

**LE PROGRAMME NATIONAL
DE LUTTE CONTRE LA
TUBERCULOSE
DE LA REPUBLIQUE DU
CAMEROUN**

Rapport N°18

Visite effectuée du 4 au 16 février 2013

Arnaud Trébuq

*Union Internationale Contre la
Tuberculose et les Maladies Respiratoires*

Plan du rapport

Résumé exécutif

1 – Fonds Mondial

2 – Données statistiques

2.1 Dépistage

2.2 TB et VIH

2.3 Statistiques de laboratoire sur la microscopie

2.4 Résultats de traitement

3 – Prise en charge des MDR

4 – Gestion des médicaments

5.1 Première ligne

5.2 Deuxième ligne

5 – Activités liées au projet AFD

Annexe 1 Termes de référence

Annexe 2 Emploi du temps

Annexe 3 Personnes rencontrées

Annexe 4 Dépistage 2012 par région

Annexe 5 Evolution du dépistage, Cameroun, 2002-2012

Annexe 6 TB et VIH

Annexe 7 Résultats du traitement par type de malade et par région, Cameroun, 2011

Annexe 8 Evolution des résultats de traitement, Cameroun, 2003-2011

Annexe 9 Evolution des résultats des nouveaux cas TPM+ par région, 2005-2011

Annexe 10 Liste des CDT déclarant le plus de Perdus de vue (PDV) TPM+ en 2011

Annexe 11 Médicaments première ligne : stocks, commandes en cours et à passer

Annexe 12 Médicaments de deuxième ligne

Remerciements

Le consultant remercie le Ministre de la Santé de lui avoir accordé une audience.

Le consultant remercie toute l'équipe du Groupe Technique Central Tuberculose ainsi que celle la région de Bamenda pour leur accueil chaleureux. Merci aussi à la GIZ pour son appui constant et ô combien précieux.

La visite du Dr Trébuq a été financée par l'Agence Française de Développement.

Fait à Paris, le 21 février 2013

Résumé exécutif

Une nouvelle convention a été signée entre le Ministère de la Santé du Cameroun et L'Union pour un soutien de 4 années au Programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT), sur financement de l'Agence Française de Financement (AFD).

La mission a coïncidé avec celle du Fonds Mondial (FM) ce qui a permis de finaliser le Cadre de performance, le budget et le plan de Gestion des achats et des stocks (GAS) pour la Phase II du Round 9 du FM. On espère, comme demandé par le Ministre, une signature des documents par le FM avant la fin du mois de février 2013.

La rupture en {RHZE} annoncée dans notre dernier rapport de mars 2012 pour la mi-octobre a malheureusement eu lieu. Elle a pu être limitée grâce à l'utilisation de formes autres que les 4 FDC, au prêt de la RCA (1.497.888 comprimés de 4 FDC) et à l'arrivée de la commande sur budget PPTE. Aucun médicament prévu sur le Round 9 du Fonds Mondial n'a pu être fourni depuis sa signature à cause de l'accord très tardif du plan GAS. Les problèmes rencontrés au plus haut sommet du Fonds mondial depuis de longs mois sont bien connus et il n'est pas étonnant qu'ils aient une sévère répercussion sur le terrain. Il est quand même troublant de constater qu'un programme qui reçoit près de 6 millions d'euros pour la première phase du Round 9 commençant le 1^{er} janvier 2011, ne puisse éviter la rupture de stock en médicaments de base pour la tuberculose en octobre 2012 (coût annuel inférieur à 700.000 euros) et soit noté A1 (la meilleure note possible) lors de l'évaluation du FM en novembre 2012. Cela montre en tous cas que pour garantir un approvisionnement régulier en antituberculeux de première ligne - 1^{ère} obligation de tout programme contre la tuberculose -, le Cameroun devrait compter d'abord sur son propre budget. C'est ce qu'il commence à faire avec l'inscription cette année d'une ligne budgétaire spécifique de plus de 400.000.000 de Francs CFA pour les antituberculeux (un peu plus de 600.000 euros).

Le système de déclaration du programme est toujours très performant et bien que les données de dépistage pour 2012 ne soient pas encore validées, on constate depuis 2006 une grande stabilité du nombre de cas déclarés entre 24.500 et 25.300 cas par an, soit un taux d'incidence de 70 pour 100.000 habitants. Plus de 80% des tuberculeux sont à présent testés pour le VIH (32% de séropositifs pour les Tuberculoses pulmonaires à microscopie positive et 45% pour les autres formes). Plus de 60% des tuberculeux séropositifs sont sous antirétroviraux.

Pour la première fois, le taux de perdus de vue est passé en dessous de la barre des 10%. Le taux de succès thérapeutique progresse mais est encore trop faible à 80% ; des efforts, notamment sur la ville de Yaoundé méritent d'être faits.

Recommandations

- 1) *Accepter les exigences du Fonds Mondial sur les délais de rapportage si cela n'est pas négociable pour Genève, quitte à envoyer des données non validées et non définitives.*
- 2) *Signer au plus vite le Budget pour la Phase II du Rd 9 du FM et le plan GAS de manière à pouvoir mettre en route les activités prévues dans le Round 9.*
- 3) *Sur les fonds non encore attribués, essayer d'en réserver à la réhabilitation de la chefferie du programme et au laboratoire régional du Centre.*
- 4) *Imprimer en urgence les **Fiches de traitement antituberculeux** et les **Cartes de traitement antituberculeux**.*

- 5) *Joindre au niveau des CDT les statistiques trimestrielles des activités de laboratoire aux autres statistiques trimestrielles.*
- 6) *Préparer un fichier Excel au niveau du GTC pour la saisie et l'exploitation des données des laboratoires.*
- 7) *Nommer un point focal VIH au niveau du GTC Tuberculose pour faciliter l'échange d'informations entre les programmes Sida et TB .*
- 8) *Stimuler Extrême-Nord, Nord, Est et Yaoundé pour parvenir à 80% de tuberculeux testés pour le VIH.*
- 9) *Poursuivre l'application de l'instruction de mettre tous les tuberculeux séropositifs sous ARV.*
- 10) *Développer la lutte contre la tuberculose sur Yaoundé en référant et transférant dans des structures opérationnelles à multiplier, les malades diagnostiqués à l'Hôpital Jamot.*
- 11) *Faire le point sur la tuberculose infantile dans la ville de Yaoundé*
- 12) *Préciser à la Délégation Régionale du Centre (et peut-être dans d'autres régions aussi) les règles de fonctionnement des budgets TB alloués à la région (Secrétaire Permanent).*
- 13) *Faciliter les communications téléphoniques entre CDT au moins pour Yaoundé (Jamot) et Douala (Laquintinie).*
- 14) *Finaliser le Guide de prise en charge des MDR selon le protocole court.*
- 15) *Continuer à constituer des kits de médicaments pour chaque patient MDR de manière à ne pas commencer un traitement sans être certain de pouvoir assurer la totalité de ce traitement.*
- 16) *Commencer le traitement des MDR selon le protocole court le plus vite possible.*
- 17) *Passer des contrats avec des laboratoires sur Douala, Bamenda et Yaoundé pour les examens complémentaires à réaliser au cours du traitement des MDR.*
- 18) *Résoudre le problème de la circulation d'air dans les chambres des MDR de Jamot.*
- 19) *Recruter/identifier un pneumologue pour la prise en charge des MDR sur le site de Douala.*
- 20) *Ecrire l'article sur les 150 malades MDR traités sur 12 mois.*
- 21) *Lancer de suite les commandes de 70.000 streptomycine, seringue/aiguille et eau.*
- 22) *Lancer de suite la demande à GDF de livraison par voie aérienne de la deuxième partie des 4 FDC en vérifiant que la date de péremption est postérieure à janvier 2015*
- 23) *Demander à GDF des médicaments gratuits pour enfants, sinon en acheter.*
- 24) *Communiquer régulièrement la situation des médicaments au GTC :*
 - a. *faire le point une fois par mois sur la situation des médicaments ;*
 - b. *remplir le fichier « Préparation commandes » une fois par trimestre ;*
 - c. *distribuer aux CDT tout ce qui est disponible en fonction du stock central selon les normes établies par le programme.*
- 25) *Lancer la commande prévue dans le plan GAS pour les médicaments de deuxième ligne.*
- 26) *Voir avec la GIZ comment se procurer au plus vite de la kanamycine.*

Cette mission est la première dans le cadre du nouveau projet signé entre L'Union internationale contre la tuberculose (L'Union) et le Ministère de la Santé du Cameroun pour le soutien de L'Union au Programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT) du Cameroun sur un financement de l'Agence Française de Développement (AFD).

