contre la Tuberculose

PVVIH: Personne Vivant avec le VIH

TB: Tuberculose

VIH : Virus de l'immuno déficience acquise

IV. LISTE DES TABLEAUX

1. Tableau 1 : Répartition des CDT retenus selon la Province et le District
2. Tableau 2 : Répartition des infirmiers responsables du service « one stop TB-VIH » selon les caractéristiques sociodémographiques
3. Tableau 3 : Répartition des CDT selon l'ancienneté du service « one stop TB-VIH » et de son personnel
4. Tableau 4 : Répartition des infirmiers responsables du service « one stop TB-VIH » selon les caractéristiques de formation
5. Tableau 5 : Répartition des CDT selon les caractéristiques IEC
6. Tableau 6: Comparaison des séances IEC réalisées dans le CDT et service « one stop » depuis le 01/01/2010
7. Tableau 7 : Répartition des CDT selon les séances d'IEC réalisées depuis le 01 janvier 2010
8. Tableau 8 : Répartition des CDT selon les prélèvements pour le test VIH
9. Tableau 9 : Comparaison des cas VIH+ dépistés dans le service « one stop » ou ailleurs
10. Tableau 10 : Répartition des CDT selon le rythme de supervision du médecin
11. Tableau 11 : Répartition des CDT selon le mode d'administration des ARV
12. Tableau 12 : Répartition des CDT selon la présence de la fiche de pharmacie dans le service « one stop » et la rupture de stock des médicaments
13. Tableau 13 : Répartition des CDT selon la durée et le médicament concerné par la rupture de stock.
14. Tableau 14 : Répartition des CDT selon le nombre de malades TB-VIH+ suivis actuellement
15. Tableau 15 : Répartition des malades guéris ou décédés selon les CDT
16. Tableau 16 : Destination du rapport d'activités du service « one stop »

V. INTRODUCTION

A. NOTIFICATION DE LA TUBERCULOSE AU RWANDA

Le Rwanda est un pays peuplé avec une population de 10 millions environ. Il a une prévalence du VIH de 3% et on dénombre chaque année 8000 cas de tuberculose.

Au cours de l'année 2008, des cas de tuberculose ont été dépistés par les CDT (Centre de Dépistage et de Traitement) des 30 Districts et par les 4 hôpitaux de référence nationale ainsi que par un nombre restreint de services privés. Au total 7841 cas ont été notifiés dont 4173 nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive (53.2%), 925 nouveaux cas de tuberculose à microscopie négative (13%) et 386 à microscopie non faite (5%), 1743 cas extra-pulmonaires (24%), 397 cas de retraitement BK+(5.1%) et 217 cas autres (2.8%).

Le nombre de cas de tuberculose est passé de 7.720 en 2005 à 7841 en 2008 soit une augmentation de 1.5% en 3 ans pour l'ensemble des cas et de 0,5% pour les NTPM+ (4159 cas en 2005 contre 4173 en 2008). Les taux de notification de tuberculose toutes formes confondues et des nouveaux cas à microscopie positive sont respectivement de 89 et 48 par 100.000 habitants en 2008. Le taux de dépistage de la tuberculose pulmonaire à frottis positif est estimé à 48% sur base d'un risque d'infection de 2% mais à 27% selon les estimations de l'OMS. Une étude de prévalence sera menée dans les prochaines années afin de préciser ces estimations.

La population Rwandaise compte 53.2% de femmes selon le dernier recensement en 2002. Pour les nouveaux cas TPM+, le sexe ratio masculin/féminin est d'environ 1,7 et la répartition par tranches d'âge montre que 74% des nouveaux cas TPM+ se situent entre 15 et 44 ans, groupes également majoritaires pour l'infection par le VIH.

Les nouveaux cas (7227) constituent 92% de l'ensemble des cas. Les formes à microscopie positive sont les plus nombreuses (53.2% des nouveaux cas), et sont suivies par les formes extra-pulmonaires (24%), les formes pulmonaires à microscopie négative (13%) et celles à microscopie non faite (5%).

B. LE SERVICE ONE STOP TB - VIH

En 2006, au Rwanda 86% des cas de tuberculose ont été traités avec succès, dépassant la cible du TRAC + UNITE TUBERCULOSE de 85% pour la première fois. En 2002, le taux de réussite n'était que de 58%.

Cette réussite est due principalement à la mise en œuvre réussie du programme de DOTS, recommandé par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Le diagnostic de la tuberculose reste un problème parce que souvent le diagnostic est difficile et les gens peuvent être infectés pendant longtemps avant de tomber malade.

La Direction de la TBC a mis en place une série des stratégies pour améliorer le diagnostic et la prise en charge de la Tuberculose. Il s'avère pour le moment que la meilleure prise en charge pour le tuberculeux et la personne vivant avec le VIH doit être faite simultanément dans un même service. Ce service s'appelle « one stop TB-VIH ». Le fonctionnement de ce service a pour avantage de restreindre le nombre de rendez-vous des patients co-infectés, de réduire l'exposition des PVVIH à la tuberculose et d'améliorer la qualité des soins puisque les patients sont vus par le même prestataire pour les deux pathologies dans un même service.

Cette stratégie a été introduite dans les formations sanitaires, certes d'une façon progressive, et cela depuis bientôt trois ans. Si elle s'avère bénéfique, aucune étude n'a évalué son fonctionnement sur terrain. Plusieurs problèmes peuvent survenir à savoir le niveau d'implication des personnels soignants, la prise en charge réelle des malades, le dépistage de VIH par les services de prise en charge de la tuberculose. La Direction de la Tuberculose qui s'est beaucoup investi dans cette stratégie voudrait évaluer les points forts, les points faibles et les possibilités de l'améliorer.

Critères du service « one stop TB-VIH » fonctionnel

L'infirmier responsable du service « one stop TB-VIH » doit

1. Avoir suivi la formation TB-VIH
2. Faire le dépistage du VIH (counseling pré /post test, prélèvement) dans le service
3. Remplir les dossiers VIH et enregistrer les cas VIH+ au service VIH; prélever les CD4, administrer le traitement prophylactique (cotrimoxazole, pyridoxine), faire évaluer le malade par le médecin.

4. Administrer les ARV (nouveaux cas ou anciens cas de PVVIH)
5. A la fin du traitement TB, référer le malade à clinique ARV

VI. LES OBJECTIFS DE L'ETUDE

A. OBJECTIF GENERAL

Evaluer le fonctionnement du service « one stop TB-VIH » mis en place par le TRAC + UNITE TUBERCULOSE dans les CDT au Rwanda

B. OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Evaluer la réalisation d'activités de prévention VIH-TB dans les CDT
- Evaluer le dépistage de cas de VIH chez les TB
- Evaluer la prise en charge organisée chez les Co-infectés TB-VIH
- Déterminer les contraintes et faire des recommandations pour améliorer le service.

VII. METHODOLOGIE

A. CHOIX ET TAILLE DE L'ECHANTILLON

L'étude a été menée en Octobre 2010 dans toutes les formations sanitaires remplissant les critères suivants:

- Etre un centre de dépistage et de traitement de la tuberculose (CDT)
- Disposer du service « one stop TB -VIH»
- Offrir les ARV

Une liste des formations sanitaires remplissant ces critères provenant du TRAC + UNITE TUBERCULOSE a été remise aux chercheurs impliqués dans la présente étude et a servi comme base de sondage. La taille de l'échantillon a été calculée selon la formule suivante :

$$n = \frac{\{Z_{1-\alpha/2} \sqrt{[P_o(1 - P_o)]} + Z_{1-\beta} \sqrt{[P_a(1 - P_a)]}\}}{(P_o - P_a)^2}$$

Niveau de confiance : 5%

Puissance du test 80%

Test unilatéral (succès si l'infirmier de one stop répondait correctement sur 80 % des questions versus 60%)

La taille minimale de l'échantillon en tenant compte des caractéristiques citées ci- haut nous indique qu'elle est de 29 CDT. Compte tenu des ressources mises à notre disposition nous avons ramené ce chiffre de l'échantillon à 38 CDT dans lesquels nous avons enquêté.

L'enquête a porté sur l'infirmier responsable du service one stop dans chaque CDT.

B. TECHNIQUE D'ECHANTILLONNAGE ET SELECTION DES CDT AVEC ONE STOP SERVICE

Un sondage aléatoire simple été organisé dans chaque Province en tenant compte de la proportionnalité des CDT avec le service « one Stop TB-VIH ». Cependant, s'il s'avérait que certains CDT retenus dans l'échantillon n'offraient pas le service « one stop TB -VIH », le CDT concerné était automatiquement remplacé par celui qui suivait sur la liste.

C. PREPARATION DE L'ENQUETE

Recrutement des enquêteurs

Le recrutement des enquêteurs et des superviseurs de l'enquête a été fait en fonction de leur qualification et de leur expérience dans la réalisation des enquêtes réalisées dans les formations sanitaires. Une base de données de l'ESP a permis de les identifier.

Au total, 8 enquêteurs ont été recrutés pour la collecte des données au niveau des formations sanitaires. Chaque enquêteur était chargé de collecter les données au niveau des formations sanitaires retenues dans chaque district pendant quatre jours. Deux investigateurs ont vérifié quotidiennement la qualité des données collectées, ont coordonné les équipes sur terrain et ont pris la décision en cas de choix du CDT à retenir dans l'échantillon chaque fois que le remplacement devait avoir lieu.

Formation des enquêteurs et organisation du pré-test

Une formation des enquêteurs de deux jours a été réalisée après la finalisation de tous les outils qui ont été utilisés et l'organisation l'enquête (questionnaires, sélection des CDT, organisation des équipes, planification du pré-test, lettre d'autorisation du TRAC + UNITE TUBERCULOSE).

Un pré-test d'un jour a été organisé dans un CDT ne faisant pas partie de l'échantillon de l'étude. Il s'agit du CDT Kicukiro à Kigali. Après ce pré-test, une réunion de restitution et de correction du questionnaire a été réalisée pour finaliser le questionnaire.

D. ENQUETE SUR TERRAIN

L'investigateur principal a travaillé avec le Co-investigateur et les superviseurs pour la répartition des équipes dans différents Districts concernés dans cette étude.

