

Numéro 9 – Juillet 2017

| Témoignage |



Photo : C. Andres

Je suis responsable des approvisionnements au sein du Global Drug Facility / Stop TB Partnership pour l'Afrique Francophone et une partie de l'Asie du Sud-Est depuis presque 4 ans maintenant.

C'est un travail extrêmement stimulant et gratifiant car les défis à relever dans la chaîne d'approvisionnement des médicaments antituberculeux sont nombreux :

- S'assurer de la justesse des prévisions et des quantifications des médicaments ;
- Surmonter les difficultés de coordination des différents acteurs impliqués dans la chaîne de distribution (programmes nationaux, centrales d'achats, bailleurs de fonds, ONGs, fournisseurs de services logistiques, etc...) ;
- Trouver des financements fiables pour les médicaments de première et deuxième lignes, sans oublier les produits liés au diagnostic de la tuberculose ;
- Gérer le risque de ruptures et de péremptions des médicaments.

Cette liste est loin d'être exhaustive, d'où la nécessité pour les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose de s'assurer que toutes les problématiques liées à la gestion des médicaments soient prises en compte dans la planification et la gestion de leurs activités.

Le fait de pouvoir, à travers le GDF, faciliter l'accès à des médicaments de qualité, à de nouveaux traitements comme la Bedaquiline et Delamanid ou proposer des subventions pour les nouvelles formulations pédiatriques sont autant de raisons qui font de mon travail une source impérisable de satisfaction et de fierté.

Cédric Andres

L'approvisionnement et la gestion des médicaments antituberculeux sont la clef des programmes

L'approvisionnement « irrégulier et ininterrompu » en médicaments antituberculeux de qualité, qui était un des 5 piliers de la stratégie DOTS (1995-2005), et la gestion rigoureuse de leur distribution pour s'assurer de leur prise correcte par le patient, restent plus que jamais des éléments essentiels de tout programme de lutte contre la tuberculose.

Du nouveau pour les traitements de 1^{ère} et 2^{ème} ligne

Depuis avril 2017, l'OMS a recommandé l'abandon du protocole de catégorie II avec streptomycine pour les patients éligibles à un retraitement¹. Cette recommandation ne pourra être appliquée sans risque que si tous les patients bénéficient bien d'un test Xpert MTB/RIF pour écarter la TB multirésistante avant de débiter le traitement.

Depuis janvier 2017, les nouvelles formulations pédiatriques R75/H50/Z150 et R75/H50, qui permettent un meilleur dosage (10 mg/kg d'isoniazide et 15mg/kg de rifampicine) ont remplacé les anciennes pour les enfants de moins de 25 kg. Les nombres de comprimés selon le poids sont les mêmes qu'avec les anciennes formulations si le pays utilisait les dosages recommandés en 2006 par l'OMS. Le R75/H50 pendant 3 mois peut remplacer l'isoniazide pendant 6 mois pour le traitement préventif des enfants de moins de 5 ans².

Depuis 2016, tous les pays d'Afrique francophone ont adopté ou sont en voie d'adopter le protocole de 9 mois (4KmMfxPtoHhCfzEZ/5MfxCfzEZ) comme protocole de 2^{ème} ligne pour les adultes et enfants atteints de TB multirésistante³. Les patients dont la TB est ultra- ou préultra-résistante reçoivent des protocoles longs adaptés à leur profil de résistance et contenant souvent de nouveaux médicaments (Bédaquiline, Delamanid).

Nombres de comprimés par tranche de poids pour les enfants de moins de 25 kg des nouvelles formulations combinées pédiatriques

	RHZ 75/50/150	E# 100	RH 75/50
4-7 kg	1	1	1
8-11 kg	2	2	2
12-15 kg	3	3	3
16-24 kg	4	4*	4

L'éthambutol (E) n'est donné que dans les formes graves de TB

* Donner de préférence un comprimé d'éthambutol 400mg

Guide de L'Union pour le diagnostic et la prise en charge de la tuberculose de l'enfant. Voir le guide [ici](#)

1 http://www.who.int/tb/publications/2017/dstb_guidance_2017/en/

2. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137335/1/9789242548907_fre.pdf?ua=1&ua=1

3. <http://www.who.int/tb/areas-of-work/drug-resistant-tb/treatment/resources/en>

Feuille de commande de médicaments de 2^{ème} ligne, L'Union

A. Commandement des médicaments MDR									
Nombre de cas		MDR		H100		Ct		E600	
MDR	Ct	MDR	Ct	MDR	Ct	MDR	Ct	MDR	Ct
24 810	11 424	24 810	11 424	24 810	11 424	24 810	11 424	24 810	11 424
B. Commandement théorique mensuel (M3)									
MDR		Ct		H100		Ct		E600	
4 810	2 140	4 810	2 140	4 810	2 140	4 810	2 140	4 810	2 140
C. Stock de réserve théorique (M3)									
MDR		Ct		H100		Ct		E600	
24 810	11 424	24 810	11 424	24 810	11 424	24 810	11 424	24 810	11 424
D. Stock de réserve théorique en mois (C3)									
MDR		Ct		H100		Ct		E600	
24 810	11 424	24 810	11 424	24 810	11 424	24 810	11 424	24 810	11 424
E. Commandement en cas									
MDR		Ct		H100		Ct		E600	
24 810	11 424	24 810	11 424	24 810	11 424	24 810	11 424	24 810	11 424
F. Stock après livraison									
MDR		Ct		H100		Ct		E600	
24 810	11 424	24 810	11 424	24 810	11 424	24 810	11 424	24 810	11 424
G. Besoins selon la consommation théorique									
MDR		Ct		H100		Ct		E600	
24 810	11 424	24 810	11 424	24 810	11 424	24 810	11 424	24 810	11 424
H. A commander selon la consommation théorique									
MDR		Ct		H100		Ct		E600	
24 810	11 424	24 810	11 424	24 810	11 424	24 810	11 424	24 810	11 424