Les Termes de référence sont donnés en Annexe 1, l'emploi du temps de la visite en Annexe 2, les personnes rencontrées en Annexe 3.

La mission a coïncidé avec celle du Fonds Mondial (FM) ce qui a permis de finaliser le Cadre de performance, le budget et le plan de Gestion des achats et des stocks (GAS) pour la Phase II du Round 9 du FM. Par ailleurs, différents CDT ont été visités, les activités présentes et futures concernant les MDR précisées, les statistiques de dépistage et de résultat de traitement analysées, les commandes de médicaments révisées et les différentes activités prévues avec le nouveau soutien de l'AFD définies pour l'année en cours.

1 – Fonds Mondial

La soumission du plan GAS au FM pour la phase I du Round 9 remonte au début 2010. Mi-juin 2010, un expert GAS du FM (Valérie Chambard) est venue en mission pour aider le PNLT et les échanges se sont poursuivis par courriel. En mai 2011, un autre expert (Anthony Bourrasseau) a été commis par le FM pour revoir le plan GAS. Après de longs échanges téléphoniques (y compris avec le consultant de L'Union en août 2011) et de nombreux courriels, le plan GAS a été approuvé le 22 décembre 2012 lors de la visite du portfolio manager au Cameroun - pour une fin de la phase I du prévue pour le 31 décembre 2012 - trop tard pour que l'argent prévu pour les achats des différents intrants du programme arrive à temps.

Cela a entraîné de nombreuses difficultés pour le programme, y compris une rupture de stock en {RHZE} en octobre 2012 (cf. Point 3 Médicaments).

Lors de cette mission, un nouveau plan GAS a été préparé ainsi que le budget pour la Phase II du Round 9. On espère que, comme demandé par le Ministre, l'accord du FM pourra être obtenu pour ces documents avant la fin du mois de février 2013. La Phase II se termine normalement le 31 décembre 2015.

Le Cadre de performance a été discuté avec les experts de Genève. Il semble qu'il n'y ait qu'un seul point mineur de divergence qui concerne le calendrier de reportage des statistiques trimestrielles : Genève souhaiterait les avoir dans les 45 jours qui suivent la fin du trimestre alors que le programme ne peut les donner validées (par le niveau régional et le niveau central) que 90 jours après la fin du trimestre. C'est ce rythme de 90 jours qui est utilisé depuis toujours par le programme. Tout le monde est très satisfait de la qualité des données produites par le PNLT du Cameroun et ce rythme est précisé dans le Plan National de Suivi & Evaluation du PNLT. Le consultant ne voit pas l'intérêt de mettre en péril cet élément essentiel du programme et de remettre en cause le principe de « national ownership » sur lequel le Fonds Mondial insiste avec raison.

Recommandations

- 1) Accepter les exigences du Fonds Mondial sur les délais de rapportage si cela n'est pas négociable pour Genève, quitte à envoyer des données non définitives.*

- 2) Signer au plus vite le Budget pour la Phase II et le plan GAS de manière à pouvoir mettre en route les activités prévues dans le Round 9.
- 3) Sur les fonds non encore attribués, essayer d'en réserver à la réhabilitation de la chefferie du programme (électricité à refaire, chaises, quelques peintures ; réhabilitation du local pour le travail de contrôle de qualité et de préparation des colorants pour le laboratoire régional du Centre).

2 – Données statistiques

Les régions envoient chacune leurs données, chaque trimestre sur le fichier Excel et elles sont compilées au niveau central. Le système fonctionne remarquablement bien et il n'est pas nécessaire de refaire la saisie au niveau central. A ce niveau, chaque cellule du tableur comprenant de nouvelles données est analysée pour voir si elle est cohérente avec l'ensemble des données. Ce travail méticuleux de validation est continu et bien fait.

2.1 Dépistage

Les données de dépistage de 2012 sont encore provisoires mais semblent indiquer que la stabilité du nombre de cas déclarés par année persiste (Figure 1 et Annexes 4 et 5).

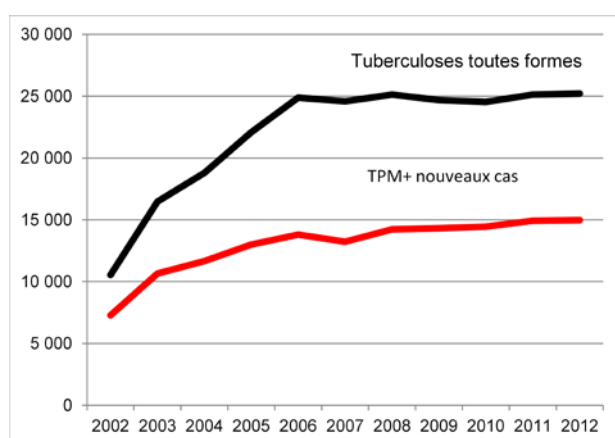


Figure 1. Nombre de nouveaux cas de tuberculoses pulmonaires à microscopie positive (TPM+) et de tuberculoses toutes formes dépistés de 2002 à 2012

Il est aisé de constater qu'après la mise en place et l'extension du programme à l'ensemble du pays, le nombre de cas déclarés se stabilise et on espère qu'il va décroître. C'est pourquoi il n'y a aucune urgence à obtenir ces chiffres très vite et qu'il est préférable de miser sur la qualité et non sur la rapidité pour rapporter ces données.

Dans l'Annexe 5, en rouge, on trouve les régions qui posent problème :

- Yaoundé : le taux de TPM+ (79 pour 100.000 habitants) paraît très faible et bien en dessous de ce que l'on trouve en général dans les grandes villes ; Douala par exemple a un taux de 120 beaucoup plus conforme aux attentes.
- L'Est a au contraire un taux de 104 qui paraît trop élevé par rapport à la densité de la population. Les données de cette région mériteraient toujours d'être contrôlées.

- La variation du nombre de cas annuels déclarés par région a diminué au cours du temps ce qui est un signe en faveur de la qualité des données. Cette variation est égale ou supérieure à 10% en 2012 par rapport à 2011 dans seulement 2 régions (Littoral - 10% et Ouest -16%).

2.2 TB et VIH

Plus de 80% des malades ont été testés en 2012 (Annexe 6) ce qui est un bon résultat, encore meilleur que celui de 2011. Seules 4 régions ont un taux de dépistage du VIH inférieur à 80% : Yaoundé (79%), Extrême-Nord (72%), Est et Nord (71%).

On constate avec l'augmentation progressive depuis 2006 de la réalisation des tests, une baisse de la séropositivité chez les TPM+ nouveaux cas (32% des nouveaux cas TPM+ testés en 2012 contre 40% en 2007) ce qui ne correspond pas à une baisse de la prévalence réelle du VIH, mais simplement d'une non sélection des tuberculeux les plus à risque.