Un plan de collecte des données a été élaboré et toutes les équipes ont été déployées dans chaque site d'étude.

E. CONSIDERATION ETHIQUES

Les données à inclure dans le protocole d'enquête ainsi que tous les outils de collecte de données ont été discutés conjointement avec le TRAC + UNITE TUBERCULOSE. La participation à l'enquête par l'infirmier responsable du service « one stop TB-HIV » était volontaire.

L'intérêt et les objectifs de l'étude ont été portés à la connaissance des personnes interrogées et un consentement éclairé pour la participation à l'étude a été respectée. Un document d'adhésion volontaire discuté et signé avant l'enquête est annexé à la présente étude.

F. SAISIE ET ANALYSE DES DONNEES

Les masques de saisie des questionnaires en utilisant le logiciel SPSS 17.00 ont été confectionnés après les corrections des questionnaires lors du pré-test.

Le nettoyage de la base des données ainsi que les analyses quantitatives ont été faites à l'aide du même logiciel.

La saisie a été effectuée par le personnel de Global Fund basé à l'ESP.

VIII. RESULTATS

VIII.1. CARACTERISTIQUES GENERALES DE L'ECHANTILLON

Tableau 1 : Répartition des CDT retenus selon la Province et le District

Nom de la Province	Nom du District	Nom du CDT
Nord	Burera	Kirambo Nyamugari
	Rulindo	Kinihira Rulindo Shyorongi
Est	Kayonza	Rukara Kabarondo
	Ngoma	Rukira Rukumberi
	Rwamagana	Karenge
Ouest	Ngororero	Nyange
	Nyamasheke	Gatare Karengera Nyamasheke
	Rusizi	Nkanka Prison de Cyangugu Rusizi
Sud	Gisagara	Save
	Huye	Karama Prison de Butare
	Kamonyi	Gihara Kayenzi Mugina
	Muhanga	Musambira Kivumu Nyarusange
	Nyanza	Nyamure
	Ruhango	Kinazi Muyunzwe Ruhango
Ville de Kigali	Gasabo	Kimironko Kinyinya
	Kicukiro	Gikondo
	Nyarugenge	Biryogo Gitega Kacyiru

Tableau 2 : Répartition des infirmiers responsables du service « one stop TB-VIH » selon les caractéristiques sociodémographiques

<i>CARACTERISTIQUE</i>	Fréquence	%
Sexe		
Masculin	15	39.5
Féminin	23	60.5
Total	38	100.0
Age		
< 40 ans	31	81.6
40-50 ans	3	7.9
> 50 ans	4	10.5
Total	38	100.0
Niveau d'études	Fréquence	%
Secondaire incomplet	4	10.5
Secondaire complet	30	78.9
Supérieur A1	4	10.5
Total	38	100.0

Sur l'échantillon retenu de 38 infirmiers responsables du service « one stop TB-VIH » qui ont été interrogés, le sexe féminin était le plus représenté (60.5 % versus 39.5%). Presque tous sont jeunes avec 81.6 % de moins de 40 ans. L'âge moyen est de 32 ans, et l'âge médian 30 ans. Le plus jeune infirmier a 23 ans et le plus âgé 53 ans.

Plus des deux tiers (78.9%) ont le niveau secondaire (tableau 2).

Ancienneté du service one stop et du personnel

Tableau 3 : Répartition des CDT selon l'ancienneté du service « one stop TB-VIH » et de son personnel

Ancienneté	Fréquence	%	% cumulé
Ancienneté du service one stop (mois)			
1-12	7	18.4	18.4
13-24	21	55.3	73.7
25-36	9	23.7	97.4
37-48	1	2.6	100.0
Total	38	100.0	
Ancienneté de l'infirmier responsable dans le service one stop (mois)			
	Fréquence	%	
1-12	15	39.5	39.5
13-24	18	47.4	86.8
25-36	4	10.5	97.4
37-48	1	2.6	100.0
Total	38	100.0	

Dans les CDT, le service « one stop TB-HIV » a une ancienneté de 20 mois en moyenne. Dans l'ensemble, 73.7 % des services one stop datent de moins de 24 mois (tableau 3).

Le plus ancien service « one stop TB-VIH » date de 40 mois (créé en Juin 2007), et le plus récent est vieux de 3 mois (introduit en Juin 2010).

Les infirmiers ont aussi en moyenne 17 mois d'ancienneté dans ce service, mais la tranche la plus représentée est de 24 mois. L'infirmier le plus ancien dans ce service a 40 mois d'ancienneté (CDT Gikondo) alors que le plus jeune a 2 mois (CDT Kinyinya).

VIII.2. DEGRE DE FONCTIONNEMENT DU SERVICE « ONE STOP TB-HIV » DANS LES CDT

VIII.2.1. FORMATION DU PERSONNEL

Pour évaluer la formation reçue en matière de « one stop service » cinq éléments ont été considérés :

Vérifier si l'infirmier a été formé dans les principes de « one stop service »

Préciser si la formation a eu lieu avant ou après l'affectation dans le service one stop

Nombre de formations reçues

Délai depuis la dernière formation

Besoins d'autres formations en cas échéant

Tableau 4 : Répartition des infirmiers responsables du service « one stop TB-VIH » selon les caractéristiques de formation

<i>CARACTERISTIQUES</i>	Fréquence	%
Formation dans « one stop TB-VIH»		
Oui	25	65.8
Non	13	34.2
Total	38	100.0
Moment de formation		
Avant l'affectation dans le service one stop	12	48.0
Après l'affectation dans le service one stop	12	48.0
Avant et après l'affectation dans le service one stop	1	4.0
Total	25	100
Nombre de formations dans « one stop TB-VIH»		
Une formation	20	80.0
Deux formations	5	20.0
Total	25	100.0

Au total, deux tiers des infirmiers sont formés dans les principes de « one stop service ». Le tiers d'infirmiers (34.5%) qui y travaillent n'ont pas reçu cette formation. Il s'agit des infirmiers des CDT suivants :

1. BIRYOGO
2. GATARE
3. KARAMA

4. KARENTERA
5. KAYENZI
6. KIMIRONKO
7. KINYINYA
8. MUYUNZWE
9. MUSAMBIRA
10. PRISON DE BUTARE
11. RUKIRA
12. RUSATIRA
13. SAVE

Pour ceux qui ont été formés, il s'avère que contrairement au principe du TRAC + UNITE TUBERCULOSE d'assurer une formation avant l'affectation et la création de ce service, presque la moitié (48%) du personnel a été formée après l'affectation. La majorité a reçu une formation unique à l'exception de 20% qui ont reçu deux formations (tableau 4).

Délai depuis la dernière formation et besoins d'autres formations

En moyenne les infirmiers responsables du service « one stop TB-VIH » ont été formés il y a 12 mois. Le dernier a été formé 1 mois avant la présente enquête (CDT Rusizi, le 05/08/2010) alors que le plus ancien a été formé il y a 34 mois (CDT Nyarusange, le 17/11/2007).

Tous les infirmiers responsables du service « one stop TB-VIH » (excepté le CDT SIMBI) ont souhaité que le TRAC + UNITE TUBERCULOSE organise une formation continue selon les thèmes ci- après :

- Counseling et indications des ARV chez les malades TB
- dépistage/IEC de la TB
- distribution et gestion des ARV et des anti-TB
- suivie des cas de TB-VIH
- nouveau protocole ARV et TB multi résistant
- prise en charge des cas avec effets secondaires des ARV
- prise en charge des patient VIH-TB multi résistant
- prise en charge intégrée TB-VIH, administration des ARV

- régime premier choix pour les PVVIH

VIII.2.2. INFORMATION, EDUCATION ET COMMUNICATION

Pour évaluer cette activité, nous avons considéré les instructions du TRAC + UNITE TUBERCULOSE à savoir :

1. Existence d'un calendrier IEC (avec date, thème, infirmier responsable) pour le CDT en général
2. Existence d'un calendrier IEC (avec date, thème, infirmier responsable) pour le service « one stop TB-VIH »
3. Calendrier affiché
4. Nombre de séances IEC centrées sur la TB et VIH réalisées par le CDT dans le service « one stop » depuis le 01/01/2010
5. Existence d'un document qui témoigne que l'activité a été exécutée

Tableau 5 : Répartition des CDT selon les caractéristiques IEC

CARACTERISTIQUES	Fréquence	%
Existence du calendrier IEC dans le CDT		
Oui	32	84.2
Non	6	15.8
Total	38	100.0
Existence du calendrier IEC dans le service « one stop »		
Oui	9	23.6
Non	29	76.4
Total	38	100.0
Respect du calendrier IEC dans le service « one stop »		
Oui	9	23.6
Non	29	76.4
Total	38	100.0

Trente deux CDT (84.2%) ont un calendrier IEC à l'exception de six CDT (15.8%) suivants :

1. CDT Gihara
2. CDT Gitega
3. CDT Muyunzwe

4. CDT Nyange
5. CDT Rukara
6. CDT Rukira

Plus des trois quart des services « one stop » (29 CDT, soit 76.4%) n'ont pas de calendrier IEC affiché. Seulement 9 CDT suivants ont un calendrier affiché, respecté et avec thèmes pré définis à l' avance :

1. CDT Biryogo
2. CDT Gikondo
3. CDT Kacyiru
4. CDT Karama
5. CDT Kivumu
6. CDT Mugina
7. CDT Nyamure
8. CDT Rulindo
9. CDT Rusizi

Séances IEC centrées sur la TB et VIH réalisées par le CDT et le service « one stop »

Tableau 6: Comparaison des séances IEC réalisées dans le CDT et service « one stop » depuis le 01/01/2010

Paramètre / séances IEC	IEC réalisées dans les CDT	IEC réalisées dans le service « one stop »
Moyenne	142	63
Somme	4705	2081
Maximum	714	302
Minimum	2	0

Au total tous les CDT signalent avoir réalisé 4705 séances d'IEC. La moyenne générale est de 142 séances par CDT depuis le 01/01/2010.

Le nombre de séances IEC réalisées dans le service « one stop » est de 2081, soit 44% de toutes les séances IEC réalisées dans les CDT.

