

# HEARTS

Guide technique pour la prise en charge  
des maladies cardiovasculaires dans le cadre des soins  
de santé primaires



## Systemes de suivi





# HEARTS

Guide technique pour la prise en charge des  
maladies cardiovasculaires dans le cadre  
des soins de santé primaires

## Systemes de suivi



© **Organisation mondiale de la Santé 2018**

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci-dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation de l'emblème de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle.

**Citation suggérée.** Guide technique HEARTS pour la prise en charge des maladies cardiovasculaires dans le cadre des soins de santé primaires : systèmes de suivi [HEARTS Technical package for cardiovascular disease management in primary health care: systems for monitoring]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (WHO/NMH/NVI/18.5 Version 1.1). Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

**Catalogage à la source.** Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris>.

**Ventes, droits et licences.** Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

**Matériel attribué à des tiers.** Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

**Clause générale de non responsabilité.** Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'OMS a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

La présente publication exprime le point de vue collectif des organisations participant à l'initiative collaborative HEARTS et ne représente pas nécessairement les politiques ni la position officielle de chacune de ces organisations.

La marque CDC appartient au Department of Health and Human Service des États-Unis d'Amérique et est utilisée avec son autorisation. L'utilisation de ce logo ne signifie en aucun cas qu'un produit, un service, ou une entreprise en particulier bénéficie de l'aval du Department of Health and Human Service ou des Centers for Disease Control and Prevention.

Conception graphique et mise en page : Myriad Editions.

Imprimé en Suisse.



# Table des matières

|   |           |
|---|-----------|
| Remerciements   | 5         |
| <b>Guide technique HEARTS</b>                               | <b>6</b>  |
| <b>Introduction</b>   | <b>8</b>  |
| Utilisation du module                                       | 9         |
| Choix des indicateurs                                       | 9         |
| Niveaux de suivi  | 9         |
| Modèles de tenue des registres                              | 10        |
| <b>1 Indicateurs</b>  | <b>11</b> |
| <b>2 Outils de collecte et de notification des données</b>  | <b>17</b> |
| 1 Au niveau des établissements de santé                     | 17        |
| 2 Au niveau infranational (données agrégées)                | 18        |
| 3 Au niveau national  | 18        |
| 4 Liste de contrôle pour la supervision et l'audit clinique | 19        |
| <b>3 Analyse et revue des données</b>                       | <b>20</b> |
| <b>Bibliographie</b>  | <b>29</b> |

---

## Tableaux

|   |    |
|---|----|
| Tableau 1 : Indicateurs   | 11 |
| Tableau 2 : Normalisation à six mois de la tension artérielle chez les personnes traitées pour hypertension artérielle  | 12 |
| Tableau 3 : Normalisation de la tension artérielle chez les personnes hypertendues  | 13 |
| Tableau 4 : Disponibilité des médicaments de base contre les MCV/le diabète   | 14 |
| Tableau 5 : Maîtrise de l'hypertension artérielle dans la population  | 15 |
| Tableau 6 : Proportion de personnes remplissant les conditions bénéficiant d'une pharmacothérapie et de conseils (y compris le contrôle glycémique) en vue de prévenir les infarctus du myocarde et les AVC | 16 |
| Tableau 7 : Notification au niveau des établissements de santé  | 17 |
| Tableau 8 : Notification au niveau infranational  | 18 |
| Tableau 9 : Exemples de procédures de revue de données relatives à la prise en charge des MCV aux différents niveaux du système de santé  | 20 |

## Remerciements

Les modules du guide technique HEARTS ont bénéficié de l'engagement, du soutien et des contributions d'un grand nombre d'experts de l'American Heart Association ; du Centre for Chronic Disease Control (Inde) ; de la Fédération internationale du diabète ; de l'International Society of Hypertension ; de l'International Society of Nephrology ; des Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis ; de Resolve to Save Lives, une initiative de Vital Strategies ; du Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour la Région des Amériques/Organisation panaméricaine de la Santé ; de l'Organisation mondiale de la Santé ; de la Fédération mondiale du cœur ; de la Ligue mondiale contre l'hypertension ; et de l'Organisation mondiale contre l'accident vasculaire cérébral.

Les membres du personnel de l'OMS au Siège, dans les bureaux régionaux, et dans les bureaux de pays en Éthiopie, en Inde, au Népal, aux Philippines et en Thaïlande ont également apporté un précieux concours en veillant à ce que les matériels soient pertinents au niveau national.

L'OMS tient à remercier les organisations suivantes pour leur participation à l'élaboration de ces modules : American Medical Association (AMA), Programme for Appropriate Technology in Health (PATH), The Integrated Management of Adolescent and Adult Illness (IMAI) Alliance, McMaster University Canada, et All India Institute of Medical Sciences. L'OMS souhaite également remercier les nombreux experts internationaux qui ont donné de leur temps et mis leurs vastes connaissances à disposition tout au long du processus d'élaboration de ces modules.



# Guide technique HEARTS

Les maladies cardiovasculaires (MCV) provoquent chaque année plus de décès que toute autre cause de mortalité. Plus de trois quarts des décès dus aux cardiopathies et aux accidents vasculaires cérébraux surviennent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire.

Le guide technique HEARTS propose une approche stratégique pour améliorer la santé cardiovasculaire. Il comprend six modules et un guide de mise en œuvre. Le guide technique HEARTS vise à apporter un soutien aux ministères de la santé pour renforcer la prise en charge des MCV dans les soins primaires, et s'aligne sur le document publié par l'OMS décrivant l'ensemble d'interventions essentielles contre les maladies non transmissibles (*WHO's Package of Essential Noncommunicable Disease Interventions (WHO PEN)*).

Les modules HEARTS sont destinés aux responsables de l'élaboration de politiques et aux administrateurs de programmes qui œuvrent à différents niveaux au sein des ministères de la santé et qui peuvent intervenir et influencer sur la prestation des soins primaires pour les MCV. Les différentes parties de chaque module s'adressent aux différents niveaux du système de santé et aux différents types de travailleurs. Tous les modules nécessiteront d'être adaptés à l'échelle des pays.

Les personnes qui trouveront les modules les plus utiles sont les suivantes :

- **Niveau national – Décideurs politiques en matière de maladies non transmissibles (MNT) au sein des ministères de la santé, responsables de :**
  - l'élaboration de stratégies, de politiques et de plans d'action liés à la prestation de services pour la prise en charge des MCV
  - la fixation de cibles nationales sur les MCV, le suivi et la communication des progrès accomplis.
- **Niveau infranational – Administrateurs des programmes de santé/de lutte contre les MNT, responsables de :**
  - la planification, la formation, la mise en œuvre et la surveillance de la prestation des services.
- **Niveau des soins primaires – Directeurs d'établissements et formateurs en soins de santé primaires, responsables de :**
  - l'attribution des tâches, l'organisation des formations et le bon fonctionnement de l'établissement
  - la collecte de données, au niveau de l'établissement, sur les indicateurs de progrès par rapport aux cibles de la lutte contre les MCV.

