



Plan Stratégique National de **Lutte** contre la **Tuberculose** ——— 2027-2030 ———



"Pour mettre fin à l'épidémie de la Tuberculose au Cameroun."

Année
2026

SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
LISTE DES ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS.....	5
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	7
PREFACE	9
REMERCIEMENTS.....	10
RESUME EXECUTIF.....	11
Chapitre 1 : INTRODUCTION	14
1.1. Contexte global du Cameroun.....	14
1.2. Organisation politique et administrative	14
1.3. Situation économique et sociale.....	14
1.4. Accès et usage des technologies de l'information et de la communication	18
Chapitre 2 : ANALYSE DU SYSTEME DE SANTE.....	20
2.1. Organisation du système de santé	20
2.2. Gouvernance et redevabilité.....	23
2.3. Approvisionnement en médicaments et produits de santé	24
2.4. Système d'Informations Sanitaires	25
2.5. Organisation de la lutte contre la tuberculose	26
2.5.1. Niveau central	26
2.5.2. Au niveau regional.....	29
2.5.3. Au niveau operationnel.....	29
Chapitre 3 : ANALYSE DE LA SITUATION DE LA TUBERCULOSE.....	34
3.1. Epidémiologie de la Tuberculose	34
3.1.1. Mortalité de la TB au Cameroun.....	34
3.1.2. Incidence de la TB au Cameroun	35
3.1.3. Notification et taux de notification de la TB au Cameroun	36
3.1.4. Tuberculose par groupe d'âges	40
3.1.5. Tuberculose et sexe	41
3.1.6. Recherche Active des Cas de TB et Enquêtes d'entourage.....	43
3.1.7. Tuberculose et groupes vulnérables.....	45
3.1.8. Coinfection TB/VIH	47
3.1.9. Tuberculose multirésistante (TB-MR/RR).....	49

3.1.10.	Résultats de traitement de la TB sensible et TB-MR/RR	50
3.1.10.1.	Résultats de traitement de la TB sensible	50
3.1.10.2	Résultats de traitement de la TB-MR/RR.....	51
3.2.	Revue du PSN TB 2024-2026	52
3.2.1.	Revue programmatique de la mise en œuvre du PSN TB 2024-2026 de la réponse à la Tuberculose	53
3.2.2.	Analyse financière de la mise en œuvre PSN TB 2024-2026 de la réponse à la Tuberculose.....	58
3.2.2.1.	Besoin en financement par pilier	58
3.2.2.2.	Besoin en financement par année	59
3.2.2.3.	Financement mobilisé par les différents acteurs de mise en œuvre.....	60
3.2.2.4.	Paysage financier de contributions de financement pour la période 2024- 2025	60
3.2.3.	Résumé de l'analyse des forces, faiblesses, opportunités et menace de la mise en œuvre du PSN TB 2024-2026	61
3.2.4.	Résumé des principales recommandations de la revue du PSN TB 2024-2026	64
Chapitre 4 :	CADRE STRATEGIQUE DU PSN TB 2027-2030	70
4.1.	Vision	70
4.2.	Mission et principes directeurs du cadre de mise en œuvre	70
4.2.1.	Mission.....	70
4.2.2.	Principes directeurs du cadre de mise en œuvre.....	70
4.3.	Orientations stratégiques et priorités nationales	72
4.3.1.	Orientations stratégiques	72
4.3.1.1.	Orientations Internationales	72
Pilier 1 :	Soins et prévention intégrés, centrés sur le patient	73
Pilier 2 :	Politiques audacieuses et système de soutien	74
Pilier 3 :	Intensification de la recherche et de l'innovation.....	74
4.3.1.2.	Orientations Nationales	75
4.3.2.	Priorités nationales	77
4.3.2.1.	Interventions prioritaires	77
4.3.2.2.	Groupe de population prioritaires pour la période 2027-2030	77
4.3.2.3.	Zones géographiques prioritaires pour la période 2027-2030	78
4.3.3.	Objectifs et résultats attendus pour 2030	81
Chapitre 5 :	CADRE DE MISE EN ŒUVRE	93
5.1.	Contexte.....	93

5.2.	Modalités de mise en œuvre	93
5.2.1.	Structure organisationnelle	93
5.2.2.	Coordination de l'intégration	93
5.3.	Risques, contraintes et mesures d'atténuation	95
Chapitre 6 : CADRE DE FINANCEMENT DU PSN TB 2027-2030		97
6.1.	Analyse du financement du PSN 2024-2026	97
6.2.	Problèmes identifiés du financement du PSN TB 2024-2026 et recommandations du PSN TB 2027 2030	102
6.3.	Budget du PSN TB 2027-2030.....	103
6.4.	Stratégie de mobilisation de ressources	105
6.5.	Gestion des ressources financières	106
Chapitre 7 : CADRE DE SUIVI ET EVALUATION		106
7.1.	Contexte et justification	106
7.2.	Objectifs du suivi-évaluation	107
7.3.	Principes directeurs	107
7.4.	Architecture institutionnelle du suivi-évaluation.....	107
7.5.	Cadre de performance	108
7.5.1.	Indicateurs d'impact.....	109
7.5.2.	Indicateurs de résultat	109
7.5.3.	Indicateurs d'extrant	109
7.6.	Sources de données	109
7.7.	Fréquence de collecte et de revue	110
7.8.	Assurance qualité des données	110
7.9.	Mécanismes de redevabilité et d'utilisation des données	110
7.10.	Évaluations prévues	110
CADRE DE PERFORMANCE PSN TB 2027-2030		112
RÉSUMÉ DU BUDGET		114
PERSPECTIVES DE PÉRENNISATION		116
BIBLIOGRAPHIE		118

LISTE DES ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

ACRA	Agents communautaires de recherche active
APS	Agents Psycho-Sociaux
ART	Agence de Régulation des Télécommunications
ARV	Antirétroviraux
ASC	Agents de santé communautaire
ASCP	Agent de Santé Communautaire Polyvalent
BUCREP	Bureau Central de Recensement de la Population
CAMPHIA	Cameroon Population-based HIV Impact Assessment
CDT	Centre de Diagnostic et de Traitement
CTD	Collectivités Territoriales Décentralisées
COGE	Comité de Gestion pour le Centre de Santé
CMA	Centre Médical d'Arrondissement
CNLT	Comité National de Lutte contre la Tuberculose
COSADI	Comité de Santé de District
COSA	Comité de Santé de l'aire
CSI	Centre de Santé Intégré
COGEDI	Comité de Gestion pour l'hôpital de District
CSU	Couverture Santé Universelle
CPC	Centre Pasteur du Cameroun
CT	Centre de Traitement
DAMA	District Health Information Data Management
DLMEP	Direction Lutte contre la Maladie et les Epidémies
DRSP	Délégation Régionale de la Santé Publique
DST	Drug Susceptibility Testing
FEFO	First Expired First Out
FEI	France Expertise Internationale
FOSA	Formation sanitaire
GIP-FRPS	Groupe d'Intérêt Publique Fonds Régional pour la Promotion de la Santé
GeneXpert	Test d'amplification de l'acide nucléique
GFATM	Fonds Mondial contre le VIH, la Tuberculose et le Paludisme
GLC	Green Light Committee
GTC	Groupe Technique Central
GTR	Groupe Technique Régional
ECAM	Enquête Camerounaise auprès des Ménages
HC	Hôpital Central
INS	Institut National de la Statistique
HD	Hôpital de District
HCR	Haut-commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés
HJ Yaoundé	Hôpital Jamot de Yaoundé
HR	Hôpital Régional

ISDC	Interventions Sous-Directives Communautaires
LED	Light-Emitting Diode (Diode électroluminescente)
M&E	Monitoring et Evaluation
MINPOSTEL	Ministère des Postes et Télécommunication
MINEPDED	Ministère de l'Environnement, de la Protection de la Nature et du Développement Durable
MINEPAT	Ministère de l'Economie de la Planification et de l'Aménagement du Territoire
MINSANTE	Ministère de la Santé Publique
MSL	Médicaments de Seconde Ligne
NPOC-NAAT	Near Point-of-Care Nucleic Acid Amplification Test
OBC	Organisation à base communautaire
OSC	Organisation de la Société Civile
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PDI	Personne Déplacée Interne
PPBS	Planification, Programmation, Budgétisation et Suivi-Evaluation
PEC	Prise en Charge
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PSN	Plan Stratégique National
SOP	Procédures opérationnelles standard
SP	Secrétaire Permanent du PNL
SPA	Secrétaire Permanent Adjoint du PNL
SSS	Stratégie Sectorielle de la Santé
SSP	Soins de Santé Primaire
TB	Tuberculose
TPB+	Tuberculose Pulmonaire Bactériologiquement confirmée
TB LAMP	Technique automatisée d'amplification de l'acide nucléique en temps réel
TB-MR/RR	Tuberculose multi-résistante
TDO	Traitement Directement Observé
TEAM	Technical Assistance and Management for Health
TPT	Traitement Préventif de la Tuberculose
UNITÉ DE PEC VIH	Unité de Prise en charge du VIH

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

LISTE DES FIGURES

Figure 1: réseau des laboratoires du PNLT	31
Figure 2: estimation de la mortalité liée à la TB au Cameroun 2024	35
Figure 3: Incidence OMS estimée de la TB vs taux de notification, Cameroun, 2015-2024..	36
Figure 4: Notification et taux de notification de la TB au Cameroun, 2015-2025.....	37
Figure 5: Taux de notification de la tuberculose par région, Cameroun, 2025	38
Figure 6: Taux de notification de la tuberculose par région et par district, 2025	39
Figure 7: Répartition par tranches d'âge des cas de Tuberculose au Cameroun, 2025.....	41
Figure 8: Répartition par tranche d'âge et sexe des cas de tuberculose au Cameroun, 2025	41
Figure 9: <i>Sexe ratio par région, 2025</i>	42
Figure 10: Evolution des cas de tuberculose notifiés par sexe et du sex-ratio H/F, cameroun, 2020-2025.....	43
Figure 11: Cartographie de la Recherche active des cas de TB en 2024.....	44
Figure 12: Cartographie de la Recherche active des cas de TB par région, Cameroun, 2024	45
Figure 13: <i>Carte du Cameroun des différents groupes vulnérables et leur répartition par région</i>	46
Figure 14: Pourcentage de co-infection TB/VIH	47
Figure 15: Evolutioun des principaux indicateurs TB/VIH, Cameroun, 2015-2025.....	48
Figure 16: <i>TB pharmaco-résistante au cours des cinq dernières années, Cameroun, 2015-2024</i>	49
Figure 17: Résultats de traitement de la TB sensible, Cameroun, 2024	51
Figure 18: Résultats de traitement de la TB-MR, 2024	52
Figure 19: Cartographie du parcours patients TB et Positionnement des interventions par domaine.....	54
Figure 20: Répartition du besoin en financement du PSN TB 2024-2026 selon les orientations stratégiques	58
Figure 21: Besoin financier du PSN TB 2024-2026 par année	59
Figure 22: Besoins et financements du PSN TB 2024-2026	60
Figure 23: Carte des populations prioritaires de la TB	78
Figure 24: Carte des zones prioritaires de la lutte contre la TB.....	79
Figure 25: Sources de financement du PSN 2024-2026.....	100