Une analyse approfondie montre que le nombre de séances varie énormément selon les CDT car certains CDT n'ont réalisé aucune séance pendant que d'autres en ont réalisé plus de 100. Le tableau 7 montre notamment les CDT qui signalent plus de 100 séances d'IEC depuis le début de l'année 2010.

Tableau 7 : Répartition des CDT selon les séances d'IEC réalisées depuis le 01 janvier 2010

<i>CARACTERISTIQUES</i>	<i>Nombre de séances IEC</i>
CDT avec plus de séances IEC	
Rusizi	105
Mugina	108
Rukara	112
Biryogo	120
Nyange	144
Nyamure	155
Gihara	223
Ruhango	302
CDT avec moins de séances IEC	
Muyunzwe	0
Nyamasheke	0
Nyarusange	0
Prison cyangugu	4
Rusatira	0
Shyorongi	1
Simbi	2

VIII.3. DEPISTAGE DE CAS DE VIH CHEZ LES TUBERCULEUX

Pour évaluer si le dépistage de VIH est fait à partir du service « one stop » selon les instructions du TRAC + UNITE TUBERCULOSE, quatre éléments ont été considérés :

1. Vérifier si on fait des prélèvements de sang dans le service « one stop »
2. Vérifier si on fait des examens de dépistage VIH
3. Déterminer le nombre de tests VIH faits
4. Déterminer le nombre de tuberculeux dépistés VIH par CDT

Tableau 8 : Répartition des CDT selon les prélèvements pour le test VIH

CARACTERISTIQUES	Fréquence	%
Prélèvement de sang pour test VIH dans le CDT		
Oui	35	92.1
Non	3	7.9
Total	38	100.0
Lieu de prélèvement		
Service one stop	20	57.1
Labo CDT	15	42.9
Total	35	100.0
Provenance de l'Infirmier qui prélève		
One stop service	20	57.1
Laborantin du CDT	15	42.9
Total	35	100.0

Au total, 20 CDT sur 35 (57%) signalent faire eux même les prélèvements de sang dans le service « one stop » pour faire les tests de dépistage du VIH. Les CDT suivants n'ont pas encore commencé à le faire :

1. GATARE
2. GIHARA
3. GITEGA
4. KABARONDO

5. KARAMA
6. KARENGERA
7. KAYENZI
8. KIMIRONKO
9. KINAZI
10. KIRAMBO
11. MUNYUNZWE
12. NYAMUGARI
13. PRISON DE BUTARE
14. RUKIRA
15. SHYORONGI

Nombre de tests de dépistage effectués par les CDT

Le nombre d'examens de dépistage effectués par les CDT diffère énormément d'un centre à l'autre. A titre d'exemple, depuis le 01/01/2010, le CDT de Gikondo a effectué 125 tests pendant que le CDT Karengera en a effectué un seul.

De cela, il s'ensuit que le nombre de cas de VIH dépistés chez les tuberculeux varie d'un centre à l'autre.

Le nombre de cas VIH+ dépistés chez les tuberculeux (selon les déclarations des infirmiers responsables du service « one stop ») est présenté dans le tableau ci-après :

Tableau 9 : Comparaison des cas VIH+ dépistés dans le service « one stop » ou dans d'autres formations sanitaires

Nom CDT	Nombre VIH+ dépisté dans le service one stop	Nombre VIH + dépisté dans d'autres FOSA
Karengera	1	0
Kirambo	2	
Muyunzwe	1	
Rusatira	0	
Kivumu	2	1
Mugina	1	
Rukira	0	
Rukumberi	0	
Rusizi	0	
Gihara	1	2
Kabarondo	1	
Kayenzi	2	
Kinazi	1	
Ruhango	2	
Rukara	5	
Shyorongi	2	
Simbi	2	
Kacyiru	8	4
Nyamure	3	6
Karenge	1	7
Kimironko	1	7
Biryogo	29	11
Gitega	26	20
Gikondo	9	33

VIII.4. PRISE EN CHARGE DES MALADES VIH + ATTEINTS DE TUBERCULOSE

Pour évaluer cette activité, nous avons pris en considération les éléments suivants :

1. Vérifier si le service one stop est régulièrement supervisé
2. Vérifier si l'infirmier fait le counseling dans le service
3. Prescription de cotrimoxazole et pyridoxine chez tout tuberculeux infecté par le VIH

4. Examen médical régulier pour la prescription et suivi des ARV
5. Mode d'administration des ARV
6. Vérifier la présence de la fiche de stock des médicaments dans le service « one stop »
7. Lorsque le traitement anti TB prend fin, vérifier si l'infirmier responsable accompagne le malade à la clinique VIH.
8. Nombre de ruptures de stock en médicaments
9. Nombre des guérisons/transferts/décès parmi les malades suivis
10. Malades suivis actuellement dans le service one stop ou ailleurs
11. Examens de CD4 réalisés, rythme et lieu de leur réalisation

VIII.4.1. SUPERVISION, COUNSELLING ET TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE

Tous les infirmiers enquêtés (100%) signalent être supervisés. Mais les supervisions ne sont pas strictement régulières et semblent même très espacées les unes des autres. Le rythme diffère selon le CDT. A titre d'exemple, au moment de l'enquête (5-10 octobre 2010), la date de la dernière supervision pour certains CDT est reprise ci-après:

CDT Kivumu	26.5.2010
CDT Prison de Cyangugu	20.7.2010
CDT Rusatira	22.7.2010
CDT Karengera	28.7.2010
CDT Rukumberi	28.7.2010
CDT Kinazi	2.8.2010
CDT Kabarondo	4.8.2010
CDT CDT Karama	19.8.2010
CDT Nyarusange	30.8.2010
CDT Nkanka	31.8.2010

Les infirmiers affirment également faire le counseling individuel mais cela n'a été confirmé (sur base de documents) que dans 2 CDT seulement (Kacyiru et Kinyinya).

Quant au traitement prophylactique, il est systématiquement donné à tous les Co-infectés TB-HIV dans 34 CDT (soit dans 89,5% des cas), tandis que dans 4 CDT (10,5% des cas), ce traitement n'est pas donné systématiquement. Cela a été confirmé (vérification sur les fiches) dans 94,3% des cas.

Les 4 CDT qui ne donnent pas systématiquement le traitement prophylactique sont Gatare, Nyange, Simbi et la prison de Butare. Dans ces CDT, la principale raison de ne pas donner systématiquement ce traitement était le manque de pyridoxine.

VIII.4.2. EXAMEN MEDICAL POUR LA PRESCRIPTION ET LE SUIVI DES ARV

Tableau 10 : Répartition des CDT selon le rythme de supervision du médecin

Rythme de supervision du médecin	Fréquence	%
Chaque jour	1	2.6
Une fois par semaine	24	63.2
Une fois par mois	2	5.3
Jamais	2	5.3
Autre	9	23.6
Total	38	100.0

La supervision du médecin dans les CDT ne suit pas un rythme fixe dans l'ensemble des CDT. Chaque médecin a son rythme. Dans plus de la moitié des cas (63.2%), ce rythme est d'une fois par semaine. Deux CDT sont supervisés 1 fois par mois et 2 autres (Karengera et Nyamasheke) signalent qu'ils ne sont jamais supervisés. Dans 9 CDT le médecin est appelé seulement s'il y a des cas à mettre sous ARV.

VIII.4.3. ADMINISTRATION DES ARV, RUPTURES DE STOCK ET PRESENCE DE LA FICHE DE STOCK DES MEDICAMENTS DANS LE SERVICE « ONE STOP »

Tableau 11 : Répartition des CDT selon le mode d'administration des ARV

Mode d'administration	Fréquence	%
Nouveau cas		
Chaque jour au CDT	10	26.3
Dot communautaire	6	15.8
Auto administration	19	52.8
Autre	1	2.8
Total	36	100
Ancien cas		
Chaque jour au CDT	8	21.1
Dot communautaire	4	10.5
Auto administration	26	68.4
Total	38	100.0

Au vu du tableau 11, la plupart des malades reçoivent les médicaments et les prennent par auto administration (52.8% nouveau cas versus 68.4% anciens cas).

Tableau 12 : Répartition des CDT selon la présence de la fiche de pharmacie dans le service « one stop » et la rupture de stock des médicaments

Paramètre	Fréquence	%
Présence de la fiche de pharmacie dans le service one stop		
Oui	27	73.0
Non	10	27.0
Total	37	100.0
Nombre de ruptures de stock depuis janvier 2010		
0	21	87.5
1-5	2	8.3
6-10	0	0
>10	1	4.2
Total	24	100.0

Au total, presque les trois quart (73%) des services « one stop » gardent leurs fiches de stock des médicaments dans ce même service. Les services « one stop » des dix CDT suivants garder ces mêmes fiches dans la pharmacie du CDT :

1. Karenge
2. Karengera
3. Kayenzi
4. Muyunzwe
5. Mugina
6. Nyamure
7. Rukumberi
8. Rusatira
9. Rusizi
10. Save

Pour ce qui concerne la rupture de stock, sur 24 CDT ayant répondu à la question y relative, 21 CDT (87.5%) n'ont pas connu de rupture de stock depuis le 01/01/2010. Trois CDT ont connu une rupture (Kayenzi, Mugina, Shyorongi). Dans ces ruptures, le médicament concerné était la pyridoxine.

Tableau 13 : Répartition des CDT selon la durée et le médicament concerné par la rupture de stock.

