



Projet TB-PEC@2.0 : « faire progresser les résultats de la TB pédiatrique chez les enfants vulnérables, déplacés internes en zone urbaine au Cameroun ».

RAPPORT

MASTER CLASSE POUR RENFORCER LES CAPACITES CLINIQUES DES PERSONNELS DE SANTE IMPLIQUES DANS LE DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE



24 Février 2026

Centre Spirituel Jean XXIII de Mvolé, Yaoundé

© www.fiscameroun.org

TABLE DES MATIERES

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION	2
II. OBJECTIFS DE L'ACTIVITE	3
Objectif Général.....	3
Objectifs spécifiques.....	3
III. RESULTATS ATTENDUS	3
IV. DEROULEMENT DE LA MASTERCLASS	4
IV.A. Mot de bienvenue du Directeur exécutif de l'ONG FIS Cameroun	4
IV.B. Mot de bienvenue du Chef Service TB DLMEP	5
IV.C. Pré-test	5
IV.D. Module1 : Généralité sur la TB-MR et TB pédiatrique	5
IV.E. Module2 : Diagnostic et traitement de la TB pédiatrique.....	8
IV.F. Module 3 : Nouvelle technique de diagnostic biologique de la TB chez les enfants	12
IV.G. Module 4 : Principes et techniques de l'éducation thérapeutique.....	14
IV.H. Module 5 : Genre, droits humains et engagement communautaire dans la réponse DR-TB	15
IV.I. Module 6 : Le CLM dans la lutte contre la TB-MR : OneImpact.....	16
IV.J. Post test	17
V. ANALYSE DES DONNEES DU PRE-POST TEST	17
V.A. Résultats pré-post test par personnel de santé	17
V.B. Analyse des résultats.....	18
V.C. Recommandations	19
VI. SYNTHESE DES RECOMMANDATIONS	20
VII. MOT DE CLOTURE.	20
VIII. ANNEXES	21
Annexe 1 : Quelques Photos.....	21
Annexe 2 : Passages Médiatiques	21
Annexe 3 : Pré-Post test.....	21
Annexe 4 : Agenda.....	21

LISTE FIGURE ET TABLEAU

Tableau 1 — Évolution des scores moyens pré-test / post-test par composante	18
Figure 1 — Évolution des scores moyens pré-test / post-test par composante.....	19

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

La tuberculose (TB) demeure un problème majeur de santé publique au Cameroun, avec des performances de détection et de prévention encore en deçà des standards internationaux, en particulier chez les enfants. Malgré les efforts consentis par le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) et ses partenaires, la proportion de cas pédiatriques notifiés reste insuffisante, inférieure à 6 % en 2022 et estimée à 6,7 % en 2024, comparativement à la cible nationale de 12 %. Par ailleurs, la couverture du Traitement Préventif de la Tuberculose (TPT) demeure faible (41 % en 2022), loin des objectifs attendus situés entre 67 % et 87 %.

Les données de routine et celles issues du projet TB-PEC@2.0 mettent également en évidence un déséquilibre persistant entre les pratiques diagnostiques observées et les recommandations scientifiques de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). En effet, alors que la confirmation microbiologique de la TB pédiatrique n'est possible que dans 20 à 30 % des cas, en raison de la faible charge bacillaire et des difficultés de prélèvement chez l'enfant, les données rapportent une proportion élevée de confirmations bactériologiques (63,4 %) au détriment du diagnostic clinique (36,9 %). Cette situation traduit une sous-utilisation des approches cliniques et radiologiques pourtant centrales dans le diagnostic de la TB chez l'enfant. Les enfants de moins de cinq ans, ceux vivant avec le VIH, souffrant de malnutrition aiguë sévère (MAS) ou ayant été en contact étroit avec un cas index de TB, présentent fréquemment des signes cliniques atypiques ou non spécifiques. Dans ces groupes particulièrement vulnérables, le diagnostic repose avant tout sur une analyse clinique approfondie, intégrant les antécédents de contact, l'évaluation nutritionnelle, les signes fonctionnels et les données radiologiques.

La première Master Classe organisée en septembre 2025 dans le cadre du projet TB-PEC@2.0 a permis de renforcer **à 50%** les connaissances théoriques des prestataires de santé et de susciter un intérêt marqué pour le diagnostic clinique de la TB pédiatrique. Toutefois, l'analyse des échanges, des évaluations post-formation et des premières tendances programmatiques a mis en évidence la persistance de plusieurs défis : une maîtrise encore insuffisante des algorithmes cliniques actualisés de l'OMS (OMS 2022); un sentiment d'insécurité diagnostique chez certains prestataires, notamment en l'absence de confirmation biologique, un recours encore limité à la radiographie thoracique et aux examens par les selles dans les services de consultations pédiatriques; des difficultés persistantes dans la prise de décision clinique rapide, entraînant des retards de mise sous traitement et une probable sous-notification des cas.

Face à ces constats, le Comité d'Orientation Stratégique (COS) du projet TB-PEC@2.0 a réaffirmé la pertinence de l'organisation semestrielle des Master Classes comme mécanisme structurant de renforcement continu des capacités cliniques. La deuxième Master Classe, tenue ce 24 février, s'inscrit ainsi dans une logique de consolidation des acquis, d'approfondissement pratique et de correction ciblée des gaps identifiés lors de la première session.

Cette Master Classe vise spécifiquement à renforcer la confiance clinique des prestataires, améliorer l'application opérationnelle des algorithmes diagnostiques, promouvoir l'utilisation rationnelle des outils complémentaires (radiographie, examens par les selles, tests moléculaires) et favoriser une meilleure articulation entre diagnostic clinique et biologique. Elle s'adresse aux personnels de santé des services de consultations externes pédiatriques des formations sanitaires impliquées dans la mise en œuvre du projet TB-PEC@2.0, avec pour finalité de contribuer de manière significative à l'amélioration de la notification des cas de TB pédiatrique, du succès

thérapeutique et, plus largement, des performances nationales de lutte contre la tuberculose chez l'enfant au niveau national.

II. OBJECTIFS DE L'ACTIVITE

Objectif Général

Améliorer les capacités diagnostiques des personnels de santé des 30 FOSA du projet TB-PEC@2.0 pour accroître la notification précoce et conforme des cas de tuberculose pédiatrique.

Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques sont :

- ☞ Actualiser les connaissances des personnels de santé sur la situation épidémiologique de la tuberculose dans la région du Centre et sur les directives nationales pour le diagnostic clinique et bactériologique de la TB pédiatrique ;
- ☞ Renforcer les compétences pour identifier précocement les cas présumés et initier un traitement approprié sur la base des critères cliniques et les recommandations actualisées ;
- ☞ Améliorer les capacités à diagnostiquer les formes sévères et non sévères de TB pédiatrique, y compris les cas de co-infection TB-VIH ;
- ☞ Assurer que les personnels de santé connaissent et utilisent les nouvelles techniques biologiques de diagnostic de la TB chez l'enfant (examens par les selles, etc...) pour prescrire correctement ;
- ☞ Optimiser la prise en charge thérapeutique en fonction de la sévérité et des recommandations actualisées ;
- ☞ Renforcer la collaboration entre services cliniques, laboratoires et acteurs de terrain (ACRA superviseur, ASCp) pour améliorer le dépistage, le suivi et la notification des cas.

III. RESULTATS ATTENDUS

Les résultats escomptés au terme de cet atelier sont les suivants :

- ☞ Les personnels de santé disposent d'informations actualisées sur la situation épidémiologique de la tuberculose dans la région Centre et maîtrisent les directives nationales pour le diagnostic clinique et bactériologique de la TB pédiatrique;
- ☞ Les personnels de santé identifient précocement les cas présumés de TB pédiatrique et initient un traitement approprié conformément aux critères cliniques et aux recommandations actualisées;
- ☞ Les personnels de santé distinguent avec précision les formes sévères et non sévères de TB pédiatrique, y compris en contexte de co-infection TB-VIH;
- ☞ Les personnels de santé connaissent et prescrivent correctement les nouvelles techniques biologiques de diagnostic de la TB chez l'enfant (examens par les selles, tests moléculaires, etc.);
- ☞ Les prises en charge thérapeutiques sont adaptées à la sévérité des cas et conformes aux recommandations actualisées;
- ☞ La collaboration entre services cliniques, laboratoires et acteurs communautaires est renforcée, améliorant le dépistage, le suivi et la notification des cas de TB pédiatrique.

IV. DEROULEMENT DE LA MASTERCLASS

Le 24 Février 2026 à 9h30 au Centre Spirituel Jean XXIII de Mvolyé, il s'est tenu une masterclass réunissant 32 médecins des formations sanitaires de mise en œuvre du projet TB-PEC@2.0, les TB-People ainsi que des facilitateurs de diverses organisations, notamment la DLMEP, le CPC, le CME-FCB, le PNLT et OCAS (*Confère fiche de présence*).

Sous la supervision de la SP PNLT et du DE de l'ONG FIS Cameroun, cette activité visait à améliorer les capacités diagnostiques des personnels de santé des 30 FOSA du projet TB-PEC@2.0, afin d'augmenter la notification précoce et conforme des cas de tuberculose pédiatrique.

L'ordre du jour portait sur les points suivants :

- 🕒 Mot de bienvenue FIS, MINSANTE ;
- 🕒 Pré-test
- 🕒 Module 1 : -Généralité sur la tuberculose multirésistante
-Généralité sur la tuberculose pédiatrique
- 🕒 Module 2 : -Diagnostic de la TB pédiatrique (Sévère et non sévère)
-Traitement de la TB pédiatrique et TBMR
- 🕒 Module 3 : Diagnostic de la TB : Nouvelle technique de diagnostic biologique de la TB chez les enfants et TBMR;
- 🕒 Module 4 : Principes et techniques de l'éducation thérapeutique;
- 🕒 Module 5: Genre, droits humains et engagement communautaire dans la réponse DR-TB;
- 🕒 Module 6 : Le CLM dans la lutte contre la TB-MR : OneImpact
- 🕒 Post-test
- 🕒 Synthèse des recommandations
- 🕒 Mot de clôture et Prochaines étapes

IV.A. Mot de bienvenue du Directeur exécutif de l'ONG FIS Cameroun

Dans son propos introductif, le Directeur Exécutif de l'ONG FIS Cameroun a souhaité la bienvenue à l'ensemble des participants et a rappelé l'importance stratégique de cette Masterclass organisée dans le cadre du projet TB-PEC@2.0. Il a souligné que, malgré les résultats encourageants enregistrés depuis le lancement des interventions, des défis importants persistent, notamment en matière de diagnostic de la tuberculose multirésistante chez l'enfant.

Insistant sur la nécessité d'un saut qualitatif dans les pratiques cliniques, il a relevé qu'au cours des dernières années, aucune détection de cas pédiatrique de TB-MR n'a été enregistrée dans certaines zones d'intervention, situation qui peut traduire non pas une absence de cas, mais plutôt des opportunités manquées de diagnostic. Face au risque élevé de mortalité associé à la tuberculose multirésistante chez l'enfant, il a exhorté les prestataires de santé à renforcer leur vigilance clinique, à appliquer rigoureusement les procédures de dépistage et à saisir chaque occasion de diagnostic afin de sauver des vies.

