



ONG
FISCameroun

BULLETIN TRIMESTRIEL N° 4 DE DIFFUSION DES RÉSULTATS

TB-PEC@2.0 « FAIRE PROGRESSER LES RÉSULTATS DE LA TB
PÉDIATRIQUE CHEZ LES ENFANTS VULNÉRABLES, DÉPLACÉS INTERNES
EN ZONE URBAINE AU CAMEROUN »



MAI 2023-AVRIL 2025

- **624 ENFANTS DE 0-14 ANS
MIS SOUS TRAITEMENT**
- **3164 ENFANTS DE 0-5 ANS
MIS SOUS TPT**

EDITO DU DIRECTEUR EXECUTIF
OBJECTIFS DU PROJET
ACTIVITES REALISEES
RESULTATS CLES T4
ANALYSE DES STRATEGIES
SUIVI DIRIGE PAR LA COMMUNAUTE
RECAPITULATIF CUMULE ANNEE 1 ET 2
DEFIS / RECOMMANDATIONS
TEMOIGNAGES

YES!
WE CAN END TB
Oui ! Nous pouvons mettre fin à la tuberculose.

BP 2286 Yaoundé-Messa,
Tél: 242 01 60 25

Email : info@fiscameroun.org - fismstsida97@yahoo.fr
Site web : www.fiscameroun.org

29 ans au service de la promotion de la Santé.



E EXPERTISE
FRANCE

L'INITIATIVE
sida, tuberculose, paludisme

BERTRAND KAMPOER



Chers partenaires, collaborateurs et acteurs engagés dans la lutte contre la tuberculose pédiatrique, C'est avec un immense engagement et une profonde reconnaissance que nous vous présentons ce bulletin trimestriel des résultats du projet TB-PEC@2.0, récapitulant les progrès depuis Mai 2023.

Fort d'une première phase très concluante, le projet TB-PEC@2.0 a entamé sa deuxième phase en mai 2024 avec une ambition renouvelée, intégrant en temps réel les données via le DHIS2 pour un suivi et une évaluation efficace dans 35 Centres de Dépistage et de Traitement (CDT) de Yaoundé. Les résultats enregistrés au 30 Avril 2025 témoignent de cette dynamique positive. Sur la deuxième année du projet, 422 enfants de 0 à 14 ans ont été diagnostiqués avec la tuberculose sous toutes ses formes (soit 247 TPB+ ; 79 TPB- et 96 TEP) représentant 82 % de la cible globale de 515. La mise sous traitement préventif à l'isoniazide (TPI) chez les enfants de moins de 5 ans a également atteint un taux impressionnant de 252,4%, avec 2163 enfants concernés.

Nous sommes satisfaits des résultats obtenus après deux années de mise en œuvre : **Pour une cible de 515 enfants TB toutes formes confondues (TFC) et 857 enfants à mettre sous traitement préventif de la tuberculose (TPT), le projet a atteint 624 enfants TB TFC (soit 379 TPB+ ; 120 TPB- et 125 TEP) et 3164 enfants sous TPT, soit des taux de réalisation respectifs de 121,2% pour le diagnostic des cas TB et 369,2% pour la mise sous TPT.** La troisième année du projet s'annonce prometteuse, avec l'intensification du diagnostic par les selles.

Un accent particulier sera également mis sur le diagnostic des formes cliniques (TBP-) et extra-pulmonaires (TEP), car la norme recommande que pour chaque enfant diagnostiqué bactériologiquement, environ 70% d'autres devraient être diagnostiqués cliniquement. Ces approches seront donc renforcées.

Le succès du projet repose sur un engagement fort du ministère de la Santé et une collaboration étroite avec le Programme National de Lutte contre la Tuberculose. Des supervisions conjointes sont régulièrement organisées avec l'ensemble de cet écosystème. Chaque trimestre, nous tenons des réunions et effectuons des visites de contrôle qualité des données avec diverses parties prenantes.

Si la majorité des diagnostics sont actuellement réalisés en consultation externe, l'ONG FIS souhaite encourager une plus grande implication des pédiatres. Nous avons observé qu'environ 73% des enfants diagnostiqués le sont dans les services de consultation externe. Nous souhaitons encourager l'implication des autres services, en particulier l'engagement des pédiatres, car la tuberculose chez l'enfant doit d'abord être suspectée et diagnostiquée cliniquement.

L'ambition à long terme est d'étendre ce programme à l'échelle nationale. Nous réfléchissons déjà à l'extension de ce programme dans quatre régions sanitaires du Cameroun (Centre, Littoral, Nord, Extrême-Nord) afin d'accroître globalement la notification des cas de TB chez l'enfant à 12% à l'échelle nationale. Aujourd'hui, nous avons atteint un taux de notification de 6,7%, contre 5,7% au début du projet. C'est une source de satisfaction et de motivation pour tous les acteurs impliqués.

◆ Nous comptons sur le soutien et l'implication de tous : décideurs politiques, professionnels de santé, communautés et partenaires. La lutte contre la tuberculose ne peut être gagnée qu'ensemble !

💡 Continuons à agir avec détermination **pour un Cameroun sans tuberculose d'ici 2030.**

**Avec toute ma gratitude et mon engagement,
Bertrand Kampoer
Directeur Exécutif, ONG FIS**

« Parce qu'un enfant en bonne santé est un avenir préservé, mobilisons-nous pour éliminer la tuberculose pédiatrique ! »

Objectifs Projet

OS1 : Atteindre une proportion de notification de TB pédiatrique de 10% dans 35 FOSA (CDT, CT et FOSA satellite) de la ville de Yaoundé d'ici 2026.