Les utilisateurs visés peuvent varier, en fonction du contexte, des systèmes de santé existants et des priorités nationales.

## MODULES DU GUIDE TECHNIQUE HEARTS

| Module  | Que contient-il ?   | Qui sont les utilisateurs visés ? |               |                 |
|---|---|-----------------------------------|---------------|-----------------|
|   |   | National                          | Infranational | Soins primaires |
| <b>H</b> ealthy-lifestyle counselling (en anglais)                            | Informations sur les quatre facteurs de risque comportementaux associés aux MCV. Brèves descriptions d'interventions menées dans une démarche visant à délivrer des conseils sur les facteurs de risque et à encourager les gens à adopter un mode de vie sain. |                                   | ✓             | ✓               |
| <b>E</b> nsemble de protocoles basés sur des données factuelles               | Série de protocoles pour une approche clinique standardisée de la prise en charge de l'hypertension artérielle et du diabète.   | ✓                                 | ✓             | ✓               |
| <b>A</b> ccès aux médicaments essentiels et aux technologies de santé de base | Informations sur l'approvisionnement en matériels et médicaments pour le traitement des MCV, la quantification, la distribution, la gestion et la manutention des produits au niveau des établissements.  | ✓                                 | ✓             | ✓               |
| <b>R</b> isk-based CVD management (en anglais)                                | Informations sur une méthode basée sur le niveau de risque total pour l'évaluation et la prise en charge des MCV, y compris les diagrammes des risques selon les pays.  |                                   | ✓             | ✓               |
| <b>T</b> eam-based care (en anglais)  | Conseils et exemples de prise en charge de patients et de délégation de tâches au sein d'une équipe soignante pour ce qui concerne le traitement des MCV. Des matériels pédagogiques sont également fournis.  |                                   | ✓             | ✓               |
| <b>S</b> ystèmes de suivi   | <b>Informations sur la façon de suivre et de rendre compte de la prévention et de la prise en charge des MCV. Contient des indicateurs standardisés et des outils standard de collecte de données.</b>  | ✓                                 | ✓             | ✓               |

Le suivi est un élément crucial pour la réussite d'un programme. Il est important de savoir si les établissements de santé, et, en définitive, les pays, répondent aux buts et aux objectifs fixés pour la prévention et la prise en charge des maladies cardiovasculaires (MCV).

Le suivi consiste à collecter, gérer et utiliser en continu des informations pour évaluer si une activité ou un programme se déroule conformément au plan et/ou atteint des objectifs bien précis. Il n'est pas possible de faire le suivi de tous les résultats cliniques. Il ne faut retenir que des résultats cliniques évidents, qui concernent les changements les plus importants censés résulter du projet, et ce qui est réalisable et mesurable dans la période de temps prévue par le projet. Une fois ces résultats cliniques bien définis, des indicateurs pourront être choisis pour apprécier au mieux dans quelle mesure les résultats escomptés sont effectivement obtenus.

Pour pouvoir suivre les progrès accomplis, ce module fournit un ensemble d'indicateurs sur la prise en charge des MCV. En se mettant d'accord sur un ensemble d'indicateurs, les pays sont en mesure de comparer les progrès de la prise en charge et du traitement des MCV dans différents districts ou juridictions infranationales, ainsi qu'au niveau des établissements, identifier là où les résultats peuvent être améliorés, et suivre les évolutions de la mise en œuvre au cours du temps. Le suivi de ces indicateurs permet également de repérer les difficultés susceptibles d'être rencontrées, et de rediriger en conséquence les efforts de mise en œuvre.

Le présent module commence par aborder la collecte de données au niveau des établissements, données qui sont ensuite « transmises » au système : les données recueillies par les établissements sont agrégées au niveau infranational pour produire des rapports qui permettent de suivre les résultats au niveau infranational et à celui des établissements au cours du temps, et de réaliser des comparaisons entre établissements. Les données au niveau national sont obtenues via des enquêtes en population.

La mise en place d'un système de suivi implique d'agir à plusieurs niveaux. Aux niveaux national et infranational, les fonctionnaires sauront comment intégrer au mieux les éléments de données dans les systèmes de collecte de données existants, par exemple les données relatives aux prestations de services de routine qui sont collectées via les systèmes d'information pour la gestion sanitaire (HMIS) des établissements. En milieu médicalisé, le personnel devra être tenu informé du type de données nécessaires. Des exemples d'outils de collecte de données sont proposés ici, sachant que les pays utilisent des systèmes de gestion de données différents pour le HMIS ; les outils de suivi des MCV seront donc conçus pour fonctionner avec le système HMIS opérationnel dans le pays, de façon à pouvoir collecter les indicateurs en gênant ou en surchargeant le moins possible les outils et les systèmes existants.

Le présent module fournit :

- des indicateurs, y compris la définition de chaque indicateur, les éléments de données qu'il est nécessaire de collecter pour chaque indicateur, et les sources des données
- des exemples d'outils pour la collecte et la notification des données.

## Utilisation du module

Ce module s'adresse aux directeurs d'établissement et aux fonctionnaires travaillant aux niveaux infranational et/ou national qui interviennent dans la collecte, la planification ou l'adaptation des systèmes de suivi pour les services de prise en charge des MCV dans le contexte des soins primaires.

## Choix des indicateurs

Les indicateurs sont le fondement même d'un système de suivi.

Pour mettre en place un système de suivi, il faut commencer par définir les indicateurs qui permettront de répondre aux questions les plus importantes pour le suivi. Il est essentiel que les indicateurs soient standardisés si l'on veut pouvoir s'en servir pour établir des comparaisons entre périodes, lieux et populations.

Collecter et analyser les données pour calculer les indicateurs exige du temps et des ressources. Tout système aura des limites quant à la quantité de données qu'il sera en mesure d'obtenir dans les meilleurs délais et sous une forme qui rend ces données utiles et garantit leur qualité. Il est donc préférable de choisir un nombre restreint d'indicateurs soigneusement sélectionnés, ayant un lien avec l'action menée et pouvant être facilement collectés et intégrés aux systèmes nationaux d'information sanitaire (HMIS) existants, plutôt qu'un grand nombre d'indicateurs qui risqueraient d'être collectés de façon irrégulière, d'être de mauvaise qualité, ou de ne pas être utilisés.

Le nombre et le type d'indicateurs qu'il est réaliste de collecter dépendent également du type de HMIS utilisé dans un pays. Par exemple, les indicateurs que pourra obtenir un pays doté d'un HMIS basé essentiellement sur des documents papier seront plus limités que ceux pouvant être obtenus par un pays doté d'un système basé sur des dossiers médicaux électroniques. Les indicateurs doivent être standardisés de façon à pouvoir servir à établir des comparaisons dans le temps, entre lieux, et entre populations. Pour cela, il convient de bien préciser le mode de calcul d'un indicateur, de fournir une définition pour le numérateur et le dénominateur, et de proposer des sources, outils, et fréquence de collecte.

