

**EXPERIENCE DU CAMEROUN DANS LA  
QUANTIFICATION/ESTIMATION  
DES BESOINS EN ARV:  
SUCCEES, DIFFICULTES ET SOLUTIONS  
PROPOSEES**

*PAR DOCTEUR NGOKO MARIE LOUISE épouse*

*TCHOUANTE*

*RESPONSABLE DE LA GESTION DES ARV –*

*CENAME\_CAMEROUN*

*MEMBRE DU RESEAU DES RESSOURCES TECHNIQUES*

*OMS/AFRO/RPA*





# **PLAN**

**CONTEXTE DE DEMARRAGE**

**SELECTION**

**SUCCES**

**PROBLEMES/DIFFICULTES**

**SOLUTIONS APPORTEES**

**LECON APPRISE**

**PERSPECTIVES**

## **CONTEXTE DE DEMARRAGE**

**Avant que la CENAME ne dispose des ARV en novembre 2000, certains projets étaient déjà opérationnels et utilisaient les ARV provenant soit des stocks des grossistes répartiteurs privés soit de l'importation directe**

## **SELECTION**

**La première liste des ARV a été définie de façon consensuelle entre CENAME, MSF, CNLS et les prescripteurs des projets déjà opérationnels en matière de prise en charge des PVVS. C'est ainsi qu'une liste de 11 produits est arrêtée permettant de faire les différentes combinaisons trithérapies nécessaires à l'époque (forme capsule/comprimé).**



Cette liste est régulièrement révisée en fonction de l'évolution des protocoles nationaux.

Actuellement la gamme ARV de la Centrale est constituée de 24 produits dont 71% sont sous forme cp/gélules, 29% sous forme solution orale/poudre pour solution buvable pour enfants.

## **SUCCES**

**- La centrale participe à l'élaboration des politiques et stratégies relatives à la PEC: elle est ainsi avertie à temps des attentes. Elle va donc anticiper dans la mise en place de nouveaux produits et/ou la modulation dans les quantités à commander. Par exemple, elle a déjà revu à la hausse les quantités de zidovudine à disposer suite à la décision de d'utiliser dorénavant la bithérapie (névirapine + zidovudine dans la PTME)**

**-Au démarrage:** ARV ne sont pas dans la LNME. A l'initiative de la CENAME, une sélection multidisciplinaire est opérée et permet ainsi de faire une estimation quantitative sur des **besoins qualitatifs réels**. Par la suite existence de protocoles nationaux régulièrement révisés

**- Gestion séparée des autres produits et confiée aux pharmaciens, a permis de suivre de près les mouvements de stock de ces produits et de réaliser très rapidement que l'estimation des besoins ne pouvaient pas être basées que sur leurs consommations.**