Il a également encouragé les participants à s'approprier pleinement les contenus de la formation et à restituer les connaissances acquises dans leurs formations sanitaires respectives, afin de contribuer à l'amélioration des performances du système de santé et à l'atteinte des objectifs du projet. Il a enfin formulé le vœu que les travaux aboutissent à des actions concrètes permettant d'intensifier le diagnostic précoce et la prise en charge adéquate des enfants atteints de tuberculose.

IV.B. Mot de bienvenue du Chef Service TB DLMEP

Prenant la parole à sa suite, le représentant du Ministère de la Santé Publique a salué l'initiative de l'ONG FIS et de ses partenaires, en soulignant que cette Masterclass s'inscrit pleinement dans les orientations stratégiques nationales de renforcement du système de santé et d'amélioration de la lutte contre la tuberculose. Il a mis en avant l'importance du renforcement continu des capacités des ressources humaines en santé, condition essentielle pour améliorer la qualité de l'offre de soins et atteindre des résultats durables.

Dans cette perspective, il a encouragé les participants à privilégier les échanges d'expériences, le partage des innovations et l'appropriation des nouvelles recommandations techniques en matière de diagnostic et de prise en charge de la tuberculose, en particulier chez les populations vulnérables.

Il a également rappelé que les performances nationales en matière de détection des cas restent en deçà des estimations attendues, ce qui nécessite une mobilisation accrue de tous les acteurs du système de santé. Il a ainsi invité les prestataires à s'engager activement dans l'amélioration du diagnostic clinique, l'utilisation optimale des outils disponibles et le renforcement de la collaboration entre les formations sanitaires, les programmes nationaux et les partenaires techniques.

En conclusion, il a exprimé le souhait que cette session soit marquée par des discussions pratiques, des apprentissages utiles et des recommandations opérationnelles susceptibles d'améliorer la prise en charge de la tuberculose pédiatrique et de contribuer à l'atteinte des objectifs nationaux de santé publique.

IV.C. Pré-test

Avant le lancement effectif des présentations, un prétest a été administré à l'ensemble des participants. Cet exercice avait pour objectif d'évaluer leur niveau de connaissance initial sur le diagnostic clinique de la tuberculose.

Le questionnaire couvrait plusieurs aspects essentiels de la lutte contre la tuberculose, à savoir :

- ☞ La prévention : vaccination, traitement préventif par la TPT et mesures de contrôle de l'infection ;
- ☞ Le diagnostic : reconnaissance des signes cliniques, recours aux examens complémentaires et utilisation de nouvelles approches telles que le test de dépistage de la tuberculose par les selles ;
- ☞ La prise en charge thérapeutique : protocoles de traitement et suivi des patients.

Cet outil pédagogique a ainsi permis d'inscrire la formation dans une dynamique d'apprentissage progressif, en mettant en lumière à la fois les acquis et les insuffisances des participants.

IV.D. Module 1 : Généralité sur la TB-MR et TB pédiatrique

(i) Généralité sur la TB-pédiatrique

La tuberculose est une maladie infectieuse et contagieuse causée par le Bacille de Koch (*Mycobacterium tuberculosis*), découvert en 1882. Non immunisante et constituant un problème majeur de santé publique, elle engendre environ 10 millions de nouveaux cas par an dans le monde, dont près d'un million chez les enfants. Il existe également une forme multirésistante (TB-MR). Chaque fois que les adultes sont touchés par la tuberculose, les enfants se retrouvent infectés à leur tour, soulevant ainsi que la TB pédiatrique est le reflet direct de la situation épidémique chez l'adulte.

Le Cameroun compte 29448154 habitants répartis dans 12 régions épidémiologiques, dont Yaoundé et Douala constituent chacune une région à part entière. Le pays dispose de 6 832 formations sanitaires (FOSA), mais seulement 380 Centres de Diagnostic et de Traitement (CDT), soit un CDT pour 77 495 habitants, ce qui pose un problème structurel d'accès aux soins. Le dispositif de recherche active

de cas (RAC) comprend 304 FOSA-RAC, 994 FOSA satellites, 12 FC et 254 mentors civiques. Sur le plan diagnostique, on dénombre 85 GeneXpert, 56 TBLamp et 25 TrueNat. La sous-notification demeure préoccupante : un gap de 37% pour la TB sensible et 71% pour la TB-MR, avec des estimations OMS de 43 000 cas de TB sensible et 650 cas de TB-MR en 2024.

En 2024, 27 153 cas de TB toutes formes confondues ont été notifiés sur une cible de 28 066, soit un gap de 3% par rapport à l'objectif. Le taux de notification national est de 90 pour 100 000 habitants. La région Centre (dont Yaoundé) et la région Nord figurent parmi les plus performantes avec des taux d'atteinte dépassant 99%, tandis que la région Littoral (hors Douala) présente la performance la plus faible à 71,69%. Ces résultats sont le fruit d'une forte mobilisation communautaire, de l'utilisation des diagnostics biologiques et du soutien des partenaires de projet comme FIS.

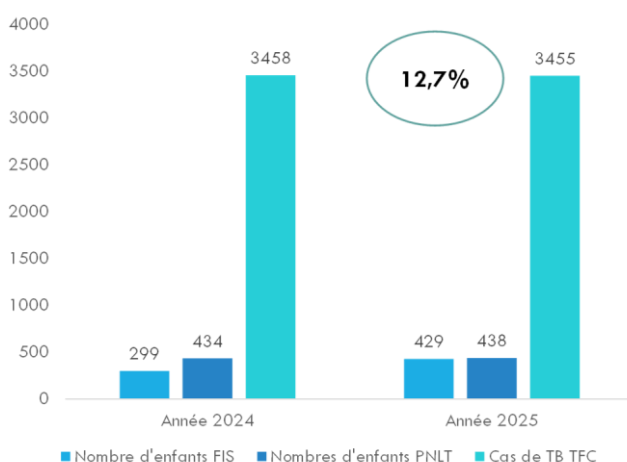
La proportion d'enfants parmi les cas de TB notifiés est de 6,67% en 2024, loin de la cible nationale de 10-12%, soit un gap de 34%. En 2025, une légère amélioration est observée à 7,67%. La région Adamaoua est la seule à dépasser la cible avec 11,24%, suivie de la région Centre (9,19%), tandis que les régions Nord (3,94%) et Extrême-Nord (4,48%) restent très en dessous. Par ailleurs, 9 146 enfants ont été mis sous traitement préventif de la tuberculose (TPT) en 2024. Les enfants sont généralement peu contagieux, mais les grands enfants et adolescents peuvent développer une forme pulmonaire contagieuse. Chaque enfant contact d'un adulte BK+ représente un cas potentiel qu'il est possible de dépister et de protéger grâce au TPT.

L'évolution de la TB pédiatrique dans la région du Centre illustre l'impact mesurable des projets d'intervention. À Yaoundé, la proportion est passée de 5% en 2015 à 12% en 2024, dépassant la référence nationale de 10%, grâce à la mobilisation communautaire, au diagnostic biologique et à l'apport du projet TB-PEC@2.0. Dans les sites du projet, la proportion atteint 12,5% en 2024 et 12,7% en 2025. En revanche, dans la région du Centre hors Yaoundé, la situation est critique : la proportion y reste stagnante à 3%, en décroissance, témoignant de la nécessité d'étendre les interventions aux zones périphériques.

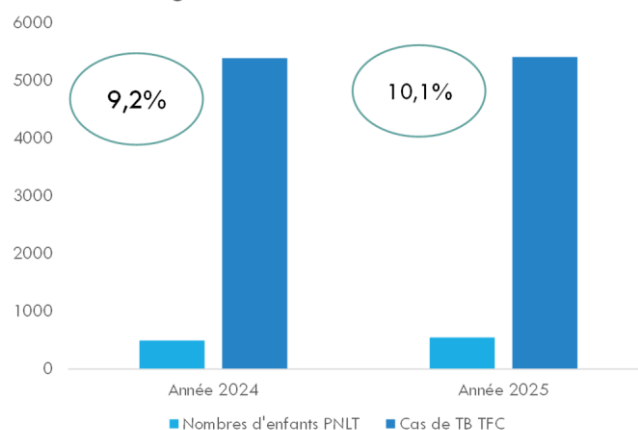
Sur la cohorte 2023, le taux de succès thérapeutique est de 89,06% (cible >90%), composé de 56,79% de guéris et 32,27% de traitements terminés.

Le grand défi identifié est de maintenir les acquis à un moment où les financements extérieurs se réduisent. La restriction des financements américains depuis avril 2025 impose une révision budgétaire urgente et la priorisation des 137 districts à forte charge (308 CDT avec au moins 100 cas). Pour pérenniser les résultats, le PNLT envisage la mutualisation des ressources humaines et logistiques entre programmes (TB, VIH, PEV), le renforcement de la sensibilisation des cliniciens et des équipes cadres de district, et l'extension des paquets d'interventions renforcées aux zones périphériques encore insuffisamment couvertes, notamment dans la région du Centre hors Yaoundé.

Notification de la TB Pédiatrique et TFC dans les sites du projet en 2024 et 2025



Notification de la TB Pédiatrique et TFC dans la région du Centre en 2024 et 2025



(ii) Généralité sur la TB-MR

La tuberculose multirésistante (TB-MR) est définie par la résistance de *Mycobacterium tuberculosis* à au moins l'isoniazide (INH) et la rifampicine (RMP), les deux antituberculeux majeurs. Cette résistance repose sur deux mécanismes fondamentaux : la résistance naturelle, liée à la structure particulière de la paroi mycobactérienne (riche en acides mycoliques, très peu perméable), aux pompes à efflux qui expulsent les antibiotiques, et à des enzymes comme les bêta-lactamases ; et la résistance acquise, qui résulte de mutations chromosomiques spontanées amplifiées par une pression sélective médicamenteuse inadéquate. La résistance se décline en plusieurs formes : primaire (chez des patients jamais traités), acquise (chez des patients en cours ou après traitement), pré-XDR (TB-MR + résistance aux fluoroquinolones) et XDR (TB-MR + fluoroquinolone + au moins un autre médicament du groupe A : bédaquiline ou linézolide).

Au Cameroun, la prise en charge est organisée en 12 régions épidémiologiques, avec 12 sites de traitement, 18 centres ambulatoires, 10 groupes techniques régionaux, 10 cadres d'appui TB-MR et 23 accompagnateurs psychosociaux actifs depuis 2020. Le pays a connu une évolution majeure de ses protocoles : abandon des injectables (canamycine) en septembre 2021 pour cause de surdité iatrogène, adoption du régime oral court de 9 mois (BDQ + Lzd + Mfx + Cfz + Eto + E + Z) en phase intensive de 6 mois puis 3 mois de continuation. Depuis septembre 2024, un nouveau régime BPaL/M de 6 mois (bédaquiline, prétomanide, linézolide, moxifloxacine) est en cours de déploiement dans 2 sites pilotes (Douala/Dibamba et Yaoundé/Hôpital Jamot), en conformité avec les directives OMS 2022.

