FICHE DE CAPITALISATION PROJET CFCS FIS 2025

Des communautés mobilisées pour des soins sans obstacles : promouvoir les droits humains et renforcer le suivi communautaire de la tuberculose au Cameroun

FIS · Cameroun · novembre 2025 – juillet 2026

Projet CFCS FIS 2025 — « Garantir un accès équitable aux services de prise en charge de la tuberculose, avec un accent sur la tuberculose pharmacorésistante au Cameroun » · **Porteur** For Impacts in Social Health (FIS) · **Financement** Stop TB Partnership — Challenge Facility for Civil Society 2025 · **Partenaires :** MINSANTE, PNLT, DRAF-TB, TB People Cameroun

Le Cameroun ne détecte encore que sept cas de tuberculose sur dix. L'écart, ramené de 51 % en 2020 à 28-29 % aujourd'hui, ne se répartit pas au hasard : il se concentre sur des populations dont la taille n'était, jusqu'en 2026, pas documentée.

FIS a produit cette donnée manquante avec le programme national, puis l'a mise à l'épreuve du terrain, dans les huit districts de santé de Yaoundé.

20 300	17	100 %	500
personnes sensibilisées à la TB-MR 126,9 % de la cible totale	populations clés caractérisées et hiérarchisées	des cibles de formation atteintes parité stricte, 50 % de survivants	cartes de traitement porteuses d'un code QR

1 CONTEXTE : UN DEFICIT DE DETECTION QUI SE CONCENTRE

Le Cameroun a notifié **27 029 cas de tuberculose en 2025**, dont 19 175 bactériologiquement confirmés. L'écart entre cas attendus et cas notifiés s'est nettement résorbé — il atteignait 51 % en 2020, il se situe aujourd'hui autour de 28 à 29 %.

Mais le réservoir résiduel n'est pas réparti uniformément. Il se concentre sur des populations qui cumulent exposition accrue, immunodépression et obstacles structurels d'accès aux soins : **le risque de développer une tuberculose active est jusqu'à 18 fois plus élevé chez les personnes vivant avec le VIH, et l'incidence en milieu carcéral jusqu'à 100 fois supérieure** à celle de la population générale.

Or, jusqu'en 2026, ces populations restaient insuffisamment caractérisées au Cameroun : ni leur taille, ni leur répartition géographique, ni leurs besoins spécifiques n'étaient documentés. Le caractère parcellaire des données limitait directement la capacité du système de santé à planifier des interventions ciblées et à allouer ses ressources.

C'est ce vide que le projet a entrepris de combler, avant d'agir sur le terrain.

2 OBJECTIFS DU PROJET

Objectif général : Promouvoir et protéger les droits humains, ainsi que l'identification et le dépassement des obstacles liés aux droits humains pour accéder à des services de qualité contre la tuberculose au Cameroun. Deux axes structurent le cadre de suivi.

1 · Créer la demande communautaire

Former des relais issus des réseaux de champions et de survivants, et sensibiliser les personnes symptomatiques et les patients à la TB-MR comme à leur droit à des services gratuits et de qualité.

2 · Déployer le suivi communautaire

Former les réseaux dirigés par des survivants au suivi communautaire et engager les personnes affectées dans le processus de signalement des obstacles rencontrés dans le parcours de soins.

3 RESULTATS DE L'ANNEE 1

Indicateur de produit	Cible an 1	Réalisé	Taux
O1.1 · Membres des réseaux de champions TB et de survivants formés aux activités de création de la demande	20	20	100,0 %
O1.2 · Personnes symptomatiques et patients sensibilisés à la TB-MR et à leur droit à des services de qualité	8 000	20 300	**253,7 %**
O2.1 · Membres de réseaux dirigés par des survivants formés au suivi communautaire	20	20	100,0 %
O2.2 · Personnes engagées dans le processus CLM OneImpact	4 000	660	**16,5 %**

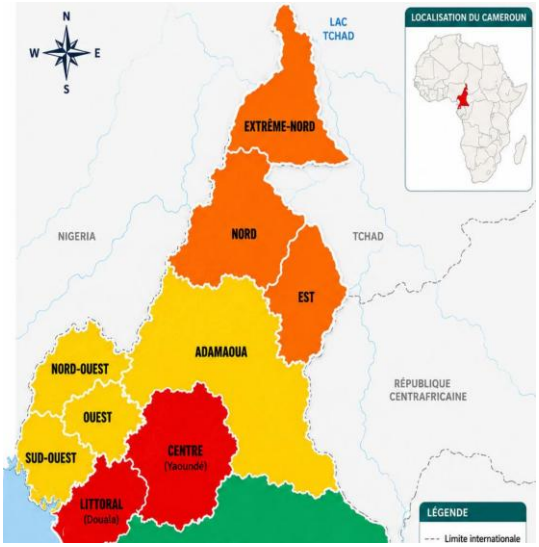
4 LE CHANTIER NATIONAL : ESTIMER LA TAILLE DES POPULATIONS CLES

Conduit avec les partenaires entre avril et juin 2026, selon une méthodologie en quatre étapes — revue documentaire, réunion de lancement, atelier de priorisation, réunion de validation — ce travail a identifié, caractérisé et hiérarchisé **dix-sept populations clés et vulnérables**.

