

**RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL  
PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE  
CONTRE LA TUBERCULOSE**

**Rapport d'évaluation du PNT**  
22 – 28 septembre 2006

Norwegian Heart and Lung Association (LHL)  
Union Internationale contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires  
(L'Union)

## **DOCUMENT OFFICIEL D'EXÉCUTION**

### **Résumé de la visite**

Une mission de suivi du PNT du Sénégal s'est déroulée du 22 au 28 septembre 2006. L'équipe de la mission était composée, de deux consultants de la LHL, du consultant technique de l'Union Internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires (L'Union) responsable du monitoring du PNT du Sénégal. La mission avait pour but principal d'effectuer un suivi des activités et d'évaluer la progression du programme par rapport à la précédente visite. Cette visite avait été précédée de la visite du directeur exécutif de L'Union qui avait supervisé le programme d'exécution physique et budgétaire arrêté pour la période janvier septembre 2006 lors de la mission de février, notamment concernant les fonds USAID. La présente mission permettait également de présenter la nouvelle consultante de la LHL en charge du suivi des activités de LHL au Sénégal.

Cette mission a essentiellement qui complété la visite de février a consisté en des visites de supervision conjointes avec l'équipe centrale du PNT sur le terrain dans trois régions. Ces visites ont permis de rencontrer les directeurs régionaux de la santé concernés et leurs équipes. De plus dans chaque région un centre de prise en charge a bénéficié d'une supervision par l'équipe élargie. Dans la Région de Dakar la visite a concerné le centre de santé de Pikine, puis dans la région de Thies le centre de santé de M'Bour et dans la région de Fatick, le centre de santé de Gossas.

Par ailleurs l'ensemble des données de suivi de dépistage et de cohorte ont ou être analysés durant cette visite. L'analyse des données statistiques définitives de 2005 (6722 TPM+ 10120 cas de TB) montre un accroissement de la notification des cas lequel se poursuit encore en 2006 et tend vers un taux de dépistage de 60% des cas attendus pour 2006

Les tendances déjà mises en évidence lors de la visite de février se confirment, avec une nette progression des résultats de traitement marquée par un accroissement du taux de succès au traitement. Ce taux est proche de 76% pour les malades enregistrés au 1<sup>o</sup> semestre de 2005. Ceci est le résultat du travail de formation, de suivi et supervision tant du niveau central que régional, mais est aussi dû à l'excellente stratégie de référence des malades issues des hôpitaux qui généraient avant beaucoup de malades perdus de vue ou pas analysés. Aujourd'hui près de 100 % des malades sont analysés alors que ce taux était inférieur à 90 % il y a deux ans. La stratégie de décentralisation de la prise en charge porte également ses fruits et cela a été largement constaté dans le district de M'Bour, conduisant en outre à une augmentation du dépistage.

A la suite de cette visite une restitution a été faite à monsieur le ministre de la santé en présence de son directeur de cabinet et du directeur de la santé. Un bilan synthétique a été dressé.

### **Des points forts majeurs ont été constatés**

- L'engagement de l'état reste fort notamment sur la prise en charge des médicaments (augmentation du Budget de 30%) et consommables de laboratoire dont aucune rupture n'est notée
- Les données statistiques sont en amélioration sensible tant pour leur fiabilité que pour la progression des résultats
- Un renforcement en personnel a été constaté dans les infrastructures visitées (notamment par rapport à la dernière visite)
- Le plan d'action réajusté en février 2006 a été exécuté dans sa quasi-totalité malgré un calendrier perturbé par la nécessaire requête au Fonds Mondial
- La Multi Résistance au traitement est une préoccupation bien prise en compte par le programme qui en a fait un élément clé de la requête au Fonds mondial et pourrait bénéficier d'un accord de financement par UNITAID
- Un plan stratégique quinquennal a été élaboré

- Des supports IEC de grande qualité ont été élaborés et sont en cours de diffusion
- La carte individuelle de traitement a été adoptée
- Les Médecins Chefs de Région et des Equipes Cadre de District sont manifestement bien impliqués sur le terrain grâce à une responsabilisation par le PNT ainsi que par la délégation de crédits
- Le processus de décentralisation progressif se montre efficace pour la prise en charge des malades tuberculeux
- L'implication étroite du Professeur titulaire de la chaire de Pneumologie dans le programme a été notée.

### **Des points doivent continuer à être renforcés ou développés**

- Les capacités de supervision et gestion des activités de laboratoire sont insuffisantes et doivent être renforcées au niveau central pour soutenir l'augmentation d'activité liée à l'accroissement du dépistage
- Le renforcement des capacités en supervision de la gestion des médicaments doit être poursuivi (des insuffisances sont notées au niveau périphérique et le niveau central doit augmenter ses capacités de supervision dans ce domaine)
- L'implication de la PNA et des PRA doit être renforcée dans le processus de gestion et approvisionnement des médicaments.
- Il serait souhaitable que les médicaments anti-tuberculeux soient achetés à travers le GDF ou auprès de fournisseurs pré qualifiés par l'OMS pour en assurer la qualité
- Les visites sur le terrain doivent encore être globalement renforcées
- La prise en compte de la co-infection TB/VIH doit être améliorée ; tous les éléments sont réunis pour une bonne prise en compte mais sur le terrain les « tuberculeux » ne sont pas encore assez intégrés dans le processus de conseil dépistage pour le VIH
- La stratégie de prise en charge des MDR doit être développée
- L'implication des communautés doit également être renforcée pour obtenir une meilleure connaissance de la maladie et une plus grande participation dans le suivi de traitement
- Le budget de fonctionnement du PNT n'est pas assuré pour les prochaines années notamment si la requête au Fonds Mondial n'est pas acceptée.
- Les établissements de santé doivent assurer au maximum la gratuité du dépistage
- La stratégie de référence des cas diagnostiqués dans les hôpitaux doit être poursuivie et renforcée

## **Recommandations**

### **A l'attention des autorités nationales**

- Affecter un pharmacien au PNT avec des Termes de Référence (TDR) orientés sur la gestion des médicaments et produits ainsi que sur un appui aux activités de supervision pour les laboratoires
- Valider l'organigramme proposé et affecter les personnes ressources nécessaires à la coordination du PNT
- Prendre en compte le coût des médicaments FDC pour déterminer la prochaine ligne budgétaire pour les médicaments

### **A l'attention de la pharmacie Nationale d'Approvisionnement**

- S'assurer de la qualité des médicaments anti-tuberculeux achetés en se procurant la liste des médicaments anti-tuberculeux et fournisseurs pré qualifiés au niveau de l'OMS et envisager une liste restreinte de fournisseurs

### **A l'attention de la coordination du PNT**

- Elaborer pour les différents niveaux (central, régional et district) une grille et des standards de supervision et veiller à en laisser une fiche synthétique lors des supervisions.
- Affecter des zones géographiques de responsabilités aux membres de l'équipe centrale du PNT
- Le système d'approvisionnement des médicaments articulé à travers la PNA et la PRA doit être renforcé par l'adoption d'un contrat de prestation pour le transport des produits
- Faire un plaidoyer pour renforcer les capacités de supervision suivi de l'équipe du laboratoire national
- Développer une collaboration plus étroite avec le programme de lutte contre le Sida et élaborer un guide de prise en charge de la co-infection

### **A l'attention des Régions médicales en coordination avec le PNT**

- Lorsque la PRA est en charge du stockage des médicaments antituberculeux il serait souhaitable qu'elle soit également responsabilisée pour la gestion de ces médicaments et produits
- Continuer progressivement le processus de décentralisation de la prise en charge vers les postes de santé en assurant totalement la TDO et en assurant un processus de supervision du Centre de Santé vers le Poste de santé
- Affecter des personnels qualifiés et formés au niveau des structures de prise en charge
- Renforcer les supervisions au niveau des gros centres (ville de Dakar) et des centres où des problèmes ont été identifiés

### **A l'attention des médecins chefs de districts**

- Accentuer la supervision des activités du PNT notamment en cas de décentralisation du TDO vers les postes de santé
- Vérifier les rapports trimestriels (dépistage et analyse de cohorte) avant référence au niveau supérieur
- Assurer une gestion performante des médicaments en suivant les recommandations du programme stipulant que les médicaments doivent être stockés au dépôt du district et non pas au niveau des centres de traitement
- Faire respecter la gratuité des examens de crachats pour les patients en traitement et adopter une tarification la plus basse pour les patient en dépistage
- Mieux prendre en compte la co-infection VIH/tuberculose dans la cadre des activités

## **OBJECTIFS DE LA VISITE ET COMPOSITION DE L'ÉQUIPE**

### **Objectifs**

La République du Sénégal dispose d'un appui de la LHL depuis de nombreuses années et d'un appui plus récent de l'USAID qui s'est achevé en septembre. Un appui technique est fait par des consultants de L'Union. Le but de cette visite consistait essentiellement à compléter la visite effectuée en février et notamment:

- évaluer les performances du PNT et l'application des recommandations des précédentes visites.
- faire un point sur les dispositions futures envisagées par les partenaires financiers

### **Composition de l'équipe**

L'équipe de la mission était composée des membres suivants:

Mme Mette Klouman	Consultante, The Norwegian Heart and Lung Association (LHL)
Mme Silje Hagerup	Consultante, The Norwegian Heart and Lung Association (LHL)
Dr Bertrand Cauchoix	Consultant de L'Union, responsable de l'assistance technique auprès de la LHL pour le Sénégal

Les experts internationaux ont été accompagnés pendant la durée de la visite sur le terrain par les responsables suivants de l'unité centrale : Dr Henriette Cécile Diop, Dr Awa Hélène Diop, Dr Madou Kane et le Dr Ndella Ndiaye Konate, Dr Fatoumata Sow.

### **Document officiel d'exécution**

Les visites sur le terrain ont fait l'objet de restitution auprès de chacun des districts et chacune des régions visités. Les recommandations ont été discutées lors de staffs et avalisées en présence des consultants et des membres de l'Unité Centrale. Les principales conclusions et recommandations ont été présentées à monsieur le Ministre de la Santé.

### **Rédaction du rapport**

Bertrand Cauchoix, Silje Hagerup, Mette Klouman,

## SOMMAIRE DU RAPPORT

Liste des abréviations

A. Aspects généraux du PNT

1. Place du PNT dans l'organigramme
2. Aspect généraux de la Tuberculose
3. Activités du PNT
4. Finances

B. Services de diagnostic

1. Laboratoire National de Référence
2. Réseau de microscopie

C. Dépistage et traitement

1. recueil des données trimestrielles
2. Dépistage
3. Résultats de Traitement

D. Visites des structures sanitaires

E. Visites officielles

F. Planification et prochaine visite

G. Remerciements et distribution

H. Annexes

Annexe 1: Programme de la visite du 22 au 28 septembre 2006

Annexe 2: Rapport de dépistage 2005

Annexe 3: Analyse de cohorte 2004

Annexe 4 : Evolution des résultats de traitement sur 12 ans.

Annexe 5: Rapport de dépistage semestre 1 année 2006

Annexe 6: Analyse de cohorte semestre 1 année 2005

Annexe 7: Contrôle de qualité des examens Ziehl Trimestre 1 année 2006

Annexe 7 bis : Contrôle de qualité des examens Ziehl Trimestre 2 Année 2006

Annexe 8: Exemple de résumé de supervision à laisser sur place dans le centre

Annexe 9: Plan d'action prévisionnel du PNT en 2007

Annexe 10: Plan d'action du PNT exécuté en 2006

Annexe 11 : Carte administrative du Sénégal

## Liste des abréviations

AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
ANRP	Autorité National de Réglementation Pharmaceutique
BAAR	Bacille Acido-Alcoolo-Résistant
CDT	Centre de diagnostic et de traitement
CDQ	Contrôle de qualité
CS	Centre de Santé
CTA	Centre de Traitement Ambulatoire pour le VIH Sida
DPL	Direction de la Pharmacie et des Laboratoires
DS	District Sanitaire
EPS	Etablissement Public de Santé
HR	Hôpital Régional
ICP	Infirmier Chef de Poste
IEC	Information Education Communication
ISSP	Infirmier superviseur des soins de santé primaire
ISR	Infirmier superviseur régional
LAT	Lutte anti-tuberculeuse
LNR	Laboratoire National de Référence
LHL	Norwegian Heart and Lung Association
L'Union	Union Internationale Contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires
MCD	Médecin Chef de District
MCR	Médecin Chef de Région
MDR	Multi Drug Résistance
PNA	Pharmacie National d'approvisionnement
PNL	Programme National de lutte contre la Lèpre
PNLS	Programme National de Lutte contre le SIDA
PNT	Programme National de lutte contre la Tuberculose
PS	Poste de Santé
RDV	Rendez Vous
RM	Région Médicale
SSP	Soins de Santé Primaire
TB	Tuberculose toutes formes
TDO	Traitement Directement Observé
TEP	Tuberculose Extra Pulmonaire
TP	Tuberculose Pulmonaire
TPM+	Tuberculose Pulmonaire à frottis positifs
TPM-	Tuberculose Pulmonaire à frottis négatifs
UC	Unité Centrale du PNT
USAID	United States Agency International Development

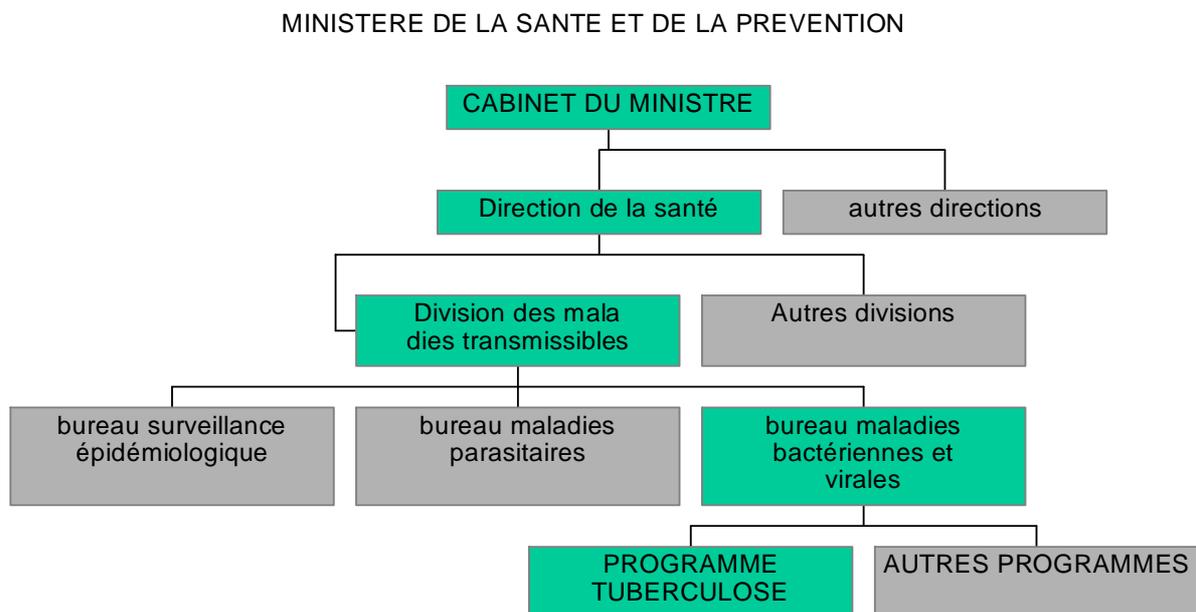
## A. ASPECTS GÉNÉRAUX DU PNT

### 1. Place du PNT dans l'organigramme

Aucune modification n'est intervenue dans l'organigramme depuis la dernière visite. En revanche la coordination du PNT a subi un changement avec la nomination du Dr Henriette Cécile Diop en remplacement du Dr Cheick Seck

Le PNT dépend de la Division des Maladies Transmissibles du Ministère de la Santé, rattachée à la Direction de la Santé

Le Ministère de la Santé est organisé selon le schéma suivant :



Le PNT est dirigé au niveau central par l'Unité Centrale qui comporte actuellement :

- Le Coordinateur National : Dr Henriette Cécile Diop
- Le Superviseur National : Dr Awa Hélène Diop
- Le Responsable de l'approvisionnement et des Finances : Mr Moustapha Sané
- Deux médecins chargés de l'exécution des activités et de la supervision le Dr Madou Kane et le Dr Ndella Ndiaye Konate
- Un infirmier spécialiste en santé Publique Mr Djigal
- Le Chef du Laboratoire National de Référence : Dr Fatouma Ba appuyée d'un technicien de laboratoire, d'un laborantin et d'un aide laborantin

#### Au niveau intermédiaire

La situation reste inchangée et le ministère de la santé s'articule sur 11 régions médicales et 13 hôpitaux régionaux

#### Au niveau périphérique

C'est le district sanitaire qui assure pour le PNT comme pour les autres services du ministère la charge opérationnelle des activités. Une restructuration des Districts sanitaire a eu lieu durant l'année 2006 et le Sénégal compte aujourd'hui 63 districts sanitaires, polarisant 64

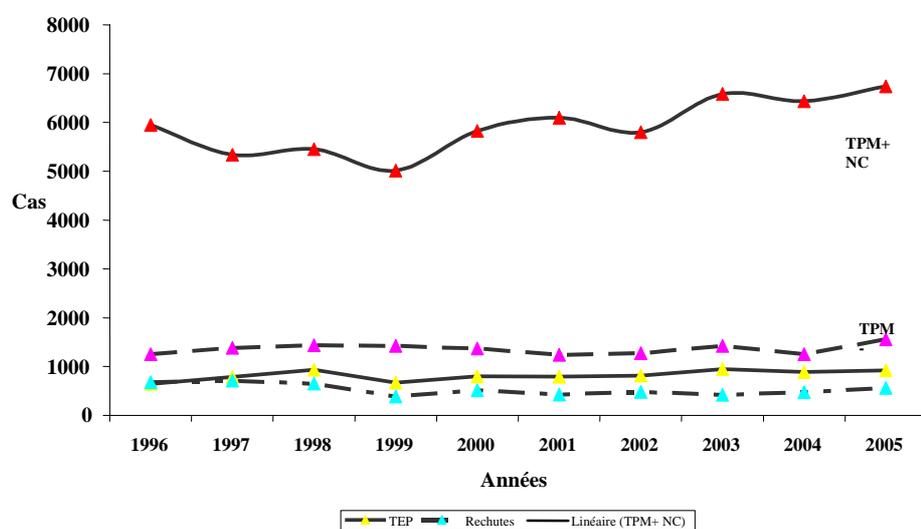
centres de santé et 888 postes de santé. Chaque district couvre des populations variant de 50 000 à 250 000 habitants.

## 2. Aspects généraux de la tuberculose au Sénégal

Le taux d'incidence de la tuberculose à microscopie positive est au Sénégal estimé (WHO Report 2006, Global Tuberculosis Control) à 110/100 000 habitants. Le PNT a notifié en 2005, 10120 cas de tuberculose toutes formes confondues, et 6722 nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à frottis positif (TPM+) soit un taux de détection de 53%.

### Tendances de la notification TB, Sénégal 1996-2005

Source PNT



### Contexte épidémiologique

La notification révèle que la maladie touche principalement la population active. 76% (4923) des cas de TPM+ ont entre 15 et 44 ans et 30% sont des hommes âgés de 25 à 34 ans.

Le sex-ratio homme/femme est de 2,2 hommes pour une femme. On note ces dernières années une augmentation relative des femmes atteintes notamment pour la tranche 15-24 ans qui est passée de 1.75 H/F en 2004 à 1.51 H/F en 2005 (voir tableau 1). Les femmes de 15-24 ans constituent donc un groupe vulnérable nécessitant une prise en compte spécifique conformément aux orientations du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) et aux OMD.

Tableau 1: Sexe ratio des cas de tuberculose TPM+ en 2005 (PNT Sénégal)

Tranches d'âge (année)	Sexe - ratio (H/F)
0 - 14	0,85
15 - 24	1,51
25 - 34	2,64
35 - 44	3,91

- **Etude de la morbidité par région**

L'analyse de la morbidité révèle de grands écarts selon les régions. Tout d'abord, on note que 47% des cas de TB sont notifiés par les structures sanitaires de la région de Dakar. Les taux de notifications varient de 128,7 cas /100000 habitants pour les nouveaux cas TPM+ dans la région de Dakar à 20.9 cas /100000 habitants à Matam, une nouvelle région très étendue et dont la couverture en infrastructures sanitaires est encore faible.

**Tableau 2. Notification des cas de la cohorte 2005 par région (PNT Sénégal)**

	Nouveaux cas	Rechutes	Echecs	REP	Total retraitement	TPM- <15 ans	TPM- >15 ans	Total TPM-	TEP	TOTAL TB	Incidence TPM+	Incidence TB
Dakar	3067	273	46	113	432	102	624	726	558	4783	128,7	200,7
Diourbel	613	63	6	30	99	7	92	99	80	891	54,2	78,8
Fatick	215	14	1	3	18	3	14	17	17	267	32,5	40,4
Kaolack	414	45	0	19	64	16	105	121	42	641	36,6	56,7
Kolda	311	7	11	20	38	1	36	37	15	401	34,3	44,2
Louga	322	25	5	7	37	5	21	26	34	419	44,6	58,1
Matam	97	12	0	1	13	5	83	88	6	204	20,9	44,0
Saint louis	343	37	8	16	61	22	70	92	24	520	46,4	70,3
Tamba	169	8	8	14	30	1	21	22	20	241	25,5	36,4
Thiès	803	64	3	13	80	17	155	172	89	1144	58,5	83,4
Ziguinchor	368	17	15	16	48	4	153	157	36	609	78,6	130,1
<b>Sénégal</b>	<b>6722</b>	<b>565</b>	<b>103</b>	<b>252</b>	<b>920</b>	<b>183</b>	<b>1374</b>	<b>1557</b>	<b>921</b>	<b>10120</b>	<b>63,2</b>	<b>95,1</b>

- **Co-infection TB/VIH :**

La prévalence du VIH en population générale est estimée à 0.7% (EDS4). L'épidémie de VIH au Sénégal est de type concentré. Les femmes de 25-29 ans apparaissent comme un groupe vulnérable notamment dans la région de Ziguinchor (prévalence de 3.4%). Les données concernant la co-infection TB/VIH restent partielles et incomplètes, la surveillance sentinelle dans les centres de Dakar et Kaolack laisse apparaître une prévalence de la co-infection voisine de 15% en 2003 (Bulletin épidémiologique VIH/SIDA No 10, Juillet 2003). L'OMS (WHO Report 2006, Global Tuberculosis Control) estime la prévalence TB/VIH à 4.7% en 2004, mais les données sentinelles actuelles laisse penser qu'il s'agit d'une sous estimation.