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Indice de développement humain en 2021 au Cameroun	15
Tableau 2: Répartition de la population totale du Cameroun par région sur la période 2020 - 2026.....	16
Tableau 3 : Répartition des formations sanitaires par catégories	20
Tableau 4: cartographie des acteurs communautaires	22
Tableau 5: Synthèse des sites évalués pour les analyseurs moléculaires et la radiologie thoracique, décembre 2025	32
Tableau 6: Performance globale du PSN-TB 2024-2026	56
Tableau 7: absorption financière en 2024-2025.....	61
Tableau 8: Analyses Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces liée à la mise en œuvre du PSN TB 2024-2026.....	62
Tableau 9: Principales recommandations de la revue du programme.....	64
Tableau 10: Arrimage du PSN TB 2027-2030 à la Stratégies « End TB » et Objectifs de Développement Durable (ODD) 2030	75
Tableau 11: Orientations de la Stratégie Sectorielle de Santé sur la prévention et la prise en charge de la Tuberculose.....	76
Tableau 12: Cadre logique du PSN.....	83
Tableau 13: Huit domaines d'intégration projetés.....	94
Tableau 14: Tableau des risques, contraintes et mesures d'atténuation	96
Tableau 15: Répartition du budget (en EURO) du PSN 2024-2026 par année, par pilier et par module d'interventions.....	97
Tableau 16: Mobilisation des ressources pour le PSN 2024-2026	99
Tableau 17: FINANCING OVERVIEW, NATIONAL TB PROGRAMME, Cameroun, 2024-2026	101
Tableau 18: Leçons apprises du financement du PSN TB, Cameroun, 2024-2026.....	102
Tableau 19: Synthèse du budget par pilier et par module	103
Tableau 20: Cadre de performance du PSN TB, Cameroun, 2027-2030	112
Tableau 21: Résumé du budget du PSN TB 2027-2030 par pilier, composante et partenaire de mise en oeuvre	114

PREFACE



La Tuberculose est inscrite depuis plusieurs décennies parmi les priorités de santé publique au Cameroun. Au fil des années, la lutte contre cette maladie a été marquée par un engagement constant du Gouvernement et par la mise en œuvre de plans stratégiques successifs, portés par une diversité d'acteurs nationaux et internationaux.

L'édition 2024–2026 avait pour objectif de stopper l'évolution de l'épidémie, consolidant les acquis majeurs : gratuité des médicaments antituberculeux, intégration de la lutte contre la tuberculose et le VIH, implication progressive des communautés, et modernisation des capacités diagnostiques grâce aux technologies moléculaires. Toutefois, malgré ces avancées, les résultats obtenus n'ont pas suffi à infléchir significativement l'incidence ni à réduire la mortalité.

Le nouveau plan stratégique 2027–2030 traduit la volonté du Cameroun de maintenir ces acquis et d'accélérer la riposte, en cohérence avec la stratégie mondiale « *Mettre fin à la tuberculose* » de l'OMS. La vision commune est celle d'un Cameroun sans tuberculose : qui maîtrise l'incidence; limite la mortalité et les coûts catastrophiques.. Cette ambition repose sur une approche globale, conjuguant interventions sanitaires et sociales, et sur une mobilisation accrue des ressources nationales et internationales.

L'élaboration de ce plan s'est fondée sur un processus inclusif, participatif et multisectoriel, garantissant un document consensuel et partagé par l'ensemble des parties prenantes. Sa mise en œuvre s'inscrit dans la perspective des objectifs nationaux de développement et des Objectifs de Développement Durable de l'Agenda 2030 des Nations Unies.

Je voudrais, par conséquent, inviter l'ensemble de la communauté nationale, ainsi que nos partenaires techniques et financiers, à unir leurs efforts pour soutenir le Programme National de Lutte contre la Tuberculose dans la réalisation des axes stratégiques de ce plan. Ensemble, nous pouvons transformer l'ambition d'un Cameroun sans tuberculose en une réalité d'ici 2035.

LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

REMERCIEMENTS

Chers partenaires, collègues et acteurs de la lutte contre la tuberculose,

C'est avec une profonde gratitude que je tiens à saluer l'engagement constant de toutes celles et ceux qui œuvrent, chaque jour, pour un Cameroun libéré du fardeau de la tuberculose.

Ce Plan Stratégique National est le fruit d'un travail collectif, d'une vision partagée et d'une détermination commune à renforcer notre système de santé et à protéger les plus vulnérables.

Je remercie particulièrement le Ministère de la Santé Publique, les régions et districts sanitaires, les partenaires techniques et financiers, ainsi que les organisations communautaires et anciens patients dont la voix et l'expérience ont enrichi ce document.

Votre collaboration, votre expertise et votre dévouement ont permis de bâtir une stratégie réaliste, inclusive et tournée vers l'impact. Ensemble, nous avons démontré que la lutte contre la tuberculose n'est pas seulement une bataille sanitaire, mais un engagement humain et solidaire.

Que ce plan soit pour chacun de nous un guide, une source d'inspiration et un appel à l'action.

Merci pour votre confiance, votre persévérance et votre engagement indéfectible.

LE SECRETAIRE PERMANENT DU PNLT

Dr NOAH NDONGO Appolonie

RESUME EXECUTIF

Contexte et justification

La tuberculose demeure une menace majeure de santé publique au Cameroun, avec une incidence élevée et une mortalité persistante. Malgré les acquis du PSN TB 2024–2026 (gratuité des médicaments, intégration TB/VIH, diagnostic moléculaire, implication communautaire), les résultats n'ont pas suffi à infléchir significativement l'épidémie.

Le PSN TB 2027–2030 s'inscrit dans la continuité, en cohérence avec la stratégie mondiale de l'OMS « Mettre fin à la tuberculose » et les Objectifs de Développement Durable (ODD).

Vision, objectifs et cadre stratégique du PSN 2027-2030

La vision du PNLT est de « *Mettre fin à l'épidémie de la tuberculose comme problème de santé publique d'ici 2035* ».

La principale mission du PNLT est de « ***Contribuer à mettre fin à l'épidémie de la tuberculose en promouvant la prévention de la maladie et en facilitant l'accès au diagnostic et à la prise en charge de toutes les formes de la tuberculose*** ».

Objectifs stratégiques:

- Réduire de 50% le taux de mortalité dus à la TB (par rapport à 2024)
- Réduire de 50% le taux d'incidence (par rapport à 2024)
- Réduire à 0 % la proportion des familles qui supportent des coûts catastrophiques dus à la TB.

Piliers d'intervention:

Soins et prévention intégrés, centrés sur le patient

- Détection active précoce et diagnostic rapide (GeneXpert, TB-LAMP, Truenat, NPOC-NAAT).
- Traitement TB sensible standard, extension du traitement BpaLM pour la TBMR
- Renforcement du traitement préventif (TPT)
- Renforcement du contrôle de l'infection
- Maintien des activités conjointes TB/VIH

Politiques audacieuses et systèmes de soutien

- Gouvernance renforcée par le PNLT.
- Mobilisation de ressources nationales et internationales.
- Implication communautaire et multisectorielle.

Recherche et innovation

- Surveillance épidémiologique
- Études opérationnelles pour adapter les interventions.
- Utilisation des TIC pour le suivi et la sensibilisation.

Cadre de mise en oeuvre

La chaîne de mise en œuvre fonctionne comme un système intégré :

- Au niveau central, le PNLT définit les orientations, mobilise les financements et assure la coordination nationale.
- Au niveau régional, les DRSP supervisent la mise en œuvre, adaptent les directives et garantissent la qualité des services.
- Au niveau périphérique, les CDT assurent le diagnostic et le traitement, tandis que la participation communautaire à travers les structures de dialogues des DS associant les ASCp/ACRA /Mentors TB/Relais communautaires bénévoles /Patients guéris (champions TB) / ONG locales et OSC jouent un rôle clé dans la recherche active des cas et le suivi communautaire
- Enfin, le CNLT agit comme organe de gouvernance, garantissant la transparence, la redevabilité et l'implication multisectorielle.

Cette articulation permet de relier la stratégie nationale aux réalités locales, en s'appuyant sur les communautés pour atteindre les populations vulnérables et assurer l'observance thérapeutique.

Cadre de suivi-évaluation

Un cadre de performance robuste est prévu, avec des indicateurs clés :

- Taux de détection des cas
- Taux de succès thérapeutique
- Couverture TPT
- Disponibilité continue des médicaments
- Contribution communautaire

Les données seront collectées via DHIS2, les registres CDT, les enquêtes/recherches opérationnelles nationales, des interopérabilités entre le DHIS2 et les plates formes de

collecte des données existantes ainsi que des évaluations externes annuelles pour garantir la transparence.

