**TB REACH Wave 11**  
**Informations techniques**

Apporter des approches innovantes de lutte contre la tuberculose

et de promotion de la santé respiratoire à ceux qui en ont besoin

Malgré des efforts mondiaux considérables, la tuberculose reste une cause majeure de morbidité et de mortalité. Des millions de personnes touchées par la tuberculose sont ignorées par les systèmes de santé ou se heurtent à des obstacles limitant leur accès rapide au diagnostic, au traitement et à la prévention de la tuberculose1. La perturbation des services de santé, y compris la fourniture de services de lutte contre la tuberculose pendant la pandémie de COVID-19, a rappelé la nécessité d’avoir des systèmes de santé nationaux résilients. En outre, le fardeau croissant des maladies non transmissibles (MNT), notamment des maladies respiratoires chroniques (MRC), submerge les systèmes de santé qui ont déjà du mal à lutter contre les maladies transmissibles, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire2. Les soins de santé primaires (SSP) forment le fondement d’un système de prestation de services de lutte contre la tuberculose durable, centré sur la personne, communautaire et intégré3.Étendre les soins de santé primaires (SSP) est essentiel au renforcement des systèmes de santé et, par conséquent, à la réalisation de la couverture sanitaire universelle 4.

Le thème de TB REACH Wave 11 est d’**Apporter des approches innovantes de lutte contre la tuberculose et de promotion de la santé respiratoire à ceux qui en ont besoin.**  Les projets de Wave 11 se concentreront sur les interventions à la fois au niveau des soins communautaires et des soins primaires dans le but de :

* Améliorer le dépistage et les soins aux personnes atteintes de tuberculose,
* Promouvoir une PSI centrée sur les personnes pour la lutte contre la tuberculose et pour la promotion de la santé respiratoire au plus près des gens qui en ont besoin,
* Inclure des interventions tenant compte des sexospécificités des personnes touchées par la tuberculose,
* Atteindre la pérennité au-delà du cycle de vie de la subvention.

Les projets de Wave 11 en soins primaires contribueront à améliorer la couverture des personnes atteintes de tuberculose et d’autres maladies pulmonaires et, à une plus grande échelle, ils contribueront au renforcement du système de santé dans son ensemble. La figure ci-dessous montre le thème Wave 11 proposé et les voies à suivre pour avoir un impact.

****

Figure 1 : Voies à suivre par les interventions TB REACH Wave 11 pour avoir un impact

Remarque : Ce document décrit les principes directeurs des interventions possibles. Veuillez noter que les exemples décrits sont donnés uniquement à titre d’illustration et qu’ils ne sont pas classés par ordre de priorité lors de la sélection des propositions retenues. Les demandeurs sont invités à considérer d’autres idées innovantes qui ne figurent pas dans les présentes.

Apporter des approches innovantes de lutte contre la tuberculose et de promotion de la santé respiratoire à ceux qui en ont besoin

Approches de soins de santé primaires pour lutter contre la tuberculose

L’OMS définit les soins de santé primaires (SSP) comme une «*approche de la santé à l’échelle de la société qui vise à maximiser le niveau et la répartition de la santé et du bien-être en se concentrant sur les besoins et les préférences des personnes (en tant qu’individus et communautés) le plus tôt possible le long du continuum allant de la promotion de la santé et de la prévention des maladies au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs, et aussi près que possible de l’environnement quotidien des personnes* »4.

Dans l’application du modèle de SSP, cinq éléments fondamentaux ont été identifiés. Ils sont associés à des services de meilleure qualité, à des coûts plus bas, à moins d’inégalités et à une meilleure santé de la population4. Ces fonctions fondamentales comprennent : i) le **Premier contact** avec le système de santé, ii) les **Interventions globales**, iii) la Prestation de services **coordonnée** et intégrée, iv) la **Continuité** des soins et v) les Soins centrés sur la **personne** ; elles sont également appelées les « 5 piliers des SSP ». Le partenariat Halte à la tuberculose plaide depuis longtemps en faveur de l’approche des SSP dans la prestation des services de lutte contre la tuberculose, en mettant l’accent sur les communautés, ce qui rapproche encore davantage ce modèle des gens qui en ont réellement besoin. Les SSP communautaires sont efficaces pour réduire l’incidence et la mortalité de la tuberculose, en particulier au sein des populations les plus vulnérables5. L’importance accordée aux SSP au niveau des services communautaires garantit un accès équitable aux soins pour les communautés mal desservies4.

Les établissements et les prestataires de soins primaires et communautaires constituent souvent le premier point de contact pour les personnes qui demandent des soins et qui présentent majoritairement des symptômes respiratoires6,7. Pourtant, de nombreuses personnes atteintes de tuberculose et à la recherche de services à ces niveaux restent sans diagnostic, souffrent de retards dans le diagnostic ou ne sont pas traitées8 . Nous savons, grâce aux analyses du parcours des patients et à d’autres études, que les services de lutte contre la tuberculose ne sont souvent pas disponibles lorsque les personnes atteintes de tuberculose demandent des soins 9,10. En outre, les personnes atteintes de morbidité non liées à la tuberculose ne font souvent pas l’objet d’un suivi ou ne reçoivent pas de soins en raison du manque d’équipement de diagnostic, des connaissances insuffisantes du personnel ou de l’absence de traitement. C’est dans ce contexte que TB REACH lance le prochain appel à propositions dans le but d’élargir l’accès et la couverture des services de lutte contre la tuberculose pour se rapprocher encore plus des communautés.

Considérations de Wave 11

Les projets TB REACH Wave 11 viseront à améliorer les services de lutte contre la tuberculose au niveau des soins primaires et communautaires. Les propositions devraient adopter l’approche des SSP (5 piliers des SSP) pour fournir des services de lutte contre la tuberculose au plus près des communautés et détecter davantage de personnes atteintes de tuberculose. Les demandeurs doivent considérer les interventions au premier point de contact, qui comprend les soins communautaires et les cliniques SSP qui constituent l’établissement de santé du niveau le plus bas où les personnes viennent se faire soigner.