- **Tuberculose à bacilles multi résistants :**

Le taux de résistance primaire aux antituberculeux (MDR/TB) était de 1,4% en 1999 (Etude PNT Sénégal/UNION). L'OMS crédite le Sénégal d'un taux de MDR primaire de 1.9%, (WHO report 2006), taux qui pourra être vérifié par l'étude en cours sur les résistances primaire et secondaire dans le cadre d'un protocole OMS qui a démarré en 2005.

L'analyse de cohorte des malades TPM+ en retraitement en 2004 fait ressortir un taux d'échec de 4 % soit 36 malades dont la plupart nécessitent un régime de deuxième ligne.

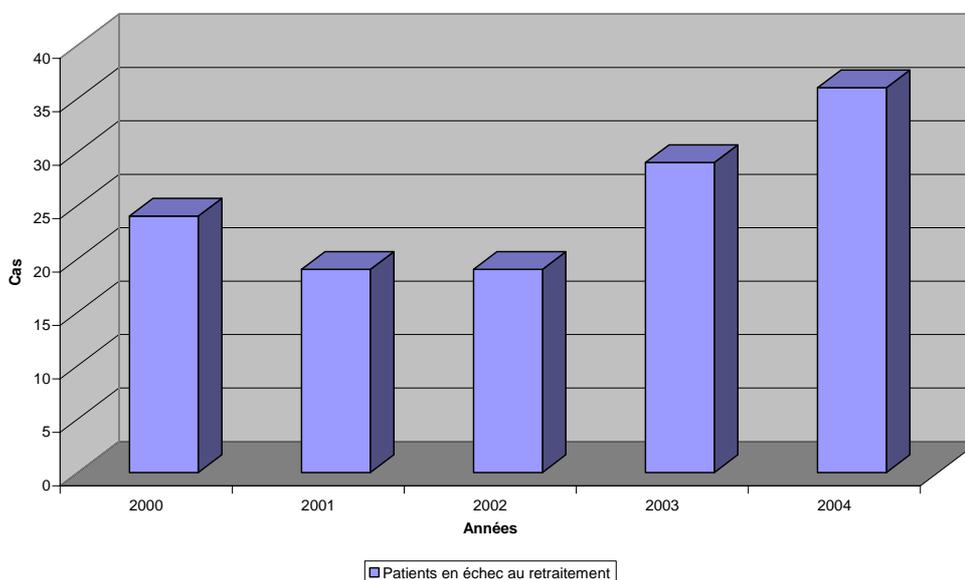
D'autre part, le LNR a confirmé entre 2003 et 2004, 23 cas de MDR parmi 48 prélèvements sur les 65 cas d'échecs au retraitement, et qui faute de produits disponibles n'ont pu bénéficier de traitement de deuxième ligne.

Vu l'accroissement des cas multi résistants, l'acquisition de régime de deuxième ligne est donc une priorité de santé publique pour le Sénégal.

**Tableau 4: Résultats de la cohorte des retraitements enregistrés de 2000 à 2004**

Cas de Retraitement déclarés	2000		2001		2002		2003		2004	
	931		959		904		824		887	
<b>Guéris</b>	<b>370</b>	<b>48%</b>	<b>352</b>	<b>47%</b>	398	52%	<b>458</b>	<b>56%</b>	517	63%
<b>Traitement terminé</b>	<b>74</b>	<b>10%</b>	<b>61</b>	<b>8%</b>	51	7%	<b>50</b>	<b>6%</b>	57	7%
<b>Décédés</b>	<b>36</b>	<b>5%</b>	<b>34</b>	<b>5%</b>	47	6%	<b>60</b>	<b>7%</b>	46	6%
<b>Echecs</b>	<b>24</b>	<b>3%</b>	<b>19</b>	<b>3%</b>	<b>19</b>	<b>2%</b>	<b>29</b>	<b>4%</b>	<b>36</b>	<b>4%</b>
<b>Abandons</b>	<b>212</b>	<b>28%</b>	<b>219</b>	<b>29%</b>	185	24%	<b>130</b>	<b>16%</b>	97	12%
<b>Transferts</b>	<b>51</b>	<b>7%</b>	<b>65</b>	<b>9%</b>	69	9%	<b>54</b>	<b>7%</b>	70	9%
<b>Total des cas évalués</b>	<b>767</b>		<b>750</b>		<b>769</b>	<b>85%</b>	<b>781</b>		<b>823</b>	

Evolution du nombre de patients en échec au retraitement , 2000 - 2004  
PNT SENEGAL



#### • Les schémas de traitement utilisé

Le PNT utilise les protocoles recommandés par l'OMS et L'Union à savoir en 2006 :

-Pour les nouveaux cas : 2 ERHZ / 6 EH : 2 mois d'éthambutol (E) de rifampicine (R), INH (H) et pyrazinamide (Z) / 6 mois d'éthambutol (E) et INH (H),

-Pour les enfants de 0 à 10 ans : 2 RHZ / 4 RH : 2 mois de rifampicine (R), INH (H) et pyrazinamide (Z) / 4 mois de rifampicine (R) et INH (H),

-Pour le retraitement : 2 ERHZZS / 6 ERHZ : 2 mois d'éthambutol (E) de rifampicine (R), INH (H) et pyrazinamide (Z) et de streptomycine (S) / 6 mois d'éthambutol (E) de rifampicine (R), INH (H) et pyrazinamide (Z)

-Pour la chimioprophylaxie des enfants de 0 à 5 ans : 6 mois d'INH

A partir de 2007, le Sénégal adopte le régime thérapeutique de 6 mois (2 RHZE/4RH), pour tous les nouveaux cas (recommandation OMS), avec utilisation des formes quadri combinées (4 FDC). La constitution du stock de médicaments nécessaire pour 2007 est en cours d'achat sur le budget 2006 de l'Etat. L'approvisionnement en médicaments et en consommable de laboratoire est exécuté par la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA).

L'analyse des résultats de traitement est traitée au paragraphe C 3: Résultats de Traitement

### 3. Activités du PNT

#### 3.1 Réalisation du plan de travail

Les activités prévues pour l'année 2006 et révisées lors de la visite de février ont été réalisées dans la quasi totalité, ce qui est une performance à souligner compte tenu d'un calendrier de décaissement des fonds arrivant à échéance fin septembre (fin du contrat USAID), et surtout de la forte mobilisation de l'équipe du PNT pour travailler sur la requête au round 6 du Fonds Mondial (GFATM). Ceci a fait l'objet de la visite spécifique du Dr Nils Billo directeur exécutif de L'Union. Il est à souligner que l'ensemble des supports IEC ont pu être réalisés avant clôture du budget et une carte individuelle de traitement a été instaurée en réponse aux recommandations de la visite précédente. Le plan d'action 2006 réalisé figure au niveau de l'annexe 10. De même une planification sur cinq ans a été réalisée dans le cadre de la rédaction du plan stratégique 2006-2010.

Soulignons une nouvelle fois l'importante implication de toute l'équipe pour la rédaction de la requête au 6° Round du Fonds Mondial, et l'adaptation importante aux impératifs du calendrier imposé pour finaliser l'exécution des plans financés par l'USAID.

Les plans de formation et supervision ont pû être réalisés. Néanmoins lors des visites sur le terrain il a été constaté encore quelques erreurs dans la tenue des registres et des insuffisances dans la gestion des médicaments et surtout produits de laboratoire. Aussi il est fondamental que le PNT maintienne et renforce ses activités de suivi supervision, notamment pour le volet laboratoire. En effet dans ce domaine des insuffisances ont été notées avec notamment l'absence d'outils de gestions des stocks de produits de laboratoire au niveau périphérique. De même on a noté une absence de réactivités du laboratoire central face à des problèmes identifiés au niveau des centres périphériques. Ceci est développé dans le cadre du paragraphe sur les visites aux régions et structure. Il est important de renforcer les capacités de gestion supervision de l'équipe du laboratoire national. Les recommandations proposées en février restent d'actualité. Globalement les données de suivi ne sont pas assez partagées au niveau central, donc pas assez exploitées. Une réflexion générale doit être entreprise pour le suivi du programme. Il pourrait être intéressant tout en ayant des équipes polyvalentes de supervision de responsabiliser chaque membre du niveau central pour une région géographique, afin d'avoir une analyse des problèmes et de définir les priorités de supervision.

Une fiche synthétique de supervision doit être élaborée, un exemple est donné en annexe.

On doit aussi souligner que le PNT s'est rapproché d'associations d'anciens malades et qu'une collaboration se met en place notamment pour déterminer le rôle des associations dans la prise en charge des cas.

#### **Recommandations**

**-Définir un plan opérationnel de mise en œuvre du plan stratégique 2006-2010**

**-Afficher et mettre à jour régulièrement sur un tableau central les données de suivi du programme et la complétude des rapports, afin que chaque membre de l'équipe puisse avoir une visibilité des priorités de supervision**

**- Les supervisions du niveau national vers le niveau régional doivent être renforcées notamment au niveau de la ville de Dakar**

**- Les supervisions doivent permettre outre le suivi et la formation continue de corriger les données enregistrées ou de valider ces données**

**- Les médecins chefs de districts doivent être sensibilisés/formés pour valider les rapports trimestriels de cohorte et de dépistage avant envoi au niveau supérieur**

**- Valider une fiche synthétique standard de supervision qui pourrait être agrafée au registre du centre.**

**- Renforcer l'équipe du Laboratoire Nationale de Référence par un pharmacien qui pourrait accroître les capacités de suivi supervision**

#### 3.2 Approvisionnement

Le Sénégal a adopté la stratégie DOTS recommandée par l'OMS pour le contrôle de la tuberculose, dont la quatrième composante stipule « l'approvisionnement régulier et sans ruptures de stocks de tous les médicaments essentiels » depuis plus d'une dizaine d'années. Pour que ces médicaments soient disponibles et efficaces, le PNT a l'obligation des les acheter en quantités suffisantes et de s'assurer de leur qualité.

Depuis 1998, le gouvernement a assuré une ligne budgétaire pour l'achat des médicaments de la phase de continuation du traitement antituberculeux. Ces achats ont jusqu'en 2004 été effectués par L'UNION auprès de fournisseurs agréés par l'OMS.

Depuis 2005, l'Etat du Sénégal s'est engagé à prendre en charge la totalité de l'achat des médicaments et des produits et matériels de laboratoire qui sont fournis gratuitement aux centres de diagnostic et de traitement.

Cette activité est confiée à la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) qui est un établissement public de santé avec autonomie financière érigé par la loi 98-012 du décret 99-851 du 27 Août 1999. La PNA est sous la tutelle du Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale. Elle a pour mission, l'approvisionnement en médicaments essentiels génériques de qualité.

La PNA est un Etablissement Public de Santé (EPS) avec un Conseil d'Administration, un Directeur avec 5 Chefs de Services :

- un Service technique,
- un service Administratif et Financier,
- un service Commercial Marketing Information et Communication,
- un Service Contrôleur de Gestion Audit Interne
- un Agent Comptable Particulier qui représente le Ministère des Finances.

Le service technique couvre le Magasin Central et l'ensemble des Pharmacies Régionales d'Approvisionnement qui sont au nombre de 8 fonctionnelles et 3 autres en chantier qui seront opérationnelles au plus tard le 31 décembre 2006.

Dans sa mission d'approvisionnement, la PNA utilise les Appels d'Offres Internationaux en application du Code des Marchés en vigueur au Sénégal. De fait il n'est pas fait appel à des fournisseurs pré qualifiés selon les normes OMS.

Les médicaments antituberculeux sont enregistrés et autorisés par la Direction de la Pharmacie et des Laboratoires (DPL), qui est l'autorité de Réglementation Pharmaceutique au Sénégal (ANRP).

La DPL dispose d'une commission nationale pour l'octroi des AMM. La DPL travaille de concert avec Laboratoire National de Contrôle des Médicaments dans le contrôle de qualité de médicament.

L'expression des besoins émane du PNT qui, par son rôle normatif, détermine les besoins en médicaments sur la base des rapports de déclarations trimestriels de dépistage et selon les protocoles de traitement en vigueur dans le pays. Pour cela le PNT tient compte des notions de besoins courants, de stock de sécurité ou réserve, et du stock actuel de médicaments.

Jusqu'à présent, le PNT approvisionnait les régions médicales qui confiaient leur stock aux PRA. Dans un souci de meilleure gestion, d'intégration et de pérennisation des activités, c'est la PNA qui se chargera d'approvisionner les PRA (deux fois par an), en assurant un stock de sécurité de 3 mois.

Après contrôle des stocks et au vu des rapports trimestriels de dépistage et de la fiche de commande de médicaments visés par la Région Médicale, la PRA approvisionnera trimestriellement le district sanitaire, chaque district disposant de locaux conformes permettant le stockage des médicaments.

Les districts approvisionnent directement les postes de santé qui prennent en charge les malades tuberculeux.

## **Recommandations**

***- Il a été recommandé au cours des visites de privilégier au niveau périphérique le stockage des produits au niveau du dépôt du district et non pas dans la salle de traitement du centre de santé.***

***- Il a été recommandé au ministère pour s'assurer de la qualité des produits, de travailler avec une liste restreinte de fournisseurs agréés par l'OMS, mais aujourd'hui cette mesure n'est pas prise en compte par la procédure d'achat.***

## **4. Finances**

Le Dr Nils Billo a effectué une visite afin de clôturer l'appui financier de l'USAID confié à L'Union lequel arrivait à échéance en septembre. Le plan d'exécution financière a été exécuté dans sa totalité, et des arbitrages financiers avaient été faits entre les budgets LHL et USAID pour faciliter la réalisation du plan d'action en fonctions des impératifs de clôture du projet USAID.

Aujourd'hui le Programme National Tuberculose ne dispose d'aucune certitude concernant les financements à venir et ceci nuit beaucoup aux capacités de programmation de l'équipe en place. Malheureusement le récent rejet de la requête au 6° round du Fonds Mondial renforce les incertitudes.

### **- Financement USAID**

L'appui de l'USAID à partir de 2007 sera essentiellement canalisé à travers l'ONG FHI, mais seulement pour 6 régions sanitaires. De plus les financements initialement annoncés et pris en compte lors de la récente requête au Fonds Mondial ont largement été revus à la baisse et s'élèvent à 250 000 USD.

### **- Financement par LHL**

L'intervention de la LHL est maintenue au moins pour 2007, mais à ce jour l'enveloppe n'est pas définie et les discussions sont toujours en cours entre la LHL et la Norad.

### **- Budget de l'état**

L'état a élargi sa contribution qui s'élève aujourd'hui à 260 millions de FCFA pour l'achat des médicaments et consommables de laboratoire. On doit également y ajouter la prise en charge des personnels et d'une partie de la logistique.

### **- Autres sources budgétaires**

Quelques interventions dans le cadre de la recherche opérationnelle sont toujours financées notamment pour les projets FORESA (Union Européenne et Coopération technique Belge) et enquête OFLOTUB mais ceci ne saurait consolider le fonctionnement du PNT. De même une promesse est en cours dans le cadre de la fondation UNITAID pour la prise en compte de la Multi Drug Résistance, mais rien n'est aujourd'hui définitivement arrêté.

Il est fondamental que le PNT puisse rapidement travailler sur sa prochaine programmation annuelle. Il est regrettable de voir que les moyens diminuent au moment où les différentes supervisions soulignent la très nette progression des performances du PNT. La coordination joue un rôle majeur dans l'amélioration de ces performances et il est donc souhaitable de maintenir un bon fonctionnement du PNT. Il est assez paradoxal de constater que certains appuis financiers ne vont concerner que six régions ce qui à terme si d'autres financements ne sont pas assurés risque de déstabiliser l'homogénéité de la coordination. Précisons de plus que cette insuffisance de visibilité à moyen terme a également constitué un obstacle à l'élaboration de la récente requête au fonds mondial car aucune visibilité n'existait au-delà de 2006. De plus pour les 6 régions financées, le financement de la supervision du suivi par le niveau central restait possible mais pas pour les autres régions ce qui compliquait toute

programmation, d'autant plus qu'aucune garantie n'existait même pour ces six régions au-delà de 2007.

Les recommandations formulées lors de la visite de février ont largement été prises en compte avec notamment la réalisation d'un important travail de gestion et de planification matérialisé par l'ébauche d'un plan d'action 2007 et des propositions de ventilation financière (annexe 9)

### **Recommandations**

- Il est important que le coordinateur du PNT puisse poursuivre la réorganisation de son équipe pour consolider les capacités de gestion, de suivi financier.**
- Il est souhaitable que les partenaires impliqués au niveau des régions puissent poursuivre un appui au niveau central afin que les supervisions de ce niveau puissent être menées de manière uniforme sur l'ensemble du pays et ne soient pas dictées par des ressources ciblées seulement sur certaines régions.**

## **B. SERVICES DIAGNOSTIC**

Les services diagnostic n'ont pas fait l'objet d'une supervision dans le cadre de cette visite surtout consacrée aux structures de soins. Néanmoins quelques remarques ont pu être formulées à partir des visites faites sur le terrain.

### **1. Laboratoire de référence**

#### **1.1 Equipements du LNR**

L'entretien des matériels du LNR a été effectué courant septembre par la société Air Filter Maintenance Service. La centrifugeuse qui était en panne en février est désormais fonctionnelle. Un besoin urgent de changement des filtres des hottes a été noté. Les besoins en matériels et consommables sont clairement exprimés et pris en compte dans un plan d'approvisionnement préparé en annexe au cadre stratégique et à la requête au Fonds Mondial

#### **1.2 Cultures et tests de sensibilité aux antituberculeux**

Les activités de culture concernent une enquête sur la résistance et l'essai clinique « oflotub »

L'enquête sur la résistance a débuté en 2005 avec une taille d'échantillon de 640 TPM+ répartis sur 23 centres de diagnostic répartis sur l'ensemble du territoire national. Aujourd'hui 160 antibiogrammes sont réalisés mais les résultats ne sont pas disponibles. Au moment de la visite les résultats ne sont pas connus en fonction du statut du malade (nouveau cas ou retraitement) et ne sont pas aujourd'hui totalement exploitables. Il est fait état d'un taux de multi résistance primaire égal à 1.7 %.

Dans le cadre de l'enquête « Oflotub » financée par l'UE et l'OMS, près de 6000 cultures doivent être pratiquées pour 400 patients à recruter et aujourd'hui 132 ont été recrutés.

Des difficultés demeurent pour le bon fonctionnement de ces études du fait de retard important dans les décaissements

### **2. Réseau de microscopie**

Depuis le mois de février 9 nouveaux districts ont été créés dont 3 à Dakar, 2 à Kaolac mais également à Ziguinchor et Kolda ce qui permettra d'accroître l'accessibilité au diagnostic des populations, mais va accroître d'autant la tâche de supervision.

#### **2.1 Supervisions**

Concernant les supervisions. Un renforcement des supervisions est nécessaire et cela nécessitera la présence d'un pharmacien supplémentaire. Il existe en effet un manque de

corrélation entre les problèmes constatés au niveau des centres périphériques et la réactivité pour les solutionner. Une plus grande rigueur devra être apportée pour la gestion des consommables de laboratoire au niveau des centres.

Les supervisions devront être accentuées dans les centres où des problèmes de qualité sont mis en évidence

## **2.2 Contrôle de qualité de la microscopie**

Les détails sur le contrôle de qualité sont indiqués en annexe

Le contrôle de qualité s'est poursuivi et cette activité fonctionne bien. Il nous semble néanmoins que la méthode retenue pour l'échantillonnage des lames ne permet pas de recueillir assez de lames positives notamment dans les petits centres. Ainsi au premier trimestre 2006 on identifie pas moins de six centres ayant des faux positifs dont 3 centres sur une seule lame prélevée pour contrôle et un centre sur deux lames (1 faux positif sur deux lames contrôlées). Aussi une attention particulière doit être portée. De plus durant les visites des erreurs de prélèvement des échantillons ont été constatés. On note néanmoins par rapport à la dernière visite une plus grande implication des régions et donc un meilleur taux de collecte et de retour des lames pour contrôle de qualité.