Cadre budgétaire

L'estimation des coûts nécessaires à la mise en œuvre des actions identifiées dans le PSN TB 2027-2030 a été réalisée grâce à la méthode d'actualisation des coûts unitaires d'une part, puis de budgétisation des activités planifiées pour atteindre les objectifs projetés dans ce plan d'autre part. Le coût total du PSN-TB est estimé à **50 455 765 544 FCFA** répartis comme suit par axe stratégique :

- **Pilier 1** : « Soins et prévention intégrés, centrés sur le patient » : **22 141 336 593 FCFA**
- **Pilier 2** : « Politiques audacieuses et systèmes de soutien » : **20 638 680 782 FCFA**
- **Pilier 3** : « Intensification de la recherche et de l'innovation » : **7 675 748 169 FCFA.**

Les besoins prioritaires concernent :

- Médicaments de seconde ligne pour la TB-MR
- Expansion du TPT
- Déploiement des nouvelles technologies diagnostiques
- La Recherche active des cas (screening systématique, enquête d'entourage, référence des présumés, collecte et convoyage des échantillons et recherche des perdus de vue)

La stratégie de mobilisation repose sur l'engagement accru de l'État, le soutien des partenaires internationaux, l'implication du secteur privé et la participation communautaire. Le PSN TB 2027-2030 traduit la volonté du Cameroun de transformer l'ambition d'un pays sans tuberculose en réalité. Il repose sur une approche intégrée, inclusive et durable, mobilisant l'ensemble des acteurs nationaux et internationaux.

Chapitre 1 : INTRODUCTION

1.1. Contexte global du Cameroun

Le Cameroun, pays d'Afrique Centrale, a une superficie de 475 442 km² dont 466 050 km² de superficie continentale et 9392 km² de superficie maritime. Il est limité à l'Ouest par le Nigéria, au Sud par le Congo, le Gabon et la Guinée Équatoriale, à l'Est par la République Centrafricaine et au Nord-Est par le Tchad.



Le pays est caractérisé par une diversité géographique : les régions (du Centre, de l'Est, du Littoral, du Sud et du Sud-Ouest) ont un climat chaud et humide aux précipitations abondantes. Les hauts plateaux de l'Ouest (régions de l'Ouest et du Nord-Ouest) sont une zone de savane et de terres volcaniques favorable à l'agriculture. Le Nord soudano-sahélien (régions de l'Adamaoua, du Nord et de l'Extrême-Nord) est une zone de savane et de steppe caractérisée par un climat tropical chaud et sec et des précipitations de plus en plus réduites au fur et à mesure que l'on se rapproche du Lac Tchad.

Figure 1: Carte du Cameroun

1.2. Organisation politique et administrative

En 2017, le Cameroun comptait 10 régions, divisées en 58 départements et 360 arrondissements. On dénombre également 360 Communes parmi lesquelles 14 sont urbaines. La loi d'orientation sur la décentralisation du 22 juillet 2004 prévoit le transfert de compétences et de ressources aux communes. Dans le secteur de la santé, le décret N° 2010/0246/PM précise les compétences transférées aux communes. Il s'agit de la construction, de l'équipement et de la gestion des Centres de Santé Intégrés (CSI). Par ailleurs, les Maires assurent la présidence des comités de gestion des Hôpitaux de District (HD) et des Centres Médicaux d'Arrondissement (CMA), tandis que celle des Hôpitaux Régionaux (HR) et des Hôpitaux Centraux (HC) est confiée aux Délégués du Gouvernement auprès des communautés urbaines (Maire de la ville). (Réf SSS 2020-2030).

1.3. Situation économique et sociale

1.3.1. Situation macroéconomique

La structure globale de la répartition du PIB par secteur n'a pas évolué de manière favorable au cours de la dernière décennie. En effet, la part du secteur primaire, qui était de 26,8% et

qui devait passer à 33,2% s'est établie à moins de 20%. Dans le même temps, le secteur secondaire qui représentait 33% en 2010 a également connu une importante baisse pour se situer à 28,2% en 2018. Cependant, le secteur tertiaire prend des proportions de plus en plus importante, passant de 41,2% à 57,1% sur la même période. (Ref PNDS 2021-2025).

Tableau 1 : Indice de développement humain en 2021 au Cameroun

Indice de Développement Humain (IDH)	Espérance de vie à la naissance	IDH non monétaire	IDH ajusté aux inégalités	Revenu national brut par habitant	Durée moyenne de scolarisation (en années)	Durée attendue de scolarisation (en années)	Indice des inégalités de genre
0.576	60	3970	0.375	5.9	10.9	0.628	0.520

Source : <https://fr.countryeconomy.com/demographie/idh/cameroun>

1.3.2. Situation démographique

Selon les projections démographiques nationales récentes produites par le Bureau Central des Recensements et des Études de Population (BUCREP) et l'Institut National de la Statistique (INS), la population du Cameroun est estimée à environ 30,3 millions d'habitants en 2025, contre 27,4 millions en 2021. Cette évolution confirme le maintien d'une forte dynamique de croissance démographique au niveau national. (Réf. : BUCREP, Projections démographiques régionales du Cameroun 2020-2050, édition 2023 ; INS, Projections démographiques et estimations des cibles prioritaires des programmes de santé, 2023).

Le taux moyen annuel d'accroissement démographique demeure élevé, estimé entre 2,5 % et 2,6 % par an selon les projections nationales récentes. À ce rythme, la population camerounaise pourrait dépasser 40 millions d'habitants avant 2045 si les tendances actuelles se maintiennent. Cette croissance reste principalement portée par un accroissement naturel positif caractérisé par une natalité encore élevée et une baisse progressive de la mortalité. (Réf. : BUCREP, 2023 ; INS, 2023 ; MINEPAT, Stratégie Nationale de Développement 2020-2030)

Le Cameroun conserve une population très jeune. Les données nationales reprises dans le PNDS 2021-2025 indiquent qu'environ 64 % de la population a moins de 25 ans et que l'âge médian demeure inférieur à 20 ans, traduisant un vieillissement démographique encore très lent. Cette structure démographique exerce une forte pression sur les services sociaux de base, notamment dans les secteurs de l'éducation, de la santé, de l'emploi, du logement et de l'accès aux services essentiels. (Réf. : MINSANTE, PNDS 2021-2025, p. 24 ; BUCREP, 2023).

Plus de la moitié de la population camerounaise réside désormais en milieu urbain. Selon les données du PNDS 2021-2025 et les projections du BUCREP, environ 53,2 % de la population vit en zone urbaine. Les régions ayant les poids démographiques les plus élevés sont l'Extrême-Nord (19,4 %), le Centre (18,1 %), le Littoral (14,7 %) et le Nord (12,9 %). Les plus fortes densités de population sont observées dans les régions du Littoral et de l'Ouest. Toutefois, la population demeure inégalement répartie sur le territoire national et le

Cameroun n'a pas encore pleinement amorcé sa transition démographique. (Réf. : BUCREP, Projections démographiques régionales du Cameroun 2020-2050, 2023 ; MINSANTE, PNDS 2021-2025, p. 24-25)

Tableau 2: Répartition de la population totale du Cameroun par région sur la période 2020 - 2026

Région	2020	2021	2022	2023 ★	2024	2025	2026	% (2023)
Extrême-Nord	5 160 235	5 294 401	5 432 056	5 573 289	5 718 195	5 866 868	6 019 406	19.3%
Centre	4 818 473	4 943 753	5 072 290	5 204 170	5 339 478	5 478 305	5 620 741	18.1%
Littoral	3 932 707	4 034 958	4 139 866	4 247 503	4 357 938	4 471 244	4 587 497	14.7%
Nord	3 447 526	3 537 161	3 629 128	3 723 485	3 820 296	3 919 623	4 021 534	12.9%
Ouest	3 069 491	3 149 298	3 231 179	3 315 190	3 401 385	3 489 821	3 580 556	11.5%
Nord-Ouest	1 642 633	1 685 342	1 729 161	1 774 119	1 820 246	1 867 572	1 916 129	6.2%
Adamaoua	1 412 139	1 448 855	1 486 525	1 525 175	1 564 830	1 605 515	1 647 259	5.3%
Sud-Ouest	1 226 047	1 257 925	1 290 631	1 324 187	1 358 616	1 393 940	1 430 182	4.6%
Est	1 111 324	1 140 219	1 169 865	1 200 281	1 231 488	1 263 507	1 296 358	4.2%
Sud	869 165	891 763	914 949	938 738	963 145	988 187	1 013 880	3.3%
Total Cameroun	26 689 740	27 383 675	28 095 650	28 826 137	29 575 617	30 344 582	31 133 542	100 %

Source : BUCREP 2023 (données officielles ★). Les années 2020–2022 et 2024–2026 sont des estimations obtenues par extrapolation du taux de croissance annuel national (~2,6 %) appliqué uniformément aux parts régionales de 2023. Le 4e RGPH, prévu en 2026, fournira des données actualisées définitives.

La fécondité au Cameroun demeure élevée malgré une baisse progressive observée au cours des dernières décennies. Selon le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2021-2025, l'indice synthétique de fécondité est passé de 5,8 enfants par femme en 1991 à 4,6 enfants par femme en 2018. Cette baisse reste cependant insuffisante pour modifier significativement la structure très jeune de la population camerounaise. Le PNDS souligne en effet que l'âge médian de la population demeure faible et que la proportion des jeunes continue d'exercer une forte pression sur les services sociaux de base. (Réf. : MINSANTE, Plan National de Développement Sanitaire 2021-2025, p. 24-25)

Le ratio de dépendance démographique reste également élevé. Le PNDS 2021-2025 indique que le ratio de dépendance économique est estimé à environ 298 %, ce qui signifie qu'une personne occupée prend en charge, en moyenne, près de trois personnes non occupées. Cette structure démographique demeure peu favorable à l'accélération de la croissance économique et à la constitution d'une épargne suffisante pour soutenir les investissements productifs. Elle entraîne une forte demande en infrastructures et services sociaux de base, notamment dans les domaines de l'éducation, de la santé, de l'accès à l'eau potable, de l'énergie, de la sécurité alimentaire et du logement. (Réf. : MINSANTE/Plan National de Développement Sanitaire 2021-2025, p. 25)

1.3.3. Situation sociale

Les données les plus récentes montrent que la situation de la pauvreté demeure préoccupante au Cameroun malgré quelques progrès enregistrés au cours des décennies précédentes. Après une baisse du taux de pauvreté de 39,9 % en 2007 à 37,5 % en 2014, les enquêtes récentes indiquent une remontée de la pauvreté, avec un taux estimé à 38,6 % en 2021 selon l'ECAM5 témoin réalisée par l'Institut National de la Statistique (INS) et les estimations de la Banque mondiale.

Selon le milieu de résidence, la pauvreté reste largement concentrée en zone rurale. En 2021, le taux atteignait environ 58,3 %, contre 16,5 % en milieu urbain. Plus de huit pauvres sur dix résident toujours en milieu rural. Toutefois, les données récentes montrent également une progression de la pauvreté urbaine depuis 2014, traduisant une vulnérabilité croissante des populations vivant dans les villes.