OS2 : Réaliser un taux de succès au traitement de 90% des enfants (G/F) de 0 à 14 ans notifiés dans les 08 DS d'ici 2026.

Objectif général

D'ici 2026, contribuer à la réduction de la mortalité et morbidité liée à la TB pédiatrique en améliorant l'accès au diagnostic et l'accompagnement pour la réussite du traitement chez les enfants (G/F) de 0 à 14 ans référés ou suivi dans 35 FOSA de la ville de Yaoundé.

OS3 : Atteindre un taux de couverture TPT de 80% dans 35 (CDT, CT et FOSA satellite) de la ville de Yaoundé d'ici 2026.

OS4 : Réaliser un taux d'achèvement TPT de 75% des enfants (G/F) de 0 à 5 ans mis sous TPT dans les 08 Districts de Santé d'ici 2026.

Activités RÉALISÉES

Les enquêtes d'entourage autour des cas index : Vise à identifier, diagnostiquer et traiter rapidement les personnes exposées à un patient atteint de tuberculose active, afin de réduire la transmission de la maladie et de prévenir les complications associées. L'identification peut concourir à diagnostiquer des cas positifs et aussi à mettre les enfants de moins de 5 ans diagnostiqués sous traitement préventif.



YES!
WE CAN END TB
Oui ! Nous pouvons mettre fin à la tuberculose.

03 campagnes de masse réalisées dans les clusters : elles visaient (i) à améliorer les connaissances des communautés sur la TB, (ii) à intensifier la recherche de la TB chez les enfants dans ces quartiers et (iii) à contribuer à la réduction de la stigmatisation.



YES!
WE CAN END TB
Oui ! Nous pouvons mettre fin à la tuberculose.

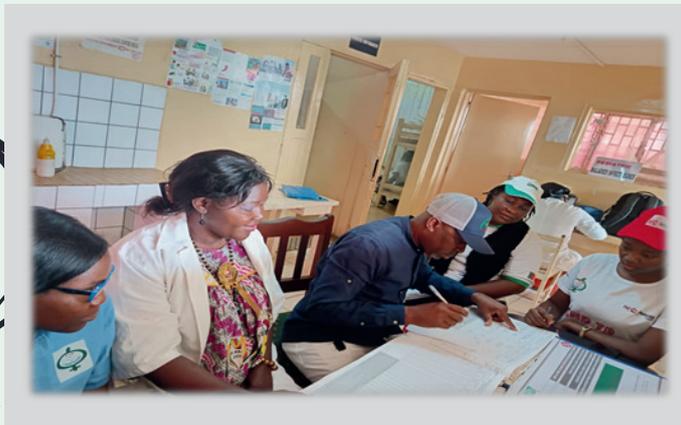
La recherche active de la tuberculose aux portes d'entrée des formations sanitaires:

Vise à améliorer le dépistage précoce et la prise en charge des cas de TB en ciblant les populations qui accèdent aux services de santé pour diverses raisons. Le screening est fait à différentes portes d'entrée des formations sanitaires, notamment la consultation externe, la pédiatrie, la vaccination, la nutrition, l'UPEC, etc.



Les missions conjointe de validation des données semestrielles :

Visé à s'assurer que les données collectées sont fiables, valider les informations nécessaires pour évaluer l'efficacité des interventions menées, identifier les éventuelles lacunes ou problèmes dans la collecte de données, et ajuster les stratégies pour améliorer la gestion et la réponse à la tuberculose. Elle vise également à renforcer la collaboration entre les parties prenantes et à assurer une meilleure coordination pour la mise en œuvre du projet.



WORLD TB Day

YES!
WE CAN END TB
pouvons mettre fin à la tuberculose



03 sessions de formations, de 35 laborantins, y compris 10 techniciens de laboratoire des sites GeneXpert, 70 ASC/ACRA :

Visé à renforcer les capacités de ces acteurs sur la collecte, le conditionnement et l'acheminement des échantillons de selles pour le diagnostic de la TB et la méthode SOS (Simple OneStep pour le diagnostic de la tuberculose) afin de pallier aux perturbations dues aux contraintes bureaucratiques pour la finalisation des contrats des « Bikers ».

Les réunions mensuelles de briefing des ASC/ACRA sur la qualité des données communautaires :

Visé à briefer les ACRA sur la qualité des données (Complétude, promptitude, exactitude, cohérence, exhaustivité) renseignées dans le DHIS2, de continuer à renforcer les capacités des acteurs sur le saisie des données et l'utilisation même des chrome books et de lever les difficultés présentées par les ACRA, dans la collecte des données et de faire un partage d'expérience entre les différentes formations sanitaires.



Les réunions du Comité de Pilotage :
Vise à renforcer les mécanismes d'optimisation des performances du projet aux plans quantitatif et qualitatif ainsi que les mécanismes de pérennisation des acquis.



YES!
WE CAN END TB
Oui! Nous pouvons mettre fin à la tuberculose.

Les réunions de résolution des problèmes CLM :
Vise à améliorer l'accès aux soins pour les personnes affectées par la tuberculose en proposant des solutions concrètes aux barrières identifiées via OnImpact-CLM.



La réunion du Comité d'Orientation stratégique :
Vise à formuler des recommandations en vue d'optimiser l'impact des interventions mises en œuvre



Les passages médias pour présentation du projet:
Vise à disséminer à grande échelle les résultats sur le projet et vulgariser les activités pour accroître la sensibilisation des communautés



Durant la période de Février 2024 à Avril 2025, près de



5,632
enfants screenés

1,873
présumés TB

1,122
testés

107
enfants diagnostiqués
positifs et mis sous
traitement

530
enfants de 0- 5 ans
mis sous TPT.