Les médicaments de 1^{ère} comme de 2^{ème} ligne sont commandés pour un an. Pour les programmes financés par le Fonds Mondial, la commande se fait en général auprès de GDF mais le pays peut faire un appel d'offres. La quantification des besoins doit tenir compte :

- Du nombre de malades : l'estimation à partir des cas notifiés est plus fiable que les cibles théoriques du programme ;
- Des stocks existants au niveau central (+/- régional): d'où l'importance des inventaires physiques auxquels les PNT devraient participer;
- Des stocks de réserve : en général 12 mois pour les médicaments de 1^{ère} ligne, au minimum 6 mois pour les médicaments de 2^{ème} ligne du protocole court, pas de stock de réserve pour les protocoles longs;
- Des délais de livraison: 9 mois en moyenne, avec 3 mois entre expression des besoins et commande ferme (décaissement) et 6 mois entre commande et livraison effective, parfois moins pour les médicaments de 2^{ème} ligne.

Il est essentiel d'utiliser un outil de quantification tel que la feuille de calcul de L'Union ou l'outil QuanTB de GDF, afin de tenir compte de tous les paramètres. Il faut tenter d'éviter les péremptions, mais la hantise de tout programme est d'éviter la rupture de stock. C'est dès l'arrivée d'une livraison qu'il faut s'occuper de la prochaine commande. Et ne jamais croire qu'il n'y a aucun problème !

Des pays qui pourront s'approvisionner eux-mêmes dans le futur sans compter sur les bailleurs ?

Espérons que bientôt tous les pays puissent acheter eux-mêmes leurs médicaments de 1^{ère} ligne, qui ne pèsent que très peu dans le budget global des programmes. Sans médicaments, le programme s'arrête : on ne peut ni guérir les patients, ni prévenir la maladie ni espérer couper la chaîne de transmission dans le but ultime de mettre fin à la tuberculose.

Etude Titi : premiers quinze mois de recrutement et première communication



Le recrutement de l'étude Titi se poursuit au Bénin, au Burkina-Faso, au Cameroun et en République Centrafricaine. Au 30 juin 2017, **plus de 3 000 patients** atteints de tuberculose pulmonaire à microscopie positive ont été interrogés au moment de leur diagnostic et **1671 enfants de moins de 5 ans** ont été identifiés dans leur entourage et inclus.

Après l'évaluation initiale à domicile puis en consultation, avec bilan de dépistage complet (examen clinique, test tuberculinique, radiographie), **1526 enfants (91%)** ont démarré le traitement préventif par **3 mois de RH75/50** (6 mois de H100 au Bénin), **62 cas de TB active (4%)** ont été diagnostiqués et mis sous traitement, et 83 enfants (5 %) sont encore en cours de bilan ou ont été perdus de vue.

Jusqu'ici la participation à l'étude est excellente. Les visites à domicile sont bien acceptées par les familles, et l'observance du traitement préventif apparaît bonne. Les enfants seront suivis jusqu'à 12 mois après la fin du traitement.

Le protocole et l'état d'avancement de l'étude et les premières observations ont été présentés le 13 juillet 2017 à la **conférence de la région Afrique de L'Union à Accra (Ghana)** par Menonli Adjobimey, principal investigateur de l'étude au Bénin (voir ci-contre).



Photo : V. Schwoebel

Evènements, formations, réunions 2017

Publications techniques récentes

- Cours de mycobactériologie appliquée aux besoins des PNT, **Cotonou, Bénin, 24 juillet-04 août 2017**. Inscriptions closes.
- Cours International sur la Lutte contre la Tuberculose, **Cotonou, Bénin, 04-22 septembre 2017**. Inscriptions closes.
- 48^{ème} Conférence mondiale sur la santé respiratoire : **Guadalajara, Mexique, 11-14 octobre 2017**. Voir le [site](#)
- Cours sur la gestion de projet, **Cotonou, Bénin, 06-10 novembre 2017**. Voir le [site](#)

- ❖ Organisation Mondiale de la Santé. **Guidelines for treatment of drug-susceptible tuberculosis and patient care (2017 update)**. Bientôt traduit en français. http://www.who.int/tb/publications/2017/dstb_guidance_2017/en/
- ❖ Initiative mondiale pour les laboratoires (GLI). **Algorithmes de diagnostic de la tuberculose** http://www.stoptb.org/wg/gli/assets/documents/GLI_algorithms_french.pdf
- ❖ Initiative mondiale pour les laboratoires (GLI). **Guide rapide des solutions de connectivité pour le diagnostic de la tuberculose**. http://www.stoptb.org/wg/gli/assets/documents/GLI_Guide_FR_web.pdf

Le Bulletin de la tuberculose en Afrique francophone est une publication de L'Union soutenue par l'Agence française de développement (AFD). Les analyses et points de vue exprimés sont ceux des auteurs et ne reflètent pas nécessairement la position de l'AFD. **Personne contact : Valérie Schwoebel vschwoebel@theunion.org**

