FICHE DE CAPITALISATION · PROJET TB-PEC@2.0

Faire progresser les résultats de la TB pédiatrique chez les enfants vulnérables, déplacés internes en zone urbaine au Cameroun

Deux stratégies de détection active qui font leurs preuves

Huit districts de santé de Yaoundé, Cameroun · mai 2023 – avril 2026

Porteur ONG For Impacts In Social Health (FIS) · **Partenaires** Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT), Organisation Catholique d'Action Sanitaire (OCAS) · **Financement** L'Initiative – Expertise France, 703 020 € · **Évaluation finale externe** Health Management Support Team, juin 2026

En trois ans, la notification de la tuberculose pédiatrique est passée de 188 à 451 enfants par an dans les 32 CDT appuyés, contre une hausse de 51 % seulement dans les 43 CDT témoins. L'écart est attribuable au projet.

Le coût par année de vie corrigée de l'incapacité (DALY) évitée s'établit à 108 €, soit seize fois moins que le seuil de l'OMS pour une intervention coût-efficace.

+140 %	+1 102 %	1 033	227
Enfants notifiés pour TB 188 (2021) → 451 (2025)	Enfants contacts < 5 ans mis sous traitement préventif	Enfants et adolescents 0-14 ans traités en trois ans	Décès d'enfants évités 5 876 DALY gagnés

1 PROBLEMATIQUE

Au Cameroun, la couverture du diagnostic et du traitement de la TB n'atteint que **27 % chez les 0-4 ans** et **53 % chez les 5-14 ans** (WHO Global TB Report, 2025). L'essentiel des cas pédiatriques reste invisible pour le système de santé.

Trois verrous en zone urbaine : un diagnostic pédiatrique difficile, faute d'algorithmes de décision thérapeutique adoptés ; des opportunités manquées aux portes d'entrée des formations sanitaires ; des barrières financières et sociales qui éloignent les familles du soin.

Une opportunité existait néanmoins : depuis 2018, le Cameroun avait engagé l'implication communautaire dans la lutte antituberculeuse, mais sans volet pédiatrique. Ces besoins n'étaient couverts ni par les ressources nationales, ni par la subvention GC7 du Fonds mondial.

Les moyens déployés

- **Phase pilote** — 12 mois, 15 FOSA dont 13 CDT dans 8 districts de santé ; 75 agents communautaires (ACRA et ASCp).
- **Phase d'extension** — 24 mois, 35 FOSA dont 32 CDT dans 8 districts de santé ; 70 agents communautaires ; 30 techniciens de laboratoire formés au diagnostic par les selles.
- Une plateforme de paiement électronique pour la traçabilité des appuis aux familles ; reporting des données dans le DHIS2.

2 LES OBJECTIFS ET LEUR ATTEINTE

Objectif spécifique	Cible	Atteint	Taux
OS1 · Proportion de notification de TB pédiatrique dans 30 FOSA	10 %	11,4 %	**114 %**
OS2 · Taux de succès thérapeutique des 0-14 ans notifiés	90 %	90 %	**100 %**
OS3 · Couverture du TPT chez les 0-5 ans éligibles	80 %	95 %	**119 %**
OS4 · Achèvement du TPT chez les 0-5 ans traités	75 %	90 %	**120 %**



3 L'APPROCHE

Stratégie I : Enquête d'entourage en communauté

Des Agents de Santé Communautaire polyvalents visitent les ménages des cas index, dépistent verbalement les enfants, réfèrent les présumés au CDT et transportent les prélèvements. La même visite sert à mettre sous traitement préventif les enfants de moins de 5 ans éligibles.

Stratégie II : Portes d'entrée des formations sanitaires

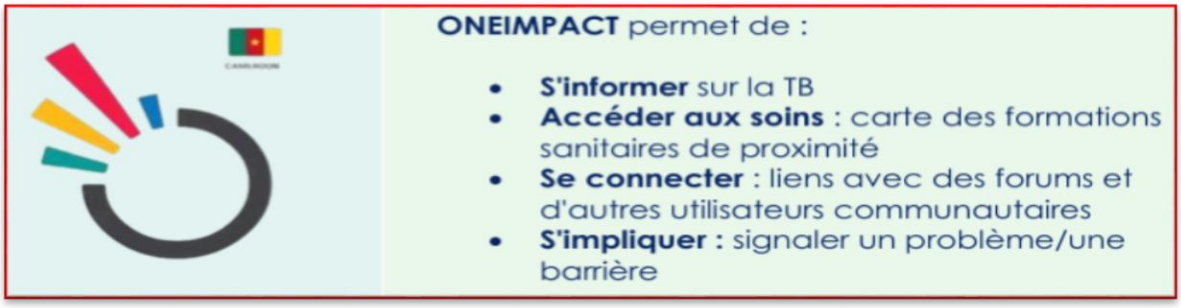
Des ACRA superviseurs dépistent systématiquement les enfants qui se présentent à toutes les portes d'entrée des FOSA consultation, nutrition, vaccination, hospitalisation en complémentarité des mentors financés par le Fonds mondial.

