

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

Rapport N°20

Visite effectuée du 6 au 18 avril 2014

Arnaud Trébucq
Ghislain Koura

*Union Internationale Contre la
Tuberculose et les Maladies Respiratoires*

Plan du rapport

Résumé exécutif

- 1 – Plan stratégique
- 2 – Décentralisation sur Douala et Yaoundé
 - 2.1 Douala
 - 2.2 Yaoundé
- 3 –Médicaments de première ligne
- 4 – Données statistiques
- 5 – Prise en charge des MDR et médicaments de deuxième ligne
- 6 - Suivi des recommandations de la mission précédente d’octobre 2013
- 7 - Recommandations spécifiques pour l’Extrême-Nord de la mission d’octobre 2013

- Annexe 1 Termes de référence
- Annexe 2 Emploi du temps
- Annexe 3 Personnes rencontrées
- Annexe 4 Dépistage 2013 par région
- Annexe 5 Evolution du dépistage, Cameroun, 2002-2013
- Annexe 6 TB et VIH
- Annexe 7 Résultats du traitement par type de malade et par région, Cameroun, 2012
- Annexe 8 Evolution des résultats de traitement, Cameroun, 2003-2012
- Annexe 9 Evolution des résultats des nouveaux cas TPM+ par région, 2005-2012
- Annexe 10 Médicaments première ligne : stocks, commandes en cours et à passer
- Annexe 11 Médicaments de deuxième ligne

Remerciements

Les consultants remercient toute l’équipe du Groupe Technique Central Tuberculose ainsi que celles des régions du Centre et du Littoral pour leur accueil chaleureux lors de cette mission.

La visite des Dr Trébucq et Koura a été financée partie par l’Agence Française de Développement, partie par I5PC/FEI.

Fait à Paris, le mercredi 30 avril 2014

Résumé exécutif

Le Cameroun fait partie des pays pour lesquels le Fonds Mondial (FM) demande que la Note conceptuelle soit commune pour le VIH et la tuberculose. En octobre 2013, lors de notre dernière mission, le Ministère de la Santé était inquiet car si le programme Sida était assez avancé dans le processus, celui de la tuberculose l'était moins et on craignait qu'il ne soit pas prêt à temps. Pour pallier à ce problème, le Programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT) a demandé le soutien de l'Initiative 5% / France Expertise Internationale (I5PC/FEI) pour la mise à disposition de 2 experts techniques et d'un expert financier afin de l'aider à élaborer le Plan stratégique national tuberculose (PSN). En étroite collaboration avec le PNLT, les consultants ont employé la technique classique pour ce genre d'opération : revue générale du programme avec analyse de la situation par étude de la documentation existante sur les stratégies et résultats du programme, mise en perspective du PNLT dans le cadre général du Ministère de la Santé, interviews des différents acteurs lors de déplacements dans les régions ainsi qu'au niveau central, entretiens avec les partenaires. Un premier document a été présenté et discuté en profondeur lors d'un atelier de 2 jours (7 et 8 avril) réunissant toutes les parties intéressées. Ensuite, le travail sur le PSN a repris pour intégrer les suggestions faites lors de l'atelier et préparer le budget. Un atelier de validation présidé par le Ministre de la Santé a été tenu le 25 avril. Il a réuni tous les partenaires et les principaux acteurs de la lutte contre la tuberculose au Cameroun et le PSN a été officiellement adopté.

Comme toujours, l'approvisionnement régulier en antituberculeux de première ligne reste un problème majeur au Cameroun. Les commandes prévues en octobre n'ont pas été passées. Le programme espérait une commande de l'Etat qui n'a pas eu lieu car l'appel d'offres lancé par la CENAME s'est révélé infructueux. L'Union a pu obtenir un dépannage en streptomycine par la RDC mais en faible quantité. Une demande de cotation en urgence à IDA/GDF a été demandée durant notre visite et on espère que le processus sera un peu plus rapide que d'habitude car le premier médicament adulte à être épuisé est le {RH} en décembre cette année. Pour les formes pédiatriques, la rupture ne peut être évitée mais on pourra toujours utiliser des formulations adultes qu'on fractionnera, comme cela s'est fait pendant des années, avant la disposition des formes dispersibles.

La prise en charge des malades présentant une tuberculose multirésistante (MDR) se passe remarquablement bien, le souci principal là aussi étant l'approvisionnement à temps des médicaments de deuxième ligne. Au cours du premier semestre 2013, on a dû retarder la mise au traitement de beaucoup de malades faute de médicaments ; on espère que les processus de commande pourront s'accélérer suite aux entretiens que l'Union a eus à Genève avec les responsables du FM. L'autre problème est lié au retrait de la GIZ qui n'est pas encore compensé par le PNLT.

Sur Douala, on note une nette accélération des références de patients depuis l'hôpital Laquintinie vers les CDT de la ville avec 2 fois moins de tuberculeux enregistrés à Laquintinie au 1er trimestre 2014 qu'au 1er trimestre 2013. Malheureusement cela n'est pas retrouvé à Yaoundé où les références de Jamot ne progressent pas malgré les très mauvais résultats de suivi des malades.

Pour ce qui est des résultats globaux du PNLT, l'analyse situationnelle les présente très bien dans le cadre du Plan Stratégique national ; nous ne rapporterons ici que la synthèse. Une progression annuelle dans les 5 prochaines années de 1,5% du nombre de cas déclarés semble raisonnable. Le taux de perdus de vue diminue lentement et est à 8% pour les tuberculoses contagieuses de 2012 tandis que le taux de succès thérapeutique reste stable à 80% (68% de « guéris »). En 2013, 82% des tuberculeux déclarés ont été testés pour le VIH et 32% des TPM+ sont séropositifs, chiffre élevé mais stable depuis plusieurs années ; 65% des séropositifs ont été mis sous antirétroviraux, proportion en augmentation régulière (60% en 2011).

Recommandations

- 1) *Suivre de très près les commandes en cours pour les médicaments de **première ligne** et de **deuxième ligne**. Il y a une grande urgence pour les 2. Faire viser par l'Union pour les MDR.*
- 2) *Documenter systématiquement le devenir des patients dépistées résistants à la Rifampicine et qui n'ont pas pu être mis sous traitement.*
- 3) *Donner 50.000 FCFA par mois comme crédits de téléphone pour le service du registre qui s'occupe des références avec un cityphone à Jamot comme à Laquintinie.*
- 4) *Documenter l'arrivée des malades dans les CDT où ils sont référés en ajoutant une colonne dans le Registre des référés : « Arrivés Oui/Non ».*
- 5) *Féliciter l'équipe de Douala pour l'amélioration des performances sur Laquintinie.*
- 6) *Améliorer la gestion des commandes au niveau central :*
 - a. *faire le point au minimum une fois par mois sur la situation des médicaments ;*
 - b. *remplir le fichier « Préparation commandes » une fois par trimestre, le projeter à l'équipe du niveau central, le sauver et décider ce qu'il faut faire.*
- 7) *Imprimer en urgence les **Fiches de traitement antituberculeux** et les **Cartes de traitement antituberculeux**.*
- 8) *Imprimer en urgence les Registres de la tuberculose et les Registres de laboratoire.*
- 9) *Mettre en place une flotte téléphonique sur Douala, Yaoundé, l'Est. Inclure le niveau central (Mme Efouzou) et les laboratoires de Bamenda, Yaoundé et Garoua.*
- 10) *Prévoir les primes pour les infirmiers en charge des MDR : Enoka 60 000 ; Casimir Siewe Barcelone 60 000 ; Clarisse Tassu Albert le Grand 30 000 ; Jonas Ngate Miséricorde 30 000 ; Adeline Bamenda 60 000 ; Floriane Bafoussam 30 000.*
- 11) *Finaliser le recrutement du Dr Kamgué pour le site de Douala.*
- 12) *Recruter une assistante sociale ou une infirmière pour seconder Madame Enoka.*
- 13) *Mettre en place les crédits téléphone, Enoka : 50.000 + Internet, Titi : 25.000 par mois.*
- 14) *Mettre en place des frais de déplacements mensuels pour Enoka 40 000, Kamgue 40 000 et Titi 40 000. Cela devra couvrir les frais de déplacement sur la Dibamba aussi bien que sur les CDT.*
- 15) *Mettre en place un système pour rembourser les déplacements quotidiens des malades en ambulatoire sur une base de 1 500 FCFA par jour.*
- 16) *Renvoyer la moto de Titi ou lui payer la location d'une moto.*
- 17) *Finaliser les contrats avec les laboratoires sur Bamenda pour les MDR.*
- 18) *Trouver un système pour que le crachat des suspects MDR du Littoral ne soient plus apportés par le malade lui-même mais par un transporteur comme lorsque la GIZ payait ce service. Il semble que chaque CDT peut payer cela sur ses propres menues recettes. Le Délégué est alerté mais il faut le lui rappeler et suivre ce dossier.*
- 19) *Trouver un système qui permette d'acheter l'alimentation pour les malades : Mme Enoka pourrait acheter les vivres une fois par mois aux boutiques près de la Dibamba.*
- 20) *Envoyer rapidement l'infirmier de Maroua en formation pour le traitement des MDR.*
- 21) *Mettre en place à Yaoundé comme à Bamenda la technique de coloration au diacétate de fluorescéine pour déterminer si les bacilles trouvés à 4 mois sont vivants ou morts.*
- 22) *Constituer un petit stock de médicaments pour les effets secondaires des MDR.*