CDT	Durée de rupture de stock	médicament
Kayenzi	1 mois	pyridoxine
Mugina	1 mois	pyridoxine
Shyorongi	13 jours	pyridoxine

VIII.4.4. SUIVI DES MALADES TB-VIH+ ACTUELLEMENT DANS LES CDT OU TRANSFERES AILLEURS

Tableau 14 : Répartition des CDT selon le nombre de malades TB-VIH+ suivis actuellement

Nom du CDT	Nombre de malades TB-VIH + suivis dans le CDT	Nombre de malades TB-VIH + suivis ailleurs (transférés)
BYIRYOGO	40	0
GATARE	1	0
GIHARA	3	0
GIKONDO	42	0
GITEGA	8	38
KABARONDO	3	0
KACYIRU	12	0
KARAMA	1	0
KARENGE	8	0
KARENGERA	4	0
KAYENZI	2	0
KIMIRONKO	19	7
KINAZI	3	0
KINYINYA	3	0
KIRAMBO	1	1
KIVUMU	3	0
MUGINA	5	0
MUNYUNZWE	1	0
MUSAMBIRA	1	0
NKANKA	2	0
NYAMASHEKE	5	0
NYAMUGARI	1	0
NYAMURE	2	0
NYANGE	0	1
NYARUSANGE	1	0
PRISON CYANGUGU	1	0
PRISON DE BUTARE	4	0
RUHANGO	4	0
RUKARA	1	0
RUKIRA	1	0
RUKUMBERI	1	0
RULINDO	2	0
RUSATIRA	0	0
RUSIZI	2	0
SAVE	0	0
SHYORONGI	3	0
SIMBI	2	1
Total	192	48

Au vu du tableau 14, le plus grand nombre de malades suivis dans les CDT (124 sur 192, soit 64,5%) se trouvent dans la Ville de Kigali.

En général le transfert se fait vers l'Hôpital du District mais les Hôpitaux les plus cités sont: Hôpital de Kabgayi, Butaro, Byumba, Kabutare, Kibogora, Gihundwe, Remera rukoma et Rwinkwavu.

Tableau 15 : Répartition des malades guéris ou décédés selon les CDT

Nom du CDT	Guéris	Décédés	Total
BYIRYOGO	144	1	145
GATARE	8	1	9
GIHARA	10	0	10
GIKONDO	109	13	122
GITEGA	18	4	22
KABARONDO	2	0	2
KACYIRU	147	7	154
KARAMA	0	0	0
KARENGE	12	1	13
KARENGERA			
KAYENZI	1	0	1
KIMIRONKO	38	2	40
KINAZI	0	0	0
KINYINYA	1	1	2
KIRAMBO	5	2	7
KIVUMU	22	6	28
MUGINA	1	0	1
MUNYUNZWE	1	1	2
MUSAMBIRA	2	3	5
NKANKA	1	0	1
NYAMASHEKE	9	2	11
NYAMUGARI	6	3	9
NYAMURE	0	2	2
NYANGE	4	0	4
NYARUSANGE	7	0	7
PRISON CYANGUGU	0	0	0
PRISON DE BUTARE	8	1	9
RUHANGO	5	1	6
RUKARA	4	0	4
RUKIRA	1	1	2
RUKUMBERI	6	0	6
RULINDO	1	0	1
RUSATIRA	5	2	7
RUSIZI	2	1	3
SAVE	0	0	0
SHYORONGI	0	0	0
SIMBI	2	0	2
Total	582	55	637

Ce tableau montre que parmi les malades co-infectés TB-HIV suivis dans les CDT depuis l'introduction du service de « one stop TB-HIV », 582 sur 637 ont été suivis et guéris, tandis que 55 sont décédés, soit une létalité de 8,6%.

Et quand un malade co-infecté TB - VIH+ termine son traitement anti TB, en général (dans 78.6% des cas), l'infirmier du service « one stop » ne l'accompagne pas pour le conduire dans le service VIH. Seuls quelques CDT ont tenté de le faire : les CDT de Nkanka et Prison de Butare qui ont accompagné chacun un malade, et le CDT Simbi qui a accompagné deux malades.

VIII.4.5. RAPPORT D'ACTIVITES

Tableau 16 : Destination du rapport d'activités du service « one stop »

Lieu de destination du rapport	Fréquence	Pourcentage
District	16	42.1
TRAC + UNITE TUBERCULOSE	8	21.1
Les deux (district et PNLT)	10	26.3
Ailleurs	4	10.5
Total	38	100.0

Enfin, les résultats montrent que les rapports d'activités du service « one stop » sont soit envoyés au district (42,1%), soit au PNLT (21,1%), soit au district et PNLT en même temps (26,3%).

Ces rapports sont transmis soit mensuellement (14 CDT, soit dans 36,8 % des cas), soit trimestriellement (24 CDT, soit 63,2% des cas).

VIII.5. ANALYSE SWOT

1. Opportunités

- Population affiliée aux mutuelles de santé
- Agents de santé communautaires en place et fonctionnels
- Bonne collaboration entre le CDT et les agents de santé communautaires
- Dans quelques CDT appui nutritionnelle des patients TB-VIH
- Décentralisation des services de santé
- Bonne implication et bonne collaboration des autorités locales
- Existence de l'appui technique de l'hôpital de District et du TRAC + UNITE TUBERCULOSE
- Suivi des malades tuberculeux multi résistants par le TRAC + UNITE TUBERCULOSE
- Appui d'autres intervenants/ONG aux PVVIH
- Dans certains CDT, bonne accessibilité géographique des CDT

2. Défis extérieurs

- Pauvreté de la population en général
- Dans certains CDT inaccessibilité géographique des domiciles/CDT
- Quelques fois irrégularité de paiement de salaire du personnel
- Stigmatisation des malades TB-VIH par la communauté
- Absence du système de retro information pour les cas transférés
- Dans certains CDT, absence d'appui nutritionnel aux malades TB-VIH
- Insuffisance de formation du personnel des CDT en général et du service one stop en particulier en matière de fonctionnement de « one stop service »
- Insuffisance de formation des agents de santé communautaires en matière de TB-VIH
- Absence d'assurance professionnelle pour les agents de santé exposés à la contamination TB-VIH
- Insuffisance d'infrastructures pour rendre autonome le service de « one stop » (salle d'attente, consultation, IEC, pharmacie, salle d'isolement pour les grands malades, ...)

3. Forces

- Bonne adhérence des malades aux médicaments
- Accessibilité financière (gratuité) des antituberculeux et ARV
- Dans la plupart des CDT, approvisionnement régulier en médicaments
- Bon suivi des malades tout au long de leur traitement
- Description des tâches du personnel bien faite
- Existence de moyens de communication faciles (téléphone, radio)
- Planification faite en équipe et système de prise de décision collégiale

4. Faiblesses

- Insuffisance de moyens de protection pour les infirmiers exposés à la contamination (masque, ...)
- Absence de moyen de communication par internet
- Insuffisance du personnel
- Dans certains CDT, absence de moyens pour accompagner le patient transféré
- Ruptures de stock en médicaments
- En cas d'absence de l'infirmier responsable du service one stop, difficultés de se faire remplacer par un autre agent formé

IX. DISCUSSION

Formation et supervision du personnel

Les résultats montrent que contrairement aux principes de PNLIT, 34,2% des responsables du service « one stop » ne sont pas formés dans les principes à suivre pour faire fonctionner ce service. D'autres ont été formés il y a longtemps (par exemple le CDT Nyarusange dont la dernière formation date de 3 ans)

On constate en outre que même pour les infirmiers formés, la moitié de ceux-ci l'a été après l'affectation dans le service one stop, encore une entorse aux principes de TRAC + UNITE TUBERCULOSE.

D'autre part, on remarque que certains CDT où les infirmiers n'ont pas été formés ne sont pas régulièrement supervisés. A titre d'exemple, la dernière supervision pour le CDT Rusatira est le 22 juillet 2010 (soit 3 mois avant l'enquête), le CDT Karengera le 28 juillet (presque 3 mois avant l'enquête) et Karama le 19 août (soit 2 mois avant l'enquête).

Cela pourrait influencer négativement sur la qualité de services offerts aux patients.

Il est donc évident que le TRAC + UNITE TUBERCULOSE devrait organiser des formations /perfectionnement/recyclage/ fréquentes et régulières pour tous les CDT ayant le service one stop.

Information, Education, Communication

Pour l'IEC, on constate que la grande majorité des CDT (84,2%) disposent d'un calendrier d'IEC, alors que seulement 23,6% des services one stop en possèdent (et par conséquent les $\frac{3}{4}$ donc 76% n'en possèdent pas). Ceci sous entend que les services one stop se contentent des calendriers du CDT sans organiser des séances éducatives dans leurs services. Ceci est aussi confirmé par le fait qu'en moyenne les CDT ont réalisé 142 IEC depuis le 01 janvier 2010 alors que les services one stop en ont réalisé seulement 63 (tableau 6). Il est à noter également une réalisation inégale d'IEC où les

centres très performants ont dépassé 100 séances par an pendant que d'autres n'en ont réalisé aucune ou très peu. Des supervisions régulières pourraient corriger cette défaillance.

Dépistage des cas de VIH chez les tuberculeux

Presque tous les CDT (92%) font des prélèvements de sang pour le dépistage VIH. Cependant, on constate que la moitié de ces prélèvements (57%) sont effectués dans le service one stop.

Depuis le 01 janvier 2010, l'ensemble des tests réalisés par les CDT est de 881. On remarque que certains CDT font plus d'examens que d'autres. A titre d'exemple, CDT Karengera 1 examen, CDT Kinazi 3 examens, pendant que le CDT Gikondo a effectué 125 et Kimironko 115. Cela se répercute sur le nombre de cas VIH+ dépistés ou Gikondo en dépiste 42 dont 9 dans ce service one stop. Il est probable que le nombre d'examens effectués et en conséquence le nombre de cas dépistés serait plus ou moins proportionnel au nombre de malades qui se présentent dans le service one stop. D'autre part, on constate que le nombre de cas dépistés dans les CDT de Kigali est nettement supérieur au cas de dépistés dans les autres CDT.

Prise en charge des malades VIH positifs atteints de tuberculose

Une bonne supervision est l'un des éléments importants dans la prise en charge des malades co-infectés TB-VIH. Cependant, les résultats montrent que l'irrégularité des supervisions est un problème généralisé dans presque toutes les Provinces excepté la Ville de Kigali. Le TRAC + UNITE TUBERCULOSE devrait veiller à ce que les supervisions soient exécutées et faire l'objet d'un rapport mensuel régulier.

Le counseling individuel est une activité indispensable dans la prise en charge du malade, et tous les services one stop exécutent cette activité. Toutefois, ils n'ont pas de documents prouvant que cette a été effectivement faite, à l'exception de deux centres. Il est nécessaire au responsable de one stop de documenter cette activité. Un certain nombre d'informations telles que la date, l'identification du malade, le thème/conseils développe, les instructions à suivre, etc devraient figurer dans le document.

