

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix - Travail - Patrie

MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

SECRETARIAT GENERAL

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE
LA TUBERCULOSE



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace-Work-Fatherland

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

SECRETARIAT GENERAL

NATIONAL TUBERCULOSIS CONTROL
PROGRAM

PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE AU CAMEROUN 2024 - 2026



Investissons dans notre avenir

Le Fonds mondial

De lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme



Version du 26.03.2023

Préface

Le Gouvernement Camerounais a fait de la lutte contre les maladies une des priorités de santé publique. C'est pourquoi le Ministère de la Santé Publique, s'est engagé dans la lutte contre plusieurs maladies endémiques basées sur différents plans et programmes. Dans le processus de mise à jour des stratégies de contrôle de la tuberculose, une revue à mi-parcours du PSN TB 2020-2024 du PNLT a été réalisée en novembre 2022. Cette revue à mi-parcours a montré que les résultats de la prise en charge des cas sont mitigés avec un taux de succès thérapeutique à 87% et un taux de perdues de vue (7%) parmi des patients atteints de tuberculose sensible. Les résultats de prise en charge des patients TB-MR restent aussi mitigés avec un taux de succès thérapeutique de 83%. La réalisation du test de VIH au sein des patients tuberculeux est à 96 % (en augmentation depuis 2014) et la prise en charge par les ARV à 99% sont appréciées au regard des cibles mondiales de 100%. En outre, 50% des patients attendus (appelés cas manquants, « missing cases » en Anglais) selon les dernières estimations de l'OMS pour 2021 ne sont pas dépistés par le Programme. D'importants efforts restent à fournir pour l'atteinte des cibles 90-90-90 de la nouvelle stratégie OMS, dépister au moins 90% des cas attendus, dépister au moins 90% des cas au sein des populations clés et/ou vulnérables et guérir au moins 90% des patients diagnostiqués.

L'atteinte de ces cibles en lien avec les objectifs de la stratégie « Mettre fin à la tuberculose » d'ici 2035 nous appelle à un changement de paradigme dans la définition et la mise en œuvre des stratégies et des interventions pour la période 2024-2026. Les orientations stratégiques définies dans ce plan nous permettront fondamentalement de corriger les insuffisances identifiées dans la réponse actuelle contre la tuberculose au Cameroun. Elles s'inscrivent aussi dans la logique des Objectifs pour le Développement Durable (ODD) et de l'ensemble des initiatives en cours pour le renforcement du système de santé y compris le système communautaire.

Notre vision est l'élimination de la tuberculose au Cameroun afin qu'elle ne constitue plus un problème de santé publique d'ici 2035 dans le respect des droits humains, de l'équité et de l'éthique.

Le Ministre de la Santé Publique remercie vivement tous les partenaires qui interviennent dans le domaine de la santé et particulièrement dans la lutte contre la tuberculose pour leur appui technique et financier et les sollicite pour la mise en œuvre du plan stratégique 2020-2024 révisé et étendu jusqu'en 2026 pour le contrôle de la tuberculose au Cameroun.

Ce plan stratégique, se basant sur le Plan de Développement du Secteur Santé 2020-2024 (PDSS) et la Stratégie Sectorielle Santé 2016-2027 est le cadre de référence pour toutes les interventions et pour tous les acteurs impliqués dans la lutte contre la tuberculose pour la période 2020-2024 avec une extension jusqu'en 2026.

J'invite tous les acteurs, notamment les services publics, communautaires et privés de santé, la société civile, les Partenaires Techniques et Financiers impliqués dans la lutte contre la tuberculose, à s'approprier le contenu dudit plan et à inscrire leurs interventions dans les nouvelles orientations stratégiques.

Le Ministre de la Santé Publique

Sommaire

Préface	2
Sommaire	3
Remerciements	4
Sigles et abréviations	5
Liste des tableaux et graphiques	7
Résumé du plan stratégique 2020-2024 – extension jusqu'en 2026	8
Introduction	10
I- Contexte actuel et réponse nationale contre la tuberculose	11
1.1- Situation géographique, démographique et socio-économique du Cameroun	11
1.2- Système de santé de Cameroun et lutte contre la tuberculose	12
1.2.1- Organisation du système de santé du Cameroun	12
1.2.1- Organisation de la lutte contre la tuberculose au Cameroun	16
1.3- Épidémiologie de la tuberculose au Cameroun	21
1.4- Résultats du programme à mi-parcours (2020-2021)	28
1.5- Forces, faiblesses, opportunités et menaces (Analyse FFOM)	30
1.6- Lacunes programmatiques prioritaires de la lutte contre la tuberculose	33
II- Plan stratégique de lutte contre la TB au Cameroun de 2020-2024 jusqu'en 2026	40
2.1- Cadrage stratégique jusqu'en 2026	40
2.2- Mise en œuvre des interventions pour 2024-2026	42
III. Cadre de performance du plan stratégique pour 2024 – 2026	52
VI- Plan d'assistance technique pour 2024-2026	57
V- Budget 2024-2026 du PSN	59
5.1- Coût du PSN par piliers et interventions stratégiques en EURO	59
5.2- Financement du PSN et mobilisation des ressources	61

Remerciements

L'extension et l'élaboration du plan stratégique 2024-2026 ont été effectuées sous la direction de Mme Le Secrétaire Permanent du Programme National de Lutte contre la Tuberculose du Cameroun et son équipe. Les structures impliquées dans ce processus se présentent comme suit :

CAISSE AUTONOME D'AMORTISSEMENT (CAA)	FIS
CARE	GEORGETOWN UNIVERSITY
UCS-FMP	GHSS
CDC/PEPFAR	GICAM
CENAME	GIZ
CELLULE DES INFORMATIONS SANITAIRES (CIS)	HCR
CNLS	INSTANCE DE COORDINATION NATIONALE
COALITION OSCD	JAPSSO
CENTRE PASTEUR DU CAMEROUN (CPC)	LNSP
CELLULE DE SUIVI (CS) MINSANTÉ	LR (DLA/BDA)
DLMEP	MINEPAT
DOSTS/LABO	MINFI
DPML	OMS
DPML LABO/GAS	PFP/MINJUSTICE
FESADE	PLAN CAMEROON
DRFP/MINSANTE	REACH OUT
DRSP/SU	RESIPAT
EGPAF	SDSSP/DOSTS

Le Secrétariat Permanent du PNLT et le comité de rédaction tiennent à exprimer leurs remerciements :

- ❖ Aux participants (acteurs des niveaux central, régional et opérationnel du PNLT, cadres impliqués dans la lutte contre le Sida, acteurs de la société civile et de la communauté, du secteur privé et partenaires techniques et financiers) aux ateliers d'élaboration et à l'atelier de validation du plan stratégique,
- ❖ Au Fonds mondial pour leur appui technique et financier pour la mise à disposition des consultants internationaux au cours des différentes étapes du processus de révision du plan stratégique et aussi le financement des différents ateliers,
- ❖ A Stop TB Partnership / GDF pour son appui au volet Gestion des Achats et Stocks et sa contribution à la révision et la mise à jour du Plan Stratégique national contre la Tuberculose,
- ❖ Aux Consultants internationaux Mr. Angelo Makpenon, Dr. Vary Jacquet, Dr. Juergen Noeske, Mr. Félix Brou, Mr. Mamadou Kone, Dr. Arsène Ouedraogo pour leur appui à la révision et la finalisation du Plan Stratégique national contre la Tuberculose.

Sigles et abréviations

ACRA	Agent Communautaire de Recherche Active
ACL	Anglais Community Led Monitoring
APS	Accompagnateur Psychosociale
ASC	Agent de Santé Communautaire
ASCP	Agent de Santé Communautaire Polyvalent
CDT	Centre de Dépistage et de Traitement
CEMAC	Communauté économique et monétaire de l'Afrique centrale
CENAME	Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
CHU	Centre Hospital National
CMA	Centres Médicaux d'Arrondissement
CNLS	Cellule Nationale de Lutte contre le Sida
CNPS	Caisse Nationale de Prévoyance Sociale
COGE	Comité de Gestion pour le Centre de Santé
COGEDI	Comité de Gestion pour l'hôpital de District
COSA	Comité de Santé de l'aire
COSADI	Comité de Santé de District
CRG	Communities, Rights and Gender
CSI	Centre de Santé Intégré
CSU	Couverture Santé Universelle
CTD	Collectivités territoriales décentralisés
DHIS 2	District Health Information System 2
DRSP	Délégué Régionale de Santé Publique
DS	District Sanitaire
ECD	Équipes Cadres des Districts
FFOM	Forces Faiblesses Opportunités et Menaces
FOSA	Formation Sanitaire
FRPS	Fonds régionaux pour la Santé
GTC	Groupe Technique Central
GTN	Groupe Technique National
GTR	Groupe Technique Régional
HC	Hôpital Central
HD	Hôpital de District
HG	Hôpital Général
HR	Hôpital Régional
IEC	Informations, Education et Communication
ICF/ACF	Intensive Case findings / Active Case Findings
IDH	Indice de Développement Humain
ISDC	Interventions Sous Directives Communautaires
INS	Institut National Statistique
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
LNR	Laboratoire National de Référence
LRR	Laboratoire Régional de Référence
MA	Maison d'Arrêt
MINSANTE	Ministère de la Santé Publique
MTR	Médecine Traditionnelle

OAPI	Organisation Africaine de la Propriété Intellectuelle
OBC	Organisation à Base Communautaire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/Sida
OSC	Organisation de la Société Civile
PIB	Produit Intérieur Brut
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PPA	Patient Pathway Analysis
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
SOP	Standard Operational Procedures
SSP	Soins de Santé Primaire
TB	Tuberculose
TB-LAMP	Tuberculose-Loop-Mediated Isothermal Amplification
TB-MR	Tuberculose Multirésistante
TPT	Traitement Préventif de la Tuberculose
UCS	Unité de Coordination des Subventions
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UPEC	Unité de prise en charge du VIH
VAD	Viste à Domicile
VIH	Virus de l'Immunodéficience Acquise

Liste des tableaux et graphiques

<u>Tableau I</u> : Répartition des FOSA publiques par catégorie de soins au Cameroun	13
<u>Tableau II</u> : Profils et rôles des ASC	14
<u>Tableau III</u> : Organisation des soins contre la tuberculose et le VIH (MINSANTE/DHIS2, 2023).....	17
<u>Tableau IV</u> : Niveau de réalisation des principaux indicateurs au cours de 2020-2022, Cameroun	28
<u>Tableau V</u> : Niveau de réalisation des cibles UNHLM TB 2018-2022 au Cameroun.....	29
<u>Tableau VI</u> : Couverture des CDT par niveau de soins au Cameroun, 2021-2022.....	34
<u>Figure 1</u> : Mortalité due à la TB parmi les patients VIH-négatifs-, Cameroun 2000-2021	21
<u>Figure 2</u> Estimation OMS des taux d'incidence de la TB, de la TB-VIH avec intervalle d'incertitude et taux de notification des nouveaux cas et rechutes, Cameroun 2000-2021.....	21
<u>Figure 3</u> : Variation annuelle de la notification des nouveaux cas et rechutes (%), Cameroun, 2002-2022.....	22
<u>Figure 4</u> : Taux de notification des cas de la TB (nouveaux cas et rechutes) par région administrative, Cameroun 2021.	22
<u>Figure 5</u> : Évolution de proportion des formes cliniques des cas TB toutes formes, Cameroun 2017-21.	23
<u>Figure 6</u> : Proportion des formes cliniques des cas TB toutes formes confondues, par région, Cameroun 2021.	23
<u>Figure 7</u> : Tendance d'évolution des nouveaux cas et rechutes par tranche d'âge et par sexe, Cameroun, 2021.	24
<u>Figure 8</u> : Proportion des enfants de moins de 15 ans parmi tous les cas de la TB par région, Cameroun 2021.	24
<u>Figure 9</u> : Estimation OMS de l'incidence de la TB par tranche d'âge et sexe relativement aux notifications, Cameroun 2021.....	25
<u>Figure 10</u> : Cascade dépistage et prise en charge de la TBRR/MR, Cameroun, 2014 – 2021.	26
<u>Figure 11</u> : Résultats de traitement des nouveaux cas et rechutes, Cameroun, 2014 -2020.	27
<u>Figure 12</u> : Répartition des % de décès au sein des nouveaux cas et rechutes, Cameroun, Cohorte 2020.....	27

Au Cameroun, la tuberculose demeure un problème de santé publique avec un nombre estimé de 45 000 cas incidents correspondant à 164 (IC95% : 102-240) pour 100,000 habitants en 2021. Le nombre de nouveaux cas et rechutes dépistés en 2021 a été de 22 409, ce qui correspond à un taux de notification de 85 cas pour 100 000 habitants (taille de la population estimée à 27 186 845 habitants avec un taux de croissance démographique estimé à 2,38%, Projections démographiques et estimation des cibles des programmes, INIS 2016). Le taux de notification des cas de tuberculose est relativement stable depuis 2016. D'importantes variations régionales du taux de notification des cas de TB ont été observées en 2021 avec 05 régions sur 10 qui ont un taux de notification supérieur à la moyenne nationale entre 98 et 117 cas pour 100 000 habitants. Les régions d'Adamaoua (117) et de l'Est (116) ont le taux de notification le plus élevé pour 15% de l'ensemble des cas. Les régions du Sud (105), du Littoral (105) et du Centre (98) ont notifié entre 98-105 cas pour 100 000 habitants. La région du Centre (où se trouve la capitale Yaoundé, capitale politique) et la région du Littoral où se trouve Douala (capitale économique) ont enregistré respectivement un taux de notification de 98 cas et de 105 cas pour 100 000 habitants avec 15 % de l'ensemble des cas de TB notifiés en 2021 à Yaoundé et 17% à Douala. Il existe probablement un problème de sous-notification des cas dans ces régions (le taux de notification à Yaoundé est de 98/100 000 habitants et de 111 à Douala). Par ailleurs 05 régions sur les 12 ont dépisté 66% de l'ensemble des cas. Le sex-ratio Homme/Femme est de 1,8 et en diminution en défaveur des femmes depuis 2014 au moins où il était de 1,4. Les données récentes (2016-2021) par classe d'âge montrent que la majorité des cas TB survient chez les jeunes adultes (25-44 ans) et que la distribution des cas TB par classes d'âge est sensiblement la même depuis 2016.

En ce qui concerne la coinfection TB/VIH, la séroprévalence du VIH chez les tuberculeux est de 20,3 % en 2021 relativement élevée (en diminution depuis 2015 où elle était de 35,8%) mais plus faible que la prévalence du VIH en population générale (15-49 ans) estimée à 2,9% (IC95% : 2,2 – 3,6%) en 2021 (ONUSIDA).

Selon le Rapport mondial 2022 de l'OMS sur la tuberculose, la prévalence de la résistance aux médicaments antituberculeux chez les nouveaux cas est de 1,4% (IC95% : 0,64-2,7%) et de 8,3% (IC95% : 6,8-10%) chez les cas de retraitement. En 2021, il a été diagnostiqué au total 109 cas de tuberculose résistante au moins à la Rifampicine (sur 810 cas attendus IC95% : 170-1500) et 109 ont été mis sous le régime court de 9 mois avec injectable. La mise en place du régime court tout oral avec la Bedaquiline est déjà en cours au niveau du PNLT depuis janvier 2022 pour tous les patients TB-MR.

Le taux de succès thérapeutique chez les nouveaux cas et rechutes est de 87% pour la cohorte 2021 des nouveaux cas et rechutes (pour une cible OMS >90%) avec des taux importants de perdus de vue/non évalués (7%) et taux de décès relativement faible (5%). Ces taux sont aussi élevés chez les cas admis au régime de retraitement (14% de perdus de vue/non évalués et 6 % de décès), au sein des patients coinfectés TB/VIH (6% de perdus de vue/non évalués et 11 % de décès), chez les patients TB-MR (7 % de perdus de vue et 11 % de décès dans la cohorte de 2021 avec 109 patients évalués). Huit (08) régions ont enregistré des taux des taux de perdus de vue >10% et trois régions ont enregistré des taux de décès ≥ 6%, ces issues thérapeutiques méritent une attention particulière dans les stratégies de renforcement du suivi des patients.

Pour arriver à un meilleur contrôle de la tuberculose au Cameroun les défis à relever sont encore nombreux :

- Augmenter la couverture des services de diagnostic et de prise en charge de la tuberculose par le maintien continu de la fonctionnalité des CDT existants, la création de nouveaux CDT en

l'occurrence au niveau des FOSA de 1^{er} contact avec 10-20 consultations / jour et l'implication de la quasi-totalité des FOSA non CDT dans l'identification des cas présumés de TB avec le renforcement du circuit de transport des prélèvements vers les CDT, l'intensification de l'identification des présumés dans les autres portes d'entrée au sein des CDT par les mentors et autres acteurs communautaires ;

- Renforcer, redynamiser et documenter le dépistage de la tuberculose dans les groupes à risques/vulnérables (détenus, PvVIH, miniers, contacts TB et TB-MR, enfants y compris avec malnutrition et les diabétiques),
- Renforcer l'accès au dépistage et au diagnostic des cas de TB, par l'utilisation des tests rapides moléculaires (GeneXpert et TB-LAMP) en test initial, et à travers le renforcement des capacités du personnel de l'ensemble des FOSA publiques et privées pour la suspicion des cas et le transport des prélèvements vers les laboratoires et/ou sites possédant les tests moléculaires,
- Assurer un meilleur suivi des patients en améliorant la prise en charge des cas de TB, TB/VIH et TB-MR pour arriver à la réduction à moins de 5% du taux de perdus de vue dans les 3-4 ans à venir au sein de l'ensemble des patients,
- Renforcer l'engagement et la participation communautaires en vue d'améliorer et de documenter la contribution des acteurs communautaires tant dans la référence des présumés que dans le suivi et la surveillance des cas sous traitement,

L'ensemble de ces interventions devrait être mené avec un suivi rigoureux, un focus sur le dépistage de la TB pédiatrique en portant la proportion à 10-12 % contre 6 % en 2021, le dépistage ciblé de la TB au sein des populations avec plus de 5 cas /1000 habitants et au sein des populations à risque et/ou vulnérables, le Traitement Préventif de la TB (TPT) pour les enfants <5 ans et les adultes y compris les PvVIH avec l'utilisation de la bithérapie (3 RH ou 3 HP). Tout ceci se fera dans le respect des droits humains et selon les principes d'équité de genre en assurant l'augmentation du taux de succès thérapeutique de 87 % en 2021 à au moins 90% d'ici 2026 avec l'utilisation des régimes thérapeutiques recommandés. Un système visant à améliorer l'adhérence au traitement (appui nutritionnel au cours du traitement, remboursement des frais de transport, renforcement de l'éducation thérapeutique) et un meilleur encadrement du travail des ACRA, APS et ASCP dans l'accompagnement des patients au cours du traitement seront mis en place à cet effet.

Un accent particulier sera accordé à la gestion optimale du Programme (directives à jour, planification régulière, supervision et monitoring renforcés, renforcement continu des capacités des équipes centrale, intermédiaire et opérationnelle, logistique améliorée) avec une forte implication des DRSP et des ECD sous le leadership du niveau central.

Introduction

Le Ministère de la Santé Publique (MINSANTE) à travers le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) a décidé d'élaborer un nouveau plan 2020-2024 aligné sur la nouvelle stratégie mondiale de l'OMS « Mettre fin à la tuberculose ». Le processus de développement de ce plan est basé sur une concertation large impliquant tous les principaux acteurs qui participent à la lutte contre la TB dans le pays en vue de garantir une riposte nationale uniforme et plus intensifiée.

Les orientations et avis recueillis lors des entretiens avec les partenaires et acteurs au cours des différents ateliers ont aussi enrichi les stratégies définies pour 2020-2024 et jusqu'en 2026.