Comme toujours, la séroprévalence VIH est plus élevée pour les tuberculoses autres que les nouveaux cas TPM+ (45%), ce qui est probablement en partie lié à un diagnostic moins précis de la tuberculose.

La région du Nord-Ouest a le plus haut taux de séropositivité (58% chez les TPM+ et 61% pour les tuberculoses toutes formes), résultat confirmé d'année en année ; cela n'est pas lié à un biais de sélection car respectivement 99% et 97% des tuberculeux sont testés pour le VIH. C'est dans l'Extrême-Nord (18%) et dans le Nord (20%) que la coinfection par le VIH est la plus faible. Le moins que l'on puisse dire, est que l'endémie du VIH/SIDA n'est pas uniforme sur le pays.

Les tuberculeux séropositifs sont systématiquement mis sous cotrimoxazole (plus de 85%) et de plus en plus souvent sous ARV : 60% en 2011 contre 3% en 2006 (mais seulement 26% dans l'Est).

2.3 Statistiques de laboratoire sur la microscopie

Elles ne sont pas collectées ni compilées systématiquement.

2.4 Résultats de traitement

Ils sont rapportés dans les Annexes 7 à 9.

Les cas non analysés sont à présent considérés comme « Perdus de vue », ce qui est correct, et permet une complétude de 100%.

Le taux de guérison est de 67% et s'améliore lentement mais régulièrement ; le taux de succès thérapeutique atteint 80% pour la première fois. Il y a toujours trop de « Traitement terminé » (13%) notamment à Yaoundé (32%).

Pour la première fois, le taux de Perdus de vue au niveau national est passé en dessous de la barre des 10% ; cependant à Yaoundé (13%), Est (12%) et Extrême-Nord (15%), ce taux est toujours beaucoup trop élevé. Il faut insister sur la prévention de l'irrégularité grâce à l'établissement d'une forte relation de confiance entre le soignant et le soigné. La recherche des malades à domicile ne peut apporter que très peu pour éviter les Perdus de vue.

Le taux de transférés à 4% reste trop élevé.

C'est toujours l'Hôpital Jamot et le CPP de Laquintinie qui déclarent le plus de malades Perdus de vue au cours du traitement (Annexe 10).

Yaoundé

Il est trop tôt pour pouvoir apprécier par les chiffres les efforts déployés depuis quelques mois sur Yaoundé pour décentraliser les services d'autant que les activités ont été entravées par la maladie du responsable régional et la rupture des médicaments en octobre 2012. On espère beaucoup dans cette initiative soutenue par FEI/I5PC et son prolongement est ardemment souhaité. Les données de dépistage de 2013 permettront d'apprécier la décentralisation (idéal 200 tuberculeux par CDT par an), et il faudra attendre 2014 pour apprécier les résultats de traitement des malades dépistés en 2013. La gestion au niveau de la Délégation Régionale du Centre est assez floue et on attend la nomination d'un nouveau médecin responsable de la tuberculose. Il serait utile que le Secrétaire Permanent du PNLT reprecise à la Délégation les règles de fonctionnement des budgets alloués à la Région du Centre.

Recommandations

- 1) *Imprimer en urgence les **Fiches de traitement antituberculeux** et les **Cartes de traitement antituberculeux**.*
- 2) *Joindre les statistiques trimestrielles des activités de laboratoire aux autres statistiques trimestrielles (dépistage, résultat de traitement, commande de médicaments) dans la même enveloppe et les compiler au niveau central comme les autres statistiques.*
- 3) *Préparer un fichier Excel au niveau du GTC pour la saisie et l'exploitation des données des laboratoires, sur le modèle de ce qui existe pour le dépistage et les résultats de traitement.*
- 4) *Nommer un point focal VIH au niveau du GTC Tuberculose pour faciliter l'échange d'informations entre les programmes Sida et TB : les formations concernant la coinfection TB/VIH doivent être faites ensemble, l'approvisionnement des CDT en tests VIH et cotrimoxazole peut être organisé en même temps que l'approvisionnement en antituberculeux.*
- 5) *Stimuler Extrême-Nord, Nord, Est et Yaoundé pour parvenir à 80% de tuberculeux testés pour le VIH.*
- 6) *Poursuivre l'application de l'instruction de mettre tous les tuberculeux séropositifs sous ARV.*
- 7) *Développer la lutte contre la tuberculose sur Yaoundé en référant et transférant dans des structures opérationnelles à multiplier, les malades diagnostiqués à l'Hôpital Jamot.*
- 8) *Faire le point sur la tuberculose infantile dans la ville de Yaoundé*
- 9) *Préciser à la Délégation Régionale du Centre (et peut-être dans d'autres régions aussi) les règles de fonctionnement des budgets TB alloués à la région (Secrétaire Permanent).*
- 10) *Les communications téléphoniques sont essentielles pour un bon suivi des activités par les CDT (problèmes avec les statistiques, approvisionnement en consommables, etc...). Sur Jamot et Laquintinie, elles sont absolument essentielles dans le cadre des*

références : prévenir (devant le malade) le CDT où le malade sera référé, s'assurer qu'il est bien arrivé. Il en est de même pour avoir le devenir des malades transférés. Une flotte existe au niveau du Ministère, avec le soutien de l'OMS. Pour peu d'argent, il devrait être possible d'inscrire les centres qui intéressent directement au moins Jamot et Laquintinie, c'est-à-dire tous les CDT de Yaoundé et de Douala.

3 – Prise en charge des MDR

Suite à l'atelier international « Le traitement court des tuberculoses multirésistantes en Afrique, quels espoirs ? », organisé à Yaoundé conjointement par le Ministère de la Santé du Cameroun et L'Union en mars 2012, une lettre signée du Ministre de la Santé a été envoyée à l'OMS pour demander à ce que le régime court retenu au niveau national pour le traitement des MDR (4KmHMfxPtoCfzEZ/5MfxCfzEZ) soit accepté comme une adaptation des dernières directives de l'OMS sur cette question, afin d'avoir accès aux sommes actuellement gelées par le Fonds Mondial pour tout ce qui concerne la prise en charge et le traitement des MDR au Cameroun.

Par ailleurs, un protocole a été écrit et accepté par les Comités d'éthique du Cameroun et de L'Union (Short course regimen (9 months) protocol for the treatment of multidrug resistant-tuberculosis (MDR-TB) patients in Cameroon). L'OMS a approuvé ce protocole et le Fonds Mondial est prêt à financer la prise en charge des MDR dans le cadre de la Phase II du round 9 (cf. 4.2 Médicaments de deuxième ligne).

Tous les éléments sont donc réunis pour commencer l'étude de suite, dès que les médicaments et l'argent pour payer les examens complémentaires seront disponibles. On compte beaucoup sur la GIZ qui a toujours magnifiquement soutenu cette activité.

A Douala, un médecin doit être recruté pour le suivi des patients MDR. En attendant les sommes prévues dans le budget du FM, la GIZ pourrait assumer les menus frais liés aux communications entre soignants et entre soignants-soignés ainsi que le soutien au déplacement des malades lorsque nécessaire.

A Bamenda, la GIZ soutient fortement cette activité et le relais pourra se faire lorsque l'argent du Fonds Mondial sera disponible.

A Yaoundé, le Dr Pefura assure le suivi des patients ; Charles assurera la coordination entre les différents sites avec le soutien de Martine Toussaint, Mélanie devrait pouvoir garantir le TDO pour les hospitalisés. A l'Hôpital Jamot, de nouvelles fenêtres avec nacos ont été installées dans les chambres des malades MDR. Il en résulte que l'air ne circule plus ce qui va à l'encontre des recommandations sur la maîtrise de l'infection nosocomiale. Il y a urgence à résoudre cette question.