Sur 61 patients enrôlés, 17 relèvent du nouveau régime, avec 6 décès (2 dans le Centre, 4 dans le Littoral) et des effets indésirables dominés par les neuropathies périphériques. La surveillance clinique comprend : frottis mensuels, cultures bimensuelles, NFS mensuelle, ECG (risque d'allongement du QTc avec la bédaquiline), transaminases et glycémie tous les 2 mois, suivi du poids et examen neurologique mensuel. Des fiches de pharmacovigilance sont déployées en lien avec la DPML. Le passage à l'échelle nationale se fera progressivement, en raison des risques d'aplasie médullaire liés à la linézolide.

(iii) Discussions

Les échanges et discussions sur certains points mis en exergue ont permis de clarifier les participants :

Point abordé : Quelle analyse le PNLT fait-il des écarts de performance entre Yaoundé et la région du Centre hors Yaoundé en matière de détection de la TB pédiatrique ?

Réponse : Il n'existe pas à ce stade d'étude formelle sur les causes profondes de ces disparités. L'expérience des projets TB Speed et TB-PEC@2.0 montre que le paquet d'interventions renforcées : mobilisation communautaire, accès au diagnostic biologique, mentorat, recherche active de cas a clairement amélioré la notification à Yaoundé. Ces mêmes interventions n'ont cependant pas produit les mêmes effets dans tous les sites (exemple : Bafia vs Bala).

Point abordé : Quel est le rôle des mentors civiques dans la recherche active de cas, et comment pérenniser ce dispositif après la fin des financements du projet ?

Réponse : Les 254 mentors civiques ne sont pas des professionnels de santé. Ils interviennent auprès des cliniciens pour s'assurer, à partir des registres, que les patients présentant des signes évocateurs de TB sont systématiquement orientés vers le laboratoire. Ils ne viennent pas enseigner aux cliniciens leur métier, mais « booster » la recherche de cas. Face à la réduction des financements, le PNLT envisage de mutualiser ce dispositif avec d'autres programmes (VIH, PEV) et de transférer progressivement cette fonction aux équipes cadres de district.

Point abordé : Comment optimiser le transport des échantillons biologiques vers les plateaux techniques dans les formations sanitaires éloignées des CDT ?

Réponse : Le PNLT prévoit de mutualiser la chaîne logistique de transport d'échantillons avec celle d'autres programmes de santé. Tout prestataire déjà sous contrat pour le transport des échantillons VIH devra à terme intégrer également le transport des échantillons TB dans son contrat, permettant d'optimiser les ressources tout en améliorant l'accès au diagnostic biologique.

Point abordé : Quels enseignements tirer de la comparaison entre les sites ayant bénéficié d'interventions de projet et ceux qui n'en ont pas bénéficié ?

Réponse : L'expérience des projets successifs montre que l'amélioration de la détection n'est pas spontanée : elle nécessite un paquet structuré d'activités. Là où ces paquets ont été mis en œuvre, les résultats sont encourageants. Là où ils ne l'ont pas été, la situation reste critique. Il est donc recommandé d'étendre ces interventions aux zones encore non couvertes.

Point abordé : Sur la surveillance bactériologique et le passage de phase : comment se fait le suivi des cultures et quels sont les critères de passage de la phase intensive à la phase de continuation.

Réponse : Il a été précisé que des cultures sont réalisées tous les 2 mois. Si la culture reste positive au 2^e mois, le patient ne passe pas en phase de continuation. Si elle est encore positive au 6^e mois, c'est considéré comme un échec thérapeutique, et le dossier est soumis au comité d'experts pour décision (reprise du traitement TB-MR ou reclassification).

Point abordé : Sur la contagiosité en cours de traitement : quel moment un patient sous traitement cesse d'être contagieux.

Réponse : La contagiosité diminue dès les premières semaines, mais la majorité des contaminations survient dans les 2 premiers mois. Après 2 semaines de traitement, une baisse significative de la charge bacillaire est observée, ce qui justifie la sortie progressive d'isolement strict.

Point abordé : Sur la décentralisation de la prise en charge : Est-ce possible de gérer des cas de TB-MR en dehors des 12 sites officiels.

Réponse : La prise en charge est décentralisée dans tout le pays, et les cas complexes sont remontés via le groupe de discussion du programme pour avis collégial avec les experts.

Point abordé : Sur la TB-MR pédiatrique et les diagnostics différentiels : Une discussion a porté sur les difficultés diagnostiques chez l'enfant.

Réponse : Il a été souligné qu'un enfant suspecté de TB-MR peut en réalité présenter une autre pathologie (ex. : maladie cancéreuse), et que le bilan biologique doit toujours inclure un diagnostic différentiel complet, afin de ne pas attribuer à tort l'échec thérapeutique à une résistance bactérienne.

IV.E. Module2 : Diagnostic et traitement de la TB pédiatrique

(i) Diagnostic de la TB pédiatrique (Sévère et non sévère)

La tuberculose pédiatrique constitue un problème majeur de santé publique sous-estimé, avec 1,25 million d'enfants affectés en 2022, représentant 12 % de tous les cas de TB dans le monde, et plus de 214 000 décès. Au Cameroun, les enfants ne représentent que 5 % des cas notifiés alors que la proportion attendue est de 12 %, révélant une sous-notification criante imputable à des difficultés diagnostiques multiples, au manque de formation du personnel et à la centralisation de l'offre de soins. La tuberculose reste la première infection opportuniste et la première cause de

décès chez les personnes vivant avec le VIH sous HAART ; la co-infection TB-VIH représente une morbi-mortalité de 11 à 50 % dans les pays en développement, et la TB est responsable de plus de 20 % des pneumonies de l'enfant.

Sur le plan physiopathologique, après inhalation des gouttelettes infectées, 90 à 95 % des infections évoluent vers une latence, 5 à 10 % vers une TB maladie active, avec risque de dissémination miliaire en cas de rupture du foyer initial et de déficit immunitaire. Le diagnostic positif chez l'enfant est habituellement présomptif, reposant sur l'anamnèse (contage avec adulte bacillifère), les symptômes évocateurs (toux persistante > 3 semaines, fièvre > 2 semaines, perte de poids/cassure de courbe), l'IDR tuberculine, l'imagerie thoracique et la confirmation bactériologique chaque fois que possible. L'IDR est positive à ≥ 5 mm en cas de contage ou d'immunodépression, ≥ 10 mm chez les enfants à risque de dissémination (< 4 ans, lymphome, diabète, malnutrition), et ≥ 15 mm chez les enfants sans facteur de risque.

Les formes extrapulmonaires les plus fréquentes comprennent la TB ganglionnaire superficielle, la méningite tuberculeuse, la TB ostéo-articulaire (mal de Pott), la péricardite, la pleurésie, la TB abdominale et rénale. La TB congénitale et néonatale, bien que rares, sont grevées d'une mortalité de 50 % et imposent un bilan complet incluant IDR, cultures, ponction lombaire et histologie placentaire.

L'enjeu majeur de la présentation est l'utilisation des Algorithmes de Décision de Traitement (ADT) de l'OMS pour guider les cliniciens, notamment en périphérie. L'ADT A (avec radiographie thoracique) et l'ADT B (sans radiographie) permettent d'attribuer des scores aux signes cliniques et aux anomalies radiologiques pour décider d'initier ou non le traitement : un score combiné > 10 justifie le traitement empirique. L'algorithme PAANTHER, validé pour les enfants VIH+, et le TB-Speed SAM, développé pour les enfants < 5 ans hospitalisés avec malnutrition aiguë sévère (MAS), apportent des outils supplémentaires.

La classification radiologique est fondamentale : toute cavité, toute miliaire, toute compression bronchique bilatérale, tout épanchement pleural cloisonné ou toute condensation > 1 lobe définissent une TB sévère nécessitant le schéma standard de 6 mois (2RHZE/4RH). La TB non-sévère — ganglions périphériques, adénopathies intrathoraciques sans compression, pleurésie simple ou condensation < 1 lobe — peut être traitée par le schéma court de 4 mois (2RHZ(E)/2RH) recommandé par l'OMS depuis 2022 chez les enfants de 3 mois à 16 ans, avec des avantages en termes de coût, de tolérance, d'observance et d'interactions médicamenteuses.

La confirmation microbiologique reste recommandée à chaque fois que possible via les tests moléculaires (Xpert) sur aspirations nasopharyngées, gastriques et selles, ce dernier type de prélèvement étant désormais officiellement recommandé par l'OMS comme alternative non invasive et validée chez l'enfant incapable de cracher.

(ii) Traitement de la TB-pédiatrique et TB-MR

Le traitement de la tuberculose chez l'enfant repose sur les mêmes principes que chez l'adulte, avec toutefois des particularités pédiatriques importantes à maîtriser. Les buts du traitement sont de guérir l'enfant, limiter la dissémination de la maladie et prévenir les séquelles, ce qui justifie un diagnostic et une mise sous traitement les plus précoces possibles. La réponse des enfants au traitement antituberculeux est généralement favorable, avec une amélioration clinique dès la phase intensive et une réduction rapide de la charge bacillaire. L'enfant infecté par le VIH constitue une exception, avec une réponse souvent moins favorable nécessitant une prise en charge additionnelle par les ARV et une prophylaxie au Cotrimoxazole.

Les dosages des antituberculeux sont calculés en fonction du poids et non de l'âge : Rifampicine 15 (10-20) mg/kg/j, Isoniazide 10 (7-15) mg/kg/j, Pyrazinamide 35 (30-40) mg/kg/j, Ethambutol 20 (15-25) mg/kg/j, avec les posologies adultes

appliquées à partir de 25 kg. Le poids étant un indicateur clé de l'amélioration clinique, les doses doivent être réévaluées et adaptées à chaque visite. Le schéma standard est de 6 mois (2RHZE/4RH) pour la TB pulmonaire confirmée ou suspectée et les maladies pulmonaires étendues. Les formes sévères — méningite tuberculeuse et TB ostéo-articulaire — relèvent d'un schéma prolongé de 12 mois (2RHZE/10RH). Conformément aux nouvelles recommandations OMS de 2022, un schéma court de 4 mois (2RHZE/2RH) est désormais indiqué pour les formes non sévères chez les enfants de 3 mois à 16 ans, à condition de disposer d'une radiographie thoracique confirmant cette classification. Les corticoïdes sont indiqués dans la méningite et la péricardite tuberculeuses, la miliaire avec oxygène-dépendance et la compression bronchique par adénopathie.

Les médicaments antituberculeux sont très bien tolérés chez l'enfant ; l'hépatotoxicité reste l'effet indésirable le plus important à surveiller, bien qu'il soit rare. L'éthambutol peut être utilisé en toute sécurité à tous les âges aux doses recommandées. Le suivi du traitement comprend, à chaque visite, l'évaluation des symptômes, de l'adhérence, des effets secondaires et du poids, avec documentation systématique dans le registre TB. Le contrôle bactériologique est effectué à la fin de la phase intensive (2-3 mois) et à 5-6 mois si la microscopie était initialement positive. La radiographie de suivi n'est pas nécessaire en cas d'évolution favorable.