## Niveaux de suivi

Le système de suivi des MCV englobe trois types de suivi qui fonctionnent ensemble pour donner les indicateurs de prise en charge des MCV.

### Au niveau des établissements de santé

Au niveau des établissements de santé, le suivi des patients individuels consiste à surveiller l'état de santé et la prise en charge de chacun des patients au cours du temps, à l'aide d'une fiche patient individuelle de traitement des MCV (voir annexe). Un registre tenu par l'établissement regroupe les renseignements sur tous les patients pris en charge dans l'établissement. Des sous-groupes de données figurant sur la fiche patient de traitement des MCV sont extraits et exploités aux fins de surveillance du programme. Les éléments de la fiche patient de traitement des MCV peuvent également être utilisés pour assurer le suivi de services tels que la qualité des soins pour l'hypertension artérielle et le diabète, y compris l'adhésion au traitement médicamenteux, le suivi des examens, et l'atteinte des organes cibles, en fonction du contexte local.

### Au niveau infranational

Au niveau infranational, les données agrégées provenant des établissements de santé permettent d'évaluer les résultats au sein du programme et également de surveiller la disponibilité des médicaments. Certains éléments de la qualité des soins peuvent être évalués au niveau infranational grâce aux listes de contrôle.

## **Le suivi au niveau de la population**

Le suivi au niveau de la population implique de mener des enquêtes auprès de la population au niveau national ou infranational. Ces enquêtes utilisent des outils standardisés et peuvent fournir une estimation de la prévalence de la maladie/l'affection et des paramètres connexes, tels que la proportion de sujets recevant un traitement médicamenteux et la proportion de ceux ayant atteint leur cible personnelle de tension artérielle, etc. Les indicateurs relatifs à la population reflètent l'ensemble des interventions et des programmes dans la zone desservie. Au fil du temps, ils pourront permettre de dégager des tendances et serviront d'indicateur global de l'efficacité et de la couverture par le programme.

## **Modèles de tenue des registres**

### **Modèle 1 : Système sur papier**

La collecte de données décrite dans ce module représente un système de base qui pourrait être mis en oeuvre dans tous les contextes, y compris les pays à ressources limitées. Ce modèle est basé sur un système de dossiers médicaux individuels, de registres, et d'outils de collecte de données, tous sur support papier. Une fois collectées, les données sont entrées dans des bases de données électroniques en vue d'être agrégées et analysées au niveau infranational.

### **Modèle 2 : Système hybride papier et électronique**

Un modèle de collecte de données utilisant un registre longitudinal (sur support papier ou électronique) peut également être envisagé. Dans un registre longitudinal, le nom du patient est entré une seule fois dans le registre, mais des informations cliniques ciblées sont saisies lors de chaque consultation successive à la même ligne dans le registre. Les registres de vaccination ou les registres de traitement de la tuberculose sont des exemples de registres longitudinaux. Un exemple de registre longitudinal (registre d'établissement) est fourni en annexe.

### **Modèle 3 : Système de dossiers électroniques**

Quand un système de dossiers médicaux électroniques est opérationnel, il est possible d'intégrer au dossier individuel électronique un module consacré aux MCV. Le système électronique collectera et agrégera les données des établissements exactement comme le fait le système sur papier, mais avec nettement plus de facilité, en particulier pour le nombre important de patients atteints de MCV.

Ce système permet de suivre les principaux paramètres liés aux MCV de chaque patient, et également d'extraire des données de manière automatisée, à intervalles réguliers, et éventuellement plus fréquemment, en vue de préparer des rapports cumulatifs.

# 1 Indicateurs

Ce chapitre présente une liste d'indicateurs à utiliser pour suivre la mise en oeuvre de l'approche HEARTS. Certains de ces renseignements proviennent des établissements de santé fournissant les services, tandis que d'autres éléments devront être recueillis par des enquêtes en population. Le suivi devra se faire à trois niveaux pour obtenir les données nécessaires à ces indicateurs : au niveau de la prestation des services (milieu médicalisé), au niveau du district ou du niveau infranational pour les indicateurs agrégés, et au niveau de la population.

**Tableau 1 : Indicateurs**

| <b>Au niveau des établissements de santé</b>  |   |  |                                    |  |
|---|---|--|------------------------------------|--|
| <b>N°</b>   | <b>Indicateur</b>   | <b>Source des données</b>  | <b>Fréquence de notification</b>   | <b>Considérations sur le système de santé</b>  |
| 1   | Normalisation à six mois de la tension artérielle chez les personnes traitées pour hypertension artérielle  | Registre des traitements de l'hypertension artérielle dans l'établissement   | Une fois tous les trois mois       | Réalisable dans tous les contextes de soins primaires, et indicateur prioritaire pour la qualité des services  |
| <b>Au niveau infranational (district/province/état) (données agrégées issues des établissements de santé offrant les services au sein du programme)</b> |   |  |                                    |  |
|   | <b>Indicateur</b>   | <b>Source des données</b>  | <b>Fréquence de notification</b>   | <b>Considérations sur l'interprétation</b>   |
| 2   | Normalisation de la tension artérielle chez les personnes hypertendues au sein du programme   | Rapports cumulatifs provenant de tous les établissements de santé rendant compte de l'indicateur relatif à l'hypertension artérielle dans une région infranationale définie ; estimation de la prévalence de l'hypertension artérielle | Une fois tous les 12 mois          | Donnera une estimation des taux de normalisation dans la communauté, avec le numérateur provenant d'établissements notificateurs dans le cadre du programme (dans certains cas, il se peut que les patients reçoivent des médicaments pour la TA dans le secteur privé ou à d'autres niveaux de soins au sein du système public) |
| 3   | Disponibilité des médicaments de base contre les maladies cardiovasculaires/le diabète  | Rapports cumulatifs provenant de tous les établissements de santé rendant compte des indicateurs relatifs à la disponibilité des médicaments dans une région infranationale définie  | Une fois tous les trois mois       | Utile pour le contrôle qualité du programme et aidera à prévoir les besoins en médicaments et les améliorations à apporter à la gestion de la chaîne d'approvisionnement   |
| <b>Au niveau de la population (maîtrise de l'hypertension artérielle, du diabète et du risque de MCV)</b>   |   |  |                                    |  |
|   | <b>Indicateur</b>   | <b>Méthode d'enquête</b>   | <b>Fréquence</b>                   | <b>Autres considérations</b>   |
| 4   | Maîtrise de l'hypertension artérielle dans la population  | Enquête par sondage dans la population (enquête STEPS ou analogue)   | Une fois tous les trois à cinq ans | Enquête en population dans le cadre d'une enquête nationale ou d'une enquête particulière pour le programme  |
| 5   | Proportion de personnes remplissant les conditions bénéficiant d'une pharmacothérapie et de conseils (y compris le contrôle glycémique) en vue de prévenir les infarctus du myocarde et les AVC (1) | Enquête par sondage dans la population (enquête STEPS ou analogue)   | Une fois tous les cinq ans         | Enquête en population (de préférence représentative au niveau national), intégrant des paramètres comportementaux avec des mesures physiques et biochimiques   |