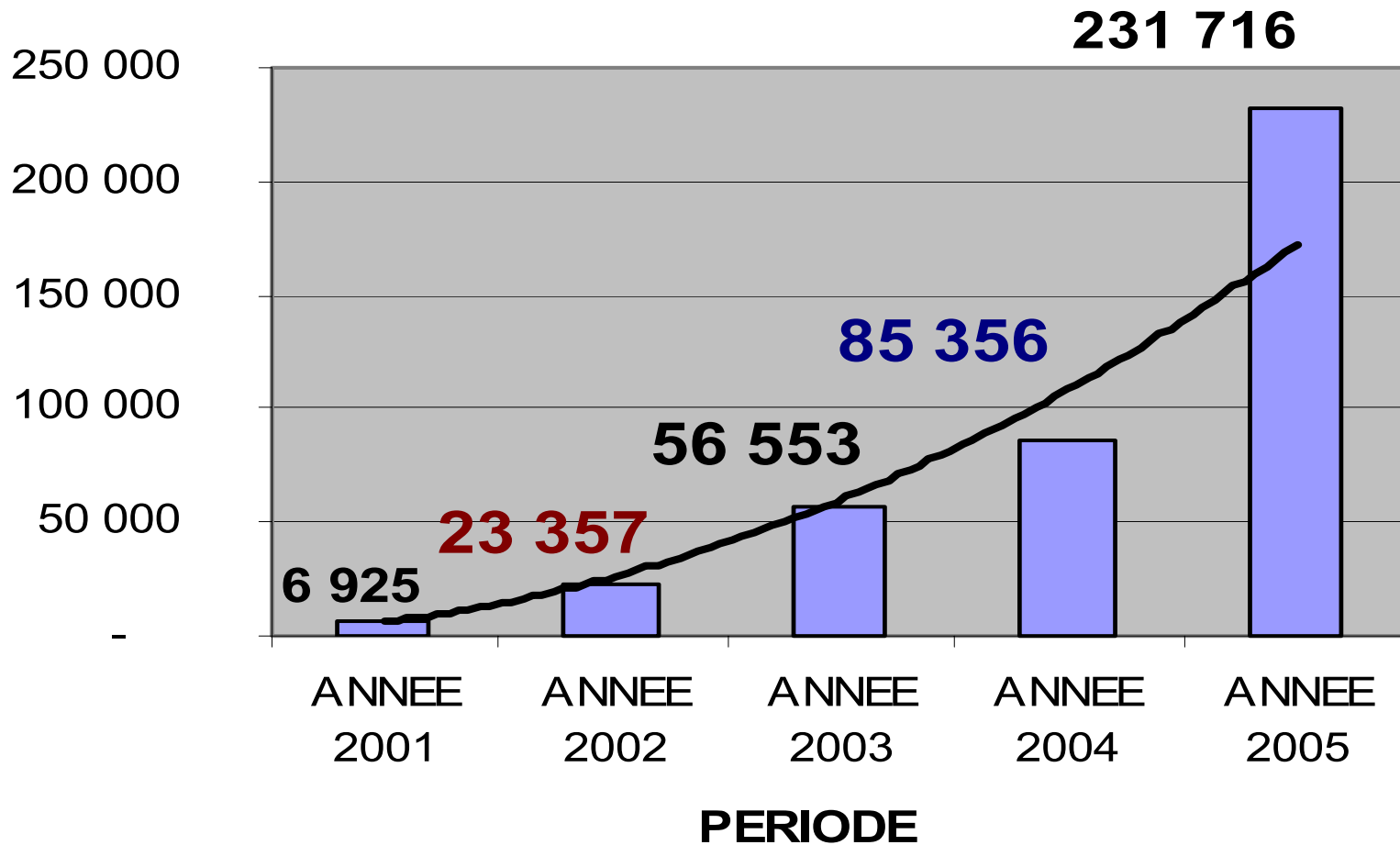
## **SUCCES (suite)**

**- la Centrale réussi à assurer la distribution en cinq ans des quantités importantes et sans corrélation de nombre d'une année à une autre:**

**VOIR GRAPHIQUE CI-DESSOUS**

# COMPARAISON SUR CINQ ANS DU NOMBRE DE TRITHERAPIES MENSUELS SORTIES DES STOCKS CENAME

NBRE DE TTT MENSUEL



**-En octobre 2004, le passage à l'échelle de la prise en charge des adultes et des adolescent, la création de 60 Unités de Prise en charge (qui s'ajoutent sur les 18 CTA) et la troisième baisse des coûts (enfants de 0 à 15 gratuit, 3000 et 7000 Fcfa suivant le protocole adultes) est gérée par la Centrale sans grandes difficultés: elle a plus d'expériences, par ailleurs, les délais de péremption des produits se sont améliorés un peu**

**- La Centrale dispose des moyens financiers (fonds propres) pour faire face à la demande jusqu'à présent**

## **PROBLEMES/DIFFICULTES**

- La Centrale a fait ses premières estimations en septembre 2000 et la mise en place des produits en novembre 2000 avec pour seules données de consommations historiques celles des 3 ou 4 projets qui existaient déjà sur territoire et leurs objectifs en terme de nouveaux malades à mettre sous traitement.

**Tout se passe bien au début et brutalement, en mars 2001, il y a la création de 18 CTA et une baisse des coûts mensuels de traitement qui passent de 300 000 Fcfa à moins de 70 000 Fcfa sans plan d'enrôlement; la Centrale constate seulement des consommations sans cesse croissantes qui engendrent des ruptures de stocks de certains produits.**

**- La Centrale qui a le monopole de l'approvisionnement en ARV dans le cadre de toutes les stratégies adoptées par le pays pour baisser les coûts de traitement (initiative Access, conventions avec des laboratoires), n'a pas droit à l'erreur de rupture de stock.**

**- Pour limiter les ruptures de stock, la Centrale commande des quantités importantes de chaque produit, mais va constater la péremption de certains du fait du délai de vie très court des ARV et du poids de chaque produit dans la consommation globale qui n'apparaît pas encore clairement (des produits comme la didanosine se périment). Les protocoles nationaux avec les notions de 1ère et 2ème ligne ne viennent qu'après.**