Sur le plan de la résistance, le Pr KUABAN a rappelé que la résistance naturelle de *Mycobacterium tuberculosis* repose sur trois mécanismes principaux : l'épaississement de la paroi cellulaire limitant la pénétration des antibiotiques, les pompes à efflux qui expulsent les molécules actives, et l'inactivation enzymatique des pro-drogues. La résistance acquise, quant à elle, résulte d'une pression antibiotique insuffisante ou inadaptée, qui sélectionne les mutants naturellement résistants déjà présents dans la population bacillaire. C'est la raison fondamentale de la polythérapie antituberculeuse : si un bacille est résistant à une molécule, il ne l'est pas aux autres. Une monothérapie — même involontaire — crée inévitablement des résistances. Les causes évitables de résistance incluent l'absence ou le non-respect des directives nationales, la formation insuffisante du personnel, les ruptures de stock ou le mauvais stockage des médicaments, et l'inobservance thérapeutique des patients. Les définitions opérationnelles clés sont : la résistance primaire (chez un nouveau cas sans exposition antérieure), la résistance acquise (chez un patient déjà traité plus d'un mois), la TB-MR (résistance à l'isoniazide et à la rifampicine), la pré-XDR (TB-MR + résistance aux fluoroquinolones) et la TB-XDR (TB-MR + fluoroquinolone + bédaquiline ou linézolide). La surveillance régulière des profils de résistance est essentielle pour orienter la politique nationale de prise en charge.

(iii) Discussions

Les échanges et discussions sur certains points mis en exergue ont permis de clarifier les participants :

Point abordé : Conduite à tenir devant toutes les localisations de TB : le traitement antituberculeux doit être prescrit pour toutes les localisations.

Réponse : Le facilitateur a confirmé que le traitement est indiqué pour toutes les formes de tuberculose, en précisant que la durée et le schéma varient selon la sévérité et la localisation. Il a insisté sur l'importance de rechercher systématiquement la tuberculose chez l'enfant, y compris les formes extrapulmonaires, en soulignant que dans un contexte de co-infection VIH, la maladie doit être traitée en priorité et considérée comme un facteur aggravant majeur.

Point abordé : Conservation des échantillons avant analyse au laboratoire : Une question technique a porté sur le délai et les conditions de conservation des prélèvements (crachats, aspirations gastriques) avant leur acheminement au laboratoire.

Réponse : Le facilitateur a précisé que les échantillons peuvent être conservés jusqu'à 24 heures avant analyse, et jusqu'à 3 jours au réfrigérateur (maintien au frais, non congelés) en cas de délai de transport. Il a rappelé que le transport vers le laboratoire de référence doit être organisé dès que possible, et qu'un système de pilotes ou de transport structuré est recommandé pour garantir la qualité des échantillons. Il a déploré que le financement de ce transport soit parfois interrompu, compromettant le circuit diagnostique.

Point abordé : Réalisation de la coloration et du frottis en structure périphérique

Réponse : Le facilitateur a répondu que la réalisation d'une coloration (Ziehl-Neelsen ou auramine) reste accessible même en périphérie. Il a expliqué qu'une coloration de Gram permet de visualiser les lèvres de la lésion et d'orienter le diagnostic, et que si les capacités locales sont insuffisantes, l'échantillon peut être envoyé à un laboratoire de référence plus équipé. Il a encouragé les participants à se former à ces techniques de base en visitant les structures hospitalières disposant des compétences, rappelant que le programme national prend en charge les frais pour les personnels en formation.

Point abordé : Isolement des patients TB ultra-résistante : les patients atteints de TB ultra-résistante (TB-XDR) sont placés en isolement ou ils circulent librement dans la population.

Réponse : La prise en charge de ces patients est initiée en milieu hospitalier, au moins durant la phase intensive, pour trois raisons : s'assurer de l'efficacité et de la tolérance du traitement, garantir l'observance en début de traitement et rompre la chaîne de transmission. Il a précisé que cette pratique est suivie à l'Hôpital Jamot de Yaoundé, et que les cas de TB-XDR, de par la complexité du choix des molécules, doivent être gérés par des experts et non en mode programmatique standard.

Point abordé : Patient en rechute non identifié comme tel : risque de résistance? un patient en rechute non reconnu comme tel à son retour en consultation peut-il développer une résistance.

Réponse : Oui, le facilitateur a insisté sur la nécessité de rechercher systématiquement un antécédent de traitement antituberculeux chez tout patient se présentant avec une TB. Si un patient a déjà été traité plus d'un mois, un prélèvement doit être envoyé au laboratoire pour tester la sensibilité aux antituberculeux avant de démarrer le traitement. Il est en effet inacceptable d'exposer un patient pendant 5 à 6 mois à des médicaments auxquels son bacille est déjà résistant, tant du point de vue clinique que de l'économie de santé.

Point abordé : Faut-il tester la sensibilité à toutes les molécules du traitement ? Un participant a demandé si, lors de la recherche de sensibilité, il fallait tester toutes les molécules du schéma thérapeutique.

Réponse : Dans la stratégie programmatique, on cible en priorité les antituberculeux majeurs l'isoniazide et la rifampicine qui sont les piliers bactéricides du traitement. Les autres molécules (pyrazinamide, éthambutol) ont un rôle d'accompagnement, empêchant la multiplication bacillaire et renforçant l'efficacité

des molécules majeures. Tester systématiquement la sensibilité à toutes les molécules pour tous les patients serait trop coûteux et non réalisable en routine. L'Xpert MTB/RIF détecte la résistance à la rifampicine, marqueur proxy de la TB-MR, ce qui permet d'orienter rapidement la prise en charge. Des outils complémentaires comme les LPA (Line Probe Assays) et l'Xpert MTB/XDR permettent d'aller plus loin pour les cas suspects de résistances multiples.

Point abordé : Résistance à l'isoniazide seule : quelle conduite tenir ? La discussion a abordé le cas particulier de la résistance isolée à l'isoniazide sans résistance à la rifampicine.

Réponse : Quand Le patient n'est pas encore TB-MR, une résistance à l'isoniazide ne doit pas être ignorée car, selon les études, une proportion importante de ces patients (parfois > 45 %) présente également une résistance à la rifampicine. Il est donc recommandé de prendre en charge ces patients avec la même prudence que les TB-MR et de les orienter vers les sites spécialisés pour une prise en charge adaptée, évitant ainsi l'amplification des résistances dans la communauté.

Les échanges ont été conclu en soulignant l'importance de la session dans le contexte de la transition vers une nouvelle stratégie nationale de lutte contre la tuberculose et la nécessité de valider et diffuser largement les algorithmes de décision de traitement (ADT A, ADT B, PAANTHER, TB-Speed SAM) auprès des cliniciens à tous les niveaux du système de santé, afin de réduire les cas manqués et les diagnostics tardifs. Aussi la nécessité d'un système de prise en charge intégré type « one-stop shop » pour les patients présentant des comorbidités multiples (TB + VIH + diabète), afin d'améliorer l'accès aux soins et l'efficacité du suivi est nécessaire.

IV.F. Module 3 : Nouvelle technique de diagnostic biologique de la TB chez les enfants

(i) Présentation

Le diagnostic microbiologique de la tuberculose chez l'enfant demeure l'un des défis les plus complexes de la lutte antituberculeuse. L'histoire de l'enfant Abega, 4 ans, contact d'un cas de TB pulmonaire, incapable de produire un crachat et dont la microscopie revient négative, illustre parfaitement cette impasse diagnostique quotidienne. La microscopie des expectorations, outil traditionnel de référence, est insuffisamment sensible chez l'enfant en raison de la faible charge bacillaire des prélèvements pédiatriques (échantillons paucibacillaires). Les procédures alternatives comme l'aspiration gastrique, bien que plus performantes, restent invasives, coûteuses et inaccessibles dans de nombreux contextes. C'est dans ce cadre que l'utilisation des selles comme échantillon diagnostique représente une avancée majeure, récemment intégrée dans les recommandations officielles de l'OMS.

En effet, l'OMS recommande désormais fortement l'utilisation combinée d'échantillons respiratoires ET de selles pour le diagnostic moléculaire de la TB pulmonaire chez l'enfant sans VIH, avec les tests automatisés de faible complexité Xpert MTB/RIF Plus et Truenat MTB-plus. Cette recommandation repose sur une évidence solide : les bacilles tuberculeux déglutis lors de la toux se retrouvent dans le tractus digestif et sont excrétés dans les selles, permettant ainsi leur détection moléculaire même chez un enfant incapable de cracher. Des études ont montré que l'utilisation simultanée d'un prélèvement respiratoire et d'un échantillon de selles augmente significativement les chances de confirmation bactériologique par rapport à l'un ou l'autre des prélèvements pris isolément. Cette approche est non invasive, simple à réaliser et particulièrement adaptée aux nourrissons et aux jeunes enfants. Il est important de noter qu'à ce stade, cette recommandation ne s'applique qu'aux

appareils Xpert MTB/RIF et Truenat ; les selles ne sont pas encore validées pour le TB-LAMP, qui reste limité aux seuls échantillons respiratoires.

Chez l'enfant vivant avec le VIH, le protocole diagnostique est encore plus exhaustif : aux tests moléculaires sur échantillons respiratoires et selles s'ajoute le test LF-LAM sur urine (lipoarabinomannane par flux latéral), permettant de tripler les opportunités de confirmation biologique. Pour la TB extrapulmonaire, les mêmes outils moléculaires (Xpert et Truenat) sont recommandés sur les liquides biologiques (pleural, synovial, péricardique, LCR) et les tissus. Pour la TB-MR pédiatrique, le Xpert MTB/XDR, disponible au Centre Pasteur du Cameroun, permet de détecter les résistances à l'isoniazide et aux antituberculeux de seconde ligne. Les tests sérologiques restent formellement contre-indiqués chez l'enfant. Sur le plan des perspectives, de nombreuses innovations sont en cours d'évaluation : écouvillons buccaux, condensat d'air expiré, CF-DNA avec technologie CRISPR (sensibilité 83 %, spécificité 95 %), nouveaux tests LAM (SILVAMP Fujifilm), biosenseurs portables, échographie point-of-care et intelligence artificielle (CAD4TB). Au Cameroun, le réseau diagnostique comprend environ 80 appareils Xpert, 25 Truenat et 50 TB-LAMP déployés sur l'ensemble du territoire, mais des défis demeurent en termes de transport des échantillons, de stabilité électrique et de formation du personnel.

(ii) Discussions

Les échanges et discussions sur certains points mis en exergue ont permis de clarifier les participants :

Point abordé : Comment gérer un enfant avec tableau clinique et radiologique compatible avec une TB pulmonaire, mais sans confirmation bactériologique.

