

Meilleures pratiques et leçons apprises dans la mise en œuvre d'approches innovantes contre la tuberculose dans les dans les pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre

Actes de l'atelier organisé par le Fonds mondial, en collaboration avec TDR et
WARN/CARN TB - 16-17 décembre 2021



Bénin Royal Hôtel (Cotonou, Benin) & en virtuel (Zoom)

RESUME

Cet atelier a été organisé par le Fonds mondial en continuité de deux ateliers réalisés en 2018 et 2019, pour partager les enseignements tirés et les meilleures pratiques en matière de recherche et de traitement des cas de tuberculose dans les pays d'Afrique occidentale et centrale.

Grâce à une très bonne collaboration entre le Fonds mondial, l'OMS/TDR et le Secrétariat de WARN/CARN-TB, il a été décidé de saisir l'occasion de la traditionnelle réunion annuelle du consortium des réseaux régionaux ouest et centre africain de lutte contre la TB, pour organiser ce troisième atelier du Fonds mondial. L'objectif des deux jours d'échanges était de permettre aux participants des pays de l'Afrique Centrale et de l'Ouest de partager et discuter les meilleures pratiques et les leçons apprises dans le screening systématique de la TB, la recherche active des sujets manquants de TB et la prévention avec une attention particulière aux approches nouvelles mises en œuvre par les Pays.

L'agenda de l'atelier prévoyait, une analyse du contexte suite aux réponses fournies par les 27 Pays¹ du réseau au questionnaire qui a été envoyé avant la réunion, des mises à jour techniques sur les directives, les outils et les opportunités dans le cadre du screening systématique de la TB et du traitement préventif, de nombreuses expériences de mise en œuvre présentées par les pays et du temps pour les discussions et échanges.

L'OMS GTB, Stop TB Partnership et USAID ont présenté les recommandations et les outils disponibles concernant le dépistage systématique de la TB, la prise en charge de la TB chez les enfants et les adolescents, les innovations en matière d'outils de dépistage et de diagnostic et leur disponibilité à l'approvisionnement (radio digitale ultraportable + CAD, Truenat, etc.), l'investigation des sujets contacts des cas index de TB, le dépistage simultané de la TB et du SRAS-CoV-2 et la mise en œuvre de tests de diagnostic simultanés pour COVID 19 et la TB dans les pays à forte charge de TB.

Des expériences innovantes dans le cadre du dépistage systématique de la TB et de la recherche active des cas ont été partagées par le Burkina Faso, le Ghana, le Bénin, le Sénégal, le Cameroun, le Nigeria et la Guinée.

L'Union a présenté les résultats de l'investigation des contacts TB dans 8 pays francophones (le projet CETA), la RDC et le Burundi ont présenté respectivement leur expérience dans l'amélioration de l'identification des cas de TB pédiatrique et l'accès au traitement préventif pour les enfants contacts et la gestion des contacts TB et TB-MR.

Le Nigeria, la Guinée et le Niger et la Côte d'Ivoire ont présenté des approches intégrées dans le contexte de la COVID-19 : expériences dans le dépistage bi-directionnel de la tuberculose et du COVID-19 et soins communautaires intégrés contre la tuberculose et le VIH chez les UDI/UD dans le contexte de la COVID-19.

Une session de l'atelier a été dédiée aux expériences des pays et aux outils disponibles sur comment surmonter les obstacles au diagnostic, à la prévention et au traitement de la TB : Stop TB Partnership, le Club des Amis Damien en RDC, DRAF TB et RAME ont présenté des expériences enrichissantes dans le cadre du CRG.

¹ WARN-TB : Bénin, Burkina Faso, Cap-Vert, Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Libéria, Mali, Mauritanie, Niger, Nigeria, Sénégal, Sierra Leone, Togo; CARN-TB: Angola, Burundi, Cameroun, Congo, Gabon, Guinée Equatoriale, RCA, RDC, Rwanda, Sao Tome et Principe, Tchad

Les participants ont vraiment apprécié la possibilité d'apprendre les uns des autres. Les Directeurs des programmes nationaux et les autres participants ont échangé avec intérêt et participation sur comment combler les lacunes et les défis identifiés avec des ressources limitées et/ou adopter des innovations. Effectivement, à travers les outils et les nombreuses expériences positives présentées, les participants ont souligné que des moyens plus efficaces de faire le dépistage de la tuberculose, la recherche active de cas, le traitement préventif de la TB existent et peuvent être mises en œuvre, même dans un contexte de ressources limitées.

Ce rapport vise à résumer les présentations et échanges et à fournir des liens pour accéder aux outils et opportunités disponibles.

Nous espérons que ce document sera utile et apprécié par les programmes nationaux de lutte contre la TB, les organisations de la société civile et les partenaires.



Photo : Secrétariat de WARN and CARN-TB

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier tous les pays participants pour leurs contributions importantes, leur volonté de partager des connaissances précieuses et leur engagement significatif dans l'atelier de Cotonou.

Nous exprimons également notre profonde gratitude au Secrétariat de WARN-TB et CARN-TB, à l'Organisation mondiale de la santé (OMS), au Partenariat Halte à la tuberculose (Stop TB), au Programme Spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR), à l'Union, à USAID, à Action Damien, à EGPAF, à Expertise France, DRAF TB, Club des Amis Damien, Médecins du Monde et d'autres partenaires qui collaborent jour après jour avec les pays et le Fonds mondial, pour lutter contre la tuberculose en Afrique de l'Ouest et du Centre.

Nous devons une gratitude particulière au Programme national de lutte contre la tuberculose du Bénin pour son soutien dans l'organisation et l'accueil de l'atelier.

Nous remercions également chaleureusement les collègues du Fonds mondial qui ont méticuleusement travaillé ensemble à la réalisation de ce travail.

Enfin, un grand merci aux organisations de la société civile et ONGs qui ont participé à l'atelier et qui ont partagé leurs connaissances et leurs expériences dans le soutien des stratégies innovantes de lutte contre la tuberculose dans divers pays de la Région.

Anna Scardigli, Nuccia Saleri, Christ Kevin Houessinon

Au nom de l'équipe de rédaction

Mai 2022



Photo : Secrétariat de WARN and CARN-TB

LISTE DES ABREVIATIONS

ACF	Recherche active des cas de TB (<i>active case finding</i>)
AOC	Afrique de l'Ouest et du Centre
ASC	Agent de santé communautaire
C19RM	Mécanisme de Réponse à la Covid-19
CAD	<i>Computer Aided Detection</i>
CDT	Centre de diagnostic et de traitement
CETA	Contributing to the Elimination of Tuberculosis in Africa
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CRG	<i>Community, right and gender</i>
CXR	Radiographie
DRAF TB	Dynamique de la Réponse d'Afrique Francophone sur la TB
DST	Test de sensibilité aux médicaments
EOC	Environnements opérationnels difficiles
FDC	<i>Fixed-dose combination</i>
FM	Fonds mondial
FS	Formation sanitaire (FOSA)
GDF	Global Drug Facility
GF	The Global Fund
GTB	Global TB Programme
IDR	Intradermo-réaction à la tuberculine
IGRA	<i>Interferon-Gamma Release Assays</i>
INH	Isoniazide
NFM3	Nouveau modèle de financement 3
OIM	<i>International Organisation for Migration</i>
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non Gouvernementale
OSC	Organisation de la société civile
PCR	<i>Polymerase chain reaction</i>
PDI	Personnes déplacées internes
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNT	Programme National Tuberculose
PQE	approches d'amélioration de la qualité
PSN	Plan stratégique National
PUD	Personne usager de drogue
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
RAME	Réseau Accès aux Médicaments Essentiels
RCA	République Centre Africaine

RDC	République Démocratique du Congo
RDV	Rendez-vous
SOP	Procédures opérationnelles standards
TB	Tuberculose
TB-MR	Tuberculose multirésistante
TB-RR	Tuberculose résistante à la rifampicine
TBCI	Investigation des contacts TB
TDO	Traitement directement observé
TDR	Programme Spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales
TPB+	Tuberculose pulmonaire bactériologiquement confirmé
TPT	traitement préventif de la TB
UD	Usagers de drogue
UDI	Usagers de drogue injectable
UNHLM	UN High-Level Meeting on TB key targets
USAID	United States Agency for International Development
USD	U.S. dollar
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
WARN/CARN-TB	Consortium des réseaux régionaux ouest et centre africain de lutte contre la TB

SOMMAIRE

RESUME	2
REMERCIEMENTS	4
LISTE DES ABREVIATIONS	5
SOMMAIRE	7
CONTEXTE	8
OBJECTIFS DE L'ATELIER	9
OBJECTIF DU RAPPORT	10
INTRODUCTION DE L'ATELIER	10
OU EN SOMMES-NOUS ?	11
MISES A JOUR TECHNIQUES, Y COMPRIS LES OUTILS ET LES OPPORTUNITES	13
EXPERIENCES DES PAYS EN MATIERE DE DEPISTAGE SYSTEMATIQUE DE LA TUBERCULOSE DANS LES GROUPES A HAUT RISQUE ET INTERVENTIONS POUR RETROUVER LES CAS MANQUANTS DE TB SENSIBLE ET DE TB-R	21
EXPERIENCES DES PAYS EN MATIERE DE DEPISTAGE DE LA TB, Y COMPRIS L'INVESTIGATION AUTOUR DES CAS, LA RECHERCHE DES CONTACTS ET LA PREVENTION DE LA TB.	29
EXPERIENCES DES PAYS EN MATIERE APPROCHES MISES EN ŒUVRE POUR SURMONTER LES OBSTACLES AU DIAGNOSTIC, A LA PREVENTION ET AU TRAITEMENT DE LA TB	33
EXPERIENCES DES PAYS EN MATIERE D'APPROCHES INTEGREES DANS LE CONTEXTE DE LA COVID-19	37
DEFIS ET INTERVENTIONS PRIORITAIRES POUR AMELIORER LE DEPISTAGE DE LA TB, LA RECHERCHE DES SUJETS MANQUANTS DE LA TB, LA PREVENTION ET LE TRAITEMENT PREVENTIF IDENTIFIES PAR LES PARTICIPANTS	41
CONCLUSIONS ET POINTS À RETENIR	44
AGENDA	46

CONTEXTE

Environ 10 millions de personnes tombent malades de la tuberculose chaque année, alors que seulement 6 millions environ ont été notifiées en 2020, ce qui fait que près de la moitié des cas de tuberculose estimés sont passés inaperçus. La pandémie de COVID-19 a annulé des années de progrès dans la fourniture de services essentiels de lutte contre la tuberculose et la réduction de la charge mondiale de la maladie. Les difficultés à fournir et à accéder aux services essentiels de lutte contre la tuberculose ont fait que de nombreuses personnes atteintes de cette maladie n'ont pas été diagnostiquées dans le monde. L'accès réduit au diagnostic et au traitement de la tuberculose a entraîné une baisse de 18 % du nombre de personnes déclarées tuberculeuses, une augmentation des décès dus à la tuberculose pour la première fois depuis plus de dix ans et une réduction de 21 % du traitement préventif de la tuberculose. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 1,3 million de personnes ont perdu la vie à cause de la tuberculose chez les personnes séronégatives et 214 000 autres chez les personnes séropositives. Dans la région africaine, la couverture du traitement de la tuberculose était de 56 % (50-62) en 2020, avec plus d'un million de cas de tuberculose manquants.

C'est afin de discuter de ces défis et des solutions à leur opposer qu' à l'occasion de la 6^{ème} réunion annuelle du WARN/CARN-TB a été organisé le 3^{ème} atelier du Fonds mondial pour partager les meilleures pratiques et les leçons apprises dans la mise en œuvre d'approches innovantes contre la tuberculose. Cette rencontre qui a eu lieu à la fois en présentiel à Cotonou au Bénin et en virtuel via ZOOM, a réuni les coordonnateurs de PNT des pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre et les partenaires de la lutte contre la TB dans la région.

Deux ateliers ont été organisés par le Fonds mondial en 2018 et en 2019 pour partager les enseignements tirés et les meilleures pratiques en matière de recherche et de traitement des cas de tuberculose dans les pays d'Afrique occidentale et centrale. Le premier atelier était axé sur la manière d'améliorer les résultats de la recherche de cas et du traitement, tandis que le second portait sur l'engagement et les réponses communautaires à la tuberculose et sur la tuberculose infantile.

Le Fonds Mondial, à travers l'Initiative Stratégique "Trouver les personnes manquantes de tuberculose", soutient 25 pays, dont 11 dans la région africaine et 5 de la région AOC (dans le cadre de l'initiative « engagement stratégique en AOC »). Entre autres aspects, ces initiatives contribuent à générer des preuves locales et des bonnes pratiques dans des approches innovantes pour la détection et le traitement de la tuberculose, et à diffuser les leçons apprises avec un effet catalyseur pour d'autres pays.

C'est dans ce contexte qu'il a été jugé important d'organiser cet atelier, qui s'appuie sur les deux événements précédents, et qui saisit l'occasion de la présence au Bénin, de tous les responsables des PNT des 27 pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre, dans le cadre de la traditionnelle réunion annuelle du consortium des réseaux régionaux ouest et centre africain de lutte contre la TB (WARN/CARN-TB).

OBJECTIFS DE L'ATELIER

L'objectif de cet atelier était de permettre aux participants des pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre et de partager et discuter les meilleures pratiques et les leçons apprises dans le screening systématique de la TB, la recherche active des sujets manquants de TB et la prévention, avec une attention particulière aux approches nouvelles mises en œuvre par les Pays.

Les objectifs spécifiques étaient :

- Partager les bonnes pratiques et les approches novatrices pour améliorer la notification de la TB, la prévention et les soins, y inclus le screening systématique de la TB dans les populations à haut risque, les approches d'amélioration de la qualité (par exemple le « PQE ») et la riposte communautaire;
- Favoriser une meilleure collaboration, un meilleur soutien et une meilleure coordination entre les acteurs traditionnels et non traditionnels au niveau national et régional pour une mise en œuvre améliorée/synergique ;
- Renforcer / opérationnaliser la mise en œuvre des meilleures pratiques et des approches innovantes liées à la recherche active de la TB, la prévention et les soins ;
- Renforcer l'engagement national et régional de haut niveau avec les parties prenantes et les exécutants concernés, afin de sensibiliser le public à la maladie ;
- Renforcer un engagement de haut niveau dans les Pays et la Région avec les acteurs et les parties prenantes concernés, afin de sensibiliser le public sur la tuberculose et de plaider en faveur de la mobilisation de ressources nationales pour soutenir les activités stratégiques de lutte contre la tuberculose.



Photo : Secrétariat de WARN and CARN-TB

OBJECTIF DU RAPPORT

L'objectif de ce rapport concernant le 3ème Atelier du Fonds Mondial pour partager les meilleures pratiques et les leçons apprises dans la mise en œuvre d'approches innovantes contre la tuberculose est de résumer les présentations et échanges et de fournir aux programmes nationaux de lutte contre la TB, aux ONGs et OBCs et aux autres partenaires les liens pour accéder aux outils et aux opportunités disponibles. Il vise aussi à résumer les principales conclusions et résultats de l'atelier et à les mettre à la disposition d'un public plus large.

L'atelier visait à fournir aux participants des exemples concrets de mise en œuvre, les leçons apprises, les difficultés rencontrées et les réponses pour réduire le gap en termes de couverture du traitement TB pour la TB-sensible, la TB-résistante et l'infection tuberculeuse latente.

Le rapport est structuré en:

- Introduction de l'atelier
- Où en sommes-nous ?
- Mises à jour techniques sur les outils et les opportunités
- Expériences des pays
- Interventions prioritaires et défis pour augmenter le dépistage de la TB, la recherche des sujets manquants de TB et le renforcement du TPT
- Conclusions
- Liens et Annexes

INTRODUCTION DE L'ATELIER

La première journée de l'atelier organisé par le Fonds mondial en collaboration avec le WARN et CARN TB et TDR/OMS a débutée avec les mots de bienvenu du Prof. Affolabi du WARN/CARN-TB, de Corinne Merle du TDR et de Caty Fall du Fonds Mondial.

Prof Affolabi du WARN/CARN TB et Dr Corinne Merle du TDR ont introduit l'atelier et souhaité le bienvenu à tous les participants et des discussions enrichissantes.