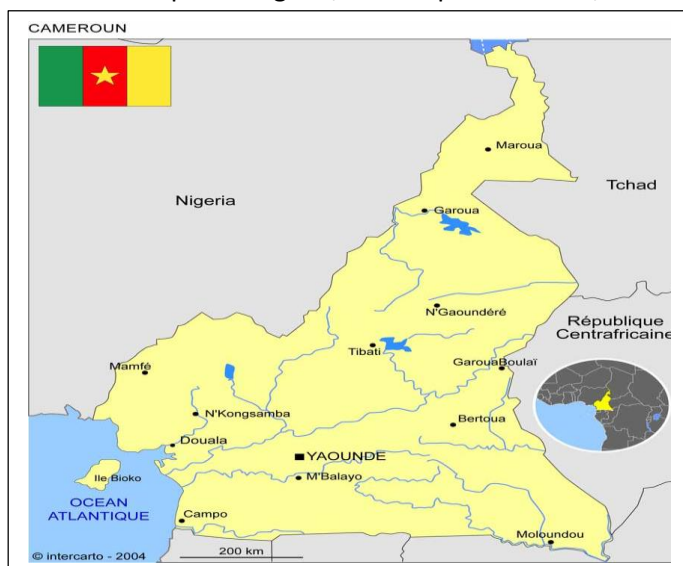
L'ensemble de ce processus a été conduit à travers trois principaux ateliers sous l'encadrement de consultants internationaux et sous la coordination technique du PNLT. Une série d'activités a permis au PNLT d'aboutir à l'extension de ce PSN TB :

- Le PNLT a organisé une revue à mi-parcours du PSN 2020-2024 en novembre 2022 avec l'appui technique et financier de l'OMS. Il s'agit d'une revue programmatique qui a concerné tous les domaines de la lutte contre la tuberculose au Cameroun et a impliqué tous les acteurs intervenant dans le contrôle de la tuberculose. A l'issue de cette évaluation à mi-parcours, des concertations ont été réalisées ayant pour objectifs le recueil des propositions d'amélioration des résultats de la lutte contre la tuberculose,
- Ensuite, dans le cadre de l'extension proprement dite, au cours d'un premier atelier organisé à Kribi il a été question de faire le point sur les principales recommandations de la revue à mi-parcours, de procéder à une analyse Forces-Faiblesses-Opportunités-Menaces (FFOM) et d'identifier les principales interventions pour adresser les grandes faiblesses. Le deuxième atelier visait à consolider toutes les informations recueillies au cours de la semaine précédente en mettant l'accent sur les activités ; tandis que le troisième portait essentiellement sur la budgétisation de ces activités,
- Les résultats issus de la revue et des différentes concertations des acteurs ont servi de base pour mettre à jour le PSN TB 2020-2024 et son extension jusqu'en 2026.

Les pages suivantes présentent le contexte national assorti de la description du système de santé et l'organisation du programme, l'épidémiologie de la tuberculose, l'analyse des Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces (FFOM), l'analyse des lacunes prioritaires et le cadre stratégique avec les interventions prioritaires, les résultats attendus et le coût total du plan par année avec une extension jusqu'en 2026.

1.1- Situation géographique, démographique et socio-économique du Cameroun

Le Cameroun est un pays de l'Afrique Centrale situé au fond du Golfe de Guinée. La carte ci-contre présente les pays limitrophes du Cameroun. Il s'étend sur une superficie d'environ 475 442 km². Il est bordé à l'Ouest par le Nigéria, au Sud par le Gabon, le Congo et la Guinée Equatoriale ; à l'Est par le



Centrafrique et au Nord par le Tchad.

Le Cameroun est un Etat unitaire décentralisé subdivisé en 10 Régions, 58 Départements et 360 arrondissements. Les deux langues officielles sont le Français et l'Anglais. Le siège des institutions est Yaoundé, représentant ainsi la capitale administrative.

La population du Cameroun est estimée en 2023 à 28 088 845 habitants avec un taux de croissance démographique estimé à 2,38% en 2022 (selon les projections démographiques et

estimation des cibles des programmes, Institut National de la Statistique (INS), 2016). Les femmes représentent environ 50,7 % de la population totale et les hommes 49,3 %, soit un *sex-ratio* de 1,03 en faveur des femmes. Selon les projections démographiques de l'INS, la taille de la population devrait atteindre 30 125 384 habitants en 2026.

Le Cameroun a une population relativement jeune avec plus de 42% de la population ayant moins de 15 ans. Plus de 60% de la population camerounaise a moins de 25 ans et seulement 5,5% de personnes avaient 60 ans ou plus.

Les principales métropoles sont Douala et Yaoundé avec un peu plus de 3 500 000 d'habitants chacune. Les régions les plus peuplées sont l'Extrême-Nord, le Centre et le Littoral.

Selon les données de la Banque Mondiale pour le Cameroun, en 2021, le PIB par habitant a été de 1 666,9 USD et la croissance du PIB est environ 3,6 %).

Le taux d'alphabétisation et de scolarisation est de 78% en 2020 (soit 73% pour les hommes et 83% pour les femmes). Le taux de chômage des jeunes (15-24 ans) est de 7,1% en 2021 et d'environ 17% dans les grandes métropoles et 37,5% de personnes vivent en-dessous du seuil de pauvreté.

Le Cameroun constitue un pilier important dans l'économie de la sous-région de la Communauté Économique et Monétaire de l'Afrique centrale (CEMAC). En effet, son Produit Intérieur Brut (PIB) était estimé en 2021 à 44,81 milliards de dollars US, soit 1 730 dollars US par habitant (<https://www.imf.org/en/Countries/CMR#countrydata>). Cette situation classe le Cameroun parmi les pays à revenus intermédiaires de la tranche inférieure. En 2019, son Indice de Développement Humain (IDH) était de 0,864.

1.2-Système de santé de Cameroun et lutte contre la tuberculose

1.2.1- Organisation du système de santé du Cameroun

Le système de la santé au Cameroun est structuré en quatre niveaux constituant la pyramide sanitaire. Il comporte trois sous-secteurs à savoir : le sous-secteur public, le sous-secteur privé et le sous-secteur médecine traditionnelle.

Le **sous-secteur public** est réparti en 04 niveaux : central, intermédiaire, périphérique et communautaire avec cinq (05) catégories de soins.

- **Le niveau central (national)** : Il regroupe les Hôpitaux Généraux (HG), les Hôpitaux Centraux (HC) et assimilés qui sont des hôpitaux de 1^{ère} et de 2^{ème} catégories possédant une envergure nationale et jouant le rôle d'Hôpitaux de référence nationale. On retrouve à ce niveau de soins les HG de Yaoundé et celui de Douala, le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Yaoundé, les Hôpitaux Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé et de Douala. Les Hôpitaux Centraux (HC) ne relèvent pas de l'autorité directe du Ministère de la Santé Publique (MINSANTE). Plusieurs hôpitaux dans cette catégorie sont des organismes sous tutelle tels que les Facultés de Médecine, la Fondation Chantal Biya, le Centre Hospitalier de la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS), l'Hôpital de Garnison Militaire de Yaoundé. En outre, l'Hôpital Central et l'Hôpital Jamot de Yaoundé, l'Hôpital Laquintinie de Douala et l'Hôpital de Référence de Sangmélima complètent la liste des hôpitaux centraux.
- **Le niveau intermédiaire (régional)** : Le Cameroun est subdivisé en 10 régions sanitaires avec dix-huit (18) Hôpitaux Régionaux (HR) qui sont des formations sanitaires de 3^{ème} catégorie après les HG et les HC. Chaque région dispose d'un HR à l'exception des régions du Littoral, du Nord et de l'Ouest qui disposent de 2 HR, de la région du Sud-Ouest avec 3 HR et la région de l'Extrême-Nord avec 4 HR. Chaque région assure la coordination, la supervision et l'appui technique des Districts de Santé (DS).
- **Le niveau périphérique (district de santé)** : Le Cameroun est subdivisé en 200 DS avec 165 Hôpitaux de District (HD), certains DS ne disposant pas de HD. L'on retrouve aussi à ce niveau de soins, les Centres Médicaux d'Arrondissement (CMA) et les Centres de Santé Intégré (CSI). Il s'agit des formations sanitaires et hospitalières de premier contact ayant une couverture locale et qui assurent au moins la fourniture des Soins de Santé Primaire (SSP).

Le tableau I ci-après montre la répartition des FOSA par région et par catégorie de soins

Tableau I : Répartition des FOSA publiques par catégorie de soins au Cameroun

N°	Districts de santé	Aires de santé	DISTRICTS DE SANTE	Populations	Première catégorie (HG)	Deuxième catégorie (HC)	Troisième catégorie (HR)	Quatrième catégorie (HD)	Cinquième catégorie (CMA)	Sixième catégorie (CSI)	Total (FOSA)
1	ADAMAOUA	84	11	1 522 991	0	1	1	7	17	110	136
2	CENTRE	258	32	5 188 858	4	3	1	31	51	369	459
3	EST	107	15	1 392 491	0	1	1	15	20	134	171
4	EXTREME-NORD	282	32	5 104 206	0	1	4	24	26	328	383
5	LITTORAL	135	24	4 377 512	2	1	2	18	37	140	200
6	NORD	141	15	3 098 010	1	1	2	11	11	223	249
7	NORD-OUEST	205	20	1 892 164	0	1	1	17	30	195	244
8	OUEST	224	20	2 358 188	0	1	2	19	34	359	415
9	SUD	104	12	909 197	0	2	1	10	19	167	199
10	SUD-OUEST	110	19	1 951 676	0	1	3	13	24	163	204
TOTAL		1650	200	27 795 293	7	13	18	165	269	2188	2660

Source : MINSANTE (DOSTS) 2023

- **Le niveau communautaire :** La mise en œuvre des interventions communautaires s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre du Plan Stratégique National de la Santé Communautaire au Cameroun 2020-2025. La participation de la communauté dans la mise en œuvre des activités de santé se fait à travers les ASC, les structures de dialogue, les OBC/OSC/ONG et les Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD). Les structures de dialogue et de participation communautaire comprennent, notamment le Comité de Santé de l'aire (COSA), le Comité de Santé de District (COSADI), le Comité de Gestion pour le Centre de Santé (COGE), pour l'hôpital de District (COGEDI) et les Fonds régionaux pour la Santé (FRPS) au niveau régional. En effet, pour qu'un DS soit véritablement opérationnel sur le plan de la mise en œuvre des SSP, la participation communautaire doit être effective à travers les représentants communautaires regroupés au sein des structures de dialogue. Ces derniers étant associés à la prise des décisions et à la gestion du DS. En 2022, le Cameroun comptait 9 558 ASC polyvalents (ASCP) recensés, formés et répartis dans 197 DS du pays. Au plan national, les besoins en ASC polyvalents ont été estimés à 20792. La répartition des ASCP montre que toutes les régions sont couvertes mais la couverture géographique des DS n'est que de 46% (9558/20792). Le ratio ASC/population est de 1 ASC pour 2500 habitants en zone urbaine et de 1 ASC pour 1000 habitants en zone rurale. Depuis 2016, les Interventions Sous Directives Communautaires (ISDC) ont été harmonisées sur la base d'études pilotes conduites par le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF).

Cependant sur le terrain, ces ASC opèrent avec des rôles et des profils différents en fonction des programmes et des maladies qui les soutiennent, tel que le montre le tableau II ci-dessous :

Tableau II : Profils et rôles des ASC

	Tuberculose	VIH	Paludisme (ASC polyvalent)
Acteurs communautaire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ACRA (Tuberculose) ▪ Mentors ▪ APS (TB-MR) 	APS (VIH et TB/VIH)	ASC (Santé de la mère et de l'enfant, paludisme, vaccination)
Nombre d'acteurs	251 ACRA sur le NFM2	1883	9 558
Ratio acteur/patients	1 ACRA/ 25 patients TB	1 APS / 200 – 250 PVVIH	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 ASC /2500 populations en zone urbaine ▪ 1 ASC pour 1000 en zone rurale
Nombre sites couverts	- 08 régions et 28 districts couverts par les ACRA	Tous les sites de prise en charge du VIH (UPEC)	10 régions et 200 districts sanitaires
Rôle	<ul style="list-style-type: none"> - 251 ACRA (Enquête d'entourage, orientation des cas présumés, des enfants 0-4 ans pour TPT, Sensibilisation, VAD) - 157 Mentors (l'identification des présumés TB, à la collecte et au transport des expectorations au laboratoire pour l'examen au niveau des autres portes d'entrée, à l'initiation du traitement) - 22 APS (appui à l'initiation du traitement des patients TB-MR, facilitation du traitement à travers l'éducation thérapeutique et les VAD) 	<ul style="list-style-type: none"> - Programmation des RDV et VAD des patients - Screening de la TB chez les patients VIH+ - Accompagnement (actif) du patient présumé de la TB pour le diagnostic au laboratoire si le FOSA dispose d'un CDT - Référence vers un laboratoire externe si l'UPEC n'a pas de laboratoire TB 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilisation et mobilisation communautaire - TDR en communautaire - Prise en charge des cas de paludisme simple - Campagne et distribution de masse des MILDA - Vaccination - Planning familial, santé de la mère, de l'enfant et du nouveau-né

Tous les ACRA sont rattachés à des associations communautaires qui sont regroupés en réseaux au sein de la plateforme des organisations de la société civile (OSC) du Cameroun contre le Sida, la TB, le Paludisme et les hépatites ; ces organisations fournissent des services à la communauté. Elles travaillent aussi sur la santé de la mère et de l'enfant et sur d'autres maladies prioritaires des SSP.

Le sous-secteur privé

Selon la Stratégie du Secteur de la Santé 2016-2027, les principaux acteurs du sous-secteur privé sont : les représentations professionnelles, les entreprises intégrant la santé dans leur responsabilité sociale, les OSC, les Organisations Non-Gouvernementales (ONG). Le secteur privé contribue pour 54% de l'offre de soins au Cameroun (privé laïc : 41% ; privé confessionnelle : 13%).

Le sous-secteur Médecine Traditionnelle

Le Gouvernement Camerounais à travers le MINSANTE a reconnu la médecine traditionnelle (MTR) comme le 3^{ème} sous-secteur santé après le sous-secteur public et le sous-secteur privé. En 1996, la loi-cadre dans le domaine de la santé évoque clairement la nécessité d'une étroite collaboration entre les 3 sous-secteurs (public, privé et traditionnel) de la santé au Cameroun. En 2002, le nouvel organigramme du MINSANTE a créé au sein de la sous-direction des soins de santé primaires, un service des prestations socio-sanitaires traditionnelles chargé du suivi des activités y afférentes et du développement de la collaboration avec les tradipraticiens de santé. Cet organigramme a été modifié

par le décret portant réorganisation du Ministère de la Santé Publique de 2013 qui a créé un service chargé du développement de la médecine traditionnelle au sein de la même sous-direction. Par ailleurs, il convient de souligner que le Cameroun a toujours adhéré aux recommandations de l'OMS, l'Organisation Africaine de la Propriété Intellectuelle (OAPI) et des instances internationales relatives au développement de la MTR.

Le défi à relever dans les prochains jours est l'organisation rationnelle du sous-secteur de la médecine traditionnelle et des acteurs impliqués ainsi que l'encadrement de sa pratique voire la mise en place d'un système efficace en faveur d'une collaboration effective avec la médecine conventionnelle.

La protection sociale

Dans sa vision stratégique pour garantir un accès équitable aux soins de santé de qualité aux camerounais, le Gouvernement a initié un processus visant à doter le pays, à terme, d'un système de Couverture Santé Universelle (CSU). A cet effet, une stratégie de développement de la CSU a été élaborée avec les contributions des acteurs du Groupe Technique National (GTN) chargé de la mise en place de la CSU. Cette stratégie tire la force de son ancrage dans les politiques et les objectifs internationaux et nationaux clés.¹

Depuis 2020 des documents sur la stratégie de développement de la CSU et de la stratégie de financement de la santé ont été élaborés. Un projet de loi portant sur une stratégie nationale du financement de la santé ainsi que Sept (07) projets de textes d'application sont à l'étude. Au cours de l'année 2022, l'architecture de la phase pilote de mise en œuvre de la CSU et le cahier des charges opérationnelles des différents acteurs régionaux impliqués dans le mécanisme ont été adoptés.

Dans une première phase de la mise en œuvre sont prévues la gratuité des soins pour les enfants moins de 5 ans, la prise en charge des femmes enceintes et de la prise en charge du VIH et de la tuberculose. En dépit de toute cette mise en place, la mise en œuvre de la CSU n'est pas encore effective sur le territoire.

Les principaux indicateurs sur la santé de la population

Les principales causes de morbidité au Cameroun sont les maladies infectieuses. La morbidité classée par ordre de priorité est dominée par le VIH/SIDA (13%), les infections respiratoires basses (12%), les maladies diarrhéiques (6%) et le paludisme (5%) et (Observatoire OMS 2022). Les maladies cardiovasculaires ne représentent que 4,67% et les cancers ne pèsent que 2%. Le pays n'a pas encore connu la transition épidémiologique des maladies infectieuses vers les maladies chroniques cardiovasculaires.

Malgré une régression constante de la prévalence du VIH pendant la décennie passée, elle est estimée à 2,9% (IC 2,2-3,6) et elle reste plus élevée que dans la plupart des pays d'Afrique Centrale et de l'Ouest (ONUSIDA 2021). Par conséquent, le Cameroun fait partie des 20 pays avec un fardeau important de la prévalence de la co-infection TB/VIH. Le taux de mortalité causé par le paludisme (116/1000) dépasse celui du taux moyen de la région Afrique (104/1000).

¹ Parmi ceux-ci, on peut citer les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé, et les objectifs de développement durable (ODD). Cette stratégie est alignée également sur l'Orientations de la Vision de la Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2030 et la Stratégie pour la Croissance et l'Emploi (DSCE) 2010-2020/Perspective Stratégie Nationale de Développement 2020-2030 (SND 2020-2030).

De plus, le Cameroun fait partie des 32 pays avec les plus forts taux de mortalité infantile même si des progrès ont été notés (baisse de 71/1000 en 2004 à 48/1000 en 2018).

1.2.1- Organisation de la lutte contre la tuberculose au Cameroun

Le PNLT a été créé par Décision N° 0335/MSP/CAB du 29 Juillet 2002 de Monsieur le MSP portant réorganisation de la lutte contre la tuberculose au Cameroun. Cette première a été modifiée et complétée par la décision 1347/D/MINSANTE/CAB/du 08 juin 2016. Néanmoins, il faut noter que le programme a été développé depuis 1997 dans la région de l'Ouest et s'est implanté dans les autres régions jusqu'en 2003.

L'Unité centrale du PNLT est le Groupe Technique Central (GTC). Le PNLT est rattaché à la Direction de Lutte contre la Maladie et les Épidémies (DLMEP) par le service de la lutte contre la tuberculose qui dépend de la sous-direction du VIH/SIDA, IST et TB. Le GTC collabore aussi avec l'Unité de Coordination des Subventions (UCS) des partenaires intervenant dans la lutte contre les trois maladies prioritaires (VIH/Sida, Tuberculose et Paludisme).

L'organisation de la lutte contre la tuberculose au Cameroun est calquée sur la pyramide sanitaire avec quatre niveaux de prestations de soins : central, régional, périphérique et communautaire.

Au niveau central : A ce niveau, se trouve le GTC qui assure la coordination et la gestion du PNLT sur l'ensemble du territoire national, en collaboration avec les administrations, les collectivités, la société civile, les partenaires nationaux et internationaux impliqués. Il élabore les normes nationales en matière de prise en charge de la tuberculose et veille à leur application. De plus, il assure aussi la coordination des activités de surveillance épidémiologique, la coordination des activités de recherche, de communication et de formation.

Au niveau régional (intermédiaire) : Au niveau régional, le Groupe Technique Régional (GTR) sous la supervision du Délégué Régional de la Santé Publique (DRSP) a pour mission d'organiser, de coordonner, de suivre et d'évaluer la mise en œuvre de la lutte contre la tuberculose au niveau de la région.

A ce niveau, les Laboratoires Régionaux de Référence (LRR) sous la coordination du Laboratoire National de Référence (LNR), sont responsables des activités du PNLT en matière de diagnostic, de suivi biologique des patients mais aussi de la supervision des laboratoires des CDT, du contrôle de qualité et de formation, selon les termes de référence spécifiques qui leur sont attribuées. Ils participent aux activités de supervision, de contrôle de qualité de microscopie, de formation du personnel et d'appui aux partenaires locaux impliqués dans la lutte antituberculeuse.

Au niveau périphérique : Le DS est l'unité opérationnelle dans laquelle on retrouve les formations sanitaires (FOSA). Concernant le personnel du CDT, outre le chef de la FOSA, on a un responsable du CDT et un technicien de laboratoire de façon basique. Le plateau technique de base est le microscope (oculaire classique ou LED) pour tous les CDT. Il convient de souligner qu'il n'existe pas au niveau périphérique une coordination des activités de lutte contre la tuberculose au niveau des districts. Les régions traitent directement avec les CDT sans une réelle implication des médecins chefs de district. En 2022, le PNLT disposait de 327 CDT intégrés dans les CHU, les HC, les HG, HD, CSI et CMA aussi que public que privés et confessionnels. Dans le processus de modernisation de réseau de laboratoire, on

dénombrer actuellement 27 CDT disposant d'un appareil TB LAMP et 28 CDT disposant d'une machine GeneXpert.