Exemples d’interventions de lutte contre la tuberculose en SSP

Dépistage actif des cas de tuberculose au premier point de contact.

De nombreuses personnes atteintes de tuberculose se présentant aux soins primaires sont encore ignorées par les systèmes de santé. L’intégration du dépistage de la tuberculose aux différents points d’entrée des soins primaires, en particulier pour les personnes présentant des symptômes respiratoires, améliorera la détection de la tuberculose. Les propositions devraient inclure des stratégies actives de recherche de cas pour détecter les personnes atteintes de tuberculose au sein des communautés et pour éliminer les obstacles au diagnostic et au traitement de la tuberculose, en particulier lorsqu’il s’agit d’atteindre les populations mal desservies. Dans certains contextes, le premier point de contact pourrait inclure des prestataires et des établissements privés officiels et officieux offrant des soins primaires.

Renforcement des capacités de diagnostic au premier point de contact

De nombreux établissements de soins primaires manquent de capacités de diagnostic et orientent donc ailleurs les personnes suspectées d’avoir la tuberculose. Les interventions qui décentralisent les tests au point de service et les solutions de diagnostic jusqu’aux établissements communautaires ou primaires peuvent améliorer la détection des cas et réduire le retard dans le diagnostic de la tuberculose. L’utilisation de méthodes de dépistage et de diagnostic éprouvées, p. ex. les radiographies pulmonaires au niveau communautaire ou dans les établissements SSP, s’est avérée efficace. Il est possible d’étendre l’utilisation des plateformes de tests moléculaires, p. ex. les tests moléculaires effectués au point de service (PdS), aux soins primaires ou au sein des communautés. Les réseaux de prélèvement d’expectoration existants qui font le lien avec les centres de diagnostic peuvent également être optimisés grâce à des initiatives telles que le regroupement (« pooling ») des expectorations.

Élargissement des méthodes de dépistage intégrées pour la tuberculose et d’autres agents pathogènes

L’utilisation d’approches de dépistage intégrées simultanées pour la tuberculose et le virus SRAS-2 est efficace pour détecter les deux maladies et a facilité la réponse à la pandémie de Covid-19 grâce aux ressources partagées. Bien que des études supplémentaires soient encore nécessaires pour démontrer la rentabilité économique des plateformes de test multiplexes, les possibilités d’optimiser le dépistage de plusieurs agents pathogènes peuvent contribuer à administrer le traitement correct et à obtenir de meilleurs résultats. L’utilisation des plateformes de dépistage disponibles pour détecter la tuberculose et d’autres agents pathogènes, p. ex. le streptocoque A, le virus respiratoire syncytial (VRS) ou les virus de la grippe, peut être une occasion de maximiser l’utilisation des ressources et de faciliter l’accès au diagnostic et au traitement. Les demandeurs sont invités à examiner ces possibilités pour les agents pathogènes respiratoires et non respiratoires, le cas échéant.

Innovations et nouveaux outils pour la tuberculose

TB REACH soutient les innovations en matière de lutte contre la tuberculose. Les organisations ayant la capacité d’inclure de nouveaux outils qui n’ont pas encore été approuvés par l’OMS ou d’étendre leur utilisation à de nouvelles populations non incluses dans les directives actuelles peuvent contribuer à l’élaboration des directives nationales ou mondiales. Ces interventions pourraient inclure, entre autres : l’évaluation des algorithmes d’Intelligence Artificielle pour les enfants ou les maladies pulmonaires non tuberculeuses ; l’extension de l’utilisation des tests et des échographies au PdS ; les tests moléculaires sur des échantillons autres que les expectorations, p. ex. des échantillons rectaux ou linguaux prélevés par écouvillonnage. Il existe également des outils potentiels qui pourraient être inclus et évalués pour le diagnostic au PdS en fonction de leur disponibilité, p. ex. les applications numériques analysant le bruit de la toux ou de la respiration11,12, l’analyse de l’haleine et l’échantillonnage des masques faciaux,13entre autres.

Prestation de services intégrés pour la lutte contre la tuberculose et la promotion de la santé respiratoire

La prestation de services intégrés (PSI) combine de nombreux services de santé, facilitent la fourniture de soins centrés sur la personne, tout en maximisant les ressources pour accroître l’efficacité du système de santé. La PSI peut contribuer au renforcement du système de santé, aider à progresser vers la couverture sanitaire universelle, et elle est compatible avec le mouvement mondial *One Health*, une approche multidisciplinaire visant à améliorer la sécurité sanitaire mondiale grâce à des initiatives collaboratives, multisectorielles et transdisciplinaires. La PSI peut potentiellement améliorer l’expérience des personnes qui demandent et reçoivent des soins de santé, car elle peut être plus pratique, éliminer les obstacles d’accès, faire gagner du temps et réduire les coûts en permettant l’accès à de multiples services en même temps, et améliorer la continuité des soins et la coordination des traitements pour de multiples problèmes de santé.

Alors que les programmes de lutte contre la tuberculose et le virus de l’immunodéficience humaine (VIH) ont été soutenus pour s’intégrer mutuellement depuis plus d’une décennie, et que des directives relatives à la tuberculose et au diabète ont été publiées par l’OMS, il existe encore de nombreuses possibilités d’améliorer les soins antituberculeux avec d’autres programmes de santé et de services14,15. Un examen systématique récent fournit un cadre pour l’intégration des services de lutte contre la tuberculose et les maladies non transmissibles (MNT) dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRITI), et suggère que l’intégration pourrait améliorer la prestation des services de santé16. Un autre examen systématique récent sur l’intégration des services de lutte contre le VIH à d’autres services de santé, y compris la tuberculose, a révélé que les stratégies de PSI peuvent permettre d’améliorer la santé et les résultats du système de santé17. La PSI peut également contribuer à augmenter la résilience des systèmes de santé, comme cela a été démontré pendant la pandémie de COVID-19. Cependant, il y a encore un manque criant de preuves en ce qui concerne l’intégration avec d’autres MNT et en particulier les maladies respiratoires chroniques (MRC)15,16.