Dr Caty Fall a décrit les résultats obtenus à la fin de 2020 par les programmes appuyés par le partenariat du Fonds Mondial, y compris l'impact de la pandémie de la COVID-19. Pour améliorer la performance des programmes de lutte contre la TB, il a été rappelé l'importance de renforcer de toute urgence les systèmes de santé, y compris la lutte contre la COVID 19, et de profiter avec efficacité des diverses opportunités financées à travers les subventions, y compris l'Initiative stratégique pour trouver les cas manquants et les fonds catalytiques dans les pays concernés. Il a été souligné qu'il faut chercher des solutions pérennes pour répondre aux obstacles à l'identification des cas de TB et à leur traitement efficace en assurant la synergie et la complémentarité des interventions et aussi de "penser différemment" les diverses approches innovantes, adaptatives et intégrées pour les soins de la TB et les mettre en œuvre avec aussi les fonds supplémentaires (C19RM). Il a aussi été rappelé que tous les acteurs impliqués doivent s'assurer du leadership pour une réponse à la TB à tous les niveaux, une collaboration proactive pour une expansion de l'accès et une amélioration de la qualité de l'offre des services TB, et pour terminer, une redevabilité à toute épreuve, gage de résultats programmatiques et financiers.

Ensuite Nuccia Saleri (Fonds Mondial) a présenté les objectifs et le contenu de l'atelier, qui a donc démarré avec des sessions focalisées sur le dépistage systématique de la TB et les interventions pour la recherche active des sujets manquants de TB dans la Région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre.

Après l'aperçu de la situation analysée à travers une questionnaire développé par le Fonds Mondial et par le Secrétariat de WARN/CARN-TB et ayant été envoyé aux Pays du réseau avant la réunion, on est passés aux mises à jour techniques faites par l'OMS, STOP TB Partnership, USAID, et ensuite on a commencé le partage des expériences des pays dans la mise en œuvre des approches novatrices de dépistage systématique, de recherche active de la TB et de prévention de la TB. Ces sessions seront décrites dans les pages à suivre.

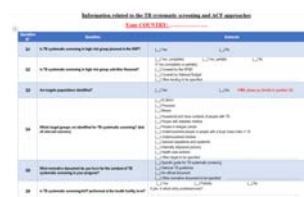
OU EN SOMMES-NOUS ?

Où en sommes-nous en termes d'approches de dépistage systématique de la TB et d'interventions pour la recherche active des cas manquants de TB dans la région?

Dr Ablo WACHINO

Présentation des résultats de l'enquête menée dans le réseau sur l'état des lieux en matière de dépistage systématique de la TB et de recherche active des cas de TB en Afrique de l'Ouest et du Centre. Cette enquête a été réalisée à travers un questionnaire envoyé aux pays (annexe ...).

24 Pays ont répondu au questionnaire: 10/11 CARN-TB et 14/16 WARN-TB.



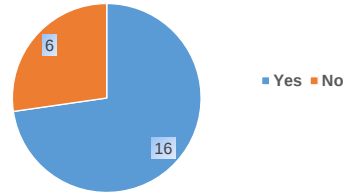
Country	Response	Response
1	10/11 CARN-TB	14/16 WARN-TB
2	10/11 CARN-TB	14/16 WARN-TB
3	10/11 CARN-TB	14/16 WARN-TB
4	10/11 CARN-TB	14/16 WARN-TB
5	10/11 CARN-TB	14/16 WARN-TB
6	10/11 CARN-TB	14/16 WARN-TB
7	10/11 CARN-TB	14/16 WARN-TB
8	10/11 CARN-TB	14/16 WARN-TB
9	10/11 CARN-TB	14/16 WARN-TB
10	10/11 CARN-TB	14/16 WARN-TB
11	10/11 CARN-TB	14/16 WARN-TB
12	10/11 CARN-TB	14/16 WARN-TB
13	10/11 CARN-TB	14/16 WARN-TB
14	10/11 CARN-TB	14/16 WARN-TB
15	10/11 CARN-TB	14/16 WARN-TB
16	10/11 CARN-TB	14/16 WARN-TB
17	10/11 CARN-TB	14/16 WARN-TB
18	10/11 CARN-TB	14/16 WARN-TB
19	10/11 CARN-TB	14/16 WARN-TB
20	10/11 CARN-TB	14/16 WARN-TB
21	10/11 CARN-TB	14/16 WARN-TB
22	10/11 CARN-TB	14/16 WARN-TB
23	10/11 CARN-TB	14/16 WARN-TB
24	10/11 CARN-TB	14/16 WARN-TB

Les grandes lignes de ces résultats sont les suivantes :

- Le dépistage systématique de la tuberculose dans les groupes à haut risque est prévu dans le PSN de tous les PNT qui ont répondu.
- Les ressources financières sont insuffisantes dans la plupart des pays, les interventions sont principalement financées par le NFM3.
- Les populations cibles sont identifiées dans tous les pays répondants et sont la plupart du temps des PVVIH et des prisonniers, suivis par les contacts familiaux. Seuls 9 pays incluent les travailleurs du secteur minier.
- Les documents normatifs sont disponibles dans 23/24 (95%) pour la conduite du dépistage systématique de la tuberculose.
- La grande majorité d'entre eux mettent en œuvre le dépistage systématique de la tuberculose et l'ACF tant au niveau des établissements que des communautés.
- 75 % des 24 pays pilotent ou mettent en œuvre des approches innovantes et/ou mènent des recherches opérationnelles sur le dépistage systématique de la tuberculose, l'ACF, la prévention de la tuberculose et 68 % planifient ou mettent en œuvre le dépistage bidirectionnel de la tuberculose et de la COVID-19.

TB/Covid-19 bidirectional screening and testing implementation

16 countries of the region are planning or implementing TB/Covid-19 bidirectional screening and testing



- Les ressources financières insuffisantes, les ressources humaines et l'accès aux outils de dépistage sont les principaux défis/goulots d'étranglement pour la mise en œuvre des interventions de dépistage systématique de la tuberculose.

État des lieux de la mise en œuvre du traitement préventif de la TB (TPT) dans la région

Dr Ablo WACHINOU

Dr Ablo WACHINOU, a procédé à un exposé sur les résultats d'une enquête menée en novembre 2020 par le Secrétariat du WARN/CARN-TB sur l'état des lieux de la mise en œuvre du traitement préventif de la TB (TPT) dans la région. Un total de 21/27 Pays ont répondu au questionnaire: 14/16 WARN-TB et 7/11 CARN-TB.

Les résultats peuvent être résumés en les points suivants :

- Tous les pays qui ont répondu menaient des activités TPT
- 20 pays disposaient d'un document normatif sur la conduite du TPT
- La plupart de ces documents normatifs (11) avaient été révisés au cours des 5 dernières années
- Seulement la moitié des pays avaient pris en compte les nouvelles recommandations de l'OMS dans leur document normatif TPT
- Les principales cibles du TPT dans la région étaient les PVVIH et les enfants de moins de 5 ans
- 19 pays menaient des investigations autour des cas de tuberculose
- Le régime à 6 INH était le plus fréquemment utilisé dans le réseau
- 17 pays avaient inclus des activités TPT dans la nouvelle soumission au FM
- Les pays rencontraient d'énormes difficultés pour le suivi statistique des activités de TPT dans la région.

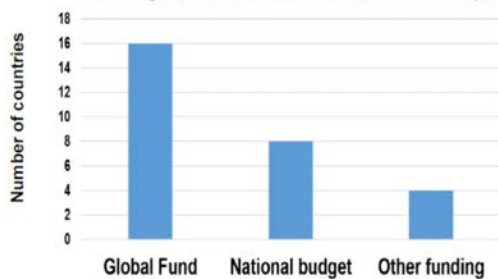


Figure 1. TPT Funding

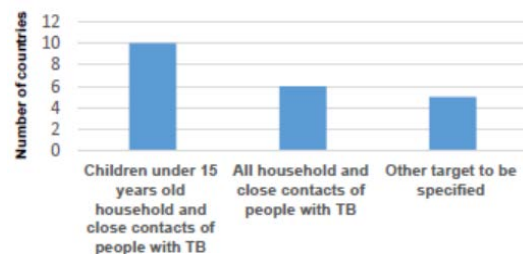


Figure 2 : TPT Targets

MISES A JOUR TECHNIQUES, Y COMPRIS LES OUTILS ET LES OPPORTUNITES

Les mises à jour techniques ont permis aux participants de connaître les nouvelles directives des partenaires techniques et les outils disponibles. Les présentateurs ont fourni le lien de plusieurs documents qui peuvent être très utiles aux programmes nationaux pour l'amélioration de leurs performances.

Recommandations de l'OMS sur le dépistage systématique de la TB

Saskia DEN BOON, OMS/GTB

Dr Den Boon de l'OMS/GTB a fait une présentation sur les recommandations de l'OMS concernant le dépistage systématique de la TB. Le dépistage systématique a des avantages individuels et pour la communauté. Effectivement, il permet d'améliorer l'accès aux soins, de réduire le délai de mise sous traitement, d'améliorer les résultats du traitement de la TB, de réduire les coûts pour les patients (y compris les coûts catastrophiques) et d'identifier les personnes éligibles pour le traitement préventif de la Tuberculose (TPT) en excluant une TB maladie.

Pour la communauté, il permet de réduire la transmission de la maladie et donc réduire le nombre des cas incidents.

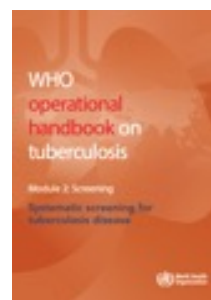
En termes de généralité il faut rappeler que le dépistage systématique devrait :

- se faire de systématiquement dans la population sélectionnée
- utiliser un test très sensible pour identifier les personnes avec une plus haute probabilité d'avoir une TB active
- à la suite utiliser un test avec une bonne spécificité pour confirmer le diagnostic
- suivre les principes d'éthique médicale.

Les populations qui devraient bénéficier du dépistage systématique sont 4 :

1. Les contacts domestiques et étroits des patients TB
2. Les personnes vivant avec le VIH
3. Les mineurs et travailleurs exposés à la poussière de silice
4. Les personnes privées de liberté

Les documents qui se trouvent aux adresses suivantes donnent toutes les informations nécessaires sur les recommandations de l'OMS, les outils de diagnostic et algorithmes proposées ainsi que des conseils pratiques pour la mise en œuvre par les programmes nationaux.



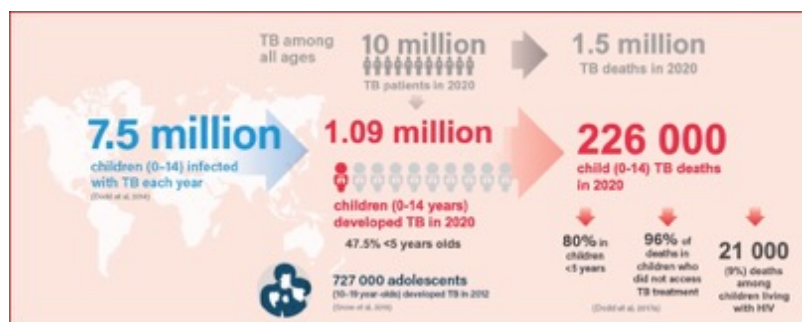
<https://www.who.int/activities/screening-for-tb>

<https://extranet.who.int/tbknowledge>

Mise à jour des directives de l'OMS sur la prise en charge de la TB chez les enfants et les adolescents

Kerri VINEY, OMS/MTB

Dr Viney de l'OMS/MTB a débuté sa présentation avec une mise à jour des données épidémiologiques de la TB chez les enfants et adolescents de moins de 15 ans selon le Rapport Global TB 2021. A noter que 96% des enfants qui décèdent pour la TB dans le monde n'ont pas eu accès au traitement.



En août 2021, l'OMS a publié une communication rapide pour annoncer les mises à jour dans la gestion de la TB chez les enfants et adolescents qui seront détaillées dans les nouvelles directives et dans le manuel opérationnel. Ces nouvelles directives sont maintenant disponibles au liens suivants :

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240046764>

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240046832>

Leur dissémination se fera à travers des webinars, la plateforme online de l'OMS (<https://extranet.who.int/tbknowledge>) et à travers l'organisation des réunions régionales et nationales. L'élaboration du matériel de formation sur la TB chez les enfants et adolescents débutera aussi en 2022.

Dr Viney a présenté dans le détail les mises à jour contenues dans la communication rapide qui se trouve en cliquant sur ce lien :

(<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344382/9789240033450-eng.pdf>):

- Chez les enfants de moins de 10 ans ayant une présomption de TB pulmonaire, des algorithmes de décision thérapeutique peuvent être utilisés pour diagnostiquer la TB pulmonaire. La confirmation bactériologique doit être recherchée chaque fois que possible, en utilisant des tests de diagnostic disponibles et recommandés et des échantillons pédiatriques appropriés. Le choix de l'algorithme de décision thérapeutique dépendra de la population spécifique et des tests diagnostiques disponibles. Des conseils pratiques sur les algorithmes de décision de traitement pour différents contextes et populations seront inclus dans le manuel opérationnel qui sera publié avec les lignes directrices.
- Chez les enfants âgés de moins de 10 ans présentant des signes et symptômes de TB pulmonaire, les résultats des études soutiennent l'utilisation de Xpert MTB/RIF Ultra dans les échantillons d'aspiration gastrique ou de selles comme test de diagnostic initial pour la TB et la détection de la résistance à la rifampicine, plutôt que microscopie/culture de frottis et test de sensibilité aux médicaments (DST). Ceci s'ajoute aux échantillons d'expectoration ou d'aspiration nasopharyngée, qui sont déjà recommandés par l'OMS pour le test Xpert Ultra, dans la même population.
- Chez les enfants et les adolescents de moins de 16 ans atteints de TB non sévère présumée sensible aux médicaments, un schéma thérapeutique de 4 mois (2HRZ(E)/2HR) doit être utilisé plutôt que le schéma standard de 6 mois (2HRZ(E)/4H). Des considérations de mise en œuvre importantes ont été notées pour déterminer l'éligibilité au schéma thérapeutique plus court et seront décrites dans les directives consolidées et dans le manuel opérationnel.

- Chez les enfants atteints de TB-MR/RR de tous âges : - La Bédaquiline peut être utilisée dans le cadre d'un schéma thérapeutique plus court contenant de la Bédaquiline uniquement par voie orale (recommandé sous condition par l'OMS en 2020) ou dans le cadre de schémas thérapeutiques plus longs ; - Delamanid peut être utilisé dans le cadre de schémas thérapeutiques plus longs. Ces recommandations permettent de concevoir des schémas thérapeutiques tout oraux pour les enfants de tous âges.
- Chez les enfants et les adolescents atteints de méningite tuberculeuse confirmée microbiologiquement ou diagnostiquée cliniquement, présumé être sensible aux médicaments, un régime intensif de 6 mois composé de 6HRZEto peut être utilisé comme alternative au régime de 12 mois recommandé par l'OMS composé de 2HRZE/10HR. La recommandation forte existante pour le régime de 12 mois composé de 2HRZE/10HR reste en place.
- Dans les milieux à forte charge de TB, des services intégrés décentralisés et centrés sur la famille peuvent être mis en œuvre pour améliorer la détection des cas de TB et l'adoption du traitement préventif de la TB. Dans ce contexte, les services décentralisés ne remplacent pas les services TB centralisés ou spécialisés de l'enfant et de l'adolescent, mais les complètent.

Innovation en matière d'outils de dépistage et de diagnostic et disponibilité à l'approvisionnement

Zhi Zhen QIN , Stop TB Partnership

Dr Qin a démarré sa présentation en soulignant l'effet néfaste de la Covid-19 sur la lutte contre la TB. Les études de prévalence de la TB ont montré qu'entre 30 et 60% des malades TB confirmés avec la culture n'avaient pas des symptômes. Pour cette raison, des outils de diagnostic plus sensibles sont nécessaires pour identifier plus de personnes avec une TB active.