**Tableau 2 : Normalisation à six mois de la tension artérielle chez les personnes traitées pour hypertension artérielle**

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <b>Définition</b>                     | Proportion de patients enregistrés pour recevoir un traitement antihypertenseur dans l'établissement de santé dont la tension artérielle est normalisée six mois après l'instauration du traitement  |
| <b>Finalité</b>                       | Mesurer l'efficacité des services cliniques dans le programme visant à normaliser la tension artérielle dans des cohortes de patients traités  |
| <b>Méthode de calcul</b>              | <p><b>A</b> = Nombre de patients ayant une tension artérielle normalisée (TAS &lt;140 et TAD &lt;90 mmHg) à la dernière consultation clinique du trimestre le plus récent (juste avant le trimestre de la notification) parmi <b>B</b></p> <p><b>B</b> = Nombre de patients enregistrés pour recevoir un traitement contre l'hypertension au cours du trimestre ayant pris fin six mois auparavant</p> <p>Calcul : <math>A \div B</math></p> |
| <b>Source des données</b>             | Registre de l'établissement de santé pour l'hypertension artérielle  |
| <b>Objectif recommandé</b>            | Fixer un objectif en fonction du contexte local  |
| <b>Principaux éléments de données</b> | Date d'enregistrement, date de la dernière consultation, tension artérielle systolique, tension artérielle diastolique   |
| <b>Fréquence de notification</b>      | Trimestrielle  |
| <b>Utilisateurs des données</b>       | <p>Directeurs d'établissements : pour connaître la proportion de patients dans leur établissement qui atteignent leur tension artérielle cible.</p> <p>Responsable au niveau du district : pour évaluer la qualité globale des services de traitement de l'hypertension artérielle, pour identifier les établissements peu performants et corriger les problèmes très tôt.</p>   |
| <b>Outil de collecte des données</b>  | Registre d'établissement pour l'hypertension artérielle (voir annexe)  |

**Tableau 3 : Normalisation de la tension artérielle chez les personnes hypertendues**

|  |   |
|--|---|
| <b>Définition</b>                              | Proportion de sujets hypertendus dans les établissements de santé d'une zone géographique donnée, telle que district, province, ou état, ayant une tension artérielle normalisée  |
| <b>Finalité</b>                                | Mesurer l'augmentation de la couverture par le programme visant à traiter et contrôler l'hypertension artérielle dans une zone géographique donnée, telle que district, province, ou état   |
| <b>Méthode de calcul</b>                       | <p><b>A</b> = Nombre cumulé de patients enregistrés ayant une tension artérielle normalisée (TAS&lt;140 et TAD&lt;90) au cours du trimestre le plus récent dans tous les établissements de santé d'une zone géographique donnée, telle que district, province, ou état</p> <p><b>B</b> = Nombre estimé de personnes hypertendues au niveau infranational</p> <p>Calcul : <b>A ÷ B</b></p> |
| <b>Source des données</b>                      | <p>Numérateur : registres des établissements de santé notificateurs dans la zone géographique donnée, telle que district, province, ou état</p> <p>Dénominateur : Prévalence de l'hypertension artérielle tirée d'enquêtes en population (enquête STEPS ou analogue)</p>  |
| <b>Ventilé par</b>                             | Établissement de santé  |
| <b>Objectif recommandé</b>                     | Fixer un objectif en fonction du contexte local   |
| <b>Principaux éléments de données</b>          | Date de la dernière consultation, tension artérielle systolique, tension artérielle diastolique   |
| <b>Fréquence de notification</b>               | Annuelle  |
| <b>Utilisateurs des données</b>                | <p>Administrateurs de programme pour le district, la province ou l'état, afin de surveiller l'augmentation de la couverture par le programme des services d'hypertension artérielle au sein d'une zone géographique</p> <p>Responsables de programme à l'échelon national, afin de suivre les progrès vers la couverture sanitaire universelle</p>  |
| <b>Exemple d'outil de collecte des données</b> | <p>Registre d'établissement de santé pour l'hypertension artérielle (voir annexe)</p> <p>Rapport d'établissement de santé (voir annexe)</p>   |

**Tableau 4 : Disponibilité des médicaments de base contre les MCV/le diabète**

|  |  |
|--|--|
| <b>Definition</b>                              | Proportion d'établissements dans une zone géographique donnée où les médicaments de base contre les MCV/le diabète sont disponibles (voir liste de médicaments ci-dessous)   |
| <b>Finalité</b>                                | Assurer un approvisionnement constant en médicaments essentiels, et améliorer ainsi l'adhésion des patients à leur traitement  |
| <b>Méthode de calcul</b>                       | <b>A</b> = Nombre d'établissements de santé dans le programme n'ayant signalé « aucune rupture de stock » de médicaments de base contre les MCV/le diabète au cours du trimestre passé<br><b>B</b> = Nombre d'établissements de santé participant au programme<br>Calcul : <b>A ÷ B</b>  |
| <b>Source des données</b>                      | Registre des stocks cumulés de médicaments des établissements de santé ; rapport des établissements de santé   |
| <b>Disaggregated by</b>                        | Établissement de santé   |
| <b>Objectif recommandé</b>                     | Aucune rupture de stock  |
| <b>Principaux éléments de données</b>          | Décompte du nombre d'établissements n'ayant signalé « aucune rupture de stock » au cours du trimestre passé ;<br>nombre de jours de rupture de stock dans chaque établissement de santé pour le médicament sélectionné   |
| <b>Fréquence de notification</b>               | Trimestrielle  |
| <b>Utilisateurs des données</b>                | Responsables aux niveaux du district et de la province, afin de concentrer les efforts de supervision sur les établissements de santé qui signalent des ruptures de stock de médicaments, éviter les situations de rupture de stock de médicaments et renforcer les systèmes de santé pour garantir un approvisionnement constant en médicaments |
| <b>Exemple d'outil de collecte des données</b> | Rapport d'établissement de santé (voir annexe)   |

#### **Médicaments de base contre les MCV/le diabète**

- diurétique thiazidique ou apparenté
- inhibiteur calcique (ICa) (de longue durée d'action) (amlodipine)
- inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IEC) (de longue durée d'action) et antagoniste des récepteurs de l'angiotensine (ARA)
- statine
- insuline
- metformine
- glibenclamide
- bêta-bloquant
- aspirine.