Les symptômes respiratoires sont la raison la plus fréquente de demander des soins au niveau des soins primaires à l’échelle mondiale 6. Alors que 80 à 90 % des consultations pour des troubles respiratoires sont dues à des affections aiguës, le fardeau des maladies respiratoires chroniques (MRC) ne cesse d’augmenter. Les MRC pèsent lourdement sur les systèmes de santé, en particulier dans les PRITI, où les personnes touchées ont des issues défavorables 18. Parmi les MRC, l’asthme, la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et les maladies pulmonaires professionnelles sont les causes de morbidité les plus fréquentes18. La tuberculose et de nombreuses MRC partagent des facteurs de risque communs tels que le tabagisme, la pollution de l’air intérieur et l’exposition à la silice 19. La tuberculose (maladie pulmonaire post-tuberculeuse, MPPT) est également un facteur de risque de développer une MRC, en particulier la bronchiectasie et la BPCO19. Au niveau individuel, les MRC sont associées à des issues défavorables, à une mauvaise qualité de vie et à des coûts élevés pour les familles et les systèmes de santé20. Malgré les données probantes montrant la faisabilité des interventions sur les MRC au niveau des soins primaires, leur mise en œuvre est encore limitée et de nombreuses personnes ne reçoivent toujours pas un diagnostic et un traitement corrects21,22. La PSI a le potentiel d’accélérer la découverte des personnes atteintes de tuberculose non diagnostiquées, tout en traitant simultanément d’autres problèmes de santé pulmonaire 23,24.

L’Organisation mondiale de la Santé (OMS) a lancé l’Initiative pour la santé respiratoire des adultes en 1998, qui a finalement abouti à la stratégie de l’Approche pratique de la santé pulmonaire (APSP)25. Le modèle PSI APSP visait à améliorer l’évaluation et la prise en charge des personnes présentant des symptômes respiratoires, en particulier au niveau des soins primaires, grâce à l’alignement des directives, à la gestion de la charge de travail et à la coordination des soins pour les personnes atteintes de maladies pulmonaires26. Semblable au modèle réussi pour les enfants (Prise en charge intégrée des maladies de l’enfant (PCIME)), le modèle APSP a adopté des approches syndromiques pour la prise en charge des affections respiratoires chez les adultes et les enfants de plus de 5 ans. La mise en œuvre de l’APSP a montré des résultats positifs, notamment une meilleure détection de la tuberculose et des MRC, une meilleure qualité des soins, une réduction des prescriptions d’antibiotiques, une rentabilité économique et une amélioration des résultats du traitement23,27. Cependant, la mise en œuvre de l’APSP n’a pas pris dans de nombreux pays et de nombreux systèmes de santé n’étaient pas prêts à accueillir de tels niveaux de PSI. La mise en œuvre de l’APSP s’est également heurtée à des difficultés, notamment des ressources humaines et des compétences inadéquates, une disponibilité limitée des outils de diagnostic tels que la spirométrie, la radiographie pulmonaire et les médicaments, p. ex. les stéroïdes en inhalation ou les broncho-dilatateurs, entre autres 23,26,28. Certains pays continuent de pratiquer l’approche APSP de manière limitée 24,29. Depuis lors, la PSI a gagné du terrain dans le monde entier en tant que mécanisme clé pour assurer des soins centrés sur la personne, contribuant ainsi au renforcement du système de santé et, par conséquent, à la promotion de la couverture sanitaire universelle4,14.

Les bénéficiaires précédents de l’initiative TB REACH, en particulier ceux des projets Wave 10, ont déjà mis en œuvre la PSI pour lutter contre la tuberculose et d’autres problèmes de santé, y compris les maladies transmissibles et les MNT. Pour cet appel à propositions, les demandeurs sont invités à explorer davantage la PSI en mettant l’accent sur les affections respiratoires. Les projets Wave 11 devraient viser à fournir une PSI centrée sur les personnes, avec la prise en charge combinée des personnes présentant des symptômes respiratoires dans les établissements de soins primaires et communautaires.

Considérations de Wave 11

Les demandeurs sont invités à proposer des approches et moyens innovants afin de travailler et de toucher les personnes atteintes de tuberculose et de fournir une PSI pour les autres troubles pulmonaires. Il est important que les interventions proposées soient conçues pour répondre aux besoins variés des personnes se présentant au premier point de service et, par conséquent, aux autres points de prestation de services.

Modèle d’intégration

L’intégration peut se produire à différents endroits ou sites au sein du système de santé. Les projets Wave 11 devraient se concentrer sur les établissements de SSP de niveau inférieur qui constituent souvent le premier point de service et les services communautaires.

Le niveau de PSI peut varier de modèles partiellement intégrés à des modèles entièrement intégrés en fonction des services fournis et de la localisation 16. L’intégration de niveau 1 comprend uniquement le dépistage, tandis que les intégrations de niveaux 2 et 3 font le lien avec et/ou fournissent les services de traitement intégrés. Pour Wave 11, les propositions devraient se concentrer sur l’intégration afin de faciliter la mise en relation et l’accès au traitement et aux soins pour les personnes atteintes de tuberculose et d’autres maladies pulmonaires. Pour plus d’informations sur les modèles de soins, les demandeurs doivent se référer au cadre de services intégrés pour lutter contre la tuberculose et les maladies non transmissibles de Foo et al16.

Les modèles de soins sélectionnés doivent être adaptés au contexte pour relever les défis de la PSI pour lutter contre la tuberculose et promouvoir la santé respiratoire dans le cadre des soins primaires. Les interventions doivent être conçues pour réaliser ou démontrer la faisabilité du dépistage de la multimorbidité et des soins pulmonaires et viser un ensemble complet de soins de santé primaires pulmonaires, réduire les coûts pour les personnes touchées et les systèmes de santé, et être acceptables à la fois pour les professionnels de la santé et les personnes à la recherche de soins. Les propositions doivent également prendre en compte les possibles conséquences involontaires de la PSI qui pourraient survenir, p. ex. une charge de travail accrue, un transfert excessif des tâches, entre autres, qui pourrait conduire à la démotivation des professionnels de la santé et à une mauvaise qualité des soins, et dans la mesure du possible démontrer les stratégies d’atténuation possibles.

