



**ONG FIS
Cameroun**

BULLETIN TRIMESTRIEL N°7 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-JANVIER 2026

✓ **936**

**ENFANTS DE 0-14 ANS MIS
SOUS TRAITEMENT**

✓ **4494**

**ENFANTS DE 0-4 ANS MIS
SOUS TPT**

1. **EDITO DU DIRECTEUR EXECUTIF**
2. **OBJECTIFS DU PROJET**
3. **ACTIVITES REALISEES**
4. **RESULTATS CLES T3 AN 03**
5. **SUIVI DIRIGE PAR LA COMMUNAUTE**
6. **LECONS APPRISES ET BONNES PRATIQUES**

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.



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

BERTRAND
KAMPOER

Les enfants atteints de TB-MR sont les plus vulnérables et nécessitent un accompagnement médical et psychosocial renforcé. Pour le dernier trimestre de mise en œuvre, cette composante devient une priorité stratégique.

Les résultats obtenus ne doivent pas dépendre uniquement d'un financement extérieur. Ils doivent s'inscrire dans une vision nationale durable.

La recherche active, la forte couverture du TPT, le suivi dirigé par la communauté et la structuration progressive de la cascade diagnostique constituent aujourd'hui un modèle éprouvé.

La pérennisation de ces acquis nécessite une mobilisation accrue des autorités sanitaires, une intégration renforcée dans les mécanismes nationaux et un engagement budgétaire progressif en faveur de la TB pédiatrique.

C'est dans cet esprit que nous envisageons l'organisation d'une **soirée de gala en septembre 2026**, afin de mobiliser le secteur privé national autour d'un objectif clair : **étendre cette approche aux quatre régions prioritaires du Programme National de Lutte contre la Tuberculose**. Investir dans la lutte contre la tuberculose de l'enfant, c'est investir dans le capital humain et l'avenir de notre pays. C'est protéger l'avenir.

Aujourd'hui, nous avons démontré que le changement est possible. Demain, il nous appartient de décider s'il sera durable et national.

J'invite les décideurs publics, les entreprises citoyennes et l'ensemble des partenaires à se joindre à cette dynamique. Ensemble, nous pouvons consolider les acquis, renforcer la prise en charge des formes complexes comme la TB-MR et faire de la tuberculose pédiatrique une priorité stratégique du développement sanitaire du Cameroun.

Avec toute ma gratitude et mon engagement,

Bertrand Kampoer

Directeur Exécutif, ONG FIS

Chers partenaires, décideurs publics, acteurs du secteur privé et membres engagés de la société civile,

Les résultats cumulés du projet TB-PEC@2.0 démontrent une réalité forte : ***lorsque la volonté politique, l'expertise technique et l'engagement communautaire convergent, la trajectoire de la tuberculose pédiatrique peut être transformée.***

À ce jour, **936 enfants ont été notifiés et mis sous traitement TB**, pour une cible initiale de 515, soit 181 % d'atteinte. **Plus de 4 494 enfants ont bénéficié du traitement préventif (TPT)**, dépassant largement les projections initiales. Ces performances ne sont pas de simples statistiques ; elles représentent des vies protégées, des familles rassurées et des communautés renforcées.

Plus encore, dans 30 CDT de la région sanitaire de Yaoundé, le taux de notification de la TB pédiatrique est passé de 5,7 % à 12,5 %. Cette progression marque un tournant structurel : "la tuberculose de l'enfant n'est plus invisible". Elle est recherchée, diagnostiquée et prise en charge avec rigueur.

Alors que le financement d'Expertise France arrive à échéance en avril 2026, notre responsabilité collective s'élargit. Nous devons consolider ces acquis et combler les angles morts de la réponse. Parmi eux figure la tuberculose multirésistante pédiatrique, encore insuffisamment adressée.

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

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.



La recherche active de la TB 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.



Le soutien psychologique aux familles affectées :

Vise à renforcer les capacités des patients et anciens malades de la TB à travers des causeries éducatives afin de mieux gérer les contraintes médicales, sociales et économiques liées à la maladie, et à devenir des relais de changement au sein de leur communauté.



Les appuis nutritionnels et financiers aux familles :

Vise à améliorer l'accès aux soins et optimiser le succès thérapeutique pour les personnes affectées par la tuberculose en proposant des solutions concrètes aux barrières identifiées via OnelImpact-CLM.