**Tableau 5 : Maîtrise de l'hypertension artérielle dans la population**

|  |  |
|--|--|
| <b>Definition</b>                              | Proportion de toutes les personnes hypertendues ayant une tension artérielle normalisée dans la population   |
| <b>Finalité</b>                                | Évaluer la maîtrise de l'hypertension artérielle à l'échelle de la population, y compris les tendances au fil du temps   |
| <b>Méthode de calcul</b>                       | <p><b>A</b> = Nombre de répondants avec TAS &lt;140 et TAD &lt;90, qui SOIT sont actuellement traités par des médicaments antihypertenseurs SOIT ont été diagnostiqués hypertendus</p> <p><b>B</b> = Nombre de répondants de l'enquête qui ont une TAS ≥140 ou TAD ≥90 OU qui sont actuellement traités par des médicaments antihypertenseurs</p> <p>Calcul : <b>A ÷ B</b></p> |
| <b>Source/méthodologie</b>                     | Enquête par sondage dans la population (enquête sanitaire nationale ou infranationale)   |
| <b>Ventilé par</b>                             | Âge, sexe, situation socioéconomique   |
| <b>Fréquence de notification</b>               | Une fois tous les trois à cinq ans   |
| <b>Utilisateurs des données</b>                | <p>Décideurs politiques à l'échelle nationale, afin de mesurer les progrès vers la couverture sanitaire universelle, formuler des politiques de santé nationales, allouer un budget programmatique</p> <p>Décideurs politiques à l'échelle mondiale, afin de comparer entre pays les progrès accomplis sur la voie de la couverture sanitaire universelle</p>                  |
| <b>Exemple d'outil de collecte des données</b> | <a href="http://www.who.int/ncds/surveillance/steps/en/">http://www.who.int/ncds/surveillance/steps/en/</a>  |

**Tableau 6 : Proportion de personnes remplissant les conditions bénéficiant d'une pharmacothérapie et de conseils (y compris le contrôle glycémique) en vue de prévenir les infarctus du myocarde et les AVC**

|  |   |
|--|---|
| <b>Definition</b>                              | Pourcentage de personnes remplissant les conditions (définies comme étant âgées de 40 ans et plus avec un risque cardiovasculaire (MCV) à 10 ans $\geq 30$ %, y compris celles atteintes d'une MCV préexistante) bénéficiant d'une pharmacothérapie et de conseils* (y compris le contrôle glycémique) pour prévenir les infarctus du myocarde et les AVC   |
| <b>Finalité</b>                                | Mesurer l'évolution des pratiques en matière de gestion du risque de MCV au niveau de la population   |
| <b>Méthode de calcul</b>                       | <p><b>A</b> = Nombre de participants à l'enquête remplissant les conditions bénéficiant d'une pharmacothérapie et de conseils***</p> <p><b>B</b> = Nombre total de participants à l'enquête remplissant les conditions requises (définis comme étant âgés de 40 ans et plus avec un risque cardiovasculaire à 10 ans <math>\geq 30</math> %, y compris ceux atteints d'une maladie cardiovasculaire préexistante)</p> <p>Calcul : <b>A</b> ÷ <b>B</b></p> |
| <b>Source/méthodologie</b>                     | Chiffres générés à partir d'enquêtes en population, telles qu'une enquête par sondage dans la population (enquête STEPS ou analogue)  |
| <b>Ventilé par</b>                             | Âge, sexe, situation socioéconomique  |
| <b>Objectif recommandé</b>                     | Hausse de 5 % chaque année  |
| <b>Fréquence de notification</b>               | Une fois tous les cinq ans  |
| <b>Utilisateurs des données</b>                | <p>Décideurs politiques à l'échelle nationale, pour mesurer les progrès vers les cibles du plan d'action mondial pour la lutte contre les MNT</p> <p>Décideurs politiques à l'échelle mondiale, pour comparer entre pays les progrès vers les cibles du plan d'action mondial pour la lutte contre les MNT</p>  |
| <b>Exemple d'outil de collecte des données</b> | <a href="http://www.who.int/ncds/surveillance/steps/en/">http://www.who.int/ncds/surveillance/steps/en/</a>   |

\* Réalisable dans les pays qui disposent d'une enquête en population très complète, incluant des paramètres comportementaux ainsi que des mesures physiques et biochimiques.

\*\* Des informations supplémentaires sur l'indicateur sont disponibles à l'adresse [http://www.who.int/nmh/ncd-tools/indicators/GMF\\_Indicator\\_Definitions\\_Version\\_NOV2014.pdf](http://www.who.int/nmh/ncd-tools/indicators/GMF_Indicator_Definitions_Version_NOV2014.pdf).

\*\*\* L'utilisation du terme « personnes remplissant les conditions requises » ne sous-entend pas que les autres ne devraient pas recevoir de traitement.  
Les pays souhaiteront peut-être prendre en compte des analyses qui incluent des sujets à haut risque tels que définis par les lignes directrices nationales.

# 2 Outils de collecte et de notification des données

## 1 Au niveau des établissements de santé

Tableau 7 : Notification au niveau des établissements de santé

| Outil   | Utilisation  | Avantages  |
|---|--|--|
| <b>Fiche de traitement</b>                                      | Elle contient les données relatives à la prise en charge d'un patient individuel qui est enregistré dans le système. Chaque patient évalué et traité pour hypertension artérielle, diabète et/ou cholestérol devrait posséder un dossier individuel dans lequel sont enregistrées les informations à chaque visite de suivi. Un exemple de fiche de traitement d'un patient est présenté en annexe.  | <p>Met en exergue les informations clés associées aux MCV que l'agent de santé devrait passer en revue et enregistrer à chaque visite.</p> <p>Facilite la comparaison des informations cliniques essentielles au cours du temps</p> <p>Peut jouer le rôle d'aide-mémoire clinique sur les aspects importants de la prise en charge</p> <p>Peut servir de base à la supervision</p> <p>Sert de principale source de données pour l'ensemble minimal d'indicateurs.</p>  |
| <b>Registres d'établissement</b>                                | Registre des patients dans lequel sont consignées des données patients choisies, extraites de la fiche individuelle de traitement d'un patient. Les données sur un patient individuel ne sont inscrites dans le registre qu'une seule fois, au moment où le patient est enregistré pour la première fois dans l'établissement. Si le patient est mis sous traitement, cette information est indiquée. Si le patient traité est ensuite transféré vers un autre service, est perdu au suivi, ou décède, alors cette information est également indiquée.                               | <p>Offre à l'établissement de santé un moyen rapide d'évaluer le nombre de patients enregistrés dans le système, stratifiés par genre, âge et approche systémique.</p> <p>Permet d'obtenir un bilan rapide, chaque trimestre, du nombre de sujets cumulativement transférés, perdus au suivi, ou décédés, qui aide les personnels de l'établissement à vérifier la préparation de leurs rapports trimestriels.</p> <p>Utile pour tenir à jour un registre des patients ambulatoires à compléter avec des informations succinctes (nom, numéro ID, date de visite, statut tensionnel, statut vis-à-vis du diabète, et TAS/TAD) qui pourra être comparé aux fiches patients pendant les audits cliniques et la compilation périodique des indicateurs.</p> |
| <b>Rapport trimestriel préparé au niveau de l'établissement</b> | Les données destinées au rapport trimestriel sont compilées en utilisant les fiches patients individuelles de traitement ainsi que le registre des patients. Le registre peut être utilisé pour calculer les dénominateurs. Pour certains indicateurs, les fiches de traitement peuvent être nécessaires pour calculer les numérateurs. Quand le nombre cumulé de patients dans le centre de santé augmente, cette tâche devient trop chronophage si elle est reposée sur des systèmes papier. Passer à un système de dossiers électroniques faciliterait considérablement la tâche. | <p>La revue des données patients agrégées se fait à intervalles réguliers, par exemple tous les trois mois, et c'est ce que l'on appelle les « rapports trimestriels ». Ces rapports trimestriels sont axés sur l'ensemble minimal d'indicateurs adoptés pour suivre les progrès du programme.</p> <p>Une supervision et un audit sont également réalisés à intervalles fixés (tous les mois ou trimestres) pour s'assurer que les directives et les procédures sont respectées.</p>   |