Réponse : Procéder d'abord à une investigation complète, vérifier la notion de contagé (père tuberculeux), et utiliser tous les outils disponibles dont l'Xpert ou le Truenat. Devant une forte probabilité clinique et radiologique avec un comptage documenté, il est justifié de débiter le traitement empiriquement en attendant les résultats, tout en restant vigilant sur l'évolution à un mois pour confirmer ou infirmer le diagnostic.

Point abordé : Quel est la démarche diagnostique optimale chez un enfant immunodéprimé à haut risque de TB sévère.

Réponse : Un participant a proposé de réaliser des prélèvements respiratoires et des selles pour examen moléculaire, en traitant d'abord la TB avant de reprendre les ARV pour ne pas aggraver l'immunodépression. La facilitatrice a confirmé la démarche en précisant que chez l'enfant VIH+, il faut ajouter obligatoirement le test LF-LAM urinaire aux examens moléculaires standards, afin de maximiser les chances de confirmation bactériologique.

Point abordé : Est-ce que le TB-LAMP pouvait être utilisé pour analyser les selles des enfants, comme les autres tests moléculaires.

Réponse : Selon les recommandations actuelles de l'OMS, le TB-LAMP n'est recommandé que sur les échantillons respiratoires (crachat, lavage broncho-alvéolaire, aspiration gastrique). Les selles ne sont pas encore validées pour cet outil. Ainsi, si seul le TB-LAMP est disponible dans la structure, il faut orienter les échantillons de selles vers une structure disposant d'un Xpert ou d'un Truenat.

Point abordé : Disponibilité des outils et orientation pratique des prélèvements

Réponse : Les échanges ont mis en exergue la réalité du terrain au Cameroun, où tous les établissements ne disposent pas des mêmes outils. La facilitatrice a insisté sur l'importance pour chaque clinicien de connaître le laboratoire le plus proche équipé en Xpert, Truenat ou TB-LAMP, afin d'orienter rapidement les prélèvements. Elle a rappelé que le TB-LAMP (environ 50 appareils à travers le pays) est plus largement

déployé en périphérie, mais reste limité aux échantillons respiratoires, contrairement à l'Xpert qui accepte aussi les selles et les prélèvements extra pulmonaires.

IV.G. Module 4 : Principes et techniques de l'éducation thérapeutique

(i) Présentation

La prise en charge de la tuberculose multirésistante ne se limite pas à l'administration de médicaments : elle requiert un environnement de soutien global, sans lequel l'adhérence thérapeutique condition sine qua non du succès reste compromise.

La stratégie END-TB 2035 pose comme premier pilier des soins intégrés et centrés sur le patient, dans lesquels le soutien psychosocial occupe une place centrale. Pour réussir le traitement TB-MR, deux conditions sont indispensables : choisir le régime thérapeutique approprié et garantir l'adhésion du patient tout au long d'un traitement long et éprouvant.

Les facteurs d'inobservance sont multiples et interdépendants. Ils relèvent du patient lui-même (niveau d'éducation, croyances culturelles, situation professionnelle et familiale), de la maladie (sévérité, comorbidités), du traitement (durée, charge en comprimés, effets secondaires fréquents, incapacité à travailler), du système de santé (instabilité du personnel, absence de supervision, relation soignant-patient parfois défavorable) et du contexte socio-économique (pauvreté, dépenses catastrophiques). Ces facteurs convergent pour fragiliser la continuité thérapeutique et justifient une réponse multidimensionnelle.

Les interventions combinées pour l'adhérence reposent sur cinq axes. Premièrement, l'Information, Éducation et Communication (IEC) : chaque patient et ses proches doivent recevoir dès le diagnostic et à chaque visite des informations complètes sur la durée du traitement, les médicaments, les effets secondaires, les modalités de suivi et les contacts d'urgence. Deuxièmement, le soutien social, indispensable pour prévenir les dépenses catastrophiques, maintenir la qualité de vie et faciliter l'accès aux soins ; son financement peut provenir du Fonds Mondial, du PAM ou d'institutions sociales. Troisièmement, les stratégies de TDO (Traitement Directement Observé) : en phase intensive, les soins sont ambulatoires pour les patients cliniquement stables et hospitaliers pour les cas sévères ; en phase de continuation, des soins en famille avec visites domiciliaires sont possibles. Quatrièmement, la décentralisation des soins, selon un modèle mixte adapté au patient (hospitalier, ambulatoire, communautaire), pour améliorer l'accessibilité, réduire les coûts et augmenter l'acceptabilité des services. Cinquièmement, le TDO lui-même, maintenu autant que possible durant tout le traitement, afin d'éviter à tout prix le développement d'une ultrarésistante.

À l'Hôpital Jamot de Yaoundé, ce dispositif est opérationnalisé par quatre accompagnateurs psychosociaux (APS) qui interviennent quotidiennement auprès des patients hospitalisés, effectuent des visites à domicile, identifient les contacts familiaux à risque et travaillent en collaboration étroite avec les psychologues du service de santé mentale. En conclusion, l'adhérence au traitement n'est pas un acte individuel mais le résultat d'un paquet d'interventions contextualisées, dans lequel le soutien social et financier reste incontournable dans le contexte camerounais.

(ii) Discussions

Point abordé : Comment gérer un patient souffrant de dépression dans le cadre du traitement TB-MR.

Réponse : L'Hôpital Jamot bénéficie d'un service de santé mentale intégré : en cas de dépression, les psychologues sont appelés directement et conduisent des séances d'entretien auprès du patient. La présentatrice a souligné que cette collaboration collégiale est un atout majeur, même si elle est plus difficile à organiser dans les structures périphériques. Un facilitateur a renchéri en évoquant le modèle du « one-stop shop », recommandé pour les patients présentant des comorbidités

multiplés (TB-MR + VIH + diabète), afin d'éviter les pertes de temps et d'améliorer l'accès aux soins.

Point abordé : Suivi des patients qui voyagent ou s'absentent : Comment maintenir le TDO chez les patients qui doivent se déplacer ou vivre loin du site de traitement.

Réponse : La présentatrice a indiqué que des vidéos de prise médicamenteuse sont réalisées directement depuis les sites pour le suivi à distance (VOT – Video Observed Treatment). Elle a précisé que lorsqu'un patient voyage, il doit impérativement se présenter dans l'hôpital ou le centre de santé le plus proche pour y prendre ses médicaments sous supervision, et que les échanges d'expériences lors des formations inter-sites permettent d'harmoniser ces pratiques.

Point abordé : Patient refusant le traitement ou se tournant vers la médecine traditionnelle

Réponse : La réponse a mis en avant l'importance capitale de l'éducation thérapeutique individualisée. Il faut expliquer au patient la différence entre TB sensible et TB-MR, la signification de la résistance acquise, les risques d'aggravation et la gratuité totale de la prise en charge (consultations, examens, médicaments, soutien social). Ces informations, données avec pédagogie et empathie, permettent dans la grande majorité des cas de convaincre le patient de poursuivre le traitement.

Point abordé : Inégalité de soutien entre patients TB sensible et TB-MR, et durabilité du programme : une réalité préoccupante :

Réponse : Les patients TB-MR bénéficient davantage de soutiens significatifs (accompagnateurs psychosociaux, soutien financier, prise en charge des examens) que les patients TB sensible n'a pas, créant une perception d'iniquité. Par ailleurs, il a signalé que depuis environ deux mois, certains volets du soutien psychosocial sont à l'arrêt, probablement en lien avec des contraintes de financement. Il a conclu en appelant à intégrer ces enjeux dans la nouvelle stratégie nationale de lutte contre la tuberculose en cours d'élaboration, en veillant à une priorisation équitable et à la pérennité du financement.

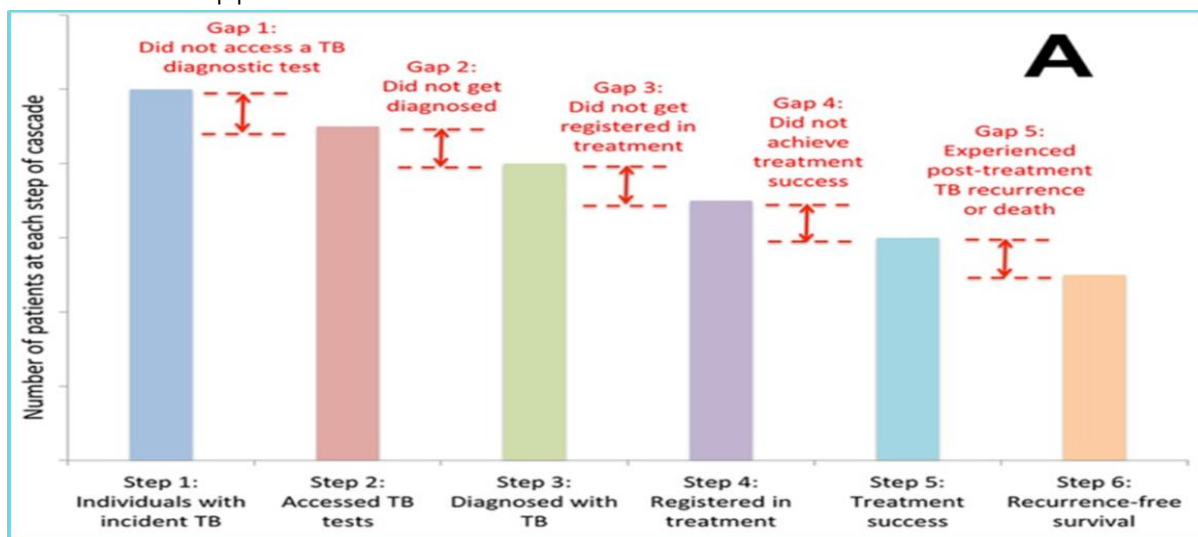
IV.H. Module 5 : Genre, droits humains et engagement communautaire dans la réponse DR-TB

(i) Présentation

L'approche Communauté, Droits et Genre (CRG) comme levier stratégique pour améliorer la riposte à la tuberculose. En Afrique de l'Ouest et du Centre, environ 50 % des personnes atteintes de TB ne sont pas diagnostiquées ou signalées, révélant un déficit systémique d'accès aux soins. Les populations les plus vulnérables — prisonniers, PVVIH, migrants, consommateurs de drogues, enfants — font face à des obstacles disproportionnés à chaque étape de la cascade de soins.

Le CRG est une approche qui place les communautés affectées au centre de la lutte contre la TB, en identifiant et éliminant systématiquement les obstacles liés aux droits humains et au genre. Ces obstacles incluent : manque de confidentialité dans les FOSA, lois discriminatoires, violence conjugale, faible autonomie décisionnelle des femmes, et absence de mécanismes de redevabilité. Le genre n'est pas binaire il englobe identité, expression, sexe biologique et attirance et ses inégalités aggravent la vulnérabilité des femmes et des personnes transgenres face à la TB.

Si ces obstacles sont systématiquement évalués et surmontés, les résultats attendus sont : amélioration des taux de notification, de réussite du traitement et de réduction de la mortalité, ainsi qu'une autonomisation durable des individus et des communautés. Les outils OnelImpact CLM et les ressources Genre & TB de Stop TB Partnership sont présentés comme des instruments opérationnels clés pour mettre en œuvre cette approche.