Durant la période de Novembre 2025 à Janvier 2026, près de

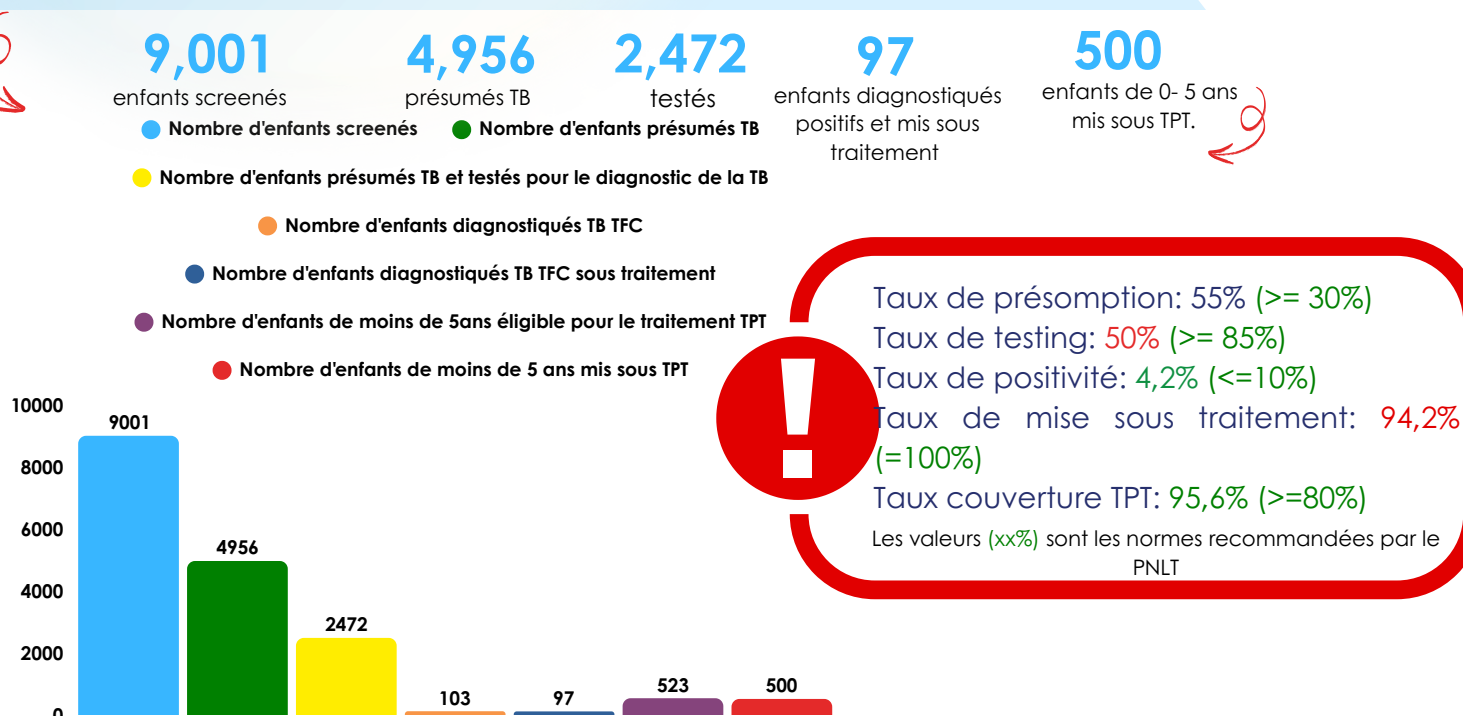


Figure 1 : Résultats Trimestre 3, Année 3 (Novembre 2025-Janvier 2026)

> Par Stratégie,

Le graphique illustre la cascade des résultats de Novembre 2025 à Janvier 2026 en comparant les deux stratégies de détection.