Cette mission a été effectuée dans le cadre du soutien biannuel apporté par L'Union internationale contre la tuberculose (L'Union) au Programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT) du Cameroun sur 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 s'est intéressée tout particulièrement au Plan stratégique national en cours de finalisation, aux activités de décentralisation sur Yaoundé et Douala, à la prise en charge des tuberculoses MDR. Comme d'habitude, les commandes de médicaments et les statistiques du programme ont été revues.

1 – Plan stratégique

Le Cameroun fait partie des pays pour lesquels le Fonds Mondial (FM) demande que la Note conceptuelle soit commune pour le VIH et la tuberculose.

En octobre 2013, lors de notre dernière mission, le Ministère de la Santé était inquiet car si le programme Sida était assez avancé dans le processus, celui de la tuberculose l'était moins et on craignait qu'il ne soit pas prêt à temps. Pour pallier à ce problème, le PNLT a demandé le soutien de I5PC/FEI pour la mise à disposition de 2 experts techniques et d'un expert financier afin de l'aider à élaborer le Plan stratégique national tuberculose (PSN).

En étroite collaboration avec le PNLT, les consultants ont employé la technique classique pour ce genre d'opération : revue générale du programme avec analyse de la situation par étude de la documentation existante sur les stratégies et résultats du programme, mise en perspective du PNLT dans le cadre général du Ministère de la Santé, interviews des différents acteurs lors de déplacements dans les régions ainsi qu'au niveau central, entretiens avec les partenaires. Un premier document a été présenté et discuté en profondeur lors d'un atelier de 2 jours (7 et 8 avril) réunissant toutes les parties intéressées. L'atelier s'est remarquablement bien passé et de l'avis unanime des participants, nationaux comme internationaux, le travail effectué par le programme et les consultants a été jugé excellent.

Suite à cet atelier, le travail sur le PSN a repris pour intégrer les suggestions et préparer le budget. Un atelier de validation présidé par le Ministre de la Santé a été tenu le 25 avril. Il a réuni tous les partenaires et les principaux acteurs de la lutte contre la tuberculose au Cameroun et le PSN a été officiellement adopté.

Le bureau du Cameroun de l'OMS a été impliqué tout au long du processus et une mission OMS/ AFRO a revu les données épidémiologiques en février 2014 (rapport non encore disponible). Au total la revue générale du programme initialement prévue par l'OMS qui devait l'orchestrer n'a plus été jugée nécessaire par tous les partenaires (Fonds Mondial, GIZ, France, USAID, CDC) ni par la Secrétaire Générale du Ministère de la Santé. Pour ne pas retarder le processus, le PSN sera envoyé à OMS/AFRO pour avis.

Finalement, on ne sait pas encore quand la note conceptuelle commune sida/tuberculose pourra être finalisée car le programme de lutte contre le sida a pris du retard, mais le plan tuberculose est prêt et le programme est dans les starting-blocks pour sa rédaction. Il n'y a pas d'urgence absolue côté tuberculose car le budget FM est disponible jusqu'au 31 décembre 2015.

2 – Décentralisation sur Douala et Yaoundé

2.1 Douala

Suite à notre dernière visite à Douala, différentes réunions ont été organisées par la Délégation du Littoral (Dr Eliza Fon) avec les responsables du service de la Polyclinique Akwa (service de pneumologie de Laquintinie). Les mauvais résultats enregistrés par ce service ont été largement exposés et on a insisté à nouveau sur l'importance de la référence des malades vers les autres CDT. Ces actions ont été couronnées de succès comme le montre le tableau ci-dessous :

	1 T 2013	4ème T 2013	1er T 2014
Nombre TB référés	X?	131	130
Nombre TB enregistrés	353	268	154

On constate une diminution de plus de 50% du nombre de tuberculeux enregistrés à Laquintinie au 1er trimestre 2014 par rapport au 1er trimestre 2013.

Il faut souligner que cela ne se fait pas au détriment des finances de l'Hôpital qui continue à faire payer un prix exorbitant aux malades venus pour le dépistage : plus de 25.000 FCFA.

Pierre Calvin Okonou et Raymond Bidias en charge du Registre et des références suivent bien les malades référés. Dans la mesure du possible, ils appellent devant le malade le CDT où celui-ci sera référé pour prévenir de son arrivée ; cependant leurs crédits de téléphone sont insuffisants et l'arrivée des malades à bon port n'est pas documentée dans le registre de Laquintinie.

On peut espérer que la relance des références permettra d'obtenir de meilleurs résultats d'autant que les médecins et notamment Dr Adeline Wandji y participe.

Il est trop tôt pour savoir le retentissement de ces mesures sur le taux de guérison qui était très mauvais sur Laquintinie comme rappelé dans les 2 graphiques ci-dessous.