- Nombre d'enfants screenés
- Nombre d'enfants présumés TB
- Nombre d'enfants présumés TB et testés pour le diagnostic de la TB
- Nombre d'enfants diagnostiqués TB TFC
- Nombre d'enfants de moins de 5ans éligible pour le traitement TPT
- Nombre d'enfants de moins de 5 ans mis sous TPT

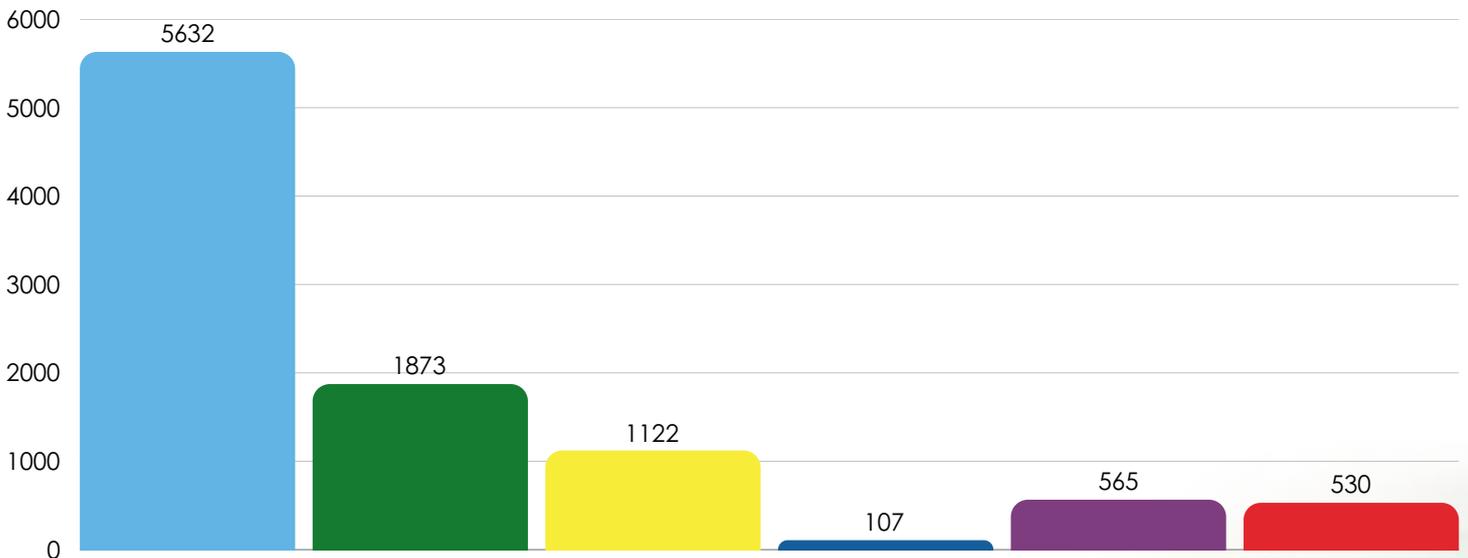


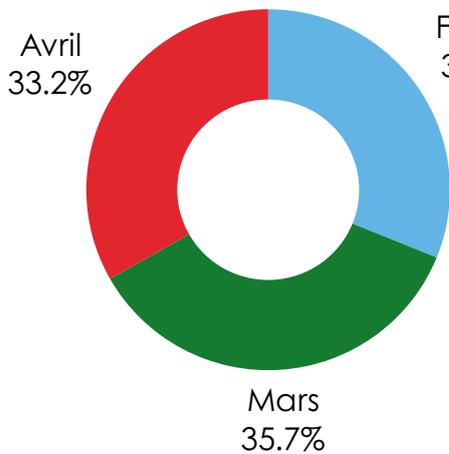
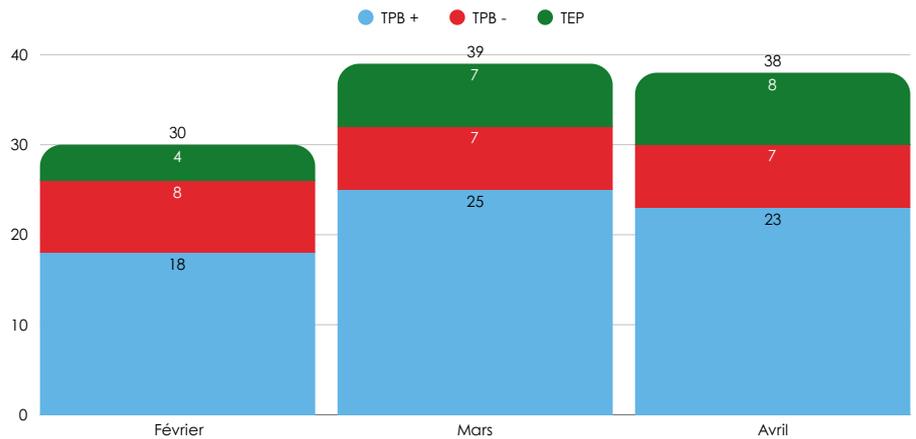
Figure 1 : Résultats Trimestre 4, Année 2 (Février-Avril 2025)

Les graphiques ci-dessous illustrent les résultats mensuels pour la mise sous traitement des différentes formes de TB diagnostiquées et la mise sous traitement préventif.