Sur le plan régional, les disparités demeurent très marquées. Les régions les plus touchées par la pauvreté sont l'Extrême-Nord, le Nord et le Nord-Ouest. Les données ECAM5 indiquent par ailleurs que les villes de Douala et Yaoundé enregistrent des niveaux de pauvreté relativement faibles, respectivement estimés à 8,3 % et 10,8 %.

Les inégalités sociales restent également importantes. Selon les analyses de la Banque mondiale, le coefficient de Gini demeure élevé et supérieur au niveau observé il y a deux décennies, traduisant la persistance d'importants écarts entre les populations les plus riches et les plus pauvres.

Par ailleurs, dans le secteur de l'éducation, les indicateurs de l'ECAM5 montrent qu'en 2021-2022, le taux net de scolarisation au primaire (6-11 ans) était estimé à 80,4 % au niveau national, avec 89,4 % en milieu urbain contre 70,4 % en milieu rural. Le taux net de scolarisation au secondaire était de 51,8 % au niveau national.

Le taux d'alphabétisation des personnes de 15 ans ou plus est estimé à 75,3 % en 2021-2022, avec d'importantes disparités entre milieu urbain (84,9 %) et milieu rural (53,9 %). Le taux d'alphabétisation des femmes de 15 ans ou plus quant à lui est estimé à 69,5 %.

1.3.4. Contexte humanitaire et sécuritaire

Les statistiques récentes produites par les institutions nationales montrent qu'en 2024, le Cameroun compte plus de 1,3 million de personnes relevant de la compétence du HCR, incluant les réfugiés, les demandeurs d'asile, les personnes déplacées internes (PDI) et les retournés. Les réfugiés proviennent principalement de la République Centrafricaine et du Nigeria, tandis que les déplacés internes sont majoritairement concentrés dans les régions du Nord-Ouest, du Sud-Ouest et de l'Extrême-Nord.

Le Cameroun évolue dans un contexte de crises multifocales et prolongées qui affectent durablement la performance des programmes de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme. Ces vulnérabilités sont documentées dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2021-2025, la Stratégie Sectorielle de la Santé (SSS) 2020-2030 ainsi que dans les documents stratégiques nationaux des programmes VIH, tuberculose et paludisme. Elles se traduisent par une dégradation de l'accès aux services essentiels, une pression accrue sur le système de santé et une augmentation des risques sanitaires dans les zones affectées par les crises sécuritaires et humanitaires.

La crise sécuritaire persistante dans les régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest demeure l'un des principaux déterminants des contre-performances sanitaires. Les données récentes des programmes nationaux indiquent une baisse importante de la notification des cas de tuberculose dans certaines régions affectées par l'insécurité, une augmentation de la létalité ainsi qu'une diminution des performances thérapeutiques comparativement aux moyennes nationales. Les interruptions de continuité du traitement antirétroviral et la réduction de la fréquentation des services de santé maternelle et infantile ont également été rapportées dans plusieurs districts sanitaires affectés.

Les déplacements massifs de populations et la saturation des services de santé aggravent davantage les contraintes d'accès aux soins. Les documents stratégiques nationaux récents estiment que plus de deux millions de personnes déplacées ou mobiles vivent dans les régions du septentrion, de l'Est, du Nord-Ouest et du Sud-Ouest, exerçant une forte pression sur des infrastructures sanitaires déjà fragiles. Les principaux obstacles identifiés concernent les contraintes sécuritaires, géographiques, économiques, socioculturelles et logistiques limitant l'accès aux services essentiels de santé.

Les chocs climatiques constituent également un facteur croissant de vulnérabilité sanitaire. Les inondations enregistrées dans l'Extrême-Nord entre 2024 et 2025 ont affecté plusieurs centaines de milliers de personnes et provoqué des destructions d'infrastructures sanitaires ainsi que des perturbations des chaînes d'approvisionnement en médicaments et intrants de santé. Le Plan National Climat élaboré par le Ministère de l'Environnement, de la Protection de la Nature et du Développement Durable (MINEPDED) en 2025 constitue désormais le cadre national de référence pour l'intégration des risques climatiques dans les politiques sanitaires et les stratégies de lutte contre les maladies.

La dégradation de la situation sécuritaire dans les régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest a entraîné une augmentation importante des déplacés internes, particulièrement dans les régions du Sud-Ouest et de l'Extrême-Nord, ainsi qu'une destruction significative des infrastructures sociales, y compris des formations sanitaires. Les crises humanitaires favorisent également l'augmentation des maladies transmissibles telles que le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques et certaines épidémies, tout en aggravant les problèmes psychosociaux et les vulnérabilités liées au VIH/sida.

1.4. Accès et usage des technologies de l'information et de la communication

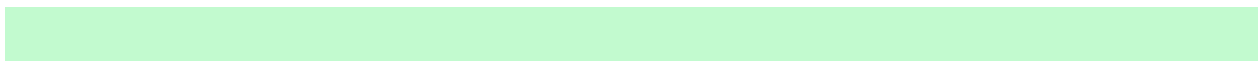
Selon les données récentes produites par les institutions nationales, notamment l'INS, l'Agence de Régulation des Télécommunications (ART) et le Ministère des Postes et Télécommunications (MINPOSTEL), l'accès aux technologies de l'information et de la communication (TIC) s'est considérablement amélioré au Cameroun au cours des dernières années. Le taux de pénétration de la téléphonie mobile dépasse désormais 90 %, faisant du téléphone portable l'outil de communication le plus utilisé par les populations. Le nombre d'abonnements mobiles actifs est estimé à plus de 25 millions en 2024, porté par l'expansion des réseaux mobiles et des services numériques. (Réf. : ART/Observatoire du marché des communications électroniques 2024* ; MINPOSTEL/Rapport sectoriel 2024)

L'accès à Internet connaît également une progression soutenue, bien que des disparités importantes subsistent entre les milieux urbains et ruraux. Selon les estimations récentes de l'INS et de l'ART, le taux de pénétration d'Internet est estimé à environ 45 % en 2024, principalement grâce à l'Internet mobile. Toutefois, l'accès régulier à Internet à domicile

demeure encore limité dans plusieurs zones rurales et parmi les ménages à faibles revenus. (Réf. : INS/Annuaire statistique du Cameroun 2024; ART/Rapport annuel 2024)

Les médias les plus utilisés restent la télévision, la radio et, de manière croissante, les réseaux sociaux accessibles via les téléphones mobiles. Les enquêtes nationales montrent néanmoins que l'exposition aux médias et aux TIC varie fortement selon le niveau d'instruction, le revenu et le milieu de résidence. Les populations rurales, les femmes et les ménages les plus pauvres demeurent les moins exposés aux médias modernes et aux plateformes numériques. Cette fracture numérique est particulièrement marquée dans les régions septentrionales, où les contraintes économiques, éducatives et infrastructurelles limitent encore l'accès à l'information. (Réf. : INS/ECAM5 2021-2022 ; MINSANTE/PNDS 2021-2025)

Les données récentes confirment ainsi que l'accès à l'information sanitaire et aux outils numériques reste inégalement réparti au sein de la population. Malgré les progrès enregistrés dans le développement des TIC, une proportion importante des populations prioritaires demeure insuffisamment couverte par les canaux modernes de communication et d'information sanitaire. (Réf. : MINSANTE/PNDS 2021-2025 ; MINPOSTEL/Stratégie nationale de transformation numérique 2024-2030)



Chapitre 2 : ANALYSE DU SYSTEME DE SANTE

2.1. Organisation du système de santé

Le secteur de la santé au Cameroun est structuré en trois niveaux formant une pyramide. Il comporte trois sous-secteurs à savoir : sous-secteur public, sous-secteur privé et sous-secteur traditionnel (Réf : MINSANTE/SSS 2001-2015).

Le **sous-secteur public** est réparti en 04 niveaux : central, intermédiaire, périphérique et communautaire avec cinq (05) catégories de soins.

- **Le niveau central (national)** : Il regroupe les Hôpitaux Généraux (HG), les Hôpitaux Centraux (HC) et assimilés qui sont des hôpitaux de 1^{ère} et de 2^{ème} catégories possédant une envergure nationale et jouant le rôle d'Hôpitaux de référence . On retrouve à ce niveau de soins les HG de Yaoundé, de Douala et de Garoua, le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Yaoundé, les Hôpitaux Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé et de Douala.
- **Le niveau intermédiaire (régional)** : Le Cameroun est subdivisé en 10 régions sanitaires avec dix-huit (18) Hôpitaux Régionaux (HR) qui sont des formations sanitaires de 3^{ème} catégorie. . à l'exception des régions du Littoral, du Nord et de l'Ouest qui disposent de 2 HR, de la région du Sud-Ouest avec 3 HR et la région de l'Extrême-Nord avec 4 HR. .
- **Le niveau périphérique (district de santé)** : Le Cameroun est subdivisé en 206 DS avec 285 Hôpitaux de District (HD). L'on retrouve aussi à ce niveau de soins, les Centres Médicaux d'Arrondissement (675 CMA) et les Centres de Santé Intégrés (5 959 CSI). Il s'agit des formations sanitaires ayant une couverture locale qui assurent la fourniture des Soins de Santé Primaire (SSP).

Le tableau ci-après montre la répartition des différents types de formations sanitaires par Région au Cameroun:

Tableau 3 : Répartition des formations sanitaires par catégories

Régions	Districts	Aire de Santé	CSI -	HD -	HR/HRA - et assimilés	HG -	CMA -	HC -	Total
Adamaoua	11		192	13	1		24	1	231
Centre	33		1 880	57	3	4	234	6	2 184
Est	15		244	19	2		34	1	300
Extrême-nord	33		447	33	4		32	1	517
Littoral	24		1 013	42	2	2	105	1	1 165
Nord	15		313	15	2	1	18	1	350
Nord-ouest	21		352	27	2		50		431
Ouest	20		908	32	3		110	1	1 054
Sud	13		289	14	2		37	2	344
Sud-ouest	21		321	33	3		31		388

Pays	206		5 959	285	24	7	675	14	6 964
------	-----	--	-------	-----	----	---	-----	----	-------

Source : DHIS2 MINSANTE, Avril 2026

➤ **Le niveau communautaire** : La mise en œuvre des interventions communautaires s'inscrit dans le cadre de l'implémentation du Plan Stratégique National de la Santé Communautaire au Cameroun 2020-2025. La participation de la communauté aux activités de santé se fait à travers les ASC, les structures de dialogue, les OBC/OSC/ONG et les Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD). Les structures de dialogue et de participation communautaire comprennent, notamment le Comité de Santé de l'aire (COSA), le Comité de Santé de District (COSADI), le Comité de Gestion pour le Centre de Santé (COGE), pour l'hôpital de District (COGEDI) et les Fonds régionaux pour la Santé (FRPS) au niveau régional.