## **C. DÉPISTAGE ET TRAITEMENT**

### **1. Le recueil des données**

#### **1.1 Complétude des rapports**

Pour le premier semestre 2006 la complétude des rapports de dépistages est excellente puisque sur 132 rapports de dépistage attendus pour les deux trimestres seuls au mois de septembre manquent les rapports de deux petits centres de la région de Tambacounda. La même performance est observée pour les rapports de résultats de traitement. Soit un taux de retour de rapport égal à 97% et concernant plus de 99% des cas. Il est clair qu'il faut attribuer ces résultats à une amélioration sensible de la performance du PNT, qui a multiplié les sorties de supervision et les revues régionales pour sensibiliser tous les acteurs. La stratégie de référence organisée à partir des grands hôpitaux porte également ses fruits, puisque outre l'absence de rapports manquants sur Dakar on note surtout que le taux de malades évalués en analyse de cohorte est très proche de 100% alors qu'il ne dépassait pas 93% les années précédentes. (Annexe 4)

#### **1.2 Cohérence et fiabilité des données**

Seule une revue exhaustive du programme peut valider la cohérence des données mais au cours des visites faites sur le terrain une bonne cohérence a été notée entre les informations transcrites sur les registres et les rapports disponibles au niveau centrale. Les quelques erreurs notées par endroit restent d'importance limitée. Néanmoins seules des supervisions répétées permettront d'améliorer la fiabilité des données au niveau de l'ensemble des centres de traitement. De même il conviendra de suivre et d'analyser les données provenant des postes de santé impliqués dans le cadre du processus de décentralisation pour certifier la fiabilité des résultats

#### **1.3 Saisie des données**

Les données sont toujours sous la responsabilité du Dr Awa Hélène Diop qui effectue un travail minutieux. Il est néanmoins recommandé que pour une meilleure appropriation de ces données on procède à un affichage régulier de ces données épidémiologiques au niveau central compris les taux de complétude afin de sensibiliser l'ensemble des acteurs du suivi et de la supervision pour avoir une meilleure réactivité opérationnelle

## **2 Dépistage**

**Tableau. Notification des cas de la cohorte 2005 par région (PNT Sénégal)**

	Nouveaux cas	Rechutes	Echecs	REP	Total retraitement	TPM- <15 ans	TPM- >15 ans	Total TPM-	TEP	TOTAL TB	Incidence TPM+	Incidence TB
Dakar	3067	273	46	113	432	102	624	726	558	4783	<b>128,7</b>	200,7
Diourbel	613	63	6	30	99	7	92	99	80	891	<b>54,2</b>	78,8
Fatick	215	14	1	3	18	3	14	17	17	267	<b>32,5</b>	40,4
Kaolack	414	45	0	19	64	16	105	121	42	641	<b>36,6</b>	56,7
Kolda	311	7	11	20	38	1	36	37	15	401	<b>34,3</b>	44,2
Louga	322	25	5	7	37	5	21	26	34	419	<b>44,6</b>	58,1
Matam	97	12	0	1	13	5	83	88	6	204	<b>20,9</b>	44,0
Saint Louis	343	37	8	16	61	22	70	92	24	520	<b>46,4</b>	70,3
Tamba	169	8	8	14	30	1	21	22	20	241	<b>25,5</b>	36,4
Thiès	803	64	3	13	80	17	155	172	89	1144	<b>58,5</b>	83,4
Ziguinchor	368	17	15	16	48	4	153	157	36	609	<b>78,6</b>	130,1
<b>Sénégal</b>	<b>6722</b>	<b>565</b>	<b>103</b>	<b>252</b>	<b>920</b>	<b>183</b>	<b>1374</b>	<b>1557</b>	<b>921</b>	<b>10120</b>	<b>63,2</b>	95,1

Les données 2005 n'étaient pas complètes au moment de la visite de février, elles le sont aujourd'hui.

On note toujours un taux de détection élevé à Dakar pour 2005 lié d'une part à une prévalence sans doute plus élevée dans certains quartiers défavorisés mais aussi à l'attraction de la capitale. On verra avec les données partielles de 2006 que cette situation est en train d'évoluer grâce aux nouvelles stratégies. On souligne toujours le faible dépistage relevé dans la région de Tambacounda. De plus les faibles performances relevées dans cette même région pour les résultats de traitement prouvent un déficit du système de santé dans cette région ou l'accessibilité aux infrastructures sanitaires reste insuffisante. On note également le fort dépistage observé dans la région de Ziguinchor. Cette zone a été marquée par une longue période d'insécurité et par des mouvements de population mais elle est aussi située dans une région où la prévalence du VIH est sans doute plus élevée que dans les autres régions, et ceci mériterait une investigation plus étroite en collaboration avec le programme de lutte contre le Sida

#### Comparaison 2003-2004- 2005 de la notification des TPM+ Nvx cas par région

	2003	2004	2005
Dakar	3388	3047	3067
Diourbel	423	495	613
Fatick	167	143	215
Kaolack	399	345	414
Kolda	292	246	311
Louga	242	275	322
Matam		87	97
Saint Louis	373	356	343
Tambacounda	173	173	169
Thiès	796	881	803
Ziguinchor	334	389	368
<b>Sénégal</b>	<b>6587</b>	<b>6437</b>	<b>6722</b>

On constate donc un accroissement du dépistage de 4,4% au niveau national pour les formes TPM+ nouveau cas. La stagnation relative des cas au niveau de Dakar est liée à l'amélioration des performances avec d'une part la disparition du double enregistrement qui existait entre les hôpitaux de Dakar et certains centres de la capitale. D'autre part la politique de référence des cas s'avère efficace et de nombreux malades diagnostiqués à Dakar sont désormais référés et enregistrés au niveau périphérique. On note le fort accroissement de la

notification des cas au niveau de Djourbel, Fatick et Louga tandis que beaucoup d'autres régions restent assez stables sur trois ans. Néanmoins on doit insister sur le fait que Dakar représente toujours près de 50% des cas pris en charge dans le pays et mérite donc une attention particulière et une permanence des supervisions y compris concernant le diagnostique (laboratoire)

**Tableau. Notification par région des cas pour le premier semestre 2006 (PNT Sénégal)**

	Nouveaux cas	Rechutes	Echecs	REP	Total retraite ment	TPM- <15 ans	TPM- >15 ans	Total TPM-	TEP	TOTAL TB
Dakar	<b>1499</b>	<b>98</b>	<b>18</b>	<b>66</b>	<b>182</b>	<b>36</b>	<b>268</b>	<b>304</b>	<b>279</b>	<b>2264</b>
Diourbel	<b>322</b>	<b>28</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>55</b>	<b>2</b>	<b>34</b>	<b>36</b>	<b>52</b>	<b>465</b>
Fatick	<b>88</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>11</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>111</b>
Kaolack	<b>195</b>	<b>16</b>	<b>1</b>	<b>12</b>	<b>29</b>	<b>13</b>	<b>55</b>	<b>68</b>	<b>12</b>	<b>304</b>
Kolda	<b>171</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>2</b>	<b>21</b>	<b>23</b>	<b>14</b>	<b>219</b>
Louga	<b>152</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>22</b>	<b>196</b>
Matam	<b>76</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>25</b>	<b>31</b>	<b>9</b>	<b>204</b>
Saint louis	<b>136</b>	<b>11</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>20</b>	<b>17</b>	<b>59</b>	<b>76</b>	<b>14</b>	<b>246</b>
Tamba	<b>111</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>24</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>144</b>
Thiès	<b>383</b>	<b>34</b>	<b>3</b>	<b>12</b>	<b>49</b>	<b>21</b>	<b>114</b>	<b>135</b>	<b>38</b>	<b>605</b>
Ziguinchor	<b>202</b>	<b>13</b>	<b>12</b>	<b>1</b>	<b>26</b>	<b>3</b>	<b>63</b>	<b>66</b>	<b>27</b>	<b>321</b>
<b>Sénégal</b>	<b>3335</b>	<b>221</b>	<b>63</b>	<b>138</b>	<b>422</b>	<b>101</b>	<b>660</b>	<b>761</b>	<b>478</b>	<b>4996</b>

### 3. Résultats de traitement

#### 3.1 Analyse des résultats de traitement au niveau national

L'analyse comparée des résultats de la cohorte 2004 et de celle de 2005 (pour le premier semestre) montre une amélioration significative des résultats de traitement

Ceci est essentiellement dû à deux facteurs : une meilleure prise en charge des cas au niveau des hôpitaux de Dakar par la politique de référence qui a été menée mais aussi à un meilleur monitoring des cas permettant d'améliorer la fiabilité des résultats. De plus la multiplication des visites sur le terrain et une meilleure implication des MCR a commence sans doutes a porter ses fruits

Au niveau national le taux d'évaluation des malades est de 100 % alors qu'il n'était que de 93% pour les malades enregistrés en 2004. Il existe quelques disparités au niveau des régions et les efforts doivent être poursuivis notamment au niveau de Mattam et de St Louis où des incohérences demeurent sur l'analyse de cohorte.

Le taux de succès au traitement est ainsi passé de 71% en 2004 à 76 % pour le premier semestre de 2005. L'amélioration du monitoring des cas se traduit par une élévation du pourcentage de patients en « abandon » qui est de 11% au lieu de 9% mais ce chiffre ne doit pas être considéré comme une diminution de la performance dans le suivi des malades. Au contraire c'est la traduction d'un meilleur monitoring des cas. On peut considérer que si en 2004, 7 % de malades au niveau national disparaissait en cours de traitement et n'étaient pas évalués (seuls 93% étaient évalués), ces 7% se traduisent aujourd'hui par 5% de guéris supplémentaire et 2% de Perdus de vue. Ceci est dû à la stratégie de référence, laquelle reste encore à améliorer. Durant les supervisions nous avons noté cette référence dans tous les centres visités.

#### 3.2. Analyse des résultats par région

**Au niveau de Dakar.** Le nombre de patients suivis en 2005 semble en légère diminution par rapport à 2004 mais ceci est le résultat de la référence des cas des hôpitaux de Dakar vers leurs régions d'origine. On note une élévation pour Dakar du nombre de perdus de vue passé de 9% à 13% et il est très important d'analyser ceci. Néanmoins certains éléments ont déjà été évoqués notamment la situation du Service des Maladies infectieuses. En 2004 aucun des malades n'avait été évalués (et donc pas comptabilisés en Perdus) et en 2005 l'évaluation faite se traduit par 97% de malades classés en perdus de vue. Ceci renforce la nécessité que ce service se conforme à la stratégie définie tant par le programme que par le MCR de Dakar. Par ailleurs il convient aussi d'analyser séparément les résultats de traitement pour les patients traités au niveau des postes de santé dans le cadre de la décentralisation afin de s'assurer que le suivi y est aussi performant.

**Au niveau de Djourbel.** On note une nette amélioration du taux de succès passé de 68 à 74%

**Au niveau de Fatick, Kolda et Kaolac.** Le taux de malades évalués est de 100% alors qu'auparavant près de 30 % des patients n'étaient pas évalués dans ces trois régions. De ce fait le taux de succès est en nette amélioration passant de 53 à 77% pour Fatick, de 50 à 75% pour Kolda et de 66 à 85% pour Kaolac

#### **Au niveau de Louga**

Le taux de succès est en baisse passant de 87 à 66%, mais la fiabilité des données pour l'année 2004 n'était pas bonne car le taux de malades évalués était de 108%..... ! On constate un taux de malades perdus de vue important (12%)

#### **Au niveau de Mattam**

Il existe une importante incohérence entre le nombre de patient évalués et celui notifié, ceci est sans doute lié aux récentes modifications dans les structures de prise en charge dans cette région. De plus le nombre de perdus de vue rapporté au nombre de malades évalués ressort à 16,2%

#### **Au niveau de St Louis**

Cette année la fiabilité des données prête à réflexion car le taux de malade évalué est de 108%

Comme signalé lors de la supervision du mois de février il convient de vérifier les résultats de Richard Toll car on doit confirmer le fait qu'il y ait en pratique sur 19 malades, 18 guéris ce qui laisse des taux de Traitement terminé, Echec, Décédés, Perdus de vue et transférés voisin de zéro, alors que des supervisions effectuées par le PNT indiquaient des problèmes de réalisation des examens BAAR. Il est donc important qu'une supervision du niveau central valide ces résultats.

#### **Au niveau de Tambacounda**

Tant en 2005 qu'en 2006 le taux d'abandon reste préoccupant dans cette région rurale, au niveau de l'ensemble des centres de santé. Des stratégies particulières doivent sans doute être développées dans cette zone pauvre et d'accès moins facile des populations au système de santé

#### **Au niveau de Thies**

Comme précisé dans le cadre du rapport de la visite à cette région, les résultats de traitement montre une amélioration constante des taux de succès voisin aujourd'hui de 86%, avec une baisse des taux d'abandon et de transfert, sans doute résultats d'une bonne politique de décentralisation. Il nous paraît important de mieux étudier les résultats dans cette région et si l'attribution de cette qualité doit être faite à la décentralisation, il faudra en tirer rapidement les conclusions au niveau national

### **Au niveau de Ziguinchor**

Cette région a longtemps été décrite comme une zone d'instabilité et d'insécurité compte tenu des conflits qui y régnaient. Néanmoins les taux de guérison restent assez élevés (71%). En revanche le taux de décès y est très supérieur à la moyenne nationale avec 13% de malades décédés. On sait que cette zone est frontalière de la Guinée Bissau et donc exposée à une plus grande prévalence du VIH 2. Il convient dans une prochaine sortie de vérifier si la prise en charge de la co-infection y est correcte. Il nous semble compte tenu de cet état que le développement des activités de conseil dépistage, prophylaxie et prise en charge précoce par ARV doit être développé prioritairement dans cette zone sauf si d'autres raisons expliquent le taux important de décès.

### **Commentaires**

***Les performances tant du dépistage que de la prise en charge sont en nette amélioration, néanmoins des disparités demeurent tant d'un point de vue épidémiologique que dans la qualité des services nécessitant une prise en compte individualisée des régions***

### **Recommandations**

- Définir en fonction de l'analyse des régions prioritaires pou y renforcer la supervision et le suivi.***
- Les supervisions doivent s'attacher à corriger les erreurs et incohérences entre malades enregistrés et malades suivis.***
- Etudier le poids de la co-infection VIH/Tub dans la région de Ziguinchor et définir des stratégies de lutte adaptées***
- Evaluer les résultats de traitement pour les patients pris en charge au niveau des postes de santé ainsi que pour les patients référés***

## **D. VISITES SUR LE TERRAIN : Rencontres avec les Directeurs régionaux et visites des structures de prise en charge**

### **1. Visite à la Région Médicale de Dakar Vendredi 22 septembre**

Une supervision a été organisée au niveau de la région médicale de Dakar avec la visite du centre de Traitement de Pikine lequel avait été visité en février, ce qui permet d'apprécier l'évolution de la situation.

On doit rappeler que la région médicale de Dakar dépiste près de 50 % des cas totaux du Sénégal. Un effort important a été fait depuis deux ans pour diminuer le taux de malades doublement enregistrés entre les hôpitaux et centres de santé. La plupart des services hospitaliers réfèrent les patients et ne les enregistrent plus. Ils sont notifiés dans le centre qui assurera le suivi de la prise en charge après le diagnostic et les premiers jours de traitement réalisés à l'hôpital

#### **1.1 Réunion avec le médecin chef de Région : Dr Diop**

Le Docteur Diop manifeste un intérêt majeur pour la lutte contre la tuberculose dans sa région. Le Staff régional a été réuni. Sont présents :

- Le Dr Marie Georgette Séné, médecin chef chargé de la surveillance épidémiologique et de l'immunisation,
- Mr Sissoko Superviseur des Soins de Santé Primaire
- Mme Carvalo : éducatrice pour la santé qui participe aux actions de sensibilisation sur la maladie

Le Médecin chef de Région souhaite que la visite concerne à nouveau le centre de Pikine qui est un très gros centre sans doutes surchargé.

Le Dr Awa Hélène Diop présente les données de dépistage pour les deux premiers semestres de l'année 2006 et l'analyse de cohorte pour le premier semestre 2005, pour la région médicale de Dakar.

On note globalement un accroissement du dépistage des nouveaux cas TPM+ par rapport à l'année précédente (1499/1399).

L'augmentation du nombre de cas pris en charge à Pikine est supérieure à 50%.

Suivant les recommandations et la stratégie nationale, le service de Pneumologie de l'Hôpital Fann n'effectue plus de déclaration de cas, les malades sont référés pour un meilleur suivi. En revanche l'hôpital Principal et le Service des Maladies Infectieuses de Fann continuent à déclarer leurs malades. Ceci pose un problème pour ce dernier centre car l'analyse de cohorte montre que 95 % des patients sont perdus de vue....

Ceci pèse sur les résultats puisqu'on note pour la région un taux de perdus de vue voisin de 15% dont près du tiers attribuable au seul service des maladies infectieuses. Le médecin chef de région souhaite qu'une véritable réflexion ait lieu à l'hôpital pour résoudre cette situation. Le traitement de la tuberculose à Fann doit vraiment être décentralisé comme c'est le déjà le cas pour la prise en charge du VIH, or les patients tuberculeux du CTA sont pris en charge au Service Maladies Infectieuses.

Quelques données de la région ne sont pas encore disponibles notamment pour le district Ouest, ainsi que les détails par structure pour le district Nord.

La stratégie de référence de malades issues des hôpitaux porte ses fruits car aujourd'hui alors que les données ne sont pas définitives seuls 4% des patients enregistrés au premier semestre n'ont pas été évalués contre 8% l'année précédente. En revanche on note une augmentation du taux de perdus de vue de 6% par rapport à l'année précédente dont il pourrait être intéressant de voir quelle part est représentée par les patients référés.

## 1.2 Visite au district de Pikine. Centre de Santé : Dominique

L'équipe régionale accompagne l'équipe nationale pour la supervision de Centre de Santé.

Présentation générale de la situation par le médecin chef de district le Dr Abdu Karim Diop :

Le district de Pikine est situé dans le département du même nom.

- Situation : Nord Ouest de la Région de Dakar
- Limites : - Nord par le district de Guediawaye
  - Sud par le district centre
  - Ouest par le district de Nabil Choucair
  - Est par le district de Mbao

La superficie du district est de 34 km<sup>2</sup>

Dans certaines zones du district (Djidah Thiaroye Kaw, Guinaw Rail, Yeumbeul Sud), les inondations sont récurrentes. Ce qui occasionne des déplacements fréquents de populations. La population générale, en 2006, du district est estimée à 569 934 habitants. Soit une densité de **16 762 habitants au km<sup>2</sup>**

Situation des cas PEC du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2006

TUBERCULOSES PULMONAIRES				TB Extra Pulmonaire		Total
Frottis positifs				Frottis négatifs		
Nouveaux	Rechutes	Echecs	Rep. TTT	- 15 ans	15 ans/+	
342	20	4	14	2	40	35
						457

-Nombre de TPM+ attendus durant le 1<sup>er</sup> semestre : 427 (sur la base de 150 cas pour 100 000 habitant)

-Nouveaux cas TPM+ dépistés: 342 (419 cas totaux)

Le taux de dépistage ressort à 80%. Ce taux est supérieur à l'objectif 75% fixé par le PNT. Ce décalage peut être causé par des cas venant de l'intérieur du pays (zone de fort exode rural) ou par une sous estimation de la population générale du district.

A noter que seuls, 157 cas de tuberculose à frottis positif ont été diagnostiqués au niveau du laboratoire de du CS Dominique de Pikine. Ce qui donne une proportion de 46%. Le taux de dépistage du laboratoire pourra être amélioré grâce au renforcement permanent des compétences du personnel et des équipements de laboratoire. Une meilleure orientation des tousseurs chroniques peut augmenter le nombre de cas dépistés au laboratoire : une toux de 15 jours doit faire l'objet d'une recherche de BAAR dans les crachats.

#### Analyse de cohorte du 1<sup>er</sup> Trimestre 2005

TPM+	Guéris	TTT term	Echec	Décès	Abandon	Transfert	Total
<b>Nouveau CasTPM +</b>	78	2	0	2	14	10	<b>106</b>
%	73,6%	1,9%		1,9%	13,2%	9,5%	
<b>Rechutes</b>	6	0	0	2	0	0	<b>8</b>
%	75%	0	0	25%	0	0	<b>100%</b>
<b>Reprise Traitement</b>	3	2	1	0	0	0	<b>6</b>
%	50%	33%	16,6%	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>100%</b>

#### Analyse de cohorte du 2<sup>ème</sup> Trimestre 2005

TPM+	Guéris	TTT term	Echec	Décès	Abandon	Transfert	Total
<b>Nouveau CasTPM +</b>	86	4	0	2	13	10	<b>115</b>
%	74,8	3,5%	0	1,7%	11,3%	8,7%	<b>100%</b>
<b>Rechutes</b>	13	0	0	0	0	2	<b>15</b>
%	86,7%					13,3%	<b>100%</b>
<b>Reprise Traitement</b>	4	0	0	0	2	0	<b>6</b>
%	66,7%	0	0	0	33,3%	<b>0</b>	<b>100%</b>

L'analyse des cohortes pour le 1<sup>er</sup> et le 2<sup>ème</sup> trimestre 2005 donne des taux de guérison proches de 75%. Ces taux sont inférieurs à l'objectif de 85% fixé par le PNT. Afin d'atteindre l'objectif fixé, on doit arriver à diminuer les taux d'abandon qui sont supérieurs à 10% pour les 2 cohortes.

L'amélioration du taux de guérison devra aller de paire avec la diminution du taux d'abandon. La stratégie de décentralisation du traitement antituberculeux au niveau des points de prestation de service à forte densité humaine serait une des solutions. Elle permettra un accès facile des patients au niveau des centres de traitement. En dehors du centre de santé Dominique, il y a trois postes de santé où le traitement est décentralisé : PS Aïnoumady, PS Deggo et PS Guinaw Rail Sud. Avec la multiplication des centres de traitement, les contraintes (financières et géographiques) liées aux déplacements des malades seront levées.

Cette stratégie de décentralisation du traitement va s'accompagner par un renforcement du TDO lors de la phase intensive.

Dans le but de diminuer le taux d'abandon, les relais communautaires seront impliqués dans le cadre du suivi, à domicile, des malades tuberculeux

#### Visite au centre de traitement

Depuis la dernière visite le médecin chef de district a affecté un infirmier (en juin) à la prise en charge des malades tuberculeux. Ce dernier n'a pas bénéficié de formation spécifique mais utilise le manuel du programme pour suivre les directives, il est en poste avec une aide sociale qui était déjà présente.

Le registre de la tuberculose est dans l'ensemble assez bien renseigné, néanmoins certaines données ne sont pas à jours tandis qu'elles le sont sur les fiches individuelles. Globalement une grande partie des patients ne bénéficient pas du TDO. Seuls ceux demeurant à proximité du centre font leur TDO au centre. Les autres sont soit confiés à trois postes de santé si la TDO y est applicable, soit traités en ambulatoire avec des médicaments remis pour 15 jours en moyenne.