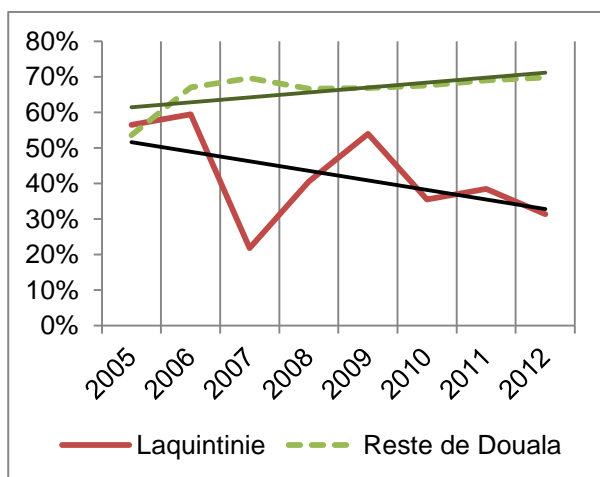


Figure 1 : Taux de guérison nouveaux cas TPM+

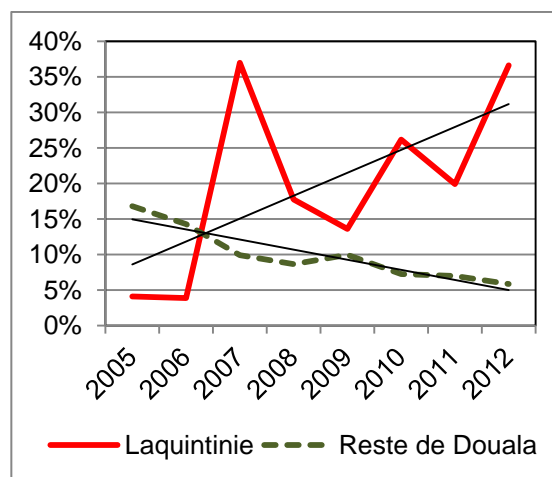


Figure 2 : Pourcentage de malades perdus de vue avant la fin de traitement

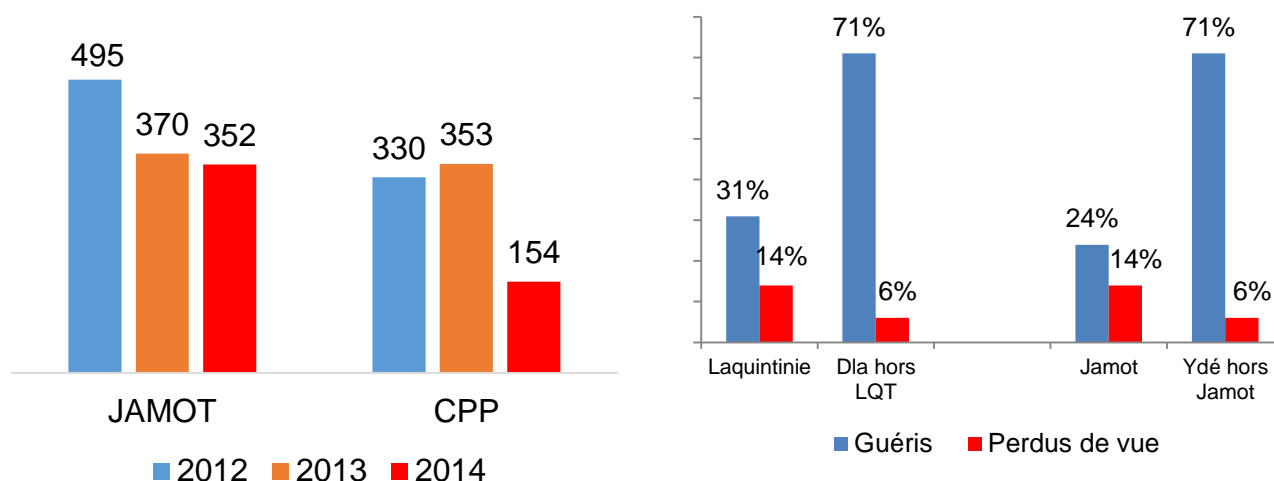
Par ailleurs, le Dr Adeline Wandji est intéressée pour être le médecin référent dans le cadre de l'étude sur la prise en charge thérapeutique ou par chimioprophylaxie des enfants de moins de 5 ans contacts de TPM+ connus que L'Union espère monter sur budget FEI.

Recommandations

- 1) Donner 50.000 FCFA par mois comme crédits de téléphone pour le service du registre qui s'occupe des références avec un cityphone.
- 2) Documenter l'arrivée des malades dans les CDT où ils sont référés en ajoutant une colonne dans le Registre des référés : « Arrivés Oui/Non ».
- 3) Faire la distinction entre « Guéris » et « Traitement terminé » à Laquintinie car cette dernière catégorie a subitement disparu...
- 4) Féliciter l'équipe de Douala pour l'amélioration des références sur Laquintinie.

2.2 Yaoundé

Contrairement à Douala, la situation ne s'est pas améliorée à l'Hôpital Jamot de Yaoundé où le nombre de tuberculeux pris en charge ne diminue pas malgré les résultats exécrables de cet hôpital (cf. Rapport N°19 et figures ci-contre). Jamot est toujours le centre qui a le plus grand nombre de Perdus de vue du Cameroun.



Evolution du nombre de cas de tuberculose enregistrés à Jamot et à Laquintinie (CPP), au cours des premiers trimestres 2012, 2013, 2014

Résultats de traitement TPM+ dans grandes villes 2012

Une nouvelle réunion des médecins a été organisée à l'Hôpital Jamot pour sensibiliser les médecins. On verra si cela est suivi ou non d'effets.

Les crédits de téléphone pour le service des références méritent comme à Douala d'être augmentés.

Recommandations

- 2) Donner 50.000 FCFA par mois comme crédits de téléphone pour le service du registre qui s'occupe des références avec un cityphone.
- 3) Suivre de près les références.

3 – Médicaments de première ligne

L'approvisionnement en antituberculeux de première ligne reste problématique.

Les stocks existants, les commandes en cours et la durée des stocks sont donnés en Annexe 10.

Les commandes prévues dans le Rapport N°19 n'ont pas été passées et le programme est en grand danger de rupture d'autant que l'appel d'offres de la CENAME sur budget de l'Etat n'a pas fonctionné.

Une nouvelle commande a été lancée à travers GDF sur budget FM, espérons qu'elle arrive à temps, c'est-à-dire avant décembre 2014. Pour les formes pédiatriques, la rupture est inévitable mais on pourra utiliser les formes adultes comme par le passé avant la disponibilité des formes pédiatriques.

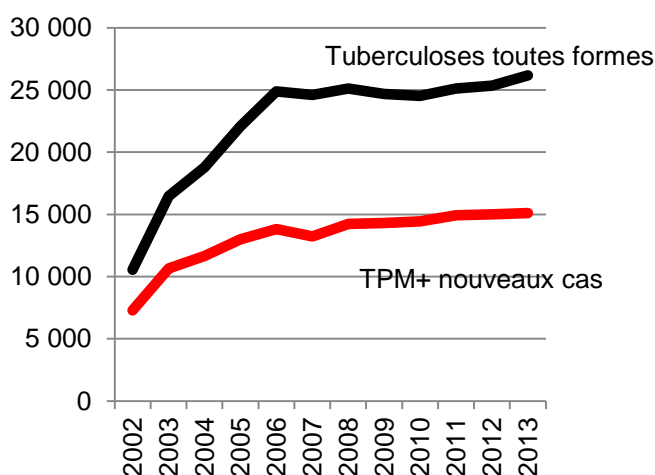
Un accord a été signé entre GDF et L'Union : pour ne pas dupliquer les missions, L'Union aura les 2 casquettes Union et GDF lors de ses missions au Cameroun et partagera les données recueillies avec GDF ; par ailleurs, le pays continuera à remplir les formulaires trimestriels régulièrement demandés par GDF.

Recommandations

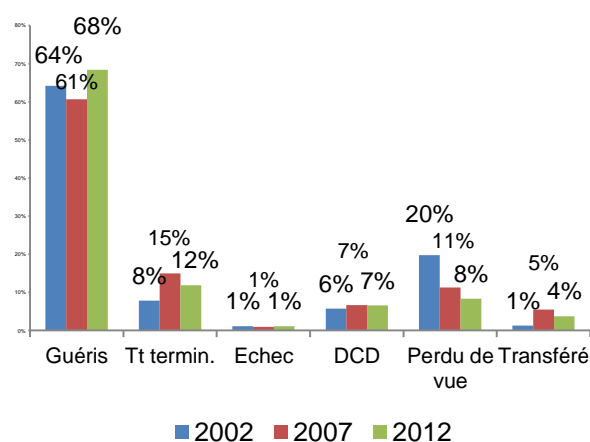
- 1) *Suivre de très près la commande en cours ; ajouter les médicaments de première ligne donnés aux MDR.*
- 2) *Améliorer la gestion au niveau central en appliquant les recommandations faites régulièrement depuis plusieurs années :*
 - *faire le point une fois par mois sur la situation des médicaments (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 ce qu'il faut faire en fonction de ce qu'il montre.*

4 – Données statistiques

Les données sur le dépistage de 2013 et son évolution depuis 2002 sont présentées en Annexe 4 et 5 ; les résultats du VIH en Annexe 6 ; les résultats de traitement de 2012 et leurs évolutions au cours des ans en Annexe 7 à 9. Les quelques courbes ci-dessous illustrent les tendances.



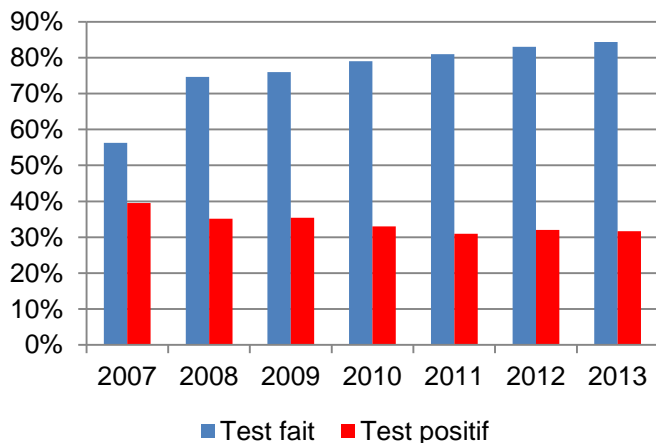
Nombre de cas de TPM+ n.c. et de TB toutes formes déclarés 2002 à 2013



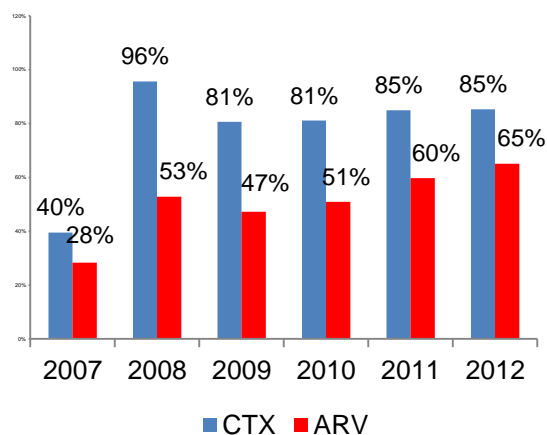
Résultats de traitement TPM+ n.c. 2002, 2007, 2012

Nous ne reprendrons pas ici l'analyse de la situation qui est parfaitement faite dans le Plan stratégique. Juste quelques points à souligner :

- après une très forte augmentation du nombre de cas déclarés liée à la mise en place du programme, on assiste à partir de 2007 à une stabilisation des nombres et on table pour les prochaines années sur une augmentation annuelle de 1,5% ;
- le taux de guérison augmente lentement mais le taux de perdus de vue a significativement baissé depuis la mise en place du PNLT.