Les graphiques ci-dessous illustrent ces résultats par mois



Les performances mensuelles font état de 30 enfants mis sous traitement antituberculeux en Février, 39 en Mars et 38 en Avril.



Février
31.1%

Pour ce qui est de la chimioprophylaxie, pour un total de 530 enfants de 0-5 ans mis sous TPT durant ce trimestre, les performances mensuelles font état de 165 en Février (31,1%), 189 en Mars (35,7%) et 176 en Avril (33,2%).



Tendances des enfants mis sous traitement aux T1, T2, T3 et T4

Enfants de 0-14 ans mis sous traitement, avec une évolution au fil du temps

422

Enfants de 0-5 ans mis sous Traitement Préventif de la Tuberculose (TPT)

2,163

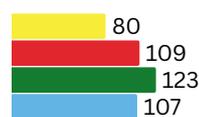
● T1 (Mai-Juillet)

● T2 (Août-Octobre)

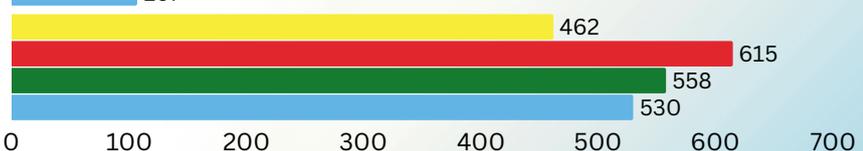
● T3 (Novembre-Janvier)

● T4 (Février-Avril)

Nombre d'enfants diagnostiqués et mis sous traitement



Nombre d'enfants mis sous TPT



ANALYSE DES STRATEGIES

Plusieurs facteurs concourent à une mise en œuvre efficace du projet, notamment les stratégies utilisées, l'implication des acteurs concernés et la collaboration institutionnelle.

Depuis le début du projet

Stratégie Enquêtes d'entourage (Contact tracing) : Période mai 2023 – avril 2025

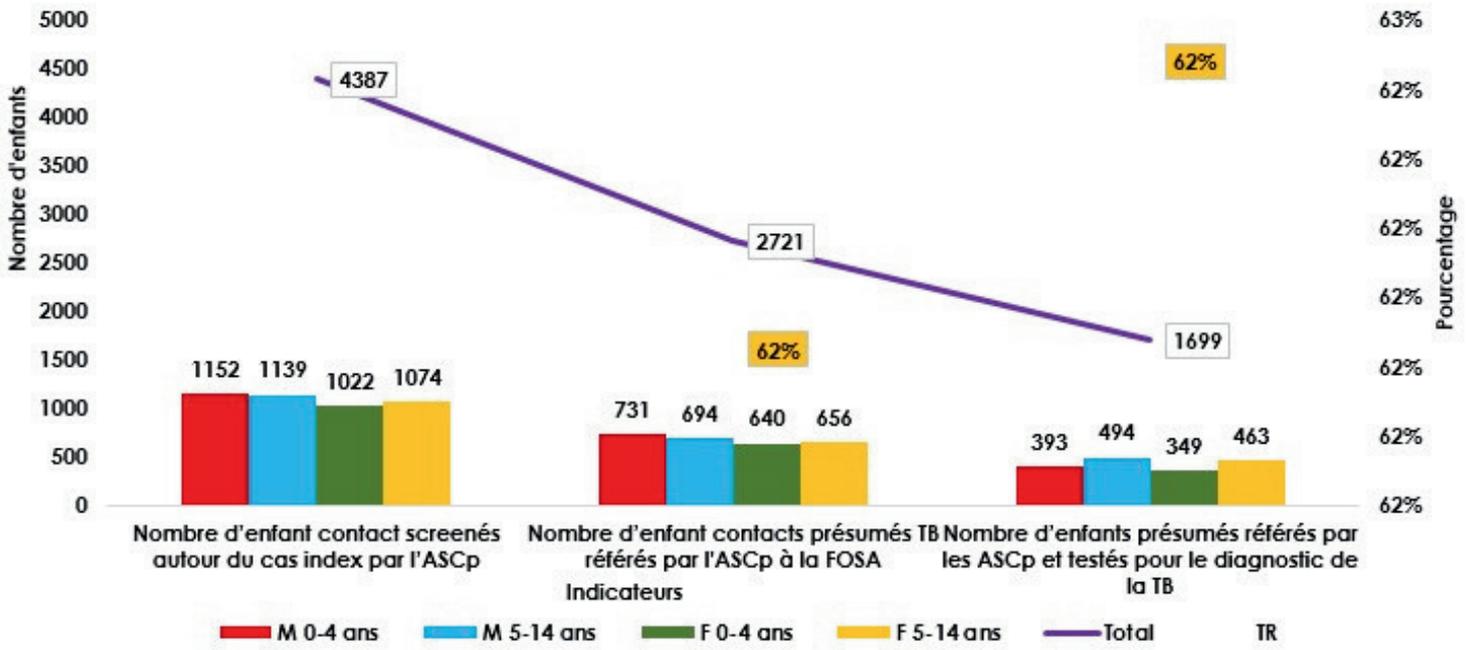


Figure 4: Performance stratégie Enquête d'entourage (EE), cumul Année 1+2 (Mai23-Avril25)

Les enquêtes d'entourages ont permis depuis le début du projet de (i) screener 62% d'enfants présumés (2721/4387) référés au CDT pour le diagnostic, (ii) parmi lesquels 62% (1699/2721) ont effectivement été testés. Alors que le screening est très supérieur de la norme de 30% recommandé par le PNLT ; la proportion d'enfants effectivement testés reste problématique et loin de la recommandation du PNLT (85%).