En effet, pour qu'un DS soit véritablement opérationnel sur le plan de la mise en œuvre des SSP, la participation communautaire doit être effective à travers les représentants communautaires regroupés au sein des structures de dialogue. Ces derniers étant associés à la prise des décisions et à la gestion du DS. En 2022, le Cameroun comptait 9 558 ASC polyvalents (ASCP) recensés, formés et répartis dans 197 DS du pays. Au plan national, les besoins en ASC polyvalents ont été estimés à 20792. La répartition des ASCP montre que toutes les régions sont couvertes mais la couverture géographique des DS n'est que de 46% (9558/20792). Le ratio ASC/population est de 1 ASC pour 2500 habitants en zone urbaine et de 1 ASC pour 1000 habitants en zone rurale. Depuis 2016, les Interventions Sous Directives Communautaires (ISDC) ont été harmonisées sur la base d'études pilotes conduites par le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF).

Cependant sur le terrain, ces ASC opèrent avec des rôles et des profils différents en fonction des programmes et des maladies qui les soutiennent, tel que le montre le tableau II ci-dessous:

Tableau 4: cartographie des acteurs communautaires

Activités / Acteurs	ACRA	Mentors TB	Pair s éducateurs	Pairs navigateurs	APS (Pédiatrique & Adulte)	ASCp
Cibles	Patients TB / Cas suspect	Patients TB / Cas suspect	PVVIH	PVVIH	PVVIH adulte PVVIH inf 15 ans, FEC, Nourrisson exposée	Population générale FEC Enfants inf 5 ans PVVIH / Patients TB / Cas suspect
Lieu de travail	Communauté	FOSA/CDT	Communauté	Communauté	FOSA + Communauté	FOSA + Communauté
Promotion / IEC-CCC	Sensibilisation de masse + sensibilisation ménages (autour cas index)	Sensibilisation	Sensibilisation	Sensibilisation		Communication communautaire TB/VIH/Paludisme/Diabète/HTA/PEV
Dépistage / Recherche de cas	Recherche cas index + screening cas contact + collecte expectorations + enquête d'entourage	Screening systématique TB aux portes d'entrée+ liaison au diagnostic TB et traitement			Dépistage/counseling HIV Test PCR enfants (PTME)	Recherche cas index TB collecte expectorations (zones crise)
Prise en charge (iCCM)	—					Prise en charge paludisme simple + malnutrition aiguë modérée, diarrhée simple + infection respiratoire
Référencement	Référence cas présumés → CDT	Lien patients ↔ centres de traitement (zones grises)	Orientation vers les PEC/TARV	Orientation vers les PEC/TARV	Orientation vers les PEC/TARV	Paludisme grave, Femmes enceintes + enfants non vaccinés Référence cas présumés → CDT/FOSA
Distribution de produits	—		ARV (distribution directe)	ARV (distribution directe)	PTME/Prophylaxie ARV	Préservatifs
Suivi & accompagnement	Suivi malades + recherche des perdus de vue + soutien psychosocial	Suivi cohorte Rétention	Rétention (perdus de vue)	Rétention (perdus de vue)	Groupe de parole/soutien psychosocial	Suivi malades + recherche perdus de vue VIH
Surveillance des maladies	Identification zone de mise en œuvre					Surveillance de base communautaire
Genre / droit humain/PSEAH	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui/Identification des VBG et référencement Approche genre
Reporting	Rapport mensuel	Rapport mensuel	Rapport mensuel	Rapport mensuel	Rapport mensuel	RMA-communautaire intégrée

Tous les acteurs communautaires sont rattachés à des associations qui sont regroupées en réseaux au sein de la plateforme des organisations de la société civile (OSC) du Cameroun contre le Sida, la TB, le Paludisme et les hépatites C.

Le sous-secteur privé

Selon la Stratégie Sectorielle de la Santé (SSS) 2020-2030 et le PNDS 2021-2025, le sous-secteur privé joue un rôle majeur dans le système de santé camerounais. Il regroupe les formations sanitaires privées, les organisations confessionnelles, les ONG, les OSC, les associations communautaires et les entreprises engagées dans la santé. Le secteur privé contribue à environ 54 % de l'offre de soins, dont 41 % pour le privé laïc et 13 % pour le privé confessionnel. Les structures confessionnelles occupent une place importante dans les zones rurales et enclavées. (Réf. : MINSANTE/SSS 2020-2030 / PNDS 2021-2025)

Le secteur privé intervient particulièrement dans les soins curatifs, la santé maternelle et infantile, les laboratoires, la pharmacie ainsi que dans la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme. Les ONG et OSC jouent également un rôle important dans les interventions communautaires et humanitaires. Toutefois, le MINSANTE relève encore des défis liés à la régulation, à la qualité des soins, à l'intégration des données sanitaires et aux disparités géographiques des structures privées, majoritairement concentrées en zones urbaines. Dans le cadre des réformes en cours, le Gouvernement encourage le développement des partenariats public-privé afin de renforcer la couverture sanitaire universelle et l'accès équitable aux soins. (Réf. : MINSANTE/PNDS 2021-2025 / SSS 2020-2030 ; MINEPAT/SND30)

Le sous-secteur Médecine Traditionnelle

Le Gouvernement camerounais reconnaît officiellement la médecine traditionnelle comme une composante du système national de santé aux côtés des secteurs public et privé. Cette reconnaissance est consacrée par la loi-cadre n°96/03 du 4 janvier 1996 et renforcée dans la Stratégie Sectorielle de la Santé (SSS) 2020-2030 ainsi que dans le PNDS 2021-2025, qui soulignent son rôle dans l'amélioration de l'accès aux soins, notamment en zones rurales et enclavées. (Réf. : Loi-cadre n°96/03 ; MINSANTE/SSS 2020-2030 / PNDS 2021-2025)

Le MINSANTE a progressivement renforcé l'encadrement institutionnel du sous-secteur à travers la création d'un service chargé du développement de la médecine traditionnelle et des médecines alternatives au sein du ministère. Le Cameroun adhère également aux orientations de l'OMS et de l'OAPI relatives à la valorisation et à la réglementation de la médecine traditionnelle. Des initiatives récentes portent sur la pharmacopée traditionnelle, la recherche sur les plantes médicinales et la promotion des produits traditionnels améliorés. Toutefois, des défis persistent en matière de réglementation, de contrôle qualité, de professionnalisation des tradipraticiens et d'intégration avec la médecine conventionnelle. (Réf. : Décret n°2013/093 du 3 avril 2013 ; MINSANTE/PNDS 2021-2025 / SSS 2020-2030)

2.2. Gouvernance et redevabilité

Malgré les réformes engagées, les évaluations sectorielles récentes relèvent encore une fragmentation des mécanismes de coordination et une faible harmonisation des interventions entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire. Le système PPBS

(Planification, Programmation, Budgétisation et Suivi-Évaluation) continue d'assurer le suivi de la performance et de la cohérence budgétaire du MINSANTE.

Depuis 2023, le Gouvernement a engagé la mise en œuvre progressive de la Couverture Santé Universelle (CSU), formalisée par la décision n°0184/D/MINSANTE/CAB du 30 janvier 2023 portant création de la Cellule Technique Nationale de mise en œuvre de la phase pilote. Cette réforme vise à réduire les barrières financières d'accès aux soins et à améliorer la qualité des services de santé prioritaires.

La tuberculose occupe une place importante dans cette dynamique de CSU. Le Cameroun maintient la gratuité du diagnostic, du traitement et du suivi des patients tuberculeux à travers le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT). Selon les estimations récentes du secteur, les mécanismes actuels de prise en charge permettent à un patient tuberculeux d'économiser plus de 700 000 FCFA par épisode de maladie, contribuant ainsi à la réduction des dépenses catastrophiques de santé des ménages.

2.3. Approvisionnement en médicaments et produits de santé

Le système d'approvisionnement en médicaments et produits de santé de lutte contre la tuberculose au Cameroun s'appuie sur un réseau national structuré autour de la Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Médicaux Essentiels (CENAME), de 10 (GIP-FRPS) et de plus de 6900 formations sanitaires publiques, privées et confessionnelles desservies à travers le territoire national sous la coordination du PNLT.

Le secteur pharmaceutique dépend encore fortement des importations, estimées à plus de 90 % des médicaments consommés dans le pays. Selon les évaluations nationales récentes, le taux moyen de disponibilité des médicaments essentiels dans les formations sanitaires publiques varie entre 60 et 75 %, avec des disparités importantes entre zones urbaines et rurales. Les ruptures de stocks concernent régulièrement certains produits stratégiques, notamment les antituberculeux, antipaludiques, antirétroviraux, vaccins et consommables de laboratoire (PSN GAS 2022- 2026).

Le financement de l'approvisionnement reste largement soutenu par les partenaires extérieurs, qui contribuent à plus de 70 % des achats des intrants des programmes prioritaires de santé publique. Le Fonds mondial, mobilise plus de 70% des subventions par cycle de financement pour les médicaments et produits liés au VIH, à la Tuberculose et au Paludisme. Cependant, des retards de décaissement et des contraintes logistiques entraînent encore des tensions de stocks dans certaines régions. En outre, la mobilisation des fonds domestiques dédiés à la contrepartie du gouvernement reste un défi majeur pour une disponibilité continue des produits de santé. Les pertes liées aux insuffisances de stockage, à la défaillance sécuritaire des magasins, aux péremptions et aux faiblesses de gestion logistique restent également significatifs dans plusieurs structures périphériques (PSN GAS 2022- 2026).