Population	Taille estimée	Priorité
Détenus	32 000 – 37 000	**9,75 / 10**
Personnes vivant avec le VIH	480 000 – 503 000	**9,25**
Enfants de 0 à 17 ans	9 – 13 millions	8,75
Usagers de drogues	50 000 – 150 000	8,75
Pauvres urbains et ruraux	10 – 11 millions	8,0
Personnes atteintes de maladies chroniques	3 – 5 millions	7,5

L'enseignement central tient en une phrase : les populations les plus prioritaires ne sont pas les plus nombreuses. Les détenus et les usagers de drogues pèsent peu démographiquement mais concentrent les facteurs de risque ; à l'inverse, les enfants et les populations pauvres se comptent en millions.

La réponse nationale doit donc combiner deux approches : **ciblée** vers les groupes restreints à très haut risque, et **populationnelle** vers les groupes très nombreux dont les conditions de vie entretiennent la transmission.



La priorisation a aussi une géographie.

- **Très prioritaires :** le Centre, avec Yaoundé, et le Littoral, avec Douala. S'y concentrent les personnes vivant avec le VIH, la pauvreté urbaine et les populations clés.
- **Priorité élevée :** l'Extrême-Nord, le Nord et l'Est, où se cumulent pauvreté extrême, déplacements et crises humanitaires, et accès limité aux soins.
- **Intermédiaires :** l'Ouest, le Nord-Ouest, le Sud-Ouest et l'Adamaoua — travailleurs exposés, populations autochtones, accessibilité variable.
- **Faible à modérée :** le Sud, dont la faible densité et la meilleure accessibilité relative appellent néanmoins une surveillance.

Carte régionale des priorités programmatiques liées aux populations clés et vulnérables à la tuberculose.

5 UNE EQUIPE PARITAIRE, A MOITIE COMPOSEE DE SURVIVANTS

Les vingt personnes formées constituent un seul et même groupe, bénéficiaire à la fois du renforcement des capacités sur la création de la demande et de la formation au suivi communautaire.

Profil des 20 personnes formées	Hommes	Femmes
Survivants de la tuberculose	5	5
Non-survivants	5	5

Cette composition paritaire n'est pas le fruit du hasard : elle a exigé un effort de mobilisation spécifique, dans un contexte où la stigmatisation reste forte, et une collaboration étroite avec les réseaux locaux de champions et les organisations communautaires.



Atelier sur l'estimation de la taille des populations clés et vulnérables pour la tuberculose

6 LA PORTEE COMMUNAUTAIRE ET L'ANCRAGE TERRITORIAL

20 300 personnes présentant des symptômes de tuberculose ou suivies pour la maladie ont été sensibilisées à la TB-MR et à leur droit à des services de qualité. C'est 253,7 % de la cible annuelle, et **126,9 % de la cible totale de la subvention**, atteinte dès la première année.

Le dépassement s'explique par l'ancrage : les champions sont rattachés aux **huit districts de santé de Yaoundé et à dix formations sanitaires**, ce qui assure une couverture homogène et un suivi de proximité identifiable.

Un constat a modifié le contenu des séances. De nombreuses personnes ignoraient avoir droit à des services gratuits et de qualité. L'information sur les droits des patients est donc devenue **un contenu à part entière**, et non un message accessoire glissé en fin de causerie.

Les causeries elles-mêmes ont été reprogrammées les jours de prise de médicaments, ce qui lève l'obstacle du transport sans créer de dépendance financière.



Mobilisation communautaire lors d'un événement de terrain

7 FAIRE FONCTIONNER LE SIGNALEMENT, ET POURQUOI L'ENROLEMENT RESTE A 7,3 %

FIS a construit la mécanique d'enrôlement du portefeuille. **Cinq champions et survivants ont été installés dans les centres de prise en charge** pour accompagner l'enregistrement en présentiel, expliquer les bénéfices de l'outil et instaurer la confiance. **Cinq cents cartes de traitement** ont été imprimées avec un code QR : intégré au support que le patient conserve et consulte à chaque visite, c'est le levier d'enrôlement le plus économique du portefeuille.

Un **cycle de réunions mensuelles avec les décideurs** institutionnalise la boucle entre signalement communautaire, examen par les responsables et retour d'information vers les communautés. C'est sur ce cycle que reposent les trois réalisations documentées au titre de l'utilisation des données communautaires pour améliorer les soins.

Malgré cela, **660 personnes sont engagées pour une cible totale de 9 000, soit 7,3 %**. Le chiffre doit être lu pour ce qu'il est : FIS porte à lui seul 72 % de la cible d'enrôlement des trois subventions, et concentre 76 % de l'écart résiduel du portefeuille — **8 340 personnes restent à enrôler**.