Exemples d’approches PSI

Activités de dépistage intégrées.

Des stratégies communautaires actives de recherche de cas ont été utilisées pour améliorer la détection de la tuberculose, car elles éliminent les obstacles géographiques et financiers qui s’opposent à la recherche de soins30. Ces interventions de dépistage pourraient être élargies pour inclure le dépistage d’autres morbidités respiratoires. Les exemples incluent l’adaptation des questionnaires de dépistage de la tuberculose utilisés par les travailleurs de la santé communautaires pour identifier les facteurs de risque, p. ex. le tabagisme ou l’exposition à des risques professionnels. Les outils de dépistage tels que la radiographie thoracique assistée par IA peuvent également fournir une base pour la réalisation d’autres tests et examens parmi les personnes négatives pour la tuberculose.

Dans les pays à forte charge de morbidité liée à la tuberculose, la pénurie de travailleurs de la santé et le nombre élevé de personnes se présentant dans les établissements de soins de santé primaires peuvent contribuer aux ratés du dépistage systématique de la tuberculose. Les activités visant à améliorer le dépistage chez les personnes courant le risque de contracter la tuberculose pourraient contribuer à la détection précoce et à la mise en relation avec le traitement. La mise en place de points de dépistage thoracique/de la tuberculose au sein des SSP pourrait identifier les personnes à haut risque de tuberculose ou présentant d’autres MCR. Pour la Wave 11, les demandeurs sont invités à envisager des points d’entrée qui incluent des personnes présentant une variété de symptômes ou de maladies respiratoires différents (p. ex. services communautaires, services de dépistage ambulants) par opposition à des points d’entrée uniques (p. ex. cliniques de lutte contre la tuberculose ou cliniques thoraciques).

Au-delà du dépistage intégré des maladies infectieuses, l’intégration du dépistage et du diagnostic de la MRC aux soins primaires peut être efficace pour la détection précoce et la mise en relation avec les soins. La spirométrie, qui est la norme de référence pour le diagnostic, s’est avérée être réalisable et un outil de diagnostic efficace lorsqu’elle est utilisée en soins primaires par du personnel non spécialisé31. Cependant, elle n’est pas largement accessible ou utilisée par les professionnels de santé de première ligne, en particulier dans les milieux ruraux22,31. Les propositions de la Wave 11 peuvent envisager des moyens réalistes et efficaces d’améliorer l’utilisation de la spirométrie pour dépister les MRC dans les établissements de soins communautaires ou primaires.

Renforcement des capacités des travailleurs de la santé pour la prestation de services intégrés (PSI)

Les soins primaires sont généralement dispensés par du personnel non spécialisé, c.-à-d. des infirmières ou des cadres subalternes qui n’ont peut-être pas avoir les compétences nécessaires pour diagnostiquer ou dépister la tuberculose et/ou d’autres MCR. Dans de nombreux établissements, la prestation de services de lutte contre la tuberculose est centrée sur l’unité de lutte contre la tuberculose, ce qui signifie que les autres travailleurs de première ligne (infirmières, bénévoles communautaires travaillant à l’OPD, au niveau de la sensibilisation qui rencontrent des clients symptomatiques) n’ont aucune capacité ou prédisposition à dépister la tuberculose. D’autre part, les points de dépistage axés sur la tuberculose et les cliniciens ne sont pas bien équipés pour traiter les autres maladies respiratoires chroniques. Les activités visant à améliorer la capacité du personnel de santé à la gestion syndromique des maladies respiratoires en soins primaires peuvent faciliter le diagnostic précoce et l’orientation des patients, le cas échéant.

Le transfert et le partage des tâches sont une stratégie utilisée dans de nombreux pays pour promouvoir l’efficacité des systèmes de santé et remédier aux pénuries de main-d’œuvre. Pour mettre en œuvre la PSI, un transfert des tâches pourrait être nécessaire entre les différents cadres des professionnels de la santé. D’autre part, un transfert excessif des tâches peut être associé à une mauvaise qualité des soins. Les demandeurs sont invités à adopter de tels modèles de PSI, à investir dans la formation conformément aux termes de référence et à envisager également des moyens d’atténuation des conséquences involontaires néfastes qui pourraient affecter la qualité des soins fournis aux personnes atteintes de tuberculose.

Motiver les prestataires privés et informels

Dans de nombreux contextes, des médecins privés et d’autres praticiens informels offrent des services de soins primaires au sein des communautés pour les personnes présentant des symptômes respiratoires. Motiver ces prestataires à intégrer les services de lutte contre la tuberculose dans le dépistage de routine peut contribuer à détecter plus de personnes atteintes de tuberculose et à assurer leur accès à des soins appropriés.

Soutien à la santé numérique

Les outils numériques peuvent être utiles pour assurer la qualité des soins et soutenir les cliniciens, en particulier en cas de pénurie de spécialistes. Dans certains contextes, les forums de discussion sur des plateformes telles que WhatsApp ont été utiles pour aider les cliniciens à prendre des décisions cliniques. Les plateformes de télémédecine peuvent faciliter les consultations et réduire les coûts encourus lors de l’orientation des personnes atteintes de maladies chroniques. Les technologies numériques peuvent également être utiles aux personnes en cours de traitement pour surveiller leur observance thérapeutique et leur fournir des informations sur leur santé.