La radiographie pulmonaire est un outil sensible pour le screening de la TB, néanmoins l'accès à la radiographie et le manque de ressources humaines pour l'interprétation des clichés, en particulier en dehors des grandes villes, constituent des barrières importantes pour son utilisation. Des progrès importants ont été fait, la radio digitale (qui ne nécessite pas des films), les appareils radio ultraportables et le système CAD. Le document suivant développé par l'OMS et IAEA (International Atomic Energy Agency) donne les spécifications techniques des systèmes radio portables :

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240033818>

Plusieurs modèles existent :

<https://www.finddx.org/wp-content/uploads/2021/04/FIND-CXR-CAD-solutions-for-TB-diagnosis-7Apr2021-2pg-spread.pdf>

Deux appareils ultraportables se trouvent dans le dernier catalogue GDF (Delft Light et Fujifilm FDR Xair), y compris les coûts d'installation, formation et garantie.

En mars 2021, l'OMS a recommandé l'utilisation du software CAD pour le diagnostic et le screening de la TB. Le CAD peut supporter les radiologues pendant l'interprétation de la radio ou être utilisé lors de campagnes de screening en substitution des radiologues. Ils existent plusieurs modèles sur le marché (<https://www.ai4hlth.org>), deux se trouvent dans le catalogue GDF : CAD4TB version 7 et InterRead DR Chest version 1. Les deux peuvent être utilisés sans problèmes avec les deux appareils ultraportables dans le catalogue GDF. Ce guide pratique donne des informations utiles pour l'utilisation de la radio ultraportable et CAD (disponible en français et en anglais)

<https://www.stoptb.org/ai-powered-computer-aided-detection-cad-software/cad-and-ultra-portable-x-ray-practical-guides>



Dr Qin a ensuite présenté les caractéristiques du Truenat qui peut détecter la TB et la résistance à la rifampicine (disponible dans le catalogue GDF) et qui peut être implémenté dans les structures sanitaires périphériques. Le document suivant (en anglais et français) donne des informations sur l'implémentation de Truenat : <https://www.stoptb.org/practical-guide-to-implementation-of-truenat-tests>

<https://www.stoptb.org/guide-pratique-de-mise-en-oeuvre-des-tests-truenat-fr>

En novembre 2021, StopTB et USAID ont publié les directives pour la mise en œuvre du screening simultané TB et Covid-19 :

<https://www.stoptb.org/news/practical-guide-to-implement-simultaneous-testing-tb-and-covid-19>. Dans ce document il est possible trouver les différentes plateformes de diagnostic multi-maladie. Pour terminer Dr Qin a souligné que DataTocare peut être actuellement acheté à travers GDF.

Implémentation et mise à l'échelle de l'investigation des contacts : expériences des pays, outils et ressources

Dr Sevim AHMEDOV, USAID/GH/ID/TB

Dr Sevim a introduit sa présentation avec une phrase qui doit vraiment nous faire réfléchir : « chaque cas de TB a été un contact » (Every TB case was once a contact).

L'investigation des sujets contact est une intervention ayant un impact prouvé soit dans la recherche des malades TB soit dans la prévention.

Pourtant, il a été une intervention négligée (et sous-financée) et, en général, les interventions d'investigation des contacts ne sont pas mises en œuvre avec la qualité nécessaire. Nous ne pouvons pas atteindre nos objectifs d'élimination de la tuberculose sans améliorer de manière significative les interventions de recherche des contacts. Nous avons les connaissances, le savoir-faire, les expériences et les outils nécessaires pour mettre en œuvre des enquêtes de contact efficaces.

Mais, avons-nous la détermination et la volonté ?

L'investigation des contacts permet de cibler les populations pour la recherche active (3-5% de prévalence TB chez les contacts familiaux), d'identifier les personnes ayant une infection tuberculose latente récente et donc à plus grand risque de progression (environ 50% des contacts familiaux ont une TB latente). Il ne s'agit plus de penser s'il faut mettre en œuvre une recherche active des malades TB mais comment il faut le faire.

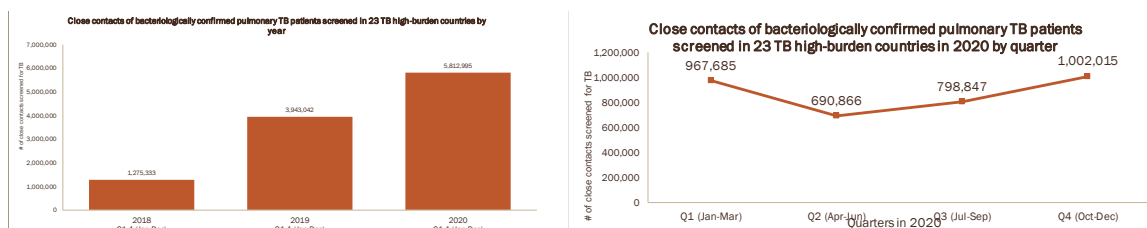
Dans la pratique, pour chaque personne ayant une TB maladie on doit évaluer :

- Qui d'autre a été exposé,
- Où et pendant combien de temps la personne a-t-elle été contagieuse,
- Dans combien de temps les contacts peuvent être contactés, dépistés et traités pour la tuberculose ou l'infection TB latente.

L'investigation des sujets contacts TB doit être une intervention clé dans toutes les stratégies et directives mondiales et nationales. Elle fait partie des 10 principaux indicateurs de la stratégie pour mettre fin à la TB de l'OMS (cible de 90 % d'ici 2025), elle a été ajoutée parmi les indicateurs de performance dans la feuille de route USAID et dans le Plan de performance et rapportage en 2020. Cependant, des lacunes subsistent...

- L'investigation des contacts de la TB n'est pas mise en œuvre comme il faudrait
- Généralement elle est implémentée avec une qualité insuffisante à cause de l'absence des procédures et définitions claires de cas index et des contacts
- Les données ne sont pas normalisées, ce qui empêche une évaluation de la contribution de cette intervention à la détection précoce des cas de TB et de son impact sur la réduction de la transmission de la tuberculose
- Les Programmes Nationaux manquent de ressources suffisantes pour mettre en œuvre des activités d'investigation de contacts.

Dr Sevim a montré des exemples de mise en œuvre et des résultats de différents pays : Zimbabwe, Ukraine, Éthiopie, Cambodge. Les deux graphiques suivants montrent l'évolution des résultats au niveau de 23 pays à forte prévalence de TB.



Plusieurs documents normatifs et guides opérationnelles sont disponibles online :

- Programmatic implementation of tuberculosis contact investigation (pi-tbci)

<https://www.usaid.gov/global-health/health-areas/tuberculosis/resources/publications/pi-tbci>

Ce document contient beaucoup d'information pratiques sur comment implémenter l'investigation des sujets contacts ainsi que les outils. Pour le moment il est disponible en anglais.

- Integrated TB/COVID-19 Contact Investigation Implementation Approach

https://stoptb.org/assets/documents/covid/COVID-TB%20Integrated%20Contact%20Investigation_March2021.pdf

Ce document aide les programmes à intégrer l'investigation des contacts TB et Covid-19 pour une meilleure efficacité :

- Investigation des contacts TB et screening et test Covid-19 à domicile
- Investigation des contacts TB et screening et test Covid-19 au niveau des centres de santé
- Investigation des contacts TB et screening et test Covid-19 : transport intégré des échantillons
- Approche systématique et forte lien avec les interventions au niveau communautaire et des formations sanitaires

En plus des documents online, les programmes peuvent bénéficier d'une assistance technique pour élaborer des stratégies, guides, plans opérationnels, modules de formation,

Un groupe de travail de l'USAID pour l'investigation des contacts a été créé en avril 2021 pour :

- Fournir une orientation stratégique pour la mise à l'échelle de TBCI
- Fournir un soutien technique aux programmes pendant le développement de la feuille de route pour le TBCI, les activités opérationnelles et la mise en œuvre.
- Identifier et partager les meilleures pratiques.
- Soutenir la création d'évidences à travers la priorisation de recherches opérationnelles.
- Traduire les résultats obtenus et les évidences en politiques mondiales actualisées et directives de mise en œuvre.
- Surveiller les progrès des cibles établies lors de la réunion de haut niveau des Nations Unies (UN HLM) *Atteindre 4 millions d'enfants de moins de 5 ans et 20 millions de personnes d'autres tranches d'âge qui sont des contacts familiaux de personnes touchées par la tuberculose d'ici 2030.

Tous les liens pour télécharger les documents, se trouvent ici :

- **PI-TBCI Toolkit**

<https://drive.google.com/file/d/1SyF6IXNYbQpxQdgMAFUhWwq9PgSYpKqm/view>

- **TBCI checklist**

https://drive.google.com/file/d/1IAi_YkIVjpQ2hEitoK2fbhowB9dmPXLb/view

- **TBCI and COVID-19 integrated approach to contact investigations**

<https://drive.google.com/file/d/1MlzmpbaLtrACf87jeyBJox6HKdvOp7U7/view>

- **TBCI and COVID-19 contact tracing costing tool**

<https://drive.google.com/file/d/1yF00ehE8vUO5jqjmwVVlebahK1U2pTxu/view>

- **Bi-directional TB and COVID-19 testing approach**

https://drive.google.com/file/d/1bDTTnu4jJkOXf13IXLvmzna_Hzj9LWtx/view

- **TBCI Webinars - Feb 10-11, 2021 (Final Report)**

<https://drive.google.com/file/d/1YbcXaXfjpqjdcNf4pughdkPx7OdKMFfz/view>

Dernières recommandations de l'OMS sur le Traitement préventif de la Tuberculose (TPT)

Dr Dennis FALZON de l'OMS/MTB

Dr Falzon a entretenu les participants sur les dernières recommandations de l'OMS sur le TPT. Après avoir rappelé l'importance du TPT pour la lutte contre la TB, le présentateur a passé en revue quelques points des guidelines 2020 de l'OMS sur le TPT. Il a ensuite présenté les éléments à prendre en compte pour la réussite d'un plan d'adhésion au TPT. Il s'agit notamment de :

- Examiner les connaissances sur la tuberculose des personnes sous TPT et de leurs soignants
- Comprendre la motivation de la personne à commencer le TPT et compléter le traitement
- Discuter des problèmes de médication
- Discuter du mode de vie de la personne
- Penser à la planification du TPT pour l'ensemble des membres d'un foyer
- S'entendre sur une option de soutien du TPT
- Assurer un soutien continu

Le présentateur a par la suite abordé les principaux défis rencontrés dans le déploiement mondial de la TPT.

- faible priorité accordée à l'action préventive par rapport à l'action curative
- mobilisation adéquate des fonds et implication des acteurs non étatiques.
- perturbations dues à la pandémie de COVID-19 depuis 2020
- inquiétudes concernant les effets indésirables, l'élimination incomplète de la tuberculose maladie, l'apparition d'une résistance aux médicaments.
- accès à la rifampicine à dose unique, à la rifapentine et aux combinaisons à dose fixe .
- Contamination des rifamycines par des nitrosamines
- possibilités limitées de dépistage de l'infection (IDR ou IGRA) ou de la maladie (radiographie pulmonaire).
- faible respect et achèvement de la médication
- difficultés à collecter des données et à suivre et évaluer les efforts.

Enfin, le Dr Falzon a donné des pistes à renforcer pour un déploiement global efficace du TPT.

1. Élargir les groupes à risque pour le dépistage et le traitement de la tuberculose-infection : contacts domestiques plus âgés, autres contacts étroits et groupes à risque clinique.
2. Nouveaux outils pour exclure la tuberculose : radiographie numérique, détection assistée par ordinateur, etc.
3. choix du traitement : sécurité, respect du traitement
4. suivi et évaluation : outils, indicateurs
5. Investissement dans les régions à forte charge de tuberculose :
 - Atteindre les personnes séropositives, les ménages, les contacts de la TB-MR/RR.
 - Nécessité d'un test de dépistage de la tuberculose-infection (IDR ou IGRA)
 - Nécessité d'une radiographie pulmonaire
6. Renforcer la mise en œuvre et les liens croisés, le VIH et les soins de santé primaires, le secteur privé, les prestataires communautaires, les cliniques spéciales, la santé au travail, les prisons.

Dépistage simultané de la TB et de SRAS-CoV-2

Dr Dennis FALZON de l'OMS/GTB et Dr Sreenivas NAIR de Stop TB Partnership

Dennis FALZON de l'OMS/GTB a entretenu les participants sur le dépistage simultané de la TB et du SRAS-CoV-2. Nous pouvons retenir globalement les principes suivants :

- Les approches d'identification des groupes à risque de tuberculose, du dépistage, du tri et de la confirmation de la tuberculose restent les mêmes que dans le contexte non COVID-19.
- Le dépistage du SARS-CoV-2 chez les personnes atteintes de tuberculose confirmée ou présumée est similaire à celui des autres patients, en fonction des caractéristiques cliniques, des antécédents médicaux et de l'épidémiologie locale.
- Les échantillons biologiques diffèrent généralement : expectoration pour la tuberculose et frottis nasopharyngé ou oropharyngé pour le SARS-CoV-2.
- Les plates-formes intégrées de diagnostic moléculaire peuvent tester les deux pathologies de manière périphérique ou en transportant les échantillons de manière plus centralisée.
- Le respect des conditions d'utilisation du test et des mesures d'assurance qualité est important.
- Pour le tri des patients pour le contrôle et la prévention des infections, les personnes testées doivent être prélevées rapidement dans des conditions appropriées. Les personnes dont le test est positif sont conseillées pour l'isolement et orientées vers des soins.
- Tenir un registre des tests et des résultats pour les deux conditions.

Pour plus d'information sur le dépistage simultané de la TB et du SARS-CoV-2, cliquez sur les liens suivants ou scannez les codes correspondants



https://www.theglobalfund.org/media/11455/covid19_tb-testing_briefingnote_fr.pdf



extranet.who.int/pqweb/vitro-diagnostics/coronavirus-disease-covid-19-pandemic-%E2%80%94-emergency-use-listing-procedure-eul-open

Dr Sreenivas NAIR de Stop TB Partnership a quant à lui, focalisé sa présentation sur la mise en œuvre des tests de diagnostic simultanés pour COVID 19 et la TB dans les pays à forte charge de TB. Le présentateur a d'abord abordé les différents scénarios de mise en œuvre de tests simultanés pour COVID-19 et la TB

- Scénario 1 : Un pays dispose d'un réseau de laboratoires qui fonctionne bien et qui effectue des tests XpertMTB/RIF pour la tuberculose.
Mettre en œuvre les tests XpertSARS-CoV2 sur les sites Xpert.
- Scénario 2 : La capacité de test pour le COVID-19 a été mise en place dans un certain nombre d'établissements, mais ces établissements n'ont pas la capacité de tester la tuberculose.
Mettre en place un test moléculaire pour la tuberculose qui utilise une plateforme multi-maladie capable de tester la tuberculose et la COVID-19 dans le centre de dépistage du COVID-19 existant.

Si le test moléculaire de la tuberculose ne peut pas être mis en œuvre dans un centre de dépistage du COVID-19, veillez à ce qu'un échantillon d'expectoration soit prélevé sur chaque personne évaluée pour le COVID-19 et orientez-la vers un centre qui effectue des tests moléculaires de la tuberculose. Si nécessaire, mettez en place un système d'orientation des spécimens avec un délai d'exécution court.

- Scénario 3 : Dans la capitale, un laboratoire de dépistage à forte capacité a été créé pour effectuer des tests de dépistage du VIH à l'aide du système Roche cobas8800. La mise en œuvre du test cobasSARS-CoV-2 et du test cobasMTB de Roche pourrait être une approche rentable pour réaliser des tests simultanés.

- Scénario 4 : un hôpital régional dessert une zone de chalandise qui devrait générer une demande de 20 tests COVID-19 et 20 tests TB par jour, mais ni le test TB ni le test COVID-19 ne sont disponibles à l'hôpital.

Mettre en place un système d'orientation des échantillons reliant les sites de collecte d'échantillons à l'hôpital, tout en achetant et en mettant en œuvre une plateforme de tests multi-maladies capable de réaliser des tests de tuberculose et de COVID-19.

Le présentateur a ensuite rappelé les considérations relatives à la mise en œuvre de l'algorithme de test simultané et des tests associés.