Stratégie III : Campagnes de masse dans les clusters

Des campagnes multi-maladies organisées dans des clusters cartographiés avec les districts et le GTR, associant sensibilisation communautaire et dépistage ouvert à tous.

OneImpact : la barrière devient une donnée

Une innovation du projet TB_PEC@2.0 a été l'utilisation de OneImpact, un outil de suivi communautaire (https://stoptbpartnershiponeimpact.org/) pour documenter les obstacles aux soins de la TB rencontrés par les familles bénéficiaires et mieux cibler les interventions visant à les surmonter.



4 DEUX CASCADES COMPLEMENTAIRES, UN FAIBLE NOMBRE DE SUJETS A DEPISTER



NSD : nombre de sujets à dépister pour trouver un cas de TB. La stratégie I a atteint 94,4 % de sa cible de notification et 717 % de sa cible de traitement préventif ; la stratégie II, 258 % et 465 %.

5 L'ARBITRAGE : CE QUE NOUS AVONS ARRETE ET POURQUOI

Critère	RAH	EE	CM
Enfants dépistés	44 838	5 790	141
Cas de TB détectés	863	170	3
Part des cas du projet	83 %	16 %	**< 1 %**
Appréciation	Couverture	Rendement	**Faible**

Quatre campagnes de masse menées sur deux ans n'ont permis de détecter que **3 cas confirmés chez les moins de 15 ans**, pour un taux de positivité de 1 %. Le ciblage des clusters avait pourtant été optimisé en cours de route : les volumes ont augmenté, les résultats non.

Les campagnes identifiaient bien des populations à risque — le taux de présomption atteignait 68 % — mais elles touchaient peu d'enfants et peinaient à les conduire jusqu'à l'examen diagnostique (taux de testing de 64 %).

Décision prise en année 3 : arrêt des campagnes de masse, avenant budgétaire, et réallocation des ressources vers la recherche active en milieu hospitalier (RAH) et les enquêtes d'entourage en communauté (EE).



L'enseignement : l'ampleur du dépistage ne garantit pas le rendement diagnostique.

La pertinence du ciblage pèse davantage que le volume de personnes mobilisées. Une stratégie à forte couverture (RAH) doit être associée à une stratégie à fort rendement (EE) — et non à une troisième qui dilue les moyens. L'abandon de la campagne de masse n'est pas un échec du projet : c'est une gestion adaptative fondée sur les données programmatiques.



6 L'IMPACT, MESURE CONTRE UN GROUPE TEMOIN

Indicateur 2021 → 2025	32 CDT projet	43 CDT témoins
Part des 0-14 ans parmi les cas notifiés	6 % → 13 %	4 % → 6 %
Enfants et adolescents notifiés	188 → 451 **(+140 %)**	72 → 109 (+51 %)
Enfants < 5 ans sous traitement préventif	214 → 2 573 **(+1 102 %)**	106 → 334 (+215 %)

La progression est portée par la tranche **5-14 ans (+278 %)** ; elle reste limitée chez les 0-4 ans (+18 %), où le verrou est diagnostique et non opérationnel. Le taux de succès thérapeutique atteint 90 % et le taux d'achèvement du traitement préventif 90 %.

Un effet que nous n'avions pas anticipé

Les enfants de moins de 5 ans représentent **25 % des cas pédiatriques diagnostiqués** en fin de projet, contre un seuil d'environ 2 % habituellement rapporté par le PNLT. De même, la part des formes cliniques — les plus difficiles à poser — est passée de 37 % à 47 % des cas entre l'année 2 et l'année 3. Le projet n'a pas seulement augmenté le volume de détection : il a déplacé la frontière de ce que les cliniciens savent diagnostiquer.

7 LE RAPPORT COUT-EFFICACITE

Décès d'enfants évités	**227**
DALY gagnés	**5 876**
Coût par DALY évité	**108 €**

Ce résultat confirme que chaque euro investi dans ce projet génère un retour sanitaire très élevé par rapport aux standards internationaux.