## 2 Au niveau infranational (données agrégées)

Tableau 8 : Notification au niveau infranational

| Rapport   | Procédure de compilation   | Revue  |
|---|--|--|
| Rapport trimestriel préparé au niveau du district | Données rassemblées à partir des rapports préparés au niveau des établissements. | <p>La revue des données patients agrégées émanant de tous les établissements du district se fait à intervalles réguliers, généralement tous les trimestres, et permet d'évaluer la performance du district, et de faire des comparaisons entre établissements du district.</p> <p>Les difficultés rencontrées au cours des visites de supervision dans les établissements, en lien avec l'utilisation des outils de supervision et d'audit, font l'objet de discussions lors de réunions trimestrielles de district.</p> <p>Les revues annuelles du programme s'appuient sur les rapports cumulatifs trimestriels et apprécient les progrès accomplis chaque année par rapport aux indicateurs clés.</p> |

## 3 Au niveau national

### Collecte de données pour les indicateurs nationaux

Les données destinées à alimenter les indicateurs à l'échelle de la population peuvent avoir différentes origines. Par exemple, l'approche STEPwise de l'OMS pour la surveillance (STEPS), est une méthode simple, standardisée, pour collecter, analyser et diffuser des données dans les pays membres de l'OMS. En utilisant les mêmes questions et protocoles harmonisés, tous les pays peuvent utiliser les informations de STEPS non seulement pour surveiller les tendances au sein du pays, mais aussi pour faire des comparaisons entre pays. Cette approche favorise la collecte de petits volumes de données utiles, sur une base régulière et continue.

L'enquête STEPS, généralement effectuée tous les trois à cinq ans, fournit des indicateurs à l'échelle de la population sur la prévalence des facteurs de risque de MCV, la proportion de personnes traitées pour diabète et tension artérielle élevée, et la proportion chez lesquelles elle est normalisée. D'autres enquêtes mondiales, telles que les enquêtes démographiques et sanitaires (DHS), peuvent également être en mesure de fournir ces informations. De plus, les pays peuvent avoir leurs propres enquêtes de santé, qui peuvent constituer une bonne source pour les informations de ce type. Toute enquête est acceptable, tant qu'elle permet d'obtenir les données requises.

### STEPS

L'outil utilisé pour collecter des données et mesurer les facteurs de risque des maladies non transmissibles (MNT) dans le cadre de l'approche STEPwise de l'OMS pour la surveillance est appelé l'Instrument STEPS. L'Instrument STEPS couvre trois niveaux différents ou « étapes » différentes (steps en anglais, d'où cette appellation) d'évaluation des facteurs de risque :

Étape 1 : questionnaire

Étape 2 : mesures physiques

Étape 3 : mesures biochimiques.

Lorsqu'ils réalisent des enquêtes STEPwise nationales ou d'autres enquêtes analogues, les pays peuvent utiliser les indicateurs applicables à l'hypertension artérielle et disposer également d'une taille d'échantillon élargie pour obtenir des chiffres estimatifs à partir de la population d'intérêt (population couverte par la prise en charge de l'hypertension).

Des enquêtes indépendantes peuvent être menées dans la population d'intérêt en utilisant l'approche STEPS, et le manuel STEPS de l'OMS donne des détails sur la façon de procéder.

Les enquêtes en population sont prises en charge par le point focal national pour la surveillance des MNT dans le pays, et bénéficient également de l'appui d'institutions académiques ou d'institutions de recherche en santé dans le pays.

Pour en savoir plus, voir :

<http://www.who.int/ncds/surveillance/steps/instrument/en/>.

## **4 Liste de contrôle pour la supervision et l'audit clinique**

Un audit clinique s'inscrit dans le processus d'amélioration continue de la qualité. Il consiste à mesurer un résultat clinique ou un processus par rapport à des référentiels bien définis, ceux-ci étant établis sur la base des principes de la médecine factuelle. L'annexe présente des outils types pour la supervision et l'audit clinique. La comparaison entre la pratique clinique et les référentiels donne lieu à la mise en place de stratégies, destinées à améliorer la qualité de la prise en charge au quotidien. (2)

La supervision et l'audit clinique peuvent :

- faciliter l'extraction de données d'un échantillon aléatoire de dossiers de patients pour mesurer l'ensemble minimal d'indicateurs relatifs à la qualité de la prise en charge et aux résultats sanitaires
- jouer le rôle d'outil de supervision pour passer en revue un nombre limité de dossiers afin d'analyser la qualité des données (complétude et cohérence avec le registre) ainsi que la qualité de la prise en charge
- être utilisés pour passer en revue un nombre limité de dossiers dans le cadre des procédures internes de gestion de la qualité dans l'établissement.

# 3 Analyse et revue des données

La collecte de données vise à améliorer la prise en charge des patients et la prestation des services.

L'analyse et la revue des données et des indicateurs se fait aux différents niveaux du système de santé pour répondre aux besoins de chaque niveau en matière de suivi et de prise en charge.

**Tableau 9 : Exemples de procédures de revue de données relatives à la prise en charge des MCV aux différents niveaux du système de santé**