Pour ce qui concerne l'administration du traitement prophylactique (cotrimoxazole et pyridoxine), on constate qu'il est systématiquement donné à l'exception de quatre centres. Il est souhaitable que le TRAC + UNITE TUBERCULOSE lève les obstacles avancés en formant et en disponibilisant les médicaments.

Cette disponibilité des médicaments est d'autant plus important que 3 CDT signalent avoir connu des ruptures de stock (en pyridoxine) depuis le 1er janvier 2010. On constate en outre que seuls les trois quart des centres (73%) gardent la fiche de stock dans le service one stop. Il est souhaitable que la totalité des responsables du service one stop gardent la fiche de stock dans leur service et contrôlent journallement le niveau d'utilisation de ces médicaments pour pouvoir passer la commande à temps.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1. Conclusion

La stratégie de « one stop TB-VIH service » initiée par le TRAC + UNITE TUBERCULOSE est d'une importance capitale pour une bonne prise en charge des malades co-infectés TB-VIH. Le but étant d'améliorer la prise en charge du malade en lui permettant de trouver les prestations dont il a besoin dans un même endroit et chez un même personnel. Elle permet aussi d'améliorer le dépistage des malades atteints par l'une des deux maladies.

Depuis trois ans le TRAC + UNITE TUBERCULOSE s'est investi pour créer ces services à travers le pays. En général ces services fonctionnent bien mais il y a des points à améliorer. Nous pouvons citer notamment : la formation du personnel, la supervision, l'exécution des activités IEC, et la prise en charge des malades co-infectés.

Les suggestions suivantes pourraient permettre d'améliorer le fonctionnement de ce service de « one stop ».

2. Recommandations

Les recommandations suivantes sont basées sur les résultats obtenus susmentionnés et s'adressent au TRAC + UNITE TUBERCULOSE :

Formation du personnel

- Comme les responsables du service « one stop » ne sont pas tous formés, il est recommandé d'organiser une formation pour tous les infirmiers responsables de ce service. Il est même souhaitable qu'une deuxième personne soit formée et affectée dans ce service pour en assurer les activités permanentes en cas d'absence/empêchement de l'une d'entre elles.

- Etant donné que les connaissances sur les médicaments et la prise en charge des malades évoluent avec le temps, il est nécessaire que le TRAC + UNITE TUBERCULOSE organise des recyclages/perfectionnement du personnel fréquents et réguliers pour mettre à jour le personnel de ce service.

Information, Education, Communication

- Cette activité préventive nécessaire n'est pas régulière. Certains centres/services one stop n'ont même pas de calendrier IEC, et toutes les activités ne sont pas toujours consignées dans des rapports. Il est donc nécessaire de réactualiser les instructions précises y relatives et veiller à ce qu'elles soient exécutées.

Tests de dépistage VIH chez les tuberculeux

- Pour une meilleure confidentialité dans les services one stop, il est souhaitable que les tests de dépistage VIH soient effectués réellement dans ce même service et par l'infirmier responsable de ce service. Ceci n'est pas toujours le cas dans la situation actuelle. Il serait donc recommandé d'opérationnaliser la réalisation de ces examens dans ces services.

Prise en charge des malades co-infectés

Dans la prise en charge des malades co-infectés, les résultats ont montré que d'une part les supervisions sont irrégulières et ne sont pas toujours documentées. Et d'autre part, le counseling individuel n'est pas rapporté. Enfin le traitement prophylactique n'est pas donné systématiquement dans tous les CDT.

- L'amélioration de la prise en charge des malades exige qu'une bonne supervision régulière soit assurée et doit faire l'objet d'un rapport mensuel. Le TRAC + UNITE TUBERCULOSE devrait veiller à ce que cette activité soit exécutée.
- Il est également recommandé que tous les counselings individuels fassent l'objet d'un rapport.
- Enfin, le TRAC + UNITE TUBERCULOSE devrait s'assurer que les instructions en rapport avec le traitement prophylactique soient suivies dans tous les CDT et qu'il n'y a pas de rupture de stock en médicaments. Ceci pourrait être facilité par la gestion journalière de la fiche de stock par l'infirmier responsable du service one stop (plutôt que la pharmacie centrale du CDT) qui passerait la commande à temps.

ANNEXES

ANNEXE 1. EQUIPE DE RECHERCHE

Les principaux responsables de l'étude sont les chercheurs suivants :

Coordination de l'étude

L'étude a été coordonnée par le **Professeur Gasana Karake Guillaume** détenteur d'un Doctorat en Santé Publique.

Le Professeur Gasana Karake Guillaume est enseignant à l'Ecole de Santé Publique et Chef de Département Epidémiologie et Biostatistique ainsi que du Programme de Masters en Sciences Epidémiologiques. Il coordonne aussi le Programme de formation en « Marginal Budgeting for Bottlenecks » (MBB) organisé en collaboration entre l'ESP et l'UNICEF Rwanda.

Le Professeur Gasana a effectué plusieurs études et dirigé plusieurs travaux de recherche des étudiants au niveau mémoires sur l'épidémiologie, la Nutrition, le VIH/SIDA et le Suivi/Evaluation des programmes de santé. Le Professeur Gasana Karake Guillaume est en même temps coordinateur de la présente étude et « l'investigateur principal ».

Le Co investigateur c'est le **Professeur Kakoma J. Baptiste**. Détenteur d'un Doctorat en Santé publique, il jouit d'une forte expérience en matière de recherche. De ses nombreuses publications on peut ajouter qu'il a dirigé plusieurs thèses de niveaux PhD et beaucoup de travaux de mémoires sur l'épidémiologie, la Nutrition, le VIH/SIDA et le Suivi/Evaluation des programmes de santé.

Le Professeur Kakoma est actuellement impliqué dans de nombreuses études au Rwanda et à l'ESP. C'est le Directeur actuel de l'ESP. Dans la présente étude il a été impliqué dans la co-gestion des équipes de recherche, l'élaboration des outils de collecte, l'analyse des données, la rédaction du rapport final et l'exécution des termes du contrat.

Le 2^e Co investigateur est le **Docteur Nzayirambaho Manassé** qui est enseignant à l'Ecole de Santé Publique de l'Université Nationale du Rwanda depuis 2002. Il est chef de Département de Politique de Santé, Economie de la santé et Gestion des Services de Santé. Il a plus de dix ans

d'expérience dans l'enseignement de la Santé Publique dans différentes institutions d'enseignement secondaire et supérieure des professionnels de santé.

Les recherches du Dr. Manassé incluent notamment l'évaluation des projets et programmes de santé, la qualité des services de santé et le paludisme.

Dr. Manassé détient le diplôme de Doctorat (PhD) en Santé Publique de l'Université de Nantes/France.

Dans la présente étude il s'est investi notamment dans l'élaboration des outils de collecte, la formation des enquêteurs et le pré-test, la collecte des données sur le terrain, l'analyse des résultats la rédaction du rapport final.

Sur le terrain les équipes ont été supervisées par le **Docteur Etienne RUGIGANA**, enseignant à l'école de Santé Publique ayant une maîtrise en santé publique (MPH) et une maîtrise en Epidémiologie (M.Sc Epidemiology). Il est également lauréat d'un certificat de perfectionnement dans la lutte antituberculeuse (UCL : Mont Godinne 1998). Parmi certains de ses travaux, on peut souligner une revue de la littérature sur les manifestations cliniques et épidémiologiques de l'association VIH-Tuberculose en Afrique Subsaharienne, ainsi qu'un document axé sur « l'accès universel pour la prévention, le traitement, la prise en charge et l'appui dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA » pour la période 2007-2011.

Administration et logistique

Mr. **Karemera Augustin** a été chargé de la logistique et des aspects administratifs de l'étude.

Mlle. **MUKANDOLI Providence** a été chargée de la reprographie des documents de l'enquête et certains aspects logistiques.

Annexe 2. : QUESTIONNAIRE

CONSENTEMENT POUR LA PARTICIPATION A LA RECHERCHE

Je m'appelle.....Le Global Funds en collaboration avec et l'Ecole de Santé Publique de l'Université Nationale du Rwanda, mènent une recherche sur le service de ONE STOP TB-VIH dans les formations sanitaires. Les résultats de cette étude permettront aux décideurs politiques et à tous les partenaires œuvrant dans le domaine de la santé de développer des stratégies adéquates visant à améliorer la prise en charge des patients co-infectés TB-VIH pour mieux répondre à leurs besoins.

Méthodologie

L'étude sur l'Évaluation du fonctionnement de « one stop TB- VIH service" sera en grande partie quantitative et sera menée auprès des personnels de santé (infirmiers) responsables du service ONE STOP TB-VIH dans les Centres de Diagnostic et de Traitement (CDT).

Droit de ne pas participer à cette recherche

La participation à cette recherche n'est pas une obligation. Vous avez le droit de refuser d'y participer et votre décision n'aura aucune conséquence. Votre position positive ou négative sera bien acceptée. Celui qui accepte volontairement de participer à cette recherche n'attend aucune rémunération.

Acceptation ou refus

Voulez-vous participer à cette recherche en répondant à ces questions ?

Oui

Non

Si Oui, passer aux questions, si NON allez dans un autre CDT.