Pour faciliter la gestion et la réalisation des examens complémentaires liés à la prise en charge des MDR, il serait très utile de passer des contrats avec les laboratoires et/ou institutions qui seront impliqués à Yaoundé, Douala et Bamenda.

Les 150 malades mis sous régime court de 12 mois ont terminé leur traitement et la double-saisie est pratiquement finie. Il faut donc écrire l'article le plus rapidement possible.

Recommandations

- 1) *Finaliser le Guide de prise en charge des MDR selon le protocole court.*
- 2) *Continuer à constituer des kits de médicaments pour chaque patient de manière à ne pas commencer un traitement sans être certain de pouvoir assurer la totalité de ce traitement.*
- 3) *Commencer le traitement selon le protocole court le plus vite possible et prévenir le Dr Trébucq de la première inclusion.*
- 4) *Passer des contrats avec des laboratoires pour réaliser les examens complémentaires nécessaires pour la prise en charge des MDR.*
- 5) *Résoudre le problème de la circulation d'air dans les chambres des MDR de Jamot pour limiter l'infection nosocomiale.*
- 6) *Recruter/identifier un pneumologue pour le site de Douala.*
- 7) *Ecrire l'article sur les 150 malades traités sur 12 mois.*

4 – Gestion des médicaments

4.1 Première ligne

La rupture en {RHZE} annoncée dans notre dernier rapport de mars 2012 pour la mi-octobre a eu lieu. Elle a pu être limitée grâce à l'utilisation de formes autres que les 4 FDC, au prêt de la RCA (1.497.888 comprimés) et à l'arrivée de la commande sur budget PPTE.

Comme indiqué plus haut, aucun médicament prévu sur le Round 9 du Fonds Mondial n'a pu être fourni depuis sa signature à cause de l'accord très tardif du plan GAS. Les problèmes rencontrés au plus haut sommet du Fonds mondial depuis de longs mois sont bien connus et il n'est pas étonnant qu'ils aient une sévère répercussion sur le terrain. Il est quand même troublant de constater qu'un programme qui reçoit près de 6 millions d'€uros pour la première phase du Round 9 commençant le 1^{er} janvier 2011, ne puisse éviter la rupture de stock en médicaments de base pour la tuberculose en octobre 2012 (dont le coût annuel est inférieur à 700.000 €uros) et soit noté A1 (la meilleure note possible) lors de l'évaluation du FM en novembre 2012.

Cela montre en tous cas que pour garantir un approvisionnement régulier en antituberculeux de première ligne, le Cameroun devrait compter d'abord sur son propre budget. C'est ce qu'il commence à faire avec l'inscription d'une ligne budgétaire spécifique pour les antituberculeux de plus de 400.000.000 de Francs CFA cette année (un peu plus de 600.000 €uros).

La décision du PNLT d'utiliser la CENAME, que la source de financement soit le Fonds Mondial ou le budget de l'Etat, facilitera la coordination des commandes, mais pour celles financées par le Fonds Mondial, il faudra les passer très tôt pour tenir compte de la lenteur des procédures d'acceptation (compter 12 mois entre l'expression des besoins et la réception des médicaments).

Les stocks existants, les commandes en cours sur Fonds Mondial et la durée des stocks sont donnés en Annexe 11. Dans les commandes en cours de FDC et de INH 100 mg à GDF, la moitié doit arriver incessamment par avion et l'autre moitié par bateau. Normalement, il n'y a pas de danger de rupture de la chaîne d'approvisionnement pour les FDC adultes et l'INH 100 mg jusqu'à la fin de l'année 2014.

Cependant, pour les 4 FDC, la seconde moitié n'est pas encore commandée fermement (bien qu'elle soit incluse dans la facture de la GIZ) car la durée de vie de ces produits est de 2 ans seulement. Il faut donc les commander maintenant (4 223 184 comprimés) en demandant la voie aérienne et en vérifiant que la date de péremption est postérieure à janvier 2015.

Pour les commandes ultérieures, il faudra essayer d'obtenir des 4 FDC ayant 3 ans de durée de vie. Aujourd'hui, seul Svizera peut fournir des 4 FDC homologués par l'OMS et le FM avec 3 ans de durée de vie car Lupin, MacLeods et Sandoz ne fournissent que des 4 FDC ayant 2 ans de durée de vie.

Autres commandes

Il est prévu de commander au plus vite **70.000 flacons de streptomycine** (et autant de seringues/aiguilles et de EPPI) sur budget de l'Etat.

Il faut aussi demander à GDF des formes pédiatriques qu'ils donneront peut-être cadeau :

	R60/H30/Z150	R60/H30
Nbre de comprimés	109 440	218 880
<i>Unités par boîte</i>	<i>84</i>	<i>90</i>
Nbre de boîtes	1 303	2 432

Le Dr Vincent Mbassa suit avec précision tous les fichiers mis en place pour le suivi des médicaments, mais les ruptures dues aux absences de commandes perturbent évidemment considérablement le système.

4.2 Deuxième ligne

Le stock des médicaments de deuxième ligne est donné en Annexe 12, ainsi que les commandes prévues dans le plan GAS de la deuxième Phase du Round 9 du FM.

Dans le cadre de l'étude sur les traitements courts des MDR, afin d'assurer autant que faire se peut un approvisionnement sans rupture en médicaments de deuxième ligne, L'Union travaille à constituer un stock de réserve au niveau de IDA en collaboration avec le FM et GDF. Ceci afin que les pays puissent y puiser en cas d'urgence, avec reconstitution de ce stock de réserve à partir des lignes FM du pays.

Recommandations

- 1) *Lancer de suite les commandes de streptomycine, seringue/aiguille et eau sur le budget de l'Etat.*
- 2) *Lancer de suite la demande à GDF de livraison par voie aérienne de la deuxième partie des 4 FDC tels que facturés sur la « DP Contract CMR DP 12 2628 3137-3141 revised.pdf » en vérifiant que la date de péremption est postérieure à janvier 2015*
- 3) *Demander de suite à GDF si les médicaments pour enfants peuvent être fournis gratuitement à travers la dotation d'UNITAID. Sinon en commander sur budget Fonds Mondial.*
- 4) *Pour le Dr Vincent Mbassa : continuer la bonne gestion des informations et communiquer régulièrement la situation à toute l'équipe du niveau central :*
 - *faire le point une fois par mois sur la situation des médicaments (plus si nécessaire) ;*
 - *remplir le fichier « Préparation commandes » une fois par trimestre, le projeter à l'équipe du niveau central, le sauver avec la date à laquelle il a été préparé, et décider s'il faut ou non lancer une commande.*
 - *distribuer tout ce qui est disponible en fonction du stock : la rupture au niveau central survenue en 2012 n'a évidemment pas permis un approvisionnement régulier des CDT ni d'établir une routine avec reconstitution régulière des stocks de réserve. Il est important de revenir le plus vite possible à la routine en suivant très exactement les règles du programme. En cas de tension, il ne faut garder à la CENAME (tant qu'on le peut) que pour 1 mois de médicaments et ne pas hésiter à distribuer tout le reste.*
- 5) *Lancer au plus vite la commande prévue dans le plan GAS pour les médicaments de deuxième ligne.*
- 6) *Voir avec la GIZ comment se procurer au plus vite la kanamycine.*

5 – Activités liées au projet AFD

Le protocole d'accord entre le Ministère de la Santé du Cameroun et l'Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires a été signé par le Ministre de la Santé lors de cette visite.