Le dépistage et le diagnostic et le suivi des patients tuberculeux sont réalisés au niveau périphérique par les CDT, les Sites de PeC TB-MR, les Centres de Traitement (CT), les Agents Communautaires de Recherche Active (ACRA), les APS (Accompagnateur Psychosociale) et les Agents de Santé Communautaire Polyvalents (ASCP).

- Rôle du CDT :

Dépistage, diagnostic, traitement et suivi des patients tuberculeux selon les orientations du PNLT.
Traitement des cas de TB-MR en phase de continuation sous la supervision directe du PNLT.

- Rôle des sites de PeC TB-MR

Prise en charge des cas de Tuberculose multi résistante suivant les recommandations du PNLT.

- Rôle des CT :

- Dépistage : envoi des échantillons ou orientation/référence des présumés tuberculeux aux CDT,
- Traitement : dispensation des médicaments et suivi des patients selon les orientations du PNLT.

L'intégration des services de prise en charge de la tuberculose et de la co-infection TB/VIH est récapitulée au Tableau II ci-après :

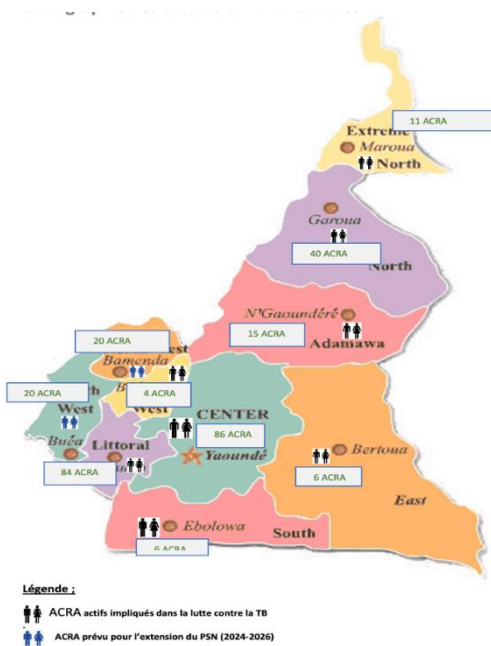
Tableau III : Organisation des soins contre la tuberculose et le VIH (MINSANTE/DHIS2, 2023)

Niveau	Services de santé	Services TB ²	Services VIH (test)	Services VIH (TARV)
Central	07 Hôpitaux Généraux	05 CDT	18	18
	11 Hôpitaux Centraux	13 CDT		
Régional	19 Hôpitaux Régionaux	18 CDT 11 sites TBMR	18	18
District	303 Hôpitaux de District	133 CDT	303	303
Aires de santé	524 CMA 5 715 CSI	54 CDT 18 CDT 7 CDT (Infirmières de prison)	5392	5392

Source : MINSANTE, DHIS2, 2023

² Un total de 11 CDT jouent le rôle des Sites (Unités) de PeC de la TB-RR/MR, un par région à l'exception de Maroua (EN) qui en a deux Unités.

- Niveau communautaire : Rôle des ASC (ACRA, APS et ASCP) :



Les activités du volet communautaire de la réponse à la tuberculose sont exécutées par les ACRA, les Mentors et les APS et dans une moindre mesure par les ASCP. Sous la coordination du PNLT avec ses partenaires :

251 ACRA (répartis dans 8 régions et 11 villes), pour la mise en œuvre de l'enquête d'entourage, l'orientation des cas présumés vers les CDT, l'orientation des enfants 0-4 ans pour TPT, la sensibilisation de proximité et de masse et les VAD,

22 APS affectés aux sites de PeC de la TB-MR pour appui à l'initiation du traitement, la facilitation du suivi du traitement à travers l'éducation thérapeutique et les VAD,

157 Mentors installés dans les autres portes d'entrée du CDT, ils appuient l'identification des présumés TB, la collecte et le transport des expectorations au laboratoire pour l'examen et l'initiation du traitement.

Les ASCP au nombre de 9 558 travaillent avec Plan International pour la référence des présumés TB vers les CDT mais cette activité n'est pas bien documentée.

Les acteurs communautaires ont contribué à notifier 1318 cas de TB toutes formes confondues, soit 5% (1318 /25 286) de l'ensemble des cas dépistés et notifiés par le pays en 2022.

Cette faible contribution est due à de nombreuses difficultés : l'arrêt des activités communautaires pendant près de 1 an et demi, à cause de la suspension des financements du Fonds Mondial; une faible couverture du territoire par les ACRA, (280 CDT sur 327); le désistement des ACRA, etc. En plus, l'ONG FIS Cameroun vise à travers ses interventions à rendre l'environnement favorable à la suppression des obstacles liés aux droits humains, à travers le Suivi Dirigé par la Communauté (en Anglais Community Led Monitoring, CLM) et OnelImpact (outil de documentation des formes de stigmatisation, de violences et de plaidoyer). Le CLM permet aux personnes touchées par la TB d'accéder aux services de santé et de soutien, de revendiquer leurs droits, d'identifier et de réduire la stigmatisation. Ainsi, OnelImpact / CLM s'inscrit dans les principaux défis de la réponse à la tuberculose aux niveaux individuel et communautaire tout en générant des informations et des données essentielles pour mieux les comprendre et les combattre au niveau programmatique afin de mettre fin à la tuberculose. Les défis de la participation communautaire à la lutte contre la tuberculose dans les 3-4 prochaines années sont :

- Étendre la couverture par des ACRA au-delà des onze (11) villes actuellement couvertes et à l'ensemble des régions en intégrant les deux régions non couvertes (Nord-Ouest et du Sud-Ouest),
- Renforcer continuellement les capacités des acteurs communautaires (ACRA, APS, Mentors et ASCP) pour la mise en œuvre du paquet communautaire TB,
- Augmenter la contribution communautaire au dépistage et à la notification à au moins 15% (5% en 2022) en s'assurant que tous les cas présumés orientés, arrivent effectivement

- au laboratoire avec une bonne documentation des cas orientés par la communauté au niveau des laboratoires,
- Contribuer à la réduction des irréguliers au traitement et des cas de décès dans l'ensemble des régions avec un focus sur les régions dont le taux de perdus de vue >5% et le taux de décès >7%.

Le sous-secteur privé

La prise en charge de la TB dans le secteur privé sanitaire repose sur les 92 CDT privés confessionnels et laïques qui représentent 39% (92/327) de l'ensemble des CDT et incluent également les infirmeries de certaines grandes entreprises. Leur contribution au dépistage de la tuberculose toutes formes confondues a été de 25% (5646/22886) en 2021 et de 24% (6112 / 25286) en 2022. Le programme les implique dans toutes les activités de formation, de renforcement de capacités et de supervision.

Droits humains et genre dans l'accès aux services de tuberculose

Au Cameroun, le Décret N°83-166 du 12 avril 1983 portant code de déontologie des médecins, fait l'obligation d'offrir des soins aux personnes dans le besoin, et le code Pénal prévoit des sanctions pour ceux qui refusent de se conformer à ce devoir. Depuis 2010, les plans stratégiques successifs pour la lutte contre la TB incluent les besoins des populations clés et vulnérables et comportent des interventions ciblées, basées sur les droits humains et les principes d'égalité de genre dans l'accès aux services de prise en charge de la tuberculose.

Malgré toutes ces dispositions, l'accès effectif aux services antituberculeux reste difficile pour beaucoup de Camerounais à cause des barrières majeures telles que les contraintes d'accès aux soins antituberculeux, la stigmatisation et la discrimination et aussi les inégalités de genre :

- La couverture du réseau des CDT est seulement de 5,0% des FOSA du pays (327 CDT en 2022 sur 6 574 FOSA) et elle est de 1,3% pour les FOSA de 1^{er} contact (CSI et CMA). Cette faible couverture engendre une faible accessibilité aux soins antituberculeux (9% des patients trouvent les services TB au 1^{er} contact avec le système de santé, variant entre <3% et 16% selon les régions, enquête PPA, 2019). A cela s'ajoutent les capacités techniques du personnel de santé et les moyens diagnostiques qui sont limités. Cela explique en partie la proportion importante de cas manquants (50% en 2021).
- A cette contrainte de disponibilité des services, s'ajoutent les freins au diagnostic liés, entre autres au montant du billet de cession (consultation et BAAR) fixé à 600 XAF (1€) dans le public et variable dans le privé entre 2500 – 6000 XAF (4-10 €),
- L'absence de soutien à tous les patients TB à l'exception des patients TB-RR/MR (30 mille XAF par mois pour l'alimentation et les frais de transport). Néanmoins, certains examens payants pèsent sur les patients TB-RR/MR, il s'agit par exemple de l'examen ECG (10 000 XAF) et Hépatite B,
- Le diagnostic et la prise en charge pédiatrique sont fortement centralisés dans les hôpitaux régionaux, centraux et de référence. Or, ce type de FOSA est pourtant peu accessible (éloignées des populations et coûts élevé des prestations) pour les principales couches vulnérables,
- L'étude de Chia (2019) sur la stigmatisation à Douala a montré que 21 % des patients tuberculeux étaient préoccupés par la stigmatisation liée à la divulgation de la maladie lorsqu'on leur demandait d'amener leurs contacts familiaux pour un dépistage de la

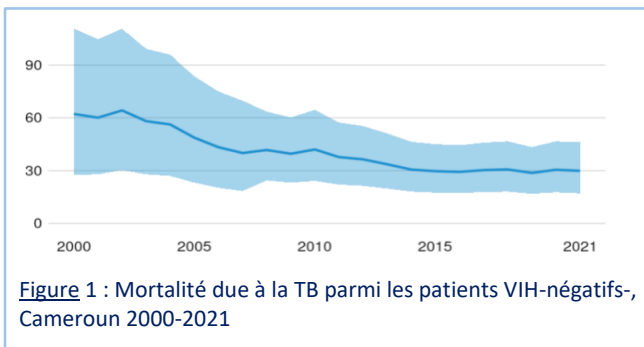
- tuberculose. La stigmatisation de la tuberculose entrave l'enquête sur les contacts communautaires, et dé motive également les patients à faire passer un TPT à leurs enfants,
- Les stratégies et interventions visant à lever les obstacles liés aux droits humains dans l'accès aux services de diagnostic et de traitement de la tuberculose restent ponctuelles et à petites échelles (limitées à 11 villes dans 8 régions).

1.3-Épidémiologie de la tuberculose au Cameroun

1.3.1- Niveau et tendances du poids de la tuberculose à Cameroun

La mesure du fardeau de la tuberculose (TB) au Cameroun est basée sur les estimations de l'OMS. En ce qui concerne la mortalité il manque un système d'enregistrement d'état civil fonctionnel et en ce qui concerne l'incidence, une enquête sur la prévalence de la TB n'a pas été réalisée.

Mortalité de la tuberculose et tendances

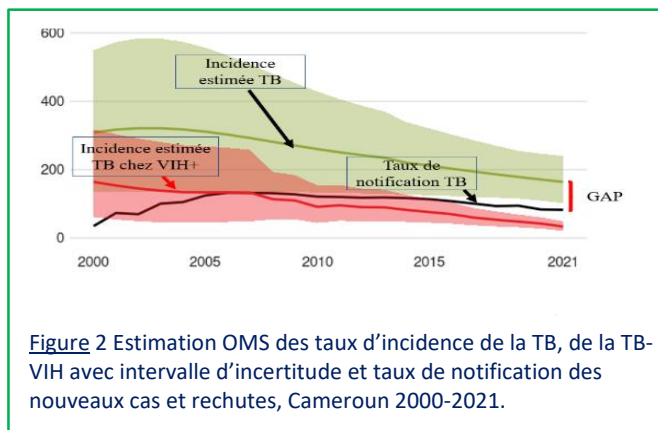


En 2021, la **mortalité due à la TB** (toutes formes, excluant VIH+) au Cameroun est estimée à 30 [17-46] décès pour 100 000 habitants (sources : www.who.int/tb/data). Après une diminution significative depuis 2000 (69 décès par 100 habitants) la tendance reste stable depuis 2015. Par contre, les estimations sur la mortalité parmi les patients coinfectés par le VIH montrent

une baisse de 55% (31 décès pour 100 000 habitants -> 14 décès pour 100 000 habitants) pour la même période.

Tendances de l'incidence et notification de la tuberculose

Pour la même année 2021, l'OMS estime le **nombre de cas-incidents de la TB** (nouveaux cas et rechutes) à 45 000 (IC 28 000 - 65 000) cas correspondant à un taux d'incidence de 164 (IC 102-240) cas pour 100 000 habitants. (OMS).



cas pour 100 000 habitants. (OMS). Pendant la période de 2000 à 2021 l'incidence estimée a connu une diminution de 47% (309 cas vs. 164 / 100 000 habitants).

L'estimation de cas-incidents parmi les patients coinfectés par le VIH est de 33 (21-49) /100 000 habitants en 2021. La Figure 2 présente les tendances des incidences et le taux de notification des nouveaux cas entre 2000 et 2021. Le taux de notification a été

de 85 cas / 100 000 habitants en 2021. Le gap entre estimation et notification persiste. Il oscille depuis 2015 autour de 50%. Une modélisation de l'endémie de la TB au Cameroun a démontré que les capacités diagnostiques et l'accès aux soins sont des paramètres-clés sur lesquels le contrôle de la maladie devrait agir pour diminuer l'incidence (Moualeu-Ngangue et al 2015). Dans ce contexte on a évoqué l'hypothèse que le contrôle de la TB basé principalement sur un réseau de CDT a trouvé sa limite intrinsèque et qu'il faut repenser la décentralisation du PNLT (Keugoung et al. 2013). Néanmoins, les données préliminaires de 2022 (en cours de validation) montrent une augmentation significative de la notification des cas (13%) probablement liée un effet rebond après la pandémie COVID qui avait provoqué une diminution de l'utilisation des services de santé et aussi à la mise en œuvre des activités

de recherche intensive des cas (Intensive Case Findings ou ACF Active Case Findings en Anglais) au niveau national.

L'analyse des variations annuelles (*Figure 3*), montre une forte variabilité avec des augmentations (+49 %) et des diminutions (- 9%).

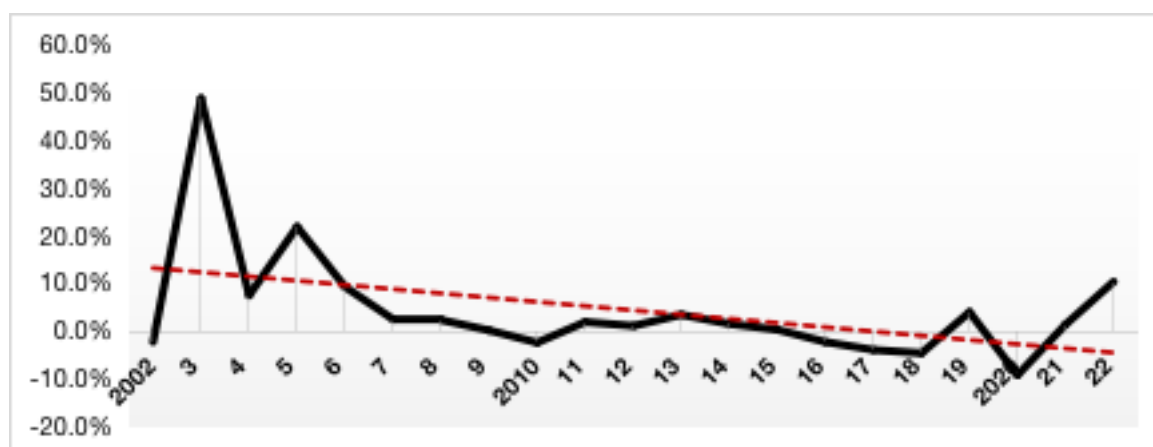
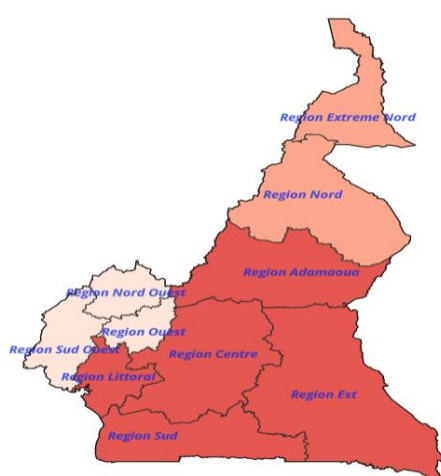


Figure 3 : Variation annuelle de la notification des nouveaux cas et rechutes (%), Cameroun, 2002-2022

Cette tendance dénote de l'irrégularité des activités de dépistage de la tuberculose. L'augmentation observée en 2019 serait due au projet TB Reach (Check TB) dans 7 régions. La Covid 19 a aussi perturbé les activités du PNLT en 2020 et occasionné une baisse de la notification de 9,2% par rapport à 2019. Mais, le programme a relancé et redynamisé les activités depuis 2021 avec une hausse de la notification des cas de tuberculose de 1,4% en 2021 et 10,3% en 2022.

1.3.2- Distribution géographique des cas de TB notifiés

Le taux de notification de cas de la TB varie d'une région à une autre. Les taux les plus importants se trouvent dans les régions de l'Adamaoua (117 cas / 100 000 habitants) et de l'Est (116 cas / 100000 habitants), les plus bas sont au Nord-Ouest (44 cas / 100 000 habitants) et à l'Ouest (47 cas / 100 000 habitants). (Figure 4)



Région	Taux de Notification pour 100000
Adamaoua	117
Est	116
Sud	105
Littoral	105
Centre	98
Nord	79
Extrême-Nord	70
Sud-Ouest	58
Ouest	47
Nord Ouest	44

Figure 4 : Taux de notification des cas de la TB (nouveaux cas et rechutes) par région administrative, Cameroun 2021.

Les raisons pouvant expliquer de telles différences peuvent être entre autres la prévalence du VIH, les différents degrés de pauvreté, la promiscuité et la densité de la population, les styles de vie, l'accès aux services de santé (de la TB), le climat et l'altitude des différentes régions, la présence de réfugiés ou de déplacés internes, et aussi la qualité du système de surveillance (sous-diagnostic, sous-notification). Il existe peu d'études ayant essayé d'élucider ces variations. Toutefois, les résultats d'une enquête sur le parcours thérapeutique des patients (PPA) ont démontré des associations entre les proportions des ménages comptés parmi les plus pauvres et l'accès limité aux services TB au premier lieu de consultation (Titahong et al. 2021).

La répartition des **cas de la TB selon la forme** entre 2017 et 2021 est présentée à la Figure 5.

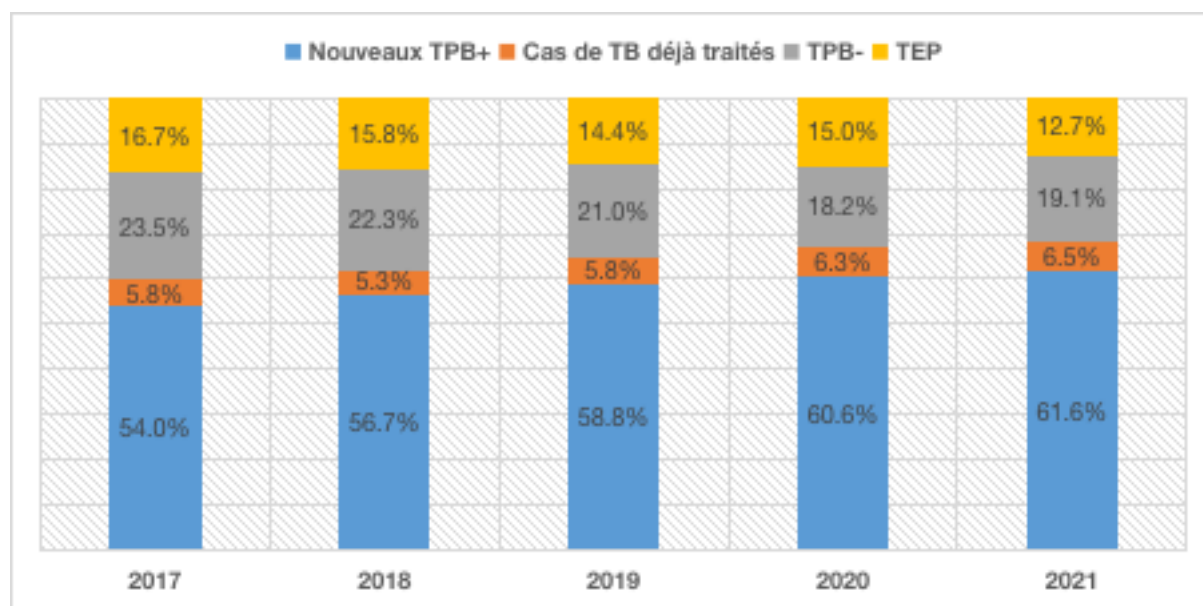


Figure 5 : Évolution de proportion des formes cliniques des cas TB toutes formes, Cameroun 2017-21.