- Créer un groupe de travail technique pour diriger le processus.
- Définir l'algorithme de dépistage et de diagnostic.
- Effectuer une analyse situationnelle du réseau de laboratoires et des installations.
- Élaborer un plan de mise en œuvre réaliste et chiffré, ainsi qu'un budget pour les coûts permanents.
- Sélectionner, acheter et installer l'équipement dans des sites d'essai sûrs et fonctionnels.
- Assurer un approvisionnement fiable en réactifs et consommables de qualité.
- Développer des procédures opérationnelles standard et des protocoles cliniques.
- Utiliser des solutions de connectivité diagnostique
- Mettre en œuvre des programmes de formation, de mentorat et d'évaluation des compétences.
- Assurer le suivi et évaluation de la mise en œuvre



www.stoptb.org/file/9883/download

EXPERIENCES DES PAYS EN MATIERE DE DEPISTAGE SYSTEMATIQUE DE LA TUBERCULOSE DANS LES GROUPES A HAUT RISQUE ET INTERVENTIONS POUR RETROUVER LES CAS MANQUANTS DE TB SENSIBLE ET DE TB-R

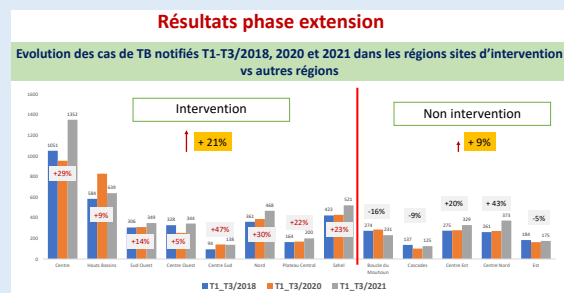
APPROCHE DE RECHERCHE ACTIVE DES CAS DE TB, INTERVENTION INNOVANTE REATB RESULTATS 2020-2021

Dr Adjima Combarry, PNT Burkina Faso

Le PNT du Burkina Faso a débuté le processus pour la mise en œuvre de REATB (recherche active de la TB) en mars 2019 lors d'un voyage d'étude au Kenya financé par le Fonds mondial. Successivement, le PNT, avec assistance technique, a élaboré et validé les documents techniques, le plan opérationnel, les outils de mise en œuvre et a organisé les formations. REATB prévoit la recherche active de la TB chez les PVVIH, les clients des centres de dépistage volontaire du VIH, les sujets contacts familiaux, les prisonniers, les personnes qui se présentent dans les services de santé pour n'importe quel motif. La phase pilote de mise en œuvre a démarré en 3 Régions sanitaires en novembre 2019 et a terminé en décembre 2020. La phase de passage à l'échelle est prévue sur 3 ans dans la subvention du Fonds mondial 2021-2023 et a donc démarré en 2021.

Dr Combarry a présenté les **résultats** de la phase pilote ainsi que les résultats préliminaires de la phase de mise à l'échelle. Il est à noter que pendant la phase pilote il a été possible collecter et analyser les données par population. Au total, sur les 277.728 personnes ayant bénéficié du screening TB, 16.708 (6%) ont été déclarées présumées de la TB, 6842 (41%) ont pu réaliser le test de diagnostic et 506 ont été déclarées TB et mises sous traitement. La dernière colonne du tableau ci-dessous, montre le taux de notification TB par population versus les 46/100.000 cas attendus en population générale.

Résultats de la phase pilote dans 3 Régions (I)				
Novembre 2019 au Décembre 2020				
Population	Nombre de personne ayant fait le screening	Nombre de personne présumées TB identifiées	Nombre de personne ayant fait le test TB (Xpert ou microscopie)	TB case per 100,000 (OMS)
Détenus (screening de routine)	17.110	1.223 (7%)	1.104 (90.3%)	33
Détenus (screening avec radio à la MACO)	1.512	534 (35%)	534 (100%)	9 (1 TB/MR)
Contacts étroits des cas index TB	4.215 (581 enfants de moins de 5 ans)	605 (14%)	483 (80%)	39 (31 adultes et 8 enfants de moins de 5 ans)
Adultes et enfants en consultation dans les centres de santé	193.634	12.646 (6,5%)	3695 (29%)	312 (196 hommes et 116 femmes)
PVVIH	39.131	1.296 (3,3%)	744 (57,4%)	77 (50 hommes et 27 femmes)
Clients des CDV	22.126	404 (1,8%)	282 (70%)	36 (23 hommes et 13 femmes)
TOTAL	277.728	16.708 (6%)	6.842 (41%)	506



Il semble important aussi noter que le sex-ratio homme/femme dans les sites REATB a été de 1,7 versus 2,8 au niveau national. Ceci pourrait indiquer que la mise en œuvre des activités de recherche active a permis d'améliorer l'accès aux soins TB des femmes.

Les Régions concernées par les interventions REATB dans la phase d'extension en 2021 ont vu une augmentation de la notification du 21% versus 9% les régions non couvertes.

Concernant l'**impact de la Covid-19**, Dr Combarry a souligné les points suivants : i) Baisse de la fréquentation des formations sanitaires par la population ; ii) Personnel PNT/CDT: Charge de travail et temps/partiel utilisé à la riposte ; iii) Réquisition locaux CDT ; iv) Suspension des activités de suivi (réunions et supervisions) ; v) Suspension du transport des échantillons de crachats ; v) baisse de l'implication communautaire, voire suspension au niveau des CHU ; vi) instauration d'un système de

consultation à distance de certains sujets à haut risque de TB notamment les personnes diabétiques. Ce qui n'a pas permis le screening TB au cours de la période. Parmi les actions mises en œuvre : i) la création et l'utilisation des groupes WhatsApp PNT-CDT, PNT-DRD a permis de transmettre rapidement les directives du programme et d'éviter les ruptures de traitement ; ii) l'élaboration d'un algorithme de diagnostic de la TB dans le contexte de la Covid-19 ; iii) le renforcement de l'implication des acteurs communautaires dans l'appui au TDO ; iv), la dotation bimensuelle/mensuelle des médicaments aux patients et v) le port de masque de protection rendu obligatoire dans les lieux publics ont été les autres mesures mises en place.

Les **défis** notés par le PNT sont : les difficultés dans le transport des échantillons notamment pendant la phase pilote (nouvelle stratégie à mettre en place avec La Poste + Covid-19), les difficultés pour la tenue de outils de collecte des données, la couverture (moins de 1/10 des FS), le coût élevé, la faible motivation des acteurs suite à la suppression de certains avantages entre la phase pilote et la phase d'extension, les primes de transport/carburant insuffisantes pour la recherche de sujets contacts.

Les leçons apprises :

- la recherche des cas contacts améliore le dépistage précoce de la TB
- la bonne implication des gardes de sécurité permet d'avoir un bon taux de réalisation du screening TB en prison
- le gain des cas de TB chez tous les groupes cibles
- l'amélioration de l'accès des femmes aux soins de la TB
- le renforcement de la collaboration entre les acteurs communautaires et les agents de santé.

EXPERIENCE EN MATIERE D'UTILISATION DE LA RX ET DU DIAGNOSTIC ASSISTE PAR ORDINATEUR (CAD)

Dr Yaw Adusi-Poku, PNT Ghana

Dr Yaw a introduit sa présentation en disant que l'utilisation de la radio digitale et du CAD fait partie de la politique nationale de digitalisation de la Santé (e-Health). Les **objectifs** de cette expérience sont : 1. Améliorer la qualité des soins des malades TB; 2. Augmenter la détection et l'accès aux soins TB; 3. Réduire les différences en digitalisation entre les zones urbaines et les zones rurales; 4. Offrir un service accessible et intégré ; 5. S'aligner stratégiquement à l'agenda de digitalisation du Gouvernement. Le PNLT vise, à travers l'utilisation de la radio digitale et du CAD à :

A. Améliorer le contrôle de la TB et arriver à diagnostiquer 85% des cas de TB et sauver la vie d'environ 12.000 personnes

B. Renforcer les capacités diagnostiques de 53 hôpitaux publics avec l'utilisation de la radiographie digitale

D. Réaliser 270.000 images radio par an.

Mise en œuvre :

- Une formation pour la lecture des radios a été réalisée pour les médecins des structures sanitaires primaires.
- Le système CAD4TB a été installé dans 54 structures très fréquentées (pédiatries, structures de prise des PVVIH, screening au niveau communautaire fait par les ONGs, au niveau scolaire, au niveau des structures publiques et privées).
- L'algorithme de diagnostic a été revu et un registre de screening a été mis en place.

X-ray screening Result from 2018 to Mid 2021

CAD4TB Dashboard

Print date/time:

10-5-2021 18:06

Number of studies

in total	328397
with a CADScore	121492
without a CADScore	206905
with CADScore >50	59473
with CADScore <30 (0 included)	241584
with bodypart 'Chest'	211067
with remaining bodyparts	117330

NTP Tele-radiology categories



- Tous les 54 appareils radio avec CAD4TB sont connectés et transmettent les images, les données de chaque patient au niveau de l'archive central du PNT.
- Les prescripteurs ayant moins de compétences dans la lecture de la radio utilisent le score CAD pour identifier les sujets présumés TB pour analyse ultérieure.
- Un contrôle de qualité est mis en place avec une relecture d'un échantillon d'images par des radiologues.

Prochaines étapes :

- Acheter des appareils radio digitale pour les guichets uniques TB/VIH (*one-stop shop*)
- Investigation des contacts et traitement préventif de la Tuberculose (TPT)
- Assurer la liaison avec la société civile pour mobiliser les communautés pour la recherche de contacts
- Recherche des enfants ayant la TB avec l'appui de l'Initiative Stratégique

DEPISTAGE DE LA TUBERCULOSE CHEZ LES FEMMES ENCEINTES ET EN POST-PARTUM

Ménonli Adjobimey, PNT Bénin

Dr Ménonli a présenté les résultats obtenus dans la mise en œuvre du dépistage de la TB chez les femmes enceintes et en post-partum au Bénin.

Les **objectifs** de cette étude étaient :

- Mettre en œuvre un dépistage amélioré de la TB chez les femmes enceintes
- Décrire les caractéristiques des femmes présentant des symptômes de tuberculose
- Évaluer le rendement, le coût, la faisabilité et l'acceptabilité d'un tel programme à Cotonou, Bénin

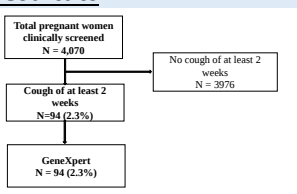
En rappel, l'incidence de la TB au Bénin est de 55 cas/100.000, la co-infection TB/HIV est de 16%, 370.000 grossesses/an.

La **mise en œuvre** a été réalisée en 8 centres prénataux à Cotonou (population de 685.000 personnes, prévalence du VIH de 1,9%) d'avril 2017 à avril 2018.

Les critères d'inclusion étaient :

- Femmes entre 14 et 45 ans qui se présentaient en consultation prénatale
- Grossesse confirmée
- Consentement éclairé à participer

Résultats



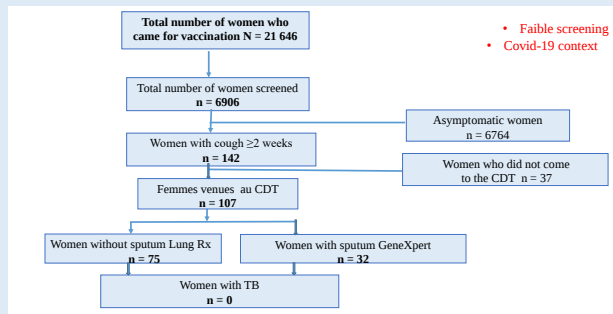
	Our results	Others authors
Cough in pregnant women	94 (2.3%)	Kancheva <i>et al</i> 23% (Zambia) Kosgei <i>et al</i> 8% (Kenya) Silus <i>et al</i> 3% Burkina
TB in pregnant	49/100000	(28.11 per 100,000) 2016-2018 female population of same age Benin
Outcomes babies	1 death 1 normal child	Sobhy <i>et al</i> (date of traitement) 1 st trimester of pregnancy: no premature births, low birth weight babies, or perinatal deaths, 2 nd , 3 rd trimester of pregnancy: 33% premature, 61% low birth weight, 23% perinatal deaths

Sur les 4070 femmes ayant bénéficié du screening, 94 avaient une toux de plus de deux semaines et on fait le test GeneXpert. L'incidence a été de 49/100.000. Le coût estimé pour femme ayant fait le screening a été de 1,12 USD. Le coût par cas TB diagnostiqué de 2.271 USD. Sur la population du Bénin, pour trouver 182 cas de TB, le coût serait de 414.000 USD. L'expérience a permis de produire des posters informatifs et de partager l'algorithme de diagnostic de la TB dans les centres de consultation prénatal.

Une autre étude sur la TB pulmonaire chez les mamans des enfants de moins de 12 mois a été réalisée en 2020 dans la Région du Littoral Atlantique. Les **objectifs** étaient :

1. Estimer la prévalence de la TB chez les mamans des enfants de moins de 12 mois pendant les visites pour la vaccination des enfants
2. Évaluer la faisabilité de l'intervention.

Le projet a été mis en œuvre dans 8 centres de vaccination d'octobre 2020 à février 2021. Les visites étaient alignées au calendrier vaccinal : à la naissance, 6 semaines, 10 semaines, 14 semaines, 9 mois. Au total, 21 646 femmes sont venues en consultation mais seulement 6906 (32%) ont bénéficié du screening. Aucune femme avec la TB a été diagnostiquée.



Pour conclure, la prévalence de la TB chez les femmes en grossesse ou post-partum semble faible. Cependant, étant donné la complexité de la tuberculose chez les femmes enceintes, il est prudent de maintenir l'intervention de recherche active de la TB en routine.

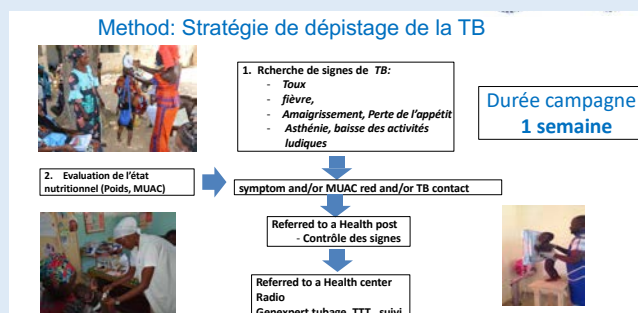
CAMPAGNES DE DEPISTAGE DE LA TB CHEZ LES PERSONNES SOUFFRANT DE MALNUTRITION Prof Nafissatou Toure, Sénégal

Prof Nafissatou a présenté l'étude pilote de faisabilité dans les districts sanitaires de Thiès et Tivaouane (Région de Thiès) dans l'amélioration du dépistage de la TB couplé au dépistage de la malnutrition.

La TB chez les enfants au Sénégal est sous-diagnostiquée et affecte surtout chez les populations les plus pauvres du pays avec accès limité aux structures de soins. Semestriellement la CLM (cellule de Lutte contre la Malnutrition Nationale) organise un dépistage actif semestriel de la malnutrition aiguë. Il a été donc décidé de coupler le screening de la TB à ces campagnes. Zone de couverture : 5 PS de Thiès et 5 PS de Tivaouane.

Les **objectifs** étaient d'évaluer la faisabilité, l'acceptabilité et l'efficacité de l'intégration du dépistage actif de la TB aux activités de campagnes de dépistage de la malnutrition menées par la CLM.

Toutes les parties prenantes ont été sollicitées et engagées et une formation en cascade a été organisée.



Au total, 26453 enfants de moins de 15 ans ont été dépistés, dont 11586 enfants de moins de 5 ans ; 559 étaient malnutris, 1364 enfants ont été déclarés présumés TB, 1235 ont été vus dans les postes de santé et 1065 ont fait une radiographie du thorax. Au total 5 enfants ont été détectés TB (dont 4 de moins de 5 ans).