Tests VIH réalisés et positifs, TPM+ n.c. 2007 - 2013



TB VIH mis sous Cotrimoxazole et ARV 2007 - 2013

La réalisation des tests VIH, malgré quelques ruptures dans leur approvisionnement, reste très bonne (82% en 2013 pour l'ensemble des tuberculeux ; 32% de positifs chez les TPM+). Le pourcentage des tuberculeux séropositifs mis sous ARV progresse à 65% en 2012 (pour 60% en 2011).

Un fichier Excel construit à partir des statistiques établies trimestriellement par les laboratoires périphériques est en place pour chaque région. Ces statistiques commencent à être renseignées.

Recommandations

- 1) *Imprimer en urgence les Fiches de traitement antituberculeux et les Cartes de traitement antituberculeux.*
- 2) *Imprimer en urgence les Registres de la tuberculose et les Registres de laboratoire.*
- 3) *Mettre en place une flotte téléphonique sur Douala, Yaoundé, l'Est, comme cela a déjà été fait pour l'Extrême-Nord. Inclure le niveau central (Mme Efouzou) et les laboratoires de Bamenda, Pasteur Yaoundé et Pasteur Garoua).*
- 4) *Développer le recueil systématique des statistiques sur les activités de laboratoire.*

5 – Prise en charge des MDR et médicaments de deuxième ligne

L'approvisionnement en médicaments de deuxième ligne a posé de gros problèmes et ceux commandés en urgence en août 2013 ne sont arrivés qu'en février 2014 malgré l'existence d'une ligne budgétaire, d'un stock disponible à GDF et de l'intervention par 2 fois de l'Ambassadeur de France. Ces problèmes ont été discutés par L'Union à Genève avec les responsables du Fonds Mondial et L'Union a constitué

une réserve de médicaments chez IDA. Il a été retenu que la demande du pays appuyée par L'Union serait traitée le plus vite possible au niveau du Fonds Mondial. **En faisant très attention**, on peut espérer que les approvisionnements seront suffisamment réguliers pour ne pas avoir à attendre une livraison avant de mettre un patient sous traitement MDR.

Le tableau ci-dessous rapporte le nombre de cas dépistés et inclus dans l'étude par trimestre depuis le 1er janvier 2013. L'irrégularité de la disposition des médicaments au cours du premier semestre 2013 explique en grande partie les différences entre dépistés et malades mis au traitement. De plus, le système ne permettait pas de savoir ce qu'il advenait des malades dépistés jusqu'au 4ème trimestre 2013. Cette connaissance s'est nettement améliorée avec la mise en place du fichier RR à Yaoundé mais n'est pas encore parfaite. Seuls les malades suivis à Yaoundé, Douala ou Bamenda entrent dans l'étude ; ceux suivis ailleurs sont également mis sous traitement court (sauf contreindication) mais ils n'entrent pas dans l'étude (1 malade a été diagnostiqué dans le Nord).

Tableau : Nombre de cas MDR dépistés et inclus dans l'étude sur le traitement court par trimestre 2013-2014

	1T2013	2T2013	3T2013	4T2013	1T2014
Dépistés MDR	30	47	21	25	28
Traités 9 mois inclus dans l'étude	13	22	17	23	19

Le Guide général de prise en charge des MDR a été revu mais il reste à le finaliser.

Les machines Xpert MTB/RIF se mettent en place progressivement et sont installées au Centre Pasteur du Cameroun de Yaoundé, à l'Annexe du Centre Pasteur de Garoua et à Bamenda. A Bamenda, le test de Hain sera bientôt remplacé par Xpert. On prévoit d'installer de nouvelles machines à Jamot, Bertoua, Maroua, Bafoussam, Limbé et de couvrir toutes les provinces avec au moins une machine. La fonction première de Xpert MTB/RIF est la recherche de résistance à la rifampicine chez les sujets suspects : cas justifiant d'un régime de retraitement et tuberculeux nouveaux cas contacts d'un MDR connu. L'aide au diagnostic des TPM- dans les hôpitaux de référence est une deuxième indication de ces tests.

La qualité de la prise en charge des malades mérite d'être soulignée, notamment le travail réalisé par Mme Enoka à Douala qui est admirable.

Recommandations

- 1) *Prévoir les primes pour les infirmiers en charge des MDR : Françoise Enoka Délégation Littoral 60 000 ; Casimir Siewe Barcelone 60 000 ; Clarisse Tassu Albert le Grand 30 000 ; Jonas Ngate Miséricorde 30 000 ; Adeline TSIFFO Bamenda 60 000 ; Floriane TCHASSE Bafoussam 30 000.*
- 2) *Finaliser le recrutement du Dr Kamgué pour le site de Douala et l'utiliser pour couvrir tout le pays.*
- 3) *Recruter une assistante sociale ou une infirmière pour seconder Madame Enoka.*
- 4) *Mettre en place les crédits de téléphone : 50.000 par mois pour Mme Enoka + Internet et 25.000 pour M Titi.*
- 5) *Mettre en place des frais de déplacements mensuels pour Enoka 40 000, Kamgue 40 000 et Titi 40 000. Cela devra couvrir les frais de déplacement sur la Dibamba aussi bien que sur les CDT prenant en charge les malades dans la phase ambulatoire.*
- 6) *Mettre en place un système pour rembourser les déplacements quotidiens des malades en ambulatoire sur une base de 1 500 FCFA par jour à verser sur leur compte bancaire à condition qu'ils soient venus prendre leurs médicaments.*
- 7) *Renvoyer la moto de Titi ou lui payer la location d'une moto.*
- 8) *Finaliser les contrats avec les laboratoires sur Bamenda pour les examens complémentaires nécessaires à la prise en charge des MDR.*

- 9) *Trouver un système pour que le crachat des suspects MDR du Littoral ne soient plus apportés par le malade lui-même mais par un transporteur comme lorsque la GIZ payait ce service. Il semble que chaque CDT peut payer cela sur ses propres menues recettes. Le Délégué est alerté mais il faut le lui rappeler et suivre ce dossier.*
- 10) *Trouver un système qui permette d'acheter l'alimentation pour les malades : Mme Enoka pourrait acheter les vivres une fois par mois aux boutiques près de la Dibamba et les donner de suite aux malades hospitalisés.*
- 11) *Documenter systématiquement le devenir des patients dépistés résistants à la Rifampicine et qui n'ont pas pu être mis sous traitement.*
- 12) *Envoyer rapidement l'infirmier de Maroua en formation pour le traitement des MDR.*
- 13) *Mettre en place à Yaoundé comme à Bamenda la technique de coloration au diacétate de fluorescéine pour déterminer si les bacilles trouvés après 4 mois de traitement sont vivants ou morts.*
- 14) *Constituer un petit stock de médicaments pour les effets secondaires les plus fréquents.*
- 15) *Commander de suite les médicaments de deuxième ligne selon les quantités discutées du fichier Excel ; faire copie à L'Union pour que celle-ci soutienne la demande afin d'accélérer le processus du FM comme discuté et accepté lors de discussions à Genève.*
- 16) *Finir l'article sur les 150 malades traités sur 12 mois.*

6 - Suivi des recommandations de la mission précédente d'octobre 2013

Au Fond Mondial

- 1) *Débloquer au plus vite la commande d'urgence des médicaments de deuxième ligne, suivre la progression de la commande « normale » des médicaments de deuxième ligne et celle des médicaments de première ligne.*

Fait, mais parvenus seulement en février malgré l'intervention deux fois de l'Ambassadeur de France

- 2) *Analyser les raisons qui ont entraîné le blocage de l'approvisionnement en urgence des médicaments de deuxième ligne (et en conséquence l'arrêt du recrutement des malades présentant une tuberculose multirésistante) pour éviter qu'une telle catastrophe se reproduise.*

Possible lié à la confusion entre la commande « Urgente » et la commande « Normale » ; il est nécessaire d'indiquer cela très clairement lors des commandes. La très faible réactivité du FM pose problème.