A l'échelle régionale, la répartition des formes de tuberculose varie selon les régions (Figure 6). Un éventail de raisons peut être évoqué. La mauvaise utilisation des algorithmes de dépistage de la TB préconisés par le programme et/ou l'accès à des moyens de diagnostic plus ou moins sensibles, la capacité et la fonctionnalité des laboratoires peuvent intervenir, mais également la présence des spécialistes avec des moyens de diagnostics plus sophistiqués. Dans la région de l'Adamaoua, la prévalence de *M. bovis* peut être évoquée comme cause de la proportion importante de la TEP (Kuaban et al. 2014).

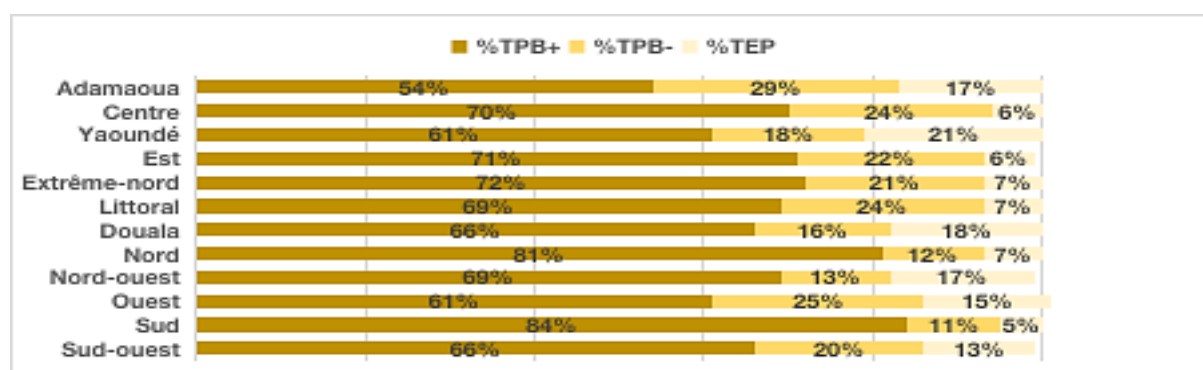


Figure 6 : Proportion des formes cliniques des cas TB toutes formes confondues, par région, Cameroun 2021.

1.3.3- Taux de déclaration par classe d'âge et par sexe

En 2021, la **répartition des cas de la TB par âge et par sexe** montre que la tranche d'âge la plus affectée est celle de 15 à 44 ans avec un total de 63% des cas (41% et 22% chez les hommes et les femmes, respectivement). Cette tendance demeure depuis plusieurs années comme illustré à la Figure 7 ci-dessous. Cette répartition plaide pour une transmission endémique toujours intense dans le pays. On note une proportion de 7% des cas de TB parmi les personnes ayant plus de 65ans entre 2020 et 2021.

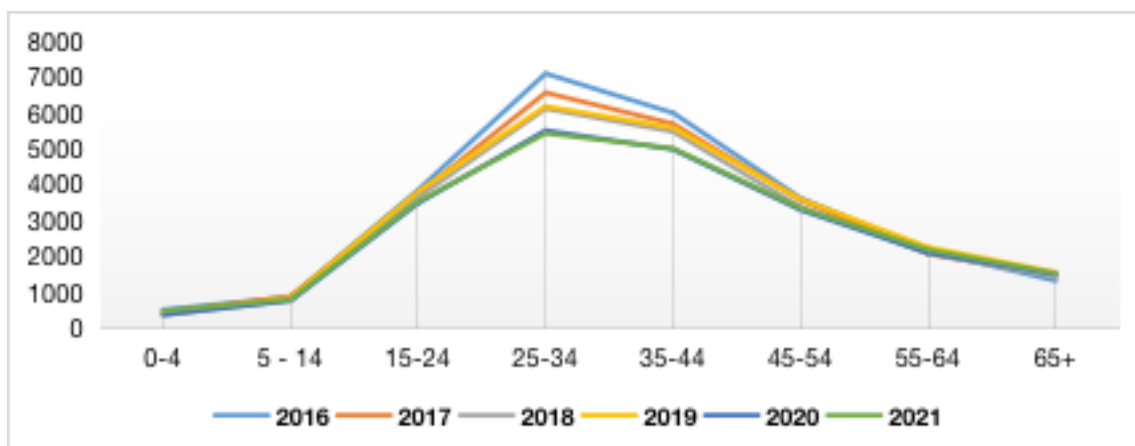


Figure 7 : Tendance d'évolution des nouveaux cas et rechutes par tranche d'âge et par sexe, Cameroun, 2021.

L'évolution de la **proportion des cas de TB chez les moins de 15 ans** au Cameroun entre 2016 et 2021 montre une légère augmentation entre 2018 et 2021, avec une moyenne nationale de 6% en 2021, loin des estimations de l'OMS pour les situations endémiques comme celle au Cameroun (10-15%). Il existe une forte variation régionale de la proportion d'enfants de moins de 15 ans parmi les cas de TB, due entre autres probablement aux disparités en termes de capacités et moyens diagnostiques de la TB chez l'enfant. (Figure 8)

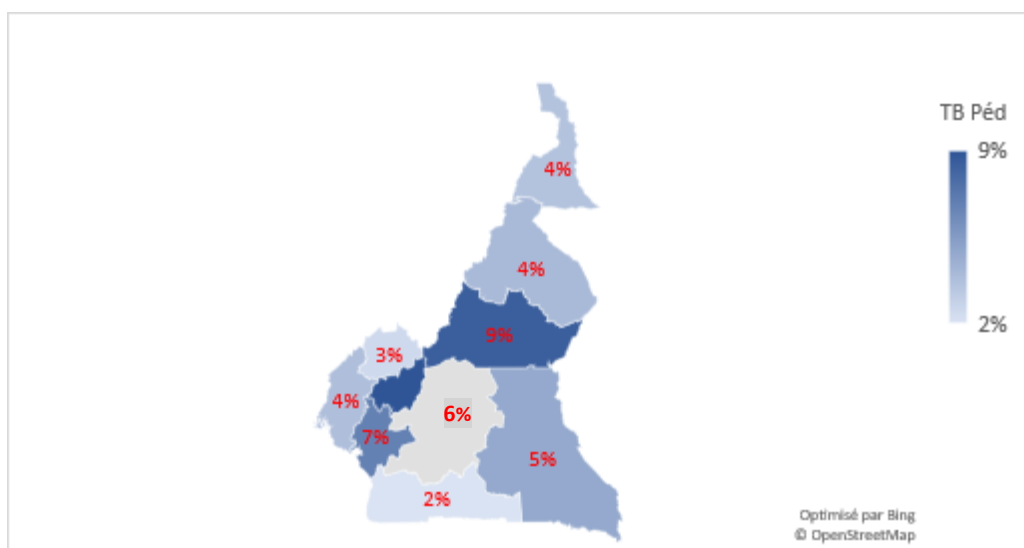


Figure 8 : Proportion des enfants de moins de 15 ans parmi tous les cas de la TB par région, Cameroun 2021.

Le **sexe ratio** moyen H/F des cas de la TB dépistés au Cameroun est passé de 1,4 à 1,8 entre 2016 et 2021 ; relativement, de moins en moins de femmes sont donc notifiées avec la TB.

En 2021, le sex ratio a varié entre 2,6 dans la région de l'Extrême Nord et Nord et 1,3 dans la région du Nord-Ouest. Cette variation peut être due aux conditions socio-économiques mais aussi à des particularités culturelles de recours aux soins.

L'OMS a estimé les gaps en notification par sexe et par âge. (Figure 9) Une analyse fine montre un **sous-diagnostic en défaveur des femmes** dans les tranches d'âge de 35-44 et 45-54 (voir aussi www.who.int/tb/data)

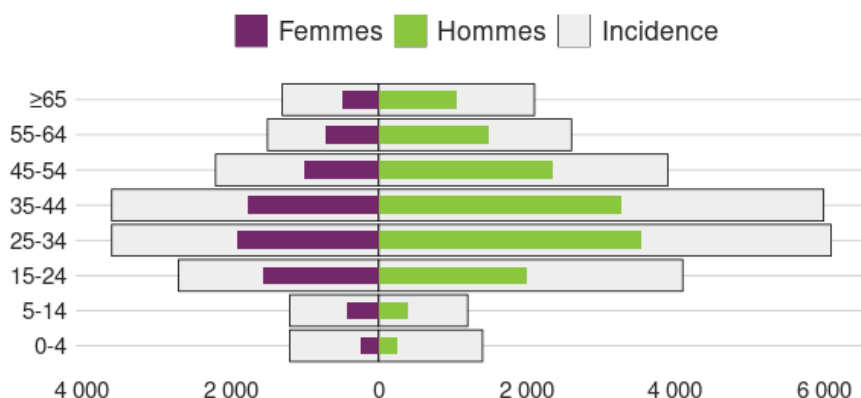


Figure 9 : Estimation OMS de l'incidence de la TB par tranche d'âge et sexe relativement aux notifications, Cameroun 2021.

1.3.4- Notification des cas de tuberculose dans les groupes à risque

Parmi les **populations-clés et vulnérables**, le PNLT a ciblé hormis les enfants de <5ans et les PVVIH et les détenus, le personnel de santé en contact avec les patients TB, les miniers, les réfugiés, les déplacés internes (IDP) ainsi que les habitants des quartiers urbains particulièrement défavorisés :

- Le Programme dispose de très peu d'informations sur le diabète comme **comorbidité** de la TB.
- Le Cameroun compte en 2022 environ 80 maisons d'arrêt (MA) fonctionnelles, abritant en moyenne 33 000 **détenus**. Le dépistage de la TB (et du VIH) se fait à l'entrée (entry screening) dans la majorité des MA fonctionnelles (>90% couverture). Le diagnostic et la prise en charge se font dans la MA s'il s'agit d'un CDT, dans le cas contraire ceci se fait dans un CDT voisin. Les activités de contrôle de la TB comprennent le entry screening, le dépistage de masse, le screening de contact et la sensibilisation permanente par des pairs-éducateurs. Néanmoins, ce dispositif n'a pas réussi à diminuer la forte transmission endémique dans les MA. Une raison est l'opérationnalisation incomplète des interventions préconisées. Force est de constater que les conditions d'incarcération n'aident pas à limiter la transmission dans les MA : promiscuité très forte, malnutrition, manque d'hygiène, etc. Parmi les détenus, selon les statistiques provisoires, 545 cas de TB ont été notifiés au cours de l'année 2022 suggérant une incidence d'au moins 10 à 15 fois supérieure à celle dans la population civile ou générale. Plusieurs MA ont connu des mini-épidémies de TB-RR/MR.
- Les statistiques 2022 du PNLT a rapporté 75 cas de la TB parmi le **personnel de la santé** en contact ou non avec les patients de TB,
- 236 cas parmi les **réfugiés** et 118 cas parmi les déplacés internes (**IDP**) ont été notifiés en 2022.

L'incidence ou la prévalence de la maladie parmi les miniers ou les habitants des quartiers péri-urbains particulièrement défavorisés est peu connue.

1.3.5- TB résistante à la Rifampicine et multirésistante

Le dépistage systématique de la **tuberculose multirésistante (TB-RR/MR)** se fait avec GeneXpert parmi les groupes-cibles définis : les cas de retraitement, les contrôles M2, M5 positifs, les cas contacts TB-RR/MR, les enfants de moins de 5 ans, les PVVIH, les détenus, les réfugiés et les cas présumés ou confirmés de la TB venant des pays voisins. La faible couverture de traitement, 17% soit 138 cas sur 810 cas estimés (rapport de l’OMS 2022), peut s’expliquer en partie par la faible couverture du diagnostic avec GeneXpert (38,1% de tests GeneXpert réalisés en 2022).

La cascade de la prise en charge de la TB-RR/MR, partant du dépistage, allant au diagnostic et à la mise sous traitement entre 2014 et 2021 est présentée dans la Figure 10. On note un écart persistant important entre les cas diagnostiqués et ceux mis sous traitement (79% en 2021).

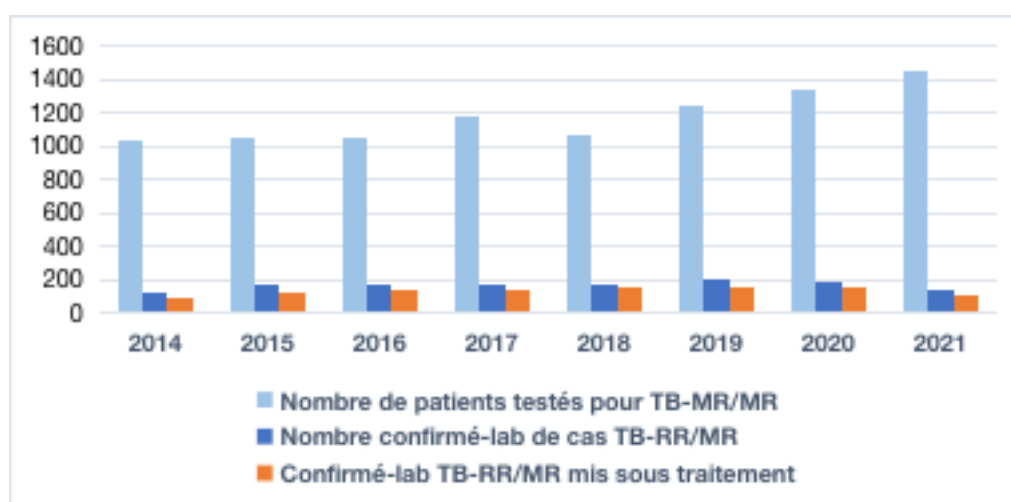


Figure 10 : Cascade dépistage et prise en charge de la TBRR/MR, Cameroun, 2014 – 2021.

Les résultats de succès de traitement ont oscillé autour de 80% au cours des dernières 5 années. Ce résultat est probablement dû à une proportion importante des patients coinfectés se présentant avec la TB-RR/MR dans un état avancé de leur coinfection.

1.3.6- Coinfection TB/VIH

La couverture du **dépistage VIH chez les patients tuberculeux** était de 94% au niveau national en 2021, variant entre 86% (Extrême-Nord –(EN)) et 100% (Nord-Ouest (NW) et Sud-Ouest (SW) EN, Ouest). Parmi les patients testés, la proportion de cas coinfectés TB/VIH étant de 20% en 2021, variant entre 9% (EN) et 38% (NW). Les différences en prévalence de l’infection à VIH dans les régions et aussi l’accès aux services peuvent être évoqués comme étant à la base de cette variation.

Parmi les patients diagnostiqués comme coinfectés TB/VIH, un total de 99% des cas ont été mis sous TARV en 2021. La proportion de cas coinfectés TB/VIH mis sous cotrimoxazole était presque autant satisfaisante avec 96 % en 2021.

1.3.7- Issues thérapeutiques

Le **taux de succès thérapeutique pour le traitement de la tuberculose sensible** aux antituberculeux de première ligne, toutes les formes confondues, est de 86% (81%- 91%) pour la cohorte nationale de 2020. Malgré une légère progression, ce taux reste insuffisant depuis 7 ans par rapport à l'objectif visé par l'OMS (90%). (Figure 11). Les principales causes de non atteinte de la cible sont les taux de perdus de vue/non évalués (7%) et des décès importants (5%). Les taux de décès sont particulièrement importants dans les régions du Centre (10,3%) qui abritent le principal CDT (hôpital Jamot, hôpital de référence pour les cas de TB, (Nguepy Keubo et al. 2018 ; Balkissou et al. 2022)) et dans l'Ouest (8,1%) indiquant des défaillances de soins (Figure 12). L'utilisation progressive de TB LAMP et de GeneXpert se traduit dans une légère augmentation de la proportion des cas bactériologiquement confirmés.

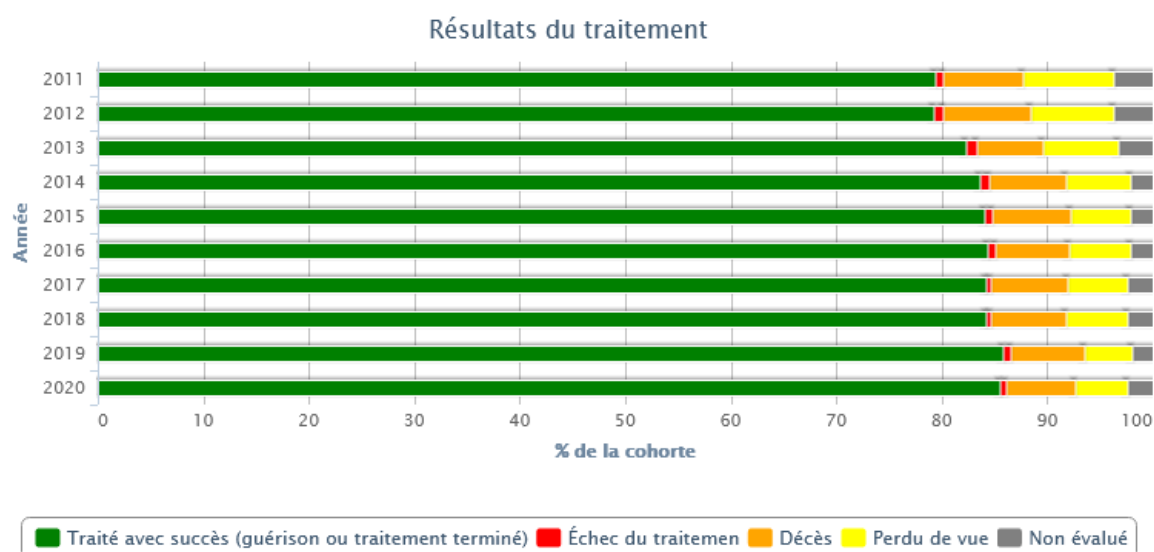


Figure 11 : Résultats de traitement des nouveaux cas et rechutes, Cameroun, 2014 -2020.

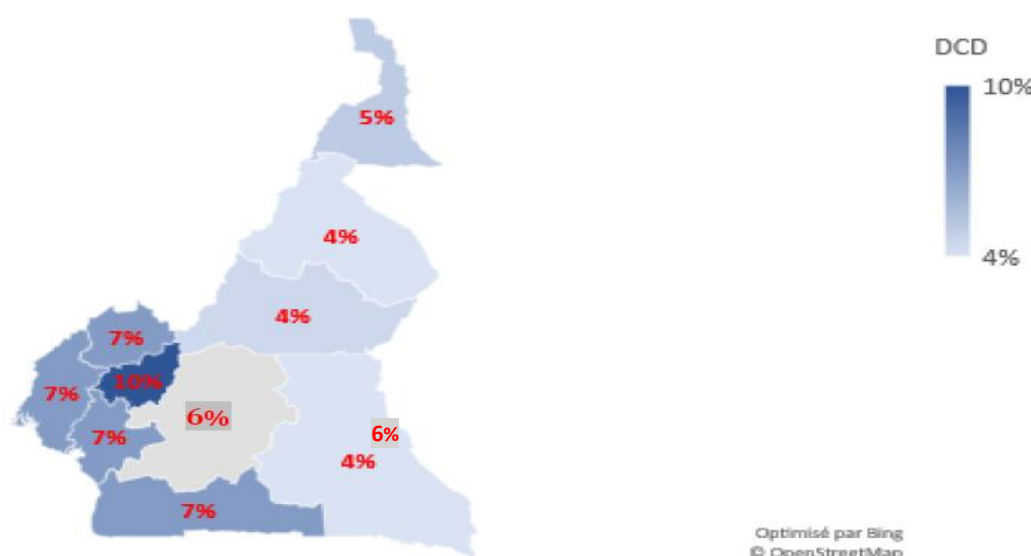


Figure 12 : Répartition des % de décès au sein des nouveaux cas et rechutes, Cameroun, Cohorte 2020

1.3.9- Traitement préventif de la tuberculose

Un total de 6 878 enfants de moins de 5 ans a été mis sous **traitement prophylactique de la TB (TPT)** à l'INH et en partie au 3RH en 2022. Les régions de l'Extrême-Nord, du Centre et du Nord ont mis relativement le plus grand nombre d'enfants sous TPT. Les outils du rapportage du PNLT ne permettent de renseigner le nombre d'enfants contacts chez qui la recherche active a été faite et les contacts éligibles au traitement prophylactique.