**- La Centrale n'a pas au départ d'expérience sur les produits comme les ARV qui appartiennent à des programmes en démarrage.**

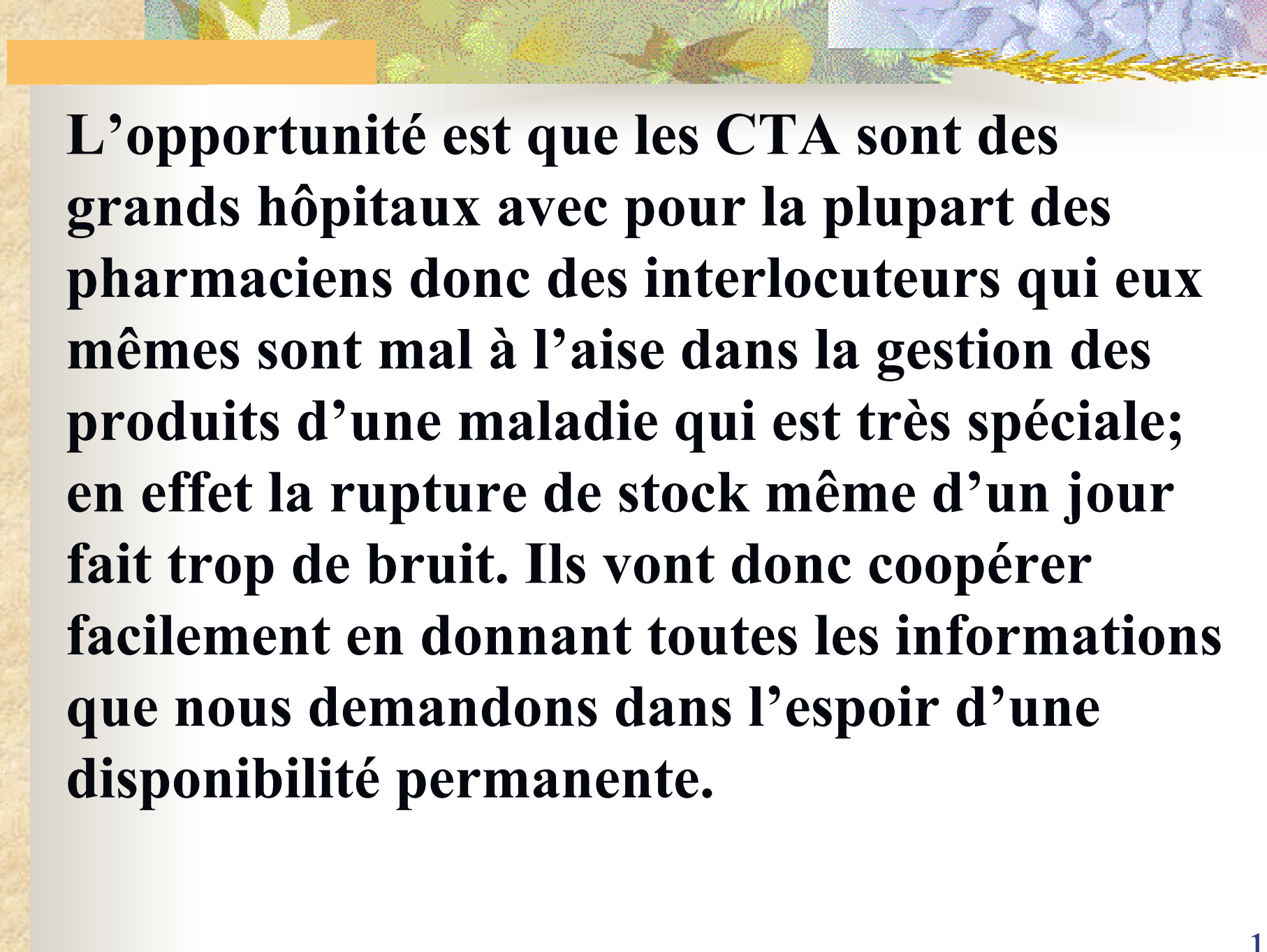
**-Le système d'allocation caractérise la distribution de la névirapine dans le cadre de la PTME. C'est le CNLS ou le MSP qui nous donne en leur temps opportun le plan ponctuel de distribution dans les provinces/régions**