QUESTIONS

Nom de l'enquêteur

Tel de l'enquêteur

Code de l'enquêteur :

Heure de débutHeure de fin

		CODES REPONSES
No.	QUESTIONS	QUESTIONS DESTINEES AUX INFIRMIERS RESPONSABLES DU SERVICE TB DANS LE CDT
		Kirambo,1
		Nyamugari,2
		Gitare,3
		Kinoni.....4
		Shyorongi,.....5
		Bungwe,.....6
		Kinihira.....7
		Kivumu (District Rutsiro),.....8
		Nyabikenke,.....9
		Nyarusange,.....10
		Rutobwe,11
		Muyunzwe,.....12
		Mugina,.....13
		Busoro,.....14
		Mpanga,15
		Gikonko,.....16
		Nyamure,.....17
		Mushubi.....18
	Code FOSA	Nyarurema,19
		Muhura,20
		Rukara,.....21
		Karenge,.....22
		Rukira,23
		Rukoma-Sake.....24
		Kayove,25
		Kivumu (district Muhanga),26
		Ramba,.....27
		Nyange,28
		Rubengera,29
		Gisovu,30
		Bweyeye,.....31
		Cyangugu Prison,.....32
		Gatare.....33
		Kimironko,34
		Kinyinya,35
		Gikondo,.....36
		Biryogo,.....37
		Gitega.....38

		CODES REPONSES
2	District FOSA	Bugesera1 Burera2 Gakenke3 Gasabo4 Gatsibo5 Gicumbi6 Gisagara7 Huye8 Kamonyi.....9 Karongi10 Kayonza11 Kicukiro.....12 Kirehe13 Muhanga14 Musanze15 Ngoma16 Ngororero17 Nyabihu18 Nyagatare19 Nyamagabe20 Nyamasheke.....21 Nyarugenge.....22 Nyaruguru23 Rubavu24 Ruhango26 Rulindo27 Rusizi28 Rutsiro29 Rwamagana30
3	Province FOSA	Province Nord 1 Province Sud 2 Province Est 3 Province Ouest 4 Province de Kigali.....5
CARACTERISTIQUES DES INFIRMIERS RESPONSABLES DU SERVICE TB		
4.	Nom et Tel. de la personne responsable du service one stop TB-HIV	Nom : Tel :
5.	Sexe	Masculin 1 Féminin 2
6.	Age (en années)	

		CODES REPONSES
7.	Niveau d'Etudes	Primaire1 Secondaire incomplet.....2 Secondaire complet.....3 Supérieur A14 Supérieur A0.....5 Autre (préciser)6
8	Depuis combien de mois (nombre) le service de one stop existe dans cette FOSA?	Nombre de mois
9.	Depuis combien de mois (nombre) travaillez-vous avec cette formation sanitaire en ce qui concerne one Stop service ?	Nombre de mois
10	Avez-vous déjà bénéficié d'une formation sur one stop service	Oui..... 1 Non 2
11	Si Oui, avant ou Apres votre affectation dans le service de ONE STOP TB-VIH ?	Avant1 Après.....2 Avant et après3 Non applicable4
12.	Si formé sur ONE STOP Service, précisez la période	PERIODE: duau Non applicable.....2
13.	Si formé sur ONE STOP service, combien de formation reçues (nombre)	Nombre _____ Non applicable2
14.	Depuis quand (nombre de mois) avez-vous eu la dernière formation sur one stop service	Nombre de mois: Non applicable1
15	Avez-vous besoin d'autres formations sur one stop service ?	Oui.....1 Non.....2
16	Si Oui, sur quel thème/sujet aimeriez-vous être formé ?	Thème/sujet
17	Y a-t-il un calendrier IEC pour le CDT en général	Oui..... 1 Non 2

		CODES REPONSES
18	Existence réelle	Oui..... 1 Non 2
19	Nombre d'IEC de groupe centrées sur VIH-TB réalisées par le CDT dans le service one stop depuis la création du service	Nombre Autre réponse (préciser).....2
20	Existence réelle (voir registre de Rapport d'IEC)	Oui..... 1 Non 2
21	Nombre d'IEC de groupe centrées sur VIH-TB réalisées par le CDT dans le service one stop depuis 1.1.2010	Nombre
22	Existence réelle	Oui..... 1 Non 2
23	Y a-t-il un calendrier IEC pour le VIH+TB dans le service one stop	Oui..... 1 Non 2
24	Existence réelle	Oui1 Non2
25	Ce calendrier respecté ? Vérifier s'il est respecté en le comparant avec le nombre d'IEC réalisées depuis les 3 derniers mois.	Oui (respecté) 1 Non (pas respecté) 2 Non applicable3
26	On réalise IEC individuelles dans le service one stop	Toujours..... 1 Quelquefois 2 Jamais.....3
27	Existence du document à l'appui Oui/non	Oui..... 1 Non 2
28	Existe-il un calendrier d'IEC individuel ?	Oui1 Non2
29.	Ce calendrier respecté ? oui ou non	Toujours..... 1 Quelquefois 2 Jamais.....3 Non applicable4

		CODES REPONSES
30.	A quel moment faites-vous ce counselling individuel ?	Avant le test..... 1 Après le test 2 Avant et après.....3 Autre réponse (préciser)4
31.	Faites-vs les prélèvements pour test VIH ? oui non	Oui..... 1 Non 2
32.	Si oui, où sont-ils effectués ? (préciser)	Dans le Service one stop 1 Labo CDT 2 Ailleurs.....3
33	Combien de test VIH avez-vous effectués depuis 1.1.2010 chez les tuberculeux (voir dans registre de labo VCT, fiche du malade ou autres documents)	Nombre de tests
34.	Dans ce nombre, combien dépistés VIH + (co-infectés VIH-TB),?	Nombre
35.	Qui fait ces prélèvements ? ou le (Préciser)	l'infirmier du service de One stop TB-HIV.....1 laborantin 2 autre (préciser)3
36	Etes vous supervisés	Oui..... 1 Non 2
37.	Si non, à quand date la dernière supervision ?	Date.....
38	Parmi les patients co-infectés VIH-TB, depuis le début du service one stop service, combien ont été guéris ? combien sont encore sous traitement ? combien ont été transférés ? combien sont décédés ? (voir registre des cas des tuberculeux ou autres documents)	Guéris ? Encore sous traitement ? Transférés (VIH.....) TB(.....).. Décédés ?.....
39	où les avez-vs transférés ?	CDT, 1 Hôpital,..... 2 CT,..... 3 Ailleurs 4
40	combien de patients avez vous accompagnés personnellement	
41	Parmi vos malades TB Combien de malades VIH+ qui suivent le traitement dans votre service actuellement ?	Nombre
42	Parmi vos malades TB Combien de malades VIH+ qui suivent le traitement ailleurs actuellement ?	Nombre

		CODES REPONSES
43	Dans ce nombre, combien ont été détectés dans votre service ? combien ont été récupérés dans le service VIH ? voir registres	détectés dans votre service ?1 récupérés dans le service VIH ?.....2
44.	combien d'exams de CD4 réalisés depuis le 1 ^{er} janvier 2010 ? (consulter les fiches des malades ou autres documents)	Nombre
45.	A quel rythme faites-vous le CD4 ?	tous les 3 mois,1 6 mois,2 3 mois et 6 mois3 1 an.....1 autre réponse.....5
46	Où est réalisé le prélèvement pour examen de CD4 ?	Dans le Service one stop 1 Labo CDT 2 Ailleurs (préciser).....4
47	Où est réalisé l'examen proprement dit de CD4 ?	Dans le Service one stop 1 Labo CDT 2 Labo de référence national3 Ailleurs (préciser).....4
48.	A quel rythme le médecin ARV consulte dans votre service TB ?	Chaque jour1 1fois par semaine.....2 1 fois par mois.....3 1fois par trimestre.....4 jamais.....5 autre6
49	Date de la dernière visite du médecin ARV (nombre de jours) Voir les documents	Nombre de jours.....
50	Donnez-vous à tous les co-infectés (TB-VIH) le traitement prophylactique systématiquement ? (cotrimoxazole, pyridoxine, dapsone,...)	Oui..... 1 Non 2
51	vérifier la fiche de stock et la fiche de malade	Confirmé1 Pas confirmé2
52	Si vous ne donnez pas systématiquement le traitement prophylactique, pour quoi ?
53	Combien de rupture de stock avez vous eues depuis le 1 ^{er} janvier 2010 ?	Nombre
54	indiquer les mois dans lesquels ces ruptures sont survenus, Indiquez la durée (en semaines) de la rupture	Moisdurée.....médicament.....

		CODES REPONSES
55	Comment distribuez vous les ARV chez les nouveaux cas (dépistés dans votre service) ? :	au centre de sante chaque jr,1 par les ASC,2 malade lui-même (auto administration),.....3 autre réponse (préciser).....4
56	Comment distribuez vous les ARV chez les anciens cas (dépistés ailleurs que dans votre service) ? :	au centre de sante chaque jr,1 par les ASC,2 malade lui-même (auto administration),.....3 autre réponse (préciser).....4
57	. Fiche de pharmacie et/ou registre pendant la durée du traitement conservé dans le service one stop. OUI/ NON	Oui..... 1 Non 2
58	Avez-vous transféré certains malades à partir de one stop service ?	Oui..... 1 Non 2
59	A qui envoyez vous les rapports d'activités	District 1 TRAC + UNITE TUBERCULOSE 2 Les deux.....3 Autres.....4
60	A quel rythme ?	1x le mois.....1 1x le trimestre2 1x par an.....3 Autre (préciser)4

ANALYSE SWOT

62 **Menaces**

a. Quels sont les facteurs (**extérieurs** au service one stop) qui influencent négativement/ empêchent/ font obstacle à la réalisation des objectifs ou le fonctionnement de ce service ? expliquez

.....

 (écrivez au verso si besoin)

b. Quelles sont vos propositions de solution ?

.....

 (écrivez au verso si besoin)

63 **Forces**
 Quels sont les facteurs **internes** au service de One Stop TB-VIH (équipement et installation, système de décision, système d'information, structure organisationnelle, planification, climat institutionnel, style de direction, compétences, ressources humaines, etc) qui contribuent, facilitent, aident, à la réalisation de la mission/vision de votre service ONE STOP

Facteur	Précisez quel aspect spécifique de ce facteur concrètement	En quoi cela facilite, aide, influence positivement la réalisation /atteinte des objectifs de ce service ?
équipement et installation		
système de décision		
système d'information		
Structure organisationnelle/organigramme		
Planification		
Climat institutionnel		
style de direction		

	Compétences			
	Ressources humaines			
	Autre (preciser).....			
64	Faiblesses Quels sont les facteurs internes (équipement et installation, système de décision, système d'information, structure organisationnelle, planification, climat institutionnel, style de direction, compétences, ressources humaines, etc) qui influencent négativement/ empêchent/ font obstacle à la réalisation des objectifs ou le fonctionnement de ce service ?			
	Facteur	Précisez quel aspect spécifique de ce facteur concrètement	En quoi cela influence négativement/ empêche/ fait obstacle à la réalisation des objectifs ou le fonctionnement de ce service ?	Quelle est votre solution/proposition/ suggestion pour résoudre ce problème ?
	équipement et installation			
	système de décision			
	système d'information			
	Structure organisationnelle/organigramme			
	Planification			
	Climat institutionnel			
	style de direction			
	Compétences			
	Ressources humaines			
	Autre (préciser).....			