1.4- Résultats du programme à mi-parcours (2020-2021)

D'après les résultats de la revue à mi-parcours du PSN TB 2020-2024, la performance du PNLT se présente comme suit :

Tableau IV : Niveau de réalisation des principaux indicateurs au cours de 2020-2022, Cameroun

Indicateurs	Baseline 2018	2020	2021	2022	Commentaires
1. Nombre de CDT fonctionnels	261	280	307	327	GAP de 34 CDT en 2022 par rapport à la planification (cible de 361 prévu en fin 2022).
2. Nombre de nouveaux cas et rechutes	23 757	22 387 (76%)	22 866 (72%)	24 722 (75%)	29 457 attendus en 2020 ; 31 758 en 2021 et 33 715 en 2022 selon le PSN TB 2020
3. % d'enfant 0-14 ans par les tous les cas de TB	5%	5%	5%	6%	Sous-notification persistante vs 10-15% attendus (1164 cas en 2018, 1255 en 2019, 1158 en 2020, 1301 en 2021 e 1363 en 2022)
4. % de cas TB notifiés grâce aux communautaires	ND	376	717	1318 (45%)	45% de la cible atteinte en 2022 (soit 1318 / 2904) avec une contribution de 5,3% au niveau national.
5. Succès thérapeutique	84%	86%	87%	NA	Persistance de PDV/non évalués et décès empêchant l'atteinte de la cible OMS de 90%
6. TB pharmaco résistante	174	175 (50%)	139 (33%)	174 (34%)	Sous-notification des cas de TBMR par rapport à la cible du PSN (174 en 2018, 353 en 2020, 424 en 2021 et 508 en 2022)
7. Testing VIH	ND	91%	94%	96%	La cible du PSN de 95% largement atteinte
8. TARV chez les patients TB	ND	98%	99%	98%	La cible du PSN de 95% largement atteinte
9. Traitement préventif chez les enfants < 5 ans	ND	4319	5439 (6 276)	6878 (10 650)	87% en 2021 et 65% en 2022 du taux de couverture du TPT chez les enfants < 5ans.
10. Personnes détenues avec TB	483	414	317	545	Activité à renforcer avec l'appui du SR (GIZ /JAPSSO)
11. Cas TB au sein des Réfugiés	ND	74	138	236	Activité à renforcer avec l'appui du SR (GIZ /JAPSSO)
12. Cas TB au sein des Déplacés internes	ND	133	104	118	Activité à renforcer avec l'appui du SR (GIZ /JAPSSO)

Tableau V : Niveau de réalisation des cibles UNHLM TB 2018-2022 au Cameroun

	2018	2019	2020	2021	2022
Cibles TB sensible	23 800	27 200	35 000	36 600	34 200
Notification TB sensible	23 403	24 331	22 102	22 409	24 722
%	98%	89%	63%	61%	72%
Cibles TB-RR/MR	147	228	519	754	808
Notification TB-RR/MR	172	195	179	139	241
%	117%	86%	34%	18%	30%
Cibles TB pédiatrique	1 200	1 700	3 000	3 700	3 600
Notification TB pédiatrique	1 164	1 255	1 158	1 301	1360
%	97%	74%	39%	35%	38%
Cible TPT enfants < 5 ans	2 440	5 310	10 210	14 360	16 950
Notification TPT enfants < 5 ans	2 444	2 933	4 319	5 439	6 878
%	100%	55%	42%	38%	41%

A partir des tableaux IV et IV, nous pouvons synthétiser les principaux résultats du PLNT à mi-parcours comme ci-après :

- Atteinte à 72-75% des cibles de TB sensible (adultes et enfants) planifiées au PSN TB 2020-2024 pour la période 2020-2022. Elle a été de de 63-72% pour les cibles UNHLM pour la même période,
- Proportion des enfants au sein des cas de tuberculose notifiés entre 2020-2022 autour de 5-6% (contre 10-15% préconisé par l'OMS) tandis que le pays n'atteint que 35-38% des cibles UNHLM pédiatriques de 2020 à 2022,
- Atteinte à 33-49% des cibles TB-RR/MR du PSN TB 2020-2024 contre 18-34% pour les cibles UNHLM TB-RR/MR pour la période 2020-2022,
- Atteinte à 67-87% des cibles TPT chez les < 5ans du PSN TB 2020-2024 contre 38-42% pour les cibles UNHLM TPT < 5ans pour la période 2020-2022,

Les performances atteintes par le PNLT au cours de la période mi-parcours du PSN TB 2020-2024 sont appréciables même s'il reste encore des efforts à fournir pour améliorer la performance spécialement en termes de notification des cas de TB et de TB-RR/MR et de couverture du TPT chez les < 5ans étendus aux adultes et aux PVVIH. Il s'agit aussi d'améliorer le suivi du patient par la réduction des taux de décès et de perdus de vue/non évalués.

Par ailleurs, l'analyse épidémiologique a mis en évidence que la transmission reste active au sein de la population et la tuberculose touche en majorité les jeunes de 25-34 ans en pleine activité. Ce qui justifie en partie la couverture insuffisante du traitement estimée à 50% en 2021.

1.5- Forces, faiblesses, opportunités et menaces (Analyse FFOM)

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> - Engagement politique du Ministère de la Santé Publique et du gouvernement à travers l'inscription de la lutte contre la TB comme une priorité dans les documents politiques et stratégiques nationales en matière de santé (SSS 2016-2027), - Mise à jour régulière des stratégies quinquennales de lutte contre la tuberculose depuis 2010, - Directives de prise en charge de la tuberculose à jour selon les recommandations 2020/2022 de l'OMS, - Disponibilité d'une équipe de gestion et de suivi des activités formée et motivée tant au niveau central qu'au niveau régional du PNLT. - Infrastructures de prise en charge disponibles (327 CDT en 2022) et accessibles aux niveaux national, régional et opérationnel, - Disponibilité d'un personnel de santé formé dans les CDT/CT pour la prise en charge de la tuberculose, - Disponibilité d'un réseau laboratoire et des équipements de travail (292 microscopes, 72 GeneXpert, 50 appareils TB-LAMP), - Disponibilité de 04 appareils de radiographies mobiles pour les dépistages actifs, - Les médicaments de la tuberculose sensible et résistante sont gratuits pour tous les patients - Soutien aux patients pour le traitement des TB-MR (appui nutritionnel, frais de transport, frais d'hospitalisation, médicaments non spécifiques, bilans pré et per-thérapeutiques) 	<ul style="list-style-type: none"> - Faible accessibilité aux soins antituberculeux (9% selon l'enquête PPA de 2019) avec des variations régionales de 3 à 16%, - Sous notification/diagnostic des cas TB selon le nombre de cas attendus/OMS (50% des nouveaux cas de tuberculose ont échappé au diagnostic en 2021), - Faible activité d'identification et de référence des cas présumés de tuberculose au niveau des 5 886 FOSA non CDT (insuffisance de formation, absence d'un système de transport de crachat des FOSA vers les CDT géré directement au niveau district), - Insuffisance des activités de recherche intensive ciblées au sein des populations à risque (PvVIH, enfants contacts < 5 ans y compris avec malnutrition, contacts TB/TB-MR, réfugiés...etc), - Insuffisance de collaboration avec le CNLS qui mène déjà des activités de dépistage du VIH dans l'environnement des mines, - Inexistence d'un comité de coordination TB/VIH au niveau régional pour les activités de collaboration entre les deux programmes - Utilisation non encore optimale des outils de diagnostic tels que le GeneXpert pour le diagnostic de la TB : 28,5 % en 2021 (20 511 tests sur 72 000), - Recherche insuffisante de patients TB-MR (% cas retraitement, positif au M2, au M5 et contacts TB-MR testés non connus, cible 100% recommandée), - Prise en charge des patients TB-MR avec 21% (37 /174) en 2022 non traités

<ul style="list-style-type: none"> - Bonne collaboration TB/VIH avec plus de 95% de patients TB testés au VIH et mis sous ARV, - La transition vers le traitement court pour le TPT a été adopté : RH pour les enfants <5ans ans et HP pour les PvVIH. - Participation effective des communautaires dans la lutte contre la tuberculose (plus de 5% des cas de TB dépistés et notifiés grâce aux communautaires) 	<p>pour refus de traitement, abandon précoce et décès,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vétusté des bâtiments des sites de prise en charge de TB-MR surtout à Yaoundé et Douala, - Taux de succès thérapeutique insuffisant (87% < 90%) avec des taux de perdus de vue/non évalués (7%) et de décès (5%) élevés chez les nouveaux cas et rechutes, et respectivement 14% et 6% chez les cas en retraitement (Cohorte 2021), - Taux de succès thérapeutique insuffisant (83%) lié aux taux élevés de décès et de perdus de vue 15% (Cohorte 2021) et aux insuffisances de suivi des patients TB-MR pris en charge au niveau des sites collaborateurs durant la phase de continuation. Mais dû aussi aux délais importants entre diagnostic au laboratoire et début de la prise en charge, - Problème de circuit des données laboratoire en ce qui concerne TB-RR/MR Absence d'un médecin référent TB-MR qui suit toute la cohorte des TB-RR/MR sous traitement. - Insuffisance de vérification des données saisies dans le DHIS 2 - Insuffisance de validation des données sur site (les sites à forte fréquentation), - Faible suivi de la mise en œuvre des recommandations des supervisions des activités de lutte contre la TB à tous les niveaux du système de soins (absence de registre de supervision, persistance des problèmes, etc) - Absence de directives écrites (SOP, profil des superviseurs, modèle de rapport, cadre de résultat) sur la supervision,
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Faible coordination des différents partenaires du PNLT (absence d'un cadre de coordination des acteurs, inexistence de plan intégré des actions des partenaires), - Moyens logistiques du programme insuffisants : cadre de travail inadapté, pas de véhicules, pas d'ordinateurs, etc - Les stratégies et interventions visant à lever les obstacles liés aux droits humains dans l'accès aux services de diagnostic et de traitement de la tuberculose restent ponctuelles et à petites échelles (limitées à 11 villes dans 8 régions).
Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> - Accompagnement confirmé du PNLT par des partenaires techniques (OMS, UNION, HCR, GIZ, EGPAF) et financiers (Fonds Mondial, PEPFAR, etc.), - Couverture Santé Universelle en cours de développement - Existence d'un plan stratégique santé communautaire 2021-2025 et la volonté politique d'intégrer la TB dans le paquet d'activité des ASCP (ACRA et APS respectivement pour la TB et la TB-MR) - La présence d'un tissu associatif et de nombreuses organisations de la société civile qui pourraient collaborer avec le PNLT (RECAJ, AFASO, etc), - L'existence d'instituts de recherche et d'universités avec lesquelles il y a possibilité de collaborer (CPC, INSP, CIRCB, IMPM, facultés de médecine... etc), - Possibilité de collaboration avec les sociétés savantes, le secteur privé lucratif (sociétés savantes pédiatrie, pneumologie, cliniques privées) 	<ul style="list-style-type: none"> - Faible accessibilité aux services de santé estimée à 41,7³% au niveau national avec de grandes disparités régionales (% de population vivant à moins de 5 km d'une FOSA), - Instabilité et troubles sociaux (crise sécuritaire) dans les régions du Sud-Ouest, du Nord-Ouest et de l'Extrême-Nord, - Insuffisance des fonds domestiques alloués et mobilisés pour la lutte contre la tuberculose - Rotation ou mutation du personnel formé sur la tuberculose perturbant la gestion du programme et aussi la prise en charge des patients - Contexte épidémique / pandémique (exemple : Covid)

³ <https://aho.afro.who.int/ind/af?lang=fr>

<ul style="list-style-type: none"> - Collaboration possible du PNLT avec le Ministère de l'éducation de Base (MINEDUB) et le Ministère de l'Enseignement Secondaire (MINESEC) dans le cadre de la santé scolaire - Possibilité de financement auprès des collectivités territoriales et entreprises privées 	
---	--

1.6- Lacunes programmatiques prioritaires de la lutte contre la tuberculose

Les lacunes principales programmatiques issues du contrôle de la tuberculose sont relatives au faible accès au dépistage et diagnostic des cas de tuberculose, au faible suivi des patients sous traitement, à la relativement fonctionnalité du guichet unique, au respect des droits humains et genre et à la coordination du programme à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

A. Faible accès au dépistage et au diagnostic des cas : persistance depuis plus d'une décennie d'un gap important entre le nombre de cas attendus/OMS et le nombre de nouveaux cas TB et TB-MR dépistés et notifiés par le PNLT qui oscille entre 47 et 51%.

S'agissant des cas manquants, il y a une question fondamentale qui demeure : où se trouvent les patients ? Plusieurs pistes de réponses peuvent être envisagées :

- les cas présumés ou patients tuberculeux (groupes à risque et patients avec ou sans symptômes) ne consultent pas les formations sanitaires à cause des difficultés d'accès qui peuvent être de divers ordres, ou à cause de la méconnaissance de la maladie TB ou des services de lutte contre la TB ;
- les patients consultent les FOSA mais ils ne sont pas diagnostiqués pour plusieurs raisons telles que le manque de capacité technique à diagnostiquer, la faible sensibilité des outils de diagnostic, la faible compétence du personnel sur la présomption de la tuberculose, etc. (sous-diagnostic) ;
- les patients consultent les FOSA, ils sont diagnostiqués mais ils ne sont pas pris en charge (perdus de vue entre le laboratoire et le début du traitement) ou pas rapportés par le système (sous-notification des cas) ;

La question d'accessibilité aux soins de santé a un caractère systémique sur le territoire camerounais. En effet, le taux d'accessibilité physique est relativement faible et estimé à 41,7% (observatoire OMS) en 2020. Les contraintes financières, géographiques et les pesanteurs socio-culturelles semblent contribuer à entretenir cette faible accessibilité, mais ceci n'est pas documenté.

Le Cameroun a organisé en 2019, une enquête sur l'analyse du parcours des patients (*Patient Pathway Analysis – PPA*⁴) avec comme proxy pour la présomption de tuberculose la recherche de soins pour un

⁴La méthodologie **Patient-pathway analysis** (PPA) a été développée pour mieux comprendre l'adéquation entre la recherche des soins par les patients et la disponibilité des services de TB. Elle vise à décrire les démarches entreprises par les patients présumés tuberculeux dès son premier contact avec les services de santé jusqu'au moment de la guérison : disponibilité du screening, du diagnostic, et du traitement à différents niveaux du système de santé. Patient Pathway Analysis: How-to Guide Assessing the Alignment of TB Patient Care Seeking & TB Service Delivery.

http://www.stoptb.org/assets/documents/global/awards/tbreach/TB_Patient%20Pathways%20Guide.pdf

enfant <5ans avec fièvre pendant les deux semaines antérieures. L'analyse des parcours a montré que 9% seulement des cas présumés de TB se sont rendus dans une FOSA offrant la prise en charge de la TB lors de la recherche initiale de soins, l'accès variant de <3% à 16% dans les dix (10) régions du pays. Soixante-douze pour cent des FOSA qui fournissent des services antituberculeux sont des hôpitaux publics et 28% des hôpitaux privés. La plupart des Camerounais (87%) consultent en 1^{ère} intention dans les FOSA de niveau périphérique (5 715 CSI et 524 CMA) avec une faible couverture en CDT (1,3% sur les 6 239 CSI/CMA, comme montré au tableau VI ci-dessous) ou les centres de santé privés informels sans services antituberculeux. Les écarts étaient les plus importants dans les régions où la prévalence de la pauvreté est la plus élevée, un facteur déterminant de la tuberculose.

Comme on peut observer au tableau VI ci-après, la couverture en CDT dans les FOSA de référence de soins se situe entre 43-83% alors que celle des FOSA de niveau périphérique est seulement de 20% avec une contribution au dépistage de 10%.

Tableau VI : Couverture des CDT par niveau de soins au Cameroun, 2021-2022

Structures Sanitaires	Couverture en CDT	Apport sur la notification (2021)	Apport sur la notification (2022)
FOSA publiques	235	17 220	19 174
5 715 CSI	16 (0,3%)	134 (1%)	272 (1%)
524 CMA	51 (9,7%)	2044 (9%)	2316 (9%)
303 HD	133 (44%)	8594 (38%)	9245 (37%)
19 HR	15 (79%)	3343 (15%)	3763 (15%)
11 HC	10 (91%)	2606 (11%)	2962 (12%)
07 HG	03 (43%)	213 (1%)	221 (1%)
Prisons	07	286 (1%)	395 (2%)
FOSA privées	92	5 646 (25%)	6 112 (24%)
Total	327		

En 2022, le PNLT disposait de 327 CDT pour rapprocher les services de prise en charge de la TB de la population mais le nombre de CDT paraît insuffisant au regard de la taille de la population et de l'étendue du territoire. Il manque aussi des données sur l'analyse de la fonctionnalité des 327 CDT existants. Ce qui pourrait renseigner sur l'importance du taux de fréquentation de ces CDT, la capacité d'identification des cas présumés TB à la consultation, la bonne référence de ces présumés TB au laboratoire, le diagnostic et l'initiation du traitement. Elle pourrait aussi informer sur le taux de déperdition entre la consultation, le laboratoire et l'initiation du traitement. Cette analyse pourrait fournir des évidences sur la nécessité de renforcer certains CDT existants et la suppression d'autres CDT au profit de la création de nouveaux CDT afin d'augmenter effectivement l'offre des services TB. De nouveaux CDT pourraient être envisagés au niveau des FOSA de niveau périphérique où la fréquentation est très bonne (87%) selon l'enquête PPA tout en tenant compte des conditions évoquées ci-dessus.

Pour compléter le système classique de mise en place de CDT, il sera opportun de mettre en place un réseau de FOSA de niveau périphérique au niveau des FOSA ayant une bonne fréquentation (10-30 consultations/jour) pour le référencement des cas (collecte et transport d'échantillons de crachat ou de lames) vers les CDT proches pour examen.

Dans cette perspective d'élargissement de l'accessibilité à la prise en charge de la TB, le PNLT a mis en place :

- un système de mentorship au 4^{ème} trimestre de 2021, avec 157 mentors positionnés à la fois au niveau des autres portes d'entrée au sein des CDT et au niveau des FOSA non-CDT pour identifier et référer les cas présumés TB vers le laboratoire du CDT pour être diagnostiqués. Ils contribuent également à l'initiation du traitement antituberculeux. Cette stratégie a certainement contribué à augmenter le nombre de tests diagnostiques offerts aux présumés passant de 27 106 à 32 356 en une année (T4 2021 – T4 2022) mais l'impact sur la notification des cas n'est pas encore évident. L'analyse des données de mise en œuvre de cette stratégie a surtout mis en lumière une déperdition importante entre le laboratoire et le CDT de prise en charge,
- un système communautaire de recherche active des cas avec 251 ACRA (Agents Communautaires de Recherche Active) positionnés autour des CDT en zones urbaines au niveau de huit (08) régions et Vingt-huit (28) districts. Ils font l'enquête d'entourage à partir du cas index (TB) en famille et en communauté, l'orientation des cas présumés TB vers les CDT (adultes et enfants), les Visites à Domicile (VAD), la sensibilisation de proximité et de masse. Les résultats des activités menées par les ACRA au cours des années antérieures ne sont pas disponibles au PNLT.
- Le programme a été enrôlé en 2020 dans un projet sous-régional intitulé CETA (Contribuer à l'Élimination de la Tuberculose en Afrique) bâti sur trois (3) axes principaux : a) améliorer le diagnostic et la prévention de la tuberculose par les enquêtes d'entourage b) améliorer l'offre de soins pour la TB sensible et la TBMR et c) renforcer la gouvernance du PNLT. 130 sites CETA existent à la fin de 2022. Il est encore prématuré d'évoquer l'impact de cette initiative sur la notification des cas de tuberculose dans le pays,

La plupart du personnel des FOSA particulièrement non-CDTne connaît comme signe de la TB principalement que la toux prolongée (plus de 2 semaines). Ceci constitue un handicap majeur pour l'identification des présumés, le prélèvement des échantillons de crachat/confection de lames et le transport vers les laboratoires des CDT. Par ailleurs, les recommandations par rapport au dépistage basé sur la symptomatologie de la TB ont évolué au cours de ces dernières années. Il ne s'agit plus de tenir compte seulement de la toux mais aussi de tous les autres signes de la TB en l'occurrence une forte fièvre, l'amaigrissement sans raison/perte de poids, la fatigue et le manque d'appétit plus la notion de « personne à risque pour avoir la maladie de la TB ». Par conséquent, le fait de prioriser la toux ou d'occulter les autres signes risque de causer une proportion significative d'opportunités manquées.