Au PNL

- 3) *Imprimer en urgence les **Fiches de traitement antituberculeux** et les **Cartes de traitement antituberculeux**.*

Pas fait. Beaucoup de CDT sont en rupture de stock

- 4) *Lancer de suite la nouvelle commande en médicaments de première ligne sur budget FM selon les modalités détaillées dans le rapport.*

Pas fait, la rupture va être difficile à éviter.

5) *Voir avec la CENAME s'il est possible de commander en extrême urgence 50.000 flacons de streptomycine à Svizera sur le budget de l'Etat.*

Fait mais impossible par la CENAME. Un échange avec la RDC a permis d'acquérir 20.000 flacons de streptomycine.

6) *Toujours commander pour chaque flacon de streptomycine un flacon d'eau pour injection et une seringue/aiguille. En cas d'urgence, en acheter à la CENAME.*

Fait, mais la streptomycine échangée avec la RDC n'a pas bénéficié des seringues et eau.

7) *Demander de suite à GDF les médicaments pour enfants.*

Fait, livraison attendue ce mois d'avril.

8) *Suivre l'arrivée des fonds de l'Etat à la CENAME et surveiller qu'elle lance de suite l'Appel d'offres en respectant les caractéristiques des médicaments pré qualifiés de l'OMS et du FM.*

Fait, mais l'appel d'offre a été infructueux et tout est à reprendre.

9) *Faire régulièrement le point sur la situation des médicaments, remplir le fichier « Préparation commandes » une fois par trimestre et le projeter à l'équipe du niveau central.*

Fait. Mais analyse non suivie d'effets.

10) *Supprimer la Fiche de dispensation des médicaments de première ligne*

Fait.

11) *Garder absolument le circuit actuel d'information et de commande pour l'intérieur du pays : les CAPR ne doivent pas passer leurs commandes directement à la CENAME. C'est aux CURLT d'exprimer leurs besoins et au niveau central du PNLT de décider des quantités à distribuer.*

Fait

12) *Appliquer les décisions du Ministre suite au mémo qui lui a été envoyé concernant les mauvais résultats du service de pneumologie de l'Hôpital Laquintinie (ex Polyclinique Akwa).*

Fait d'autant plus facilement qu'aucune décision n'a été prise donc il ne peut y avoir de suivi.

13) *Faire adopter la note conceptuelle sur la référence des malades de Jamot sur les CDT de Yaoundé par les différents intervenants et passer aux actes.*

En cours de réalisation, en progrès lents.

14) *Demander aux CURLT d'informer le niveau central des reliquats financiers existants chaque trimestre et d'indiquer les activités prioritaires pour lesquelles les CURLT demanderont l'autorisation d'utiliser ces fonds (la supervision est une de ces activités prioritaires).*

Fait

15) *Mettre en place deux systèmes de crédit de téléphone tels que décrits dans le rapport sur l'EN.*

Fait

16) *Faire une note à chaque région rappelant la gratuité du dépistage de la TB dans les prisons.*

Fait

17) *Envoyer vite la trousse pour la maintenance des microscopes aux responsables régionaux formés*

Fait

18) *Joindre les statistiques trimestrielles des activités de laboratoire aux autres statistiques.*

Fait pour une partie des régions. Grands progrès.

19) *Renseigner les cases « Enfants » du Formulaire trimestriel sur le dépistage.*

Fait

20) *Continuer à constituer des kits de médicaments de deuxième ligne pour chaque patient de manière à ne pas commencer un traitement sans être certain de pouvoir assurer la totalité de ce traitement.*

Fait

21) *Si les nouvelles machines Xpert MTB/RF sont installées, ne pas les faire fonctionner avant d'avoir sécurisé l'approvisionnement en médicaments et d'avoir organisé la prise en charge des malades.*

Fait mais attention à Garoua/Maroua.

22) *Finaliser le Guide de prise en charge des MDR selon le protocole court.*

Pas fait

23) *Recruter un pneumologue pour le site MDR de Douala.*

En cours. Dr Kamgué travaille mais n'est pas encore nommée officiellement.

24) *Résoudre le problème de la circulation d'air chez les MDR de Jamot (l'infection nosocomiale).*

Fait selon le PNLT.

25) *Etudier les stratégies diagnostiques de laboratoire à Bamenda (microscopie/Xpert/Culture).*

En discussion car Xpert vient tout juste d'arriver.

7 - Recommandations spécifiques pour l'Extrême-Nord de la mission d'octobre 2013

1) *Le CURLT informera le niveau central (NC) des reliquats financiers existants chaque trimestre. Il demandera au NC l'autorisation d'utiliser ces fonds pour les activités qu'il juge prioritaire.*

Fait, et pour toutes les provinces.

2) *Continuer à améliorer le taux de guérison : diminuer le taux de Perdus de vue par un meilleur dialogue avec les malades ; diminuer le taux de transferts en sachant ce qu'ils sont devenus. Insister pour que le malade revienne à la fin de son traitement pour une dernière recherche de BK,.*

En cours.

3) *Mettre en place les 2 systèmes de crédit de téléphone décrits ci-dessus pour :*

a. *pouvoir communiquer avec les malades irréguliers*

b. *pouvoir communiquer d'un CDT à l'autre et avec le niveau régional*

Fait.

4) *Prise en charge des MDR :*

- *NC : Travailler avec l'Annexe du Centre Pasteur de Garoua pour mettre en place un système d'information sur Excel comme indiqué ci-dessus avec diffusion systématique des informations par courriel aux personnes désignées*

- *NC et EN : Envoyer le Cadre d'appui de la région (Aladjé André) et l'infirmier du CDT de Djarengol Kodeck pour un stage de 15 jours à Douala pour formation à la PEC des MDR.*
- *NC : fournir 2 kits complets dès que possible au CDT Djarengol Kodeck, puis, chaque fois que le CURLT le demandera pour un malade se présentant pour traitement MDR.*
- *NC et CURLT : préciser la procédure pour le soutien nutritionnel et l'aide au logement sur financement Fonds Mondial.*

En cours.

5) *Partager la relecture des lames entre 2 techniciens : celui de Yagoua et celui de Maroua.*

Non évalué.

6) *Vu le nombre de malades, le laboratoire de Maroua mériterait d'avoir un microscope LED (arrivée prévue d'ici un an). Prévoir une formation à Bamenda.*

C'est prévu.

7) *Pour les produits manquants disponibles au CAPR (eau, alcool, seringues, etc..), le CURLT demandera une facture au CAPR et requerra l'autorisation du NC pour la payer.*

Fait

Annexe 1 Termes de référence

- 1- Revue des recommandations de la dernière mission
- 2- Evaluation du suivi des MDR à Douala et Yaoundé
- 3- Appui à la rédaction et à la validation du PSN
- 4- Appui à la rédaction de l'analyse épidémiologique de la TB dans la Concept note
- 5- Plaidoyer auprès du MINSANTE pour la désignation d'un point focal MDR
- 6- Rencontrer les partenaires - ONUSIDA, USAID (exploration des moyens de soutien aux activités du labo)- OMS, GIZ , AFD...
- 7- Validation des données épidémiologiques
- 8- Point sur les médicaments