Le principal enjeu pour cette stratégie devient l'accompagnement des familles pour la réalisation du diagnostic qui est la porte d'entrée pour la prise en charge de la tuberculose. Pour cela, il faut résoudre des défis prioritaires déjà documentés au cours des semestres précédents tels que ; (i) la réticence parentale ; (ii) le faible suivi des cas référés (Hand-check) par les ASCp.

Pour l'année 3, le projet proposera une approche familiale du diagnostic de la tuberculose chez l'enfant en offrant un modèle de soins intégrés, adaptés aux besoins de l'enfant et de ses proches aidants. L'approche familiale doit être multidisciplinaire afin de répondre aux besoins de la famille, car elle met l'accent sur la continuité des soins pour toute la famille et non pas uniquement sur les besoins individuels du patient.

Stratégie Campagne de masse dans les clusters : Période mai 2023 – avril 2025

Le rendement de cette stratégie est pratiquement nul sur les deux années de mise en œuvre du projet avec uniquement 3 enfants TPB+, malgré le nombre important des personnes screenées (552), les échantillons collectés et acheminés pour le diagnostic (239).

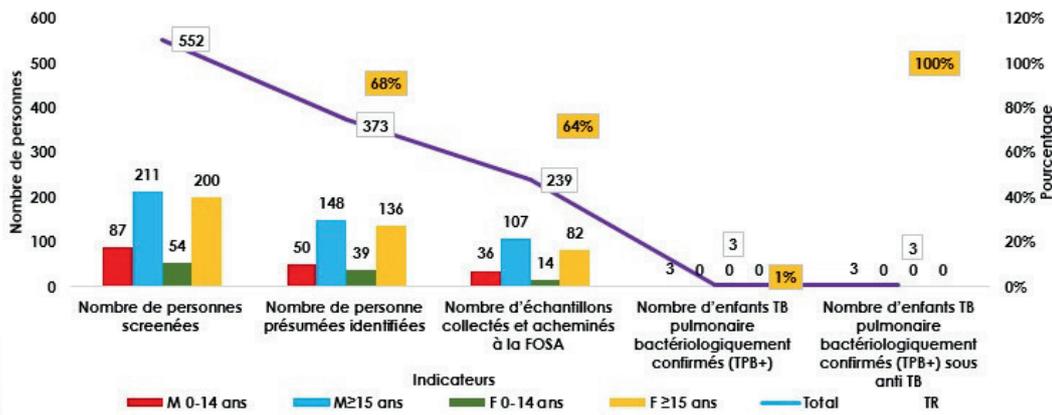
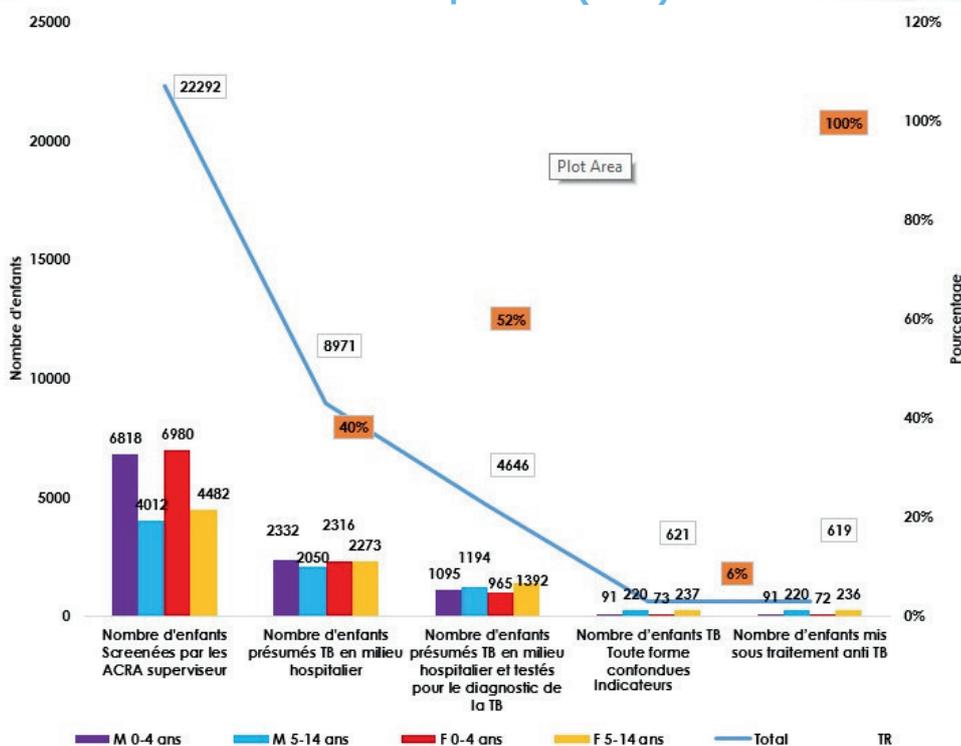


Figure 5 : Performance stratégie Campagne de masse (CM), cumul Année 1+2 (Mai23-Avril25)

Il faut noter que les adultes ≥15 ans, représentent la majorité des personnes screenées (411 soit 74,45%) pendant les campagnes de masse, tandis que les enfants 0–14 ans cible du projet représentent à peine 26%. Après plusieurs changements d'approche toujours non concluantes, cette stratégie sera annulée à l'année 3.

Stratégie Recherche active en milieu hospitalier (RAH) : Période mai 2023 – avril 2025



Cette stratégie a contribué à diagnostiquer un total de 621 enfants TB TFC soit 376 TPB+ ; 120 TPB- et 125 TEP (y compris certains cas référés et suivis par les ASCp en communauté).