Le PNLT a poursuivi le dépistage de la TB au sein des groupes à risque et/ou vulnérables avec l'extension aux réfugiés et aux déplacés internes. La recherche de la tuberculose chez les patients diabétiques et dans les environnements miniers n'est pas encore bien implantée dans le paquet de services offert par les CDT. La recherche de la tuberculose chez les PvVIH n'est pas systématique dans les unités de prise en charge (UPEC). Il n'existe pas un algorithme clair pour la recherche de la TB chez les sujets contacts TB-MR, les enfants avec une malnutrition sévère et aigüe et les miniers.

disséminées

La recherche active ciblée de la TB dans les populations clés et vulnérables reste timide et nécessite une nouvelle approche différenciée, multisectorielle avec une forte composante communautaire.

B. Qualité du diagnostic de la TB, de la TB pédiatrique et de la TB-MR

Selon le guide technique du PNLT, Le Cameroun a adopté le diagnostic initial par test moléculaire (GeneXpert et TB-LAMP) dans les structures disposant des appareils GeneXpert et TB-Lamp. La microscopie est toujours en vigueur dans les autres structures pour le suivi des cas diagnostiqués. L'articulation entre les différents tests (microscopie, TB LAMP, GeneXpert) consiste à référer tous les échantillons négatifs à la microscopie pour un test TB LAMP et tous les tests positifs à la microscopie et au TB LAMP pour un test GeneXpert. Tous les cas présumés ne bénéficient pas de la bacilloscopie pour évaluer la charge bacillaire au début du traitement et faciliter le contrôle au cours de l'évolution du traitement.

On observe un taux de positivité combiné bacilloscopie/GeneXpert/TB-LAMP autour de 13% en 2022 au lieu de 10% tel que recommandé par l'OMS. Les données du laboratoire ne permettent pas d'analyser la charge bacillaire pour juger si les patients se présentaient tardivement dans une FOSA capable de les diagnostiquer ou qu'ils n'ont pas été identifiés précocement comme étant des patients TB présumés. Mais la faible accessibilité (9%) révélée par l'enquête PPA de 2019 et la faible couverture des FOSA de niveau périphérique en CDT (2,5%) alors que 87% des Camerounais consultent à ce niveau de soins posent la problématique de l'inadéquation entre la recherche des soins et la disponibilité des services TB. Les cas présumés TB qui consultent en général n'ont pas une connaissance exacte des FOSA qui ont la capacité de diagnostiquer la tuberculose. Ils se présentent souvent au niveau des CSI et CMA, qui devraient appliquer le diagnostic différentiel de la tuberculose incluant la TB, la suspicion et le référencement des cas présumés de la TB vers les CDT et poursuivre la prise en charge en tant que centre de traitement. Le PNLT est loin de l'effectivité de cette bonne pratique.

Une amélioration de la qualité de soins (personnel qualifié, outils de diagnostic et algorithmes basés sur les récentes recommandations de l'OMS) et une sélection précoce de cas présumés de TB au niveau des services de consultation externes sont indispensables pour l'efficacité de la prise en charge des patients.

Les contrôles de qualité du réseau de microscopie effectués en 2022 ont montré que 67% des laboratoires fonctionnels ont bénéficié de contrôle de qualité externe pour la microscopie de frottis et 78,5% des laboratoires ont été jugés performants. Ce qui reste en deçà des 90-95% attendus. Cette performance reste mitigée dans la mesure où tous les laboratoires n'ont pas été enrôlés au contrôle de qualité externe. Il faut aussi mentionner que les supervisions du réseau du laboratoire de microscopie qui constituent un élément central ne sont pas régulières et les grilles ainsi que les stratégies de supervisions ont besoin d'être mises à jour.

Par ailleurs, la disponibilité des résultats de culture n'est pas optimale comme en témoignent les résultats de la revue à mi-parcours où il a été mentionné que la guérison des malades n'est toujours pas constatée par les résultats de cultures car ils sont tardifs. Néanmoins, le pays peut réaliser le LPA dont le rendu des résultats est plus court. Par ailleurs, il est noté à la même période que le tiers des patients TB-MR notifiés ne sont pas traités et cela perdure malgré les solutions entreprises.

Jusqu'à fin décembre 2022, le PNLT a déployé 56 appareils GeneXpert de 4 modules (avec une capacité de 72 000 tests / an à raison de 2000 tests/an/machine) dans 10 régions sur 10 et son utilisation pour le dépistage de la TB en test de 1^{ère} intention n'est pas encore effectif sur toute l'étendue du territoire en dépit de l'existence d'algorithmes qui le préconisent. Le taux d'utilisation des 56 machines

GeneXpert reste encore très faible (28,2% en 2021 et 38,1% en 2022) en dépit de l'augmentation constatée entre 2021 et 2022. Il reste aussi à juger de la qualité des tests réalisés en identifiant les taux de perte, de reprises, de résultats illisibles, etc. En plus, il n'existe pas une cartographie claire du positionnement des machines GeneXpert.

Par ailleurs, la généralisation insuffisante du test GeneXpert (38,1% en 2022) en test de 1^{ère} intention ne permet pas aussi d'avoir une bonne couverture du dépistage des cas de TB-MR dont une bonne partie pourrait se trouver au sein des nouveaux patients TB. Les données du laboratoire affichent que 96% et 97% des cas en retraitement ont bénéficié du test GeneXpert respectivement en 2021 et en 2022

Il est indispensable que les laboratoires réalisent l'examen des BAAR à tous les patients pour permettre de suivre leur évolution clinique.

C. Faiblesse dans le suivi des patients TB, TB-MR et TB/VIH

Grâce à l'appui du Fonds Mondial, un système de distribution et contrôle de gestion des médicaments est opérationnel en partenariat avec la Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (CENAME). Depuis 2016, le programme a connu annuellement au moins une rupture en médicaments antituberculeux qui a duré entre deux (02) et quatre (04) semaines et qui s'étend parfois même au niveau périphérique.

Des mesures ont été prises pour améliorer la prise en charge et l'adhésion au traitement par l'accompagnement communautaire pour les patients TBMR : soutien psycho-social, appui nutritionnel, frais de déplacement des patients, gratuité des bilans. En dépit de ces mesures, les taux de perdus de vue /non évalués au cours du traitement sont très importants : 7% en moyenne au cours des cinq (05) dernières années, ce qui hypothèque l'atteinte de la cible OMS de 90% de succès thérapeutique. Les régions épidémiologiques les plus touchées par cette problématique sont : Littoral (11%), Sud-Ouest (10%), Centre (8%), Adamaoua (8%), Yaoundé (8%) et Douala (8%). Le taux de perdus de vue/non évalués a été en moyenne de 14% chez les patients en retraitement (2016-2020), de 7% au sein des patients TB-MR (2013-2019) et de 6% pour les patients TB/VIH (2018-2020).

Il a été aussi observé des taux de décès élevés par rapport à la moyenne nationale qui est de 5% pour la cohorte de 2021 : 6% au sein des cas en retraitement, 11% pour les patients TB/VIH et de 11% au sein des patients TB-MR (cohorte de 2020). Tout ceci dénote certaines insuffisances dans le suivi des patients au cours du traitement particulièrement dans certaines régions (Figure 12). Les régions épidémiologiques qui ont enregistré des taux de décès élevés $\geq 6\%$ et qui méritent une attention particulière dans les stratégies de renforcement de suivi des patients nouveaux cas sont : Ouest (9%), Nord-Ouest (7%), Littoral (6%) et Adamaoua (6%).

Les déperditions au cours du traitement et les causes possibles de décès (en dehors du retard) dans ces différentes régions ne sont pas documentées pour mieux adapter l'accompagnement communautaire des patients afin de réduire la proportion des perdus de vue/non évalués et les décès dans la perspective de l'atteinte de la cible de 90% de succès thérapeutique.

Les ASCP, quand ils sont impliqués dans la lutte contre la tuberculose, concentrent leurs actions sur la référence des patients présumés TB. Leur effectif et les moyens mis à leur disposition (formation, frais de transport et de communication, outils d'information pour les patients et leurs familles) n'ont pas permis un réel appui aux patients sous traitement, d'où une recherche inefficace des irréguliers au traitement. La distribution et la couverture géographique des ASCP autour des CDT ne se basent pas

sur des critères clairement établis (charge de travail des CDT, taux de perdus de vue) et témoignent d'une insuffisance dans l'accompagnement offert aux patients mis en traitement.

D. Participation communautaire, droits humains et genre

Le réseau communautaire au Cameroun est constitué de 9 558 ASC polyvalents (ASCP) recensés sur le territoire national en 2022 y compris des ASC spécifiques pour la TB (ACRA, Mentors et APS). Les ACRA sont spécialisés entre autres dans l'enquête d'entourage et l'orientation des cas présumés vers les CDT. Les Mentors appuient l'identification des présumés TB, la collecte et le transport des expectorations au laboratoire pour l'examen. Les APS appuient l'initiation du traitement, la facilitation du suivi du traitement à travers l'éducation thérapeutique et les VAD chez les patients TBMR. Les ASCP affiliés à l'ONG Plan International privilégient la lutte contre le paludisme et contribuent de manière peu significative à la référence des cas présumés TB vers les CDT et en plus cette activité n'est pas bien documentée.

Les communautaires ont contribué à notifier 1318 cas de TB toutes formes confondues, soit 5% des cas au niveau national (1318 /25 286) en 2022.

Cette faible contribution est due à de nombreuses difficultés : l'absence de priorisation de la TB dans le paquet des activités des ASCP, arrêt des activités communautaires pendant près d' 1 an et demi à cause de la suspension des financements du Fonds Mondial, une faible couverture du territoire par les ACRA (280 CDT sur 327), le désistement des ACRA etc. En plus des activités communautaires menées sur le terrain, le PNLT avec l'appui de ses partenaires (ONG FIS) intervient pour rendre l'environnement favorable à la suppression des obstacles liés aux droits humains, à travers le Suivi Dirigé par la Communauté (en Anglais Community Led Monitoring) et OnelImpact (outil de documentation des formes de stigmatisation, de violences et de plaidoyer) .

Une complémentarité des acteurs communautaires avec un bon quadrillage des cibles prioritaires de dépistage : FOSA enclavées, FOSA à grande fréquentation, populations vulnérables, zones à forte charge de VIH, etc. n'est pas encore clairement établie entre les différents acteurs (prestataires et communautaires) en dépit de la volonté du PNLT d'offrir aux communautaires un plus grand rôle au sein du dispositif d'augmentation de l'offre des services TB.

Un plan de renforcement continu des capacités des acteurs communautaires (ACRA, APS, Mentors et ASCP) pour la mise en œuvre rigoureuse du paquet communautaire TB devrait être envisagé. Les acteurs communautaires doivent mieux documenter leur travail et se focaliser aussi sur les activités liées à la réduction des irréguliers au traitement et des cas de décès dans l'ensemble des régions et l'occurrence les régions avec le taux de perdus de vus >5% et le taux de décès >7%.

E. Gestion du Programme (Qualité des données et insuffisance de certaines supervisions, partenariat, moyens logistiques, financement de la lutte contre la TB)

L'évaluation à mi-parcours et les analyses additionnelles effectuées au cours des ateliers de rédaction du PSN TB ont permis d'identifier les limites ci-après dans la gouvernance du PNLT : forte dépendance du financement extérieur, insuffisance de financements innovants pour la lutte contre la tuberculose, fréquente mobilité du personnel à tous les niveaux, insuffisance de certaines supervisions, insuffisance de coordination des partenaires impliqués dans le financement de la lutte contre tuberculose et le manque remarqué de moyens logistiques roulants et du matériel informatique sans oublier le cadre de travail qui est totalement inadapté.

Le point essentiel est la qualité de la supervision des activités du Programme à tous les niveaux. C'est la clé pour améliorer la performance globale du PNLT. Le programme ne dispose pas d'un document opérationnel sur la supervision qui décrit le mécanisme de supervision, la qualité d'un superviseur, la coordination des supervisions entre le niveau central, les DRSP et les Équipes Cadres des Districts (ECD). Le canevas de rapportage n'est pas utilisé par tous les superviseurs. Il se pose un problème de suivi des recommandations des supervisions. Il existe aussi une nécessité de renforcer la qualité des données et les capacités d'analyse des données du PNLT pour la prise de décisions éclairées. Il est essentiel pour le Programme de poursuivre la réunion annuelle d'évaluation avec toutes les DRSP pour présenter, analyser les résultats du PNLT et trouver des solutions contextuelles aux problèmes persistants (cas manquants et fort taux de perdus de vue/non évalués et de décès) avec les acteurs clés du terrain.

De plus, il est primordial de réhabiliter les bâtiments du Programme, de le doter en véhicules et en matériels informatiques et d'assurer de façon continue son fonctionnement global.

Dans la perspective d'une approche multisectorielle indispensable dans la lutte contre la tuberculose, il est opportun pour le PNLT de coordonner et de suivre les multiples interventions des partenaires. Ce cadre de collaboration doit prévoir des rencontres périodiques (trimestrielles ou semestrielles) pour partager les résultats du Programme, apporter les correctifs au modèle de collaboration et faire un plaidoyer pour la mobilisation de ressources additionnelles pour le contrôle de la tuberculose.

Les défis du PNLT pour les années à venir (2024-2026) sont essentiellement :

- Renforcer l'engagement des FOSA non CDT dans la décentralisation des services de prise en charge de la TB basée sur le transport des prélèvements à travers des activités de formation du personnel pour augmenter l'offre de services antituberculeux (9% des patients trouvent les services TB en consultation initiale),
- Améliorer la qualité du suivi des patients afin de réduire les taux de décès et de perdus de vue / non évalués avec un focus sur les régions épidémiologiques de l'Ouest, du Nord-Ouest, du Littoral, de l'Adamaoua, du Sud-Ouest, du Centre, de Yaoundé et de Douala dans la perspective de l'atteinte de la cible OMS de 90% de succès thérapeutique,
- Améliorer le dépistage de la TB au sein des groupes à risque et/ou vulnérables (PvVIH, enfants y compris avec malnutrition, détenus, réfugiés, déplacés internes et contacts des patients TPB+) avec une extension au dépistage du diabète chez les patients TB et aussi le dépistage de la TB dans les environnements miniers.
- Renforcer la participation communautaire (recherche active des patients, accompagnement au cours de leur traitement, distribution des médicaments, etc.) tout en augmentant la contribution communautaire à la notification des cas autour de 15% (5% en 2022) ;

II- Plan stratégique de lutte contre la TB au Cameroun de 2020-2024 avec extension à 2026

2.1- Cadrage stratégique jusqu'en 2026

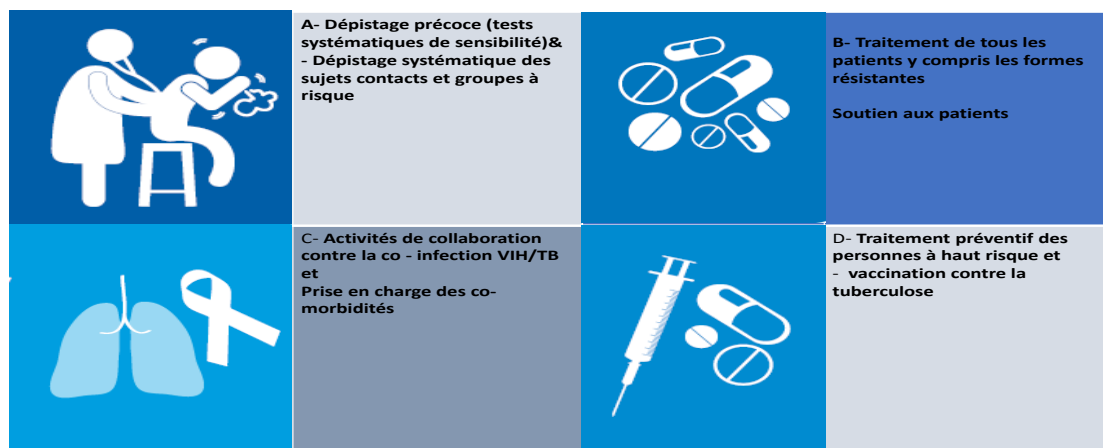
Vision	Cameroun sans tuberculose (cible : moins de 10 cas incidents pour 100,000 habitants d'ici 2035)
Mission	Contribuer à la fin de l'épidémie globale de la tuberculose en facilitant l'accès au diagnostic et à la prise en charge de toutes les formes de la tuberculose et en promouvant la prévention de la maladie.
Objectifs pour 2026	Réduire de 30% le taux de mortalité dus à la TB (par rapport à 2021)
	Réduire de 30% le taux d'incidence (par rapport à 2021)
	Réduire à moins 10 % la proportion des familles qui supportent des coûts catastrophiques dus à la TB.
Principes directeurs du cadre de mise en œuvre	Gratuité des soins sur toute l'étendue du territoire camerounais
	Participation communautaire, promotion des droits humains, équité, genre et solidarité
	Prise en compte des populations clés et vulnérables
	Décentralisation, Intégration et Multisectorialité
	Bonne gouvernance et gestion axée sur les résultats (Accountability)
Piliers	Interventions stratégiques
Pilier 1 : Soins et prévention intégrées, centrées sur le patient	1.1- Poursuivre la décentralisation des services et le dépistage actif de la tuberculose dans les FOSA non CDT et les associer aux services TB
	1.2- Augmenter de façon significative l'utilisation des tests moléculaires en test initial de dépistage de la tuberculose y compris le dépistage de la TB/MR dans l'ensemble des CDT
	1.3- Renforcer le dépistage de la tuberculose au sein des groupes vulnérables y compris le transport des prélèvements et le dépistage actif des cas
	1.4-Assurer la qualité de soins et la guérison de tous les patients de la TB, y inclus la TB résistante et le soutien aux patients
	1.5- Assurer la prévention, le diagnostic et le traitement de la TB chez les contacts des cas index, en particulier chez les enfants <5ans et les PvVIH.
	1.6- Poursuivre et maintenir au moins le niveau de la prise en charge de la coinfection TB-VIH
Pilier 2 : Politiques audacieuses et systèmes de soutien	2.1- Faire le plaidoyer pour l'engagement politique et la disponibilité des ressources pour le programme et les patients
	2.2- Assurer la visibilité du programme et son offre de soins au sein de la population
	2.3- Engager les communautés, la société civile et le secteur de santé privé dans les activités de lutte contre la tuberculose
	2.4- Renforcer les capacités de gestion et du suivi du programme
Pilier 3 : Intensification de l'innovation et de la recherche	3.1- Poursuivre l'utilisation des moyens de diagnostic avancés et des nouveaux médicaments agréés et recommandés par l'OMS
	3.2- Mesurer l'impact des stratégies innovantes pour la décentralisation de l'offre de service, pour la recherche des cas dans les régions difficiles d'accès ou avec une faible notification et/ou chez les populations vulnérables.
Résultats attendus	90% de couverture de traitement des nouveaux cas en 2026 par rapport à 50% en 2021 (61% en 2023, 68% en 2024, 78% en 2025 et 90% en 2026) avec 27 516 nouveaux cas en 2024, 29 442 en 2025 et 31 797 en 2026 par rapport à 22 409 en 2022

	Au moins 90% de succès de traitement pour les patients TB sensible et 85% de succès thérapeutique pour les patients TB-MR d'ici 2026
	Au moins 80% des enfants contacts des patients TPB+ et au moins 60% des PvVIH en file active après exclusion de la TB maladie ont bénéficié du TPT d'ici 2026
	Au moins 98% des patients TB sont testés pour le VIH et au moins 99% des patients coinfecteds ont initié le traitement ARV au cours de la prise en charge TB
	Au moins 97% de taux de complétude et 90% de taux de promptitude des rapports

2.2- Mise en œuvre des interventions pour 2024-2026

Les interventions stratégiques ainsi que les activités sont développées selon la logique des trois piliers de la stratégie 2015 de l'OMS : « Mettre fin à la tuberculose » d'ici 2035 et ses composantes adaptées comme suit :

Pilier 1 : Soins et prévention intégrés, centrés sur le patient



1.1- Poursuivre la décentralisation des services, le dépistage passif et actif de la tuberculose dans les FOSA non-CDT et les associer aux services TB

Dans cette intervention stratégique, il s'agira d'augmenter l'offre de services en créant de nouveaux CDT particulièrement dans les structures sanitaires les plus fréquentées, de renforcer la recherche active des cas, d'améliorer la qualité des supervisions et des données collectées et de s'assurer de la disponibilité constante des matériels et des intrants pour la réalisation de tests fiables. Les grandes interventions peuvent se résumer ainsi :