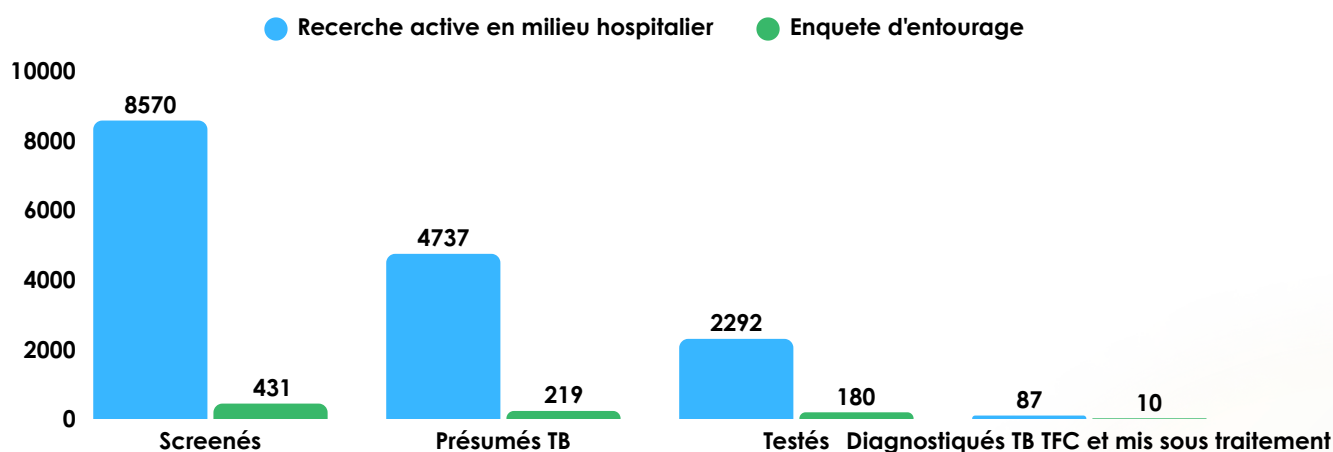


Figure 2 : Résultats Trimestre 3, Année 3 (Novembre 2025-Janvier 2026) par stratégie de mise en œuvre

- On observe que la recherche active en milieu hospitalier (RAH) concentre l'essentiel des résultats à chaque étape : 95 % des enfants screenés, 95 % des présumés TB, 92% des enfants testés et 90 % des cas finalement mis sous traitement.
- Les enquêtes d'entourage ou contact tracing (EE), bien que représentant une proportion plus faible (environ 5% des enfants screenés autour de 169 cas index), permettent de limiter la chaîne de transmission de la maladie en détectant les cas contacts confirmés (10% environ) et mettant les enfants de moins de 5 ans sous traitement préventif.

Cette complémentarité souligne que la RAH reste la stratégie principale de détection, tandis que les EE apportent une valeur ajoutée indispensable pour capter des cas qui échapperaient autrement au système.

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

Formes de TB diagnostiquées et mises sous traitement anti TB



Au cours du trimestre, 103 enfants ont été diagnostiqués TB (31 en novembre, 35 en décembre et 37 en janvier), traduisant une progression mensuelle continue.

Toutefois, comparativement au trimestre précédent, une baisse globale de 12,6 % des cas notifiés est observée, malgré une augmentation significative de 40 % du taux de testing.

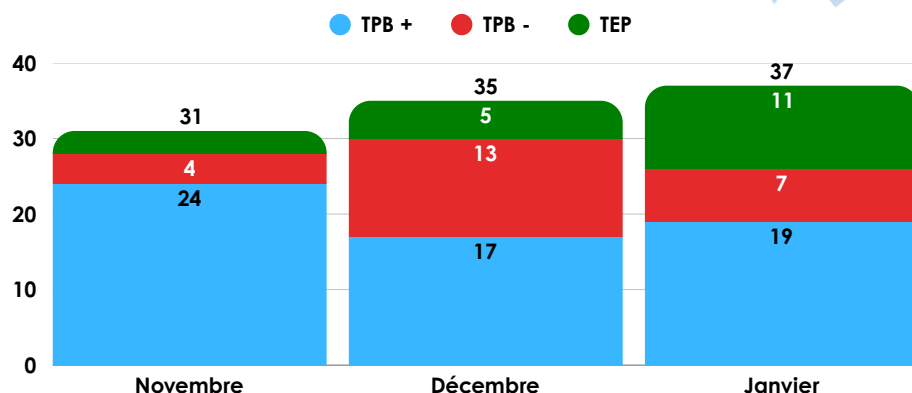


Figure 3 : Performance mensuelle des formes de TB notifiées

Cette dynamique suggère que l'intensification du dépistage permet d'élargir la couverture diagnostique, mais pourrait également refléter une diminution du réservoir de cas non détectés ou des variations saisonnières dans la transmission et l'accès aux services.