Dans le cadre des réformes en cours, le Cameroun met progressivement en place des outils de digitalisation de la chaîne d'approvisionnement et des systèmes de suivi logistique visant à améliorer la traçabilité et la disponibilité des produits de santé. Les priorités nationales portent notamment sur l'augmentation du taux de disponibilité des médicaments essentiels à plus de 90 %, la réduction des ruptures de stocks à moins de 5 % dans les formations sanitaires, le renforcement des capacités de stockage à tous les niveaux de la chaîne, ainsi que l'amélioration des délais de distribution des produits de santé essentiels sur l'ensemble du territoire national.

2.4. Système d'Informations Sanitaires

Le système d'informations sanitaires du Cameroun repose sur une organisation pyramidale couvrant les 10 régions, 206 districts de santé et 6960 formations sanitaires publiques et privées intégrées dans le circuit national de collecte et de transmission des données.

Le pays utilise principalement la plateforme DHIS2 (District Health Information Software 2) comme système national de gestion des données sanitaires, avec une couverture estimée à plus de 90 % des districts de santé pour la notification des indicateurs de routine. Le taux de complétude des rapports sanitaires mensuels oscille globalement entre 85 et 96,6 % selon les programmes et les régions, tandis que la promptitude de transmission demeure comprise entre 70 et 85 %.

Le Cameroun poursuit actuellement l'extension du DHIS2 Tracker pour le suivi individualisé des patients et des cohortes dans plusieurs programmes prioritaires, notamment la tuberculose, le VIH/SIDA, la vaccination et la santé maternelle et infantile. Cette approche permet une meilleure traçabilité des patients, le suivi longitudinal des traitements et l'amélioration de la qualité des données programmatiques. En parallèle, le système dispose des outils complémentaires tels que DAMA (District Health Information Data Management Application) pour l'analyse et la consolidation des données sanitaires, ainsi que DataToCare combiné aux appareils GeneXpert et TB Lamp, utilisé dans certains programmes comme le PNLT pour renforcer la transmission aux prescripteurs du résultat diagnostic TB et la notification aux patients de la disponibilité de leur résultat diagnostic de la TB. Pour ce faire DataToCare contribue à réduire le délai de mise sous traitement, au suivi actif des patients et l'amélioration de la continuité des soins.

Dans une perspective de modernisation et de réduction des délais de saisie, le Cameroun envisage également l'introduction progressive de solutions de type ScanForm pour la numérisation automatisée des formulaires papier à partir de technologies de reconnaissance optique. Cette innovation vise à réduire les erreurs de transcription, accélérer la disponibilité des données et améliorer la qualité du reporting dans les formations sanitaires à faible connectivité ou disposant encore majoritairement de supports papier.

Malgré ces avancées, le système d'informations sanitaires reste confronté à plusieurs défis structurels, notamment l'insuffisance des équipements informatiques, l'accès limité à

internet dans certaines zones rurales, les coupures d'énergie, les écarts de qualité des données ainsi que l'insuffisance en ressources humaines, en gestion et analyse des données. Les investissements en cours du Gouvernement et des partenaires techniques et financiers, visent à renforcer l'interopérabilité des plateformes, améliorer l'utilisation des données pour la prise de décision et atteindre une digitalisation complète et intégrée du système de santé.

2.5. Organisation de la lutte contre la tuberculose

La lutte contre la Tuberculose est organisée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

2.5.1. Niveau central

Le MINSANTE est responsable de l'organisation et de la mise en œuvre des activités de lutte contre la tuberculose au Cameroun. Le décret N°2013/093 du 03 avril 2013 portant organisation du MINSANTE stipule en son Article 47 alinéa-1 que la Direction de Lutte contre la Maladie, Épidémie et Pandémie (DLMEP) est chargée de l'élaboration des programmes, des stratégies de prévention et de lutte contre les Maladies transmissibles en occurrence la Tuberculose en liaison avec tous les services spécialisés, organismes, Comités techniques et programmes relevant du domaine de la tuberculose. La DLMEP comprend en son sein, une Sous-Direction en charge de la lutte intégrée VIH/Sida-ISTT et Hépatites qui a un service spécifique de lutte contre la tuberculose dédiée :

- À l'organisation des programmes et plan d'action de lutte contre la tuberculose ;
- Au suivi des activités de prise en charge des personnes atteintes par la tuberculose dans les formations sanitaires ainsi que les structures techniques spécialisées et décentralisées ;
- Au suivi de la disponibilité des médicaments et des dispositifs médicaux contre la tuberculose, ainsi qu'à leur accessibilité ;
- Au suivi de la prise en charge psychosociale des personnes atteintes par la tuberculose, en lien avec les administrations et organismes concernés.
- La mise en œuvre de ces missions est faite en collaboration étroite avec le PNLT.

Le PNLT a été mis en place par Décision N°0335 MSP/CAB du 29 juillet 2002 portant réorganisation de la lutte contre la tuberculose au Cameroun. Ensuite certaines dispositions ont été modifiées et complétées par décision N°1347/D/MINSANTE/CAB du 08 juin 2016.

Ainsi il comprend :

Le Comité National de Lutte contre la Tuberculose (CNLT)

Il est présidé par le Ministre de la Santé Publique. Ses membres sont désignés par décision ministérielle et proviennent des différentes sectorielles, également des bailleurs de fonds, les organismes non gouvernementaux, les organisations confessionnelles et le secteur privé.

Le CNLT a pour mission la définition des grandes orientations et des objectifs généraux de lutte contre la tuberculose ainsi que la mobilisation des ressources nécessaires. À ce titre, il est notamment chargé de :

- Élaborer et mettre en œuvre la politique nationale de lutte contre la tuberculose ;
- Coordonner, harmoniser et veiller à la cohérence de l'ensemble des interventions des différents partenaires ;
- Adopter les plans d'action annuels de lutte et les budgets y afférents ;
- Mobiliser les ressources nécessaires aux activités de lutte contre la tuberculose ;
- Coordonner et suivre la mise en œuvre des activités des différents volets du PNLT ;
- Suivre la réalisation des plans d'action et des objectifs ;
- Évaluer la mise en œuvre des activités du PNLT.

Le Groupe Technique Central

Le Groupe Technique Central (GTC) est l'organe exécutif du CNLT. À ce titre, il assure en relation avec la Direction en charge de la Lutte contre la Maladie, Épidémie et Pandémie :

- La coordination et la gestion du PNLT sur l'ensemble du territoire national en collaboration avec les administrations ainsi que les partenaires nationaux, bilatéraux et internationaux concernés ;
- L'appui technique aux partenaires privés et publics, ainsi qu'aux services extérieurs du MINSANTE impliqués dans la lutte contre la tuberculose ;
- La coordination de la politique de communication en matière de lutte contre la tuberculose ;
- L'appui à d'autres structures partenaires (gouvernementales et non-gouvernementales) dans l'élaboration et l'exécution des stratégies de communication appropriées ;
- La coordination des activités de surveillance épidémiologique et comportementale ;
- Il est en outre chargé de :
- Préparer le plan d'action annuel budgétisé des activités de lutte contre la tuberculose suivant les orientations définies par le Comité National de lutte contre la Tuberculose à qui il présente ce plan pour adoption ;
- Assurer le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du plan stratégique national de lutte contre la tuberculose ;
- Assurer la gestion des fonds mis à la disposition du PNLT par l'État, les partenaires nationaux et internationaux et leur disponibilité au niveau des structures d'exécution du programme conformément aux règles et procédures d'utilisation mises en place ;
- Assurer la gestion du personnel mis à la disposition du Programme ;
- Instruire tout dossier qui lui est confié par le CNLT ;
- Rendre semestriellement compte au CNLT de toutes ses activités ;
- Tenir la comptabilité de ces opérations.

Le Laboratoire National de Référence

Pour des raisons opérationnelles, un laboratoire assure en partie des fonctions de Laboratoire National de Référence (LNR) pour la tuberculose, bien qu'aucun acte réglementaire ou administratif formel ne consacre à ce jour ce statut.

Il est localisé au Centre Pasteur du Cameroun. Il a pour rôle de :

- Coordonner toutes les activités du réseau de laboratoire ;
- Développer des algorithmes de diagnostic (moléculaire et/ou bactériologique) de la TB et veiller à leur respect au niveau national ;
- Surveiller la prévalence des résistances aux antituberculeux qui sont les indicateurs de l'efficacité du programme ;
- Assurer la formation continue des techniciens de laboratoire ;
- Mettre à la disposition du PNLN les spécificités techniques du matériel et des consommables de laboratoire à acquérir ;
- Développer des systèmes d'assurance de qualité pour les tests de diagnostic (Microscopie, TB-LAMP, GeneXpert Ultra, TrueNat, NPOC-NAAT, Urine LAM) ;
- Développer la recherche opérationnelle ;
- Réaliser les études de surveillance au niveau national ;
- Assurer les examens de Microscopie, Culture, Antibiogramme, Techniques Moléculaires (GeneXpert, Hain, TB LAMP) ;
- Assurer l'implémentation des nouveaux outils de diagnostic.

Ce Laboratoire s'appuie, pour la réalisation de ses tâches, sur les trois laboratoires régionaux de référence de la TB (Douala, Bamenda, Garoua).

Dans une perspective de renforcement durable du système national de laboratoires, le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP) pourrait progressivement être positionné comme une structure nationale de référence pour la tuberculose, notamment grâce au développement de capacités de séquençage et d'autres technologies de pointe nécessaires à la surveillance moléculaire et à la détection des résistances aux médicaments antituberculeux.

Il est impératif de disposer d'un texte réglementaire portant sur l'organisation du réseau de laboratoires de tuberculose au Cameroun avec la désignation officielle du Laboratoire national de référence.

2.5.2. Au niveau regional

Sous la coordination du Délégué Régional de la Santé Publique, le Groupe Technique Régional de Lutte contre la Tuberculose (GTR-TB) a pour mission d'organiser, de coordonner, de suivre et d'évaluer la mise en œuvre de la lutte contre la tuberculose au niveau régional. À ce titre, il est chargé de :

- Appuyer les Districts de Santé dans la préparation, la mise en œuvre et l'évaluation des plans d'action annuels budgétisés ;
- Préparer le plan d'action régional de lutte contre la tuberculose à partir des plans d'action des Districts de Santé ;
- Coordonner les activités intersectorielles de lutte contre la tuberculose ;
- Coordonner au niveau régional, la mise en œuvre des activités de tous les partenaires de la lutte contre la tuberculose
- Gérer les financements alloués à la lutte contre la tuberculose au niveau régional ;
- Organiser des programmes de formation en collaboration avec le niveau central ;
- Gérer les stocks de médicaments antituberculeux et le matériel de laboratoire en collaboration avec les Fonds régionaux pour la promotion de la Santé (FRPS) chargés de l'approvisionnement en médicaments et dispositifs médicaux et la CENAME au niveau central ;
- Assurer la collecte, la vérification, la synthèse, l'analyse pour la prise de décision, et la transmission des rapports d'activités de lutte contre la tuberculose au niveau central.
- Assurer la supervision et la formation des acteurs de la lutte contre la tuberculose.