En dehors des visites de L'Union prévues 2 fois par an, les activités suivantes sont prévues :

- *Evaluation croisée : le Secrétaire Permanent serait intéressé de participer à une mission en Côte d'Ivoire.*
- *Expertise technique : un consultant sera engagé pour la finalisation du Guide sur les MDR et un autre pour l'exploitation numérique des données de l'étude sur les traitements courts.*

- Cours Internationaux et nationaux :
 - Le Cours international de Cotonou aura lieu du 9 au 27 septembre. Il est prévu d'y inscrire 2 ou 3 camerounais sur budget FM.
 - Cours international de mycobactériologie : sa tenue n'est pas encore certaine cette année.
 - Atelier international sur la tuberculose infantile : le Cameroun y participera, des contacts ont été pris ; les dates ne sont pas encore fixées, mais il aura lieu au dernier trimestre 2013.
 - Atelier international sur EpiData : il sera organisé à Yaoundé du 6 au 10 mai 2013 (budget FEI).
 - Cours sur la maintenance des microscopes : il sera organisé à Yaoundé au cours de l'année 2013. *Madame Annette Abbey du CDT HD Bonassama avait manifesté un grand intérêt pour cette formation et elle mériterait d'y participer.*
 - Cours sur la lecture des radiographies : il est prévu pour 2014.
- Formations pointues de courte durée : il est prévu une formation à Abidjan au Centre Africain de Management et de Perfectionnement des Cadres (C.A.M.P.C.) du 1er juin au 15 juin 2013 pour le Contrôleur de Gestion, Madame Ella Thérèse BELLA.
- Une réunion des responsables des PNLT soutenus par le projet AFD est programmée juste avant le Congrès de la Région Afrique de L'Union, à Kigali le 11 juin 2013.

Annexe 1 Termes de référence

1. Apprécier la mise en œuvre des recommandations de la dernière évaluation (mars 2012) formuler des nouvelles recommandations ;
2. Apprécier la stratégie de traitement des données statistiques (enregistrement, compilation, respect des délais d'envoi des rapports...) ;
3. Soutenir le programme dans les négociations avec le Fonds Mondial sur le plan GA
4. Appui technique sur les négociations concernant les MDR
5. Appui sur la gestion des médicaments
6. Evaluation du cadre de collaboration L'Union / MINSANTE

Annexe 2 Emploi du temps

Mardi 4	Réunion de travail avec le PNLT et l'équipe du Fonds Mondial (Revue pour la Phase II du Round 9 du Cadre de performance, des Conditions suspensives, du Budget, du Plan GAS)
Mercredi 5	Mise à jour et finalisation du Plan GAS
Jeudi 6	Révision du Budget des MDR pour la Phase II du Rd 9 en intégrant aussi les nouvelles données du Plan GAS Révision du Plan Suivi et Evaluation
Vendredi 7	Visite du CDT Cité Verte (Mme Tsala) Visite du CDT H Cath de Nkoldongo Participation à la réunion du CCM Révision du budget global de la Phase II du Rd 9
Samedi 8	Finalisation du budget global de la Phase II du Rd 9
Lundi 11	Fête de la Jeunesse Discussions avec J. Noeske sur la PEC des MDR Discussions avec F. Békang sur un atelier sur EpiData Discussions avec M. Toussaint sur Yaoundé Mise en forme du fichier Excel sur le dépistage
Mardi 12	8h30 GIZ (Dr Eppel) 9h00 Visite de Jamot 11h00 Audience chez le Ministre de la Santé 14h00 Analyse des statistiques et des médicaments
Mercredi 13	Réunion de travail à l'AFD Réunion de travail à l'OMS Visite de l'Hôpital Central Revue des statistiques de dépistage, cohortes Révision du formulaire dépistage du PNLT
Jeudi 14	Visite du Laboratoire de Bamenda Visite de la Faculté de Médecine de Bamenda
Vendredi 15	Travail à la Délégation du Littoral Revue des données sur les 150 MDR traités Mise au point pour la PEC des MDR avec le traitement de 9 mois Discussions avec le SP sur les activités à mener dans le cadre du nouveau projet AFD. Départ du Consultant

Annexe 3 Personnes rencontrées

Ministère de la Santé

André Mama Fouda, Ministre

Programme National de Lutte contre la Tuberculose

Jean-Louis Abena, Secrétaire permanent

Désiré Nolna, Adjoint

Vincent Mbassa, Médicaments

Jürgen Noeske, Conseiller GIZ

Martine Toussaint, Expert FEI

et toute l'équipe

Direction de la Lutte contre la Maladie

Georges Etoundi Mballa, Directeur

Léonie Simo, Chef d'Unité Régionale du PNLT

Hôpital Jamot

Eric Pefura, Chef de service

Yves Zoa, Directeur

CDT Cité Verte

Mme Tsala, IDE chargée des tuberculeux

CDT Nkoldongo

Marceline Molo, Infirmière chargée des tuberculeux

Région de Bamenda

Christopher Kuaban, Doyen de la Faculté de Médecine

Melissa Sander, Chef du laboratoire régional

Délégation du Littoral

Petrus Nkamsse, Point Focal MDR

M Souob, futur point focal MDR pour Douala

Coopération française

Antonio Ramos de Matos, Conseiller Régional

GIZ

Gerd Eppel, Conseiller Technique Principal

AFD

Armand Ngoumnjuen, Chargé de projets, 22 22 00 15

Alexandra Rinaldi, Chargée de projets

Fonds Mondial

Wilfried Thalmas, Portfolio Manager

Joshua Galjour, Chargé de Suivi et Evaluation sur l'Afrique de l'Ouest

Anthony Bourasseau, Plan Gas

OMS

Charlotte Ndiaye Faty, Représentante

Alexis Tougordi, Chargé du paludisme

Annexe 4 Dépistage 2012 par région

	Nouv. cas	TPM+			TPM-		Extra-pulm	Total
		Rechute	Echec	Reprise	<15	>=15		
Total région	14 973	1 056	158	399	426	4 776	3 524	25 312
Adamaoua	676	20	6	11	30	349	252	1 344
Centre	1 091	88	4	32	25	256	76	1 572
Yaoundé	1 860	141	18	56	31	610	808	3 524
Est	993	67	9	27	41	387	161	1 685
Extrême-Nord	1 923	115	18	45	127	727	351	3 306
Littoral	560	43	11	23	9	245	82	973
Douala	2 635	296	25	82	62	966	828	4 894
Nord	1 478	83	47	45	21	277	223	2 174
Nord Ouest	1 238	56	9	25	12	221	302	1 863
Ouest	782	48	8	10	44	249	191	1 332
Sud	673	57	1	12	9	119	50	921
Sud-Ouest	1 064	42	2	31	15	370	200	1 724

Annexe 5 Evolution du dépistage, Cameroun, 2002-2012

	TPM+				TPM-		TEP	Total
	Nx cas	Rechute	Echec	Reprise	<15	>=15		
2002	7 284	416	31	380	54	1 566	817	10 548
2003	10 661	672	82	463	138	2 813	1 649	16 478
2004	11 656	767	103	470	212	3 478	2 104	18 790
2005	13 001	1 016	93	481	350	4 671	2 461	22 073
2006	13 810	901	88	475	489	6 080	3 035	24 878
2007	13 220	938	110	417	433	6 319	3 152	24 589
2008	14 232	917	91	412	440	5 842	3 191	25 125
2009	14 308	1 035	128	373	449	5 223	3 165	24 681
2010	14 448	1 014	166	312	451	4 980	3 157	24 528
2011	14 927	1 068	163	430	456	4 485	3 597	25 126
2012	14 973	1 056	158	399	426	4 776	3 524	25 312