Annexe 2 Emploi du temps

Lundi 7	Séance de travail à la Délégation du Littoral : analyse des activités de prise en charge des MDR sur Douala, tour général du programme
Mardi 8	Visite du CDTDO Barcelone et de l'Hôpital de la Dibamba Tour d'horizon du programme TB sur Douala et le Littoral Visite de l'Hôpital de Laquintinie Séance de travail avec le Délégué Régional (visite du futur labo)
Mercredi 9	Départ pour Yaoundé. Réunion de travail au PNLT pour faire le point sur les dernières activités, notamment l'atelier d'analyse de situation.
Jeudi 10	Revue des recommandations de la dernière visite Débriefing de la mission sur Douala Validation des modèles de Fiches de traitement et des Registre laboratoire à multiplier en urgence. Revue des statistiques Dépistage et Laboratoire 2013, cohorte 2012
Vendredi 11	Réunion avec l'ONUSIDA Séance de travail au PNLT sur les derniers choix stratégiques Réunion avec l'ONUSIDA Réunion avec l'USAID Réunion avec la CRS (France)
Samedi 12	Etat des médicaments de première et deuxième ligne Discussions sur l'étude sur la tuberculose infantile
Dimanche 13	Séance de travail sur la base de données Epidata Revue des recommandations de la dernière visite MDR
Lundi 14	Revue du Plan stratégique national Revue des médicaments de première ligne Audience chez le Secrétaire d'Etat Réunion avec l'antenne du CDC d'Atlanta Audience chez la Secrétaire Générale
Mardi 15	Commande des médicaments de première ligne Point sur la décentralisation de Jamot Visite du Centre Pasteur Réunion avec le Secrétaire Technique du Bénéficiaire Principal du FM Mise au point des flottes sur Yaoundé et Douala, des primes pour les MDR
Mercredi 16	Réunion avec la représentante OMS Séance de travail sur le budget du Plan Stratégique National Réunion téléphonique avec la responsable du laboratoire de Bamenda (Melinda)
Jeudi 17	Séance de débriefing

Annexe 3 Personnes rencontrées

Ministère de la Santé

Lamido de Garoua, Secrétaire d'Etat
Pr. Koulla, Secrétaire Générale
Jean Pascal Olinga, Secrétaire Technique du Bénéficiaire principal

Programme National de Lutte contre la Tuberculose

Jean-Louis Abena, Secrétaire permanent
Vincent Mbassa, Médicaments
Léonie Simo, Chef d'Unité à la DLM
Antoine Etoundi, Suivi et Evaluation
Jürgen Noeske, Conseiller GIZ
Martine Toussaint, Conseillère du PNLT
et toute l'équipe

Hôpital Jamot

Yves Zoa, Directeur

Centre Pasteur

Sara Eyangoh, Chef du service mycobactéries
Valérie Donkeng Donkeng, en charge des relations avec le PNLT
Dieudonné Che, en charge des fichiers Excel, notamment celui sur les résistances à RMP

Laboratoire de Bamenda

Melinda Sanders (par téléphone)

Coopération française

Caroline Comiti, Conseillère Régionale Santé

Fonds Mondial

Ibrahim Faria (par téléphone)

ONUSIDA

Gatien Ekanmian

USAID

Peter Wondergem

CDC

Edith Shang , Agathe Tabi

OMS

Charlotte Ndiaye, Représentante
Alexis Tougordi, NPO

Délégation du Littoral

Dr Yamba Beas, Délégué régional
Eliza Fon, CURLT
Charlotte Kamgue, chargée des MDR sur le Littoral
Marie Françoise Enoka, point focal MDR, Monsieur Titi

CDT Barcelone

Casimir, infirmier MDR

Hôpital de la Dibamba

Sœur Marie Joseph Fernandez

Hôpital de Laquinitine

Adeline Wandji

Annexe 4 Dépistage 2013 par région

	TPM+				TPM-		Extra- pulm	Total
	Nouv. cas	Rechute	Echec	Reprise	<15	>=15		
Total région	15 103	1 147	126	389	495	5 019	3 884	26 163
Adamaoua	784	27	7	9	36	378	285	1 526
Centre	1 227	124	2	33	9	382	91	1 868
Yaoundé	1 838	169	10	47	67	685	912	3 728
Est	1 125	66	12	32	30	341	187	1 793
Extrême-Nord	1 895	88	23	40	142	743	462	3 393
Littoral	575	39	8	13	7	202	68	912
Douala	2 695	355	28	107	114	967	835	5 101
Nord	1 287	65	6	18	27	420	255	2 078
Nord Ouest	1 102	69	3	21	25	186	295	1 701
Ouest	789	44	13	15	14	208	210	1 293
Sud	626	62	7	19	7	128	65	914
Sud-Ouest	1 160	39	7	35	17	379	219	1 856

Annexe 5 Evolution du dépistage, Cameroun, 2002-2013

	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	15 016	1 058	158	400	426	4 778	3 524	25 360
2013	15 103	1 147	126	389	495	5 019	3 884	26 163

Rapport TPM+ nouveaux cas / Tuberculoses pulmonaires adultes

2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
82%	79%	77%	74%	69%	68%	71%	73%	74%	77%	76%	75%

Evolution du nombre de nouveaux cas TPM+ par province et par an, Cameroun, 2006-2013

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Taux / 100.000
Adamaoua	504	482	716	649	643	676	784	70
Centre	961	865	973	1089	1 087	1 091	1 227	82
Yaoundé	1 823	1 889	1 944	1857	1 962	1 860	1 838	76
Est	831	1 177	944	1068	1 054	1 019	1 125	115
Extrême-Nord	1 477	1 673	1 743	1771	1 799	1 940	1 895	48
Littoral	654	663	613	690	625	560	575	62
Douala	2 339	2 536	2 409	2485	2 533	2 635	2 695	120
Nord	1 014	1 179	1 129	1267	1 367	1 478	1 287	60
Nord Ouest	1 150	1 119	1 094	995	1 164	1 238	1 102	50
Ouest	832	810	924	920	935	782	789	36
Sud	629	723	730	735	671	673	626	78
Sud-Ouest	1 006	1 116	1 089	922	1 087	1 064	1 160	70
Pays	13 220	14 232	14 308	14 448	14 927	15 016	15 103	68

Evolution nouveaux cas TPM+ / an (%)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Adamaoua	10%	-21%	-4%	49%	-9%	-1%	5%	16%
Centre	17%	5%	-10%	12%	12%	0%	0%	12%
Yaoundé	-9%	-8%	4%	3%	-4%	6%	-5%	-1%
Est	25%	-5%	42%	-20%	13%	-1%	-3%	10%
Extrême-Nord	16%	-6%	13%	4%	2%	2%	8%	-2%
Littoral	7%	-8%	1%	-8%	13%	-9%	-10%	3%
Douala	8%	-10%	8%	-5%	3%	2%	4%	2%
Nord	-5%	10%	16%	-4%	12%	8%	8%	-13%
Nord Ouest	4%	12%	-3%	-2%	-9%	17%	6%	-11%
Ouest	10%	-15%	-3%	14%	0%	2%	-16%	1%
Sud	8%	0%	15%	1%	1%	-9%	0%	-7%
Sud-Ouest	5%	5%	11%	-2%	-15%	18%	-2%	9%
Pays	6%	-4%	8%	1%	1%	3%	1%	1%

Evolution du nombre total de cas toutes formes par province et par an, Cameroun, 2006-2013

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Tx /100.000
Adamaoua	1181	929	1035	1 318	1 246	1 320	1 344	1 526	137
Centre	1598	1 570	1577	1 584	1 575	1 538	1 572	1 868	125
Yaoundé	4 248	4 072	3 659	3 486	3 450	3 509	3 524	3 728	154
Est	1 659	1 622	2087	1 731	2 045	1 819	1 715	1 793	184
Extrême-Nord	2 562	2 515	2 586	2 859	2 708	3 029	3 324	3 393	86
Littoral	1121	1 065	1039	1 012	1 024	1 069	973	912	98
Douala	4 919	4 719	4 682	4 532	4 535	4 518	4 894	5 101	227
Nord	1 447	1 702	1858	1 802	1 795	1 958	2 174	2 078	97
Nord Ouest	1 918	2 207	2134	1 980	1 819	2 099	1 863	1 701	78
Ouest	1491	1 469	1498	1 470	1 588	1 477	1 332	1 293	59
Sud	1041	998	1035	1 041	1 061	977	921	914	114
Sud-Ouest	1 693	1 721	1935	1 866	1 682	1 813	1 724	1 856	111
Pays	24 878	24 589	25 125	24 681	24 258	25 126	25 360	26 163	118

Evolution des cas toutes formes / an (%)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Adamaoua	12%	-21%	11%	27%	-5%	6%	2%	14%
Centre	23%	-2%	0%	0%	-1%	-2%	2%	19%
Yaoundé	1%	-4%	-10%	-5%	-1%	2%	0%	6%
Est	46%	-2%	29%	-17%	18%	-11%	-6%	5%
Extrême-Nord	17%	-2%	3%	11%	-5%	12%	10%	2%
Littoral	13%	-5%	-2%	-3%	1%	4%	-9%	-6%
Douala	8%	-4%	-1%	-3%	0%	0%	8%	4%
Nord	8%	18%	9%	-3%	0%	9%	11%	-4%
Nord Ouest	10%	15%	-3%	-7%	-8%	15%	-11%	-9%
Ouest	19%	-1%	2%	-2%	8%	-7%	-10%	-3%
Sud	16%	-4%	4%	1%	2%	-8%	-6%	-1%
Sud-Ouest	22%	2%	12%	-4%	-10%	8%	-5%	8%
Pays	13%	-1%	2%	-2%	-1%	2%	1%	3%