La stratégie de Recherche active en milieu hospitalier (RAH) a permis depuis le début du projet de (i) screenées 40% d'enfants présumés (897/22292) qui ont été référés au CDT pour le diagnostic.

La principale problématique demeure la sous notification des cas cliniquement diagnostiqués (TEP et TPB-) contre les cas bactériologiquement confirmés (TPB+). Selon les experts, la TB est confirmée bactériologiquement chez seulement 20 à 30% des enfants.

En effet, sur 621 cas de TB TFC ; la TPB+ à elle seule représente 60,5 % et les forme cliniques (TPB- et TEP) 39,5%. Ceci est totalement contraire aux recommandations des experts. Les personnels de santé devraient être mieux formés et recyclés sur le diagnostic clinique de la tuberculose et sur l'algorithme de prise en charge de la tuberculose TB toute forme confondue afin de contribuer à rehausser cet indicateur.

SUIVI DIRIGE PAR LA COMMUNAUTE

Le suivi dirigé par la communauté se fait à l'ONG FIS et dans le cadre du projet TB-PEC@2.0 à travers l'outil OneImpact, qui, est une solution numérique, destinée à être utilisée par le PLNT, et les OBC. En effet, l'analyse des obstacles signalés dans le tableau de bord de l'outil **OneImpact sert de base pour des plaidoyers qui permettront d'orienter la prise des mesures facilitant la coordination de la riposte TB aux niveaux (i) Individuel (patient TB), (ii) Intermédiaire (Formations sanitaires) et (iii) National (MINSANTE, PNLT).**



L'utilisation de l'outil OneImpact a permis une remontée d'informations sur les barrières d'accès et les cas de stigmatisation. Peu d'enfants sont enregistrés sur la plateforme, ce qui limite son impact direct sur la détection des TB pédiatriques. Toutefois, il représente un levier stratégique pour les retours communautaires. Les barrières déclarées sont plus souvent rapportées par les femmes et levées pour faciliter l'accès aux soins de dépistage, traitement, suivi etc...

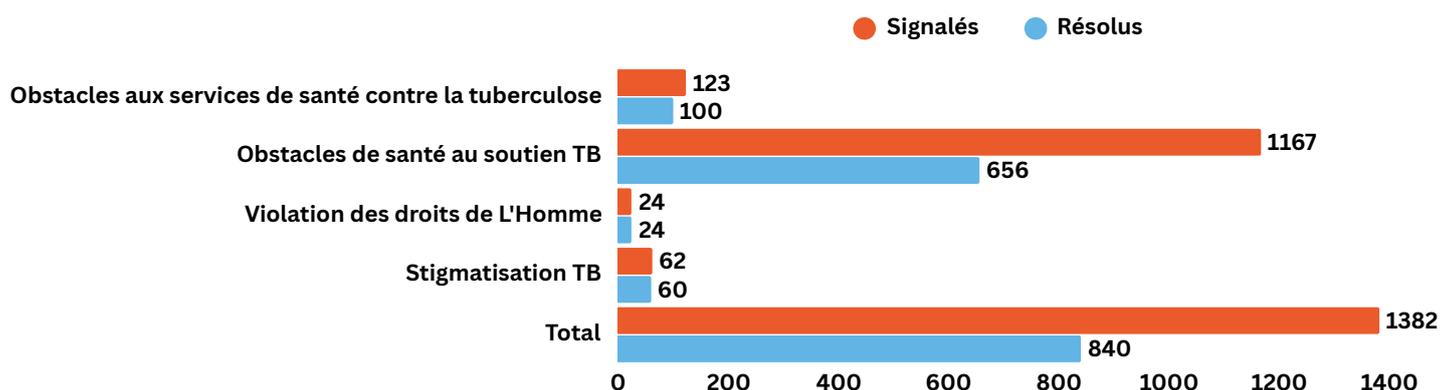


Figure 10 : Barrières signalées dans l'outil OneImpact, Semestre 2, Année 2

1382 barrières signalées, 840 levées durant la période soit un pourcentage de 60,78%:

100 barrières d'accès aux services de la tuberculose, résolues à travers les paiements de transport pour le diagnostic et la chimio prophylaxie,

656 barrières liées aux services de soutien de la tuberculose, résolues à travers l'appui en frais de santé d'urgence et appui alimentaire, appui en transport etc...

24 barrières liées à la violation de l'homme et 60 barrières liées à l'auto-stigmatisation résolues à travers les visites de soutien et d'éducation à travers les TB Clubs.

La stratégie doit être étendue à davantage de communautés et utilisateurs pour l'année 3 avec une meilleure vulgarisation de l'outil.