| Niveau                                    | Procédure  |
|---|--|
| <b>Suivi du patient individuel</b>        | La revue des données sur les patients se fait à chaque visite d'un patient.  |
| <b>Suivi au niveau de l'établissement</b> | Revue interne périodique de la qualité et/ou supervision interne périodique : <ul style="list-style-type: none"><li>• Examiner les données sur les extraits et sur les résultats, telles qu'elles figurent dans le rapport trimestriel de l'établissement.</li><li>• Examiner un échantillon de cinq à 10 dossiers à l'aide d'un outil d'audit clinique ; en faire l'objet d'études de cas pour approfondir la discussion.</li><li>• Examiner la disponibilité des ressources en utilisant l'outil d'évaluation de l'établissement comme liste de contrôle.</li></ul>  |
| <b>Suivi au niveau du district</b>        | Réunion trimestrielle de district : <ul style="list-style-type: none"><li>• Examiner les données sur les extraits émanant de tous les établissements, y compris les totaux de district et comparer les résultats entre établissements.</li><li>• Mettre en exergue les difficultés rencontrées pendant les visites de supervision, en lien avec l'utilisation de l'outil d'audit clinique comme outil d'aide à la supervision.</li></ul> Revue annuelle du programme : <ul style="list-style-type: none"><li>• Examiner les données annuelles sur les extraits :<ul style="list-style-type: none"><li>o Examiner les tendances annuelles des totaux de district.</li><li>o Comparer la performance des établissements.</li></ul></li><li>• Réaliser un audit clinique :<ul style="list-style-type: none"><li>o Présenter les indicateurs récapitulatifs pour le district.</li></ul></li><li>• Si les tailles d'échantillon le permettent, présenter les comparaisons entre établissements.</li></ul> |
| <b>Suivi au niveau national</b>           | Revue annuelle du programme : <ul style="list-style-type: none"><li>• Examiner les données annuelles sur les extraits :<ul style="list-style-type: none"><li>o Examiner les tendances annuelles des totaux nationaux.</li><li>o Comparer la performance des districts.</li></ul></li><li>• Comparer la performance des districts en matière de résultats.</li></ul>  |

# Annexe : Exemples d'outils d'enregistrement

Des exemples d'outils utiles pour enregistrer et faire rapport sur les traitements et les services à tous les niveaux sont présentés ci-après :

Fiche patient de traitement des MCV

Registre d'établissement pour l'hypertension artérielle et le diabète

Rapport d'établissement de santé

Outils de supervision et d'audit clinique :

- Formulaire d'audit/de supervision de traitement
- Entretiens avec les patients
- Bilan de visite de supervision



## FICHE PATIENT DE TRAITEMENT DES MCV

Nom de l'établissement de santé :

Nom du district/de l'état/de la province :

Date d'enregistrement :

Numéro unique de traitement du patient :

### A. Renseignements d'identification du patient

Numéro ID du patient :

Nom :

Nom du père/de l'époux :

Sexe :

Âge :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Autre numéro de téléphone :

### B. Diagnostic

1. Hypertension artérielle :

Oui, traitement instauré

Oui, était déjà sous traitement au moment de l'enregistrement

#### Autre comorbidité

2. Antécédents d'infarctus du myocarde :

Oui  Non

3. Si oui, antécédents d'infarctus du myocarde ces trois dernières années ?

Oui  Non

4. Antécédents d'accident vasculaire cérébral (AVC) :

Oui  Non

5. Maladie rénale chronique :

Oui  Non

6. Diabète :

Oui  Non

7. Antécédents de tabagisme :

Oui  Non

### C. Traitement contre l'hypertension en cours au moment de l'enregistrement

1. Médicament                      dose

2. Médicament                      dose

3. Médicament                      dose

4. Médicament                      dose

### D. Traitement contre le diabète en cours au moment de l'enregistrement

1. Médicament                      dose

2. Médicament                      dose

3. Médicament                      dose

4. Médicament                      dose

### Notes complémentaires

#### Mesures hygiéno-diététiques

Mesures hygiéno-diététiques seules

Mesures hygiéno-diététiques ET traitement médicamenteux

Autres conseils éventuels :





## RAPPORT D'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Les sections A et B seront remplies par les établissements de santé dans lesquels il existe un registre d'établissement pour l'HTA.

Les sections C et D seront remplies par tous les établissements de santé.

|   |  |
|---|--|
| Nom de l'établissement de santé :             | Nom du district :  |
| Nom de l'état :                               | Date du rapport (jour/mois/année)  |
| Trimestre pour lequel est établi ce rapport : | Trimestre :                      Année :   |
|   | <i>Il s'agit du « Trimestre de référence ». C'est habituellement le trimestre le plus récent qui vient juste de se terminer.</i> |

| Section A : Admissions trimestrielles pour traitement et résultats  | Nombre de patients   |
|---|----------------------|
| A1 : Nombre de patients enregistrés deux trimestres plus tôt  |                      |
| A2 : Parmi (A1), nombre de patients dont la TA a été documentée comme étant <140/90 mmHg pendant le Trimestre de référence  |                      |
| Section B : Admissions annuelles pour traitement et résultats<br><i>(à remplir une seule fois par an, avec le rapport pour le trimestre 1)</i>  | Nombre de patients : |
| B1 : Nombre de patients dont la TA est documentée comme étant <140/90 mmHg pendant le Trimestre 1. <i>(Si le patient a consulté plus d'une fois au cours du trimestre, utiliser le résultat mesuré le plus récent.)</i> |                      |
| B2 : Nombre estimé de personnes hypertendues dans la population desservie <i>(uniquement au niveau du district).</i>  |                      |

| Section C : Consommation et disponibilité des médicaments                             |   |  |
|---|---|--|
| Consommation trimestrielle de médicaments<br><i>(indiquer le nombre de comprimés)</i> | Quantité de médicaments disponibles dans l'établissement de santé<br><i>(indiquer le nombre de comprimés)</i> | Quantité de médicaments demandés pour le trimestre suivant<br><i>(indiquer le nombre de comprimés)</i> |
| inhibiteur calcique   |   |  |
| antagoniste des récepteurs de l'angiotensine  |   |  |
| inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine                                |   |  |
| diurétique thiazidique ou apparenté   |   |  |
| statine   |   |  |
| aspirine  |   |  |
| bêta-bloquant   |   |  |

| Section D : Supervision trimestrielle  |     |     |
|--|-----|-----|
| Y a-t-il eu une visite de supervision réalisée dans cet établissement de santé par le personnel du district au cours du trimestre de référence | Oui | Non |