Annexe 6 TB et VIH

1) Résultats de la séroprévalence du VIH selon la forme, par région, 2013

	TPM+ nc		Total TB	
	Test fait	Test pos	Test fait	Test pos
Cameroun	12 752 84%	4 046 32%	21 381 82%	8 166 38%
Adamaoua	83%	33%	80%	37%
Centre	82%	31%	80%	38%
Yaoundé	79%	33%	77%	46%
Est	76%	40%	75%	48%
Extrême-Nord	83%	15%	75%	18%
Littoral	97%	30%	98%	36%
Douala	89%	25%	85%	36%
Nord	66%	23%	64%	27%
Nord Ouest	98%	60%	98%	60%
Ouest	94%	32%	94%	40%
Sud	90%	35%	90%	38%
Sud-Ouest	89%	39%	88%	44%

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%	2012	65%
2013	84%	32%		

3) Tuberculeux séropositifs mis sous cotrimoxazole et/ou ARV, 2012

	TB HIV+	Nombre		Pourcentage	
		Sous CTX	Sous ARV	Sous CTX	Sous ARV
Cameroun	8 127	6 927	5 285	85%	65%
Adamaoua	475	393	276	83%	58%
Centre	431	258	207	60%	48%
Yaoundé	1 311	903	843	69%	64%
Est	535	358	195	67%	36%
Extrême-Nord	473	380	304	80%	64%
Littoral	309	302	186	98%	60%
Douala	1 505	1 430	892	95%	59%
Nord	371	349	303	94%	82%
Nord-Ouest	1 189	1 094	967	92%	81%
Ouest	471	454	349	96%	74%
Sud	313	298	233	95%	74%
Sud-Ouest	744	708	530	95%	71%

Annexe 7 Résultats du traitement par type de malade et par région, 2012

1) Nouveaux cas TPM+

	Guéris	Tt termin.	Echec	DCD	PDV	Trans-féré	Total	% analysés
Cameroun	10 140	1 762	170	972	1 239	551	14 834	100%
	68%	12%	1%	7%	8%	4%		
Adamaoua	80%	3%	1%	7%	4%	4%	674	100%
Centre	75%	9%	0%	6%	8%	2%	1 091	100%
Yaoundé	45%	33%	1%	6%	11%	5%	1 860	100%
Est	62%	9%	1%	8%	16%	4%	1 010	100%
Extrême-Nord	66%	14%	1%	9%	7%	4%	1 901	100%
Littoral	63%	17%	2%	6%	9%	3%	550	101%
Douala	65%	13%	2%	4%	11%	6%	2 537	100%
Nord	84%	4%	1%	4%	6%	1%	1 478	100%
Nord-Ouest	82%	3%	1%	10%	3%	2%	1 267	100%
Ouest	69%	10%	2%	11%	4%	3%	775	100%
Sud	80%	4%	1%	5%	9%	1%	671	100%
Sud-Ouest	72%	5%	1%	7%	9%	5%	1 020	100%

2) Retraitements

	Guéris	Tt termin.	Echec	DCD	PDV	Trans-féré	Total	% analysés
Cameroun	912	230	49	130	180	83	1 584	100%
	58%	15%	3%	8%	11%	5%		
Adamaoua	73%	11%	11%	3%	0%	3%	37	100%
Centre	55%	11%	2%	6%	23%	2%	124	100%
Yaoundé	33%	30%	3%	9%	14%	11%	215	100%
Est	49%	13%	5%	8%	17%	9%	104	100%
Extrême-Nord	57%	11%	3%	12%	13%	4%	174	100%
Littoral	47%	25%	1%	12%	9%	5%	76	99%
Douala	57%	14%	4%	7%	12%	5%	379	100%
Nord	81%	11%	1%	2%	6%	0%	175	100%
Nord-Ouest	77%	6%	2%	10%	2%	2%	88	100%
Ouest	62%	9%	6%	11%	9%	3%	65	100%
Sud	71%	10%	1%	10%	7%	0%	70	100%
Sud-Ouest	58%	8%	1%	13%	5%	14%	77	100%

3) Autres cas

	Guéris	Tt termin.	Echec	DCD	PDV	Trans-féré	Total	% analysés
Total province		6 752		964	561	308	8 585	100%
		79%		11%	7%	4%		
Adamaoua		88%	0%	6%	3%	3%	631	100%
Centre		75%	0%	14%	9%	2%	357	100%
Yaoundé		73%	0%	13%	9%	5%	1 449	100%
Est		70%	0%	14%	13%	3%	588	100%
Extrême-Nord		80%	0%	7%	10%	3%	1 156	100%
Littoral		84%	0%	7%	6%	3%	331	101%
Douala		82%	0%	7%	5%	5%	1 781	99%
Nord		96%	0%	3%	1%	0%	520	100%
Nord-Ouest		78%	0%	20%	1%	2%	545	100%
Ouest		69%	0%	26%	2%	3%	490	100%
Sud		80%	0%	15%	4%	2%	176	100%
Sud-Ouest		69%	0%	19%	8%	4%	561	101%

Annexe 8 Evolution des résultats de traitement, Cameroun, 2003-2012

1) Nouveaux cas

	Cas déclarés	Guéris	Tt termin.	Echec	DCD	PDV	Trans-féré	Total	% analysés
2003	10 661	64%	8%	1%	5%	19%	2%	10 744	101%
2004	11 656	64%	8%	1%	6%	18%	2%	11 167	96%
2005	13 001	66%	8%	1%	6%	15%	3%	12 794	98%
2006	13 810	65%	10%	1%	6%	14%	4%	13 744	100%
2007	13 220	61%	15%	1%	7%	11%	5%	13 008	98%
2008	14 232	63%	15%	1%	6%	11%	5%	14 012	98%
2009	14 308	65%	13%	1%	6%	10%	4%	14 407	101%
2010	14 448	64%	14%	1%	6%	10%	5%	14 464	100%
2011	14 927	67%	13%	1%	6%	9%	4%	14 959	100%
2012	15 016	68%	12%	1%	7%	8%	4%	14 834	99%

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%
2012	1 585	58%	15%	3%	8%	11%	5%	1 584	100%

3) Autres cas

	Cas déclarés	Guéris	Tt termin.	Echec	DCD	PDV	Trans-féré	Total	% analysés
2006	8 876	7%	55%		9%	16%	12%	5 926	67%
2007	8 986		72%		9%	14%	4%	8 911	99%
2008	9 159		75%		9%	12%	4%	9 100	99%
2009	8 847		76%		11%	10%	4%	8 818	100%
2010	8 576		77%		10%	9%	4%	8 576	100%
2011	8 363		78%		11%	8%	4%	8 352	100%
2012	8 592		79%		11%	7%	4%	8 585	100%

Annexe 9 Evolution des résultats des nouveaux cas TPM+ par région, 2005-2012

Succès thérapeutiques (%)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Adamaoua	85%	77%	78%	86%	86%	85%	86%	80%
Centre	81%	77%	86%	82%	84%	82%	85%	75%
Yaoundé	72%	72%	73%	75%	74%	78%	76%	45%
Est	63%	65%	66%	68%	70%	68%	75%	62%
Extrême-Nord	72%	73%	75%	78%	76%	75%	76%	66%
Littoral	75%	79%	80%	79%	77%	76%	77%	63%
Douala	67%	73%	73%	78%	79%	78%	78%	65%
Nord	92%	90%	88%	90%	89%	85%	90%	84%
Nord Ouest	71%	71%	73%	77%	79%	81%	83%	82%
Ouest	75%	78%	79%	78%	77%	79%	84%	69%
Sud	79%	76%	71%	71%	76%	76%	80%	80%
Sud-Ouest	74%	74%	74%	74%	76%	81%	79%	72%