- Revoir les critères de création de CDT basés aussi sur l'enclavement, la disponibilité du personnel, la capacité d'encadrement, leur supervision régulière et de suivi soutenu des activités avec des analyses régulières de la cascade des soins (consultation, laboratoire, prise en charge),
- Etendre le réseau de CDT par la création de 25 CDT / an dans les FOSA de niveau périphérique ($386 + 75 = 461$ CDT d'ici 2026) avec 20-50 consultations/jour tout en assurant la pleine fonctionnalité des 327 CDT existants,
- Définir pour chacun des CDT des indicateurs trimestriels pour les cibles-clés (nombre de consultants, nombre de présumés TB, nombre patients TB diagnostiqués ; nombre de patients TB mis sous traitement ; proportion de contacts investigués ; nombre d'enfants moins 5 ans et PvVIH mis sous TPT) par rapport au nombre examiné ; suivre les indicateurs sur les tableaux affichés mensuellement ; faire le suivi pendant la supervision,
- S'assurer lors des supervisions de l'exhaustivité de la notification de tous les cas de TB diagnostiqués au labo dans le registre de notification
- Organiser l'accès au diagnostic de la TB et du VIH anonyme (discret) pour le personnel de santé,
- Renforcer les capacités du personnel des CDT pour chercher une confirmation bactériologique de la TB,

- Renforcer le contrôle de qualité des laboratoires (quantification des erreurs, feed-back sans délai, actions correctrices),
- Acheter sur la base d'une bonne quantification les intrants et consommables de laboratoire, y compris les cartouches GeneXpert,
- Acquérir 200 microscopes dont 20 LED pour renforcer la sensibilité du diagnostic au niveau des laboratoires ne disposant pas de GeneXpert,
- Organiser la maintenance et le contrôle de qualité de l'ensemble des équipements (GeneXpert, microscopes, TB-LAMP, Radio ultraportable, etc.) avec des prestataires agréés,
- Assurer la maintenance régulière du laboratoire P3 pour la biosécurité dans le cadre de manipulation des prélèvements,
- Renouveler la certification du laboratoire de référence.
- Etendre les users fees à la radio du thorax

1.2 Accélérer l'utilisation des tests moléculaires en test initial de dépistage de la tuberculose y compris le dépistage de la TB/MR dans l'ensemble des CDT

Cette intervention stratégique vise à placer les tests moléculaires au niveau de la ligne de front dans la recherche diagnostique de la tuberculose, avec une emphase sur la nécessité de renforcer le transport des échantillons afin d'aboutir à une utilisation plus efficiente de ces tests moléculaires. En plus du GeneXpert et du TB-LAMP. Il s'agira de :

- Actualiser de façon continue les directives de dépistage de la tuberculose avec l'utilisation des nouvelles techniques de diagnostic (GeneXpert, TrueNat, etc) en l'occurrence les tests moléculaires (GeneXpert, TrueNat, TB-LAMP),
- Assurer l'implantation optimale (couverture régionale et dans les CDT avec assez de cas de TB) des appareils GeneXpert (cartographie, mutualisation des GeneXpert) disponibles dans le pays afin d'assurer le dépistage de la TB par GeneXpert en 1^{ère} intention. Utiliser un test moléculaire comme test initial de diagnostic de la TB dans toutes les régions ;
- Organiser la collecte et le transport des prélèvements (échantillons de crachats) sans délai selon un plan d'extension d'accès au diagnostic moléculaire à partir des CDT sans GeneXpert vers les laboratoires ou sites de diagnostic GeneXpert. Assurer le feed-back des résultats de l'examen sans délai (message électronique ou par SMS) ; tenir compte des contraintes et particularités des différentes régions,
- Acquérir les kits solaires, et assurer la garantie et la connectivité des machines GeneXpert disponibles.
- Acquérir 04 appareils GeneXpert dix couleurs pour une utilisation en expérimentation dans les CDT qui reçoivent assez de cas présumés et de patients TB afin d'améliorer la sensibilité du diagnostic des cas (Yaoundé et Douala).
- Rechercher chez les enfants avec présomption de TB la confirmation de la TB dans tous les prélèvements se prêtant à être examinés par GeneXpert (naso-pharyngal, gastriques, selles),
-

1.3- Renforcer le dépistage de la tuberculose au sein des groupes vulnérables y compris le transport des prélèvements et le dépistage actif des cas

Les groupes vulnérables représentent une priorité stratégique pour le PNLT. Cette stratégie vise à mettre en avant les interventions pouvant garantir un accès continu aux services de diagnostic et de prise en charge de la tuberculose chez les PvVIH, les enfants, les détenus, les diabétiques, les malnutris, les miniers, etc. Pour mieux adresser la problématique de groupes vulnérables, le programme recherchera comme à l'accoutumée la contribution du CNLS, des services spécialisés prenant en compte les populations vulnérables et aussi celles des acteurs de la médecine traditionnelle ou du secteur privé. Les grandes lignes d'actions peuvent se résumer ainsi :

-
- Renforcer par le recyclage et la supervision formative le dépistage, l'accès au diagnostic et la prise en charge des personnes à risque et/ou vulnérables pour la TB (personnes détenues, les PvVIH prises en charge au niveau des UPEC, les patients diabétiques recensés au niveau des associations ou centre de prise en charge des diabétiques ou le dépistage du diabète chez les patients TB, le personnel en charge des enfants malnutris etc.),
- Associer le personnel sanitaire des prisons et des entreprises minières systématiquement à tous les recyclages, formations et réunions d'évaluation du PNLT en faveur des prestataires de soins, (communication, transport de prélèvements) ; organiser la prise en charge des cas ; superviser l'activité,
- Mettre en œuvre et bien coordonner le dépistage ciblé de la TB et du VIH dans les zones pré-identifiées nécessitant cette approche (par exemple, se greffer sur le dépistage du CNLS autour des sites miniers),
- Assurer l'investigation systématique des personnes-contact des patients TPB+, surtout chez les enfants-contacts <5ans et les PVVIH; organiser selon les particularités locales ou régionales ; rendre disponible les moyens ; documenter l'activité,
- Former ou mettre à jour les connaissances du personnel d'au moins 1 000 FOSA (au moins 2-4 FOSA non CDT/CDT) publics et privés / associatifs / confessionnels sur le dépistage, le diagnostic et le traitement de la TB afin d'assurer l'accès universel aux services TB.
- Actualiser et distribuer dans tous les FOSA publics et privés et auprès des tradipraticiens les affiches sur l'algorithme de dépistage et de diagnostic de la TB y compris sur les prélèvements, le transport des crachats et la recherche des cas contacts (signes et symptômes, procédures diagnostic, groupes à risque, comorbidités),
- Assurer le suivi et évaluation les activités de dépistage de la TB dans les FOSA non CDT, dans les centres de prise en charge nutritionnelle, les entreprises minières organisées et aussi des mines artisanales, au sein des les réfugiés et les déplacés internes par les mécanismes de suivi habituelle,
- Acquérir 10 appareils de radiographie digitale portable (Ultaportable X-Ray) intégrant un logiciel d'interprétation des résultats (CAD) pour le screening de la TB enfants, adulte et des autres populations à risque et/ou vulnérables,

1.4- Assurer la qualité de soins et la guérison de tous les patients avec tuberculose, incluant ceux avec une tuberculose résistante ; assurer le soutien social aux patients

A ce propos, le programme mettra en place toutes les mesures pour que plus de 90% des patients TB sensible et TBMR puissent compléter leur traitement. Il s'agira surtout de renforcer l'éducation thérapeutique de patients, d'assurer le suivi et/ou le soutien des patients nécessiteux en s'appuyant sur les acteurs communautaires afin de prévenir les issues thérapeutiques défavorables, d'identifier

des causes probables de décès évitables et d'avoir une approche de soins centrés sur la personne avec prise en charge éventuelle des effets secondaires. Les principales interventions comprennent :

- Adapter les directives pour le traitement de la TB et TB-MR aux recommandations actuelles de l'OMS (2020, 2022 et à venir) relatives aux nouveaux schémas thérapeutiques,
- Assurer effectivement l'éducation thérapeutique des patients avant et au cours du traitement ainsi que les activités de supervision pour réduire les taux de « Perdus de vue » et de « Non évalués » sans résultat de traitement.
- Renforcer l'utilisation des ASC (ACRA et APS) en l'occurrence dans les régions prioritaires (taux des perdus de vue >7%) pour le suivi des patients irréguliers au traitement afin de réduire les taux de « Perdus de vue »,
- Mettre en place un système de suivi des malades transférés afin de réduire la proportion des « Non évalués » sans résultat de traitement,
- Organiser la prise en charge des patients diagnostiqués TB dans les FOSA consultés par le patient autant que possible (approche différenciée ou centrée sur le patient),
- Poursuivre le traitement différencié (traitement ambulatoire pour les patients qui ne sont pas très malades, offrir le traitement selon les préférences du patient, rapprocher le plus possible le traitement du patient) afin de réduire substantiellement la proportion des patients TB-MR non traités,
- Acheter les médicaments anti-TB de 1^{ère} ligne et 2^{ème} ligne et les médicaments non spécifiques pour les cas de TB-MR pour la prise en charge des effets secondaires,
- Assurer de façon continue le support en nutrition pour tous les patients de TB-MR sous traitement,
- Organiser des audits sans délai pour les « décédés » dans la perspective de réduction des cas de décès dans les régions ayant des taux inacceptables,
- Elaborer la cartographie des patients TB-MR afin d'optimiser la recherche des cas contacts de TB-MR et XDR,
- Prendre en charge les frais de bilan et prise en charge des effets indésirables pour les patients TB-MR et XDR,
- Assurer la pharmacovigilance (aDSM) pour les patients de TB et particulièrement TB-MR et XDR,
- Réhabiliter et équiper (ECG, , etc) l'ensemble des sites de prise en charge des patients TB-MR et adopter une approche de soins centrée sur le patient TB-MR
- Payer les frais d'assistance technique du rGLC.

1.5- Assurer la prévention, le diagnostic et le traitement de la TB chez les contacts des cas index, en particulier chez les enfants <5ans d'âge

La recherche de la tuberculose chez les cas contacts et le traitement préventif (TPT) s'inscrivent encore une fois parmi les priorités stratégiques du programme. Il s'agira dans ce volet de prendre des mesures pour intensifier la recherche des contacts avec l'appui des acteurs communautaires, d'assurer un TPT court et bien documenté pour les groupes cibles identifiés et de procéder à une recherche plus agressive de la tuberculose pédiatrique.

- Actualiser les directives de prise en charge des enfants au regard des nouveaux outils de diagnostic, généraliser TPT avec 3RH avec des nouvelles formulations pédiatriques,

- Suivre les recommandations internationales dans le traitement préventif de la TB chez les enfants <5ans d'âge (Adoption du régime court 3 RH ou 3 HP),
- Assurer les frais de déplacement des ASC chez le patient pour les investigations des cas contacts lors des Visites à Domicile,
- Mettre sous TPT tous autres contacts d'un patient TPB+ en l'occurrence ,PVVIH, enfant de moins de 5 ans et les détenus
- Identifier le personnel en charge des enfants malnutris par région, le sensibiliser sur le dépistage de la TB et organiser l'accès au diagnostic et la prise en charge,
- Le programme planifie la finalisation du guide de contrôle de l'infection et la diffusion dans les formations sanitaires
- Developper la stratégie de communication sur le TPT en prisons
- Réviser les outils de communication TB en milieu carcéral en intégrant l'aspect liaison aux soins après élargissement
- Rajouter la stratégie de communication dans les environnements miniers

1.6- Poursuivre et maintenir au moins le niveau de la prise en charge de la co-infection TB-VIH.

La tuberculose représente l'infection opportuniste la plus fréquente et la plus mortelle chez les PvVIH, ce qui fait d'elle une des priorités stratégiques. La mise en œuvre et le suivi des activités de collaboration TB/VIH avec le CNLS restent une clé pour l'optimisation des soins auprès de ces patients. Les interventions prévues sont :

- Veiller à la formalisation effective du « Guichet Unique » pour la prise en charge de la co-infection TB-VIH par la mise en place de la collaboration formelle entre les CDT et les UPEC pour la réalisation des tests VIH et du TARV, par la formation / remise à niveau régulière du personnel des CDT, UPEC ainsi que les Médecins Référents VIH sur la prise en charge du VIH et de la TB ;
- Mettre à la disposition du personnel des sites intégrés formé les outils de gestion et intrants pour la prise en charge du VIH et de la TB en collaboration avec le CNLS,
- Mettre sous TPT tout patient infecté par le VIH après exclusion de la TB maladie ; documenter, rapporter en collaboration avec le CNLS ;
- Explorer avec le CNLS les possibilités d'un TPT alternatif (moins contraignant pour le patient et le soignant en privilégiant la bithérapie INH + Rifapentine pour trois (03) mois (3HP) ;
- Investiguer pour la TB, les patients infectés par le VIH à chaque contact avec le service de santé et documenter ;
- Réaliser une fois par an chez toutes les PvVIH un examen de radiographie pulmonaire dans les centres ayant une file active importante,
- Renforcer le fonctionnement du groupe de travail TB/VIH à tous les niveaux

Pilier 2 : Politiques audacieuses et systèmes de soutien



2.1- Faire le plaidoyer pour l'engagement politique et la disponibilité des ressources pour le programme et les patients

Le programme a été pendant longtemps et aujourd'hui encore trop dépendant des financements externes et particulièrement du Fonds Mondial. Au cours du prochain exercice, il envisage d'accentuer le plaidoyer auprès des autorités nationales pour s'assurer d'une contribution suffisante et opportune de l'Etat dans la lutte contre la tuberculose. Ce plaidoyer s'adressera aussi à d'autres partenaires techniques y compris ceux des autres secteurs dont les actions méritent d'être coordonnées pour mieux combler les gaps de financement et de couverture et éviter la duplication dans les investissements. Les principales interventions prévues sont :

- Développer le cadre de coordination des partenaires intervenant dans la lutte contre la tuberculose au Cameroun (document cadre, composition, mission et mode de fonctionnement),
- Organiser des plaidoyers au cours des séances de travail/réunion au Ministère de la Santé Publique pour baser la lutte contre la TB sur une multisectorialité avec des engagements formalisés,
- Développer un plan de mobilisation des ressources auprès des partenaires publiques et du privé (financements innovants) pour l'extension et le renforcement du contrôle de la TB au Cameroun,
- Faire un plaidoyer pour une ligne budgétaire mobilisable au Budget National supportant le PNLT en rappelant l'importance de mettre fin à l'épidémie de la tuberculose, l'engagement du gouvernement, et les progrès faits dans la lutte contre l'épidémie,
- Organiser une fois/an par le GTC la réunion du cadre de coordination pour présenter les résultats du Programme ainsi que les défis et les gaps de financements pour la lutte contre la tuberculose

2.2- Assurer la visibilité du programme et son offre de soins au sein de la population

Les actions et réalisations aussi bien que les points de services du programme de tuberculose ne sont pas suffisamment connus par la population. Ainsi, avec l'appui des acteurs communautaires, ce plan stratégique mettra l'accent sur l'importance des interventions visant à sensibiliser la population sur la maladie, son caractère guérissable et aussi sur les nombreux points de services disponibles sur le territoire. Il s'agira surtout de :

- Développer un plan de communication adapté au contexte camerounais pour sensibiliser non seulement la population sur les services de lutte contre la tuberculose sur toute l'étendue du territoire national mais aussi sur la présentation de la maladie et l'offre de service du PNLT,

- Concevoir et disposer au niveau des grands carrefours des grandes villes des pancartes géantes comme pour le VIH/Sida sur la localisation des services de prise en charge de la tuberculose,
- Mettre à jour régulièrement les informations utiles sur la tuberculose sur le site Web du PNLT pour donner plus de visibilité à ses actions sur le terrain et pour informer la population sur la maladie,
- Concevoir et diffuser des spots radiophoniques et des émissions radio ou TV en français, en anglais et aussi dans les langues nationales selon les localités du pays,
- Produire et distribuer des autocollants aux transporteurs pour sensibiliser la population sur la tuberculose,
- Profiter des journées mondiales de la tuberculose pour passer des messages utiles et les bonnes pratiques sur la prise en charge de la tuberculose.

2.3- Mobiliser les communautés, la société civile et le secteur de santé privé dans les activités de lutte contre la tuberculose

La lutte efficace contre la tuberculose ne peut se concevoir sans une forte participation des acteurs communautaires. Le programme continuera à s'inscrire dans cette logique en rendant les agents communautaires plus efficaces soit par le renforcement de leurs capacités (logistique, financière, formation), soit par une meilleure structuration de leurs actions pour une remontée constante des informations aux niveaux du district, régional et central. Ainsi, la contribution des acteurs communautaires sera mieux évaluée. Tout ceci se fera en adéquation avec les directives de la Direction de l'Organisation des Soins et de la Technologie Sanitaire (DOSTS) du Ministère de la Santé Publique. Les interventions qui seront mises en œuvre sont :

- Travailler en collaboration avec la DOSTS pour la définition et la mise en œuvre effective du paquet communautaire de base et le paquet spécifique TB défini dans le cadre du Plan Stratégique National de Renforcement de la Santé Communautaire 2020-2025,
- Mettre à jour régulièrement la cartographie des acteurs communautaires ; en collaboration avec la DOSTS pour l'exécution continue du dépistage et référence et/ou IEC et/ou suivi du traitement préventif ou curatif et/ou recherche des patients irréguliers,
- Renforcer et améliorer le suivi des activités communautaires pour espérer de meilleurs résultats en termes de suivi des patients dans les trois régions avec des taux de décès et de perdus de vue/non évalués très élevés (supérieurs à la moyenne nationale),
- Tenir au moins deux sessions semestrielles de suivi des activités communautaires en tuberculose dans tous les Districts,
- Réaliser des rétro-informations pour les acteurs communautaires et les Districts concernés sur les scores et problèmes de performance constatés dans la lutte contre la tuberculose,
- Recueillir et rapporter les problèmes de mise en œuvre de l'approche communautaire dans la lutte contre la tuberculose afin d'en tenir compte lors des révisions du Plan Stratégique National de Renforcement de la Santé Communautaire,
- Mettre en place un système de scoring pour mesurer les performances en approche communautaire par CDT, District et acteur communautaire,
- Contribuer au panier commun de financement des activités des ASC afin de définir une rémunération consensuelle pouvant permettre aux ASC de travailler convenablement,
- Augmenter le nombre d'ACRA, d'APS et de Mentor pour assurer une totale couverture de l'ensemble des CDT,

- Informer les tradipraticiens sur la présomption de la tuberculose et la référence des patients vers les CDT,
- Poursuivre l'intégration dans le système de soins du PNLT, les formations sanitaires privées / associatives / confessionnelles avec plus de 50 consultations/jour dans la lutte contre la TB en leur donnant l'accès au diagnostic de la TB,
- Organiser avec les institutions d'enseignement (écoles, collèges et universités) des dépistages volontaires de la TB si indiqué
- Intégrer dans toutes les formations, recyclages et sessions d'évaluation un volet support psychosocial aux patients (TB/VIH) et la problématique du genre et de droits humains,
- Assurer les soins aux patients sans discrimination selon le sexe, la religion et l'appartenance ethnique et tout autre facteur discriminant,
- Organiser une réunion sur l'analyse de l'état des lieux en matière de droits humains et genre et élaborer des documents guides/directives/curriculum sur les droits humains et genre,
- Editer et distribuer des dépliants sur les droits humains et genre dans la lutte contre la tuberculose et sur les endroits vers où se diriger en cas d'entraves à tous les niveaux de la pyramide de soins.
- Assurer la mise œuvre et le déploiement d'outils de suivi dirigé par la Communauté afin de renforcer la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des services de tuberculose
- Réduire les barrières de genre, les droits de l'homme liés à la tuberculose, les normes de genre nuisibles contre les populations clés et vulnérables y compris les femmes et les personnes touchées par la tuberculose
- Promouvoir la participation des populations clés et vulnérables à la prévention de la tuberculose, la recherche active, les soins et traitements
- Renforcer le suivi communautaire (observatoire) de l'accès aux soins et services de santé en lien avec la tuberculose.
- Autonomiser les groupes vulnérables TB hospitalisés par la création des activités génératrices des revenus ;

2.4- Renforcer les capacités de gestion et du suivi du programme

Toutes les évaluations, revues et analyses ont été unanimes à reconnaître que les capacités de gestion du programme doivent être renforcées. Ce renforcement peut être approché sous divers angles : outils de gestion/supervision, ressources humaines, logistique, etc. Par conséquent, il s'agira dans ce domaine de :