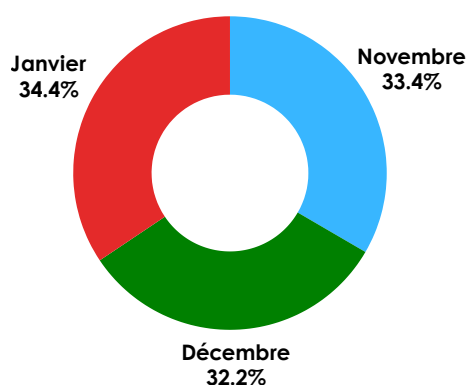
Il conviendra de consolider les efforts d'investigation communautaire et d'analyse des écarts entre dépistage et confirmation afin d'optimiser le rendement diagnostique au cours du prochain trimestre.

Au cours du trimestre, 103 cas de tuberculose pédiatrique ont été notifiés, dont 60 TPB+ (58,3 %) et 43 formes cliniques (41,7 %), comprenant 24 TPB- et 19 TEP.

Comparativement au trimestre précédent (38 %), la proportion des formes cliniques connaît une légère augmentation. Cette évolution pourrait traduire une amélioration de la capacité des équipes à poser un diagnostic clinique, notamment dans le contexte pédiatrique où la confirmation bactériologique reste limitée.

Toutefois, la part encore importante des formes cliniques souligne la nécessité de poursuivre le renforcement des compétences diagnostiques et l'optimisation de l'accès aux outils de confirmation, afin d'assurer un diagnostic à la fois précoce et précis.

Mise sous traitement préventif à la tuberculose (TPT)



Au cours du trimestre, 500 enfants éligibles ont été mis sous traitement préventif de la tuberculose (TPT), répartis comme suit : 167 en novembre, 161 en décembre et 172 en janvier.

Comparativement au trimestre précédent (457 enfants sous TPT), une progression de 9,4 % est observée, traduisant une consolidation des efforts de mise sous chimioprophylaxie. La performance demeure globalement stable d'un mois à l'autre, avec un léger pic enregistré en janvier.



Cette dynamique confirme le maintien d'une bonne capacité d'identification et d'initiation des enfants contacts à haut risque, tout en soulignant la nécessité de poursuivre les stratégies actives de recherche et de suivi des contacts pour soutenir cette tendance.

Figure 4 : Performance mensuelle de mise sous TPT

Tendances trimestrielles

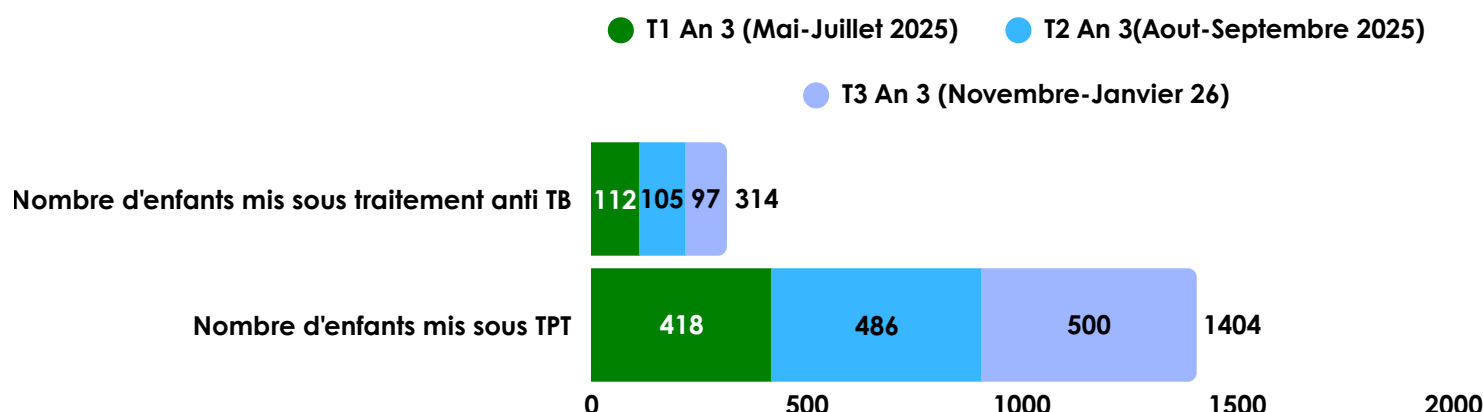


Figure 5 : Evolution trimestrielle des indicateurs

Ce que révèlent les indicateurs : Forces et points d'attention



Forces du trimestre

1. Dépistage renforcé et plus sensible

Le taux de présomption atteint 55 % (norme ≥ 30 %), traduisant une amélioration significative du repérage des cas suspects et une vigilance accrue des équipes.