(ii) Discussion

Point abordé : Inégalité dans la prise en charge entre TB sensible et TB-MR : une question d'équité et de durabilité : les patients TB-MR bénéficient d'avantages significatifs accompagnateurs psychosociaux, soutien financier, prise en charge d'examens dont les patients TB sensible sont exclus. Cela crée une perception d'iniquité sur le terrain. Par ailleurs, depuis environ deux mois, certains volets du soutien psychosocial seraient à l'arrêt, probablement en raison de contraintes de financement. Comment intégrer ces enjeux dans la stratégie nationale ?

Réponse : Cette observation illustre précisément l'une des tensions inhérentes aux programmes à financement projectisé : les ressources ciblent les priorités des bailleurs, créant des disparités visibles entre patients. Le CRG répond en partie à cette problématique en promouvant une programmation fondée sur l'équité non pas l'égalité mécanique, mais l'allocation différenciée selon les besoins réels. Il est donc urgent d'intégrer dans la nouvelle stratégie nationale TB : (1) un plancher minimal de soutien psychosocial garanti pour tous les patients TB, quelle que soit la forme ; (2) des mécanismes de financement pérenne non exclusivement dépendants de projets verticaux ; et (3) un suivi communautaire via OnelImpact pour documenter ces ruptures de service et les remonter aux décideurs comme données de plaidoyer.

IV.I. Module 6 : Le CLM dans la lutte contre la TB-MR : OnelImpact

(i) Présentation

OnelImpact CLM est une plateforme numérique développée par Stop TB Partnership pour assurer un suivi communautaire dirigé par les personnes touchées par la TB. Elle repose sur le constat qu'au Cameroun, seulement 50 % des 45 000 cas DS-TB et 810 TB-MR attendus annuellement sont diagnostiqués. Elle permet à tout utilisateur de : s'informer sur la TB, se connecter à d'autres patients, localiser des formations sanitaires, et surtout signaler les barrières rencontrées.

La plateforme surveille quatre domaines clés : violations des droits humains (28 variables), stigmatisation (16 variables), obstacles aux services de santé TB (22 variables) et obstacles aux services de soutien (3 variables). Ces indicateurs ont été validés nationalement avec le PNLT, le MINSANTE et TB-People. Le flux de résolution est structuré : signalement → alerte → validation → coordination terrain → résolution documentée.

Au Cameroun, une première expérience (2021–2022, 15 TDCs, régions Centre/Sud/Yaoundé) a généré 872 téléchargements, 832 inscriptions et 451 signalements. Les problèmes majeurs identifiés : auto stigmatisation (frein au dépistage chez toutes les tranches d'âge), absence de protection sociale, ruptures de médicaments et frais non autorisés. Les données servent au plaidoyer auprès du MINSANTE, du PNLT et des partenaires techniques et financiers. L'application est disponible sur Google Play et App Store sous « OnelImpact Cameroon ».

(ii) Discussion

Point abordé : Anonymat des signalements et confiance des patients : condition de fiabilité des données OnelImpact: les signalements apparaissent comme « Anonymous » sur le tableau de bord. Cela garantit-il vraiment la confidentialité des patients ? Et comment s'assurer que les données remontées sont fiables et non biaisées, notamment dans un contexte où la stigmatisation pousse certains patients à minimiser leurs difficultés ?

Réponse : L'anonymisation est un choix délibéré et essentiel. Elle constitue la condition sine qua non pour que les patients osent signaler des situations sensibles stigmatisation par un agent de santé, discrimination en milieu de travail ou rupture de confidentialité. Sans cet anonymat, le système d'alerte serait inopérant. Sur la fiabilité, OnelImpact intègre un processus de validation multi-niveaux (analyse des fichiers sources, vérification des cohérences) avant toute action. Cela dit, le biais de sous-déclaration reste réel : les patients les plus vulnérables ou les plus stigmatisés sont précisément ceux qui signalent le moins. C'est ici que le rôle des Champions TB et des ASC est déterminant leur proximité communautaire permet de capter les situations que l'application seule ne peut atteindre, et de guider les patients vers le signalement en toute confiance.

IV.J. Post test

À l'issue des présentations et des échanges, un post-test a été administré aux participants afin d'évaluer l'effet immédiat de la formation et de mesurer l'évolution de leurs connaissances par rapport au prétest initial.

Cet exercice a permis d'apprécier le niveau d'acquisition des compétences en matière de diagnostic clinique de la tuberculose, de traitement et de prise en charge des co-infections.

V. ANALYSE DES DONNEES DU PRE-POST TEST

V.A. Résultats pré-post test par personnel de santé

Les données de pré-test et post-test de 18 personnels de santé disposant de résultats valides aux deux temps d'évaluation ont été retenues pour l'analyse.

Sur les 31 participants ayant pris part au master class, 11 ont été exclus car ils ne disposaient que de résultats au pré-test et 4 autres car leurs données se limitaient au post-test.

Seules les paires complètes (pré-test et post-test) ont été incluses, portant l'effectif analysé à N = 18 paires appariées.

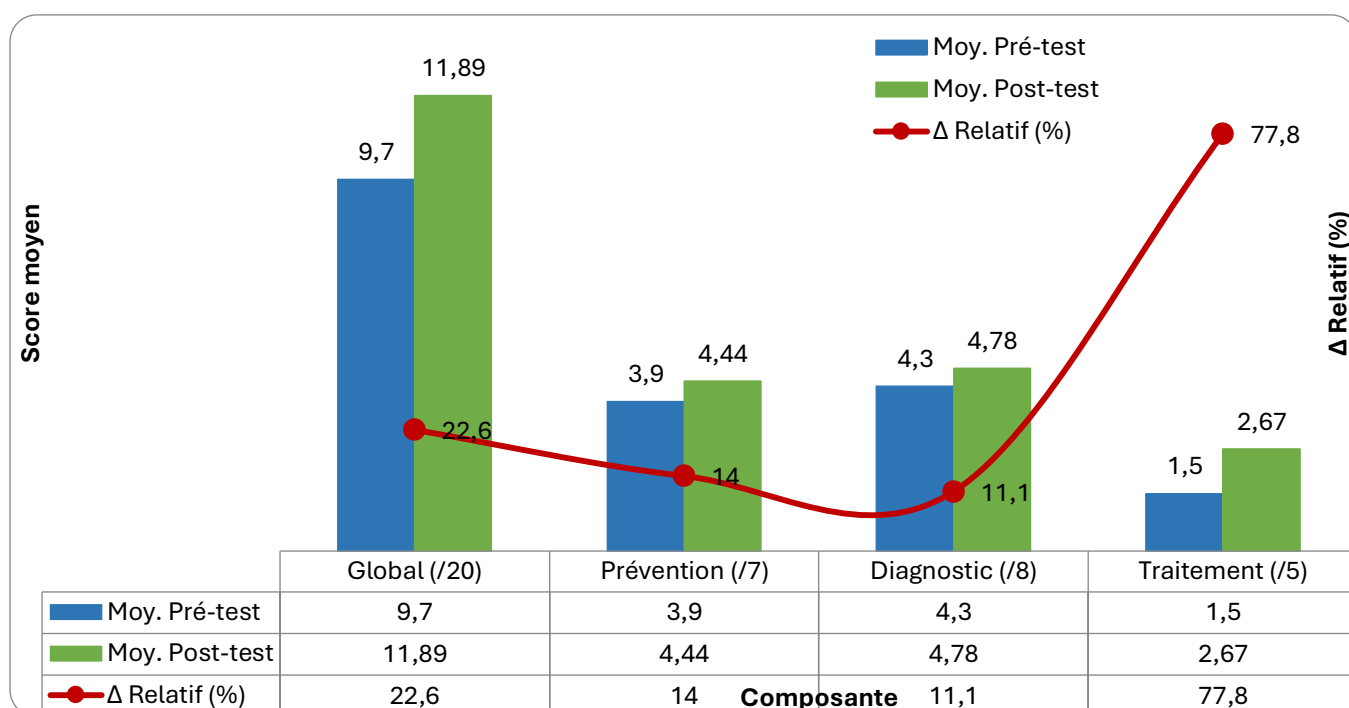
L'évolution des résultats est appréciée à travers la moyenne, qui reflète la tendance centrale et permet de quantifier le gain moyen par composante. Les résultats globaux et par composante sont présentés dans le Tableau 1 et commentés ci-après.

Tableau 1 — Évolution des scores moyens pré-test / post-test par composante (N = 18 paires appariées)

Composante (N=18)	Moy. Pré-test	Pré-test %	Moy. Post-test	Post-test %	Δ Absolu	Δ Relatif (%)
Global (/20)	9,70	48,5 %	11,89	59,4 %	+2,19 pts	+22,6 %
Prévention (/7)	3,90	55,7 %	4,44	63,5 %	+0,54 pt	+14,0 %
Diagnostic (/8)	4,30	53,8 %	4,78	59,7 %	+0,48 pt	+11,1 %
Traitement (/5)	1,50	30,0 %	2,67	53,3 %	+1,17 pt	+77,8 %

Légende : % = score moyen / score maximum × 100. Δ absolu = différence post – pré. Δ relatif = Δ absolu / score moyen pré × 100.

Figure 1 — Évolution des scores moyens pré-test / post-test par composante (N = 18 paires appariées)



V.B. Analyse des résultats

Résultats globaux : L'analyse des 18 paires appariées révèle une amélioration globale des performances à l'issue de la masterclass. La moyenne générale est passée de 9,70 à 11,89 points sur 20, soit une augmentation absolue de +2,19 points, représentant une progression relative de +22,6 % par rapport au score initial.

En termes de pourcentage de réussite, les participants sont passés de 48,5 % à 59,4 %, témoignant d'un impact positif et généralisé de la formation sur les connaissances en tuberculose pédiatrique.

Composante « Prévention » (Q1 à Q7 — score max : 7) : La progression observée dans cette composante est modérée. La moyenne a progressé de 3,90 à 4,44 points (+0,54

point), soit une amélioration relative de +14,0 % par rapport au score initial. Le pourcentage moyen de réussite est passé de 55,7 % à 63,5 %.

Cette progression, bien que réelle, reste limitée et suggère que les acquis en prévention n'ont pas été suffisamment consolidés, ce qui appelle un renforcement pédagogique ciblé lors des prochaines sessions.

Composante « Diagnostic » (Q8 à Q15 — score max : 8) : La progression est modeste mais constante. La moyenne est passée de 4,30 à 4,78 points (+0,48 point), avec une progression relative de +11,1 % par rapport au score pré-test. Le pourcentage moyen de réussite a progressé de 53,8 % à 59,7 %.

Bien que cette évolution reflète un gain réel dans la maîtrise des critères diagnostiques, son ampleur limitée indique que les participants présentaient déjà un niveau de base acceptable, mais que des lacunes persistent, notamment dans les domaines du diagnostic par les selles et du rôle des acteurs communautaires.