Leçons apprises

- Modification des stratégies au cours de la campagne
- Utilisation des radio mobiles
- Stratégies avancées avec mise en position de la radio mobile dans les PS de Thiès de façon alternée
- Utilisation des ambulances des PS pour le transport des enfants vers le DS
- Suggestion : Pour chaque poste de santé, prévoir 2 équipes de techniciens radio pour réduire le risque d'exposition aux Rayons X et prendre le maximum d'enfant

Résultats

En 1 semaine lors de la campagne de dépistage

- 5 cas de TB de l'enfant diagnostiqués et mis sous traitement

En 2019

- 7 cas de TB de l'enfant notifiés à Tivaouane • 14 cas de TB de l'enfant notifiés à Thies

En 2020

- Nette diminution du nombre de cas de TB de l'enfant notifié (Pandémie à Covid-19)

Du point de vue qualitatif, il a été possible mieux comprendre la perception des communautés sur le diagnostic de la TB chez l'enfant : la peur de la TB et des conséquences retarde souvent le diagnostic ; gratuité de la campagne ; campagne : moyen de faire une révision de l'état de santé de leur enfant ; bonne acceptabilité des communautés de la campagne de couplage.

Conclusion

- Stratégie intégrée Dépistage TB et Malnutrition : Intégration des programmes
- Faisable
- Acceptable
- Efficace (5 cas de TB identifiés en 1 semaine)

RECHERCHE INTENSIFIEE DE CAS DE TB DANS LES CENTRES DE SANTE COMMUNAUTAIRES ET LES HOPITAUX AU CAMEROUN

Zourriyah Adamou, Centre de Promotion de la Santé et de Recherche

Mme Zourriyah a présenté les résultats du projet CHECK TB au Cameroun. Ce projet a débuté au Q4 2018 et s'est terminé en 2021 et a été financé par TB REACH, StopTB. Le projet a couvert plus de 700 formations sanitaires dans 6/10 Régions du Cameroun. Une analyse du parcours du patient dans les services TB a été réalisée : seulement 9% des personnes en consultation ont accès aux soins TB dans les structures sanitaires.

L'**objectif** du projet était d'améliorer le taux de notification de la TB dans les 6 Régions du Cameroun.

Interventions :

- 1 - lier au moins 5 centres de santé communautaires à chaque CDT : implémentation en 117/150 CDT et 608 centres de santé communautaire
- 2 - système de transport des échantillons adapté sur la base du site : agents de transport, transport via moto, transport par les agents
- 3 - formation des agents de santé au dépistage de la TB dans chaque porte entrée (consultation externe, VIH, diabète, malnutrition)
- 4 - motivation sur la performance
- 5 - utilisation de l'application m-Health

Résultats :

Plus de 4.000.000 des personnes dans les centres de santé ayant bénéficié du screening ; 167.508 ayant fait un test TB (52.980 vus dans les centres de santé communautaires et donc avec mis en place du transport des échantillons) , 16.592 cas de TB bactériologiquement confirmés.

Le nombre de personnes à tester pour identifier un patient TB a été de 8 dans les hôpitaux et de 20 dans les centres de santé communautaire, pour une moyenne de 10 dans le projet.

La période du projet a vu une augmentation de 45%, des personnes ayant bénéficié du test TB par rapport à l'année précédente (14.454 par trimestre en 2018 versus 20939 par trimestre en 2019-2020). En Q2 et Q3 2020, une diminution a été notée à cause de la Covid-19.

Le taux de notification dans la zone d'intervention (6 régions avec une population de 16 millions) a connu une augmentation de 9% pour la TB toutes formes confondues et de 10% pour la TB bactériologiquement confirmée en comparaison aux 4 autres régions sans intervention (population de 7,3 millions).

Cette intervention a permis d'élargir l'offre du diagnostic de la TB dans les centres de santé communautaires (transport des échantillons) et donc de rendre l'offre des services plus proche des populations et de construire un système de transport le plus adapté possible à la situation locale. L'approche a bien fonctionné et a permis de couvrir 725 centres de santé et impliquer 1597 agents de santé qui ont partagé leurs expériences sur des groupes WhatsApp et ont été primés sur la base de leur performance.

INTERVENTIONS POUR TROUVER LA TB PARMI LES POPULATIONS DEPLACÉES A L'INTERIEUR DU PAYS

Anyaike Chukwuma, PNT Nigeria

Dr Chukwuma a présenté l'expérience du Nigeria dans la recherche active de la TB dans les populations déplacées internes débutée en Q1 2020.

Selon les données de l'OIM, il y a plus de 2 millions de personnes déplacées internes à cause de la présence de Boko Haram. Ces populations se trouvent dans des camps, des structures similaires aux camps, and dans les communautés d'accueil de 3 états : Adamawa, Borno et Yobe.

Les populations déplacées internes (PDIs) sont à plus haut risque de TB pour plusieurs raisons :

- faible accès aux services de santé (y compris les services antituberculeux),
- malnutrition,
- surpopulation,
- mauvaise aération,
- faible niveau de connaissances et de sensibilisation
- forte fréquentation des services de santé informels.

Conformément aux mesures relatives aux droits de l'homme, les services de lutte contre la tuberculose ont été étendus pour couvrir cet ensemble de personnes dans le pays à travers la mise en place de la recherche active de la TB.

Interventions mises en œuvre

- i. Au début, les camps de personnes déplacées et les communautés d'accueil dans les 3 États intervenants ont été cartographiés
- ii. Les principales parties prenantes, les volontaires communautaires et les agents de santé communautaires (ASC) ont été identifiés et formés à la lutte contre la tuberculose
- iii. Un screening verbal porte à porte (ou tente à tente) des ménages par les acteurs communautaires formés a été fait
- iv. Un dépistage de masse a été fait (par exemple quand il y a un afflux d'un grand nombre de nouveaux déplacés internes dans les camps et les communautés d'accueil)
- v. Le dépistage des contacts a été réalisé.

Sur la base des directives nationales, les présumés TB déplacés internes sont également soumis à un dépistage du VIH.

Avant les activités de dépistage, un plaidoyer et une mobilisation communautaire sont effectués.

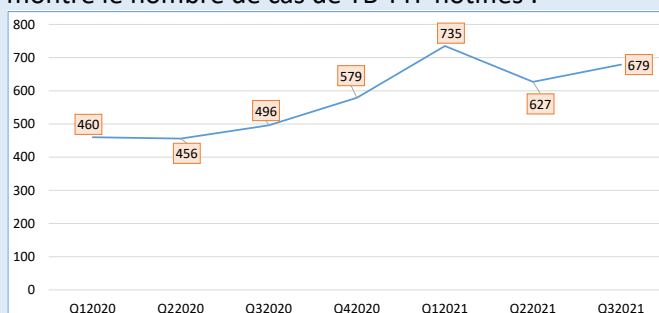
Les échantillons d'expectorations sont prélevés sur place et transportés vers les sites GeneXpert les plus proches pour le diagnostic tandis que les résultats sont récupérés et rapportés à la communauté.

Les cas de tuberculose diagnostiqués parmi la population cible ont été accompagnés par des volontaires dans des centres désignés pour le traitement et si une résistance à la rifampicine est détectée, la prise en charge est faite selon les directives nationales.

Résultats mesurés :

- Nombre de cas présumés de tuberculose détectés
- Nombre d'échantillons transportés et testés
- Nombre de cas de TB toutes formes détectées
- Nombre de cas de TB toutes formes sous traitement
- Cas de TB pharmaco-résistante identifiés

Le graphique suivant montre le nombre de cas de TB TTF notifiés :



Grace aux interventions, plus de 4000 cas de TB ont été identifiés précocement dans les camps. En outre, on peut noter une amélioration de l'utilisation du GeneXpert, une augmentation de la notification dans les états d'intervention, la mise sous TPT des enfants contact.

L'approche a été novatrice pour plusieurs raisons : implication des communautés d'accueil et des responsables des camps, utilisation de volontaires choisis parmi les habitants du camp pour mener à bien l'éducation et le dépistage, analyse mensuelle de la cascade TB pour mesurer l'efficacité de l'intervention.

A cause de la Covid-19 il a été nécessaire d'appliquer les SOPs de prévention et assurer le transport des échantillons même pendant le confinement.

Les difficultés principales ont été la stigmatisation et la mobilité des PDIs. Les mesures d'éducation et l'utilisation de bénévoles dans les camps ont permis de contenir ces problèmes et réduire les pertes de vue.

Leçons apprises :

1. L'engagement de bénévoles du camp a contribué au succès du projet.
2. Bon rendement de la recherche active de la TB chez les PDIs.

Prochaines étapes :

- Mise en place de moyens pour assurer la continuité du traitement lorsque les PDIs rentrent du camp.
- Utilisation de la radiographie numérique comme outil de dépistage dans les camps (prévue pour l'année prochaine).

PARTENARIAT PUBLIC-PRIVE POUR LA LUTTE CONTRE LA TB EN GUINEE

Magassouba Aboubacar Sidiki, PNT Guinée

Dr Sidiki a présenté l'expérience de la Guinée dans l'implication des pharmacies dans la lutte contre la TB dans la Commune de Matoto à Conakry entre novembre 2019 et juin 2020.

Il est à noter que :

- le secteur privé fournit des services importants pour la gestion des maladies transmissibles et il est le premier point de contact pour nombreuses personnes
- La stigmatisation associée à la tuberculose dissuade davantage les patients à rechercher les soins dans le secteur public
- La lutte contre la tuberculose est confrontée à un faible financement (34 % du Plan Stratégique National) et à une faible couverture des services antituberculeux.

En Guinée, plusieurs opportunités s'offrent pour une implication du secteur privé :

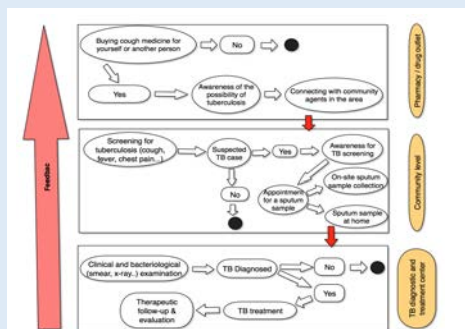
- Existence de centres privés et confessionnels, pharmacies... ;
- Existence de services de santé bien équipés dans les structures sanitaires des entreprises minières et industrielles avec un personnel qualifié ;
- Existence dans plusieurs entreprises d'un régime d'aide sociale à la communauté qui inclut la prise en charge des problèmes de santé ;
- Forte implication du secteur privé dans la gestion des épidémies (Ebola, fièvre de Lassa, Covid-19, etc.).

Objectif :

Implémenter et évaluer une stratégie de screening de la TB chez les personnes qui achètent des médicaments contre la toux dans les pharmacies et dans les services de vente des médicaments.

Mise en œuvre :

Lors de l'intervention, 50 pharmacies ou points de vente des médicaments ont été inclus dans la commune de Matoto (environ 700.000 habitants). Toute personne ayant des symptômes respiratoires et qui achète des médicaments pour soigner la toux a bénéficié du diagnostic de la TB (examen microscopique ou GeneXpert MTB/Rif). Le transport des échantillons a été assuré par des acteurs communautaires équipés en moto et d'un système de collecte des données sur leur téléphone (ODK et ONA).



Résultats :

Au total, 916 personnes ont été testés pour la TB, le 54% étaient des hommes, l'âge médiane était de 30 ans. La toux et la fièvre étaient les symptômes les plus fréquents (89% et 87% respectivement). La durée moyenne des symptômes était de 14 jours. Seulement le 15% des participants a dit de cohabiter avec un contact pour au moins 5 jours. La TB a été confirmée chez le 14% des personnes (128) ayant fait le test.

Leçons apprises :

- Les pharmacies sont une source potentielle de détection des patients tuberculeux (automédication, prescriptions non spécifiques, etc.) ;
- Volonté du secteur privé de participer gratuitement à l'action sanitaire ;
- Bonne synergie d'action entre tous les acteurs de la pharmacie et les CDT ;
- Extension du package de proximité (combinaison avec VAD) ;
- Collecte des crachats des patients à domicile (patients ne pouvant pas se déplacer) ;
- Mise à l'échelle de cette stratégie (depuis 2021 démarrage de la stratégie de routine à Conakry avec les pharmacies à fort trafic avec NFM3).
- Poursuite de l'extension dans les régions de Kindia, Labe et Nzrekore en an 2 et an 3.

Difficultés rencontrées :

- Difficulté à collecter les informations sur les autres clients des pharmacies (pour obtenir le rapport présumés/tous les clients de la pharmacie)
- Collecte des données en plusieurs étapes avant soumission sur la plateforme ONA
- Certains patients peuvent ne pas contacter les acteurs communautaires ou refuser de revenir au CDT après communication avec les agents

- Retard dans l'obtention de certains résultats de dépistage de la tuberculose et du test VIH

Limites :

- L'étude a été menée uniquement dans la capitale ;
- Les thérapeutes traditionnels n'ont pas été impliqués dans l'étude ;
- GeneXpert n'a pas été systématiquement réalisé pour la recherche sur la tuberculose ;
- La radiographie n'a pas été utilisée (à cause du coût).

Conclusion

- Le secteur pharmaceutique occupe une place essentielle dans le circuit des cas manquants TB
- L'implication de ce secteur peut contribuer à réduire le gap des sujets manquants de la TB.

EXPERIENCES DES PAYS EN MATIERE DE DEPISTAGE DE LA TB, Y COMPRIS L'INVESTIGATION AUTOUR DES CAS, LA RECHERCHE DES CONTACTS ET LA PREVENTION DE LA TB.

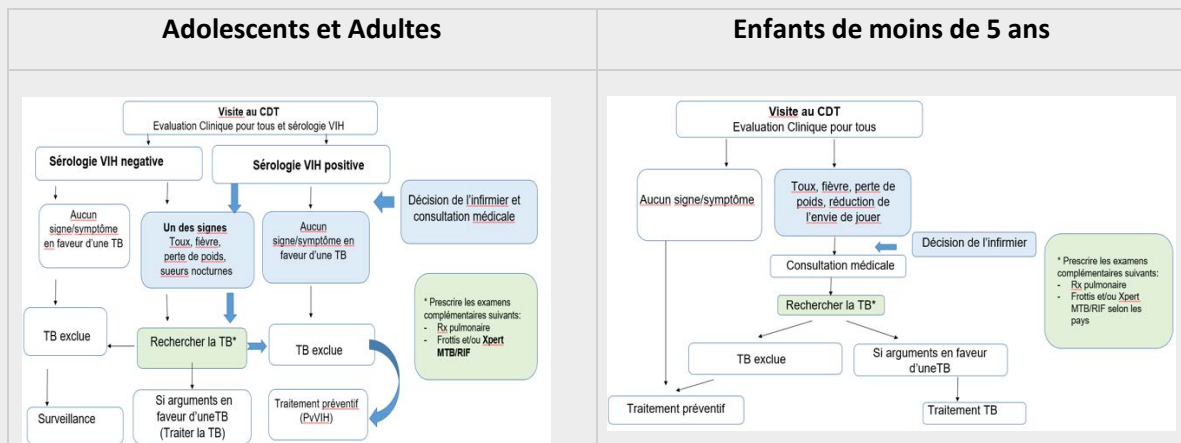
RECHERCHE DES CONTACTS DANS 8 PAYS FRANCOPHONES (CETA PROJECT)

Kobto Ghislain Koura, l'Union

Objectifs :

- Mettre en œuvre l'enquête de contact en condition programmatique
- Plaider en faveur de l'élargissement de cette intervention.