On note essentiellement des déficits de prise en charge pour les patients en retraitement. Notamment en cas de positivité des crachats au 5<sup>e</sup> mois où souvent les traitements ont été poursuivis mais pour des durées variables. On note une méconnaissance aussi de la conduite à tenir en cas d'abandon retrouvé Des directives claires ont été données durant cette supervision par le Dr Hélène Diop, en s'appuyant sur le manuel. Néanmoins il est important que cet infirmier soit impliqué lors d'une prochaine formation. Les résultats de fin de traitement ne sont pas toujours consignés car dans certains cas cette fin de traitement est signifiée par les médecins lesquels veulent s'appuyer sur une radiographie, avant de déclarer la guérison. Les fiches sont bien tenues en revanche leur classement est fait sur la base des RDV des malades et pas sur les numéros d'enregistrement ce qui en complique la recherche en cas de besoins.

Par rapport aux visites précédentes et aux données de cohorte on note des contrôles positifs au 2<sup>e</sup> mois ainsi que qq. cas d'échec ce qui signe une meilleure performance du laboratoire. Les médicaments remis en ambulatoire aux patients sont conditionnés dans des boîtes plastic à recueil de crachats. Il n'existe toujours pas de carte personnelle de traitement pour les malades mais on sait que cette carte sera très bientôt disponible (réalisation actuelle de tous les supports au niveau national). Le registre ne consigne aucun renseignement sur le statut VIH des patients. Parallèlement durant cette visite le Dr N'Dela ... s'est entretenue avec certains malades choisis aléatoirement. Tous soulignent une très grande disponibilité du personnel lequel les relance (téléphone, visite etc.) en cas de retard. La gratuité totale est soulignée. Néanmoins la connaissance de la maladie reste insuffisante chez les malades et la recherche des enfants contacts non systématique. Les RDV pour les malades en deuxième phase ou en première phase (prise ambulatoire) sont donnée à la date de rupture de médicaments ce qui peut entraîner en cas d'empêchement une interruption de traitement.

Le contrôle des stocks de médicaments (Dr Mado) s'avère conforme aux stocks théoriques. Conformément aux recommandations précédentes ces médicaments sont désormais stockés au niveau du dépôt du district et les fiches de stock sont bien tenues.

désignation	Quantité (boîtes)	Dates de péremption
E 400	13	Juin 2010
EH	13	Juin 2010
RH	35	Mai 2008
H 100	1	Mai 2010
S 1 g	1200 ampoules	Juin 2008
Z 400	6	Décembre 2006
	20	Juin 2006
	27	Mai 2010
Eau distillée	1400 ampoules	Juin 2007

L'implication du dépositaire reste insuffisante dans la gestion des anti tuberculeux.  
L'identification des produits n'est pas notée sur les étagères.

#### Visite du laboratoire

La supervision du laboratoire a été faite par le Dr Fatoumata Ba, Chef du laboratoire national.

Une nouvelle technicienne de laboratoire Mme M'Bah a été nommée responsable du laboratoire. Le registre est bien tenu, les contrôles de qualité effectués montrent une concordance à 100% sur les lames positives et négatives. On trouve un certain pourcentage de contrôles positifs. Le taux de positifs sur les suspects est de 23% il est d'environ 10 % au contrôle à deux mois.

Le microscope à fluorescence n'a toujours pas été mis en service du fait de la mise en place tardive d'un régulateur de tension. La chambre noire n'est pas installée correctement. La responsable du laboratoire précise que du fait de la sur fréquentation, près de 20 malades sont refusés par jour. Aujourd'hui seul un technicien est formé à la fluorescence et les réactifs ne sont pas disponibles. Le microscope optique est peu performant. Les stocks au niveau du laboratoire ne sont pas suivis par des fiches de stock. On note un bas niveau de stock en lames, anses de platine alcool et produits de coloration tout prêt. De puis la dernière visite peu de choses ont donc évolué au niveau du laboratoire excepté l'affectation d'une technicienne supérieure. Le retard de mise en place du microscope à fluorescence est regrettable. Compte tenu de l'importance du centre et des constats faits en février, le manque de supervision par le laboratoire nationale pour régler en urgence le problème du microscope à fluorescence est regrettable. Il est urgent de former rapidement l'ensemble des techniciens à la technique à fluorescence, de doter le centre d'un microscope optique de qualité, de s'assurer qu'une cabine noire est disponible. Il faudra aussi rationaliser le système de contrôle des stocks en produits de laboratoire et multiplier les supervisions

Débriefing

Il s'est fait en présence du médecin chef de région

#### **Commentaires et recommandations:**

##### ***D'importants points positifs sont source de satisfaction***

- affectation de personnel compétent pour la prise en charge***
- affectation de personnel technique au laboratoire***
- résultats du contrôle de qualité de laboratoire concordants***
- bon fonctionnement de la référence des cas issus des hôpitaux***
- bonne implication du médecin chef de district***
- amélioration de la gestion des médicaments***
- bonne tenue du registre et des supports de traitement***

##### ***Des faiblesses demeurent***

- au niveau de l'hôpital de Fann non participation du service des maladies infectieuses au processus de référence des Tuberculeux***
- application du TDO encore insuffisante au CS de Pikine***
- centre surchargé***
- arrêt de traitement trop basé sur des considérations cliniques et radiologiques***
- absence de formation spécifique de l'infirmier responsable de la prise en charge***
- éducation des malades insuffisante***
- activités VIH/TUB encore trop timides***
- recommandations faites au laboratoire peu suivies***
- supervision du laboratoire insuffisante par le niveau central***

## **Recommandations**

### **-Au niveau de la région**

**Réunir les services de l'hôpital Fann pour généraliser le système de référence des patients**

### **-Au niveau du district**

**-adopter les consignes du PNT en matière de déclaration de guérison et d'arrêt de traitement**

**-renforcer la stratégie DOT notamment pour les patients en retraitement**

**-améliorer la recherche des enfants contacts des TPM+**

**-convoquer les patients avant la date de rupture des produits**

**-rendre fonctionnel le microscope à fluorescence et accroître l'activité**

**-bien encadrer le processus de décentralisation et organiser la supervision des postes de santé sur cette activité**

### **-Au niveau du PNT et du Laboratoire National**

**-former l'infirmier responsable du Traitement**

**-développer la stratégie sur la co-infection VIH/TUB et apporter des directives concernant le renseignement à apporter au registre**

**-bien suivre le processus de décentralisation**

**-améliorer l'implication du laboratoire national :**

**-former au plus vite à la microscopie à fluorescence le personnel du laboratoire**

**-renforcer la supervision et le contrôle de qualité du laboratoire et veiller à l'application des recommandations**

**-prendre attache avec le centre médical militaire qui fait du dépistage**

**-assurer la maintenance de l'équipement de laboratoire**

**-mettre en place des fiches de stock pour les produits de laboratoire**

## **2. Visite à la Région Médicale de Thies. Visite au MCD le Dr Amadou DIACK**

Le médecin chef de région fait état des résultats de traitement qui montrent une amélioration constante des taux de succès voisin aujourd'hui de 86 %. Des difficultés demeurent au niveau de l'hôpital St Jean de Dieu notamment du fait d'une faible implication du laboratoire dans le dépistage. Les examens sont payants et les résultats remis tardivement. A partir de l'exemple de la décentralisation au district de M'Bour le médecin chef de région souligne la nécessité de renforcer la stratégie TDO en s'appuyant sur les postes de santé. Il est décidé de visiter le district de M'Bour

### **2.1 Visite Centre de Santé De M'Bour.**

Une réunion du staff a été organisée par le médecin chef le Dr Marie Sar Diouf. Sont présents Mme Diakhaté ; superviseur des SSP au niveau du district, Mr Seck Abdulai ; superviseur régional

Il s'agit d'un district pilote où le processus de décentralisation a débuté il y a dix ans. La population est de 287 000 habitants mais compte tenu des flux migratoires importants constaté ce chiffre serait sous évalué et le médecin chef du district évoque un bassin de population de près de 400 000 habitants, répartis sur deux communes rurales et deux communes urbaines comportant une quarantaine de postes de santé

Le Centre Santé de M'Bour dispose d'un bloc opératoire, d'un service de Gynéco obstétrique et d'un service de cardiologie. Il fonctionne donc comme un petit hôpital. Une stratégie développant l'appui communautaire dans la santé a été développée dans ce district avec l'appui du projet CAMAT (Community Action Malaria and Tuberculosis).

L'analyse des données statistiques fait état de très bons résultats de traitement puisque le taux de guérison ressort à 90 % sur les deux premiers trimestres 2005, en phase avec les résultats de l'année précédente. On note peu d'abandons.

L'analyse des données de dépistage montre en revanche une proportion importante de malades en reprise de traitement ce qui donc ne correspond pas au faible taux d'abandon et doit donc être investigué sur le registre et les fiches de traitement durant la supervision. Le district enregistre en moyenne près de 200 cas par an.

#### Visite de la salle de traitement

Le responsable de la prise en charge enregistre les cas dépistés sur le registre puis pratique un conseil sur le traitement antituberculeux et sur la nécessité du TDO. Ensuite le patient est transféré au poste de santé. La supervision de ce poste de santé est pratiquée tant par le responsable du Traitement que par le superviseur des Soins de Santé Primaires. Aucun poste de santé n'a été visité durant cette supervision mais la stratégie de prise en charge a été présentée par les équipes du district. La quasi-totalité des postes de santé sont impliqués dans le processus de décentralisation. Les chefs de postes ont été formés et des relais communautaires ont été formés dans chaque poste pour appuyer l'infirmier chef de poste. Ces relais, dans le cadre de la TDO visitent les malades à leur domicile (avec entente préalable) et font aussi la recherche des défailants. Il existe un registre au niveau de chaque poste de santé, mais c'est le responsable TB au niveau du CS Mme Aminata Sidibé Diakaté, assistante sociale qui gère tous les malades au niveau du district. Durant la supervision les rapports trimestriels sont refaits et concordent parfaitement avec les rapports transmis au niveau central pour les résultats de traitement il existe des erreurs mineures au niveau du rapport de dépistage.

On constate que de nombreux malades enregistrés sont dépistés ailleurs qu'autre centre de santé (laboratoire des endémies et laboratoire municipal). Beaucoup de malades sont originaires d'autres districts voir même des régions voisines (Fatick) La responsable du traitement pratique un interrogatoire précis des patients et les malades inscrits comme « Reprise de Traitement » sont proviennent souvent d'autres districts ou régions et l'anamnèse fait état de traitement antérieurs.

Les fiches individuelles de traitement sont bien tenues ainsi que le registre où on note de petites erreurs d'enregistrement. On note sur l'ensemble de l'année plusieurs malades en retraitement frottis négatifs (diagnostic posé par les médecins)

Dans le cadre de la co-infection les activités débutent, et pour le moment le conseil est proposé seulement après le deuxième mois de traitement. Le cotrimoxazol est dispensé aux malades co-infectés.

La gestion des médicaments pose des problèmes. Les médicaments sont stockés au niveau de la salle de traitement, les fiches de stock si elles existent ne sont pas correctement remplies et pas à jour. Les stocks sont disproportionnés pour certains produits (RH et Z) Aucun stock de streptomycine n'est disponible, tout ayant été positionné au poste de santé. La fiche de commande trimestrielle de médicament comporte des erreurs

Le rythme et système d'approvisionnement des postes de santé impliqués dans la décentralisation ne sont pas organisés et la gestion semble se faire au cas par cas.

#### Visite du laboratoire

Responsable Mme Sy Bousso Fall

L'examen des dernières données de contrôle de qualité montre l'existence d'un faux positif. Le labo est dirigé par une technicienne supérieure de laboratoire appuyée par 5 techniciens. Le coût des examens de dépistage est de 1000 FCFA pour le malade.

L'analyse du registre montre un taux de dépistage voisin de 11%

On note très peu de positifs parmi les examens de contrôle.

Le contrôle de qualité est vérifié et en fait la seule lame positive récupérée pour le contrôle de qualité était répertoriée comme négative. Il s'agit donc d'une erreur de recueil des lames par le superviseur et non pas d'une erreur de lecture.

On note que le contrôle de qualité ne concerne que le laboratoire du centre et pas les autres laboratoires qui contribuent à dépister les patients.

Le volume de travail n'apparaît pas important et pourtant des malades sont renvoyés au-delà d'un quota vite atteint.

Il existe au laboratoire un microscope à fluorescence pour d'autres activités que celles de la tuberculose, ce qui constitue un potentiel pour ultérieurement développer une activité de dépistage plus intense

Contrôle des stocks au niveau du laboratoire :  
 Il n'existe pas de fiche de stock pour les produits  
 Le niveau de stock des lames est très bas  
 Un microscope nécessite de la maintenance (vis de mise au point)

#### Etat des stocks

##### **Médicaments**

Désignation	quantité	Date de péremption
E 400	09	juin 2010
Z 400	35	juin 2009
EH	14	juin 2010
RH	62	juillet 2007
H 100	1	mai 2010
S 1 g	0	
Eau Distillée	0	

##### **Produits de laboratoire**

Désignation	Quantité
Boite à lames	7
Lames	600
Crachoirs	500
Anses de platine	5
Microscope	1
Bec Benz	1
Ethanol	1 L
Fuschine	11
Bleu de Méthylène	10
Acide Sulfurique	4
Phénol	10
Huile à immersion	8

#### Entretien avec les malades

Les patients décrivent bien le TDO, décrivent un bon accueil au niveau du centre de traitement, mais précisent être souvent renvoyés du laboratoire. Seuls sont pris les 20 premiers malades et il faut arriver avant 1 heures les résultats peuvent être attendus 1 semaine Ils connaissent très bien la durée et les modalités de TT mais ont une faible connaissance de la maladie.

Un débriefing est fait en présence du MCD et les recommandations suivantes relèvent d'un consensus.

#### **Commentaires et recommandations**

**On note des points positifs :**

**-bons résultats de traitement**

**-bons résultats du processus de décentralisation s'appuyant le niveau communautaire**  
**-recrutement de personnel (laboratoire) par le comité de santé donc il existe peut être une possibilité pour accroître la capacité de prise en charge des malades**

**-système de supervision des postes périphérique en place**

**-organisation de la prise en charge de la co-infection**

**Certains points faibles peuvent être améliorés**

- agent de santé en charge des malades, trop seul d'autant qu'il s'occupe aussi des activités de supervision**
- stockage des médicaments dans la salle de soin et non pas au dépôt du district**
- fiches de stock pas à jour**
- ruptures de stocks**
- insuffisante gestion des stocks en produits et matériels de laboratoire**
- IEC vers les malades pas assez développée sur la connaissance de la maladie et de son mode de transmission**
- restriction trop grande du nombre de malades admis chaque jour pour bacilloscopie**
- erreurs dans le recueil des lames à contrôler**

### **Recommandations**

#### **Au Centre de santé**

- Appuyer l'agent de santé chargé de la prise en charge des patients qui est trop seule**
  - Améliorer la gestion des stocks en médicaments :, stockage au niveau du dépôt de district, tenue de fiches de stock, organisation de l'approvisionnement des postes de santé**
  - Renforcer l'IEC en insistant sur une meilleure information sur la maladie et son mode de transmission**
  - Réorganiser l'accueil au niveau du laboratoire et ne pas renvoyer les malades**
  - Organiser la gestion des stocks en produits de laboratoire**
- Au niveau de la Région Médicale et du District**
- Etendre le contrôle de qualité à tous les laboratoires pratiquant la microscopie et être plus attentif au recueil des lames pour le contrôle de qualité**
  - Il faut organiser rationnellement l'approvisionnement des postes de santé et développer un système de suivi**
  - Faire le point sur les stocks au niveau des postes de santé**
  - Organiser l'approvisionnement et le contrôle de gestion de médicaments au niveau poste de santé**

#### **Au niveau central PNT (LNR)**

- améliorer le système de gestion des produits de laboratoire**
- on peut s'interroger sur la stratégie retenue au laboratoire consistant à recueillir les lames à contrôler en proportion des résultats ainsi peu de lames positives sont recueillies (souvent une ou deux par centre, ainsi l'analyse de qualité sur les positifs repose souvent sur un seul échantillon**

### **Conclusions**

**Excellents résultats mais des améliorations peuvent être apportées notamment pour le dépistage et une meilleure gestion des stocks**

### **3 Visite à la Région Médicale de Fatick**

Le médecin chef de région n'est pas disponible mais son équipe médicale est dépêchée à Gossas pour accompagner la visite de supervision.

#### **3.1 Visite au centre de santé de Gossas**

Le district de Gossas fait partie de la région de Fatick, la population officiellement estimée est de 96 194 habitants. Le centre de Santé de Gossas dont les infrastructures étaient délabrées a bénéficié de nouvelles installations et l'équipe médicale vient de s'installer dans les nouveaux locaux dont les dernières installations sont en cours.

Le Dr Ibrahim Oumar Bah MCD a réuni son équipe, avec notamment l'infirmier major responsable de la prise en charge des Tuberculeux ; Mr Pap Aly N'Djai, ainsi que le superviseur du District Mr Moustafa. et la Technicienne Supérieure du laboratoire nouvellement affectée

En préliminaires sont discutés les données statistiques provisoires de 2006 qui font globalement apparaître un dépistage de 36 cas pour 100 000 habitants bien au deçà de l'incidence théorique attendue, et en baisse importante par rapport à l'année 2005.

Concernant le suivi de cohorte les rapports font apparaître une amélioration du suivi car en 2004 près de 25 % des cas enregistrés n'étaient pas analysés en suivi de cohorte, or ce taux d'analyse ressort à 100% pour les deux premiers trimestres de 2005.

Le district sanitaire comporte 12 postes de santé, la décentralisation du traitement n'est pas encore engagée, néanmoins deux postes sont impliqués dans le suivi des traitements. Le MCD souligne le retard au niveau du district pour la Tuberculose concernant la mise en place d'une bonne couverture IEC, et le renforcement de la stratégie de prise en charge de la toux chronique. Il insiste aussi sur la faiblesse des moyens de supervision.

#### Visite de la salle de prise en charge.

Le local est propre et bien éclairé, favorable à un bon accueil du malade. Les registres sont bien classés ainsi que les fiches des malades facilitant ainsi leur analyse.

L'examen du registre fait apparaître quelques erreurs au niveau de l'enregistrement. Ainsi il y a une confusion entre Transfert et Référence et sur le registre les cas sont cochés à la fois comme T transfert mais aussi statut initial (N par exemple). Ceci dénote d'un manque de connaissance des définitions par l'infirmier. De même on note qu'un cas déclaré E Echec en suivi de traitement est bien réenregistré avec un régime de retraitement mais inscrit dans la colonne reprise.

On constate que très peu de malades sont diagnostiqués comme TPM-

Concernant la page de suivi, le registre est bien renseigné et les résultats de laboratoire bien consignés, on note une très bonne connaissance des cas et un faible taux de malades perdus de vue. En dehors des cas de guérison la date d'arrêt de traitement n'est pas renseignée pour les Abandons, DCD etc., de même l'ancien numéro de dossier n'est pas renseigné pour les Rechutes, Reprises Transfert etc. Pour les malades suivis par un poste de santé l'indication n'est pas portée sur le registre.

Les quelques erreurs de notification sur le registre se traduisent par des erreurs sur les rapports de dépistage et de suivi de cohorte trimestriels et ont été corrigées durant la visite. Néanmoins les rapports doivent être refait par le responsable.

#### **Dépistage : Trimestre 1 et 2 Année 2006**

Gossas	Nouveaux Cas	Rechutes	Echec	Reprise	TPM-	TEP	Total	Transférés
Trimestre 1 /2006	5				1		6	1
Trimestre 2 /2006	3	1					4	1

#### **Cohorte : Trimestre 1 et 2 Année 2005**

Gossas 2005	Guéris	T.Terminé	Echec	DCD	Abandon	Total	Total
T1 Nouveaux Cas	8					1	9
T1 Retraitements	1						1
T2 Nouveaux Cas	6					1	7
T2 Retraitements						1	1

La stratégie TDO est strictement appliquée pour les malades en retraitement qui en outre reçoivent leur injection de Streptomycine au CS. Il en est de même pour les malades

résidant près du centre. Pour les autres, la DOTS communautaire est faite par un proche du patient, mais cette DOTS n'est pas contrôlée par l'équipe faute de moyens. Deux postes de santé sont associés pour le suivi du Traitement et effectuent eux même la DOTS. Pour ces cas, une double fiche est emportée par le malade avec les médicaments de la première phase sous plis fermé à l'attention du chef de poste. Le superviseur du District s'assure que la référence a bien lieu et supervise l'agent du poste. Le malade revient pour ses contrôles au CS qui continue à remplir la fiche de suivi conservée au centre.

On note sur le registre, des malades référés des hôpitaux de Dakar (Fann et Le Dantec) montrant la pertinence de cette stratégie

Analyse de l'activité TB/VIH. L'infirmier responsable a été formé au conseil VIH mais globalement on constate que ce conseil est très restrictif puisqu'il ne concerne que les patients en retraitement et ceux présentant une nette altération de l'état général, ce qui dénote d'une stratégie mal définie. A ce jour on ne compte aucun patient co-infecté.

Les médicaments sont stockés en intégralité au niveau de la salle de traitement et les fiches de Stocks ne sont pas à jour et les niveaux de stock sont très bas. On note le jour de la visite une rupture en bulletins de demande de recherche de BAAR.

#### Visite au Laboratoire

La supervision du laboratoire est effectuée par le Superviseur National. Le Laboratoire est spacieux et l'équipement vient d'être renouvelé, le personnel a été renforcé. L'activité 2005 fait apparaître 225 malades en examen de dépistage dont 23% de positif. Pour les 3 premiers trimestres de 2006 le nombre est proche de 90 et le taux de positif retombe à 14,6%. Cette baisse d'activité est confirmée par la diminution du nombre de patients déclarés pour les deux premiers trimestres. Le contrôle de qualité fait apparaître des faux négatifs. Il n'existe pas de fiche de stock pour les produits de laboratoire.