| FORMULAIRE D'AUDIT/DE SUPERVISION DE TRAITEMENT  |   |                            |
|--|---|----------------------------|
| Nom de l'établissement :   | Nom du district :   | Date :                     |
| Nom du superviseur :   | Nom du médecin :  |                            |
| L'établissement a-t-il commencé le programme de traitement de l'hypertension artérielle ? Entourer, selon le cas : |   | O N s.o.                   |
| N°   | Indicateur  | Entourer ce qui s'applique |
| 1  | Dépistage et mesure de la TA  |                            |
| 1.1  | Un dépistage opportuniste est-il réalisé chez tous les adultes ?  | O N                        |
| 1.2  | Le protocole de mesure de la TA est-il affiché au mur ou sur le bureau ?  | O N s.o.                   |
| 1.3  | Y a-t-il au moins un appareil de mesure de la TA qui fonctionne dans l'établissement ?  | O N s.o.                   |
| 1.4  | Tous les patients dont la TA est $\geq 140/90$ sont-ils adressés au médecin pour recevoir un traitement ?   | O N s.o.                   |
| 1.5  | Pour combien de patients la TA a-t-elle été mesurée correctement ? (en observer 5, >2 pour chaque membre du personnel qui mesure la TA.)  | 0 1 2 3 4 5                |
| <b>2</b>   | <b>Traitement</b>   |                            |
| 2.1  | L'algorithme de traitement est-il affiché au mur ou sur le bureau ?   | O N s.o.                   |
|  | Prendre au hasard 10 fiches individuelles de traitement de patient pour les auditer (voir le formulaire sur l'audit des fiches patients). Inscrire pour quelle proportion de patients : | Proportion :               |
| 2.2  | La TA a été consignée à chaque visite pour les trois dernières visites  |                            |
| 2.3  | Le traitement médicamenteux antihypertenseur initial a été administré conformément au protocole   |                            |
| 2.4  | Le traitement médicamenteux a été intensifié ou a été ajouté conformément au protocole si TA $\geq 140/90$ (inscrire s.o. si sans objet)  |                            |
| 2.5  | De l'aspirine a été administrée au patient s'il avait des antécédents de MCV (inscrire s.o. si sans objet)  |                            |
| 2.6  | Une statine a été administrée au patient s'il était diabétique et âgé de plus de 40 ans ou s'il avait des antécédents de MCV (s.o. si sans objet)                                       |                            |
| 2.7  | Le patient a été orienté vers un spécialiste si sa TA était $\geq 140/90$ après traitement par trois médicaments (s.o. si sans objet)   |                            |
| 2.8  | La TA était $< 140/90$ à la dernière visite   |                            |
| <b>3</b>   | <b>Conseil et suivi</b>   |                            |
| 3.1  | Y a-t-il des membres du personnel désignés chargés d'offrir aux patients des services de conseil ou de soutien psychologique ?  | O N s.o.                   |
| 3.2  | Des matériels/outils permettant d'offrir aux patients des services de conseil ou de soutien psychologique sont-ils disponibles ?  | O N s.o.                   |
| 3.3  | Existe-t-il un système permettant d'offrir aux patients des services de conseil individuel ou de conseil en groupe ?  | O N s.o.                   |
| 3.4  | Existe-t-il un système permettant de retrouver les premiers perdus de vue ?   | O N s.o.                   |
| 3.5  | Existe-t-il un système fonctionnel de rappel aux patients et de suivi des patients ?  | O N s.o.                   |
| <b>4</b>   | <b>Prestation des services. Interroger cinq patients et valider (voir la fiche de compte-rendu d'entretien avec les patients). Entourer le nombre de réponses positives.</b>            |                            |
| 4.1  | La TA a-t-elle été mesurée à chaque visite ?  | 0 1 2 3 4 5                |
| 4.2  | Le patient a-t-il reçu lors de cette visite tous les médicaments prescrits ?  | 0 1 2 3 4 5                |
| 4.3  | Le patient a-t-il déjà eu à payer pour des médicaments dans le passé ?  | 0 1 2 3 4 5                |
| 4.4  | Le patient sait-il bien comment prendre les médicaments ?   | 0 1 2 3 4 5                |
| 4.5  | Le patient connaît-il la valeur de sa TA mesurée lors de cette visite ?   | 0 1 2 3 4 5                |
| 4.6  | Le patient connaît-il sa TA cible ?   | 0 1 2 3 4 5                |
| <b>5</b>   | <b>Système d'inventaire des médicaments</b>   |                            |
| 5.1  | Y a-t-il en place un système fonctionnel pour l'inventaire des médicaments ?  | O N s.o.                   |
| 5.2  | Y a-t-il eu une rupture de stock de médicaments de base au cours du trimestre passé ?   | O N s.o.                   |
| 5.3  | S'il y a eu une rupture de stock ce trimestre, quels médicaments n'étaient pas disponibles ?  | O N s.o.                   |
| 5.4  | Y a-t-il un stock tampon de médicaments de base suffisant pour le prochain trimestre ?  | O N s.o.                   |
| <b>6</b>   | <b>Système d'enregistrement et de communication des données sur les patients</b>  |                            |
| 6.1  | Y a-t-il en place un système d'enregistrement et de notification fonctionnel ?  | O N s.o.                   |
| 6.2  | Y a-t-il suffisamment de fiches patients pour les trois prochains mois ?  | O N s.o.                   |
| 6.3  | Le registre d'établissement relatif au suivi est-il disponible ?  | O N s.o.                   |
| 6.4  | Y a-t-il un endroit pour ranger/stocker les fiches patients ?   | O N s.o.                   |
| 6.5  | Les fiches sont-elles classées par numéro d'ordre ou tout autre système aussi facile à consulter ?  | O N s.o.                   |
| 6.6  | Le rapport pour le dernier trimestre a-t-il été envoyé dans les temps ?   | O N s.o.                   |
| 6.7  | Le service responsable connaît-il le pourcentage de patients ayant une TA $< 140/90$ dans l'établissement ?   | O N s.o.                   |
| 6.8  | Le taux de normalisation de la TA à 6 mois pour le dernier trimestre est-il fidèlement rapporté ? (vérifier dans le registre du dernier trimestre)                                      | O N s.o.                   |

## FICHE DE COMPTE-RENDU D'ENTRETIEN AVEC LES PATIENTS

Interroger cinq patients et inscrire oui ou non pour chaque question.  
 Pour calculer le total, compter simplement le nombre de oui dans chaque ligne.  
 Copier le total dans l'outil d'audit clinique.

| N° | Questions   | Patient 1 | Patient 2 | Patient 3 | Patient 4 | Patient 5 | Total |
|----|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------|
| 1  | Le patient a-t-il reçu lors de cette visite tous les médicaments prescrits ?            |           |           |           |           |           |       |
| 2  | Le patient a-t-il déjà eu à payer pour des médicaments au cours des six derniers mois ? |           |           |           |           |           |       |
| 3  | Le patient sait-il bien comment prendre les médicaments ?                               |           |           |           |           |           |       |
| 4  | Le patient savait-il si sa TA était normalisée lors de la dernière visite ?             |           |           |           |           |           |       |
| 5  | Le patient connaît-il sa TA cible ?   |           |           |           |           |           |       |

## BILAN DES VISITES DE SUPERVISION

| Problème identifié |  | Recommandations |
|--------------------|--|-----------------|
| 1                  | Dépistage et mesure de la TA                               |                 |
| 2                  | Traitement   |                 |
| 3                  | Conseil et suivi   |                 |
| 4                  | Prestation des services incluant les coûts pour le patient |                 |
| 5                  | Inventaire des médicaments                                 |                 |
| 6                  | Enregistrement et communication des données                |                 |
| 7                  | Autres   |                 |

# Bibliographie

1. Noncommunicable diseases global monitoring framework. Indicator definitions and specifications. Geneva: World Health Organization. 2014. ([www.who.int/nmh/ncd-tools/indicators/GMF\\_Indicator\\_Definitions\\_Version\\_NOV2014.pdf](http://www.who.int/nmh/ncd-tools/indicators/GMF_Indicator_Definitions_Version_NOV2014.pdf)).
2. Esposito P, Dal Canton A. Clinical audit, a valuable tool to improve quality of care: general methodology and applications in nephrology. *World Journal of Nephrology*. 2014;3(4):249-255. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4220358/>).