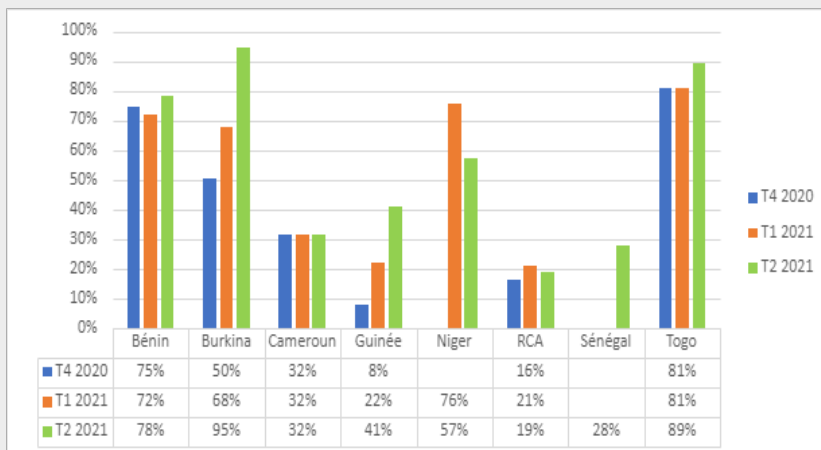
Méthode : les contacts des patients TB bactériologiquement confirmé (PVVIH et enfants de moins de 5 ans) ont été investigués dans 8 pays de la région (Benin, Burkina Faso, Guinée, Niger, Sénégal, Togo, Cameroun et RCA), dans le contexte des activités programmatiques des PNTs, du trimestre 4 de 2020 au trimestre 3 de 2021. Les algorithmes appliqués se trouvent dans les figures ci-dessous :



Résultats :

- Au moins 4 700 visites à domicile ont été réalisées
- 7 391 enfants de moins de 5 ans ont été visités et - 104% ont été mis sous TPT ou traitement de la TB
- 153 PVVIH ont été visités et 105% ont été mis sous TPT ou traitement de la TB

Le graphique montre la proportion des visites à domicile conduit/nombre des cas index (indicateur communautaire) dans les 8 Pays :



Prochaines étapes :

- Plaidoyer pour la mise à l'échelle
- Conduite d'une enquête coût-efficacité de l'intervention
- Publication des résultats
- Renforcement des capacités techniques des ressources humaines
- Plaidoyer pour la prise en compte des coûts des visites à domicile par les subventions du FM

AMELIORER L'IDENTIFICATION DES CAS DE TB PEDIATRIQUE ET L'ACCES AU TRAITEMENT PREVENTIF POUR LES ENFANTS CONTACTS : EXPERIENCE DU PROJET CAP TB

Vicky Ilunga, Egpa

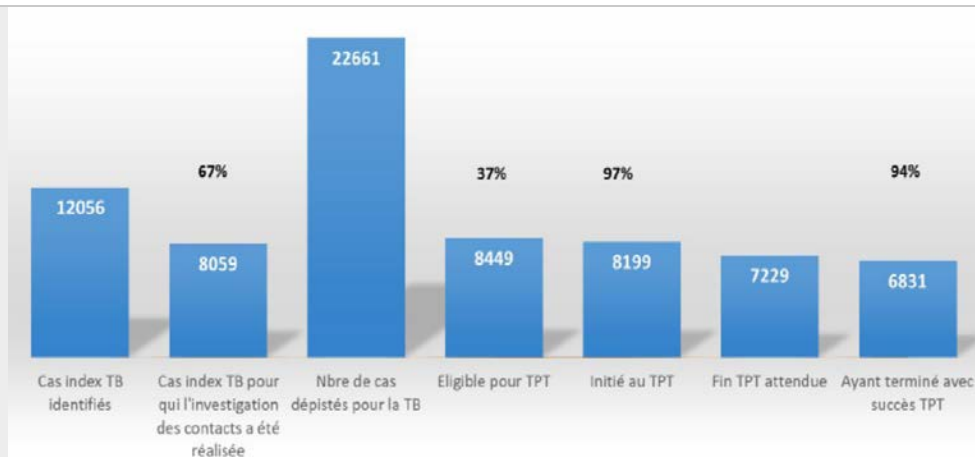
Contexte :

- Faible notification de la TB pédiatrique (11%) depuis plus de 10 ans
- Faible accès et couverture en TPT pour les enfants éligibles (enfants VIH+, enfants contacts de moins de 5 ans)

Méthode : Intensification de la recherche des enfants avec TB et du dépistage des contacts (enfants de 0 – 14 ans) sur 25 sites dans 10 zones de santé de la ville de Kinshasa (RDC) entre Février 2019 et Juin 2021. Comparaison des résultats aux données d'avril 2017 à mars 2018.

Résultats :

- 223.177 enfants dépistés pour la TB dans les sites du projet
- Dont 3% (6.504) ont été identifiés comme présumés
- La moitié des enfants «présumés» (3.270) ont été diagnostiqués, dont 36% (1174) avec un diagnostic bactériologique (GeneXpert)
- La moyenne du nombre d'enfants diagnostiqués par site par mois est passée de 3,4 à 5,5 au cours de l'intervention
- 12.056 cas index de TB ont été identifiés dont 67% (8059) ont été investigués pour 22.661 contacts dépistés pour la TB.
- 8.199 contacts ont été initiés le TPT (sur 8.449 éligibles) et 6.831 l'ont terminé avec succès.
- La moyenne du nombre d'enfants ayant initiés le TPT par site par mois est passée de 0,8 à 13,2 durant la période d'intervention



Prochaines étapes :

- Renforcement des capacités des prestataires en TB pédiatrique (toutes les portes d'entrée)
- Investissement dans les portes d'entrée les plus contributrices (Consultation Externe, Investigation des contacts, Nutrition, VIH), les procédures avancées de collecte d'échantillons et les tests moléculaires de diagnostic
- Recherche des financements pour la pérennisation des activités CaP TB

QUELQUES APPROCHES INNOVANTES DANS LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE AU BURUNDI Dr Joselyne Nsanzerugeze, PNT Burundi

Détermination des barrières dans la recherche des personnes ayant été en contact avec des patients TBMR au Burundi

Objectif : réduire le délai du diagnostic de la TB/MR et le délai de la prise en charge

Méthode : recherche active des contacts des cas de TB-MR dépistés dans la ville de Bujumbura. Dépistage de la TB-MR chez ces contacts.

Résultats : 23 patients index TB-MR investigués et 54 contacts retrouvés dont 31 hommes, 18 enfants âgés de moins de 15 ans et 16 contacts avec symptômes ayant fourni des expectorations testées négatives avec GeneXpert.

Innovation :

- Dépistage clinique sur base des symptômes: toux, fièvre, perte de poids et sueurs nocturnes
- Collecte des données par ODK, y compris les coordonnées géographiques pour l'analyse des clusters

Leçons apprises :

- Éducation en matière de santé et participation communautaire à considérer pour accroître l'acceptabilité des visites au foyer:
- Envisager un traitement préventif contre la tuberculose multirésistante pour les personnes à risque élevé.
- Utiliser le modèle des clusters pour mieux cibler le dépistage actif dans l'ensemble du quartier.

Évaluation de l'acceptabilité et de l'efficacité de l'utilisation des appels vidéo pour suivre le traitement antituberculeux à distance dans le contexte de COVID 19: étude dans 7 CDT d'intervention comparé à 7 CDT de contrôle dans la Municipalité de Bujumbura

Objectifs :

- Évaluer l'efficacité du traitement par appel vidéo à distance par les prestataires de soins,
- Évaluer l'acceptabilité du TDO supervisé chez les malades et les prestataires de soins.

Méthode : Étude descriptive prospective interventionnelle dans 7 CDT de la Mairie de Bujumbura comparés à 7 autres CDT de Bujumbura. Ont été mesurées l'efficacité et l'acceptabilité de la vidéo-surveillance (e-DOT) comparé avec le TDO classique pendant le COVID-19. La population d'étude était composée des prestataires des soins et patients tuberculeux TPB+ dans les 14 CDT impliqués.

Innovations :

- Un téléphone intelligent a été remis à chaque malade répondant aux critères et inclus dans l'étude pour les appels vidéo de suivi du traitement. Les heures d'appels sont décidées à l'avance avec le patient.
- Chaque patient reçoit une boîte en plastique pour le transport et la conservation des médicaments.
- Des entretiens individualisés sont menés à l'endroit du patient tuberculeux et d'un membre de la famille lors de l'initiation du traitement.

Leçons apprises :

- L'application WhatsApp fonctionne très bien pour tous les malades enrôlés
- Bon engagement des prestataires impliqués dans l'étude
- Respect de l'heure du RDV de prise des médicaments par les malades et les prestataires
- Vidéo-TDO bien appréciée par les prestataires et les malades
- Contrôles de frottis négatifs au 2^{ème} mois du traitement pour les enrôlés

EXPERIENCES DES PAYS EN MATIERE APPROCHES MISES EN ŒUVRE POUR SURMONTER LES OBSTACLES AU DIAGNOSTIC, A LA PREVENTION ET AU TRAITEMENT DE LA TB

MISE A JOUR SUR LA PROGRESSION DU DEPLOIEMENT DES OUTILS TB CRG : EXPERIENCE DE LA RDC

Thandi Katlholo, Stop TB Partnership

Maxime Lunga, Club des Amis Damien, RDC

Contexte :

- Le nouveau cadre stratégique 2023-2028 du Fonds mondial appelle à intensifier le CRG.
- Multiples Outils CRG / Lignes directrices disponibles
- Mécanismes de financement possibles pour les communautés affectées
- Assistance technique disponible pour les interventions du CRG TB

Méthode : la population cible était constituée des personnes touchées par la tuberculose et des décideurs et toutes les parties prenantes de la tuberculose, y compris les Organisations de la Société Civile (OSC).

Les indicateurs suivants ont été mesurés :

- Les politiques et stratégies nationales s'appuient sur les principes de CRG et y répondent.
- Les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose et la prestation de services sont axés sur la demande, accessibles, de haute qualité et centrés sur les populations clés, et soutenus par des systèmes communautaires solides ;
- La prise de décision, la gouvernance et la responsabilité en matière de tuberculose impliquent de manière significative toutes les parties prenantes ;
- Les communautés touchées par la tuberculose sont engagées, formées et mobilisées pour une réponse complète à la tuberculose ;
- Les plateformes régionales et mondiales de lutte contre la tuberculose sont engagées dans un dialogue éclairé fondé sur les principes des CRG.

Plusieurs **outils CRG** ont été déployés en RDC, notamment :

- Évaluations du CRG et de la stigmatisation & Plan d'action
- CLM - Plate-forme OneImpact
- Création de demande CFCS
- Plaidoyer de haut niveau et engagement des plateformes régionales et mondiales



STP Intervention areas (ToC) from 2015-2021	TGF HR&G Program Areas & TA	Implementer(s)	Status Quo	Funding Source
CRG & stigma assessments & Action planning	Stigma and discrimination reduction Reduce gender-related barriers to access	Club des Amis Damien (CAD)	Completed Mid 2018 – mid 2020	STBP
Nairobi strategy	Legal services, Ensuring confidentiality and privacy, Training for health care providers on human rights and medical ethics	Club des Amis Damien and NTP	Not started	
CLM – OnelImpact Platform	Monitoring and reforming laws, regulations and policies	Club des Amis Damien (CAD)	On going	CFCS / STBP and TGF
Demand creation CFCS	Legal literacy ("know your rights") Mobilizing and empowering patient and community groups	Club des Amis Damien (CAD)	On going Know your rights – linked to CLM	CFCS / STBP
National Stop TB Partnership	Sensitization law-makers and law enforcement agents	Stop TB RDC	Not started	
High Level Advocacy & Engagement of Regional and Global platforms	Short Term and Long term CRG TA	Club des Amis Damien (CAD) and Stop TB RDC	On going	STBP

Prochaines étapes :

Niveau régional

- Interventions régionales de renforcement des capacités dans la région
- Plaidoyer en faveur de l'inclusion de la tuberculose dans les dialogues sur la RPP.
- Assurer les liens entre les plateformes régionales et les plateformes nationales.
- Soutien à la mobilisation des ressources pour la mise en œuvre des actions clés ci-dessous.

Au niveau national

Nous recommandons les mesures concrètes suivantes

- Initier la conduite des évaluations des CRG.
- Accélérer les processus d'évaluation des CRG au Mali et au Ghana.
- Accélérer le lancement et/ou la finalisation du plan d'action au Cameroun, au Bénin et au Niger.
- Suivi des plans pour conduire les évaluations de la stigmatisation (tous les pays de l'AOC sauf le Ghana et le Nigeria).

Renforcer les plates-formes de partenariat existantes dirigées par la communauté et les prochains travaux.

RENFORCER LA REDEVABILITE ET ACCELERER LES PROGRES POUR METTRE FIN A L'EPIDEMIE DE TB D'ICI 2030 EN AFRIQUE DE L'OUEST

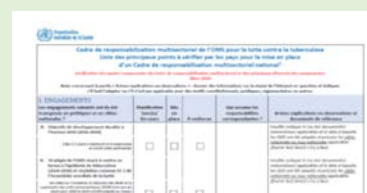
Bertrand Kampoe, DRAF TB

Contexte :

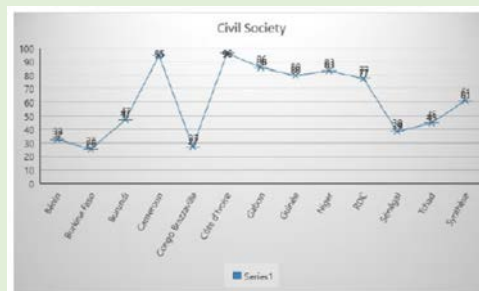
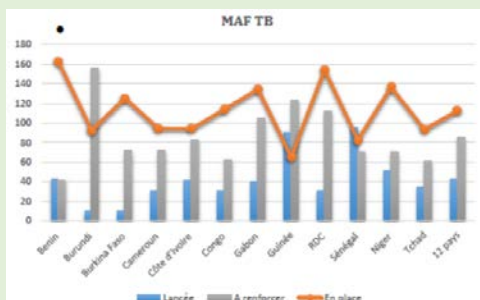
- Manque de redevabilité dans la lutte contre la tuberculose
- Faibles réponses et engagement de la communauté

Objectif : Améliorer la coordination et la capacité de la société civile et des communautés à contribuer aux efforts de l'UN HLM sur la tuberculose en matière de redevabilité au niveau national et régional dans la région de l'Afrique francophone.

Méthode : des entretiens semi-structurés ont été menés à l'aide des checklists de l'OMS, auprès des PNT de 12 pays francophones d'Afrique de l'Ouest.



Résultats : Aucun pays de la région n'atteindra les objectifs de dépistage, de diagnostic et de prévention fixés pour 2022.



Leçons apprises :

- Un espace est disponible pour la société civile afin de renforcer la responsabilité de la Déclaration politique de l'UNHLM sur la tuberculose.
- La collaboration multisectorielle avec la société civile et les communautés touchées par la tuberculose contribue à une responsabilisation de haut niveau aux niveaux national et régional.
- Le rôle de soutien de l'OMS est pertinent pour traduire l'engagement mondial en pratique au niveau national.
- L'implication des parlementaires est une valeur ajoutée pour la défense de la tuberculose au niveau national et régional.
- Le mécanisme de financement de la société civile, tel que le Stop TB Challenge Facility for Civil Society, contribue à l'autonomisation des communautés touchées par la tuberculose.
- Des outils supplémentaires sont nécessaires pour suivre les recommandations de ce travail.

Prochaines étapes :

- Suivre les progrès de la déclaration politique de l'UNHLM 2018 et des CRG connexes dans 12 pays d'Afrique francophone à l'aide du tableau de bord One Impact.
- Renforcer la capacité organisationnelle, le plaidoyer et la capacité technique en matière de tuberculose des communautés touchées par la tuberculose et de la société civile dans 13 pays pour s'engager dans les efforts de plaidoyer de l'UNHLM.
- Participer et s'engager dans des initiatives de plaidoyer et de responsabilité en matière de tuberculose aux niveaux national, régional et mondial.

ENQUETE SUR LES BONNES PRATIQUES ET LES OPPORTUNITES POUR LES ACTEURS COMMUNAUTAIRES D'ASSURER LE CONTINUUM DE SERVICES DE SANTE DE QUALITE DANS 5 PAYS D'AOC

Hugues Traore, RAME

Contexte : Le rôle des acteurs communautaires doit être fortement pris en compte dans le contexte de la formulation et de la mise en œuvre des subventions du Fonds mondial.

Méthode : Étude qualitative descriptive transversale dont l'objectif programmatique est la documentation des pratiques communautaires innovantes et l'analyse de l'implication des facteurs dans la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme dans les environnements opérationnels difficiles (EOC).

La méthodologie adoptée a consisté, dans un premier temps, en une revue de la littérature puis, dans un second temps, en des activités de collecte de données sur le terrain par le biais d'entretiens avec des acteurs clés.