RECAPITULATIF CUMULE ANNEE 1 ET 2

SYNTHESE DES DONNEES DES STRATEGIES D'ENQUETE D'ENTOURAGE+CAMPAGNE MASSE+RECHERCHE MILIEU HOSPITALIER

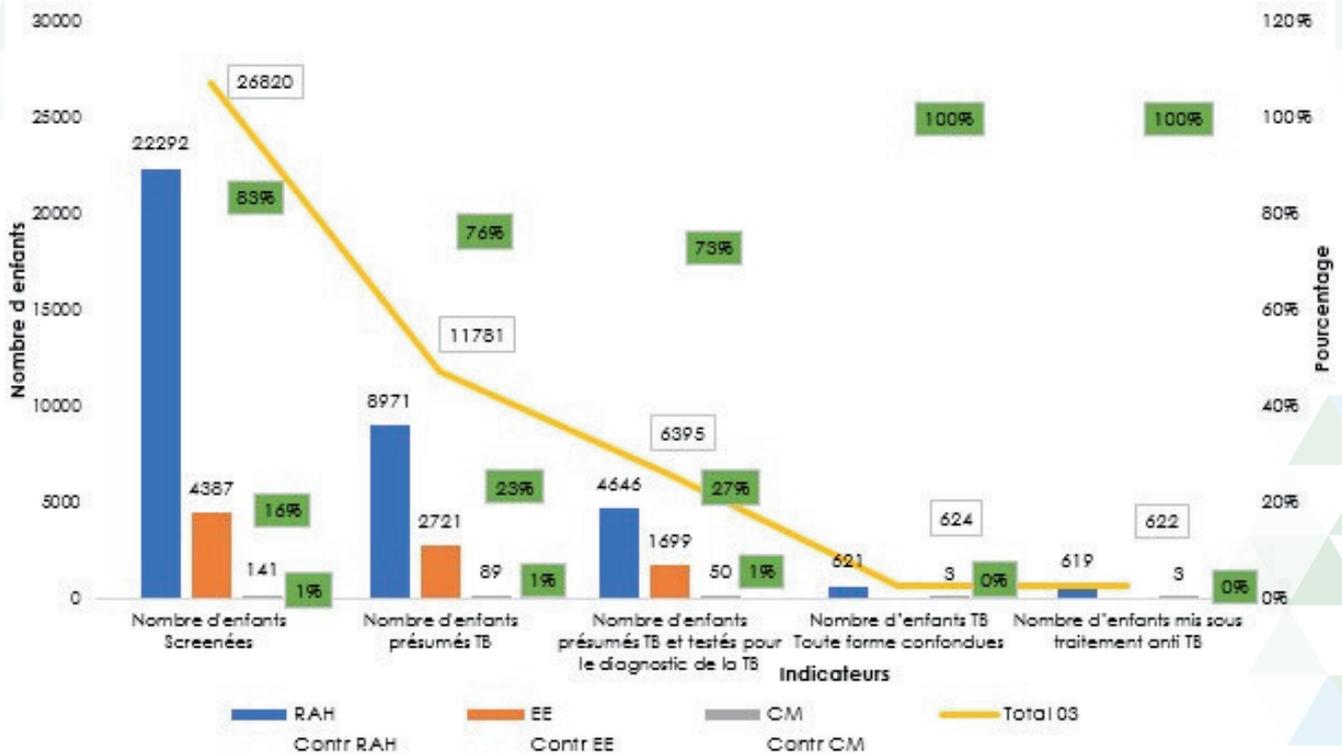
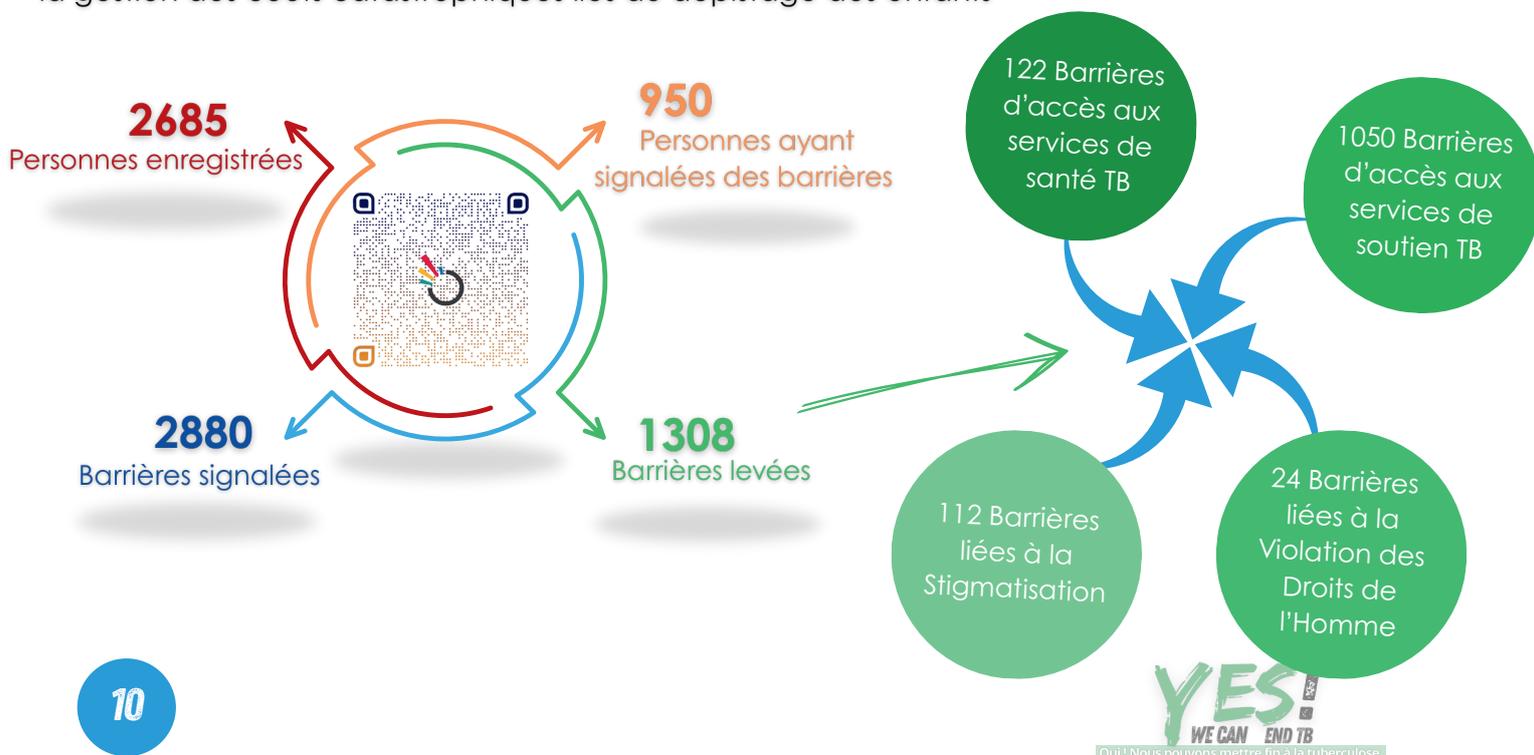