#### Etat des stocks

##### **Médicaments**

Désignation	quantité	Date de péremption
EH	2 boites de 1000	Juin 2010
E 400	1 boite de 1000	Juin 2010
S 1 G	72 ampoules	Juin 2008
RH	1 boite de 1000	Mai 2008
	2 boites de 1000	Juillet 2007
Z 400	2 boites de 1000	Juin 2009
Eau Distillée	35 flacons	

##### **Laboratoire**

Lames	150
Boite à lames	2
Fuscine	1
Bleu de Méthylène	2
Acide Sulfurique	½ L
Phénol	1Kg
Microscope	1
Crachoirs	500

#### Entretien avec deux malades.

L'entretien confirme une bonne relation soignant soigné et une bonne connaissance du traitement, mais une méconnaissance globale de la maladie et de son mode de transmission. La recherche des enfants contacts pour la chimio prévention n'est pas faite et les interactions avec d'autres maladies et traitements ne sont pas recherchées (Diabète). Le

traitement est dispensé gratuitement ainsi que les examens de contrôle. En revanche le dépistage est tarifié à 500 FCFA l'examen soit 1500 FCFA pour trois analyses de crachats. Le conseil VIH n'est effectivement pas fait.

#### Restitution

La restitution de la visite de supervision est faite en présence du Superviseur Régional et du Pharmacien Régional. Ils précisent que les stocks (fiches, médicaments et consommables de laboratoire) sont disponibles au niveau Régional et qu'il appartient au district d'exprimer ses besoins et de faire les commandes.

-L'équipe régionale souligne le besoin de développer rapidement une stratégie sur la co-infection rendant systématique la proposition du conseil dépistage aux malades tuberculeux. Le cotrimoxazol est disponible gratuitement pour tous les malades co-infectés.

-Un effort doit être fait sur la sensibilisation à la prise en charge des suspects par une meilleure notification de la toux chronique au niveau des postes.

-De même une stratégie doit être développée pour améliorer la prise en charge communautaire. La formation du personnel à la prise en charge des cas a été écourtée du fait d'une grève nationale.

#### **Commentaires et recommandations :**

##### ***Des points positifs ont été notés***

***-ouverture du nouveau centre***

***-affectation de personnels***

***-bon équipement du laboratoire***

***-prise en charge de patients globalement correcte***

***-début de prise en charge de la co-infection***

***-présence de malades référés issus des centres de la capitale***

***-effort d'application de la stratégie DOTS***

***-amélioration nette du suivi des patients sous traitement par rapport à l'année précédente***

##### ***Des points faibles persistent***

***-sous fréquentation du centre***

***-sous dépistage***

***-formation des personnels ajournée***

***-peu d'implication médicale dans la référence des malades (pas ou peu de TPM-)***

***-registre insuffisamment renseigné (dates d'arrêt de traitement, lieu de traitement pour les patients traités dans des postes de santé, VIH)***

***-commande de produits pas effectuée à temps à la région***

***-coût excessif des examens de laboratoire***

***-éducation des malades insuffisante***

***-gestion insuffisante des stocks en médicaments et produits de laboratoire***

#### **Recommandations**

##### **Au centre de santé**

***Le centre de Santé vient de bénéficier de l'ouverture de nouveaux locaux, de l'affectation de personnels complémentaires et d'un bon équipement du laboratoire.***

***-Une stratégie de communication doit être rapidement développée pour attirer la population qui manifestement est aujourd'hui largement drainée par d'autres districts sanitaires. Le potentiel de prise en charge est indéniable et globalement la prise en charge des patients est correcte mais le dépistage est très insuffisant.***

***- une sensibilisation des personnels à la référence des suspects doit être faite***

***- développer la formation du personnel chargé de la prise en charge et des infirmiers chef de postes (sur les ordinogrammes).***

***-appliquer les recommandations nationales notamment sur la gratuité du diagnostic ou du moins sur une réduction du coût des examens diagnostic (recherche de BAAR) doit être réduit.***

***-assurer un bon approvisionnement en support de prise en charge (bulletins de laboratoire, fiches de rapport etc.)***

***- la stratégie de prise en charge de la co-infection doit être développée. Les personnels sont formés au dépistage et au conseil il reste essentiellement à intégrer les activités chez les tuberculeux.***

***-avant de décentraliser sur les postes de santé, définir une stratégie de suivi***

***-Il a été convenu que l'infirmier major ré adresse sans tarder les rapports trimestriels de dépistage et de cohorte corrigés.***

***-Le rapport de supervision sera adressé au district et à la Région Médicale***

## **E. VISITES OFFICIELLES**

### **1. Rencontre avec Monsieur le Ministre de la Santé Abdou Fall**

Une rencontre a été organisée avec Monsieur le Ministre de la Santé en présence de son directeur de cabinet, du directeur de la santé et de ses conseillers. La directrice du programme et son adjointe accompagnaient les membres de la mission. Au cours de cette rencontre un exposé bref de la visite a été fait ainsi que l'énoncé des principales conclusions notamment les forces et faiblesses observées. Les principales recommandations ont été faites. Il a été également discuté de l'engagement de l'état pour aboutir dans sa requête au Fonds Mondial. Cette visite a été l'occasion de présenter Mme Silje Hagerup qui succède à Mme Mette Klouman dans la coordination du suivi des activités de LHL au Sénégal. Le ministre a longuement remercié Mme Klouman et la LHL pour leur engagement de longue date auprès du PNT au Sénégal, tout en soulignant également sa satisfaction devant l'engagement de L'Union.

### **2. Echange téléphonique avec Mme Ramatulai Dioume de l'USAID**

Un bilan de la visite a été restitué. Les difficultés ont été évoquées. Au moment de la visite, les financements de l'USAID n'étaient pas arrêtés pour l'année 2007 et une réunion devait avoir lieu dans les semaines suivantes.

## **G PLANIFICATION DES ACTIVITES ET PROCHAINES ECHEANCES**

### **1. Planification des activités**

-Les activités programmées lors de la visite de février et révisées en juin ont été réalisées dans la totalité. Il faut souligner le fort engagement de l'unité centrale pour mener à bien toutes ces activités malgré la nécessité de réaliser tous les engagements financiers de l'USAID avant septembre 2006.

-Un plan d'action prévisionnel du PNT pour l'année 2007 a été ébauché en prenant en compte les financements probables de LHL ainsi que les financements probables de l'USAID à travers FHI, ainsi qu'un probable engagement d'UNITAID pour le traitement des MDR. Ce plan d'action figure en annexe 9 mais doit être consolidé après signature des accords de financement

- un travail préliminaire a été effectué pour fixer les grandes lignes d'une prochaine revue de programme prévue début décembre

### **2. Prochaine visite**

Il a été programmé que les consultants de L' Union et de la LHL participeraient à la phase finale et la restitution de la revue de programme qui sera réalisée en décembre 2007

## **H. REMERCIEMENTS ET DISTRIBUTION**

### **1. Remerciements**

Les consultants de la LHL et de L'Union remercient chaleureusement leurs hôtes pour l'hospitalité dont ils ont joui pendant leur séjour dans la République du Sénégal.

Les représentants de la LHL et de L'Union remercient tout particulièrement Monsieur le Ministre de la Santé du Sénégal qui a montré son grand intérêt en accueillant l'équipe pour une restitution.

Nos remerciements vont également aux membres de l'Unité Centrale du PNT, aux Médecins Chef des régions de Dakar, Fatick et Thies, ainsi qu'à tous les personnels de santé qui ont participé aux diverses réunions et supervisions, ou qui nous ont accueilli dans leurs structures sanitaires.

### **2. Distribution**

Ministre de la Santé de la République du Sénégal  
Secrétaire Général du Cabinet du Ministre de la Santé  
Directeur de la Santé  
Directeur du Service des Maladies Transmissibles du MSI  
Le Coordonnateur National du PNT de la République du Sénégal  
Le Superviseur National du PNT  
Le Directeur des Magasins, de l'Approvisionnement et des Finances du PNT  
Le Chef du Laboratoire National de Référence  
Dr Rama Djioum USAID, Sénégal  
Dr Jennifer Adams USAID, Sénégal  
Dr Julie Wallace USAID, Washington  
Mme Mette Klouman Consultante, (LHL)  
Mme Ragnhild Seip Consultante (NORAD)  
Le Représentant de l'OMS  
Dr Oumou Sow, OMS Hararé  
Pr Bah Keita, OMS  
Dr Leopold Blanc, OMS Genève

Distribution à assurer par le Coordonnateur National  
Autres membres de l'Unité Centrale  
Responsables de toutes les CS visités  
Coordonnateurs Régionaux  
Superviseurs Régionaux  
Pr. Abdoul Almamy Hane, CHU Fann, Dakar

Ce rapport doit être également distribué à tous les consultants et à tous membres figurant dans la liste officielle de distribution des rapports de L' Union.

## **J. LISTE DES ANNEXES**

Annexe 1: Programme de la visite du 22 au 28 septembre 2006  
Annexe 2: Rapport de dépistage 2005  
Annexe 3: Analyse de cohorte 2004  
Annexe 4 : Evolution des résultats de traitement sur 12 ans.  
Annexe 5: Rapport de dépistage semestre 1 année 2006  
Annexe 6: Analyse de cohorte semestre 1 année 2005  
Annexe 7: Contrôle de qualité des examens Ziehl Trimestre 1 année 2006  
Annexe 7 bis : Contrôle de qualité des examens Ziehl Trimestre 2 Année 2006  
Annexe 8: Exemple de résumé de supervision à laisser sur place dans le centre  
Annexe 9: Plan d'action prévisionnel du PNT en 2007  
Annexe 10: Plan d'action du PNT exécuté en 2006  
Annexe 11 : Carte administrative du Sénégal

## ANNEXE 1 Programme de la visite du 22 au 28 septembre 2006

<b>DATE</b>	<b>ACTIVITES</b>
<b>22.09.2006</b>	Visite au MCR de DAKAR Visite unité de traitement de Pikine Débriefing avec le MCR Dakar
<b>25.09.2006</b>	Départ pour Thies Visite du district sanitaire de M'Bour Débriefing avec le MCR de Thies Départ pour fatck
<b>26.09.2006</b>	Visite unité de traitement du district de Gossas Débriefing avec les responsable de la région de Fatick Retour à Dakar
<b>27.09.2006</b>	Adoption du budget révisé par LHL Travail sur la planification des activités 2007
<b>28.09.2006</b>	Restitution auprès des autorités du Ministère de la Santé Présentation des outils IEC Départ de l'équipe LHL/UICTMR

**ANNEXE 2 RAPPORT DEPISTAGE 2005** Source PNT

	Nouveaux cas	Rechutes	Echecs	RRA	Total retraite ment	TPM- <15 ans	TPM- >15 ans	Total TPM-	TEP	TOTAL TB	Incidence TPM+	Incidence TB
Dakar	3067	273	46	113	432	102	624	726	558	4783	128,7	200,7
Diourbel	613	63	6	30	99	7	92	99	80	891	54,2	78,8
Fatick	215	14	1	3	18	3	14	17	17	267	32,5	40,4
Kaolack	414	45	0	19	64	16	105	121	42	641	36,6	56,7
Kolda	311	7	11	20	38	1	36	37	15	401	34,3	44,2
Louga	322	25	5	7	37	5	21	26	34	419	44,6	58,1
Matam	97	12	0	1	13	5	83	88	6	204	20,9	44,0
Saint louis	343	37	8	16	61	22	70	92	24	520	46,4	70,3
Tamba	169	8	8	14	30	1	21	22	20	241	25,5	36,4
Thiès	803	64	3	13	80	17	155	172	89	1144	58,5	83,4
Ziguinchor	368	17	15	16	48	4	153	157	36	609	78,6	130,1
Sénégal	6722	565	103	252	920	183	1374	1557	921	10120	63,2	95,1

**ANNEXE 3 ANALYSE DE COHORTE 2004** source PNT

**Synthèse des rapports d'analyse de cohortes de cas de tuberculose pulmonaire  
à frottis positif, enregistrés du 1er janvier au 31 décembre 2004  
MSP / DS / DMT / PNT**

Issues du traitement																
Régions	Nouveaux cas								Retraitement							
	Nb de 'TPM+ déclarés en 2004	Guéris	Traitement terminé	Décédés	Echecs	Perdus de vue	Transferts	Total des cas évalués	Nb de 'TPM+ déclarés en 2004	Guéris	Traitement terminé	Décédés	Echecs	Perdus de vue	Transferts	Total des cas évalués
<b>DAKAR</b>	<b>3046</b>	<b>2042</b>	<b>211</b>	<b>57</b>	<b>38</b>	<b>302</b>	<b>219</b>	<b>2869</b>	<b>430</b>	<b>247</b>	<b>25</b>	<b>17</b>	<b>22</b>	<b>47</b>	<b>40</b>	<b>398</b>
		67%	6%	2%	1%	9%	7%	<b>94%</b>		57%	6%	4%	5%	12%	10%	<b>93%</b>
<b>DIOURBEL</b>	<b>495</b>	<b>314</b>	<b>33</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>92</b>	<b>39</b>	<b>499</b>	<b>74</b>	<b>39</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>13</b>	<b>6</b>	<b>67</b>
		63%	7%	2%	2%	18%	8%	<b>101%</b>		52%	10%	3%	0%	19%	9%	<b>91%</b>
<b>FATICK</b>	<b>143</b>	<b>93</b>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>13</b>	<b>7</b>	<b>135</b>	<b>14</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>10</b>
		69%	9%	7%	0%	9%	5%	<b>94%</b>		57%	10%	0%	0%	10%	0%	<b>71%</b>
<b>KAOLACK</b>	<b>399</b>	<b>284</b>	<b>17</b>	<b>20</b>	<b>1</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>345</b>	<b>37</b>	<b>50</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>62</b>
		71%	4,2%	5%	0%	3%	3%	<b>86%</b>		?	?	?	0%	6%	0%	<b>168%</b>
<b>KOLDA</b>	<b>256</b>	<b>143</b>	<b>13</b>	<b>27</b>	<b>8</b>	<b>33</b>	<b>15</b>	<b>239</b>	<b>19</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>19</b>
		62%	5%	11%	3%	13%	6%	<b>93%</b>		37%	11%	11%	0%	26%	16%	<b>100%</b>
<b>LOUGA</b>	<b>275</b>	<b>195</b>	<b>28</b>	<b>18</b>	<b>6</b>	<b>14</b>	<b>17</b>	<b>278</b>	<b>28</b>	<b>17</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>21</b>

		70%	10%	6%	2%	5%	6%	<b>101%</b>		60%	5%	5%	0%	5%	5%	<b>75%</b>
<b>SAINT LOUIS</b>	<b>373</b>	<b>234</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>29</b>	<b>21</b>	<b>312</b>	<b>60</b>	<b>33</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>53</b>
<b>SAINT LOUIS (Suite)</b>		75%	3,4%	2,7%	1,3%	9%	7%	<b>84%</b>		55%	2%	6%	8%	13%	9%	<b>88%</b>
<b>TAMBACOUND A</b>	<b>173</b>	<b>64</b>	<b>35</b>	<b>14</b>	<b>7</b>	<b>43</b>	<b>7</b>	<b>170</b>	<b>28</b>	<b>13</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>26</b>
		37%	20%	8%	4%	25%	4%	<b>98%</b>		46%	27%	12%	4%	8%	0%	<b>93%</b>
<b>THIES</b>	<b>881</b>	<b>637</b>	<b>43</b>	<b>32</b>	<b>8</b>	<b>91</b>	<b>92</b>	<b>903</b>	<b>102</b>	<b>64</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>94</b>
		72%	5%	4%	1%	10%	10%	<b>102%</b>		62%	2%	7%	5%	8%	8%	<b>92%</b>
<b>ZIGUINCHOR</b>	<b>389</b>	<b>265</b>	<b>1</b>	<b>42</b>	<b>18</b>	<b>31</b>	<b>30</b>	<b>387</b>	<b>45</b>	<b>28</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>47</b>
		68%	0%	11%	5%	8%	8%	<b>99%</b>		62%	0%	9%	9%	15%	9%	<b>104%</b>
<b>SENEGAL</b>	<b>6430</b>	<b>4271</b>	<b>406</b>	<b>240</b>	<b>102</b>	<b>660</b>	<b>458</b>	<b>6137</b>	<b>837</b>	<b>506</b>	<b>49</b>	<b>44</b>	<b>36</b>	<b>95</b>	<b>67</b>	<b>797</b>
		66,4%	6,3%	3,7%	1,6%	10%	7%	<b>95%</b>		69%	6%	6%	4%	12%	8%	<b>95%</b>

## ANNEXE 4 ÉVOLUTION DES RESULTATS DE TRAITEMENT SUR 12 ANS

Tableau de synthèse des rapports d'évaluation des résultats du traitement

des cas frottis positifs enregistrés par an, de 1993 à 2006

Source : PNT, Sénégal

Années	Cas déclarés	Cas évalués		Guéris		Traitement terminé		Décédés		Echecs		Abandons		Transferts	
		Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
1993	4635	2068	45%	899	19%	281	6%	104	2%	25	1%	647	14%	112	2%
1994	4599	3138	68%	1358	30%	400	9%	162	4%	125	3%	916	20%	177	4%
1995	5421	4126	76%	1901	35%	496	9%	196	4%	308	6%	851	16%	374	7%
1996	5949	4275	72%	2196	37%	430	7%	188	3%	137	2%	1038	17%	266	4%
1997	5340	4692	88%	2574	48%	384	7%	167	3%	104	2%	1205	23%	258	5%
1998	5454	4328	79%	2285	42%	355	7%	162	3%	46	1%	1257	23%	223	4%
1999	5011	4700	94%	2479	49%	405	8%	174	3%	53	1%	1344	27%	245	5%
2000	5823	4681	80%	2458	42%	519	9%	185	3%	71	1%	1164	20%	284	5%
2001	6094	4971	82%	2646	43%	555	9%	187	3%	68	1%	1239	20%	276	5%
2004	<b>6430</b>	<b>6137</b>	<b>93%</b>	<b>4271</b>	<b>66%</b>	<b>406</b>	<b>6%</b>	<b>240</b>	<b>4%</b>	102	2%	660	9%	458	7%
1 <sup>o</sup> semestre 2005	<b>3133</b>	<b>3131</b>	<b>100%</b>	<b>2187</b>	<b>70%</b>	<b>178</b>	<b>6%</b>	<b>133</b>	<b>4%</b>	54	2%	358	11%	221	7%

**ANNEXE 5 RAPPORT DÉPISTAGE SEMESTRE 1 ANNÉE 2006** Source PNT

Synthèse des rapports de dépistage, de répartition des cas frottis positif par groupe d'âges et des cas de tuberculose mis au traitement, du Sénégal,																																		
Par centre de traitement et par Région, pour la période du 1er janvier au 31 décembre 2006																																		
MSPH/DS/ DMT / PNT																																		
Déclaration des cas nouveaux et des retraitements de tuberculose											Distributions des cas nouveaux à frottis positif																Nombre de cas							
par Région et par trimestre.											par sexe et par classe d'âges																mis au traitement							
Régions	Trimestres	Tuberculoses pulmonaires							Cas nouveaux TEP	Total des cas de tuberculose	par sexe et par classe d'âges																mis au traitement							
		Frottis positif				Frottis Négatifs					Cas 0 - 14 ans masculin	Cas 0 - 14 ans féminin	Cas 15 - 24 ans masculin	Cas 15 - 24 ans féminin	Cas 25 - 34 ans masculins	Cas 25 - 34 ans féminins	Cas 35 - 44 ans masculins	Cas 35 - 44 ans féminins	Cas 45 - 54 ans masculins	Cas 45 - 54 ans féminins	Cas 55 - 64 ans masculins	Cas 55 - 64 ans féminins	Cas 65 ans et + masculins	Cas 65 ans et + féminins	Total des cas de TPM+ sexe masculin	Total des cas de TPM+ sexe féminin	Total des cas nouveaux TPM+	Cas au protocole RHZ	Cas au protocole ERHZ	Cas au protocole SERHZ				
		Nouveaux cas	Rechutes	Echecs	Reprises de traitement	Total retraitement	âgés de moins de 15 ans	âgés de plus de 15 ans	Total frottis négatifs																									
DAKAR	1	731	46	6	28	80	7	129	136	131	1078	4	6	134	67	185	65	96	30	70	14	25	14	12	9	526	205	731	12	1061	102			
	2	768	52	12	38	102	29	139	168	148	1186	3	5	147	84	195	63	109	32	62	22	23	6	9	7	548	219	767	23	1074	118			
	total	1499	98	18	66	182	36	268	304	279	2264	7	11	281	151	380	128	205	62	132	36	48	20	21	16	1074	424	1498	35	2135	220			