2. Amélioration progressive du testing

Le taux de testing progresse à 50 % (contre 30 % au trimestre précédent). Bien qu'encore en deçà du standard national (≥ 85 %), cette évolution indique une réduction progressive de la déperdition dans la cascade diagnostique.

3. Dépistage plus large et plus précoce

La baisse du taux de positivité à 4,2 % (≤ 10 %) suggère un élargissement du screening au-delà des cas sévèrement symptomatiques, favorisant une détection plus précoce.

4. Prévention solidement ancrée

La couverture du TPT demeure élevée à 95,6 % (≥ 80 %), confirmant la robustesse des mécanismes d'identification et de mise sous traitement préventif des enfants contacts.

Points d'attention

1. Testing encore insuffisant

Malgré les progrès, le taux de testing (50 %) reste inférieur aux recommandations nationales. L'accès aux examens diagnostiques demeure le principal goulot d'étranglement de la cascade.

2. Légère déperdition entre diagnostic et traitement

Le taux de mise sous traitement (94,2 %) montre qu'une petite proportion de cas confirmés n'est pas initiée immédiatement au traitement, nécessitant un suivi renforcé.



Orientation stratégique pour le prochain trimestre

Consolider les acquis en prévention tout en intensifiant les actions ciblées sur :

- l'amélioration du rendement diagnostique,
- la réduction de la déperdition entre présomption et testing,
- la sécurisation complète de la mise sous traitement des cas confirmés.



SUIVI DIRIGÉ 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 OnelImpact, 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 **OnelImpact 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).**



Barrières	Signalées	Résolues
Liées aux services de santé TB	67,8%	75,4%
Liées au services de soutien TB	29,4%	21,8%
Stigmatisation et Droits humains	2,8%	2,8%
Total par statut	100%	100%

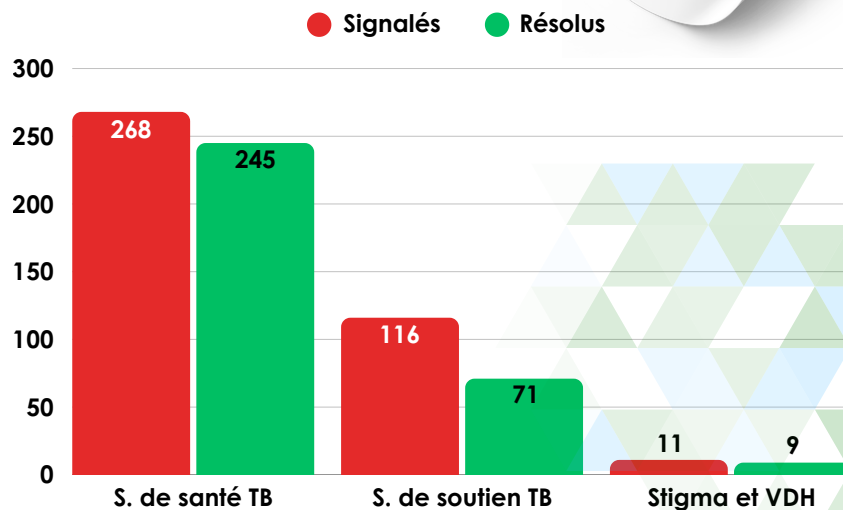


Figure 6 : Barrières signalées et résolues à travers le CLM, T3, An 3

L'analyse des données montre que le mécanisme de CLM a permis de lever 91,1 % des barrières liées à l'accès aux services de santé TB, 61,2 % des barrières liées aux services de soutien, et 81,8 % des barrières associées à la stigmatisation et aux droits humains.