Figure 7: Comparaison données stratégie EE, CM et RAH, Année 1 (Mai23-Avril24), Année2 (Mai24-Avril25)

De manière globale, la stratégie de recherche active de la TB aux portes d'entrées des FOSAs a contribué à une performance de **99,52%** sur l'ensemble des cas de TBTC ; ceci couplé à la stratégie d'enquête d'entourage alors que la stratégie de campagne de masses a **contribué à moins de 1%**. Dès lors **la stratégie la Recherche active en milieu hospitalier est la plus efficace.**

Résultats annuels CLM

Au cours de l'année 2 de mise en œuvre du projet TB-PEC@2.0, l'outil **OneImpact CLM** a contribué à la gestion des couts catastrophiques liés au dépistage des enfants



RECOMMANDATIONS

- Non fonctionnalité de 5 FOSA avec des performances nulles depuis 12 mois.
- Forte déperdition dans la cascade en particulier, les présumés, les référés et testés
- Sous notification de la tuberculose pédiatrique cliniquement confirmée (TPB- et TEP)
- Aucune notification d'enfants TB/VIH et de TB MR
- Manque de visibilité et faible appropriation des données par les Districts de Santé
- Absence de cibles chiffrées par FOSAs, rendant difficile l'évaluation objective des performances individuelles
- Insuffisance ou indisponibilité de matériel de base (comme les abaisse-langues) dans les FOSA, affectant la qualité du prélèvement pour le diagnostic TB par les selles.
- Blocage et retard dans la contractualisation avec les laborantins en lieu et place des bikers faute de fiche de convoyage des échantillons adéquate et de circuit clair
- Risque de rejets ou de retards des échantillons au niveau du Centre Pasteur du Cameroun (CPC), faute de documents requis ou correctement remplis.
- Difficulté de traçabilité et de suivi des patients, notamment pour le TPT, en raison d'un enregistrement incomplet ou non standardisé
- Présence de gaps, incohérences ou erreurs dans les données TB pédiatrique saisies dans le DHIS2
- Retrait des 5 FOSA non fonctionnelle à partir du début des interventions année 3.
- Renforcer au cours des supervisions formatives la capacité des acteurs opérationnels (ACRA superviseurs et ASCp) sur l'algorithme national de dépistage.
- Organiser des Masters class chaque trimestre pour améliorer les capacités des personnels de santé sur le diagnostic clinique de la tuberculose pédiatrique
- Documenter les cas de co-infection et de TB MR
- Intégrer les Districts de santé et OCAS dans le circuit de remontée des données en leur octroyant également les accès du Dashboard communautaire DHIS2 du projet TB-PEC@2.0 pour un meilleur suivi
- Fixer des cibles à chaque FOSA impliquée dans le projet en année 03 pour une meilleure évaluation de leurs performances
- Explorer les possibilités de rendre disponible un minimum de matériel (abaisse-langue) pour améliorer la collecte des échantillons pour le diagnostic de la TB
- Finaliser le circuit et la fiche de convoyage des échantillons à réaliser par les laborantins pour finalisation des contrats et effectivité du transport des échantillons
- Produire les registres de TPT actualisée ; etc... et les fiches de demande d'analyse PNLT lors du transfert des échantillons au CPC
- Organiser des réunions trimestrielles de revue des données TB pédiatrique en collaboration avec le PNLT et le GTR pour rectifier les gaps observés dans le DHIS2 et pour un suivi rigoureux des données



Jean Marie ONGOLO
Chef Bureau Suivi-Evaluation,
Sous-Direction de Lutte contre
la Tuberculose

“

La DLMEP par ma modeste personne, voudrait dire son satisfecit à la mise en œuvre du projet TB-PEC@2.0. Ce qui est louable, est la confirmation de l'existence de la TB chez les enfants. Et l'évolution de la notification de la TPB+ et TEP tout au long de l'année 2024, démontre qu'il y a bien des cas qu'il faut aller traquer en communauté.

La progression des interventions est visible au bout de chaque trimestre, démontrant une efficacité grâce en partie à la prise en compte des recommandations du comité de pilotage chaque semestre. Ceci a contribué à influencer les résultats nationaux. En effet, on note qu'en fin 2024, le projet a une contribution nationale de la notification de 16,83 % et une contribution régionale dans le centre (site de mise en œuvre du projet) de 61,64% (305 cas notifiés par l'ONG FIS sur l'ensemble des 495 notifiés).

”

Fiscameroun

ONG FIS 29 ans au service de la santé communautaire
Prix Africain du Leadership en Santé (PALSA)
Meilleure OSC dans la lutte contre la Tuberculose (FIGUSPC)
Prix spécial à la contribution à la lutte contre la TB en Afrique.

YES!
WE CAN END TB

Oui ! Nous pouvons mettre fin à la tuberculose.