**- Les CTA et les UPEC ne connaissent pas leur besoins réels, Il n'y a pas de plan d' enrôlement**

**- Le pays ne dispose pas d'un plan national d'approvisionnement**

## **SOLUTIONS APPORTEES**

- tenue exemplaire des outils de gestion notamment des fiches de stocks manuelles et institution des inventaires permanents pour être sûr des données de stock disponibles à tout moment
- La CENAME a compris assez tôt la nécessité d'avoir des données sur le taux de recrutement des nouveaux cas dans les CTA:
  - \* elle développe très rapidement un système informel d'information pour recueillir ces données (18 jusqu'au 30 septembre 2004).
  - \* elle procède au rationnement en cas de risque de rupture (livraison concertée avec le client des quantités de deux semaines ou un mois au lieu des besoins de deux mois ou trois mois)



**L'opportunité est que les CTA sont des grands hôpitaux avec pour la plupart des pharmaciens donc des interlocuteurs qui eux mêmes sont mal à l'aise dans la gestion des produits d'une maladie qui est très spéciale; en effet la rupture de stock même d'un jour fait trop de bruit. Ils vont donc coopérer facilement en donnant toutes les informations que nous demandons dans l'espoir d'une disponibilité permanente.**

**- Les névirapine cp et sirop utilisées dans la PTME sont des dons de deux laboratoires fabricant qui sont gérés comme des articles différents de ceux utilisés dans la prise en charge globale (trithérapie) au niveau de la Centrale: pour juguler les ruptures de stocks et les difficultés dues à la non existence d'un réel plan sur une longue période, la centrale procède à des emprunts d'un stock à l'autre avec suivi comptable puis restitution dès réception des stocks concernés**

## **LEÇON APPRISSE**

Toute quantification efficiente des ARV nécessite des données fiables tel que le poids de chaque produit dans la prise en charge de tous les patients et la maîtrise des objectifs à atteindre en terme de nombre de nouveaux cas à enrôler dans le traitement et le rythme d'enrôlement sur une période donnée.

## **PERSPECTIVES**

**La grande innovation du Cameroun est l'élaboration du plan d'approvisionnement que nous avons laissé en cours avec l'appui technique de l'OMS et donc les premier résultats de cet exercice sont en corrélation positives avec les données de la requête formulée à l'endroit du Fonds mondial par le Cameroun.**

Pour l'élaboration de son plan national d'approvisionnement de 2006 à 2010, le Cameroun a disposé:

- des données claires sur

- \* le poids de chaque produit dans la prise en charge de tous les patients (ex: les doses fixes de lamivudine + stavudine + névirapine = 70%)

- \* nombre de malades sous traitement: 17 000

- d'un objectif de 75% à mettre sous traitement d'ici 2010 dans le cadre de l'accès universel (soit 60 000 patients)

- d'un plan d'enrôlement des 43 000 malades restant à mettre sous traitement pour atteindre l'objectif fixé ici 2010

(voir tableau)

## PLAN D'ENRÔLEMENT DE 43 000 MALADES

Nombre de malade sous ttt en fin 2005	17 000	
Objectif sur cinq (de 2006 à 2010)	60 000	

PERIODE	Enrôlement (nouveaux cas)	% d'enrôlement	Nombre de malade à mettre sou traitement (ancien et nouveaux cas
Première année (2006)	8 000	13%	25 000
Deuxième année (2007)	10 000	17%	35 000
Troisième année (2008)	9 000	15%	44 000
Quatrième année (2009)	10 000	17%	54 000
Cinquième année (2010)	6 000	10%	60 000

## **Il reste maintenant**

- l'expérimentation du plan
- le passage à l'échelle de la prise en charge pédiatrique qui cache encore ses surprises.

**Dans tous les cas, la Centrale est consciente qu'elle doit maintenir une vigilance particulière sur le suivi permanent du comportement de ces produits**

Pour les **MIO**, la Centrale n'a pas de difficultés particulières. Des stratégies ont été rapidement trouvées notamment, renforcement des stocks de ceux qui existaient déjà dans la gamme (cotrimoxazole, condom), mise en place de ceux qui n'existaient pas encore (fluconazole, aciclovir).

Des consultations ont été faites concernant les nouveaux produits obligatoires à distribuer pour ttt les IO: Sulfadiazine-Pyriméthanine, Clindamycine, Acide folinique.

Un plan national d'approvisionnement sur cinq ans est aussi élaboré.



MERCI