Prise en charge des coûts et mise en relation avec les soins

Les conséquences sociales et économiques de la tuberculose et des MRC sont souvent catastrophiques et peuvent constituer un obstacle à l’accès aux soins, entraîner une perte de revenus et appauvrir davantage les familles touchées, voire même contribuer à des issues médicales défavorables. Les interventions telles que l’aide alimentaire, l’aide au transport ou les transferts en espèces peuvent réduire le poids financier supporté par les familles. Les projets Wave 11 peuvent explorer les différents moyens de protéger les familles touchées contre les coûts et les conséquences sociales catastrophiques de la tuberculose, qui incluent la stigmatisation. Les demandeurs sont invités à explorer les implications financières pour les personnes ayant accès aux soins pour les maladies respiratoires dans leur contexte et à suggérer des moyens d’atténuer les facteurs de coût, p. ex. par le biais de partenariats avec d’autres partenaires, les ONG et le Ministère de la Santé.

Exemples d’intégration de la maladie

Type de maladie/condition d’intégration

Les demandeurs sont invités à explorer les troubles respiratoires qui sont pertinents sur le plan épidémiologique dans le contexte local. Les propositions qui incluent des facteurs de risque partagés pour la tuberculose et d’autres maladies respiratoires seront acceptées. Les propositions qui incluent le VIH et le diabète ne seront pas éligibles car il existe déjà un financement et un soutien programmatique alternatifs. La figure 2 répertorie des exemples de troubles respiratoires courants que les demandeurs pourraient envisager. Veuillez noter que cette liste **N’EST PAS** exhaustive et que TB REACH prendra en compte d’autres troubles non mentionnés ci-dessous.

Figure 2. Exemples de troubles respiratoires pour l’intégration

Les demandeurs doivent tenir compte de la complexité de la PSI et minimiser le nombre de morbidités et de facteurs de risque pris en compte dans leurs interventions, afin de maintenir une qualité de soins décente.

Notez que les exemples suivants sont destinés à montrer une grande variété de possibilités et qu’ils ne sont pas censés être exhaustifs ni représenter des priorités pour TB REACH.

* Dépistage et prise en charge de la tuberculose, de l’asthme et de la BPCO dans les établissements de soins primaires

La BPCO est une cause majeure de maladie et de mortalité, en particulier dans les PRITI18. Bien qu’il soit possible de la prévenir et de la traiter, les personnes atteintes de BPCO sont souvent diagnostiquées tardivement ou ne reçoivent pas de soins appropriés20. En plus de la mortalité accrue et de la morbidité élevée, la BPCO entraîne également un fardeau socio-économique important dans les PRITI en raison de son impact sur la productivité au travail20. Dans les PRITI, les facteurs de risque les plus courants de BPCO comprennent le tabagisme chez les hommes et la pollution de l’air intérieur, en particulier par la combustion de carburants de biomasse chez les femmes, et ils sont plus fréquents chez les populations les plus pauvres18. L’asthme est la MRC la plus courante dans le monde et touche près de 300 millions de personnes32. Alors que la morbidité et la mortalité liées à l’asthme sont largement évitables, les PRITI représentent 96 % des décès liés à l’asthme et 84 % des années de vie ajustées sur l’incapacité (AVCI)33. En plus du mauvais état de santé, les conséquences sociales telles que l’absentéisme scolaire et les conséquences économiques entraînent des inégalités sociales chez les populations les plus pauvres33. La BPCO et l’asthme peuvent présenter des symptômes similaires à ceux de la tuberculose lors des événements de dépistage communautaire ou dans les établissements de soins primaires.

L’intégration de la spirométrie à ces points d’entrée peut améliorer la détection et la mise en relation avec les professionnels de la santé appropriés pour les personnes touchées, après avoir éliminé la tuberculose. L’utilisation de la spirométrie par les travailleurs de la santé de première ligne est possible avec une formation appropriée 31. De plus, l’utilisation de questionnaires validés ou même de listes de contrôle symptomatiques diagnostiques améliorées qui évaluent les symptômes et les facteurs de risque est une stratégie rentable qui permet d’identifier les personnes atteintes de BPCO et d’asthme et de réduire les coûts pour ces personnes malades21,34.

* Tuberculose, cancer du poumon et utilisation de l’intelligence artificielle (IA)

Le cancer du poumon est la principale cause de tous les décès dus au cancer dans le monde, contribuant à 18 % de tous les décès dus au cancer en 202035. Le diagnostic précoce et le traitement du cancer du poumon peuvent améliorer les résultats, tandis que le diagnostic tardif peut se traduire par une survie plus faible35. Cependant, le cancer du poumon est souvent asymptomatique jusqu’aux stades avancés et peut être difficile à diagnostiquer en présence d’autres maladies respiratoires coexistantes. Dans les PRITI, il existe des lacunes en matière de dépistage et de détection en raison du manque de ressources et de capacités techniques36.

Les radiographies thoraciques sont de plus en plus utilisées comme outil de dépistage initial de la tuberculose en raison de leur sensibilité élevée37. Mais elles sont également incroyablement utiles pour identifier d’autres maladies pulmonaires dans le cadre d’un processus de dépistage intégré. En outre, l’utilisation de l’intelligence artificielle (IA) pour interpréter les radiographies thoraciques offre l’occasion de dépister de multiples affections pulmonaires telles que la tuberculose, les nodules et d’autres maladies pulmonaires partout où les interprètes humains pourraient ne pas être disponibles ou pourraient prendre beaucoup de temps pour fournir une interprétation approfondie. Des tests de confirmation de suivi seraient alors nécessaires pour faire la liaison avec les professionnels de la santé appropriés. En outre, les outils d’IA peuvent numériser un grand nombre d’images en un court laps de temps. Les cliniques de soins primaires qui effectuent des dépistages de routine ou les fourgons mobiles qui effectuent des recherches actives de cas peuvent tirer parti des radiographies pulmonaires assistées par IA pour dépister d’autres affections pulmonaires38.