Leçons apprises :

- Nécessité d'un partage d'informations entre les différents pays
- difficultés subsistantes dans certains pays alors que d'autres ont déjà l'expérience d'une solution qui fonctionne

Prochaines étapes :

- Rédaction d'un article scientifique
- Publication de bulletins d'information (FM, OMS,)
- Ateliers régionaux de partage

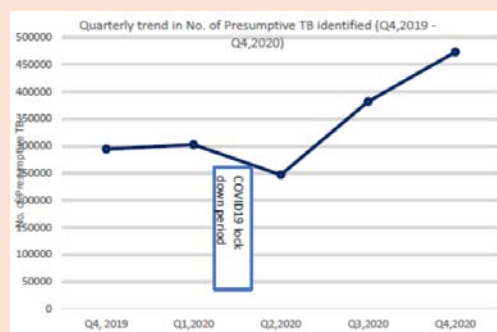
EXPERIENCES DES PAYS EN MATIERE D'APPROCHES INTEGREES DANS LE CONTEXTE DE LA COVID-19

DEPISTAGE BI-DIRECTIONNEL DE LA TUBERCULOSE ET DU COVID-19

Anyaike Chukwuma, PNT Nigeria

Contexte : la pandémie de la COVID-19 a engendré plusieurs perturbations des services de la TB au Nigéria :

- Diminution de la fréquentation des hôpitaux et diminution du nombre total de cas présumés ayant accès au dépistage de la tuberculose.
- Panique dans la communauté, les gens évitant de révéler tout symptôme respiratoire pour ne pas être confinés.
- Le centre de traitement de la tuberculose a été converti en centre d'isolement.



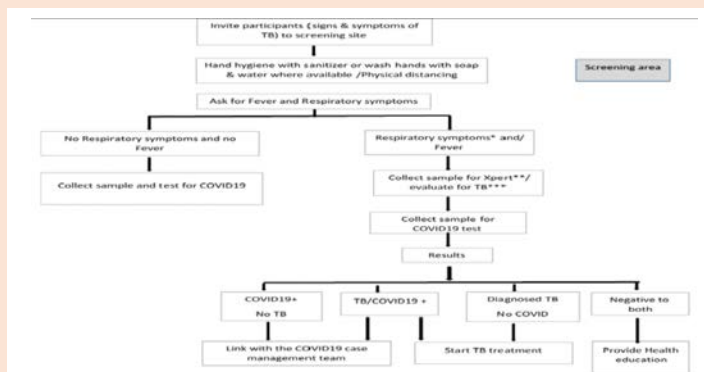
Pour maintenir les services de lutte contre la tuberculose pendant cette période, il était nécessaire de tirer parti des plateformes COVID-19 pour le programme de lutte contre la tuberculose.

Intervention : Dépistage et test bidirectionnels de la tuberculose/COVID-19

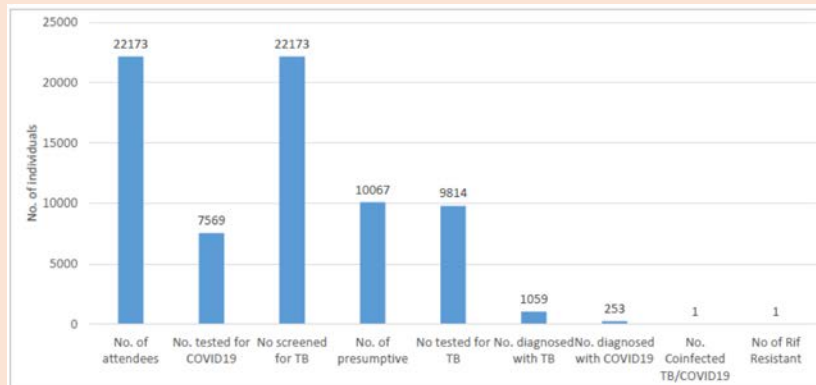
Objectifs :

- Établir un mécanisme de coordination des activités conjointes TB et COVID19 au niveau des États et du pays.
- Soutenir le dépistage et les tests bidirectionnels de la tuberculose et du COVID-19 dans les États.
- Renforcer la gestion intégrée de la tuberculose et du COVID-19 à domicile et dans les établissements de santé, y compris les centres d'isolement.
- Renforcer les mesures appropriées de prévention et de contrôle des infections pour la mise en œuvre des activités conjointes TB/COVID-19.

Méthode : Utilisation des services de proximité pour le diagnostic des deux maladies chez les cas présumés de l'une ou de l'autre des maladies, identifiés par le dépistage dans une communauté.



Résultats : 253 cas de COVID-19 ont été retrouvés chez des cas présumés de TB et 1.059 cas de TB ont été retrouvés chez des cas présumés de COVID-19 dans 9 États. Un cas de co-infection TB et COVID-19 a été dépisté.



Leçons apprises :

- Le renforcement de la collaboration inter-agences est essentiel.
- La mise en place d'un système résilient et durable, capable de s'autogérer face aux problèmes émergents, est essentielle lors de la mise en œuvre d'une intervention.
- La plupart des symptômes de la toux sont dus à la tuberculose et non au COVID-19.
- L'intégration et la mise à profit des systèmes existants peuvent aider à réduire les coûts.
- Il est important de disposer d'un mécanisme de réponse rapide facilement adaptable en cas d'urgence.
- L'établissement d'un formidable système communautaire qui fonctionnera à la base peut aider à conduire le processus par le biais de l'info-divertissement. Cela peut se faire en renforçant les capacités des organisations communautaires et en les impliquant dans la planification, la mise en œuvre et le suivi de l'intervention.

Prochaines étapes : Mise à l'échelle prévue grâce au financement de l'USAID par l'OMS

EXPERIENCE DU DEPISTAGE DE LA TUBERCULOSE CHEZ LES PATIENTS DU COVID

Soumana Alphazazi, PNT Niger

Contexte : La tuberculose est la deuxième cause de décès due à un seul agent infectieux (derrière COVID-19). Les preuves suggèrent que la pandémie de COVID-19 a eu un impact sur le contrôle de la tuberculose. Il existe une opportunité de profiter de la présence des patients COVID-19 à l'hôpital pour procéder au dépistage de la TB.

Objectif : Évaluer l'efficacité de cette stratégie chez les patients présentant une présomption de COVID-19 et/ou ceux se remettant d'un COVID-19 mais présentant des signes respiratoires persistants.

Méthode : Il a été mené une étude transversale pendant le dépistage de la tuberculose active et une étude longitudinale pour le suivi des patients diagnostiqués avec la TB. L'étude a été menée dans 4 centres de dépistage et de traitement de COVID-19 au Niger et en Guinée, soit 08 centres. Une étude économique a également été menée. Au Niger, un dépistage simultané de la TB et du COVID-19 a été fait chez les patients présumés de COVID-19 ayant des symptômes respiratoires. En Guinée, un dépistage de la TB a été fait chez les patients ayant des symptômes respiratoires mais ayant eu un test PCR négatif pour le COVID-19 ou ayant été déjà guéris du COVID-19.

Résultats : Au total, 863 personnes ont été dépistées, dont 105 au Niger et 758 en Guinée. 61 patients ont été diagnostiqués positifs pour la COVID-19 et 43 pour la TB. 05 patients étaient coinfectés TB-COVID-19.

	Total		Niger		Guinea		p-value
	No.	%	No.	%	No.	%	
Total	863		105		758		
Covid-19 diagnosis &							<0.001
Negative	801	92.8	57	54.3	744	98.2	
Positive	61	7.1	48	45.7	13	1.7	
Unknown	1	0.1	0	0.0	1	0.1	
TB diagnosis							0.2
No TB	820	95.0	97	92.4	723	95.4	
TB	43	5.0	8	7.6	35	4.6	

Leçons apprises :

L'intégration du dépistage de la tuberculose et du COVID-19 permettra de limiter l'impact de la pandémie sur la lutte contre la tuberculose

Prochaines étapes :

- Rédaction d'un article en cours
- Mise à l'échelle de la stratégie au Niger dans le cadre de la NFM3.

SOINS COMMUNAUTAIRES INTEGRES CONTRE LA TUBERCULOSE ET LE VIH CHEZ LES PERSONNES USAGERS DE DROGUE (PUD) DANS LE CONTEXTE DE LA COVID-19

Hie Mathieu, Médecins du Monde, Côte d'Ivoire

Contexte : La mise en œuvre de ces activités fait suite à deux études et se déroule dans un environnement législatif qui est répressif pour l'usage de drogues.

Objectif : réduire la morbi-mortalité liée à la tuberculose (TB) et le VIH chez les PUD dans un contexte de COVID-19.

Intervention mise en œuvre :

- Activités TB
 - Recherche active des cas présumés au niveau des centres de santé et des sites de consommation
 - Activités de suivi des PUD confirmés TB
- Activités VIH
 - Activités de prévention
 - Activités de prise en charge des PVVIH PUD
- Activités Covid
 - Maraudes COVID

Résultats :

- Sur 1316 PUD bénéficiant du programme de prévention de la TB, 122 ont été diagnostiqués TB dont 4 cas de TB-MR.
- Sur 1633 PUD bénéficiant du programme de prévention du VIH, 20 ont été testés positifs au VIH et mis sous traitement.
- 1034 PUD ont été sensibilisés sur la COVID-19 et ont reçu des kits de protections individuels.

Résultats de la période de Janvier à Septembre 2021	Hommes	Femmes	Total
Nombre de consommateur de drogues (y compris les injecteurs) bénéficiant de programme de prévention sur la TB	1 207	109	1 316
Nombre de consommateurs de drogues (y compris les injecteurs) dont les échantillons de crachats sont convoyés des sites de consommation au niveau des CAT	377	30	407
Nombre de consommateur de drogue (y compris les injecteurs) confirmés TB	116	6	122
Nombre de cas de TB MR	3	1	4
Nombre de consommateur de drogues (y compris les injecteurs) bénéficiant de programme de prévention VIH (paquet de services définis)	1 374	259	1 633
Nombre de consommateur de drogues (y compris les injecteurs) qui ont fait un test VIH et connaissent les résultats durant la période de rapportage	1 374	259	1 633
Nombre de UD testés positifs	14	6	20
Nombre de UD dépistés positifs (y compris les UDI) admis dans les services de soins et mis sous traitement durant la période	14	6	20

Leçons apprises :

- La mise en place d'une approche communautaire couplée à la bonne collaboration avec les acteurs cliniques
- L'implication des acteurs communautaires à toutes les étapes de la prise en charge améliore considérablement la rétention dans les soins des patient.e.s

Prochaines étapes

- Implémentation effective du projet dans les nouvelles zones
- Ouverture officielle d'un drop in center dans le district de Cocody Bingerville
- Amélioration de la rétention dans les soins des PVVIH PUD

DEFIS ET INTERVENTIONS PRIORITAIRES POUR AMELIORER LE DEPISTAGE DE LA TB, LA RECHERCHE DES SUJETS MANQUANTS DE LA TB, LA PREVENTION ET LE TRAITEMENT PREVENTIF IDENTIFIES PAR LES PARTICIPANTS

Les discussions en plénière à la fin de la première et de la deuxième journée de l'atelier ont données à chaque Pays l'opportunité de résumer les approches, les résultats, les opportunités et les défis dans la mise en œuvre du screening systématique de la TB, des interventions pour rechercher les sujets manquants de TB et pour renforcer le traitement préventif de la tuberculose.

Les discussions avec les représentants de chaque Pays ont été suivies par le partage du point de vue des Programmes sur les questions suivantes :

- Quelles approches les pays mettent-ils en place pour le dépistage systématique de la TB et quelles interventions pour trouver les sujets manquants de TB ? Qu'est-ce qui est nécessaire pour le renforcer ?
- Quelles sont les interventions prioritaires du pays pour améliorer le dépistage de la TB et la recherche de cas de TB (identifier au moins 2 priorités) ?
- Quelles sont les interventions mises en place par les pays pour renforcer la prévention de la TB et le TPT. Que faut-il encore faire pour l'améliorer ?

A la suite des échanges, chaque Pays a partagé avec le secrétariat de WARN et CARN TB quelques diapositives, selon le canevas ayant été fourni, pour résumer les défis, opportunités et les interventions prioritaires prévues dans le Pays.

Le tableau suivant montre les principaux défis ainsi que les principales interventions prévues par les pays participants à l'atelier sur le dépistage systématique de la TB, les interventions pour trouver les sujets manquants de TB et pour améliorer la prévention de la TB et le TPT.

Dépistage systématique de la TB et recherche des sujets manquants de la TB	
Interventions proposées par les pays des WARN TB et CARN TB	- Recherche active de la TB chez les personnes contacts étroits de patients tuberculeux ; - Recherche active de la TB chez les nomades vivant ou en transhumance et dans les groupes vivant dans les zones d'accès difficile; - Recherche active de la TB chez les déplacées locaux à cause des calamités naturelles (inondations, sécheresse, etc.) - Dépistage actif de la tuberculose par la radio mobile chez les détenus, PDI, réfugiés et miniers (campagnes de screening) - Recherche active de la tuberculose chez les personnes souffrant de malnutrition, notamment les enfants - Formation et motivation les prestataires des structures de soins qui ne sont pas des CDT sur la recherche active, la recherche passive et le transport des échantillons - Recherche intensive des cas de tuberculose à toutes les portes d'entrée des formations sanitaires et en communauté - Mise à contribution des radio mobiles pour les campagnes de screening

	- Formation des personnels du PNLT et les prestataires de soins sur les moyens de communications avec les populations et sur le plaidoyer pour la mobilisation des ressources domestiques et extérieures - Formation et motivation des relais communautaires impliqués dans la lutte contre la TB - Décentralisation des sites de diagnostic et de prise en charge de la TB - Extension du réseau GeneXpert et utilisation du test moléculaire en première intention - Renforcement du transport des échantillons - Mise en place du screening simultané TB et Covid-19 - Renforcement de la collaboration avec le programme VIH en vue de l'amélioration de la collecte des données - Renforcement de la collaboration avec les cliniques privées et les pharmacies - Renforcement de la collaboration avec les services de santé mère-enfant et de récupération nutritionnelle - Renforcement de la collaboration avec les partenaires, les OBCs/OSCs, les autres ministères, les autorités locales pour la recherche active de la TB - Organisation des équipes mobiles pour réaliser le screening systématique dans les populations à haut risque avec l'utilisation des radios ultraportables et CAD.
Principaux défis selon les pays des WARN TB et CARN TB	- Ressources humaines insuffisantes et problèmes de motivation du personnel - Difficultés dans le transport des échantillons (problèmes d'organisation notamment la répartition géographique et de financement), longues procédures de déclaration de frais de transport et de vérification qui occasionnent des remboursements tardifs - Outils de diagnostic insuffisants (GeneXpert, Radio, CAD,...) - Forte dépendance de l'appui extérieur - Démarrage tardif des activités programmatiques en liaison avec la mobilisation des fonds - Difficultés dans la maintenance des outils de diagnostic moléculaires notamment le GeneXpert - Difficulté à mettre en place un réseau de laboratoire efficace - Faible qualité des ressources humaines - Absence de motivation de certains personnels, notamment le personnel de laboratoire - Faible compétence des personnels du PNT et des prestataires de soins sur les moyens de communications avec les populations (sensibilisation, IEC, CCC...) - Faible implication des prestataires des structures de soins qui ne sont pas des CDT sur la recherche passive, la recherche active des cas contact et le transport des échantillons - Quantité des tests GeneXpert insuffisants pour en faire un test prioritaire - Faible financement de la lutte contre la TB (gouvernement, partenaires locaux et internationaux) - Insuffisance des relais communautaires impliqués dans la lutte contre la maladie - Faible recherche active de la TB chez populations vulnérables - Faible diagnostic de la TB chez les enfants en relation aux capacités du personnel et à l'accès aux moyens de diagnostic

	- Insécurité - Difficultés de coordination des interventions des partenaires.
--	--

Prévention de la TB/TPT

Interventions proposées par les pays des WARN TB et CARN TB

- Diagnostic de la tuberculose latente au sein des groupes à haut risque (enfants âgés de moins de 5 ans, Femmes enceintes, personnes vivant avec le VIH et contacts de cas de Tuberculose)
- Transition du TPT avec l'Isoniazide seul au traitement avec la Rifapentine et l'Isoniazide
- TPT chez les enfants de moins de 15 ans contacts de cas de tuberculose pulmonaire (extension de 5 à 15ans) : phase pilote
- Investigation approfondie des sujets contacts de tuberculose multirésistante (contacts familiaux et professionnels)
- Phase pilote de traitement court pour le TPT chez les enfants de moins de 15 ans
- Révision des directives nationales sur la base des dernières recommandations de l'OMS
- Offre de la Rx pulmonaire aux personnes symptomatiques avec GeneXpert négatif
- Projet pilote de TPT chez les personnes de plus de 5 ans les plus à risque de tuberculose avec l'utilisation des nouveaux schémas de traitements courts
- Renforcement de la dépistage TB chez les PVVIH et la prévention (TPT) chez les PVVIH
- En plus des enfants de moins 5 ans et les sujets VIH, il faut étendre la TPT aux sujets contacts adolescents et adultes ciblés (malnutris, traitement immunosuppresseurs, mineurs, détenus, UD)
- Implication des acteurs communautaires dans l'investigation des contacts TB
- Organisation des réunions de plaidoyer pour une augmentation des ressources financières pour la TB
- Renforcement de la collaboration avec le Programme VIH avec extension des guichets uniques TB VIH et amélioration de la collecte des données sur la co-infection
- Passage progressif à l'échelle du Projet CETA de l'Union.