Perdus de vue (%)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Adamaoua	5%	13%	8%	3%	2%	3%	3%	4%
Centre	10%	14%	7%	9%	6%	10%	7%	8%
Yaoundé	20%	18%	15%	12%	14%	14%	13%	11%
Est	20%	20%	21%	17%	15%	18%	12%	16%
Extrême-Nord	19%	14%	12%	12%	13%	15%	15%	7%
Littoral	16%	15%	12%	11%	8%	7%	7%	9%
Douala	20%	15%	13%	11%	12%	10%	10%	11%
Nord	3%	5%	4%	3%	4%	6%	5%	6%
Nord Ouest	9%	8%	5%	5%	5%	6%	4%	3%
Ouest	9%	10%	7%	8%	5%	4%	2%	4%
Sud	7%	10%	12%	18%	11%	13%	8%	9%
Sud-Ouest	18%	16%	14%	13%	11%	7%	8%	9%

Annexe 10 Médicaments de première ligne : stocks, commandes en cours et à passer

Stock dans les CARP au 4 avril 2014

	RHZE	RH	RHE	S	R60/H30/Z150	R60/H30
Adamaoua	13 440	26 880	0	250	0	0
Centre	251 328	455 616	51 072	6 500	900	2 610
Est	55 776	71 232	18 816	1 500	0	0
Extrême Nord	29 568	94 752	12 085	1 300	0	180
Littoral	104 832	234 528	12 768	6 500	0	1 980
Nord	0	42 336	8 064	850	2 430	3 510
Nord Ouest	10 220	79 296	8 736	1 300	0	0
Ouest	131 040	246 624	11 424	500	1 080	2 340
Sud	33 600	60 480	17 472	450	0	0
Sud Ouest	90 720	134 400	8 064	850	0	0
Total	720 524	1 446 144	148 501	20 000	4 410	10 620

L - Stock

4 avril 2014

	RHZE	RH	RHE	S	R60/H30/Z150	R60/H30	H100
Stock CENAME	3 438 624	5 652 864	921 312	0	0	0	187 300
CAPP	720 524	1 446 144	148 501	20 000	4 410	10 620	482 073
<i>périmés avant utilisation</i>	0	0	0	0	0	0	0
<i>Prêt à rembourser</i>							
Total disponible actuel	4 159 148	7 099 008	1 069 813	20 000	4 410	10 620	669 373

M - Consommation théorique mensuelle

	RHZE	RH	RHE	S	R60/H30/Z150	R60/H30	H100
	453 513	819 770	72 713	8 310	10 790	21 580	70 266

N - Durée du stock disponible actuel en mois (L/M)

en mois	9,2	8,7	14,7	2,4	0,4	0,5	9,5
<i>Date prévue de fin de stock</i>	4-janv.-15	19-déc.-14	19-juin-15	15-juin-14	16-avr.-14	18-avr.-14	14-janv.-15

O - Commandes en cours certaines

	0	0	0	57 800	12 096	27 384	0
--	---	---	---	--------	--------	--------	---

P - Durée du stock théorique tenant compte de la livraison attendue

Stock après livraison	4 159 148	7 099 008	1 069 813	77 800	16 506	38 004	669 373
Nbre de mois	9,2	8,7	14,7	9,4	1,5	1,8	9,5
<i>Date prévue de fin de stock</i>	4-janv.-15	19-déc.-14	19-juin-15	9-janv.-15	19-mai-14	26-mai-14	14-janv.-15

Q - Besoins selon la consommation théorique

	RHZE	RH	RHE	S	RHZ 60	RH 60/30	H100
4 mois entre expression des besoins - commande ferme	1 814 050	3 279 080	290 850	33 240	43 160	86 320	281 064
8 mois jusqu'à livraison	3 628 100	6 558 160	581 700	66 480	86 320	172 640	562 128
12 mois de consommation	5 442 150	9 837 240	872 550	99 720	129 480	258 960	843 192
9 mois de réserve centrale	4 081 613	7 377 930	654 413	74 790	97 110	194 220	632 394
Total	14 965 913	27 052 410	2 399 513	274 230	356 070	712 140	2 318 778

R - A commander selon la consommation théorique

	RHZE	RH	RHE	S	RHZ 60	RH 60/30	H100
	10 806 765	19 953 402	1 329 700	196 430	339 564	674 136	1 649 405
<i>Lancer la prochaine commande le</i>	<i>14/04/13</i>	<i>29/03/13</i>	<i>27/09/13</i>	<i>19/04/13</i>	<i>27/08/12</i>	<i>03/09/12</i>	<i>24/04/13</i>

Prix GDF

	RHZE	RH	RHE	S	RHZ 60	RH 60/30	H100
Prix unitaire GDF	\$0,0653	\$0,0315	\$0,0800	\$0,8015	\$0,0265	\$0,0175	\$0,0093
Coût médicaments	\$705 682	\$628 532	\$106 376	\$157 439	\$8 998	\$11 797	\$15 339
Transport, Analyse, assurance 30%	\$211 705	\$188 560	\$31 913	\$47 232	\$2 700	\$3 539	\$4 602
Frais CENAME, CAPR 18%	\$127 023	\$113 136	\$19 148	\$28 339	\$1 620	\$2 124	\$2 761
Coût total	\$1 044 409	\$930 228	\$157 436	\$233 009	\$13 318	\$17 460	\$22 702
\$2 418 562							
<i>en Francs CFA</i>	553 536 743	493 020 629	83 441 303	123 494 873	7 058 381	9 253 865	12 032 278
1 281 838 071	FCFA	1 US\$ = 530 XOF					

Toujours commander autant de seringues et d'eau pour injection que de flacons de streptomycine.

Annexe 11 Médicaments de deuxième ligne

Durée du stock théorique en mois après livraison pour 120 malades

	Km	Mfx	Pto	H300	Cfz	E400	Z400
Stock après livraison	13 290	22 625	22 800	23 176	30 000	110 816	131 176
Nbre de mois	11,1	8,4	6,3	9,7	11,1	13,7	13,9
Date prévue de fin de stock	08/02/15	19/11/14	19/09/14	27/12/14	09/02/15	27/04/15	03/05/15
QSP pour N malade	111	84	63	97	111	137	139

Besoins selon la consommation théorique pour 120 malades

	Km	Mfx	Pto	H300	Cfz	E400	Z400
mois expression besoins, commande ferme	1 200	2 700	3 600	2 400	2 700	8 100	9 450
mois jusqu'à livraison	9 600	21 600	28 800	19 200	21 600	64 800	75 600
12 mois de consommation	14 400	32 400	43 200	28 800	32 400	97 200	113 400
mois de réserve centrale	7 200	16 200	21 600	14 400	16 200	48 600	56 700
Total	32 400	72 900	97 200	64 800	72 900	218 700	255 150

A commander

	Km	Mfx	Pto	H300	Cfz	E400	Z400
	19 110	50 275	74 400	41 624	42 900	107 884	123 974

Lancer la commande le 15/11/13 26/08/13 26/06/13 03/10/13 16/11/13 01/02/14 07/02/14

En stock également (à utiliser en cas de problème avec le régime court) :

	Lfx	Cs	Capréo
Stock PNLT	2 700	2 700	885

Destinataires du Rapport Cameroun N°20

Rapport à envoyer par courriel à :

programme.tb@pnlt.cm

Jean-Louis Abena : jlabena@yahoo.com

Georges Etoundi, dretoundi@yahoo.fr

Vincent Mbassa : mbassavincent@yahoo.fr

Léonie Simo : nenwouo@yahoo.fr

Jürgen Noeske : juergennoeske@yahoo.fr

Christopher Kuaban : hopjamotyde@yahoo.fr

Sara Eyangoh : eyangoh@pasteur-yaounde.org

Antoine Etoundi : antoineetoundievouna@yahoo.fr

Brekmo Kaoussiri : Kbrekmo@yahoo.fr

Edwige Belinga : maedwige2000@yahoo.fr

Eliza Fon : elizabethfon@rocketmail.com

Hubert Wang : Wanghub2003@yahoo.fr

Melissa Sander: melissa.sander@gmail.com

Jean-Pascal Olinga : rameau03@yahoo.fr

Caroline Comiti : caroline.comiti@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

Cédric Andres: andresc@stoptb.who.int

Andrea de Lucia: deluciaa@who.int

Julien Deschamps: deschampsj@who.int

Ibrahim Faria: Ibrahim.Faria@theglobalfund.org

Martine Toussaint : mtoussaint4570@yahoo.fr

Romain André : andrerr@afd.fr

et destinataires habituels de L'Union