MURAKOZE CYANE

ANNEXE 3 : RESULTATS D'ANALYSE SWOT PAR CDT

1.RULINDO

Opportunités

1. Sensibilisation de la population provenant des autorités locales dans la lutte contre la transmission de la TB. Ex :la non utilisation des pailles
2. La distribution des condoms par la PSI dans la lutte contre le VIH
3. Mutuelle de sante, pour l'accès a tous aux soins de sante
4. L'octroi de la mutuelle de sante par l'état pour les indigents.

Menaces

1. Le manque de nourritures chez les indigents provoque l'abandon de la prise des médicaments.
Ex : Les ARVs
2. La situation géographique empêche les visites a domicile pour les PVVs, l'inaccessibilité des domiciles.

Proposition de solutions

1. Il serait bien que les organismes qui ont le volet de la lutte contre le VIH/SIDA s'installent dans notre région.

Forces

1. a. Matériel suffisant
1. b. Pas de perturbation dans le travail, chaque matériel a son usage
2. a. Utilisation des téléphones et radio
2. b. L'information passe rapidement
4. a. Planification se fait en équipe
4. b. Chacun connait ses activités et ses objectifs à atteindre
5. a. Bonne collaboration
6. b. Le personnel a conscience du travail à accomplir
7. a. Le personnel est compétent

7. b. On travail avec les connaissances nécessaires

8. a. Personnel suffisant

Faiblesses

8. a. Manque de formation suffisante

8. b. Pas au courant des changements du nouveau protocole

8. c. Etre formé sur les changements du protocole, être formé aussi sur le service de one stop TB.

2. SHYORONGI

Opportunités

1. Mutuelle de santé

2. Quelques organismes qui distribuent les suppléments nutritionnels, ex : Caritas qui donne SOSOMA aux PVV

3. Les associations des PVV qui les aident à s'accepter comme étant malade et à éviter le stigma.

Menaces

1. La pauvreté : Pas assez de nourriture de les Pvv sous ARVs

2. Inaccessibilité des domiciles des Pvv

Proposition de solutions

1. Les moyens qui peuvent renforcer les capacités des associations des PVV à créer les projets générateurs de revenu.

2. La motivation pour le personnel pour les visites a domicile. Ex : Les primes provenant des organismes pour la lutte contre le Sida

Forces

1. a. Matériel suffisant

2. a. La décision est prise en équipe

2. b. Cela nous aide à travailler librement sans imposition

3. a. L'information nous arrive à temps

- 4. a. L'attribution des tâches est bien élaborée
- 5. a. Le climat de travail est bon
- 5. b. On travaille en équipe
- 6. a. Direction démocrate
- 6. b. bonne gestion du personnel du CS
- 7. a. Bonnes compétences
- 8. a. Le personnel est suffisant

Faiblesse

- 1. a. Manque de lit de consultation pour le service
- 1. b. Manque d'espace où peuvent coucher les malades
- 1. c. Avoir un lit de consultation dans notre service
- 8. a. Manque de formation suffisante
- 8. b. Être à jour sur tous les changements concernant la TB/VIH
- 8. c. Être bien formé dans le domaine de la santé

3. Prison de CYANGUGU

Opportunités

- 1. Le Ministère de la sécurité intérieure a octroyé un fond de 3 millions pour les prisonniers ce qui garantit l'accès aux soins même en dehors du district de Rusizi.
- 2. Approvisionnement régulier en médicaments par le ministère de la sécurité intérieure.
- 3. Appui de GF cad appui financier & ARV et réactif de labo
- 4. Assistance de GF en outil informatique et frigo des réactifs

Menaces

- 1. Le personnel a fait 7 mois sans être rémunéré ce qui entrave la bonne marche du service. L'entretien du matériel pose problème.
- 2. Amende de la TPR au moment où le personnel n'est même pas payé

Solutions

1. Les agents de la sante des prisonniers ont bénéficiés d'une formation, si possible qu'il ait une autre formation pour eux.
2. Paiement des salaires a temps

Forces

2. b. Nous travaillons en équipe
6. b. Les patients sont bien servis
7. b. Exécution correcte des taches
9. b. Organisation des services et atténuation des charges

Faiblesses

1. c. Construction des salles pour IEC de groupe et individuelle
3. b. Transmission des rapports
3. c. Réception des messages, disponibilité et accès a l'internet
8. a. Organiser des formations
8. c. Améliorer les pratiques médicales et perfectionner les connaissances
9. a. Recrutement d'un agent de sante mentale et autres agents de sante.

4.KACYIRU

Opportunités

Le service TB est séparé des autres services de consultation et cela évite la contamination

Menaces

1. Pas de motivation pour les infirmiers
2. Le moyen d'éviter aux infirmiers d'être contaminateurs

Forces

1. a. Construire d'autres locaux
1. b. Le service aura ses locaux
3. a. Les formations
3. b. Aide le personnel a donne un service de qualité

5.GITEGA

Opportunités

Les malades de la TB sont séparés pendant la consultation des autres malades

6. KABARONDO

Opportunités

1. Les ASC font la sensibilisation et les autorités politico-administratives aussi
2. Frais de motivation donné par TRAC + UNITE TUBERCULOSE chez les infirmières et ASC

Menaces

Les malades qui sont auto stigmatisé d'où le risque de contaminer les autres

Solutions

1. Augmenter le nombre de counseling

Forces

1. a. Tables de consultation, balance, étagères
1. b. Faciliter la consultation et la conservation des médicaments
4. a. Service de « one stop » est caché
4. b. Augmentation de la confidentialité

Faiblesses

3. a. Pas de système d'information

- 3. b. Pas de moyen de communication entre CDT et CT
- 3. c. Donner aux prestataires des téléphones code
- 5. a. IEC ne sont pas planifiés
- 5. b. Pas de connaissance sur la tuberculose
- 8. a. A part la responsable qui est formée les autres ne sont pas formes
- 8. b. A son absence le service ne fonctionne pas bien
- 8. c. Que tout le personnel soit forme
- 9. a. Pas de personnel suffisant responsable de « One Stop »
- 9. c. Augmenter le nombre du personnel

7. BIRYOGO

Opportunités

- 1. Les ASC jouent un rôle important pour récupérer les abandons
- 2. Les autorités locales jouent un grand rôle dans la sensibilisation

8. GIHARA

Opportunités

Les ASC jouent un rôle très important dans la sensibilisation et la distribution des médicaments.

Menaces

La stigmatisation des malades TB/VIH

9. KARENGE

Opportunités

Les ASC et les autorités locales font la sensibilisation et l'évaluation est faite trimestriellement par la TRAC + UNITE TUBERCULOSE.

Menaces

1. Pas de retro information pour les cas transférés
2. Absence de moyen pour accompagne le patient transféré

Solutions

1. Améliorer la communication entre les CDT et CT

Forces

1. a. Moto
1. b. Moyen de transport pour aller faire la sensibilisation
2. a. Collaboration avec le titulaire
3. b. Staff médical pour la prise de décision

Faiblesses

4. a. Pas de discrétion pendant les consultations
4. b. Pas de confidentialité
4. c. Trouver des locaux approprier pour le service
8. a. La responsable seul est forme
8. b. En l'absence de la responsable le service ne fonctionne pas
8. c. Former les autres membres du personnel
9. a. Pas de personnel suffisant
9. b. Le responsable a d'autres responsabilités a part le service de One Stop TB/VIH

10. NYAMURE

Opportunités

Les ASC font la distribution des anti TB et font la sensibilisation sur la TB. Tandis que les autorités locales cherchent les TPM+

Menaces

1. Retard de la motivation des ASC de la TRAC + UNITE TUBERCULOSE

Solutions

Disponibiliser les fonds des ASC à temps.

Forces

- 2. b. Faire librement les activités
- 3 .b. Retro information
- 4. a. Service de One Stop libre
- 4. b. Augmentation de la confidentialité
- 5. a. Planification et réalisation d' IEC
- 5. b. Diminution de la stigmatisation, existence des cas suspects, beaucoup de patient TB+.

Faiblesses

- 8. a. Rien que le responsable est formé
- 8. b. En cas de son absence le service ne tourne pas
- 8. c. Former d'autres prestataires
- 9. a. Pas assez de personnel
- 9. b. Risque de combiner les activités
- 9. c. Augmenter le nombre du personnel

11.RUHANGO

Opportunités

1. Implication des ASC dans la sensibilisation et la distribution des médicaments. Les autorités locales elles s'occupent a retrouver les cas d'abandon.

Menaces

1. Les ASC ne sont pas motivés, il n'y a pas un fond pour leurs activités

Solutions

1. Disponibiliser des fonds de motivation pour les ASC.

Forces

- 1. a. Bureau de consultation pour le service
- 1. b. Facilitera les activités du service
- 3. a. Téléphone et internet
- 3. b. Transmettre les rapports facilement
- 4. a. Le service de One Stop est cache
- 7. b. Collaboration et échange des idées entre le personnel
- 8.a. Presque tout le personnel est forme en cas de leur absence il n'y a pas d'handicape.