Les causes sont documentées. La réticence des personnes affectées à s'enregistrer sur une plateforme numérique, pour des motifs de confidentialité des données, et la faible notoriété de l'outil. Les contraintes de connectivité et d'équipement dans certaines zones d'intervention, qui appellent une modalité d'enregistrement alternative.

8 CINQ PRATIQUES A RETENIR

- **La construction d'un groupe strictement paritaire et majoritairement composé de survivants de la TB-MR :** obtenue par une collaboration délibérée avec les réseaux locaux et les organisations communautaires, elle démontre qu'une composition équilibrée relève d'un choix méthodologique.
- **L'adaptation pédagogique par modules progressifs :** face à des participants aux profils hétérogènes, la combinaison d'explications simplifiées et de sessions pratiques en petits groupes a permis une appropriation homogène des outils numériques.
- **Les réunions préparatoires tripartites :** la validation des contenus et l'alignement des messages avec le PNLT, FIS et TB People en amont des ateliers évitent les redondances et les contradictions entre bénéficiaires opérant sur les mêmes sites.
- **L'intégration d'un volet droits des patients dans les séances de sensibilisation :** le constat que de nombreuses personnes ignoraient leur droit à des services gratuits et de qualité a conduit à en faire un contenu à part entière.
- **L'ancrage territorial des champions :** le rattachement aux huit districts de santé de Yaoundé et à dix formations sanitaires assure une couverture homogène et un suivi de proximité identifiable.



Session de travail sur l'exploitation des données du suivi communautaire

9 DIFFICULTES RENCONTREES ET REPONSES APPORTEES

Difficulté	Réponse mise en œuvre
Comportemental : réticence des personnes affectées à s'enregistrer sur une plateforme numérique, pour des motifs de confidentialité des données, et faible notoriété de l'outil	Installation de champions et de survivants dans les centres de prise en charge pour un accompagnement en présentiel, expliquer les bénéfices de l'outil et instaurer la confiance ; impression des codes QR sur 500 cartes de traitement
Infrastructurel : contraintes de connectivité et d'équipement dans certaines zones d'intervention	Accompagnement en présentiel dans les formations sanitaires ; modalité d'enregistrement alternative à concevoir en année 2 pour les zones non couvertes
Redevabilité : faible suivi des barrières signalées via l'outil, au risque d'un désengagement des utilisateurs	Institutionnalisation de réunions mensuelles avec les décideurs, garantissant l'examen des barrières et le retour d'information vers les communautés
Pédagogique : hétérogénéité des profils et des niveaux de littératie numérique des participants aux formations	Modules progressifs combinant explications simplifiées et sessions pratiques en petits groupes ; réunions préparatoires avec le PNLT et TB People pour aligner les contenus
Opérationnel : difficultés des champions à organiser régulièrement les causeries, du fait des demandes de prise en charge des frais de transport	Programmation des causeries les jours de prise de médicaments ; appuis limités aux rafraîchissements, dans une logique de pérennisation
Systémique : pénuries de médicaments antituberculeux	Suivi auprès du groupe technique régional et du PNLT ; documentation des ruptures via les signalements du suivi communautaire

10 LES ENSEIGNEMENTS

- **Produire la donnée avant de cibler :** sans estimation de la taille des populations, la priorisation reste déclarative. Le chantier national a transformé une intuition programmatique en instrument de ciblage.
- **Les plus prioritaires ne sont pas les plus nombreux :** la réponse doit combiner une approche ciblée vers les petits groupes à très haut risque et une approche populationnelle vers les groupes très nombreux.
- **Un outil numérique ne s'impose pas, il s'accompagne :** l'écart entre 20 300 personnes sensibilisées et 660 enrôlées mesure exactement la distance entre informer et faire adhérer.
- **La parité et l'expertise vécue relèvent d'un choix de méthode :** dix femmes sur vingt et la moitié de survivants de la TB-MR s'obtiennent par une mobilisation délibérée, pas par le hasard du recrutement.

11 CE QUI RESTE A FAIRE

- **Faire de l'enrôlement la priorité absolue.** Avec 8 340 personnes restant à enrôler, FIS concentre 76 % de l'écart résiduel du portefeuille. Les 500 cartes à code QR et les 5 champions installés dans les centres constituent la base d'un passage à l'échelle.
- **Traiter explicitement la confidentialité des données.** Un message vérifiable sur le traitement des données personnelles, élaboré avec le PNLT, est nécessaire pour lever la réticence documentée ; une modalité d'enregistrement alternative reste à concevoir pour les zones non couvertes.
- **Valoriser le rapport d'estimation.** Désormais disponible, il doit servir d'instrument de ciblage programmatique et de plaidoyer pour le huitième cycle du Fonds mondial.

AVEC LE SOUTIEN ET LA COLLABORATION DE