* Tuberculose, exposition à la silice et silicose

Le risque de tuberculose, d’exposition à la silice et à la silicose chez les mineurs, en particulier ceux impliqués dans l’extraction de roches dures, est élevé39,40. L’exposition à la poussière de silice associée à des zones de travail mal ventilées augmente le risque de développer et de transmettre la tuberculose39,40. Bien que les dommages pulmonaires dus à la silicose soient irréversibles, les interventions de promotion de la santé telles que l’utilisation d’équipements de protection individuelle, d’EPI, le sevrage tabagique et le contrôle de la poussière, lorsqu’elles sont mises en œuvre, peuvent prévenir les dommages pulmonaires supplémentaires et ralentir la progression de la maladie. Les propositions de la Wave 11 pourraient intégrer le dépistage de la tuberculose à l’aide de radiographies thoraciques combinées à la spirométrie pour améliorer la détection de la tuberculose et faciliter la mise en relation pour le traitement de la tuberculose, la TPT ou les soins pour d’autres MRC. Des interventions similaires peuvent être menées pour les personnes exposées à la pollution de l’air intérieur.

* Tuberculose, santé respiratoire et tabagisme

Le tabagisme augmente la sensibilité à l’infection tuberculeuse, la progression et la gravité de la tuberculose et peut nuire aux résultats du traitement antituberculeux41. Cela est vrai pour d’autres affections respiratoires, notamment les MRC et le cancer du poumon. De nombreux pays ont des programmes de lutte antitabac, mais ils peuvent ne pas être systématiquement intégrés aux cliniques de lutte contre la tuberculose et aux cliniques thoraciques, en particulier au niveau primaire. Le dépistage de la tuberculose et des MRC chez les fumeurs qui toussent peut faciliter la détection et les soins à un stade précoce de la maladie. Inversement, le sevrage tabagique peut réduire la gravité des symptômes et ralentir la progression de la maladie chez les personnes atteintes de tuberculose et de MRC. Les personnes atteintes de tuberculose qui fument ont également de mauvais résultats thérapeutiques et sont moins susceptibles de suivre le traitement. Les propositions de Wave 11 pourraient envisager à la fois des interventions de sevrage tabagique et de prévention pour compléter les soins des personnes atteintes de tuberculose et de MRC et aux communautés touchées.

* Tuberculose, santé respiratoire et résistance aux antimicrobiens (ARM)

Le traitement des infections respiratoires aiguës (IRA) représente la majorité de l’utilisation d’antibiotiques dans les établissements de soins primaires42. Alors que la majorité des IRA sont virales et spontanément résolutives, les IRA simples sont souvent surtraitées avec des antibiotiques, ce qui contribue au risque mondial de résistance aux antimicrobiens43. L’utilisation inappropriée d’antibiotiques est un facteur important de la résistance aux antibiotiques et peut également résulter d’un diagnostic incorrect ou, dans certains cas, de l’indisponibilité d’antibiotiques appropriés 43. Les interventions APSP mises en œuvre au niveau des soins primaires ont démontré une amélioration de la qualité des soins et une réduction des prescriptions d’antibiotiques23,26. Les interventions qui garantissent un diagnostic précis et un traitement approprié contre la tuberculose et d’autres maladies respiratoires peuvent contribuer à une utilisation inappropriée des antibiotiques et, par conséquent, réduire le risque de résistance aux antimicrobiens. Les propositions qui impliquent les prescripteurs, en particulier les prestataires privés, pourraient également surveiller les habitudes de prescription, y compris la disponibilité et l’utilisation locale d’antibiotiques traceurs présélectionnés, et donner un aperçu de l’utilisation des antibiotiques dans le contexte des cliniques de lutte contre la tuberculose et des cliniques thoraciques, et des facteurs de risque de résistance aux antimicrobiens.

Interventions tenant compte des sexospécificités

Le sexe joue un rôle crucial dans la probabilité de développer une tuberculose, de demander et recevoir des soins, et il affecte donc les résultats du traitement44. Les hommes supportent un fardeau plus élevé pour la tuberculose et ils sont plus susceptibles d’être omis par les stratégies actives de recherche de cas8,45. Les facteurs liés au mode de vie, y compris le tabagisme, la consommation d’alcool et la socialisation dans la foule, prédisposent les hommes à un risque plus élevé d’exposition et de transmission de la tuberculose. D’autres facteurs tels que l’exposition professionnelle (p. ex. l’exploitation minière) et l’incarcération affectent également les hommes. De plus, la compréhension du rôle de la « masculinité » contribue à retarder la recherche de soins chez les hommes et peut constituer un obstacle à l’accès aux soins 46. Les femmes, quant à elles, présentent des vulnérabilités liées au sexe qui sont souvent exacerbées par d’autres facteurs croisés dans la société tels que le niveau d’éducation, l’âge, la religion et l’origine ethnique, entre autres. Les femmes sont confrontées à des obstacles qui les empêchent d’accéder aux soins pour des raisons économiques et elles souffrent davantage des conséquences sociales néfastes de la tuberculose47. Les femmes sont confrontées à des risques spécifiques liés à la tuberculose, notamment une prévalence plus élevée du VIH, des taux plus élevés de malnutrition et des risques liés à leur rôle de soignantes à la fois dans leur foyer et au sein du personnel de santé48,49. Leur statut socio-économique inférieur peut contribuer aux retards dans la recherche de soins, ce qui a un effet délétère sur leur santé, un impact négatif sur leurs enfants et leurs familles et cela les prédispose également à plus de stigmatisation et de discrimination48,49. Il existe de plus en plus de données probantes montrant l’impact et les résultats de la tuberculose plus mauvais chez les personnes ayant des identités non binaires.

Des facteurs de risque similaires s’appliquent aux MRC, les deux sexes étant confrontés à des défis influencés par les normes de genre de la société. Par exemple, dans les PRITI, les hommes et les femmes vivent une augmentation de la BPCO en raison de leur exposition aux facteurs de risque. Alors que les hommes sont plus exposés à la silicose en raison de secteurs professionnels comme l’exploitation minière, les femmes sont exposées aux polluants de l’air intérieur chez elles. Les hommes peuvent reporter les bilans de santé en raison de leur travail ou de leur réticence à se rendre dans des SSP surpeuplés qui s’adressent davantage aux femmes et aux enfants. À l’inverse, les femmes pourraient avoir du mal à payer leurs soins, en particulier pour les MRC qui sont plus coûteuses à traiter.