Rapport TPM+ nouveaux cas / Tuberculoses pulmonaires adultes

2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
82%	79%	77%	74%	69%	68%	71%	73%	74%	77%	76%

Evolution du nombre de nouveaux cas TPM+ par province et par an, Cameroun, 2006-2012

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Taux / 100.000
Adamaoua	640	504	482	716	649	643	676	62
Centre	911	961	865	973	1089	1 087	1 091	75
Yaoundé	1 986	1 823	1 889	1 944	1857	1 962	1 860	79
Est	874	831	1 177	944	1068	1 054	993	104
Extrême-Nord	1 575	1 477	1 673	1 743	1771	1 799	1 923	50
Littoral	714	654	663	613	690	625	560	62
Douala	2 592	2 339	2 536	2 409	2485	2 533	2 635	120
Nord	926	1 014	1 179	1 129	1267	1 367	1 478	71
Nord Ouest	1 023	1 150	1 119	1 094	995	1 164	1 238	58
Ouest	980	832	810	924	920	935	782	37
Sud	630	629	723	730	735	671	673	86
Sud-Ouest	959	1 006	1 116	1 089	922	1 087	1 064	66
Pays	13 810	13 220	14 232	14 308	14 448	14 927	14 973	70

Evolution nouveaux cas TPM+ / an (%)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Adamaoua	10%	-21%	-4%	49%	-9%	-1%	5%
Centre	17%	5%	-10%	12%	12%	0%	0%
Yaoundé	-9%	-8%	4%	3%	-4%	6%	-5%
Est	25%	-5%	42%	-20%	13%	-1%	-6%
Extrême-Nord	16%	-6%	13%	4%	2%	2%	7%
Littoral	7%	-8%	1%	-8%	13%	-9%	-10%
Douala	8%	-10%	8%	-5%	3%	2%	4%
Nord	-5%	10%	16%	-4%	12%	8%	8%
Nord Ouest	4%	12%	-3%	-2%	-9%	17%	6%
Ouest	10%	-15%	-3%	14%	0%	2%	-16%
Sud	8%	0%	15%	1%	1%	-9%	0%
Sud-Ouest	5%	5%	11%	-2%	-15%	18%	-2%
Pays	6%	-4%	8%	1%	1%	3%	0%

Evolution du nombre total de cas toutes formes par province et par an, Cameroun, 2006-2012

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012*	Tx /100.000
Adamaoua	1181	929	1035	1 318	1 246	1 320	1 344	123
Centre	1598	1 570	1577	1 584	1 575	1 538	1 572	108
Yaoundé	4 248	4 072	3 659	3 486	3 450	3 509	3 524	149
Est	1 659	1 622	2087	1 731	2 045	1 819	1 685	177
Extrême-Nord	2 562	2 515	2 586	2 859	2 708	3 029	3 306	86
Littoral	1121	1 065	1039	1 012	1 024	1 069	973	107
Douala	4 919	4 719	4 682	4 532	4 535	4 518	4 894	224
Nord	1 447	1 702	1858	1 802	1 795	1 958	2 174	105
Nord Ouest	1 918	2 207	2134	1 980	1 819	2 099	1 863	87
Ouest	1491	1 469	1498	1 470	1 588	1 477	1 332	63
Sud	1041	998	1035	1 041	1 061	977	921	118
Sud-Ouest	1 693	1 721	1935	1 866	1 682	1 813	1 724	106
Pays	24 878	24 589	25 125	24 681	24 258	25 126	25 312	118

*Données non encore validées

Evolution des cas toutes formes / an (%)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Adamaoua	12%	-21%	11%	27%	-5%	6%	2%
Centre	23%	-2%	0%	0%	-1%	-2%	2%
Yaoundé	1%	-4%	-10%	-5%	-1%	2%	0%
Est	46%	-2%	29%	-17%	18%	-11%	-7%
Extrême-Nord	17%	-2%	3%	11%	-5%	12%	9%
Littoral	13%	-5%	-2%	-3%	1%	4%	-9%
Douala	8%	-4%	-1%	-3%	0%	0%	8%
Nord	8%	18%	9%	-3%	0%	9%	11%
Nord Ouest	10%	15%	-3%	-7%	-8%	15%	-11%
Ouest	19%	-1%	2%	-2%	8%	-7%	-10%
Sud	16%	-4%	4%	1%	2%	-8%	-6%
Sud-Ouest	22%	2%	12%	-4%	-10%	8%	-5%
Pays	13%	-1%	2%	-2%	-1%	2%	1%

Annexe 6 TB et VIH

1) Résultats de la séroprévalence du VIH selon la forme, par région, 2012*

	TPM+ nc		Total TB	
	Test fait	Test pos	Test fait	Test pos
Cameroun	12468	3967	20768	7742
	83%	32%	82%	37%
Adamaoua	83%	34%	85%	39%
Centre	84%	30%	82%	33%
Yaoundé	74%	36%	79%	45%
Est	75%	40%	71%	45%
Extrême-Nord	74%	18%	72%	20%
Littoral	97%	28%	96%	34%
Douala	88%	26%	84%	35%
Nord	71%	20%	71%	22%
Nord Ouest	99%	58%	97%	61%
Ouest	93%	32%	92%	38%
Sud	89%	32%	90%	36%
Sud-Ouest	91%	35%	88%	42%

*Données non encore validées

2) Evolution du taux de tests VIH réalisés, des taux de prévalence chez TPM+, des mis sous ARV

	TPM+ nc		Mis sous ARV	
	Test fait	Test pos	2006	3%
2007	56%	40%	2007	33%
2008	75%	35%	2008	39%
2009	76%	35%	2009	47%
2010	79%	33%	2010	56%
2011	81%	31%	2011	60%
2012	83%	32%		

3) Tuberculeux séropositifs mis sous cotrimoxazole et/ou ARV, 2011

	TB HIV+	Nombre		Pourcentage	
		Sous CTX	Sous ARV	Sous CTX	Sous ARV
Cameroun	7 953	6 748	4 747	85%	60%
Adamaoua	413	233	227	56%	55%
Centre	418	201	160	48%	38%
Yaoundé	1 267	912	730	72%	58%
Est	546	340	141	62%	26%
Extrême-Nord	340	278	208	82%	61%
Littoral	376	360	233	96%	62%
Douala	1 316	1 275	757	97%	58%
Nord	291	290	262	100%	90%
Nord-Ouest	1 307	1 285	1 003	98%	77%
Ouest	511	484	366	95%	72%
Sud	300	272	199	91%	66%
Sud-Ouest	868	818	461	94%	53%

Annexe 7 Résultats du traitement par type de malade et par région, Cameroun, 2011

1) Nouveaux cas TPM+

	Guéris	Tt termin.	Echec	DCD	PDV	Trans-féré	Total	% analysés
Cameroun	10 049	1 923	167	881	1 298	641	14 959	100%
	67%	13%	1%	6%	9%	4%		
Adamaoua	84%	2%	0%	8%	3%	3%	643	100%
Centre	73%	12%	0%	5%	7%	3%	1 087	100%
Yaoundé	43%	32%	1%	4%	13%	7%	1 962	100%
Est	65%	9%	1%	8%	12%	5%	1 054	100%
Extrême-Nord	64%	12%	1%	5%	15%	3%	1 799	100%
Littoral	60%	17%	2%	8%	7%	7%	624	100%
Douala	63%	15%	2%	5%	10%	6%	2 533	100%
Nord	85%	5%	2%	2%	5%	1%	1 369	100%
Nord-Ouest	80%	3%	1%	10%	4%	2%	1 195	100%
Ouest	75%	9%	1%	10%	2%	3%	932	100%
Sud	69%	11%	1%	6%	8%	6%	669	100%
Sud-Ouest	72%	8%	1%	7%	8%	5%	1 092	100%