Composante « Traitement » (Q16 à Q20 — score max : 5) : C'est la composante qui enregistre la progression la plus marquée et la plus homogène. La moyenne est passée de 1,50 à 2,67 points (+1,17 point), représentant une amélioration relative de +77,8 % par rapport au score initial de loin la plus importante de toutes les composantes. Le pourcentage moyen de réussite a quasiment doublé, passant de 30,0 % à 53,3 %.

Ce résultat témoigne d'une excellente réceptivité des participants aux contenus liés au traitement de la tuberculose pédiatrique et de l'efficacité des approches pédagogiques utilisées pour ce module.

Synthèse comparative : Les trois composantes enregistrent toutes une amélioration positive, mais avec des amplitudes très différentes. Le Traitement (+77,8 %) se distingue nettement de la Prévention (+14,0 %) et du Diagnostic (+11,1 %). Cette hiérarchie reflète à la fois des niveaux de maîtrise initiaux différents le Traitement partait du score le plus bas (30,0 %) et des effets d'apprentissage différenciés selon les modalités pédagogiques employées. À l'inverse, les composantes Prévention et Diagnostic, dont les scores initiaux étaient relativement plus élevés (55,7 % et 53,8 %), ont montré des marges de progression plus étroites, ce qui est cohérent avec un effet plafond partiel.

V.C. Recommandations

L'analyse des données pré-post test met en exergue les recommandations suivantes :

- ☞ Renforcer les composantes Prévention (+14,0 %) et Diagnostic (+11,1 %) lors des prochaines sessions de formation, en privilégiant des approches actives (cas cliniques, ateliers interactifs, jeux de rôle diagnostiques), afin d'induire des gains plus substantiels dans ces deux domaines.
- ☞ Allonger la durée ou augmenter la fréquence des sessions consacrées à la Prévention et au Diagnostic lors des prochaines masterclasses, afin de permettre un apprentissage plus approfondi, une mise en pratique et une consolidation des acquis.
- ☞ Mettre en place des évaluations formatives régulières (quiz intermédiaires, retours sur cas cliniques) afin de renforcer la rétention des connaissances et d'identifier précocement les points de difficulté des participants.
- ☞ Maintenir et approfondir le module Traitement (+77,8 % de gain relatif), qui s'est avéré le plus efficace de la masterclass : inclure des exercices de consolidation, des scénarios de retraitement et des évaluations formatives pour pérenniser et approfondir ces acquis.
- ☞ Veiller à l'inclusion systématique des deux temps d'évaluation (pré-test et post-test) pour l'ensemble des participants lors des prochaines sessions, afin de disposer d'une base de données appariées complète et de maximiser la robustesse de l'analyse d'impact.

VI. SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS

A l'issus de ce master class, les recommandations suivantes ont été relevées :

RECOMMANDATIONS	RESPONSABLES	DELAIS
Partager les sites GeneXpert de rattachement des FOSA afin que les cliniciens puissent en tenir compte lors de la référence des patients.	FIS/GTR	Immédiat
Faire un compte rendu de la formation aux autres personnels de santé de la FOSA.	Cliniciens	Immédiat
Renforcer la recherche clinique sur la tuberculose pédiatrique et la tuberculose multirésistante (TB-MR) au sein des FOSA.	Cliniciens	Immédiat
Référer les patients vers les experts en cas de rechute ou lorsque les patients sous traitement ne sont pas guéris.	Cliniciens	Immédiat
Assurer la remontée mensuelle ou trimestrielle des données OnImpact FIS et TB-People au PNLT.	FIS	En continu

VII. MOT DE CLOTURE.

Le DE ONG FIS dans son mot de fin a tenu à exprimer sa gratitude envers toutes les équipes impliquées dans ce projet, en soulignant que c'est un travail collectif qui porte ses fruits et que c'est ensemble que l'on pourra rendre le diagnostic et la prise en charge de la tuberculose pédiatrique plus accessibles et plus acceptables.

Des remerciements appuyés ont été adressés au PNLT et au Ministère de la Santé pour leur soutien et leur engagement. Le DE de l'ONG FIS a signifié qu'au lendemain de cette session, son organisation serait parmi six structures à signer une convention cadre avec le Ministre de la Santé, illustrant concrètement l'alignement des interventions de FIS avec les priorités nationales.

Sur le plan des résultats du projet, il a mis en lumière des chiffres éloquentes : environ 800 enfants ont été appuyés sur le plan national, soit au-delà de l'objectif initial, avec une contribution de 66 % à la réponse sanitaire nationale et 16% régional. Ces données ont été soulignées comme étant directement impliquées dans les rapports institutionnels internationaux, sous réserve de leur validation.

Des membres clés de l'équipe projet ont été nommément salués pour leur engagement exceptionnel.

Le DE a conclu en reconnaissant les difficultés rencontrées au démarrage du projet notamment sur le plan de la formation et du recrutement tout en insistant sur la qualité des experts mobilisés. Il a terminé par des mots d'encouragement à l'ensemble des participants, leur souhaitant une belle soirée et leur donnant rendez-vous pour la suite, promettant un projet encore plus ambitieux dans les mois à venir.

La master class a pris fin à 17h00 précises.

VIII. ANNEXES

Annexe 1 : Quelques Photos

Annexe 2 : Passages Médiatiques

Annexe 3 : Pré-Post test

Annexe 4 : Agenda

Fait par

Sonia KANA
Chargée des projets FIS
ONG FIS-Cameroun

Validé par

Bertrand KAMPOER
Directeur Exécutif
ONG FIS-Cameroun

Annexes

📷 Quelques Photos



🌿 Passages médiatiques
1) INFOS SANTE

La Une et l'article sur la Master Classe réalisé par le quotidien de santé :

Quotidien 400F Cfa
Infos+ Santé
Quotidien Infos+Santé N° 196 du 26 février 2026
Spécialisation en Pédiatrie
La 40e promotion enfile les blouses
En collaboration avec l'Association des résidents et internes de pédiatrie du Cameroun et la Société camerounaise de pédiatrie, Nestlé Cameroun, à travers l'Institut Nestlé Nutrition, a organisé le 24 février 2026 à Yaoundé, la cérémonie d'accueil des 25 nouveaux résidents et internes intégrant le cycle de spécialisation de Pédiatrie, de la Faculté de médecine et des sciences biomédicales de l'université de Yaoundé I.
Page 5

Minsante-FAIRMED
Coopération renouvelée
La cérémonie de signature de convention s'est tenue hier, 25 février 2026 à Yaoundé.
Page 3

Lutte contre la tuberculose
Vers l'optimisation de la notification des cas
C'est l'objectif de la deuxième édition de la Master Class sur le diagnostic clinique de la tuberculose pédiatrique et multi-résistante (TB-MR), qui s'est tenue le 24 février 2026 à Yaoundé et à laquelle ont pris part des cliniciens venus de plusieurs formations sanitaires.
Page 5

Achetez votre journal **INFOS+Santé** Partout à portée de main grâce à ce lien <http://newsand-online.com/>

Lutte contre la tuberculose

Vers l'optimisation de la notification des cas

C'est l'objectif de la deuxième édition de la Master Class sur le diagnostic clinique de la tuberculose pédiatrique et multi-résistante (TB-MR), qui s'est tenue le 24 février 2026 à Yaoundé et à laquelle ont pris part des cliniciens venus de plusieurs formations sanitaires.

et dans ses formes résistantes. Malgré les efforts engagés, les chiffres traduisent un écart préoccupant entre les cas estimés et ceux effectivement notifiés. Pour l'année 2025, environ 172 cas ont été dépistés et 143 patients mis sous traitement pour la TB-MR, avec un taux de succès thérapeutique de 83 %. Des résultats encourageants, mais encore insuffisants face à la sous-notification persistante évoquée par l'OMS.



Selon le Dr MAKONDI DANIELLE EPISE NKOU, chef d'unité TB-MR au PNLT, le retrait progressif de certains financements internationaux complique la prise en charge, limitant ateliers et formations. D'où la nécessité de partenariats stratégiques, notamment avec FIS Cameroun, afin d'atteindre les populations vulnérables et d'actualiser les compétences des soignants sur les nouvelles techniques diagnostiques introduites par le programme national. Pour sa part, le Directeur exécutif de FIS Cameroun, Bertrand Kamperi, rappelle que les enfants restent largement sous-diagnostiqués, la tuberculose n'étant pas toujours recherchée par des méthodes adaptées comme le diagnostic à partir de selles. Après une première édition ayant permis d'améliorer près de 50 % le taux de détection, cette deuxième Master Class ambitionne d'atteindre 90 % de diagnostic pédiatrique par cette méthode et de combler le gap national de notification, actuellement inférieur

à 40 % pour la TB-MR.

Dépistage précoce

Au-delà du renforcement technique, cette formation met l'accent sur l'éducation thérapeutique. Parmi les participants, le Dr SIAKA KOM LOUIS FRANCK a indiqué prendre part à cette formation afin d'avoir une idée claire du diagnostic clinique de la tuberculose et d'identifier les cas de tuberculose multirésistante, estimant que ces acquis permettront de mieux traiter les patients et sauver des vies. Pour Joséphine Manafou, Présidente de TB People Cameroun, l'enjeu est aussi communautaire : accompagner la notification des cas dans les centres de santé à travers des causeries éducatives afin d'identifier les malades éligibles et de lutter contre les jugements. Les organisateurs attendent des participants qu'ils deviennent, à leur retour dans leurs formations sanitaires, de véritables relais de compétence, capables d'appliquer les nouveaux schémas thérapeutiques et d'améliorer la détection précoce. À terme, cette initiative devrait contribuer à sauver davantage de vies, réduire la transmission communautaire et démythifier la tuberculose multirésistante, encore méconnue du grand public.