Les demandeurs de Wave 11 **doivent** étudier les aspects épidémiologiques et sociétaux contextuels de la tuberculose et les inégalités hommes-femmes qui en découlent Toutes les candidatures à TB REACH doivent étudier l’influence du sexe sur l’accès au diagnostic et aux soins de la tuberculose. Les propositions doivent clairement illustrer comment les interventions proposées prévoient de surmonter ces obstacles.

Quelques exemples sont énumérés ci-dessous et les demandeurs sont invités à explorer les interventions plus pertinentes sur le plan contextuel :

* La création d’espaces tenant compte des sexospécificités dans les communautés et les établissements médicaux peut stimuler leur utilisation par les hommes, les femmes et les personnes non binaires, en veillant à ce que les hommes, les femmes et les personnes non binaires se sentent en sécurité lorsqu’ils demandent des soins.
* L’intégration des soins antituberculeux dans les établissements de soins primaires, tels que les cliniques de procréation pour femmes et les cliniques spécifiques aux hommes, peut garantir l’accès à tous les sexes, réduire les opportunités de diagnostic de tuberculose manquées et améliorer le lien avec les soins.
* Les PNLT ventilent déjà les données sur la tuberculose par âge et sexe. Toutes les propositions doivent utiliser des données locales pour s’assurer qu’aucun groupe ni population n’est oublié·e dans leurs interventions en raison de défis tels que l’accès limité, la stigmatisation, entre autres. Cette approche sera également appliquée à d’autres comorbidités incluses dans les projets.

Autonomiser les femmes et les filles

Dans de nombreux contextes, les femmes, en particulier les jeunes femmes et les filles, représentent également une plus grande proportion des personnes extrêmement pauvres dans le monde et elles sont plus vulnérables aux inégalités sociales et économiques50. Les projets TB REACH dans le cadre d’un précédent appel à proposition (Wave 7) soutenu par Affaires mondiales Canada ont travaillé avec des organisations communautaires pour mettre l’accent sur l’autonomisation des femmes49. Les projets TB REACH continueront d’explorer les différents moyens pour soutenir les femmes et les filles à travers les interventions.

Les demandeurs retenus et invités pour soumettre la **Proposition de l’Étape 2** seront invités à démontrer comment ils prévoient d’autonomiser les femmes travaillant au sein de leurs organisations et dans les communautés dans lesquelles elles travaillent.

Conclusion

L’adoption, la pérennité et l’intensification des interventions pilotes réussies de TB REACH par les Ministères de la Santé, le Fonds mondial ou d’autres donateurs locaux ou internationaux restent une priorité. Les demandeurs sont invités à consulter Note de synthèse de Wave 11 pour en savoir plus sur l’engagement avec les parties prenantes du pays afin de maximiser et de promouvoir l’adoption des projets réussis dans d’autres flux de financement.

En outre, les résultats et les enseignements tirés de cette Wave seront documentés et diffusés pour éclairer les politiques nationales ou mondiales.

Références

1. Global Tuberculosis Report 2021. https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2021.

2. Kabir, A., Karim, M. N., Islam, R. M., Romero, L. & Billah, B. Health system readiness for non-communicable diseases at the primary care level: a systematic review. *BMJ Open* **12**, e060387 (2022).

3. *Global Plan to End TB 2023-2030 · Omnibook*.

4. A vision for primary health care in the 21st century. https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-HIS-SDS-2018.15.

5. Jesus, G. S. *et al.* The effect of primary health care on tuberculosis in a nationwide cohort of 7·3 million Brazilian people: a quasi-experimental study. *The Lancet Global Health* **10**, e390–e397 (2022).

6. Finley, C. R. *et al.* What are the most common conditions in primary care? *Can Fam Physician* **64**, 832–840 (2018).

7. Ottmani, S.-E. *et al.* Respiratory care in primary care services: a survey in 9 countries. (2004).

8. Law, I., Floyd, K., & African TB Prevalence Survey Group. National tuberculosis prevalence surveys in Africa, 2008-2016: an overview of results and lessons learned. *Trop Med Int Health* **25**, 1308–1327 (2020).

9. Titahong, C. N. *et al.* Patient-Pathway Analysis of Tuberculosis Services in Cameroon. *Tropical Medicine and Infectious Disease* **6**, 171 (2021).

10. Odume, B. *et al.* Spatial Disparity in Availability of Tuberculosis Diagnostic Services Based on Sector and Level of Care in Nigeria. *Journal of Tuberculosis Research* **11**, 12–22 (2023).

11. Botha, G. H. R. *et al.* Detection of tuberculosis by automatic cough sound analysis. *Physiol Meas* **39**, 045005 (2018).

12. Becker, K. W., Scheffer, C., Blanckenberg, M. M. & Diacon, A. H. Analysis of adventitious lung sounds originating from pulmonary tuberculosis. *Annu Int Conf IEEE Eng Med Biol Soc* **2013**, 4334–4337 (2013).

13. Williams, C. M. *et al.* Exhaled Mycobacterium tuberculosis output and detection of subclinical disease by face-mask sampling: prospective observational studies. *The Lancet Infectious Diseases* **20**, 607–617 (2020).

14. Bulstra, C. A. *et al.* Integrating HIV services and other health services: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* **18**, e1003836 (2021).

15. Jarde, A. *et al.* Addressing TB multimorbidity in policy and practice: An exploratory survey of TB providers in 27 high-TB burden countries. *PLOS Glob Public Health* **2**, e0001205 (2022).

16. Foo, C. De *et al.* *Integrating tuberculosis and noncommunicable diseases care in low- and middle-income countries (LMICs): A systematic review*. *PLOS Medicine* vol. 19 (2022).

17. Creswell, J. *et al.* Series: ‘Update on tuberculosis’ - Tuberculosis and noncommunicable diseases: Neglected links and missed opportunities. *European Respiratory Journal* **37**, 1269–1282 (2011).