- Mettre à jour les directives du programme (un seul Guide consolidé pour la TB sensible et un guide à part pour la TB-MR),
- Rendre les supervisions plus opérationnelles avec des SOP, définition du profil des superviseurs, outils de supervision à jour, modèle de rapport et tableau de mise en œuvre des recommandations avec un suivi post supervision,
- Assurer des supervisions formatives sur une période prolongée dans les mêmes régions par le même superviseur en s'assurant que le superviseur dispose les compétences requises vis-à-vis du supervisé,
- Instaurer un système d'auto-évaluation basé sur les résultats au niveau des CDT (établir et afficher les cibles pour les indicateurs-clés en actualisant trimestriellement),

- Renforcer les capacités des acteurs du programme au niveau central, régional (GTR) et des équipes cadres du district pour une gestion des activités de lutte contre la TB et une analyse approfondie basée sur des données de qualité du programme (afficher les indicateurs, les progrès faits par le programme) pour mieux orienter les interventions,
- Mobiliser des Assistances Techniques continue pour appuyer le PNLT dans la mise en œuvre des recommandations internationales, la gestion efficace du programme dans tous les domaines (Management, S&E, Laboratoire, GAS, Communautaire, etc.).
- S'assurer que les données essentielles du programme sont intégrées dans le DHIS2,
- Organiser des supervisions intégrées polyvalentes (une ou deux personnes ressources pour plusieurs maladies : TB, VIH et autres programmes prioritaires),
- Doter les formations sanitaires de chromebook muni d'une application ; prévoir aussi les crédits de téléphone pour améliorer la gestion des données du programme,
- Doter le PNLT de véhicules pour assurer les activités de coordination et aussi les supervisions sur le terrain,
- Doter le PNLT de matériels informatiques ainsi que des consommables pour son fonctionnement
- Assurer les frais de fonctionnement du programme (bureautique, communication, carburant, maintenance, courrier, etc)

Pilier 3 : Intensification de l'innovation et de la recherche



La recherche opérationnelle permet de documenter les bonnes pratiques, de les perpétuer en vue d'induire de nouvelles habitudes de travail pour l'atteinte de meilleurs résultats. Ce plan met en priorité 03 activités de recherche opérationnelle :

- Organiser l'enquête sur la prévalence de la multirésistance en 2026,
- Réaliser une enquête sur les causes de décès dus à la tuberculose dans les formations sanitaires, en particulier dans les formations sanitaires du Centre (Jamot), de l'Ouest (HR Bafoussam), du Nord et du Littoral (Moungo).;

-
- Évaluer au niveau régional et national des activités de recherche active des cas

III. Cadre de performance du plan stratégique pour 2024 – 2026

Indicateur	Type	Source	Fréquence collecte	Qui collecte	Valeur de base (année)	Objectif : 2022	2023	2024	2025	2026
Taux d'incidence TB (per 100,000 habitants)	Impact	OMS Rapport Annuel TB	Annuelle	OMS	164 (2021)	154	148	138	127	115
Réduction du taux de mortalité due à la TB	Impact	OMS Rapport Annuel TB	Annuelle	OMS	30% (2021)	29%	27 %	25 %	23 %	21 %
Pourcentage des patients TB et leurs familles qui subissent des couts catastrophiques due à la TB	Impact	Résultats d'une étude	3 ans	OMS	ND	-	-	-	-	10%
Nombre de CDTs fonctionnels	Processus	Rapports GDT	Annuelle	GTC	327 (2022)	-	386	411	436	461
Couverture de traitement (TB-O-5)	Résultat	Rapports du PNLT / Rapport OMS	Annuelle	GTC, OMS	53% (2015)	58%	61%	68%	78%	90%
Résultat de traitement de la TB sensible (TB O-2a)		Rapport PNLT	Trimestrielle, Annuelle	PNLT	87% (2021)	88%	90%	>90%	>90%	>90%
Résultat de traitement TB-RR/MR (TB O-4)		Rapport PNLT	Annuelle	GTC	82% (2021)	83%	85%	85%	85%	85%
Augmentation des centres de PeC de la TB-RR/MR	Couverture	Rapports GTC	Annuelle	GTC	11 (2021)	11	11	13	13	13
Nombre de cas notifiés nouveaux cas et rechutes (TB DT-1)	Couverture	Rapports PNLT	Trimestrielle, Annuelle	GTC	22 409 (2021)	24 722	25 958	27 516	29 442	31 797

Proportion de cas de la TB chez les enfants de 0-14 ans parmi le total des patients TB (nx cas et retraitements, toute forme confondue)	Couverture	Rapports PNLT	Trimestrielle, Annuelle	GTC	6% (2021)	5%	5%	6%	7%	8%
Nb de cas de la TB diagnostiqués parmi les enfants 0-14 ans	Couverture	Rapports PNLT	Trimestrielle, Annuelle	GTC	1 345 (2021)	1 360	1 557	1 926	2 355	2 862
% de cas de la TB référés par la communauté (TB DT-3c)	Couverture	Rapports PNLT	Mensuelle, trimestrielle ; Annuelle	GTC	5% (2021)	5%	7%	10%	13%	15%
Diagnostic avec un test rapide recommandé par l'OMS (TB DT-4)	Couverture	Rapport PNL	Annuelle	GTC	22% (2021)	30%	35%	45%	60%	70%
Prévention chez les enfants <5ans (TBP-1)	Couverture	Rapport PNL	Trimestrielle Annuelle,	GTC	5 439 (2021)	6 878	8 254	9 823	10912	12363
Pourcentage diagnostic coïnfection TB/VIH (TB/HIV-5)	Couverture	Rapport PNL	Trimestrielle, Annuelle	GTC	96%	96%	97%	98%	98%	98%
% des patients TB sous ARV (TB/HIV-6)	Couverture	Rapport PNL	Trimestrielle, Annuelle	GTC	99% (2021)	99%	99%	99%	99%	99%
Prevention des PVVIH initiés sous ARV avec TPT (TB/HIV-7.1)	Couverture	Rapport CNLS	Annuelle, trimestrielle, mensuelle	CNLS	23 400 (2021)	28 080	33 696	40 435	48 522	58 226
Nombre de cas de TB-RR/MR notifié (DRTB-2)	Couverture	Rapport PNL	Annuelle	PNLT	139 (2021)	174	241	265	305	366
% des cas de la TB-RR/MR mis sous traitement de la 2 ^e ligne (DRTB-3)	Couverture	Rapport PNL	Annuelle	PNLT	79% (2021)	87%	>98%	>98%	>98%	>98%

Pourcentage de patients avec résultat de test de résistance au moins à la rifampicine (DRTB-6)	Couverture	Rapport PNLT	Annuelle	PNLT	22% (2021)	26%	33%	35%	40%	48%
Pourcentage de patients en retraitement avec résultat de test de résistance au moins à la rifampicine (DRTB-6, adapté)	Couverture	Rapport PNLT	Annuelle	PNLT	97% (2021)	100%	100%	100%	100%	100%
Pourcentage patients TB-RR/MR avec résultat de test de résistance au Flq (DRTB-7)	Couverture	Rapport PNLT	Annuelle	GTC	ND	16%	30%	50%	70%	100%
% de dossier de patients TB-RR/MR avec section aDSM dans leur dossier remplie	Couverture	Rapport PNLT	Annuelle	GTC	ND	100%	100%	100%	100%	100%
Dépistage TB parmi les détenus (KVP-1)	Couverture	PNLT	Trimestrielle Annuelle	GTC, URL	545 (2021)	600	500	825	883	954
Pourcentage des laboratoires ayant eu au moins un contrôle de qualité au cours de l'année (DRTB-1, adapté)	Couverture	Rapports de CQ	Annuelle	PNLT	78,5%	>90%	>95%	>95%	>95%	>95%
Couverture investigation contact patients TB-RR/MR (TBP-3)	Couverture	Rapports PNLT	Annuelle	PNLT	ND	ND	>95%	>95%	>95%	>95%
Pourcentage des CDT ayant connu une rupture de médicaments traceurs (RHZE, RH) au cours de la période évaluée	Couverture	Rapports PNLT	Annuel	GTC	ND	97%	98%	99%	100%	100%
Complétude des rapports trimestriels	Couverture	Rapports de promptitude et de complétude	Trimestrielle	GTC	ND	95%	96%	97%	98%	100%

Nombre de Recherches opérationnelles complétées	Couverture	Rapport résumant les résultats de l'étude	Annuelle	GTC	2 (2021)	1	2	3	1	1
---	------------	---	----------	-----	----------	---	---	---	---	---

❖ Mécanisme de suivi et d'évaluation du plan

Lors de la mise en œuvre du présent plan stratégique, le mécanisme de suivi et d'évaluation s'appuie sur le plan de suivi et évaluation révisé 2024-2026.

Ce plan de suivi et d'évaluation décrit les indicateurs de la lutte contre la tuberculose et définit ses modalités de calcul et de rapportage. En outre, il précise les sources d'information, les méthodes et les responsabilités pour la collecte, la gestion, l'analyse et l'assurance de la qualité des données. Il renseigne aussi sur les mécanismes de coordination.

Pour faciliter la mise en œuvre du plan stratégique, il sera décliné en plans d'actions annuels.

❖ Indicateurs de suivi du plan stratégique

Le plan de suivi et d'évaluation du présent plan précise la liste des indicateurs, la méthode et la périodicité de collecte des données.

Il s'agit des indicateurs de :

- Dépistage et notification des cas ;
- Traitement des patients ;
- Prise en charge et suivi de la co-infection TB/VIH ;
- Prise en charge et suivi de la tuberculose multirésistante ;
- Mise en œuvre de la prévention chez les enfants 0-4 ans et à la longue les PvVIH et les adolescents ;
- Gestion des stocks médicaments antituberculeux et intrants de laboratoire ;
- Participation communautaire ;
- Droits humains et genre.

❖ Evaluations à mi-parcours et finale du plan stratégique

Le présent plan stratégique sera évalué de deux manières :

- L'évaluation interne : elle sera conduite au niveau national à travers les bilans des plans d'action et au niveau régional, elle sera assurée à travers la collecte et la validation trimestrielle des données de routine et l'analyse de la situation de la lutte contre la tuberculose ;
- L'évaluation externe finale : elle interviendra en 2025 et sera assurée par des équipes d'experts nationaux et internationaux à partir de l'exploitation des rapports d'activités de routine, des visites de terrains et des entretiens avec les acteurs à différents niveaux conformément à la stratégie JANS (Joint Assessment of National Strategy) recommandée par l'OMS. Elles seront aussi appuyées par les enquêtes PPA, coûts catastrophiques, enquête sur la multirésistance, sur les causes profondes des cas de décès, de perdus de vue / non évalués des patients TB.

VI- Plan d'assistance technique pour 2024-2026

Le détail du plan d'assistance technique se présente comme suit :

Activités	Profil de l'Expert	Période de réalisation	Estimation de Coût de l'AT en €	Source de financement
Recruter un Consultant national pour appuyer l'actualisation des directives de prise en charge de la TB pour les aligner sur les recommandations de l'OMS (en 2025)	Consultant National	2025	7 500	Expertise France
Recruter un consultant national pour appuyer la révision des modules de formation sur la TB et la TB/VIH y compris TB pédiatrique et le paquet communautaire	Consultant National	2025	7 500	Expertise France PEPFAR OMS
Accompagner le processus d'accréditation du Laboratoire Régionale de Référence de Douala et de Garoua (1 consultant chaque 2 mois sur le terrain pendant 1 an (total 6 descentes sur le terrain) – 6 billets d'avion, per diem et honoraires.	Consultant International	2024-2026	171 883	Fonds Mondial PEPFAR
Accompagner le consultant sur le terrain : 2 personnels GTC /6jours/6 fois par an/année 2,3	Consultant National	2024-2026	25 897	Fonds Mondial PEPFAR
Recruter un Consultant national pour appuyer l'actualisation des directives de prise en charge de la TB-MR pour les aligner sur les recommandations de l'OMS (en 2025)	Consultant national	2025	7 500	Fonds Mondial OMS
Recruter un consultant national pour appuyer la révision des modules de formation sur la TB-MR	Consultant National	2025	7 500	Fonds Mondial OMS
Recruter un consultant international et un consultant national pour appuyer l'élaboration des SOP sur le dépistage et le diagnostic au sein des populations vulnérables (Détenus, Miniers, réfugiés, déplacés interne, enfants malnutris, etc)	Consultant International	2024	21 138	Fonds Mondial OMS Expertise France
Recruter un consultant international pour appuyer l'élaboration d'un document de plaidoyer et de mobilisation de financements innovants interne et externe pour le renforcement de la lutte contre la tuberculose (21 jours de mission)	Consultant International	2024	29 044	Expertise France
Recruter un Consultant national pour appuyer l'élaboration du plan de communication 2024-2026 du PNLT (30 jours de travail)	Consultant National	2024	15 000	Fonds Mondial Expertise France
Recruter un consultant national pour l'élaboration des matériels de communication sur les droits des patients atteints de tuberculose. 10 jours de consultation, Année 1.	Consultant National	2024	5 000	Fonds Mondial Expertise France
Recruter annuellement 02 consultants locaux (1 cartographe et 01 spécialiste communautaire) (01 consultant/zone) pour 20 jours pour l'accompagnement dans la réalisation de la cartographie de	Consultant National	2024-2026	12 0000	Fonds Mondial OMS Expertise France

Activités	Profil de l'Expert	Période de réalisation	Estimation de Coût de l'AT en €	Source de financement
vulnérabilité des quartiers précaires et des zones minières. Année 1 et 2.				
Recruter un consultant international et un consultant national pour appuyer l'élaboration des directives de supervision à tous les niveaux (SOP, grilles, canevas de rapport, indicateurs de performance, fiche de suivi des recommandations) (3 mois de mission)	Consultant International	2024	119 965	Fonds Mondial OMS Expertise France
Mobiliser des Assistances Techniques continue pour appuyer le PNLT dans la mise en œuvre des recommandations internationales, la gestion efficace du programme dans tous les domaines (Management, S&E, Laboratoire, GAS, Communautaire, Supervision)	Consultants National et International	2024-2026	972 000	Fonds Mondial Expertise France

V- Budget 2024-2026 du PSN

5.1- Coût du PSN par piliers et interventions stratégiques en EURO

RESUME DU BUDGET PAR Modules	2024	2 025	2 026	Total Global	%
1. Diagnostic, traitement et prise en charge de la tuberculose	7 544 986	6 088 232	5 078 018	18 711 236	27,52%
2. Diagnostic, traitement et prise en charge de la tuberculose pharmacorésistante (DRTB)	422 362	419 805	418 330	1 260 496	1,85%
3. Prévention de la TB/DRTB	214 204	85 065	85 063	384 331	0,57%
4. Collaboration avec d'autres prestataires et secteurs	3 231 555	2 425 795	2 312 641	7 969 990	11,72%
5. Populations clés et vulnérables (PCV) – TB/DR-TB	644 490	279 532	242 399	1 166 421	1,72%
6. Tuberculose/VIH	575 626	575 626	575 626	1 726 878	2,54%
7. Élimination des obstacles liés aux droits humains et au genre qui entravent l'accès aux services de lutte contre la tuberculose	309 679	268 171	268 171	846 020	1,24%
8. GAS	7 451 464	8 447 917	9 191 203	25 090 584	36,90%
9. Gestion de programme	3 318 377	2 896 564	2 909 698	9 124 639	13,42%
10. Système de suivi et évaluation	751 051	490 020	472 291	1 713 362	2,52%
TOTAL (EURO)	24 463 793	21 976 727	21 553 439	67 993 958	100%

17 157 301 16 032 792 15 593 328 48 783 422

RESUME DU BUDGET PAR INTERVENTION	2024	2 025	2 026	Total Global	%
1.1-Dépistage et diagnostic de la tuberculose	6 655 602	5 345 205	4 203 983	16 204 790	23,83%
1.2- Traitement, prise en charge et soutien de la tuberculose	889 384	743 027	874 035	2 506 446	3,69%
2.1- Diagnostic de la tuberculose pharmacorésistante/Test de sensibilité aux médicaments (DST)	41 571	0	8 581	50 153	0,07%
2.2-Traitement, prise en charge et soutien de la tuberculose pharmacorésistante (DRTB)	380 790	419 805	409 748	1 210 343	1,78%

3.1- Dépistage/tests pour l'infection tuberculeuse	202 191	85 063	85 063	372 316	0,55%
3.2- Traitement préventif	0	0	0	0	0,00%
3.3 Prévention et contrôle des infections	12 013	2	0	12 015	0,02%
4.1-Engagement des prestataires privés pour les soins de la TB/DR-TB	338 345	358 926	379 507	1 076 778	1,58%
4.2-Prise en charge de la TB/DR-TB au niveau communautaire	2 030 946	1 930 197	1 757 691	5 718 833	8,41%
4.3-Collaboration avec d'autres programmes/secteurs	848 876	123 284	162 055	1 134 214	1,67%
5.1-PCV - Enfants et adolescents	145 248	145 248	145 248	435 744	0,64%
5.2-PCV - Personnes en prison/maison d'arrêt/centres de détention	67 756	44 350	44 350	156 457	0,23%
5.3-PCV - Population mobile (migrants/réfugiés/ personnes déplacées à l'intérieur de leur pays)	327 209	29 933	52 801	409 943	0,60%
5.4-PCV - Mineurs et communautés minières	0	0	0	0	0,00%
5.5-PCV - Population urbaine pauvre/habitants de bidonvilles	0	0	0	0	0,00%
5.6-PCV - Autres	104 276	60 000	0	164 276	0,24%
6.1-Tuberculose/VIH - Interventions concertées	268 469	268 469	268 469	805 406	1,18%
6.2-Tuberculose/VIH - Dépistage, tests et diagnostics	0	0	0	0	0,00%
6.3-Tuberculose/VIH - Traitement et prise en charge	307 157	307 157	307 157	921 472	1,36%
6.4-Tuberculose/VIH - Prévention	0	0	0	0	0,00%
6.5-Tuberculose/VIH - Prestation de soins communautaires	0	0	0	0	0,00%
7.1-Élimination de la stigmatisation et de la discrimination liées à la tuberculose	0	0	0	0	0,00%
7.2-Garantie de services de lutte contre la tuberculose centrés sur la personne et fondés sur les droits dans les formations sanitaires	3 049	3 049	3 049	9 147	0,01%
7.3-Garantie des pratiques d'application des lois centrées sur la personne et fondées sur les droits	0	0	0	0	0,00%
7.4-Éducation juridique (« Connaître ses droits »)	33 476	0	0	33 476	0,05%
7.5-Améliorer l'accès à la justice	3 049	3 049	3 049	9 147	0,01%
7.6-Suivi et réforme des politiques, réglementations et lois	0	0	0	0	0,00%

7.7-Réponse aux besoins les personnes incarcérées ou se trouvant dans d'autres lieux fermés	0	0	0	0	0,00%
7.8-Réduction de la discrimination fondée sur le genre, des normes de genre nocives et de la violence en lien avec la tuberculose	6 098	6 098	6 098	18 294	0,03%
7.9-Mobilisation et sensibilisation de la communauté, y compris soutien aux groupes dirigés par des survivants à la tuberculose	277 395	269 363	269 363	816 121	1,20%
8.1 GAS ACQUISITIONS NOT TO BE COSTED	7 451 464	8 447 917	9 191 203	25 090 584	36,90%
9.1 Coordination et gestion de programmes	2 912 116	2 490 303	2 503 437	7 905 855	11,63%
9.2 Gestion de la subvention	406 261	406 261	406 261	1 218 784	1,79%
10.1 Analyse, évaluations, revues et utilisations	480 386	248 794	248 794	977 975	1,44%
10.2-Reportage de routine	123 804	139 582	86 789	350 175	0,52%
10.3 Qualité des données	75 210	65 056	65 056	205 322	0,30%
10.4 Enquêtes	71 651	36 588	71 651	179 890	0,26%
0	0	0	0	0	0,00%
TOTAL (EURO)	24 463 793	21 976 727	21 553 439	67 993 958	100%

RESUME BUDGET PAR PR	2024	2 025	2 026	Total Global	%
PNLT	24 463 793	21 976 727	21 553 439	67 993 958	100,00%
0	0	0	0	0	0,00%
0	0	0	0	0	0,00%
TOTAL (EURO)	24 463 793	21 976 727	21 553 439	67 993 958	100%

5.2- Financement du PSN et mobilisation des ressources

Le coût total du plan stratégique de lutte contre la tuberculose pour la période 2024-2026 de €, soit en environ **44 600 636 750 milliards XAF**. Le financement du présent PSN TB va s'appuyer d'abord sur le budget de l'Etat en vue de l'augmentation de sa contribution à la lutte contre la tuberculose. La sollicitation des partenaires notamment le Fonds Mondial, le PEPFAR et d'autres partenaires sera poursuivie, renforcée ou initiée.