2) Retraitements

	Guéris	Tt termin.	Echec	DCD	PDV	Trans-féré	Total	% analysés
Cameroun	896	266	55	144	203	92	1 656	100%
	54%	16%	3%	9%	12%	6%		
Adamaoua	76%	6%	3%	6%	3%	6%	33	100%
Centre	62%	16%	1%	9%	9%	4%	140	100%
Yaoundé	28%	29%	2%	8%	20%	11%	201	100%
Est	56%	7%	2%	13%	16%	7%	88	100%
Extrême-Nord	49%	19%	1%	11%	18%	2%	171	100%
Littoral	58%	17%	4%	7%	7%	6%	69	100%
Douala	53%	18%	5%	5%	12%	7%	471	100%
Nord	74%	7%	6%	6%	7%	1%	117	100%
Nord-Ouest	73%	4%	3%	14%	5%	0%	98	100%
Ouest	52%	15%	9%	16%	5%	2%	86	100%
Sud	48%	17%	2%	14%	15%	5%	103	100%
Sud-Ouest	66%	9%	0%	6%	13%	6%	79	100%

3) Autres cas

	Guéris	Tt termin.	Echec	DCD	PDV	Trans-féré	Total	% analysés
Total province		6 481		890	686	295	8 352	100%
		78%		11%	8%	4%		
Adamaoua		88%		8%	3%	1%	635	100%
Centre		77%		12%	9%	2%	311	100%
Yaoundé		71%		8%	16%	5%	1 346	100%
Est		68%		11%	17%	4%	657	100%
Extrême-Nord		78%		6%	15%	1%	1 051	100%
Littoral		82%		11%	3%	4%	371	100%
Douala		82%		8%	4%	6%	1 509	100%
Nord		97%		1%	1%	0%	475	100%
Nord-Ouest		81%		14%	2%	2%	719	100%
Ouest		67%		30%	1%	2%	453	100%
Sud		75%		14%	7%	4%	193	100%
Sud-Ouest		66%		20%	8%	6%	632	98%

Annexe 8 Evolution des résultats de traitement, Cameroun, 2003-2011

1) Nouveaux cas

	Cas déclarés	Guéris	Tt termin.	Echec	DCD	PDV	Trans-féré	Total	% analysés
2003	10 909	64%	8%	1%	5%	19%	2%	10 744	98%
2004	11 506	64%	8%	1%	6%	18%	2%	11 167	97%
2005	12 961	66%	8%	1%	6%	15%	3%	12 794	99%
2006	13 857	65%	10%	1%	6%	14%	4%	13 744	99%
2007	13 025	61%	15%	1%	7%	11%	5%	13 008	100%
2008	14 635	63%	15%	1%	6%	11%	5%	14 012	98%
2009	14 428	65%	13%	1%	6%	10%	4%	14 407	100%
2010	14 464	64%	14%	1%	6%	10%	5%	14 464	100%
2011	14 959	67%	13%	1%	6%	9%	4%	14 959	100%

2) Retraitements

	Cas déclarés	Guéris	Tt termin.	Echec	DCD	PDV	Trans-féré	Total	% analysés
2003	1 472	73%	3%	2%	4%	15%	3%	2 063	140%
2004	1 317	48%	9%	4%	7%	30%	2%	1 116	85%
2005	1 578	56%	8%	4%	8%	20%	4%	1 358	86%
2006	1 452	50%	12%	3%	10%	20%	6%	1 283	88%
2007	1 522	50%	15%	2%	9%	15%	7%	1 483	97%
2008	1 420	52%	16%	2%	9%	16%	5%	1 398	98%
2009	1 516	51%	18%	2%	9%	13%	7%	1 515	100%
2010	1 489	55%	16%	3%	9%	12%	6%	1 489	100%
2011	1 658	54%	16%	3%	9%	12%	6%	1 656	100%

3) Autres cas

	Cas déclarés	Guéris	Tt termin.	Echec	DCD	PDV	Trans-féré	Total	% analysés
2006	8 876	7%	55%	0%	9%	16%	12%	5 926	67%
2007	8 986	0%	72%	0%	9%	14%	4%	8 911	99%
2008	9 159	0%	75%	0%	9%	12%	4%	9 100	99%
2009	8 847	0%	76%	0%	11%	10%	4%	8 818	100%
2010	8 576	0%	77%	0%	10%	9%	4%	8 576	100%
2011	8 363	0%	78%	0%	11%	8%	4%	8 352	100%

Annexe 9 Evolution des résultats des nouveaux cas TPM+ par région, 2005-2011

Succès thérapeutiques (%)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Adamaoua	85%	77%	78%	86%	86%	85%	86%
Centre	81%	77%	86%	82%	84%	82%	85%
Yaoundé	72%	72%	73%	75%	74%	78%	76%
Est	63%	65%	66%	68%	70%	68%	75%
Extrême-Nord	72%	73%	75%	78%	76%	75%	76%
Littoral	75%	79%	80%	79%	77%	76%	77%
Douala	67%	73%	73%	78%	79%	78%	78%
Nord	92%	90%	88%	90%	89%	85%	90%
Nord Ouest	71%	71%	73%	77%	79%	81%	83%
Ouest	75%	78%	79%	78%	77%	79%	84%
Sud	79%	76%	71%	71%	76%	76%	80%
Sud-Ouest	74%	74%	74%	74%	76%	81%	79%

Perdus de vue (%)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Adamaoua	5%	13%	8%	3%	2%	3%	3%
Centre	10%	14%	7%	9%	6%	10%	7%
Yaoundé	20%	18%	15%	12%	14%	14%	13%
Est	20%	20%	21%	17%	15%	18%	12%
Extrême-Nord	19%	14%	12%	12%	13%	15%	15%
Littoral	16%	15%	12%	11%	8%	7%	7%
Douala	20%	15%	13%	11%	12%	10%	10%
Nord	3%	5%	4%	3%	4%	6%	5%
Nord Ouest	9%	8%	5%	5%	5%	6%	4%
Ouest	9%	10%	7%	8%	5%	4%	2%
Sud	7%	10%	12%	18%	11%	13%	8%
Sud-Ouest	18%	16%	14%	13%	11%	7%	8%

Annexe 10 Liste des CDT déclarant le plus de Perdus de vue (PDV) parmi les nouveaux cas TPM+ en 2011

Région	CDT	Guéris	Tt. complet	Echec	DCD	PDV	Trans-féré	Total
Yaoundé	H JAMOT	262	523	8	71	172	79	1 115
Douala	CPP LAQUINTINIE	205	106	17	50	106	49	533
Extrême Nord	HR YAGOUA	80	57	6	19	45	13	220
Sud-Ouest	HD KUMBA	175	42	6	29	35	10	297
Extrême Nord	Hop Prot Zidim	52	16	0	1	35	2	106
Est	URLT & PRISON BERTOUA	170	1	2	8	34	15	230
Extrême Nord	HR MAROUA	326	0	0	6	32	7	371
Extrême Nord	HD KAELE	52	10	1	3	30	1	97
Douala	HD New Bell	160	22	9	10	22	12	235
Yaoundé	CS CATH NKOLNDONGO	33	14	0	1	20	3	71
Yaoundé	HD Cité Verte	34	15	0	1	20	1	71
Est	CSC Nguelemendouka	66	1	0	7	19	3	96
Ext-N	HD KOLOFATA	35	7	3	1	18	7	71
Nord	HD NGONG	49	4	0	1	18	1	73
Douala	HD Deido	66	51	0	4	18	1	140
Douala	MBOPPI BAPTISTE BBH	189	31	3	4	18	17	262
Sud	H P EBOLOWA	136	21	0	11	17	8	193
Est	HD YOKADOUMA	55	3	1	2	17	4	82
Douala	Hop Militaire Douala	97	36	1	9	16	11	170