<b>DIOURBEL</b>	1	171	17	4	9	30	0	18	18	22	241	0	3	22	18	51	15	15	8	8	4	10	6	7	4	113	58	171	3	207	36
	2	151	11	9	5	25	2	16	18	30	224	0	3	28	18	31	13	19	5	9	4	8	1	9	3	104	47	151	4	211	34
	total	322	28	13	14	55	2	34	36	52	465	0	6	50	36	82	28	34	13	17	8	18	7	16	7	217	105	322	7	418	70
<b>FATICK</b>	1	41	4	1	0	5	0	2	2	4	52	2	0	5	2	8	6	7	3	3	2	0	0	1	2	26	15	41	2	50	6
	2	47	3	2	1	6	0	5	5	1	59	1	0	4	9	9	4	2	3	2	1	3	0	2	0	23	17	40	1	43	3
	total	88	7	3	1	11	0	7	7	5	111	3	0	9	11	17	10	9	6	5	3	3	0	3	2	49	32	81	3	93	9
<b>KAOLACK</b>	1	108	7	1	9	17	11	29	40	2	167	0	1	12	7	20	5	13	7	11	7	10	8	7	0	73	35	108	0	149	18
	2	87	9	0	3	12	2	26	28	10	137	0	0	9	5	23	4	18	4	9	2	5	3	4	1	68	19	87	3	125	12
	total	195	16	1	12	29	13	55	68	12	304	0	1	21	12	43	9	31	11	20	9	15	11	11	1	141	54	195	3	274	30
<b>KOLDA</b>	1	86	0	1	5	6	1	10	11	5	108	0	2	7	4	12	12	12	5	13	4	7	3	1	4	52	34	86	0	102	6
	2	85	0	0	5	5	1	11	12	9	111	0	0	4	8	12	9	10	9	12	5	6	1	5	4	49	36	85	5	105	6
	total	171	0	1	10	11	2	21	23	14	219	0	2	11	12	24	21	22	14	25	9	13	4	6	8	101	70	171	5	207	12
<b>LOUGA</b>	1	62	4	0	1	5	0	7	7	11	85	0	1	9	4	17	4	11	1	4	1	2	1	5	3	48	15	63	0	78	5
	2	90	0	0	5	5	0	5	5	11	111	2	1	15	7	20	5	4	6	11	4	4	4	7	2	63	29	92	3	106	6
	total	152	4	0	6	10	0	12	12	22	196	2	2	24	11	37	9	15	7	15	5	6	5	12	5	111	44	155	3	184	11
<b>MATAM</b>	1	39	1	0	0	1	4	15	19	6	65	0	0	4	5	9	7	3	3	2	1	1	0	1	3	20	19	39	3	60	4
	2	37	3	0	1	4	2	10	12	3	56	0	0	8	5	5	4	4	2	1	4	2	1	0	0	20	16	36	2	47	7
	total	76	4	0	1	5	6	25	31	9	121	0	0	12	10	14	11	7	5	3	5	3	1	1	3	40	35	75	5	107	11
<b>SAINT LOUIS</b>	1	73	7	1	3	11	6	47	53	6	143	2	2	8	8	14	11	6	6	8	1	2	3	2	0	42	31	73	5	124	14
	2	63	4	3	2	9	11	12	23	8	103	0	1	10	9	16	10	5	5	4	0	3	0	0	0	38	25	63	1	97	8
	total	136	11	4	5	20	17	59	76	14	246	2	3	18	17	30	21	11	11	12	1	5	3	2	0	80	56	136	6	221	22
<b>TAMbCOUNDa</b>	1	45	3	5	6	14	1	1	2	5	66	1	0	6	4	6	2	7	5	4	3	0	1	4	2	28	17	45	3	50	14

	2	66	3	3	4	10	0	1	1	1	78	0	1	5	5	15	6	6	5	10	3	5	2	2	1	43	23	66	1	73	10
	total	111	6	8	10	24	1	2	3	6	144	1	1	11	9	21	8	13	10	14	6	5	3	6	3	71	40	111	4	123	24
<b>THIES</b>	1	205	15	2	6	23	11	57	68	12	308	2	3	38	14	54	13	31	12	18	7	6	3	5	1	154	53	207	3	328	26
	2	178	19	1	6	26	10	57	67	26	297	2	0	40	11	38	10	28	22	8	2	7	1	9	0	132	46	178	9	201	23
	total	383	34	3	12	49	21	114	135	38	605	4	3	78	25	92	23	59	34	26	9	13	4	14	1	286	99	385	12	529	49
<b>ZIGUINCHOR</b>	1	103	7	8	0	15	3	33	36	17	171	1	2	13	8	15	13	13	5	9	3	5	3	8	5	64	39	103	1	161	16
	2	99	6	4	1	11	0	30	30	10	150	2	0	22	11	15	3	14	8	7	3	7	0	7	0	74	25	99	1	140	11
	total	202	13	12	1	26	3	63	66	27	321	3	2	35	19	30	16	27	13	16	6	12	3	15	5	138	64	202	2	301	27
<b>SENEGAL</b>	1	1664	111	29	67	207	44	348	392	221	2484	12	20	258	141	391	153	214	85	150	47	68	42	53	33	1146	521	1667	32	2370	247
	2	1671	110	34	71	215	57	312	369	257	2512	10	11	292	172	379	131	219	101	135	50	73	19	54	18	1162	502	1664	53	2222	238
	total	3335	221	63	138	422	101	660	761	478	4996	22	31	550	313	770	284	433	186	285	97	141	61	107	51	2308	1023	3331	85	4592	485

# ANNEXE 6 ANALYSE DE COHORTE SEMESTRE 1 ANNÉE 2005 source PNT

## Synthèse des rapports d'analyse de cohortes de cas de tuberculose pulmonaire à frottis positif, enregistrés du 1er janvier au 30 juin 2005

### MSP / DS / DMT / PNT

#### Issues du traitement

Régions	CDT	Trimestres	Nouveaux cas								Retraitement							
			TPM+ NC déclarés en 2005	Guéris	Traitement terminé	Décédés	Echecs	Abandons	Transférés	Total	Cas déclarés en 2005	Guéris	Traitement terminé	Décédés	Echecs	Abandons	Transférés	Total
DK	Dkr centre	1ier	<b>61</b>	46	2	1	2	3	7	<b>61</b>		0	1	1	0	1	2	<b>5</b>
DK		2e	<b>67</b>	54	1	0	1	5	6	<b>67</b>		6	0	0	1	0	0	<b>7</b>
DK	Dkr-nord	1ier	<b>38</b>	48	0	2	1	5	0	<b>56</b>		6	1	0	2	1	1	<b>11</b>
DK		2e	<b>60</b>	76	2	3	1	5	10	<b>97</b>		7	0	1	1	2	1	<b>12</b>
DK	Dkr-ouest	1ier	<b>13</b>							<b>0</b>								<b>0</b>
DK		2e	<b>13</b>	11	0	0	0	1	1	<b>13</b>		2	0	0	0	0	0	<b>2</b>
DK	Dkr-sud	1ier	<b>71</b>	49	7	1	3	3	8	<b>71</b>		8	0	1	1	1	0	<b>11</b>
DK		2e	<b>116</b>	82	7	0	1	3	11	<b>104</b>		9	3	0	0	4	3	<b>19</b>
DK	Guédiawaye	1ier	<b>71</b>	44	7	1	2	8	9	<b>71</b>		3	0	1	2	1	1	<b>8</b>
DK		2e	<b>59</b>	42	0	0	0	12	5	<b>59</b>		7	0	20	2	3	3	<b>35</b>
DK	Hann	1ier	<b>9</b>	7	0	0	1	0	1	<b>9</b>		0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
DK		2e	<b>16</b>	12	0	0	0	1	3	<b>16</b>		1	0	1	0	0	0	<b>2</b>
DK	H.Diamniadio	1ier	<b>19</b>	15	0	0	3	0	1	<b>19</b>		2	0	0	0	0	0	<b>2</b>
DK		2e	<b>17</b>	8	6	0	0	2	1	<b>17</b>		2	0	0	0	0	0	<b>2</b>
DK	HFann Infect	1ier	<b>33</b>	0	0	1	0	32	0	<b>33</b>		0	0	0	0	1	0	<b>1</b>
DK		2e	<b>24</b>	0	0	2	0	22	0	<b>24</b>		0	0	0	0	2	0	<b>2</b>
DK	HOGGY	1ier	<b>8</b>	4	1	1	0	0	2	<b>8</b>		0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
DK		2e	<b>3</b>	1	0	0	0	0	2	<b>3</b>		0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
DK	Hpédiatrique	1ier	<b>7</b>							<b>0</b>								<b>0</b>
DK		2e	<b>2</b>							<b>0</b>								<b>0</b>
DK	HPD	1ier	<b>27</b>	12	7	1	0	7	0	<b>27</b>		0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
DK		2e	<b>32</b>	26	2	0	0	4	0	<b>32</b>		2	0	1	0	0	0	<b>3</b>
DK	IHO	1ier	<b>8</b>	4	0	0	0	2	2	<b>8</b>		0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
DK		2e	<b>7</b>	5	1	1	0	0	0	<b>7</b>		0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
DK	Mbao	1ier	<b>105</b>	72	11	1	2	14	5	<b>105</b>		5	2	2	0	4	0	<b>13</b>
DK		2e	<b>113</b>	75	8	2	6	14	8	<b>113</b>		12	2	0	0	1	1	<b>16</b>
DK	Ouakam	1ier	<b>13</b>	8	1	0	0	4	0	<b>13</b>		2	0	0	0	0	3	<b>5</b>
DK		2e	<b>11</b>	7	2	0	0	0	2	<b>11</b>		1	1	0	0	0	1	<b>3</b>

DK	Pikine	1ier	<b>106</b>	78	2	2	0	14	10	<b>106</b>			9	2	0	1	0	0	<b>12</b>
DK		2e	<b>115</b>	86	4	2	0	13	10	<b>115</b>			17	0	0	0	2	2	<b>21</b>
DK	Rufisque	1ier	<b>45</b>	30	6	3	1	4	1	<b>45</b>			1	0	0	0	0	1	<b>2</b>
DK		2e	<b>49</b>	35	5	1	0	7	1	<b>49</b>			7	0	1	0	4	2	<b>14</b>
<b>DAKAR</b>		1ier	<b>658</b>	<b>417</b>	<b>44</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>96</b>	<b>46</b>	<b>632</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>36</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>70</b>
		2e	<b>741</b>	<b>520</b>	<b>38</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>89</b>	<b>60</b>	<b>727</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>73</b>	<b>6</b>	<b>24</b>	<b>4</b>	<b>18</b>	<b>13</b>	<b>138</b>
		<b>TOTAL</b>	<b>1399</b>	<b>937</b>	<b>82</b>	<b>25</b>	<b>24</b>	<b>185</b>	<b>106</b>	<b>1359</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>109</b>	<b>12</b>	<b>29</b>	<b>10</b>	<b>27</b>	<b>21</b>	<b>208</b>
		<b>%</b>		<b>67%</b>	<b>6%</b>	<b>2%</b>	<b>2%</b>	<b>13%</b>	<b>8%</b>	<b>97%</b>			<b>52%</b>	<b>6%</b>	<b>14%</b>	<b>5%</b>	<b>13%</b>	<b>10%</b>	
DL	Bambey	1ier	<b>29</b>	19	1	0	0	6	3	<b>29</b>			0	0	0	0	1	0	<b>1</b>
DL		2e	<b>26</b>	12	1	1	0	8	4	<b>26</b>			3	1	0	0	0	1	<b>5</b>
DL	Diourbel	1ier	<b>31</b>	19	3	1	0	5	3	<b>31</b>			3	0	1	0	1	0	<b>5</b>
DL		2e	<b>21</b>	13	1	2	2	1	2	<b>21</b>			2	0	0	0	2	0	<b>4</b>
DL	Mbacké	1ier	<b>14</b>	11	2	0	0	1	0	<b>14</b>			4	0	0	0	1	0	<b>5</b>
DL		2e	<b>25</b>	4	17	0	0	2	1	<b>24</b>			3	3	0	0	1	0	<b>7</b>
DL	Touba	1ier	<b>57</b>	47	1	3	0	5	1	<b>57</b>			3	0	0	0	0	0	<b>3</b>
DL		2e	<b>72</b>	52	1	1	0	12	2	<b>68</b>			5	0	1	1	4	2	<b>13</b>
<b>DIOURBEL</b>		1ier	<b>131</b>	<b>96</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>17</b>	<b>7</b>	<b>131</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>14</b>
		2e	<b>144</b>	<b>81</b>	<b>20</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>23</b>	<b>9</b>	<b>139</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>13</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>29</b>
		<b>TOTAL</b>	<b>275</b>	<b>177</b>	<b>27</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>40</b>	<b>16</b>	<b>270</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>23</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>3</b>	<b>43</b>
		<b>%</b>		<b>64%</b>	<b>10%</b>	<b>3%</b>	<b>1%</b>	<b>15%</b>	<b>6%</b>	<b>98%</b>			<b>53%</b>	<b>9%</b>	<b>5%</b>	<b>2%</b>	<b>23%</b>	<b>7%</b>	
FK	Dioffior	1ier	<b>7</b>	3	0	2	0	1	1	<b>7</b>			0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
FK		2e	<b>3</b>	2	0	1	0	0	0	<b>3</b>			0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
FK	Fatick	1ier	<b>11</b>	8	1	0	0	2	0	<b>11</b>			0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
FK		2e	<b>9</b>	6	2	0	0	1	0	<b>9</b>			1	0	0	0	2	0	<b>3</b>
FK	Foundiougne	1ier	<b>13</b>	9	0	3	0	0	1	<b>13</b>			0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
FK		2e	<b>14</b>	10	0	3	0	0	1	<b>14</b>			0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
FK	Gossas	1ier	<b>9</b>	9	0	0	0	0	1	<b>10</b>			1	0	0	0	0	0	<b>1</b>
FK		2e	<b>9</b>	7	0	0	0	0	2	<b>9</b>			0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
FK	Guinguineo	1ier	<b>1</b>	1	0	0	0	0	0	<b>1</b>			0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
FK		2e	<b>3</b>	3	0	0	0	0	0	<b>3</b>			1	0	0	0	1	0	<b>2</b>
FK	Sokone	1ier	<b>5</b>	3	0	0	0	1	1	<b>5</b>			0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
FK		2e	<b>8</b>	7	0	0	0	1	0	<b>8</b>			0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
<b>FATICK</b>		1ier	<b>46</b>	<b>33</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>47</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
		2e	<b>46</b>	<b>35</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>46</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>5</b>
		<b>TOTAL</b>	<b>92</b>	<b>68</b>	<b>3</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>93</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>6</b>
		<b>%</b>		<b>74%</b>	<b>3%</b>	<b>10%</b>	<b>0%</b>	<b>7%</b>	<b>8%</b>	<b>101%</b>			<b>50%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>50%</b>	<b>0%</b>	
KD	Kolda	1ier	<b>30</b>	20	0	4	1	2	3	<b>30</b>			1	0	0	0	0	0	<b>1</b>
KD		2e	<b>23</b>	14	1	3	2	2	1	<b>23</b>			3	0	0	0	0	0	<b>3</b>

KD	Sédhiou	1ier	<b>22</b>	18	0	1	0	2	1	<b>22</b>			1	0	1	0	0	0	2
KD		2e	<b>33</b>	26	1	1	2	1	2	<b>33</b>			2	0	0	0	0	0	2
KD	Vélingara	1ier	<b>20</b>	13	0	2	0	2	3	<b>20</b>			2	0	1	0	0	1	4
KD		2e	<b>28</b>	21	2	1	0	2	2	<b>28</b>			1	1	0	0	0	0	2
<b>KO LD A</b>		1ier	<b>72</b>	<b>51</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>72</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>7</b>
		2e	<b>84</b>	<b>61</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>84</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>7</b>
		<b>TOTAL</b>	<b>156</b>	<b>112</b>	<b>4</b>	<b>12</b>	<b>5</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>156</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>14</b>
		<b>%</b>		<b>72%</b>	<b>3%</b>	<b>8%</b>	<b>3%</b>	<b>7%</b>	<b>8%</b>	<b>100%</b>			<b>71%</b>	<b>7%</b>	<b>14%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>7%</b>	
KL	Kafrine	1ier	<b>24</b>	13	3	2	0	4	2	<b>24</b>			1	0	0	0	1	0	2
KL		2e	<b>21</b>	19	2	0	0	0	0	<b>21</b>			2	0	0	0	1	1	4
KL	Kaolack	1ier	<b>53</b>	44	2	3	0	0	4	<b>53</b>			2	0	0	0	0	0	2
KL		2e	<b>55</b>	42	4	4	0	0	5	<b>55</b>			12	1	1	0	0	0	14
KL	Koungoul	1ier	<b>6</b>	5	0	0	0	0	1	<b>6</b>			1	0	0	0	0	0	1
KL		2e	<b>5</b>	4	0	1	0	0	0	<b>5</b>			1	0	0	0	2	0	3
KL	Nioro	1ier	<b>28</b>	26	0	1	0	0	1	<b>28</b>			5	0	0	0	0	0	5
KL		2e	<b>20</b>	17	0	1	0	0	2	<b>20</b>			1	0	0	0	0	0	1
<b>KAOLACK</b>		1ier	<b>111</b>	<b>88</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>111</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>10</b>
		2e	<b>101</b>	<b>82</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>101</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>16</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>22</b>
		<b>TOTAL</b>	<b>212</b>	<b>170</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>15</b>	<b>212</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>25</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>32</b>
		<b>%</b>		<b>80%</b>	<b>5%</b>	<b>6%</b>	<b>0%</b>	<b>2%</b>	<b>7%</b>	<b>100%</b>			<b>78%</b>	<b>3%</b>	<b>3%</b>	<b>0%</b>	<b>13%</b>	<b>3%</b>	
LG	D, mousty	1ier	<b>5</b>	3	0	0	0	1	2	<b>6</b>			0	0	0	0	0	0	0
LG		2e	<b>9</b>	6	0	2	0	1	0	<b>9</b>			1	0	0	0	0	0	1
LG	Dahra	1ier	<b>9</b>	5	1	1	0	1	1	<b>9</b>			0	0	0	0	0	0	0
LG		2e	<b>6</b>	3	0	0	0	2	1	<b>6</b>			0	0	0	0	0	0	0
LG	Kébémér	1ier	<b>16</b>	10	0	2	1	1	2	<b>16</b>			1	0	0	0	0	0	1
LG		2e	<b>24</b>	15	0	2	2	3	2	<b>24</b>			0	0	1	1	0	0	2
LG	Linguère	1ier	<b>9</b>	3	3	1	0	1	1	<b>9</b>			0	0	0	0	0	0	0
LG		2e	<b>11</b>	5	2	2	0	0	3	<b>12</b>			0	0	0	0	0	0	0
LG	Louga	1ier	<b>20</b>	15	0	1	1	3	1	<b>21</b>			2	0	0	0	0	0	2
LG		2e	<b>28</b>	18	1	1	1	3	2	<b>26</b>			5	0	0	0	0	0	5
<b>LO UG A</b>		1ier	<b>59</b>	<b>36</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>61</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>
		2e	<b>78</b>	<b>47</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>77</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>8</b>
		<b>TOTAL</b>	<b>137</b>	<b>83</b>	<b>7</b>	<b>12</b>	<b>5</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>138</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>11</b>
		<b>%</b>		<b>61%</b>	<b>5%</b>	<b>9%</b>	<b>4%</b>	<b>12%</b>	<b>11%</b>	<b>101%</b>			<b>82%</b>	<b>0%</b>	<b>9%</b>	<b>9%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	
	Kanel	1ier	<b>1</b>							<b>0</b>			0	0	0	0	0	0	0
		2e	<b>5</b>	7	0	3	0	0	2	<b>12</b>			0	0	0	0	0	0	0
MT	Matam	1ier	<b>6</b>	7	5	1	0	1	1	<b>15</b>			1	1	1	0	0	0	3
MT		2e	<b>4</b>	4	3	0	0	0	0	<b>7</b>			1	0	0	0	1	0	2

MT	Ourossogui	1ier	11	6	0	0	0	5	0	11			2	0	0	0	1	0	3
MT		2e	23	18	0	0	0	5	0	23			1	0	0	0	1	0	2
MA TA M	Total	1ier	18	13	5	1	0	6	1	26		0	3	1	1	0	1	0	6
		2e	32	29	3	3	0	5	2	42		0	2	0	0	0	2	0	4
		<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>42</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>11</b>	<b>3</b>	<b>68</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>10</b>
		<b>%</b>		<b>84%</b>	<b>16%</b>	<b>8%</b>	<b>0%</b>	<b>22%</b>	<b>6%</b>	<b>136%</b>			<b>50%</b>	<b>10%</b>	<b>10%</b>	<b>0%</b>	<b>30%</b>	<b>0%</b>	
SL	Dagana	1ier	6	4	0	0	0	2	0	6			0	0	0	1	0	0	1
SL		2e	4	1	0	1	1	1	0	4			0	0	0	0	0	0	0
SL	St Louis	1ier	48	39	1	1	3	3	1	48			2	0	1	0	1	1	5
SL		2e	46	29	5	2	2	2	4	44			8	0	0	0	0	0	8
SL	H.Ndioum	1ier	6	12	0	0	0	3	0	15			2	0	1	0	2	0	5
SL		2e	10	3	1	2	0	4	0	10			1	0	0	0	3	0	4
SL	Podor	1ier	3	2	0	0	0	0	1	3			0	0	0	0	0	0	0
SL		2e	6	1	1	0	0	4	6	12			0	0	0	0	0	0	0
SL	R-toll	1ier	19	18	0	0	0	1	0	19			0	1	0	0	0	0	1
SL		2e	10	10	0	0	0	0	0	10			4	0	0	0	0	0	4
<b>ST LOUIS</b>		1ier	<b>82</b>	<b>75</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>91</b>		<b>0</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>12</b>
		2e	<b>76</b>	<b>44</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>11</b>	<b>10</b>	<b>80</b>		<b>0</b>	<b>13</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>16</b>
		<b>TOTAL</b>	<b>158</b>	<b>119</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>20</b>	<b>12</b>	<b>171</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>17</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>28</b>
		<b>%</b>		<b>75%</b>	<b>5%</b>	<b>4%</b>	<b>4%</b>	<b>13%</b>	<b>8%</b>	<b>108%</b>			<b>61%</b>	<b>4%</b>	<b>7%</b>	<b>4%</b>	<b>21%</b>	<b>4%</b>	
TC	Bakel	1ier	3	0	0	0	0	2	1	3			0	0	0	0	0	0	0
TC		2e	7	3	1	0	0	2	0	6			0	0	0	0	1	0	1
TC	Goudiry	1ier	1	1	0	0	0	0	0	1			0	0	0	0	0	0	0
TC		2e	1	1	0	0	0	0	0	1			0	0	0	0	0	0	0
TC	Kégougou	1ier	3	0	0	1	1	1	0	3			0	0	0	0	0	0	0
TC		2e	12	6	1	5	0	0	0	12			0	0	0	0	1	0	1
TC	Koumpentoum	1ier	0							0									0
TC		2e	4	4	0	0	0	0	0	4			0	0	0	0	0	0	0
TC	Tamba	1ier	26	7	6	0	3	8	2	26			5	2	2	0	2	0	11
TC		2e	33	17	7	0	0	8	1	33			2	0	0	0	0	1	3
TA MB A		1ier	37	12	6	1	4	11	3	37		0	5	2	2	0	2	0	11
		2e	53	27	9	5	0	10	1	52		0	2	0	0	0	2	1	5
		<b>TOTAL</b>	<b>90</b>	<b>39</b>	<b>15</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>21</b>	<b>4</b>	<b>89</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>16</b>
		<b>%</b>		<b>43%</b>	<b>17%</b>	<b>7%</b>	<b>4%</b>	<b>23%</b>	<b>4%</b>	<b>99%</b>			<b>44%</b>	<b>13%</b>	<b>13%</b>	<b>0%</b>	<b>25%</b>	<b>6%</b>	
TH	H,St J, Dieu	1ier	5	6	0	0	0	0	0	6			0	0	0	0	0	0	0
TH		2e	6	5	0	0	1	1	0	7			0	0	0	1	0	0	1
TH	Joal	1ier	6	4	0	0	0	1	1	6			1	0	1	0	0	0	2
TH		2e	12	9	0	0	2	1	0	12			0	0	0	0	0	0	0
TH	Khombole	1ier	21	20	0	0	0	0	0	20			2	0	0	0	0	0	2
TH		2e	34	30	0	0	0	0	3	33			1	0	0	0	0	0	1
TH	Mbour	1ier	28	24	0	2	0	1	1	28			3	0	0	0	0	0	3