8 LES DIFFICULTES RENCONTREES ET LES REPONSES APPORTEES

Difficulté	Conséquence	Réponse mise en œuvre
Arrêt des financements PEPFAR/CDC/USAID en janvier 2025	Rupture du transport des échantillons du PNLT	Contractualisation de techniciens de laboratoire par le projet, avec mesures de biosécurité et de qualité
Diagnostic difficile chez les moins de 5 ans	Faible taux de testing	Adoption du diagnostic par les selles ; financement des radiographies ; Master Class clinique pour les médecins des FOSA
Pannes de GeneXpert et tensions de stock en intrants	Retards de diagnostic	Note de plaidoyer au ministre de la Santé publique ; plaidoyer auprès du GTR-TB ; dépannage entre formations sanitaires
Chevauchement avec le sous-récipiendaire GC7 du Fonds mondial	Risque de doublons dans les cas index	Répartition des sites, des cibles et des cas index entre agents ; supervisions de validation conjointes par triangulation
Saisie tardive dans DHIS2 et faible maîtrise de l'outil par l'équipe	Sous-estimation des résultats	Contractualisation d'un expert DHIS2, formation par le PNLT, paiement des frais de saisie conditionné à sa promptitude
Réticence de parents confrontés à la stigmatisation	Refus de dépistage	Renforcement de la sensibilisation communautaire par les ASCp et vulgarisation de l'information sur la gratuité des soins
Absence de registres dans certaines formations sanitaires	Perte de traçabilité	Production de registres de laboratoire, de traitement et de chimioprophylaxie par le projet

9 GENRE, DROITS HUMAINS ET BARRIERES

Aucun écart significatif d'accès entre filles et garçons : le sex-ratio est de 1,1 chez les moins de 5 ans et de 0,97 chez les 5-14 ans, comparable aux données nationales. Les écarts de genre sont moins marqués chez les enfants que chez les adultes.

En revanche, la charge des barrières est inégale. Sur les signalements OneImpact, **52 % des obstacles sont financiers** et **29 % relèvent de la stigmatisation** ; les femmes en ont signalé 622 contre 447 pour les hommes.

Le projet a résolu **100 % des violations de droits humains signalées** — manque de confidentialité, refus de transfert, traitement imposé — et de 56 à 81 % des obstacles financiers : transport (1 973 bénéficiaires), frais de consultation (1 787), hospitalisations et radiographies (129), kits alimentaires (139).

Cette réussite révèle aussi une fragilité : une part importante des progrès reste adossée à un financement externe qui compense des barrières socio-économiques durables.



10 LES INNOVATIONS INTRODUITES

Innovation	Apport
OneImpact — suivi dirigé par les communautés	Les familles signalent elles-mêmes les obstacles rencontrés : 1 128 barrières documentées, 68 % résolues, jusqu'à 85 % pour celles liées aux services de santé.
Diagnostic par les selles	Lève l'obstacle du prélèvement chez le jeune enfant, principal verrou du diagnostic avant 5 ans.
Master Class clinique	Formation avancée des médecins des 30 FOSA au diagnostic clinique et radiologique.
TB Clubs	Soutien par les pairs dans les CDT, amélioration de l'observance.
Appuis sociaux tracés	Prise en charge des coûts catastrophiques pour près de 2 000 enfants, avec traçabilité des paiements.



11 DURABILITE

ACQUIS

- Mécanismes de soutien social et prise en charge des coûts catastrophiques repris dans la subvention GC8.
- Plaidoyer engagé pour l'institutionnalisation de OneImpact comme dispositif national de suivi communautaire.
- Capacités des prestataires et des acteurs communautaires renforcées durablement ; TB Clubs installés dans les CDT.

À SECURISER

- Transport des échantillons et appuis aux familles non pérennisés hors financement de projet.
- Dépendance aux incitations à la performance versées aux acteurs communautaires.
- Intégration des deux stratégies retenues dans les activités de routine du PNLT, restant à acter.

12 CE QUE FIS PEUT PORTER

- **Déployer le binôme RAH + EE** dans de nouvelles zones prioritaires, avec transfert de compétences aux agents des CDT.
- **Accompagner l'institutionnalisation de OneImpact** auprès des programmes nationaux et des OSC, y compris son extension à d'autres maladies et aux violences basées sur le genre.
- **Intégrer le dépistage de la TB pédiatrique** dans des paquets de santé communautaire multi-maladies.
- **Accompagner les OSC** souhaitant intégrer la tuberculose à leur paquet d'interventions.

Trois conditions de réplication ressortent : un partenariat formalisé avec le programme national dès la conception, un circuit de transport des échantillons adapté au diagnostic pédiatrique (GeneXpert sur selles), et une ligne budgétaire dédiée aux appuis sociaux aux familles indigentes.

Les recommandations de l'évaluation externe au ministère de la Santé et aux partenaires techniques et financiers

Adopter les algorithmes de décision thérapeutique de l'OMS pour les moins de 10 ans · Étendre la recherche active aux portes d'entrée des FOSA d'autres zones prioritaires · Intégrer le dépistage pédiatrique aux paquets communautaires · Inclure la radiographie thoracique dans le paquet de la Couverture Santé Universelle · Augmenter la part nationale du financement de la TB de l'enfant.



AVEC LE SOUTIEN ET LA COLLABORATION DE