Au cours de ce trimestre, le projet TB-PEC@2.0 à travers le CLM a contribué à faciliter le dépistage des enfants identifiés pour la plupart à travers les enquêtes d'entourage, et aussi pris en charge certains couts catastrophiques (hospitalisation, examens radiologiques) et comorbidités liées au traitement de la TB à l'instar de la malnutrition et la coinfection TB/VIH, accentuant la vulnérabilité de certains enfants.

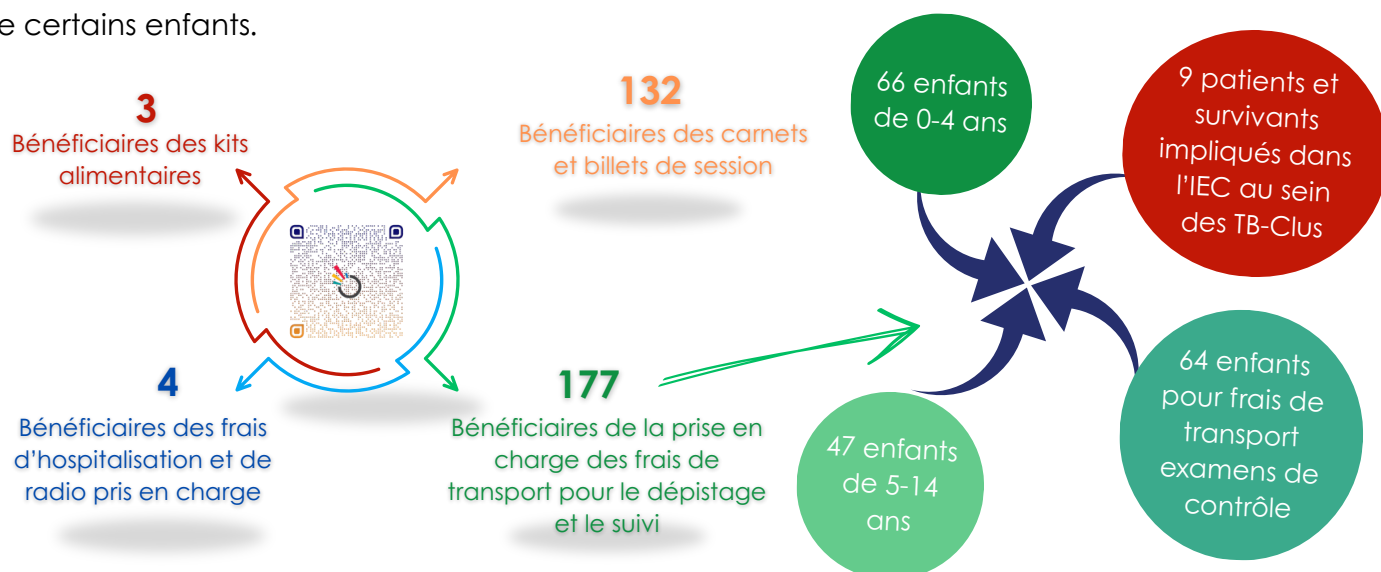


Figure 7 : Etat du soutien apporté aux patients indigents pour optimisation de la notification et succès thérapeutique

Globalement, ces performances confirment l'efficacité du CLM comme outil opérationnel de réduction des obstacles à l'accès aux soins et d'amélioration de la continuité de la prise en charge.

1. L'élargissement du dépistage améliore la sensibilité, mais exige un testing robuste

L'augmentation du taux de présomption (55 %) montre qu'un screening actif et systématique permet d'identifier davantage d'enfants suspects. Toutefois, sans un renforcement parallèle du testing, la déperdition dans la cascade persiste.

- Le dépistage n'a d'impact que s'il est suivi d'une confirmation diagnostique effective.

2. Le diagnostic clinique pédiatrique nécessite un accompagnement continu

L'amélioration progressive de la proportion des formes cliniques notifiées montre que les sessions de renforcement de capacités (MasterClass, supervisions formatives) produisent des effets.

- Cependant, l'appropriation de l'algorithme national demande un suivi régulier et un mentorat de proximité.

3. La prévention est plus stable que le curatif

La performance élevée et constante du TPT (95,6 %) démontre que les stratégies d'enquêtes d'entourage et de suivi communautaire sont bien intégrées.

- Les interventions préventives génèrent des résultats plus durables lorsqu'elles sont systématisées.