Les Laboratoires régionaux de référence

Le laboratoire de l'hôpital régional ou un autre laboratoire habilité par le PNLT en collaboration avec le laboratoire national de référence participe aux tâches de formation et de contrôle de qualité des techniciens de laboratoire.

Actuellement au nombre de trois (Douala, Garoua, Bamenda) pour des raisons de fonctionnalité, en plus des activités de microscopie classique, ils réalisent la culture des BK et les tests moléculaires et de sensibilité.

Par ailleurs, toutes les régions ont chacune deux techniciens de laboratoire chargés du conditionnement des réactifs, et du contrôle de qualité de la bacilloscopie et des tests moléculaires. Le CPC de Yaoundé joue le double rôle de laboratoire national de référence et de laboratoire régional de référence pour les régions du Centre, Sud et Est.

2.5.3. Au niveau operationnel

Le district de santé est la base de l'organisation de la lutte antituberculeuse. Toutes les formations sanitaires participent au dépistage des cas de tuberculose.

La lutte contre la TB au niveau opérationnel doit :

- S'assurer de l'intégration du dépistage de la TB dans le paquet minimum des activités à toutes les portes d'entrée des formations sanitaires ;
- S'assurer de la disponibilité des procédures opérationnelles standard dans les formations sanitaires ;
- Mettre sur pied un réseau de diagnostic et de transport d'échantillons de la tuberculose ;
- Coordonner les activités de recherche active des cas et des contacts des cas de TPB+ au sein de la communauté ;
- Collaborer avec les OBC, les ASCP et les ACRA (accueil des cas présumés référés, analyse situationnelle et validation des plans d'action des OBC, appui à la finalisation des rapports d'activités et validation des données communautaires TB).

Les malades présumés d'avoir une tuberculose sont adressés au CDT le plus proche où ils se font le diagnostic et la mise sous traitement.

Les CDT tiennent le « Registre de la tuberculose » où sont enregistrés tous les malades diagnostiqués. Ce registre est complété au fur et à mesure des contrôles réguliers effectués par le malade durant son traitement. C'est uniquement à partir de ce registre que la déclaration des cas sera réalisée et l'analyse de cohorte possible. Il permettra d'évaluer les performances du programme et de proposer les corrections nécessaires.

Le Chef de District de Santé (CDS), a pour mission d'assurer : la collecte, la vérification, la synthèse et la transmission des rapports d'activités des différentes FOSA (CDT) ; par ailleurs, il assure la supervision et la coordination des activités de lutte contre la tuberculose.

Dans l'optique d'une meilleure coordination des activités de lutte contre la tuberculose au niveau des sites, il est impératif que les tâches dévolues à certains acteurs de mise en œuvre notamment les responsables des CDT, les infirmiers en charge des registres TB ainsi que les laborantins, soient revêtus d'un ancrage institutionnel.

Les laboratoires sont pour la plus part logés au sein des formations sanitaires du pays. Calqué sur le modèle du système de santé du pays, le réseau a la forme d'une pyramide à trois strates dénommées de la base au sommet : le niveau périphérique (opérationnel), le niveau intermédiaire (régional) et le niveau central (national).

- Niveau central : Le service de Mycobactériologie du Centre Pasteur du Cameroun (CPC) exerce actuellement les fonctions de Laboratoire National de Référence (LNR) pour la tuberculose, bien que ce rôle ne soit pas encore formalisé par un acte officiel.
- Niveau intermédiaire : Les Laboratoires Régionaux de Référence (LRR). Ces laboratoires sont situés dans la région Littoral (LRR Douala), Nord-Ouest (LRR Bamenda) et Nord (LRR Garoua au CPC de Garoua)

- Le niveau périphérique est constitué des laboratoires des 390 Centres de diagnostic et de traitement (CDT)

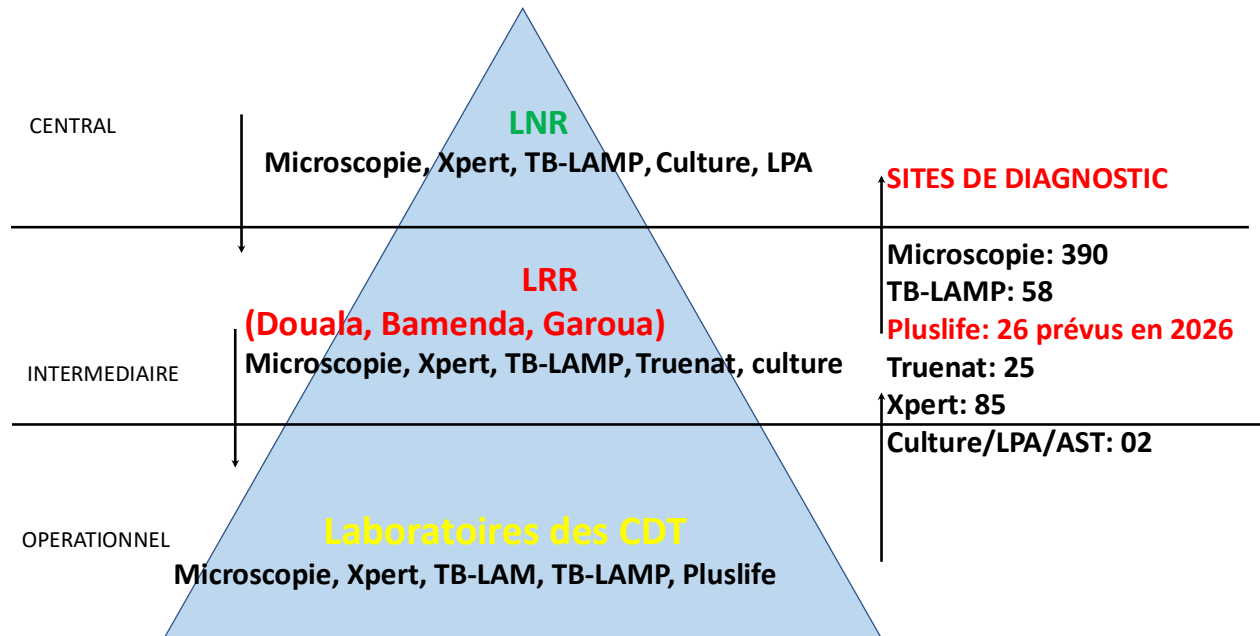


Figure 2: réseau des laboratoires du PNLT

Les techniques de diagnostic pratiquées dans le réseau incluent :

- La microscopie avec les techniques Ziehl-Neelsen et la Fluorescence
- Les tests moléculaires : GeneXpert, TB Lamp, Truenat et Pluslife
- La culture sur milieu liquide avec automate MGIT (Mycobacterial Growth Indicator Tube) et la culture sur milieu solide (Löwenstein-Jensen)
- Les TDS par méthode phénotypique en milieu liquide et moléculaire avec bandelettes Hain pour les antituberculeux de première et seconde ligne.



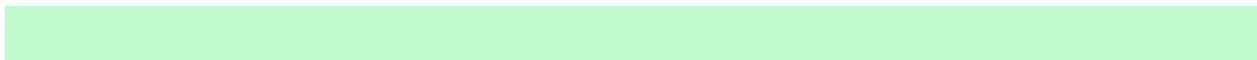
La principale activité du réseau de laboratoire est le diagnostic des cas de tuberculose. Cela implique la mise en application des différentes stratégies mises en place. Ainsi les différents outils et algorithmes de diagnostic disponibles sont mis à contribution pour parvenir à un meilleur résultat en ce qui concerne la détection et le suivi des patients tuberculeux. Pour ce faire, un ensemble d'activités sont mises en œuvre au quotidien par les services de laboratoire :

- Gestion des approvisionnements en équipements et intrants de laboratoire (CDT, LRR et LNR) en collaboration avec l'unité pharmacie du GTC et les PF GAS des GTR ;
- Renforcement des capacités des personnels de laboratoire sur les différentes techniques et outils de diagnostic disponibles (microscopie, TB-LAMP, GeneXpert, Truenat, Pluslife) ;
- Assurance qualité
 - Contrôle de qualité interne des tests de laboratoire
 - Evaluation Externe de la qualité dans l'ensemble du réseau
- Supervisions des activités de laboratoire
- Gestion des données de laboratoire

Tableau 5: Synthèse des sites évalués pour les analyseurs moléculaires et la radiologie thoracique, décembre 2025

Région	Sites évalués au total (N)	Sites CDT (N, %)	CDT avec analyseurs (N, %)	CDT avec microscopie TB (N, %)	CDT avec radiologie thoracique (N, %)	CDT ayant rapporté des tests TB (N, %)	CDT avec analyseurs ayant rapporté des tests TB (N, %)
Adamaoua	21	20 (95.2)	8 (40)	20 (100)	6 (30)	8 (40)	5 (62.5)
Centre	74	70 (94.6)	25 (35.7)	62 (88.6)	31 (44.3)	20 (28.6)	16 (64)
Est	30	28 (93.3)	12 (42.9)	26 (92.9)	7 (25)	8 (28.6)	8 (66.7)
Extrême-Nord	62	62 (100)	18 (29)	58 (93.5)	15 (24.2)	11 (17.7)	10 (55.6)
Littoral	53	52 (98.1)	16 (30.8)	48 (92.3)	18 (34.6)	24 (46.2)	11 (68.8)
Nord	36	36 (100)	12 (33.3)	33 (91.7)	4 (11.1)	9 (25)	9 (75)
Nord-Ouest	34	32 (94.1)	11 (34.4)	29 (90.6)	10 (31.3)	9 (28.1)	7 (63.6)
Sud	22	20 (90.9)	7 (35)	17 (85)	5 (25)	3 (15)	3 (42.9)
Sud-Ouest	23	23 (100)	6 (26.1)	21 (91.3)	7 (30.4)	6 (26.1)	4 (66.7)

Ouest	35	32 (91.4)	14 (43.8)	30 (93.8)	17 (53.1)	9 (28.1)	9 (64.3)
National	390	375 (96.2)	129 (34.4)	344 (91.7)	120 (32)	107 (28.5)	82 (63.6)



Chapitre 3 : ANALYSE DE LA SITUATION DE LA TUBERCULOSE

Cette analyse vise à décrire la situation épidémiologique et programmatique de la tuberculose au Cameroun, à identifier les principaux progrès réalisés ainsi que les défis persistants, et à fournir les éléments factuels ayant guidé la définition des priorités stratégiques du PSN TB 2027-2030.