TH		2e	<b>36</b>	33	0	1	0	2	0	<b>36</b>			0	0	0	0	1	0	<b>1</b>
TH	Mékhè	1ier	<b>17</b>	15	0	0	0	0	2	<b>17</b>			0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
TH		2e	<b>14</b>	10	0	2	0	1	1	<b>14</b>			0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
TH	Popeng uine	1ier	<b>8</b>	5	2	0	0	2	0	<b>9</b>			0	1	0	0	0	0	<b>1</b>
TH		2e	<b>8</b>	3	1	0	0	3	0	<b>7</b>			0	0	0	0	1	0	<b>1</b>
TH	Thiadia ye	1ier	<b>18</b>	13	0	1	0	4	0	<b>18</b>			1	0	0	0	0	1	<b>2</b>
TH		2e	<b>11</b>	7	2	2	0	0	0	<b>11</b>			2	0	1	0	1	0	<b>4</b>
TH	Thiès	1ier	<b>57</b>	43	1	0	0	6	7	<b>57</b>			1	0	0	0	1	0	<b>2</b>
TH		2e	<b>47</b>	43	1	2	0	5	1	<b>52</b>			5	0	0	1	0	1	<b>7</b>
TH	Tivaoua ne	1ier	<b>20</b>	13	5	3	0	3	2	<b>26</b>			2	1	2	0	4	2	<b>11</b>
TH		2e	<b>16</b>	15	1	0	0	0	0	<b>16</b>			3	0	1	0	0	0	<b>4</b>
<b>THI ES</b>		1ier	<b>180</b>	<b>143</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>17</b>	<b>13</b>	<b>187</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>23</b>
		2e	<b>184</b>	<b>155</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>13</b>	<b>5</b>	<b>188</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>11</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>19</b>
		<b>TOTAL</b>	<b>364</b>	<b>298</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>3</b>	<b>30</b>	<b>18</b>	<b>375</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>21</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>42</b>
		<b>%</b>		<b>82%</b>	<b>4%</b>	<b>4%</b>	<b>1%</b>	<b>8%</b>	<b>5%</b>	<b>103%</b>			<b>50%</b>	<b>5%</b>	<b>12%</b>	<b>5%</b>	<b>19%</b>	<b>10%</b>	
ZG	Bignona	1ier	<b>32</b>	28	0	3	0	1	0	<b>32</b>			4	0	1	0	0	0	<b>5</b>
ZG		2e	<b>48</b>	37	0	7	0	1	3	<b>48</b>			3	0	1	0	0	0	<b>4</b>
ZG	Oussou ye	1ier	<b>8</b>	4	0	1	0	2	1	<b>8</b>			0	0	0	0	0	1	<b>1</b>
ZG		2e	<b>5</b>	5	0	0	0	0	0	<b>5</b>			1	0	0	0	1	0	<b>2</b>
ZG	Ziguinc hor	1ier	<b>57</b>	37	0	9	2	5	4	<b>57</b>			5	0	1	2	1	0	<b>9</b>
ZG		2e	<b>50</b>	31	0	6	3	5	5	<b>50</b>			6	0	0	1	1	0	<b>8</b>
<b>ZIGUINCHO R</b>		1ier	<b>97</b>	<b>69</b>	<b>0</b>	<b>13</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>97</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>15</b>
		2e	<b>103</b>	<b>73</b>	<b>0</b>	<b>13</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>103</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>14</b>
		<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>142</b>	<b>0</b>	<b>26</b>	<b>5</b>	<b>14</b>	<b>13</b>	<b>200</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>19</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>29</b>
		<b>%</b>		<b>71%</b>	<b>0%</b>	<b>13%</b>	<b>3%</b>	<b>7%</b>	<b>7%</b>	<b>100%</b>			<b>66%</b>	<b>0%</b>	<b>10%</b>	<b>10%</b>	<b>10%</b>	<b>3%</b>	
<b>SENEGAL</b>		1ier	<b>1491</b>	<b>1033</b>	<b>81</b>	<b>63</b>	<b>27</b>	<b>185</b>	<b>103</b>	<b>1492</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>94</b>	<b>12</b>	<b>18</b>	<b>9</b>	<b>25</b>	<b>14</b>	<b>172</b>
				<b>69%</b>	<b>5%</b>	<b>4%</b>	<b>2%</b>	<b>12%</b>	<b>7%</b>	<b>100%</b>			<b>55%</b>	<b>7%</b>	<b>10%</b>	<b>5%</b>	<b>15%</b>	<b>8%</b>	
		2e	<b>1642</b>	<b>1154</b>	<b>97</b>	<b>70</b>	<b>27</b>	<b>173</b>	<b>118</b>	<b>1639</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>154</b>	<b>12</b>	<b>30</b>	<b>9</b>	<b>43</b>	<b>19</b>	<b>267</b>
				<b>70%</b>	<b>6%</b>	<b>4%</b>	<b>2%</b>	<b>11%</b>	<b>7%</b>	<b>100%</b>			<b>58%</b>	<b>4%</b>	<b>11%</b>	<b>3%</b>	<b>16%</b>	<b>7%</b>	
		<b>TOTAL</b>	<b>3133</b>	<b>2187</b>	<b>178</b>	<b>133</b>	<b>54</b>	<b>358</b>	<b>221</b>	<b>3131</b>			<b>248</b>	<b>24</b>	<b>48</b>	<b>18</b>	<b>68</b>	<b>33</b>	<b>439</b>
		<b>%</b>		<b>70%</b>	<b>6%</b>	<b>4%</b>	<b>2%</b>	<b>11%</b>	<b>7%</b>	<b>100%</b>			<b>56%</b>	<b>5%</b>	<b>11%</b>	<b>4%</b>	<b>15%</b>	<b>8%</b>	

**ANNEXE 7 CONTROLE\_DE QUALITE DES EXAMENS ZIEHL Trimestre 1 année 2006**

ÉVALUATION DES CENTRES DE MICROSCOPIE ZIEHL								
Nom du centre contrôlé	No. De Ziehl contrôlés			No. D'erreurs trouvées pour le centre				
	Pos.	Scanty	Neg.	HFP	FFP	HFN	FFN	EQ
<b>DAKAR</b>								
CSG Kamara	1	0	9	0	0	0	0	0
Nabil Choucair	1	0	9	0	0	0	0	1
Mbao	2	0	8	0	0	0	0	0
Roi Baudouin	1	0	9	1	0	0	0	0
IHS	3	0	7	0	0	0	0	0
Hann s/Mer	2	0	8	0	0	1	0	0
CSPA	0	0	0	0	0	0	0	0
P. Senghor	0	0	0	0	0	0	0	0
Rufisque	0	0	0	0	0	0	0	0
Pikine	0	0	10	0	0	0	0	0
CMS Gendarmerie	0	0	0	0	0	0	0	0
Ouakam	0	0	0	0	0	0	0	0
CMG Marine Nationale	0	0	0	0	0	0	0	0
Diamniadio	0	0	0	0	0	0	0	0
Bargny	0	0	0	0	0	0	0	0
HALD	0	0	0	0	0	0	0	0
LNR	4	0	6	0	0	0	0	0
<b>DIOURBEL</b>								
Bambey	2	0	7					
Diourbel	1	1	8	0	0	0	0	0
Mbacke	4	0	6	0	0	0	0	0
Touba	2	0	8	0	0	1	0	0
<b>FATICK</b>								
Dioffior	1	0	9	0	0	1	0	0
Gossas	1	0	9	1	0	0	0	0
Fatick	0	0	10	0	0	0	0	0
Sokone	3	0	7	0	0	0	0	2
Guinguineo	1	0	9	0	0	0	0	0
Foundiougne	2	0	8	0	0	0	0	0
<b>KOLDA</b>								
Kolda	2	0	8	1	0	1	0	0
Sedhiou	0	0	0	0	0	0	0	0
Velingara	3	0	7	0	0	1	0	0

Simbandi Balante	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>KAOLACK</b>								
Koungheul	1	0	9	0	0	0	0	0
Nioro	2	0	8	0	0	1	0	0
Labo Reg	3	1	6	0	0	0	0	0
Kaffrine	0	0	0	0	0	0	0	0
Kasnack	1	0	9	0	0	1	0	0
<b>LOUGA</b>								
Kebemer	5	0	5	0	0	1	0	0
Darou Mousty	0	0	0	0	0	0	0	0
Dahra	3	0	7	1	0	0	0	1
Louga	2	1	7	0	0	0	0	0
Linguere	0	0	0	0	0	0	0	0
CH Régional	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>MATAM</b>								
Matam	0	0	0	0	0	0	0	0
Kanel								
Ranerou								
Ourossogui	3	0	7	0	0	0	0	0
<b>SAINT-LOUIS</b>								
Ndioum	0	0	0	0	0	0	0	0
Podor	0	0	0	0	0	0	0	0
Richard-Toll	0	0	0	0	0	0	0	0
Dagana	0	0	0	0	0	0	0	0
St Louis	1	0	9	0	0	0	0	0
Sor	0	0	0	0	0	0	0	0
Hôp. Régional	4	0	6	0	0	0	0	1
Garnison	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TAMBACOUNDA</b>								
Tamba	2	0	8	0	0	0	0	0
Goudiry	1	0	9	0	0	0	0	0
Hop Reg	1	0	9	0	0	1	0	0
Kedougou	0	0	0	0	0	0	0	0
Bakel	0	0	10	0	0	0	0	0
Koupentoum	0	0	0	0	0	0	0	0
Kidira	0	0	0	0	0	0	0	0

<b>THIES</b>								
Hop Reg	0	0	0	0	0	0	0	0
CS Thies	1	0	9	0	0	1	0	0
Tivaouane	3	0	7	1	0	0	0	1
Mekhe	3	0	7	0	0	0	0	0
Thiadiaye	2	0	8	0	0	0	0	0
Khombole	3	0	7	0	0	1	0	0
Mbour	1	0	9	1	0	0	0	0
Joal-Fadiouth	2	0	8	0	0	0	0	0
Popoungue	3	0	7	0	0	0	0	0
Hop SJD	0	0	0	0	0	0	0	0
Mboro	3	0	7	0	0	0	0	0
<b>ZIGUINCHOR</b>								
Oussouye	1	0	9	0	0	0	0	0
Ziguinchor	2	0	8	0	0	0	0	0
Bignona	3	0	7	0	0	0	0	0
Hop Reg	1	0	9	0	0	0	0	0
Mlomp	0	0	0	0	0	0	0	0
PS Néma	3	0	7	0	0	0	0	0
Camp Militaire	0	0	0	0	0	0	0	0
Thionck-Essyl	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>96</b>	<b>3</b>	<b>380</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>11</b>	<b>0</b>	<b>6</b>

**TOTAUX PAR REGION**

DAKAR	14	0	66	1	0	1	0	1
DIOURBEL	9	1	29	0	0	1	0	0
FATICK	8	0	52	1	0	1	0	2
KOLDA	5	0	15	1	0	2	0	0
KAOLACK	7	1	32	0	0	2	0	0
LOUGA	10	1	19	1	0	1	0	1
MATAM	3	0	7	0	0	0	0	0
SAINT-LOUIS	5	0	15	0	0	0	0	1
TAMBACOUNDA	4	0	36	0	0	1	0	0
THIES	21	0	69	2	0	2	0	1
ZIGUINCHOR	10	0	40	0	0	0	0	0
<b>TOTAUX REGION</b>	<b>96</b>	<b>3</b>	<b>380</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>11</b>	<b>0</b>	<b>6</b>

TAUX D'ERREURS	Total FP	Total FN	HFP	FFP	HFN	FFN	EQ
	6%	3%	6,1%	0%	2,9%	0,0%	6,1%

# ANNEXE 7 bis CONTROLE DE QUALITE DES EXAMENS ZIEHL Trimestre 2

Année 2006

Nom du centre contrôlé	ÉVALUATION DES CENTRES DE MICROSCOPIE ZIEHL							EQ
	No. de Ziehl contrôlés			No. d'erreurs trouvées pour le centre				
	Pos.	Scanty	Neg.	HFP	FFP	HFN	FFN	
<b>DAKAR</b>								
CSG Kamara	1	0	9	0	0	0	0	0
Nabil Choucair	0	0	0	0	0	0	0	0
Mbao	3	0	7	0	0	0	0	0
Roi Baudouin	1	0	9	0	0	0	0	0
IHS	2	0	8	0	0	0	0	0
Hann s/Mer	1	0	9	0	0	0	0	0
CSPA	0	0	0	0	0	0	0	0
P. Senghor	0	0	0	0	0	0	0	0
Rufisque	1	0	8	0	0	0	0	0
Pikine	1	0	9	0	0	0	0	0
CMS Gendarmerie	0	0	0	0	0	0	0	0
Ouakam	0	0	0	0	0	0	0	0
CMG Marine Nationale	0	0	0	0	0	0	0	0
Diamniadio	0	0	0	0	0	0	0	0
Bargny	0	0	0	0	0	0	0	0
HALD	0	0	0	0	0	0	0	0
LNR	8	0	2	0	0	0	0	0
0								
<b>DIOURBEL</b>								
Bambey	4	0	6	0	0	0	0	0
Diourbel	3	0	7	0	0	2	0	0
Mbacke								
Touba	3	0	7	0	0	0	0	0
0								
0								
<b>FATICK</b>								
Dioffior								
Gossas	2	0	8					
Fatick	2	1	7	0	0	0	0	0
Sokone								
Guinguineo	1	0	9	0	0	0	0	0
Foundiougne	1	0	9	0	0	0	0	0
0								
<b>KOLDA</b>								
Kolda	2	0	8	0	0	0	0	0
Sedhiou								
Velingara	3	0	7	0	0	0	0	0
Simbandi Balante	2	1	7		1			1
0								

<b>KAOLACK</b>								
Koungheul								
Nioro								
Labo Reg	2	1	7	0	0	0	1	0
Kaffrine								
Kasnack	2	0	8	0	0	0	0	0
0								
<b>LOUGA</b>								
Kebemer	5	0	5	0	0	2	0	0
Darou Mousty	2	0	8	0	0	0	0	1
Dahra	3	0	7	0	0	0	0	0
Louga	1	0	9	0	0	0	0	0
Linguere								
CH Régional	3	0	7	0	0	0	0	0
0								
<b>MATAM</b>								
Matam								
Kanel								
Ranerou								
Ourossogui								
0								
<b>SAINT-LOUIS</b>								
Ndium								
Podor								
Richard-Toll								
Dagana								
St Louis								
Sor								
Hôp. Régional								
Garnison								
0								
<b>TAMBACOUNDA</b>								
Tamba	0	0	0	0	0	0	0	0
Goudiry								
Hop Reg	1	0	9	0	0	1	0	0
Kedougou								
Bakel	0	0	9	0	0	0	0	0
Koupentoum	2	0	8	0	0	0	0	0
Kidira								
0								
<b>THIES</b>								
Hop Reg								
CS Thies	1	0	9	0	0	1	0	0
Tivaouane	1	0	9	0	0	1	0	0
Mekhe	3	0	7	1	0	0	0	0
Thiadiaye	2	0	8	0	0	0	0	0
Khombole								

Mbour								
Joal-Fadiouth	1	0	9	0	0	0	0	0
Popouguine								
Hop SJD								
Mboro								
0								
<b>ZIGUINCHOR</b>								
Oussouye	3	0	7	0	0	1	0	0
Ziguinchor	5	0	6					
Bignona	4	0	6	0	0	0	0	0
Hop Reg	0	0	10	0	0	0	0	0
Mlomp								
PS Néma	5	0	5			1	1	2
Camp Militaire								
Thionck-Essyl								
<b>TOTAL</b>	<b>87</b>	<b>3</b>	<b>289</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>4</b>

**TOTAUX PAR REGION**

DAKAR	18	0	61	0	0	0	0	0
DIOURBEL	10	0	20	0	0	2	0	0
FATICK	6	1	33	0	0	0	0	0
KOLDA	7	1	22	0	1	0	0	1
KAOLACK	4	1	15	0	0	0	1	0
LOUGA	14	0	36	0	0	2	0	1
MATAM	0	0	0	0	0	0	0	0
SAINT-LOUIS	0	0	0	0	0	0	0	0
TAMBACOUNDA	3	0	26	0	0	1	0	0
THIES	8	0	42	1	0	2	0	0
ZIGUINCHOR	17	0	34	0	0	2	1	2
<b>TOTAUX PAR REGION</b>	<b>87</b>	<b>3</b>	<b>289</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>4</b>

<b>TAUX D'ERREURS</b>	<b>Total FP</b>	<b>Total FN</b>	<b>HFP</b>	<b>FFP</b>	<b>HFN</b>	<b>FFN</b>	<b>EQ</b>
	2,2%	3,8%	1,1%	1,1%	3,1%	0,7%	4,4%

# ANNEXE 8 FICHE RESUMEE DE SUPERVISION A LAISSER SUR PLACE DANS LE CENTRE

CDT :  
Superviseurs :

N° de code :

District :  
Date de la visite :

## ELEMENTS DE LA VISITE

### RAPPORT TRIMESTRIEL SUR LE DEPISTAGE DES TUBERCULEUX :

N° du trimestre : .....

Année : .....

Fait le : .....

Non fait

Fait durant la supervision et rapporté

Envoyé à la région

% de TPM+ / Totalité des malades :

% de TPM- / Totalité des malades :

### RAPPORT TRIMESTRIEL SUR LES RESULTATS DE TRAITEMENTS :

N° du trimestre : .....

Année : .....

Fait le : .....

Non fait

Fait durant la supervision et rapporté

Envoyé à la Région

% de Perdus de vue :

### TENUE DES FICHES DE TRAITEMENT :

A jour Oui  Non

Correctes Oui  Non

### TENUE DU REGISTRE :

A jour Oui  Non

Régimes préconisés : Corrects  Oui  Non

Catégories : Corrects  Oui  Non

Preuve TPM+: 2 BAAR Respectée  Oui  Non

### RESULTATS EN COURS DE TRAITEMENT

Contrôler les malades TPM+ enregistrés entre 9 et 6 mois précédant la visite.

Ex: visite le 20 avril 2006, on contrôle les malades TPM+ enregistrés de juillet à octobre 2005 (approximativement, le contrôle est fait à 2 mois et à 5 mois).

à 2 mois

Examen fait au 2 <sup>ème</sup> mois		Examen NON fait			Total TPM+
Négatif	Positif	Décédé	PDV	Transféré	

à 5 mois

Examen fait au 5 <sup>ème</sup> mois		Examen NON fait			Total TPM+
Négatif	Positif	Décédé	PDV	Transféré	

### CONNAISSANCE DES DEFINITIONS PAR LES AGENTS DE SANTE

#### Enregistrement :

Nouveaux cas Rechute Transfert

Echec Reprise

Bon

#### Résultats de traitement :

Guéri Décédé Echec

Traitement terminé Perdu de vue Transféré

Mauv

### VISITE AU LABORATOIRE :

- Registre du laboratoire utilisé Oui  Non

- Les Nouveaux cas positifs sont-ils enregistrés sur le Registre de la Tuberculose du CDT : Oui  Non

(Vérifiez la concordance) -

Rapport mensuel : rempli Oui  Non

Mois du dernier rapport : .....

Laboratoire bien tenu : Oui  Non

Taux de dépistage :

TDO RESPECTE : Oui  Non  Conseiling dépistage VIH Oui  Non

REFERENCE DES TOUSSEURS CHRONIQUES : Oui  Non  Nombre : .....

**AFFICHES et PROSPECTUS IEC :**

Les affiches du programme sont-elles affichées : Oui  Non  Fait durant la supervision   
 dans la salle de soins  dans le bureau du médecin  sur les murs du CDT (à l'extérieur)

L'affiche sur la gratuité est-elle affichée : Oui  Non  Où ? .....

Les prospectus IEC sont-ils distribués ? Oui  Non  Sont-ils disponibles ? Oui  Non

**MEDICAMENTS :**

Produits	Stocks du CDT le jour de la visite		Dotation lors de la visite		TOTAL (A+B)
	Nombre (A)	Date de péremption	Nombre (B)	Date de péremption	
RH <sub>150/100</sub>					
Z <sub>400</sub>					
E <sub>400</sub>					
EH					
S <sub>1g</sub>					
Autres					

Reprendre les médicaments périmés ou en vue de l'être avant consommation. Vérifiez aussi que les quantités sorties durant le trimestre correspondent à la réalité.