12. GIKONDO

Opportunités

- 1. Les ASC font la sensibilisation et s'occupe des abandons

Menaces

- 1. Pas de fond de motivation pour les ASC
- 2. Les autorités politico-administratives ne sont pas impliquées
- 3. Inaccessibilité de la FOSA d'où la mauvaise adhérence au traitement et abandon

Solution

- 1. Allouer un fond d'encouragement pour les ASC
- 2. Sensibiliser les autorités pour s'impliquer dans la lutte

Forces

- 1. a. Matériel pour le service : Frigos, Lavabo, Chaises, Armoires
- 1. b. Réalisation des activités du service
- 3. a. Téléphone et internet
- 3. b. Information et rapportage rapide
- 4. a. La salle du service est cachée
- 4. b. La confidentialité
- 9. a. Pas assez de personnel

13.SIMBI

Opportunités

1. Les ASC nous aident dans la sensibilisation et la distribution des médicaments
2. Mutuelle de sante : les malades se font soigner a temps et a bas prix
3. Les associations des PVV, paient la mutuelle pour les indigents

Menaces

1. La pauvreté : manque de nourriture peut perturber la prise des médicaments
2. L'ignorance : Certains malades ne croient pas a la médecine moderne, ils se tournent plus vers la médecine traditionnelle.
3. La prostitution : la cause de la hausse des personnes VIH+

Solutions

1. La création des petits projets générateurs de revenu
2. Renforcement de l'IEC
3. Sensibilisation sur l'utilisation des condoms si l'abstinence fait défaut

Forces

1. a. Tout le matériel est a notre disposition
1. b. Les activités sont réalisées selon la planification
2. a. La prise de décision se fait en équipe
2. b. Cela nous aide a bien élaborer notre travail
3. a. Le téléphone et l'internet
3. b. Nous aide a bien faire circuler les informations
4. a. Structure bien élaboré
4. b. Ca permet d'élaborer les activités et les objectifs a atteindre
5. a. La planification se fait en groupe
5. b. Bon déroulement des activités du service
7. b. Pas d'imposition ou de dictature dans le service
8. a. Le staff est compétent
8. b. Les activités sont réalisées avec une grande performance
9. a. Personnel suffisant

9. b. Permet une réalisation des activités a 80%

Faiblesses

- 1. a. Les installations du bâtiment sont mal élaborées
- 1. b. On doit passer par le service ARV pour arrive au service One stop
- 1. c. Avoir un document pour TB et VIH
- 3. a. Connexion internet
- 3. b. Etre a la page concernant les informations sur la TB
- 3. c. Avoir la connexion internet
- 8. a. Avoir plus de formation, il y'a un manque de formations
- 8. b. Cette sous-information entrave le rendement du personnel
- 8. c. Cela nous aide a être informer sur les changement et le nouveau protocole.

14.GATARE

Opportunités

- Les ASC nous aident dans la sensibilisation de la population.
- Le TRAC + UNITE TUBERCULOSE motive les ASC en leur donnant une prime
- La collaboration avec les autorités locales pour la sensibilisation communautaire

Menaces

La stigmatisation des malades de la TB

Solutions

Renforcement de l'IEC communautaire

Forces

- 1. a. Equipement suffisant
- 1. b. La bonne PEC des clients
- 3. a. Staff matinal
- 4. a. La collaboration interpersonnelle est bonne

- 5. a. Existence du plan d'action
- 6. a. Un bon climat de travail
- 7. a. Style démocratique
- 8. a. Le personnel est compétent
- 9. a. Personnel suffisant

Faiblesses

- 1. a. Le local de One stop n'est pas bien construit (pas d'aération)
- 1.b. Service non adapter

16. RUKIRA

Opportunités

- Que les malades puissent être consulté et soigné (distribution des médicaments) au même endroit

Menaces

- Le personnel n'est pas formé sur le programme TB/VIH
- La motivation chez les ASC

Solutions

Que le personnel soit au courant de tout changement sur le protocole

Forces

- 1. a. Les bureaux sont petits
- 1. b. Pas assez de place pour le rangement
- 3. b. Une bonne communication entre les ASC, CT, CDT
- 5. b. Toujours occupé, il n'y a qu'une seule infirmière
- 9. a. Que tout le personnel soit formé continuellement sur le programme de « One stop TB/VIH »

Faiblesses

- 1. a. Pas assez d'espace et il n'y a pas de bureau
- 1. b. Le service n'est pas bien rendu
- 1. c. Agrandir les locaux
- 4. a. Existence d'un organigramme

- 4. b. Les activités se font très bien
- 4. c. Beaucoup plus de formations pour le staff
- 9. c. Agrandir le staff(besoin du personnel)

17.KINIHIRA

Opportunités

- Bonne accessibilité géographique du CS
- Implication des autorités locales dans les activités de l'IEC communautaire
- Collaboration avec les ASCs

Menaces

- Le service n'est pas encore bien fréquenté
- Insuffisance du personnel
- Insuffisance des bâtiments, pas de locaux spécifiques au service

Solutions

- Renforcement d'IEC
- Augmentation du personnel
- Accorder un temps suffisant a la sensibilisation de la population lors des réunions organisées par les autorités locales

Forces

- 1. a. Equipement suffisant
- 1. b. Un bon accueil

- 2. a. Décisions prise en concertation
- 2. b. Bonne organisation, les responsabilités bien réparties
- 3. a. Existence du téléphone et de la phonie
- 3. b. Communication efficace
- 4. a. L'organigramme existe
- 4. b. Tout le monde connait et remplit sa tache
- 5. a. Existence d'un plan d'action annuel
- 5. b. Chacun connait sa responsabilité

- 6. a. Bon climat de travail entre le personnel
- 6. b. Bonne collaboration et le rendement est bon
- 8. a. Existence de formations continues
- 8. b. Tout le monde est capable de faire son travail
- 9. a. Le personnel est motive
- 9. b. Le personnel travaille bien

Faiblesses

- 9. a. Personnel insuffisant
- 9. b. Long temps d'attente pour les clients, Travail lourd pour le personnel
- 9. c. Augmenter le personnel

18.MUNYUNZWE

Opportunités

- Bonne collaboration avec TRAC + UNITE TUBERCULOSE qui fournit les médicaments sans rupture d stock
- Bonne collaboration avec l'hôpital de district qui fait les tests des examens, il donne aussi les réactifs
- Pharmacie de district donne les ARVs et autres matériels de labo.

Menaces

Pas de menaces

Forces

- 1. a. Equipements, matériels
- 1. b. Tables, lit de consultation (facilite la consultation physique et chimique du malade)
- 2. a. Le CS a fait un contrat avec les ASC
- 2. b. Les patients ne font plus des long trajets, les ASC les trouvent a domicile
- 3. b. Partage des informations et soumission des rapports
- 5. b. Nous aide dans la suivie, la mise en œuvre et l'évaluation
- 6. a. Bonne collaboration
- 6. b. On travaille en équipe
- 8. b. Une personne bien formée est efficace dans son travail

9. b. Disponibilités du personnel et important pour atteindre les objectifs

Faiblesses

- 1. a. Manque de fourniture
- 1. b. Le service ne fonctionne pas bien
- 3. a. Internet et téléphone
- 3. b. Pas d'information rapide
- 3. c. Etablir un réseau internet et téléphonique entre le CS et les ASC
- 5. a. Il n'y a pas de plan d'action
- 5. b. Les activités sont faites en vague
- 5. c. Plan d'action régulier
- 8. a. Pas de formation
- 8. b. Le travail est fait sans connaissance
- 8. c. La formation des prestataires des soins de sante

19.KIMIRONKO

- Les ASC nous aident beaucoup dans la sensibilisation et la réalisation de nos objectifs
- Visites a domicile

Menaces

- Beaucoup des personnes infectes au TB qui viennent à Nyagatovu et Nyabisindu
- Activités défavorable, les malades qui remplissent des taches dures(comme les transporteur a vélo, les tout travaux)

Solutions

- C'est mieux si il y'a un autre post de sante
- La motivation pour les ASC pour faire leur travail avec courage

20.KINYINYA

Opportunités

- Bonne collaboration avec le TRAC + UNITE TUBERCULOSE en matière des approvisionnements des médicaments

Menaces

- Les ASC pas encore formés, ce qui empêche la distribution des médicaments anti TB au niveau de la communauté

Solutions

Formation des ASC

21.KARAMA

Opportunités

- Disponibilité de médicaments à temps
- Visite à domicile
- Sensibilisation

Menaces

- Pas de formation sur le One Stop Service, VIH-TB

Solutions

Plus de formations

Forces

1. b. La consultation des patients se fait dans des bonnes conditions
5. b. Facilite la mise en œuvre
9. a. Le personnel n'est pas formé

Faiblesses

1. a. Matériel de bureau
3. a. Pas d'internet

22.RUKARA

Opportunités

- Bonne collaboration avec les ASC
- Supervision Hôpital + TRAC + UNITE TUBERCULOSE sont à jour
- Approvisionnement TRAC + UNITE TUBERCULOSE pour la DOTS

Menaces

- Former les autres prestataires en TB/VIH
- Motivation

- Assurance professionnelle

Forces

Matériel de bureau

Faiblesse

- Plus de formations

23.KINAZI

Opportunités

- Disponibilité de médicaments a travers la CAMERWA
- Soutien de TRAC + UNITE TUBERCULOSE, FHI, Global Fund (qui a fournie une moto au CS)
- GF donne aussi des formations

Menaces

- Les patients font des long trajets pour venir se faire soigner a la CDT et pour prendre des médicaments surtout pour les PVV

Solutions

Donner le feu vert aux ASC à distribuer le médicaments

Forces

1. a. Table de consultation
1. b. Facilite la consultation
3. a. Téléphone et connexion internet

Faiblesse

5. a. Plan d'action
8. a. Formation spécifique sur le service
8. b. Ignorance de certains éléments
8. c. Formations

24.NYAMUGARI

Opportunités

- accès aux mutuelles de sante
- favoriser positivement les activités du CS

- décentralisation des services et des salaires occasionne la suivie des malades
- l'implication des ASC a fait que la population fréquente bcp le CS
- les associations: ingobyi finance par l'état par l'intermédiaire de ubudehe
- implication des autorités locales: la sensibilisation de la population à adhérer aux mutuelles de sante.les routes qui mènent au C S sont praticables.

menaces

- le découpage administratif des district: a fait que la population de notre rayon ne bénéficie pas correctement des soins.
- la suspension brusque de l'aide des ong qui s'occupes de la formation des asc.
- insuffisance des infrastructure

solutions

- aménagement des salles de services. construction de 4 salles supplémentaires
- 1pour l'isolement tb, 1pour le service one stop tb-vih, 2pour le stock et la distribution des médicaments.
- motiver les ASC réengager d'autres infirmiers,
- perfectionner le labo ,construction des latrines .

forces

1. b. satisfaire les besoins des patients
2. b. suivie régulier des malades