Classement des régions selon les PDV, 2011

Région	Guéris	Tt. complet	Echec	DCD	PDV	Transféré	Total
Extrême-Nord	64%	12%	1%	5%	15%	3%	1 799
Yaoundé	43%	32%	1%	4%	13%	7%	1 962
Est	65%	9%	1%	8%	12%	5%	1 054
Douala	63%	15%	2%	5%	10%	6%	2 533
Sud-Ouest	72%	8%	1%	7%	8%	5%	1 092
Sud	69%	11%	1%	6%	8%	6%	669
Littoral	60%	17%	2%	8%	7%	7%	624
Centre	73%	12%	0%	5%	7%	3%	1 087
Nord	85%	5%	2%	2%	5%	1%	1 369
Nord-Ouest	80%	3%	1%	10%	4%	2%	1 195
Adamaoua	84%	2%	0%	8%	3%	3%	643

Annexe 11 Médicaments de première ligne : stocks, commandes en cours et à passer

Stock dans les CAPP au 4 janvier 2013

	RHZE	RH	RHE	S	R60/H30/Z150	R60/H30
Adamaoua	1 344	50 400	0	100	90	504
Centre	74 592	330 624	13 440	3 550	0	0
Est	23 520	74 592	0	0	0	0
Extrême Nord	50 988	15 864	15 595	63	12 870	22 500
Littoral	22 176	245 280	31 584	1 255	1 428	147
Nord	14 784	0	4 032	5	25 200	49 590
Nord Ouest	6 048	183 176	0	10	14 112	0
Ouest	10 752	120 960	672	650	3 360	0
Sud	18 816	22 848	980	159	672	0
Sud Ouest	40 992	159 936	0	0	840	0
Total	264 012	1 203 680	66 303	5 792	58 572	72 741

L - Stock

4 janvier 13

	RHZE	RH	RHE	S	R60/H30/Z150	R60/H30	H100
Stock CENAME	3 352 608	4 953 984	774 816	180 400	128 688	297 900	3 352 608
CAPR	264 012	1 203 680	66 303	5 792	58 572	72 741	264 012
Total disponible actuel	3 616 620	6 157 664	841 119	186 192	187 260	370 641	3 616 620
<i>Date prévisible de rupture de stock</i>	4-sept.-13	21-août-13	17-déc.-13	1-déc.-13	19-mai-16	7-mai-16	4-jan.-13

M - Consommation théorique mensuelle (=B)

	RHZE	RH	RHE	S	R60/H30/Z150	R60/H30	H100
	446 259	805 315	72 669	8 305	4 560	9 120	69 027

N - Mouvements prévus à la CENAME

commandes certaines en cours	8 446 368	14 094 528	1 464 288				1 000 000
Remboursement (RCA) / péremptions	1 497 888		299 712	89 045	187 260	370 641	

O - Disponibilité du stock au 4 janvier 2013 en tenant compte des appro

	10 565 100	20 252 192	2 005 695	97 147	0	0	1 000 000
--	------------	------------	-----------	--------	---	---	-----------

P - Durée théorique du stock en mois (O/M)

	RHZE	RH	RHE	S	R60/H30/Z150	R60/H30	H100
Nombre de mois	23,7	25,1	27,6	11,7	0,0	0,0	14,5
<i>Date prévisible de rupture de stock</i>	15-déc.-14	28-janv.-15	12-avr.-15	1-déc.-13	4-janv.-13	4-janv.-13	14-mars-14

Annexe 12 Médicaments de deuxième ligne

1 – Stock disponible au 13 février 2013

Kn	Cfz	Mfx	Pto	H300	Z400	E400
0	4 800	6 500	19 220	5 280	208 660	28 000

2 - Commande Plan GAS, Rd 9 Phase II)

Produit	Force	Unité de mesure	Coût unitaire (CVIP-CIF)	Année 1		Année 2		Année 3	
				Quantité	Coût total	Quantité	Coût total	Quantité	Coût total

Régimes MDR courts

Kanamycine	1gr	flacon	2,500 €	10 710	26 775 €	11 340	28 350 €	11 970	29 925 €
Moxifloxacin	400 mg	comprimé	2,035 €	24 098	49 038 €	25 515	51 923 €	26 933	54 808 €
Prothionamide	250 mg	comprimé	0,113 €	32 130	3 615 €	34 020	3 827 €	35 910	4 040 €
Clofazimine	50 mg	comprimé	0,125 €	48 195	6 024 €	51 030	6 379 €	53 865	6 733 €
Isoniazide	300mg	comprimé	0,038 €	10 710	402 €	11 340	425 €	11 970	449 €
Ethambutol	400mg	comprimé	0,038 €	72 293	2 711 €	76 545	2 870 €	80 798	3 030 €
Pyrazinamide	400mg	comprimé	0,025 €	96 390	2 410 €	102 060	2 552 €	107 730	2 693 €
Seringue	1 unité	item	0,072 €	10 710	770 €	11 340	815 €	11 970	860 €
EPPI	1 unité	item	0,133 €	10 710	1 419 €	11 340	1 503 €	11 970	1 586 €
					93 164 €			98 644 €	104 124 €

Régimes MDR longs

Capréomycine	1gr	flacon	10,000 €	900	9 000 €	900	9 000 €	900	9 000 €
Cyclosérine	250 mg	comprimé	0,739 €	5 400	3 989 €	5 400	3 989 €	5 400	3 989 €
PAS Sodium	4 gr	comprimé	1,813 €	5 400	9 788 €	5 400	9 788 €	5 400	9 788 €
Lévofoxacin	250 mg	comprimé	0,069 €	5 400	371 €	5 400	371 €	5 400	371 €
Prothionamide	250 mg	comprimé	0,113 €	5 400	608 €	5 400	608 €	5 400	608 €
Seringue	1 unité	item	0,090 €	900	81 €	900	81 €	900	81 €
EPPI	1 unité	item	0,166 €	900	149 €	900	149 €	900	149 €
					23 985 €			23 985 €	23 985 €

Destinataires du Rapport Cameroun N°18

Rapport à envoyer par courriel à :

programme_tb_cam@yahoo.fr

Hubert Wang : Wanghub2003@yahoo.fr

Jean-Louis Abena : jlabena@yahoo.fr

Désiré Nolna : nolnadeso@yahoo.fr

Georges Etoundi, dretoundi@yahoo.fr

Léonie Simo : nenwouo@yahoo.fr

Jürgen Noeske : juergennoeske@yahoo.fr

Christopher Kuaban : hopjamotyde@yahoo.fr

Sara Eyangoh : eyangoh@pasteur-yaounde.org

Vincent Mbassa : mbassavincen@yahoo.fr

Bekolo Mba : franck752002@yahoo.fr

Melissa Sander: melissa.sander@gmail.com

Jean-Pascal Olinga : rameau03@yahoo.fr

Antonio Ramos de Matos : antonio.ramos-de-matos@diplomatie.gouv.fr

Armand Ngoumnjuen : ngoumnjuennjouoka@afd.fr, 22 22 00 15 ou 96 47 86 81

Alexandra Rinaldi: rinaldia@afd.fr

Charlotte Ndiaye Faty: ndiayec@cm.afro.who.int

Andrea de Lucia: deluciaa@who.int

Wilfried Thalmas: Wilfried.Thalmas@theglobalfund.org

Martine Toussaint : mtoussaint4570@yahoo.fr

Romain André : andrer@afd.fr

et destinataires habituels de L'Union