4. La qualité des données influence directement la performance

Les incohérences et écarts observés dans la cascade ont mis en évidence l'importance des supervisions conjointes, de la validation régulière des données et de l'intégration progressive dans le DHIS2.

- Une donnée fiable améliore la prise de décision programmatique.

BONNES PRATIQUES

✓ Combinaison Recherche Active Hospitalière (RAH) + Enquêtes d'Entourage (EE)

La complémentarité des stratégies a permis de maximiser la détection tout en consolidant la prévention chez les enfants contacts.

✓ Intégration du Suivi Dirigé par la Communauté (CLM)

L'utilisation de l'outil OnelImpact pour identifier et résoudre les barrières (transport, hospitalisation, nutrition) a contribué à réduire les coûts catastrophiques et à sécuriser la prise en charge.

✓ Mise sous traitement rapide des cas confirmés

Malgré une légère déperdition ce trimestre, le maintien d'un taux élevé de mise sous traitement démontre une forte réactivité des équipes.

✓ Appui nutritionnel et psychosocial aux familles

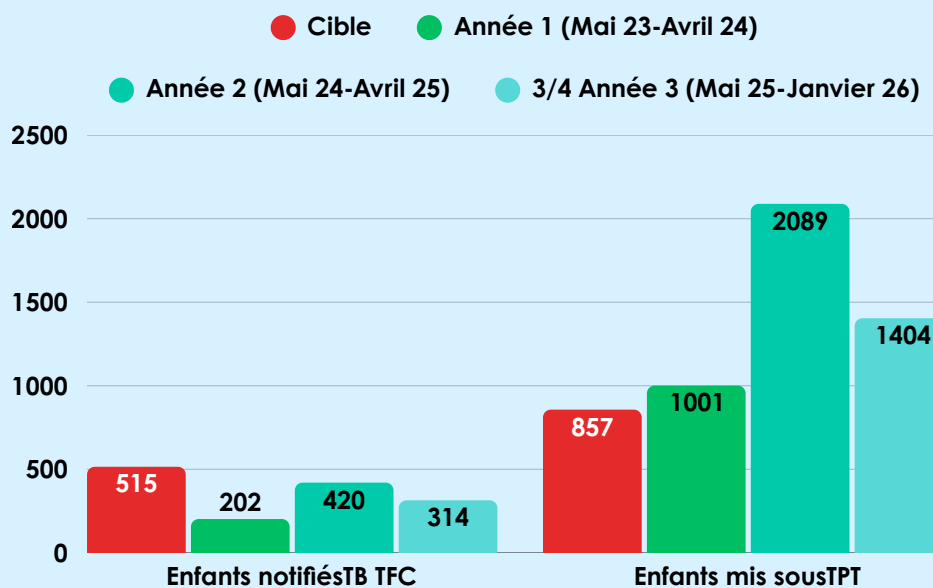
Le soutien intégré (nutrition, transport, hospitalisation, accompagnement psychosocial) améliore l'adhésion au traitement et le succès thérapeutique.

Les enseignements tirés de ce trimestre confirment que la consolidation de la cascade diagnostique, combinée à une prévention robuste et à un accompagnement communautaire structuré, constitue la voie la plus efficace pour améliorer durablement les résultats de la TB pédiatrique.



- TB TFC : 515 ciblés ; 936 atteints (181 %).
- TPT : 857 ciblés ; 4494 atteints (524 %).

Cette surperformance remarquable reflète l'engagement constant des équipes communautaires et hospitalières, ainsi que la solidité du partenariat opérationnel qui permet aujourd'hui d'améliorer la santé des enfants exposés à la tuberculose dans les 08 districts de santé de mise en œuvre du projet TB-PEC@2.0.



ONG FIS Cameroun

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.

Biyem-Assi (Nsimeyong II), « Carrefour Tam-Tam », Face Chefferie de Bloc Nsimeyong II.
BP : 2286 Yaoundé – MESSA.

(+237) 242 016 025.

info@fiscameroun.org

www.fiscameroun.org

FIS – For Impacts In Social Health

FIS Cameroun

FIS CAMEROUN

[fiscameroun237](https://www.instagram.com/fiscameroun237)

Rédigé par:

Valencia KAMDEM-VAL

Chargée Suivi-Evaluation, ONG FIS