Commentaires :

PROBLEMES RENCONTRES EXPRIMES PAR LE CENTRE ET COMMENTAIRES DU SUPERVISEUR :

**Le Superviseur**

**Le Supervisé**

La fiche doit être agrafée dans le registre

## ANNEXE 9

### PLAN D'ACTION PRÉVISIONNEL DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE EN 2007

MINISTÈRE DE LA SANTE ET DE LA PRÉVENTION MEDICALE  
 DIRECTION DE LA SANTE  
 DIVISION LUTTE CONTRE LA MALADIE  
 PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

Objectif: Guérir 85% des cas de TPM+ dépistés									
Résultat attendu 1: Les cas de tuberculose TPM+ sont dépistés au moins à 70%									
Activités	Trimestres				Financement		Respon sables	Indicateur de suivi	
	T1	T2	T3	T4	Montant	Source			
Réhabiliter 5 laboratoires (3 à Dakar et 2 dans les régions)					7 500 000	FHI			
Contractualiser pour la maintenance de l'équipement du laboratoire national de référence et des laboratoires périphériques					8 000 000	FHI			
Organiser 4 sessions de recyclage de 40 techniciens de laboratoire y compris le secteur privé					22 435 200	FHI			
assurer la formation de 06 techniciens de laboratoires					4 206 600	FHI			
Assurer le Contrôle de qualité des unités de microscopie					6 999 959	LHL			
<b>Total 1</b>					<b>49 141 759</b>				
Résultat attendu 2: Le TDO est adopté et appliqué à tous les malades au niveau national									
Activités	Trimestres				Financement		Responsables	Indicateur de suivi	
	T1	T2	T3	T4	Montant(MF)	Source			
Organiser 10 sessions d'orientation de 2 jours des médecins du secteur privé et parapublic sur la prise en charge des cas de tuberculose et de co-infection TB/VIH					44 870 400	FHI			
Organiser 48 sessions de formation et recyclage de trois jours 25 ICP dans les 63 districts sur la prise en charge et le suivi du traitement dans le cadre de la décentralisation ;					139 334 400	FHI			

Organiser 4 sessions de formation de 5 jours pour 100 Responsables de traitement ( district et région) sur le sur le suivi et évaluation					19 352 000	LHL		
Organiser 01 atelier de plaidoyer à l'intention de l'administration pénitentiaire et les entreprises pour 41 personnes					4 599 216	FHI		
Organiser 4 sessions de formation de 5 jours de 100 responsables d'unités de traitement sur le conseil dépistage et la prise en charge des cas de tuberculose et co-infection TB/VIH ;					19 352 000	LHL/ FHI		
Organiser 11 sessions de formations de deux jours des ECR et ECD pour la supervision des activités du PNT (1session par région) ;					25 544 640	FHI / LHL		
total 2					253 052 656			
<b>Résultat attendu 3: un approvisionnement régulier et adéquat en produits anti tuberculeux et en consommables de labo est assuré</b>								
<b>Activités</b>	<b>Trimestres</b>				<b>Financement</b>		<b>Responsabl</b>	<b>Indicate</b>
	<b>T</b>	<b>T</b>	<b>T</b>	<b>T</b>	<b>Montant(M</b>	<b>Source</b>		<b>ur</b>
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>F)</b>			<b>de suivi</b>
Renouveler l'équipement de 10 unités de microscopie par an					15 002 720	FHI		
Equiper 14 laboratoires réhabilités en microscopes et petits matériels de laboratoires					21 003 808	FHI		
Acheter du matériel de protection 250 boîtes de masques					1 640 000	UNITAI D		
Doter les laboratoires régionaux de boîtes de transport sécurisé pour les crachats des cas MDR (50 KIT)					274 200	UNITAI D		
Financer les cultures et test d'identification					2 715 840	UNITAI D		
Doter les CDT en médicaments antituberculeux y compris les 4 FDC, réactifs et de produits de laboratoire					200 000 000	Etat		
acheter les médicaments MDR					428 236 800	UNITAI D		

Inventorier tous les 3 mois le stock des antituberculeux et les matériels de laboratoire à ts les niveaux						PM			
Préparer la commande nationale annuelle de médicaments et consommables labo						PM			
Transport médicaments aux régions (2 fois/an)						5 000 000	LHL		
<b>Total 3</b>						<b>668 873 368</b>			
<b>Résultat attendu 4: Les cas de tuberculose sont notifiés conformément aux normes en vigueur au PNT</b>									
<b>Activités</b>	<b>Trimestres</b>				<b>Financement</b>		<b>Responsables</b>	<b>Indicateur</b>	
	<b>T1</b>	<b>T2</b>	<b>T3</b>	<b>T4</b>	<b>Montant (MF)</b>	<b>Source</b>		<b>de suivi</b>	
Organiser des rencontres d'information et de partage des données avec le SNIS et les différents partenaires					4 592 000	FHI			
Procéder à la compilation des données trimestrielles sur le PNT									
Réviser et diffuser le manuel du PNT					11 812 500	LHL			
Procéder à l'analyse semestrielle et annuelle des données du PNT						PM			
commander les registres de gestion						FHI			
commander les fiches de traitement						FHI			
<b>total 4</b>					<b>16 404 500</b>				
<b>Résultat attendu 5: Le suivi du programme est assuré régulièrement à tous les niveaux du système sanitaire Sénégalais.</b>									
<b>Activités</b>	<b>Trimestres</b>				<b>Financement</b>		<b>Responsables</b>	<b>Indicateur</b>	
	<b>T1</b>	<b>T2</b>	<b>T3</b>	<b>T4</b>	<b>Montant(MF)</b>	<b>Source</b>		<b>de suivi</b>	
organiser un système de monitoring de la co-infection (atelier d'élaboration des outils et diffusion					3 365 280	FHI			
Organiser une évaluation interne semestrielle du programme					3 365 280	LHL			
Tenir des réunions de coordination des deux programmes TB/VIH					4 592 000	FHI			
Participer aux réunions de coordination trimestrielles des régions médicales 1 équipe de 2 personnes pendant 2 jours					10 233 600	LHL / FHI			
Effectuer une supervision trimestrielle des unités de gestion (Labo. et unités de traitement) des districts avec le niveau régional					34 550 208	LHL			

Superviser les équipes DOTS plus des centres de référence					3 988 480	UNITAID		
appuyer les supervisions régionales et districts 2 / an					9 777 625	LHL		
<b>Total 5</b>					<b>66 507 193</b>			
<b>Résultat attendu 6: Le partenariat est renforcé avec tous les acteurs intervenant dans la lutte contre la tuberculose au Sénégal.</b>								
<b>Activités</b>	<b>Trimestres</b>				<b>Financement</b>		<b>Responsables</b>	<b>Indicateur</b>
	<b>T 1</b>	<b>T 2</b>	<b>T 3</b>	<b>T 4</b>	<b>Montant(MF)</b>	<b>Source</b>		<b>de suivi</b>
Prendre en charge les coûts de dépistage de la TB chez les PVVIH recensés au niveau des structures sanitaires ;					1 682 640	FHI		
Organiser un atelier d'adaptation des protocoles de prise en charge des MDR (2 joursx15 personnes) ;					3 365 280	UNITAID		
Organiser une journée d'orientation de 250 prestataires sur la prise en charge des MDR ;					2 715 840	UNITAID		
Former les équipes des centres de référence de la DOTS plus					6 730 560	UNITAID		
Adapter les guides DOTS plus: 15 participants pdt 2 jours (consultant, atelier validation 2 jours reproduction, diffusion)					5 047 920	UNITAID		
Valider les guides DOTS plus: 30 participants pdt 2 jours (consultant, atelier validation reproduction, diffusion)					6 730 560	UNITAID		
Subventionner les examens complémentaires lors du suivi des cas sociaux dans les structures sanitaires.					656 000	UNITAID		
Organiser 3 sessions d'orientation à l'intention des tradipraticiens sur la tuberculose					33 652 800	FHI		
Organiser 3 sessions d'orientation à l'intention des leaders d'opinion et présidents des collectivités locales sur la tuberculose					19 630 800	FHI		
<b>total 6</b>					<b>80 212 400</b>			

<b>Résultat attendu 7: La mise en œuvre de la recherche opérationnelle est poursuivie dans le cadre de la lutte antituberculeuse.</b>									
<b>Activités</b>	<b>Trimestres</b>				<b>Financement</b>		<b>Responsables</b>	<b>Indicateur</b>	
	<b>T1</b>	<b>T2</b>	<b>T3</b>	<b>T4</b>	<b>Montant(MF)</b>	<b>Source</b>			<b>de suivi</b>
Réaliser des enquêtes de prévalence de la co-infection TB/VIH					32 800 000	FHI / LHL/ BM			
Mener une enquête comportementale sur la tuberculose auprès de la population générale					40 000 256	FHI / BM			
Faire une analyse de la situation sur l'implication des structures du secteur privé dans la prise en charge des cas de TB (PM)					5 047 920	FHI			
Exécuter les activités de recherche en partenariat avec l'IRD									
sur un essai clinique randomisé de prise en charge (Oflo tub)									
de la tuberculose de 4 mois incluant la gatifloxacine.					10 000 000	UE			
finaliser l'enquête sur l'étude de la résistance aux antituberculeux					11 000 000	UE			
Coordonner la mise en œuvre des activités retenues dans le cadre de Foresa 3					98 329 500	UE			
<b>total 7</b>					<b>197 177 676</b>				
<b>Résultat attendu 8: La CCC, le plaidoyer et la mobilisation sociale sont renforcés.</b>									
<b>Activités</b>	<b>Trimestres</b>				<b>Financement</b>		<b>Responsables</b>	<b>Indicateur</b>	
	<b>T1</b>	<b>T2</b>	<b>T3</b>	<b>T4</b>	<b>Montant(MF)</b>	<b>Source</b>			<b>de suivi</b>
Organiser chaque année une campagne nationale de lutte contre la TB dans les 11 régions ;					32 979 744	LHL			
Organiser 12 ateliers de plaidoyer (1 national et 11 régionaux) auprès des leaders religieux, politiques, Mass média, secteur privé, hôpitaux sur la TB chaque année ;					30 653 568	FHI			
organiser la journée mondiale de lutte contre la tuberculose					<b>17 000 000</b>	LHL			
organiser la journée nationale de lutte contre la TB et le VIH					<b>17 000 000</b>	FHI			
Organiser des activités d'accompagnement psychosocial, VAD					<b>36 080 000</b>	FHI			

Contractualiser avec 11 radios pour 8 émissions par région et 4 organes pour la diffusion					7 084 800	FHI		
Organiser un atelier de plaidoyer auprès des autorités administratives pour une politique d'approche de la santé respiratoire					4 599 216	FHI		
<b>Total 8</b>					<b>145 397 328</b>			
<b>Résultat attendu 9: Les capacités institutionnelles du PNT sont renforcées</b>								
Activités	Trimestres				Financement		Responsables	Indicateur de suivi
	T 1	T 2	T 3	T 4	Montant	Source		
Participer à la conférence mondiale sur la tuberculose de l'UNION pour 5 personnes					7 500 000	LHL		
Participer au cours international de tuberculose organisé par l'Union à Cotonou pour 2 personnes					3 000 000	FHI		
participation de 02 personnes à la conférence internationale sur le VIH SIDA tous les 02 ans					6 000 000	FHI		
participation de 02 personnes à la conférence africaine sur le VIH SIDA tous les 02 ans					3 000 000	FHI		
Formation pour un agent du PNT					3 000 000	LHL		
Mettre en place un budget prévisionnel (2 agents/ an) de formation pour le renforcement des compétences de l'unité de coordination					3 000 000	FHI		
Organiser une revue annuelle régionale (ECR, Elus, Société civile, partenaires...)					10 862 448	FHI		
Organiser des revues semestrielles avec les régions( ECR, ECD, responsables d'unités de TTT, Autorités) selon 5 axes géographiques.					22 818 160	FHI		
Doter l'unité de coordination d'un budget de fonctionnement					22 000 000	ETA T		
Equiper une salle de documentation au niveau nationale sur la tuberculose					10 000 000	FHI		
assurer le budget du personnel					16 440 000	LHL		
Assurer les frais d'audit					6 000 000	LHL		

Acheter les Petites fournitures de bureau					3 000 000	LHL		
Entretien, carburant,assurance, maintenance					8 205 000	LHL		
Frais de tel et internet etc					3 000 000	LHL		
Contrats de maintenance					7 000 000	LHL		
Organiser des réunions de coordination mensuel du PNT					1 200 000	LHL		
Affecter un maintenancier général au LNR du PNT					PM	ÉTAT		
Affecter un technicien de surface au PNT					PM	ÉTAT		
Affecter 2 techniciens supérieurs de labo au PNT.					PM	ÉTAT		
<b>Total 9</b>					<b>136 025 608</b>			
<b>Grand Total</b>					<b>1 612 792 488</b>			

## ANNEXE 10

### PLAN D'ACTION DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE EXECUTE EN 2006

MINISTÈRE DE LA SANTE ET DE LA PRÉVENTION MEDICALE DIRECTION DE LA SANTE DIVISION DES MALADIES TRANSMISSIBLES PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE								
Objectif: Guérir 85% des cas de TPM+ dépistés								
Résultat attendu 1: Les cas de tuberculose TPM+ sont dépistés au moins à 70%								
Activités	Trimestres				Financement		Respon	Indicateur
	T 1	T 2	T 3	T 4	Montant	Source	sables	de suivi
Former 11 Biologistes des Régions médicales					2 590 592	USAID	CLN	Rapport
Recycler 30 techniciens de labo sur la microscopie(3 sessions)					4 505 092	USAID		Rapport d'activités
Equiper 10 microscopes					PM	Foresa	CLN	PV réception
Equiper les Districts de matériels pour la microscopie					0	USAID		PV réception
Décentraliser les activités du laboratoire national de référence au niveau des laboratoires régionaux de St Louis, Tamba et Kaolack					PM	USAID	CLN	Rapport d'activités
Affecter un maintenancier général au LNR du PNT					0	ÉTAT	DRH	1 maintenancier affecté
Affecter un technicien de surface au PNT					0	ÉTAT	DRH	1 technicien affecté
Affecter 2 techniciens supérieurs de labo au PNT.					0	ÉTAT	DRH	agents affectés/prévus
Faire le contrôle qualité national trimestriel de la microscopie					7 000 000	LHL		Rapport d'activités
Total 1					14 095 684			
Résultat attendu 2: Le TDO est adopté et appliqué à tous les malades au niveau national								
Activités	Trimestres				Financement		Responsabl	Indicateur
	T 1	T 2	T 3	T 4	Montant(M F)	Source	es	de suivi
Former 100 Responsables des centres de traitements et les SSP des 11 Régions médicales sur la gestion de la tuberculose.					13 955 000	USAID/DAHAW	RF	Rapport d'activités
Former 300 ICP sur la gestion du PNT					24 326 184			Rapport d'activités
Recycler en 3 jours 75 Médecins sur le PNT					5 250 106			Rapport d'activités

Tenir des ateliers de Validation des guides de formation sur le PNT					2 703 274			Rapport d'activités
Reproduire les guides de formation					2 067 660	USAID	RF	Guides disponibles
<b>Total 2</b>					<b>48 302 224</b>			
<b>Résultat attendu 3: un approvisionnement régulier et adéquat en produits anti tuberculeux et en consommables de labo est assuré</b>								
<b>Activités</b>	<b>Trimestres</b>				<b>Financement</b>		<b>Responsables</b>	<b>Indicateur</b>
	<b>T 1</b>	<b>T 2</b>	<b>T 3</b>	<b>T 4</b>	<b>Montant(M F)</b>	<b>Source</b>		<b>de suivi</b>
Inventorier trimestriellement le stock de produits antituberculeux et de matériels de laboratoire au niveau de l'unité centrale du PNT et au niveau des Régions Médicales.					PM		COORD /CAF	Rapport d'activités
Préparer les commandes nationales semestrielles de produits de laboratoire					PM		CAF	Facture Pro forma
Préparer la commande nationale annuelle de médicaments antituberculeux et consommables labo					200 000 000	ÉTAT	CAF	PV de réception
Approvisionner semestriellement les 11 régions médicales en médicaments sur la base des fiches de commande.					PM		CAF	Bons de sortie
<b>Total 3</b>					<b>200 000 000</b>			
<b>Résultat attendu 4: Les cas de tuberculose sont notifiés conformément aux normes en vigueur au PNT</b>								
<b>Activités</b>	<b>Trimestres</b>				<b>Financement</b>		<b>Responsables</b>	<b>Indicateur</b>
	<b>T 1</b>	<b>T 2</b>	<b>T 3</b>	<b>T 4</b>	<b>Montant(M F)</b>	<b>Source</b>		<b>de suivi</b>
Procéder à la compilation des données trimestrielles sur le PNT des Régions et Districts					PM		COORD	canevas élaboré
Procéder à l'analyse semestrielle et annuelle des données du PNT					PM		COORD	Activité réalisée
Connecter l'unité centrale du PNT au système de gestion INTRANET du ministère de la santé.					PM	MSPM	COORD	Activité réalisée
<b>Total 4</b>					<b>0</b>			
<b>Résultat attendu 5: Le suivi du programme est assuré régulièrement à tous les niveaux du système sanitaire Sénégalais.</b>								
<b>Activités</b>	<b>Trimestres</b>				<b>Financement</b>		<b>Responsables</b>	<b>Indicateur</b>

					Montant(M F)	Source	es	de suivi
	T 1	T 2	T 3	T 4				
Tenir 5(cinq axes) réunions semestrielles de coordination regroupant les équipes cadres de Régions et de Districts					17 285 200	USAID	COORD	Rapport d'activités
Tenir 3 revues régionales semestrielles avec les partenaires( LHL, UNION,et DAHW)					3 231 129	USAID		Rapport d'activités
Tenir une réunion de coordination mensuelle du personnel du PNT.					1 000 000	LHL	COORD	PV réunion
Faire la révision et l'édition du manuel du PNT					11 812 500	LHL/USAID	COORD	Manuel disponible
Tenir une réunion de coordination hebdomadaire de l'équipe cadre du PNT.					PM		COORD	PV réunion
Superviser au moins 6 Régions par semestre par l'équipe du niveau national du PNT.					136 591 437	LHL/USAID/ÉTAT/DA HW	SN	Rapport d'activités
Appuyer la supervision des régions médicales vers les districts					23 249 688	ÉTAT/USAID/LHL/DA HW	ECR	Rapport d'activités
Assurer le suivi des activités décentralisées au niveau des Districts de Mbour Ziguinchor et Rufisque,Kaolack, Kébémér,Niouro,					18 672 392	USAID	COORD	Rapport d'activités
Elaborer le rapport annuel des activités du PNT					PM			
<b>Total 5</b>					<b>211 842 346</b>			

**Résultat attendu 6: Le partenariat est renforcé avec tous les acteurs intervenant dans la lutte contre la tuberculose au Sénégal.**

Activités	Trimestres				Financement		Responsables	Indicateur
	T 1	T 2	T 3	T 4	Montant(M F)	Source		
Valider le plan intégré TB/VIH avec la division IST/SIDA					3 000 000	OMS	RESP IEC	Rapport activités
Reproduire le plan TB/VIH					3 000 000	OMS		Plan d'action élaboré
Faire le plan d'action de l'articulation Lèpre tuberculose					PM		COORD	Plan d'action élaboré
Mettre en oeuvre le plan TB / VIH						A RECHERCHER	COORD	
Valider le plan stratégique du PNT					1 820 000	LHL		Plan validé
Reproduire le plan stratégique du PNT					109 400	USAID		Plans disponibles
<b>Total 6</b>					<b>7 929 400</b>			

**Résultat attendu 7: La mise en œuvre de la recherche opérationnelle est poursuivie dans le cadre de la lutte antituberculeuse.**

Activités	Trimestres				Financement		Responsables	Indicateur
	T 1	T 2	T 3	T 4	Montant(M F)	Source		
Exécuter les activités de recherche en partenariat avec l'IRD								



Photocopieur					3 282 000	USAID	CAF	PV réception
Former 2 Médecins sur la tuberculose à Cotonou					3 126 652	USAID	UNION	Rapport de mission
Participer à la conférence internationale annuelle de l'Union de Paris(5 pers)					15 000 000	LHL	UNION	Rapport de mission
Organiser une évaluation externe du programme					54 700 000	LHL	COORD	Rapport d'activités
Transporter les médicaments et les consommables laboratoire vers RM /semestre					5 000 000	LHL	COORD	Bon de livraison
équiper 3 nouveau bureaux					6 393 350	LHL	COORD	Bon de livraison
Réhabiliter les locaux du PNT					41 444 206	LHL	COORD	Bon de réception
Frais de gestion et de coordination					PM	LHL/USAID	COORD	Facture
Fournitures de bureau					7 500 000	ÉTAT/ LHL	DAGE	PV réception
Matériel et produits d'entretien					3 565 000	ÉTAT	DAGE	PV réception
Consommables informatiques					3 000 000	ÉTAT	DAGE	PV réception
Carburant					4 191 000	ÉTAT	DAGE	PV réception
Communications					2 225 000	LHL	COORD	Facture
abonnements					500 000	ÉTAT	DAGE	Facture
Entretien et maintenance					11 205 000	ÉTAT / LHL	CAF	Facture
Frais de poste et d'affranchissement					200 000	ÉTAT	CAF	Facture
Autres achats biens et services					3 000 000	ÉTAT	DAGE	Facture
contrats de maintenance					7 000 000	LHL	COORD	Facture
Personnel					16 440 000	LHL	COORD	Bulletin de solde
<b>Total 9</b>					<b>211 037 508</b>			
<b>Grand Total</b>					<b>852 151 916</b>			