Ornela NANA

2) CANAL 2

Lien du journal du 24 février 2026 de Canal 2 international vous y retrouverez le reportage sur la Master Classe

<https://web.whatsapp.com/#:~:text=Lien%20du%20journal%20du%2024%20fév%202026%20de%20Canal%20international%20vous%20y%20retrouverez%20le%20reportage%20sur%20la%20MasterClass>

3) ECHO SANTE

QUOTIDIEN ÉCHOS SANTÉ
L'information sanitaire à votre portée.
N° 1354 du jeudi 26 février 2026 - Tél. : (237) 994 81 99 37 - Directeur de publication : Joseph ABING BICUM
Tuberculose pédiatrique et multirésistante
L'ONG FIS Cameroun outille 35 formations sanitaires à Yaoundé
Face aux 650 cas incidents de TB-MR estimés par l'OMS, seuls 143 ont été diagnostiqués et 133 mis sous traitement. L'enjeu pour les cliniciens formés est de trouver ces cas cachés et réduire le gap de notification inférieur à 40%.
Pour dépistage une tuberculose multirésistante précoce et entourée de services, l'ONG FIS Cameroun forme 35 structures sanitaires aux nouvelles techniques (GeneXpert, microscopie à fluorescence) et associe les communautés au dépistage.
Organisé le 24 février 2026 à Yaoundé par l'ONG FIS Cameroun, sous la direction de son directeur exécutif Bertrand KAMPERI, l'atelier vise à combler le sous-diagnostic pédiatrique (6,2% des cas notifiés contre 125 attendus), grâce à l'assainissement des selles qui a déjà amélioré de 50% la détection.
Numéros utiles et pharmacies de garde : Douala et Yaoundé
Assainissement de la carte sanitaire
Voici la liste des 1 835 formations sanitaires clandestines au Cameroun
Ces structures ne disposent d'aucun document administratif, ni autorisation de création, ni autorisation d'ouverture. Pourtant, elles continuent de recevoir des patients chaque jour.
L'origine et la qualification de leur personnel demeurent inconnues. La conformité de leur plateau technique n'est pas établie, et les protocoles de soins qui y sont appliqués suscitent de sérieuses interrogations.
Une situation préoccupante qui soulève des enjeux majeurs en matière de sécurité et de qualité des soins.
Retrouvez toute l'actu d'Échos Santé sur **Yello Kiosq**
ÉCHOS SANTÉ
www.echosante.info

<https://echosante.info/produit/echos-sante-n1354-du-jeudi-26-fevrier-2026/>

Pré-Post test

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
PAIX - TRAVAIL - PATRIE
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
CABINET DU MINISTRE
PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE
GROUPE TECHNIQUE CENTRAL

REPUBLIC OF CAMEROON
PEACE - WORK - PATRIOTISM
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
MINISTER'S OFFICE
NATIONAL TUBERCULOSIS CONTROL PROGRAM
CENTRAL TECHNICAL GROUP

Diagnostic clinique de la TB pédiatrique

Master class, Yaoundé le 24/03/25

Correction Pré-test

Pour chaque question veuillez entourer ou rédiger la bonne réponse. Plusieurs réponses sont possibles pour certaines questions

I. Prévention de la tuberculose (Vaccination, TPT, contrôle de l'infection)

Q1. Quel est le facteur qui augmente le plus le risque de développer rapidement une tuberculose après une infection tuberculeuse ?

- A. Être âgé de moins de cinq ans
- B. Ne pas être vacciné par le B.C.G.
- C. Être en état de malnutrition
- D. Être infecté par le VIH

Q2. Le Vaccin par le BCG :

- A. Protège l'enfant contre toutes les formes de tuberculose
- B. Protège contre les formes graves de tuberculose
- C. Est contre indiqué contre les enfants

Q3. La chimiothérapie préventive de la TB est recommandée :

- A. Chez les enfants de moins de 5 ans et les PVVIH en contact avec un cas de TB pulmonaire bactériologiquement confirmée, après exclusion d'une tuberculose active
- B. Chez les enfants de moins de 2 ans ayant des signes de tuberculose
- C. Chez les enfants infectés par le VIH ayant des signes de tuberculose
- D. Chez les enfants en contact avec un cas de TB-MR, après exclusion d'une tuberculose active

Q4. Les régimes suivants peuvent être utilisés pour la prophylaxie de la tuberculose sauf un :

- A. Isoniazide 450mg pendant 6 mois
- B. RH75/50 pendant 3 mois chez les enfants
- C. Isoniazide 100mg pendant 6 mois chez les enfants
- D. Isoniazide 300 mg pendant 6 mois chez les PVVIH

Q5. Quelles sont les populations à haut risque de tuberculose ?

- A. Les enfants de moins de 5 ans vivant au contact de tuberculeux contagieux
- B. Les PVVIH vivant au contact de tuberculeux contagieux
- C. Les sujets souffrant d'hépatite B
- D. Les malades atteints de COVID-19

Q6. La mesure la plus efficace pour limiter la transmission de la TB dans la famille est

- A. Isoler pendant les deux premiers mois l'enfant chez qui on a diagnostiqué la TB
- B. Diagnostiquer et traiter rapidement le ou les adultes ayant un cas de TB pulmonaire bactériologiquement confirmé.

II. Diagnostic de la tuberculose (clinique, examens complémentaires, TB selles)

Q7. La transmission du bacille tuberculeux se produit :

- A. Par contact avec des surfaces contaminées par du bacille tuberculeux
- B. Au cours de rapports sexuels
- C. De personnes à personne par l'air
- D. Par piqûre d'insecte
- E. Par transfusion

Q8. Lequel des signes ou symptômes suivants, n'est pas évocateur de tuberculose ?

- A. Toux persistante et sans amélioration
- B. Perte de poids (ou absence de prise de poids régulière ou perte d'appétit)
- C. Démangeaisons
- D. Fièvre (ou sueurs nocturnes)
- E. Fatigue (ou diminution de l'activité ou de l'envie de jouer)

Q9. Dans le cadre du PNLT, l'investigation autour des cas concerne :

- A. Les cas de tuberculose pulmonaire bactériologiquement confirmé (TPB+)
- B. Les cas de tuberculose pulmonaire cliniquement diagnostiqué (TPB-)

- C. Les cas de tuberculose diagnostiqué anatomopathologiquement
- D. Les cas de tuberculose extra pulmonaire

Q10. L'une de ces affirmations est fautive à propos du diagnostic de la TB de l'enfant

- A. Il faut toujours rechercher si l'enfant a été en contact avec un cas de TB pulmonaire dans son entourage proche
- B. La radiographie thoracique est indispensable pour faire le diagnostic
- C. Il faut rechercher systématiquement les 4 principaux symptômes évocateurs de TB de l'enfant
- D. Il faut toujours examiner l'enfant

Q11. Quels sont les avantages cliniques du recours au test de diagnostic TB sur selles ? (Choisir la réponse fautive)

- A. Méthode non invasive, mieux acceptée par l'enfant et sa famille
- B. Permet d'augmenter les chances de confirmation bactériologique chez les enfants
- C. Supprime totalement le besoin d'autres examens cliniques ou radiologiques
- D. Permet de détecter la TB pulmonaire même sans expectoration
- E. Peut faciliter la mise sous traitement précoce

Q12. Quel est l'intérêt du diagnostic TB par les selles pour le PNLT? (Choisir la réponse fautive)

- A. Améliorer le taux de confirmation bactériologique chez l'enfant
- B. Réduire la déperdition dans la cascade de soins pédiatriques TB
- C. Supprimer le besoin de formation des personnels de santé
- D. Contribuer à l'atteinte des objectifs de détection précoce et traitement de la TB

Q13. Quand est-ce qu'un personnel de santé doit-il envisager demander un test de TB dans les selles ?

- A. En cas de suspicion de tuberculose pulmonaire chez un enfant sans expectoration disponible
- B. Chez un jeune enfant contact d'un cas TB avec symptômes évocateurs
- C. Chez un adulte VIH+ avec suspicion de TB et impossibilité de produire des crachats
- D. Chez tout patient tuberculeux déjà sous traitement depuis plus de 4 mois

Q14. Quel est le rôle du clinicien dans le diagnostic TB par les selles ?

- A. Identifier les patients éligibles
- B. Prescrire le test selon les directives
- C. Interpréter les résultats avec le tableau clinique
- D. Initier la prise en charge thérapeutique et organiser l'évaluation des contacts
- E. Toutes les réponses sont vraies
- F. Toutes les réponses sont fausses

Q15. Comment les ACRA collaborent-ils avec les cliniciens et laborantins dans le diagnostic TB par les selles ?

- A. En identifiant les enfants éligibles et en référant les cas au clinicien
- B. En facilitant la collecte et le transport des échantillons vers le laboratoire
- C. En interprétant les résultats des tests TB
- D. En assurant le suivi des résultats avec le clinicien et le retour des informations aux familles

III. Traitement de la tuberculose

Q16. Quelle est la dénomination des lettres suivantes dans le traitement de la tuberculose ?

R= Rifampicine B. H= Isoniazide C. Z= Para-aminosalicylate D. E= Ethambutol

Q17. Quel est le protocole actuel de prise en charge d'un cas de TPB+ nouveau cas ?

- A. 3RHZ/6RH
- B. 3RHZ/4RH
- C. 6H

Q18. Quel est le protocole actuel de prise en charge d'un cas de retraitement TPB+ ?

- A. 2SRHZE/1RHZE/SRHE
- B. 2RHZ/6RE
- C. 3RHZE/3RHZE

Q19. Les critères d'éligibilité au traitement de la TB pulmonaire non sévère (cocher la réponse fautive) :

- A. TB paucibacillaire
- B. TB non compliqués à la radiographie
- C. Adénopathie périphérique isolée
- D. Age inférieur à 3 mois.

Q20. L'une des affirmations suivantes sur la co-infection TB/VIH est correcte :

- A. Il n'est pas utile de réaliser le test VIH chez les enfants tuberculeux
- B. L'IDR peut être négative chez les enfants tuberculeux infectés par le VIH
- C. Il faut arrêter le traitement ARV de l'enfant pendant toute la durée du traitement antituberculeux
- D. Les symptômes cliniques évocateurs de tuberculose sont très spécifiques chez les enfants infectés par le VIH



MASTERCLASSE DIAGNOSTIC CLINIQUE TUBERCULOSE PEDIATRIQUE ET TB-MR

24 Février 2026

Horaires	Activités	Responsables
08H30-09H00	Accueil des participants et enregistrement	Logistique FIS
09H00-09H15	Mot de bienvenue,	DE FIS/ DLMEP
09H15-09H45	Présentation des participants Désignation Rapporteur Rappel des objectifs de l'atelier et modalités pratiques Modalité pratique Photo famille	Tous Chargée des projets FIS/Chargée Plaidoyer FIS
09h45-10H00	PRE-TEST	Equipe FIS
10h00-11H00	MODULE 1 : -Généralité sur la tuberculose multirésistante -Généralité sur la tuberculose pédiatrique	Dr MAKONDJI Dr EBO
	Echanges et Discussion	Tous
11H00-11H30	Pause-Café	Logistique FIS
11H30-12H30	MODULE 2 : -Diagnostic de la TB pédiatrique (Sévère et non sévère) et TB-MR -Traitement de la TB pédiatrique et TBMR	Dr TAGUEBUE Dr EBO
	Echanges et Discussions	Tous
12H30-13H15	MODULE 3 : Diagnostic de la TB : Nouvelle technique de diagnostic biologique de la TB chez les enfants et TBMR	Dr DONKENG
	Echanges et Discussions	Tous
13H15-14H00	Module 4 : Principes et techniques de l'éducation thérapeutique	Dr MAKONDJI
	Echanges et Discussions :	Tous
14H00-14H45	MODULE 8 : Genre, droits humains et engagement communautaire dans la réponse DR-TB	DE FIS
	Echanges et Discussions	Tous
14H45-15H30	MODULE 9 : Le CLM dans la lutte contre la TB-MR : OnelImpact	Chargée Plaidoyer FIS
	Echanges et Discussions	Tous
15H30-16H00	MODULE 10 : Outils de suivi et documentation de l'impact éducatif	Chargée SERA FIS
16H00-16H15	POST-TEST	Equipe FIS
16H15-16H25	Synthèse des recommandations	Chargée des Projets FIS
16H20-16H30	Mot de clôture et Prochaines étapes	DE FIS/DLMEP
16H30	Pause Déjeuner	Logistique FIS