18. Prevalence and attributable health burden of chronic respiratory diseases, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet Respir Med* **8**, 585–596 (2020).

19. Byrne, A. L., Marais, B. J., Mitnick, C. D., Lecca, L. & Marks, G. B. Tuberculosis and chronic respiratory disease: a systematic review. *Int J Infect Dis* **32**, 138–146 (2015).

20. van Gemert, F., van der Molen, T., Jones, R. & Chavannes, N. The impact of asthma and COPD in sub-Saharan Africa. *Prim Care Respir J* **20**, 240–248 (2011).

21. Rossaki, F. M. *et al.* Strategies for the prevention, diagnosis and treatment of COPD in low- and middle- income countries: the importance of primary care. *Expert Review of Respiratory Medicine* **15**, 1563–1577 (2021).

22. Meghji, J. *et al.* Improving lung health in low-income and middle-income countries: from challenges to solutions. *The Lancet* **397**, 928–940 (2021).

23. Banda, H., Robinson, R., Thomson, R., Squire, S. B. & Mortimer, K. The ‘Practical Approach to Lung Health’ in sub-Saharan Africa: a systematic review. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* **20**, 552–559 (2016).

24. José, B. P. S. *et al.* Practical approach lung health-global alliance against chronic respiratory diseases (PAL-GARD) initiative in Brazil. *Journal of Thoracic Disease* **14**, (2022).

25. *Practical Approach to Lung Health: Manual on Initiating PAL Implementation*. (World Health Organization, 2008).

26. Hamzaoui, A. & Ottmani, S. Practical approach to lung health: lung health for everyone? *Eur Respir Rev* **21**, 186–195 (2012).

27. Ottmani, S.-E., Scherpbier, R., Chaulet, P. & Pio, A. World Health Organization Geneva 2004.

28. Meghji, J. *et al.* Improving lung health in low-income and middle-income countries: from challenges to solutions. *Lancet* **397**, 928–940 (2021).

29. Cornick, R. *et al.* The Practical Approach to Care Kit (PACK) guide: developing a clinical decision support tool to simplify, standardise and strengthen primary healthcare delivery. *BMJ Glob Health* **3**, e000962 (2018).

30. Burke, R. M. *et al.* Community-based active case-finding interventions for tuberculosis: a systematic review. *The Lancet Public Health* **6**, e283–e299 (2021).

31. Ayuk, A., Ndukwu, C., Uwaezuoke, S. & Ekop, E. Spirometry practice and the impact of a phase 1 training workshop among health workers in southern Nigeria: a cross-sectional study. *BMC Pulmonary Medicine* **20**, 258 (2020).

32. Vos, T. *et al.* Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet* **396**, 1204–1222 (2020).

33. Asher, I. *et al.* Calling time on asthma deaths in tropical regions-how much longer must people wait for essential medicines? *Lancet Respir Med* **7**, 13–15 (2019).

34. Siddharthan, T. *et al.* Effectiveness-implementation of COPD case finding and self-management action plans in low- and middle-income countries: global excellence in COPD outcomes (GECo) study protocol. *Trials* **19**, 571 (2018).

35. Lung cancer. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/lung-cancer.

36. Lubuzo, B., Ginindza, T. & Hlongwana, K. The barriers to initiating lung cancer care in low-and middle-income countries. *Pan Afr Med J* **35**, 38 (2020).

37. Qin, Z. Z. *et al.* Tuberculosis detection from chest x-rays for triaging in a high tuberculosis-burden setting: an evaluation of five artificial intelligence algorithms. *Lancet Digit Health* **3**, e543–e554 (2021).

38. Shankar, A. *et al.* Feasibility of lung cancer screening in developing countries: challenges, opportunities and way forward. *Transl Lung Cancer Res* **8**, S106–S121 (2019).

39. Ehrlich, R., Akugizibwe, P., Siegfried, N. & Rees, D. The association between silica exposure, silicosis and tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* **21**, 953 (2021).

40. Jamshidi, P. *et al.* Silicosis and tuberculosis: A systematic review and meta-analysis. *Pulmonology* (2023) doi:10.1016/j.pulmoe.2023.05.001.

41. Smoking and tuberculosis: a dangerous combination. https://www.who.int/europe/news/item/22-03-2018-smoking-and-tuberculosis-a-dangerous-combination.

42. Harris, A. M., Hicks, L. A. & Qaseem, A. Appropriate Antibiotic Use for Acute Respiratory Tract Infection in Adults: Advice for High-Value Care From the American College of Physicians and the Centers for Disease Control and Prevention. *Ann Intern Med* **164**, 425–434 (2016).

43. Llor, C. & Bjerrum, L. Antimicrobial resistance: risk associated with antibiotic overuse and initiatives to reduce the problem. *Ther Adv Drug Saf* **5**, 229–241 (2014).

44. Support Gender Equality in TB | Stop TB Partnership. https://www.stoptb.org/communities-rights-and-gender-crg/support-gender-equality-tb.

45. Onozaki, I. *et al.* National tuberculosis prevalence surveys in Asia, 1990–2012: an overview of results and lessons learned. *Tropical Medicine & International Health* **20**, 1128–1145 (2015).

46. Chikovore, J. *et al.* Control, struggle, and emergent masculinities: a qualitative study of men’s care-seeking determinants for chronic cough and tuberculosis symptoms in Blantyre, Malawi. *BMC Public Health* **14**, 1053 (2014).

47. Hudelson, P. Gender differentials in tuberculosis: the role of socio-economic and cultural factors. *Tuber Lung Dis* **77**, 391–400 (1996).

48. Role\_of\_Gender\_in\_TB\_Control.pdf.

49. Stop TB Partnership | TB REACH - Wave 7. https://stoptb.org/global/awards/tbreach/wave7GenderPaper.asp.

50. Munoz Boudet, A. M. *et al.* Gender Differences in Poverty and Household Composition through the Life-Cycle: A Global Perspective. (2018) doi:10.1596/1813-9450-8360.