Principaux défis selon les pays des WARN TB et CARN TB

- Absence des outils standardisés (registres, directives, modules) pour la mise en place du TPT selon les dernières recommandations OMS
- Nombre limité des structures de santé qui offrent le TPT
- Stigmatisation de la TB
- Ressources humaines
- Financement insuffisant
- Acceptation des acteurs pour appliquer la TPT chez les PVVIH
- Difficultés des moyens pour éliminer la TB active
- Manque de moyens de déplacement pour les contacts pour faire le suivi
- Insécurité
- Absence des outils électroniques pour enregistrer les sujets contact et collecter les données sur le TPT
- Coût élevé du régime HP

- Acceptabilité et observance du TPT car les personnes éligibles sont en bonne santé
- Vulgarisation de outils de collecte des données et rapportage incluant le renforcement des capacités des agents à différents niveaux
- Sensibilisation des cliniciens à l'utilisation de TPT
- Implication effective des OSC pour la recherche active des cas contacts des patients tuberculeux contagieux.

CONCLUSIONS ET POINTS À RETENIR

A la suite des deux ateliers organisés par le Fonds mondial en 2018 et en 2019 pour partager les enseignements tirés et les meilleures pratiques en matière de recherche et de traitement des cas de tuberculose dans les pays d'Afrique occidentale et centrale, cet atelier en 2021 était particulièrement opportun car tous les pays sont dans la mise en œuvre de leurs subventions NFM3, qui comprennent de nombreuses interventions pour retrouver les sujets manquants de TB et une expansion progressive de l'engagement communautaire dans la riposte à la tuberculose. En outre, tous les Pays ont été touchés par la pandémie de Covid-19 à des degrés différents, et ressentent donc la nécessité de revenir sur la bonne voie dans la mise en œuvre et l'expansion des interventions. Finalement, les pays devront bientôt commencer à se préparer pour le prochain NFM4.

Les participants ont vraiment apprécié la possibilité d'apprendre les uns des autres et de discuter les défis dans ma mise en œuvre, les opportunités, ainsi que de connaître des stratégies et innovations. La composante CRG et la participation de la société civile, ainsi que les nombreuses expériences apportées par des partenaires mettant en œuvre des projets et des pilotes au niveau des pays, ont enrichi le contenu des discussions.

Cet atelier a donné aux participants la possibilité de:

- o Partager de nombreuses expériences intéressantes des pays sur le dépistage systématique de la tuberculose et la recherche intensive des cas de tuberculose (ACF) dans divers groupes, y compris les déplacés internes, les prisonniers, les personnes fréquentant les établissements de santé, l'approche PPM, les enfants sous-alimentés, les femmes enceintes et l'utilisation de nouveaux outils, notamment l'utilisation de la radio pulmonaire et du CAD. Quelques analyses intéressantes sur la façon dont différents « points d'entrée » peuvent contribuer à retrouver les personnes atteintes de tuberculose et à accéder au TPT ont été mises en lumière, de même que l'analyse des coûts pour évaluer l'efficacité des interventions dans certains cas.
- o Décrire et échanger sur les opportunités existantes au niveau international et national pour accroître l'accès aux soins antituberculeux, y compris pour les personnes vulnérables et à haut risque. Les programmes nationaux et les participants ont posé beaucoup de "questions pratiques" pour apprendre des collègues d'autres pays et pour évaluer la faisabilité d'appliquer des approches similaires dans leurs pays.
- o Noter la nécessité d'un fort leadership des programmes nationaux dans la mise en œuvre des approches et dans le suivi et l'analyse des résultats. Cette mise en œuvre implique l'introduction d'un « paquet d'interventions/outils » pour permettre la mise en œuvre et le suivi qui devraient être coordonnés par les programmes nationaux.

Même si certains pays ont présenté leur expérience dans le cadre d'une recherche opérationnelle, il a été souligné que la mise en œuvre des approches novatrices ne peut se faire simplement en adoptant et adaptant une approche "différente et innovante" qui s'est avérée efficace dans des autres pays.

- o Décrire et discuter les barrières d'accès aux services TB et les mesures de mitigation, en particulier en termes d'engagement des communautés et des organisations à base communautaire.

Les points à retenir sont:

- Le dépistage systématique de la tuberculose est faisable et inclus dans tous les plans stratégiques nationaux de lutte contre la TB, en particulier pour les PVVIH, les contacts familiaux, les prisonniers, les mineurs.
- Il s'avère très important de mieux intégrer les interventions de lutte contre la tuberculose dans d'autres programmes (VIH, nutrition, etc....), d'engager le secteur privé et les ONG locales.
- Dans certains pays de la Région avec des problèmes d'insécurité, une intervention spécifique pour les populations déplacées internes doit être mise en œuvre avec la collaboration des ONG humanitaires, UNHCR, OIM...
- Les pays prévoient d'utiliser de nouveaux outils, en particulier les rayons X ultraportables et le CAD, et d'étendre le réseau de tests moléculaires de la tuberculose.
- Les pays s'accordent sur l'importance d'impliquer les secteurs public et privé et certains pays planifieront une intervention avec les pharmacies locales et avec les sociétés minières.
- Nombreux pays prévoient de décentraliser l'accès aux soins antituberculeux et de mettre en œuvre l'approche qualité pour impliquer les autres services de santé en dehors des CDT dans le dépistage de la TB.
- Dans certains pays, des approches innovantes introduites en tant que projet (par exemple, TB REACH de STOP TB, CETA de L'Union) ont été adoptées pour être étendues dans le cadre du NFM3.
- Nombreux sont les défis restants, en particulier en termes de ressources humaines (manque de motivation pour travailler sur la tuberculose, manque d'incitations, etc.), le transport des échantillons et la maintenance du réseau GeneXpert.
- Des lacunes financières existent dans la plupart des pays. Les interventions sont principalement financées par le NFM3 et il y a un besoin d'augmenter le financement interne, public et privé. En outre, il s'avère nécessaire de hiérarchiser les populations cibles et/ou les zones d'intervention ciblées pour mieux utiliser les fonds disponibles.

LIENS UTILES

- Toutes les présentations

<https://www.dropbox.com/sh/3x1us5qoisqkvgc/AADBGMa8nJY0tB-16wPoVvU7a?dl=0>

ANNEXES

AGENDA

Jeudi 16 décembre 2021

Horaire	Thème	Personne responsable
Chair: Prof Sow Oumou		
8.00- 8.15	Introduction à l'atelier	Prof Affolabi , secrétariat WARN-TB /CARN-TB Caty Fall , Fonds Mondial Nuccia Saleri , Fonds Mondial
8.15-8.45	Où en sommes-nous en termes d'approches de dépistage systématique de la TB et d'interventions pour la recherche active des cas manquants de TB dans la région?	Prudence Wachinou secrétariat WARN-TB /CARN-TB
8.45 – 10.00	Mises à jour techniques et discussion - Recommandations de l'OMS sur le dépistage systématique de la TB - Mise à jour des directives de l'OMS sur la prise en charge de la TB chez les enfants et les adolescents - Innovation en matière d'outils de dépistage et de diagnostic et disponibilité à l'approvisionnement	- Saskia den Boon OMS GTB - Kerri Viney OMS GTB - Zhi Zhen Qin Stop TB Partnership
Pause-café		
Chair: Dr Bisso Annie (Cameroun)		
10.20 – 13.00	Expériences des Pays en matière de dépistage systématique de la tuberculose dans les groupes à haut risque et interventions pour retrouver les cas manquants de TB sensible et de TB-R et discussion plénière - Burkina Faso : Projet REATB - Ghana : Expérience en matière d'utilisation de la Rx et du Diagnostic Assisté par Ordinateur - Bénin : Dépistage de la tuberculose chez les femmes enceintes et en post-partum - Sénégal : Campagnes de dépistage de la TB chez les personnes souffrant de malnutrition - Cameroun : Recherche intensifiée de cas de TB dans les centres de santé communautaires et les hôpitaux au Cameroun - Nigeria : interventions pour trouver la TB parmi les populations déplacées à l'intérieur du pays - Guinée : Partenariat Public-Privé pour la lutte contre la TB en Guinée	- Adjima Combarry , PNT Burkina Faso - Yaw Adusi-Poku , PNT Ghana - Ménonli Adjobimey , PNT Bénin - Prof Nafissatou Toure , Sénégal - Zourriyah Adamou , Centre de Promotion de la Santé et de Recherche - Anyaike Chukwuma , PNT Nigeria - Magassouba Aboubacar Sidiki , PNT Guinée
Déjeuner		
Chair : Dr Bangoura Adama (Guinée)		
14.00 – 14.30	Mises à jour techniques (avec expériences pays)	- Sevim Ahmedov , USAID

	- L'étude des cas contacts en tant qu'intervention à haut rendement pour la recherche active de cas de TB maladie et TB infection et le besoin urgent de passer à l'échelle : expérience des pays et ressources techniques	
14.30-15.15	Discussion: Quelles approches les pays mettent-ils en place pour le dépistage systématique de la TB et quelles interventions pour trouver les cas manquants de TB ? Qu'est-ce qui est nécessaire pour le renforcer ? Exercice: Interventions prioritaires du pays pour améliorer le dépistage de la TB et la recherche de cas de TB (identifier au moins 2 priorités)	Tous
Pause-café		
15.25-16.10	Discussion en plénière des résultats des travaux de groupe	Pays

Vendredi 17 décembre 2021

Horaire	Thème	Personne responsable
Chair : Dr Chukwuma Anyaïke (Nigeria)		
8.30- 9.00	Où en sommes-nous en termes de traitement préventif de la TB dans la sous-région de l'AOC ?	Prudence Wachinou , Secrétariat WARN-TB/CARN-TB
9.00-9.30	Mises à jour techniques - Aperçu des dernières recommandations sur le traitement préventif de la TB	Dennis Falzon , OMS GTB
9.30-10.30	Expériences Pays: Dépistage de la tuberculose, y compris l'investigation autour des cas, la recherche des contacts et la prévention de la TB - Recherche des contacts dans 8 pays francophones (CETA Project) - RDC : Améliorer l'identification des cas de TB pédiatrique et l'accès au traitement préventif pour les enfants contacts : expérience du projet CaP TB - Burundi: Gestion des contacts TB et TB-MR	- Kobto Ghislain Koura, l'Union - Vicky Ilunga, Egpa - Joselyne Nsanzerugeze, PNT Burundi
Pause-café		
Chair: Dr Kaswa Michel (RDC)		
10.50-12.10	Expériences Pays: Surmonter les obstacles au diagnostic, à la prévention et au traitement de la TB et discussion plénière - Outils TB CRG Mise à jour sur la progression du déploiement expérience de la RDC - Point sur l'état d'avancement de la mise en œuvre du plan d'action chiffré du CRG TB en RDC - Renforcer la redevabilité et accélérer les progrès pour mettre fin à l'épidémie de TB d'ici 2030 en Afrique de l'Ouest - Enquête sur les bonnes pratiques et les opportunités pour les acteurs communautaires d'assurer le continuum de services de santé de qualité dans 5 pays d'AOC	- Thandi Katlholo, Stop TB Partnership - Maxime Lunga, Club des Amis Damien - Bertrand Kampoer, DRAF TB - Hugues Traore, RAME
12.10 – 13.00	Mises à jour techniques - Dépistage simultané de la TB et du SRAS-CoV-2 - Mise en œuvre de tests de diagnostic simultanés pour COVID 19 et la TB dans les pays à forte charge de TB	Dennis Falzon , OMS GTB Sreenivas Nair , Stop TB Partnership
Déjeuner		
Chair : Dr Gning Barnabé (Sénégal)		
14.00 – 15.20	Expériences Pays : Approches intégrées dans le contexte de la COVID-19 et discussion plénière - Nigéria: Dépistage bi-directionnel de la tuberculose et du COVID-19	- Anyaïke Chukwuma, PNT Nigeria - Soumana Alphazazi, PNT Niger

	- Guinee and Niger: Expérience du dépistage de la tuberculose chez les patients du COVID - Côte d'Ivoire: Soins communautaires intégrés contre la tuberculose et le VIH chez les UDI/UD dans le contexte de la COVID-19	- Hie Mathieu, Médecins du Monde, Côte d'Ivoire
15.20-16.00	Discussion sur les interventions mises en place par les pays pour renforcer la prévention de la TB/TP. Que faut-il encore faire pour l'améliorer ? Exercice : discuter des interventions prioritaires des pays sur la recherche des contacts et les approches TPT (identifier au moins 2 priorités)	Tous
Pause-café		
16.20 - 17.00	Discussion en plénière des résultats des travaux de groupe	Pays
17.00 – 17:30	Perspectives d'avenir - Synthèses et conclusions	Prof Affolabi WARN/CARN- TB Maria Kirova Anna Scardigli Fonds Mondial Tous

Liste des participants

Angola	DISADIDI Ambrosio
Benin	AFFOLABI Dissou – WACHINOU Ablo
Burkina Faso	COMBARY Adjima – SAWADOGO Léon – DIALLO Adama
Burundi	NSANZERUGUEZE Joselyne
Cameroun	MANGA Henri – KUATE KUATE Albert
Congo	OKEMBA OKOMBI Franck Hardaim
Côte d’Ivoire	KOUAKOU Jacquemin
Gabon	DAPNET TADASTIN Patrice – MAHOUNBOU Jocelyn
Gambie	SAMATEH Wandifa
Ghana	ADUSI POKU Yaw
Guinée	BANGOURA Adama - MAGASSOUBA Aboubacar Sidiki – CAMARA Siriman
Guinée Bissau	PEREIRA Inacio
Liberia	SAYE Rufus – CHOLOPRAY Ernest
Mali	DIALLO Youssouf
Mauritanie	KANE El-Hadj Malick
Niger	ALPHAZAZI Soumana
Nigeria	ANYAIKE Chukwuma – LAWANSON Teniola
RCA	GANDO Hervé Gildas
RDC	KASWA Michel
Rwanda	MIGAMBI Patrick
Sao-Tome et Principe	SOUSA Bonifacio
Senegal	GNING Barnabé
Sierra Leone	MANJO Lamin
Tchad	OUMAR Abdelhadi
Togo	DOGO Fall – SAMEY Agbenyegan – KUSIAKU Théophile
Personnes ressources	Prof SOW Oumou – Prof GNINAFON Martin

Logical Outcomes	MCGUIRE Martha
Consultant aDSM	SOULEYMANE Bassirou
L' Union	KOURA Kobto Ghislain
DRAF-TB	KAMPOER Bertrand – LUNGA Maxime – KAMBOU Sansan
Médecins du Monde	HIE Mathieu
USAID	FALOKOUN Victor – MOLNAR Marie
OMS/TDR	MERLE Corinne –VERONESE Vanessa – RAGUENAUD Marie-Eve
Fonds Mondial	SCARDIGLI Anna - SALERI Nuccia – FALL Caty – KIROVA Maria
Secrétariat WARN/CARN-TB	AFFOLABI Dissou- HOUESSINON Christ – WACHINOUE Ablo – ATIMBADA Dona