3.1. Epidémiologie de la Tuberculose

3.1.1. Mortalité de la TB au Cameroun

La mortalité tuberculeuse se définit comme le nombre de décès attribuables à la TB chez les personnes VIH-négatives, conformément à la Classification Internationale des Maladies (CIM-11). Les systèmes d'enregistrement d'état civil constituent la source de données idéale pour mesurer cet indicateur. Cependant, en l'absence d'un système performant d'enregistrement des causes de décès au Cameroun, la mortalité TB ne peut pas être mesurée directement.

La figure 2 illustre l'évolution de la mortalité estimée liée à la tuberculose (hors co-infection TB/VIH) au Cameroun sur la période 2015-2023. On observe une tendance globalement décroissante, avec une mortalité passant de 30 décès pour 100 000 habitants en 2015 à 20 décès pour 100 000 habitants en 2023, soit une réduction d'environ 33% sur huit ans. Cette évolution favorable pourrait traduire les effets cumulatifs des efforts nationaux et internationaux de lutte contre la tuberculose, notamment l'amélioration de la détection des cas, l'extension de la couverture thérapeutique et le renforcement des capacités des formations sanitaires.

Toutefois, une analyse plus fine révèle plusieurs phases distinctes :

- La période 2015-2018 se caractérise par une stagnation relative de la mortalité autour de 28-30 décès pour 100 000 habitants, suggérant que les interventions mises en place n'avaient pas encore produit d'impact significatif sur la létalité de la maladie.
- La période 2018-2019 marque une inflexion notable avec une baisse sensible à 25 décès pour 100 000 habitants, pouvant refléter une amélioration de l'accès au diagnostic et au traitement.
- L'année 2020 se distingue par une légère remontée à 26 décès pour 100 000 habitants, vraisemblablement imputable aux perturbations des services de santé induites par la pandémie de COVID-19, qui a fortement affecté les programmes de lutte contre la tuberculose à l'échelle mondiale, notamment par la réorientation des ressources humaines et matérielles.
- La période 2021-2023 se caractérise par une reprise de la tendance décroissante, avec une mortalité atteignant 20 décès pour 100 000 habitants en 2023, témoignant d'une certaine résilience du programme national de lutte contre la tuberculose.

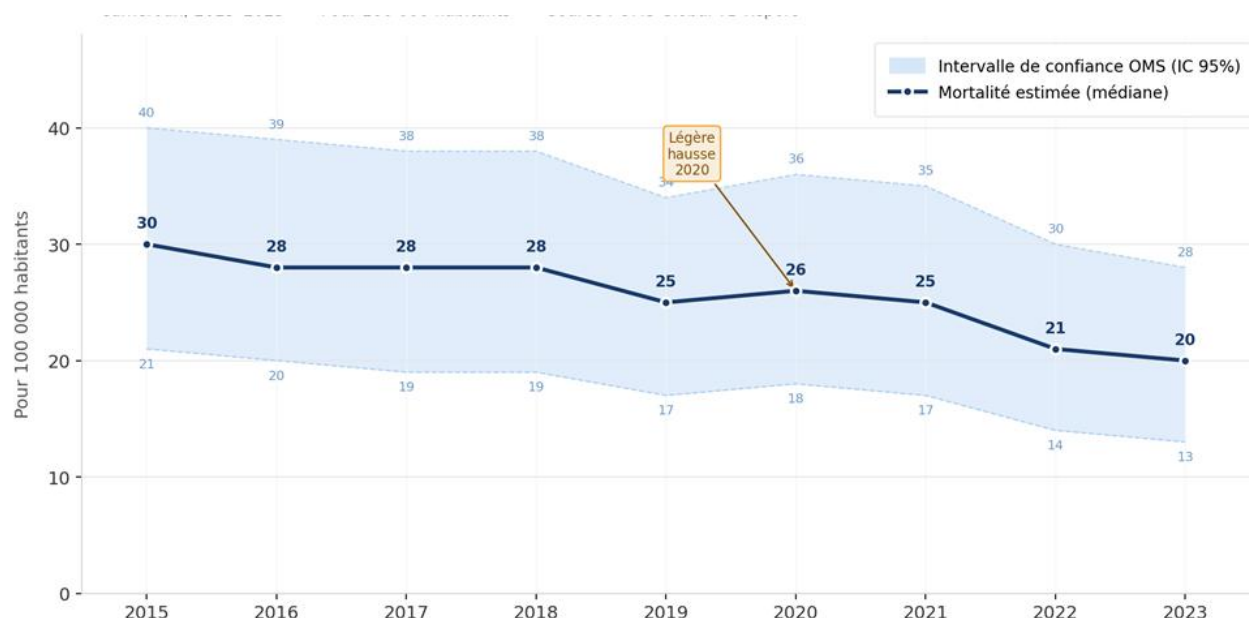


Figure 3: estimation de la mortalité liée à la TB au Cameroun 2024

Sources : Rapports annuels PNLTL et OMS 2024.

3.1.2. Incidence de la TB au Cameroun

La figure 3 illustre l'évolution comparée de l'incidence estimée et du taux de notification des cas de tuberculose au Cameroun sur la période 2015-2024, permettant d'apprécier à la fois la dynamique épidémiologique et les performances du système de détection des cas.

L'incidence estimée de la tuberculose au Cameroun affiche une tendance soutenue à la baisse sur l'ensemble de la période, passant de 214 cas pour 100 000 habitants en 2015 à 132 cas pour 100 000 habitants en 2024, soit une réduction de 38% en neuf ans. Cette évolution favorable témoigne de l'impact progressif des interventions du Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT), notamment l'amélioration de la prévention, le renforcement du diagnostic précoce et l'extension de la couverture thérapeutique. Il convient toutefois de noter que l'intervalle de confiance à 95% demeure très large tout au long de la période oscillant entre 80 et 257 pour 100 000 habitants en 2024 ce qui reflète les importantes incertitudes liées à l'estimation modélisée et souligne la nécessité de renforcer les systèmes d'information sanitaire.

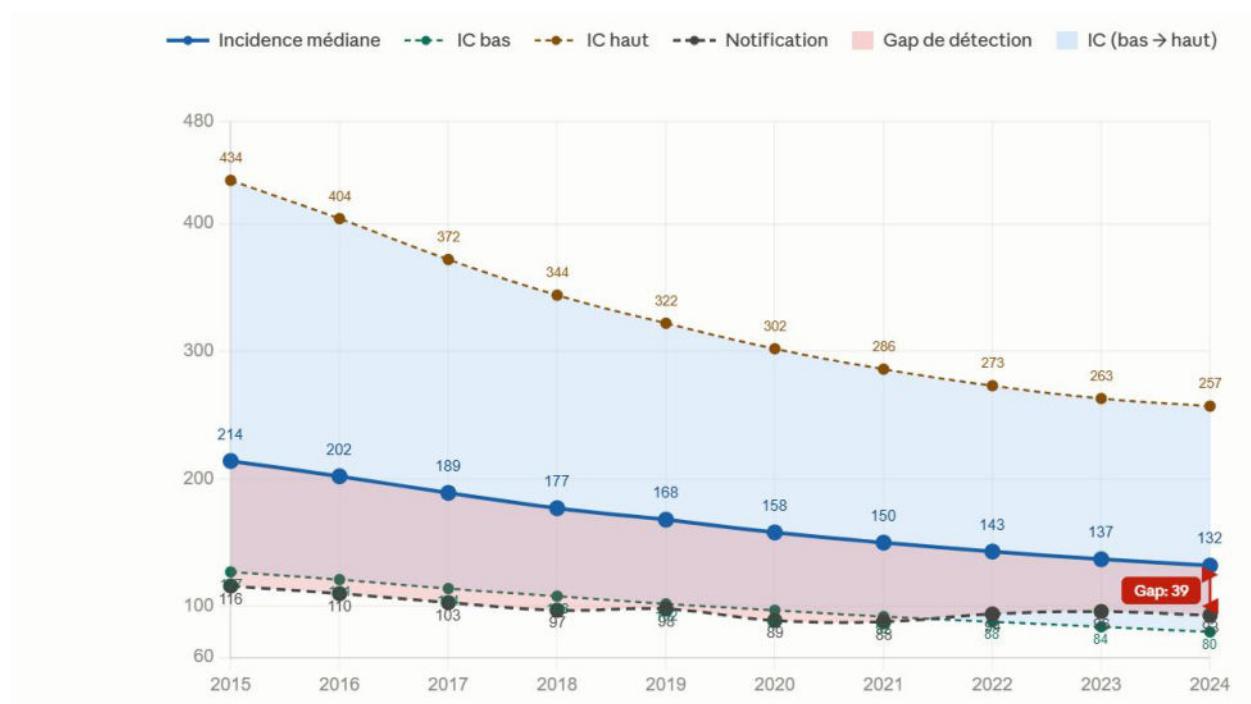
Le taux de notification des cas de TB suit une trajectoire parallèle à celle de l'incidence estimée, partant de 116 cas pour 100 000 habitants en 2015 avant de se stabiliser autour de 88-93 cas pour 100 000 habitants entre 2019 et 2024. Un fait particulièrement remarquable est observé à partir de 2022 : le taux de notification s'approche puis dépasse la borne inférieure de l'intervalle de confiance de l'incidence estimée par l'OMS, atteignant 93 cas pour 100 000 habitants en 2024 contre une borne inférieure de 80 pour 100 000 habitants. Ce phénomène, matérialisé par le gap résiduel de 39 cas visible en 2024, suggère que les efforts

de détection active des cas ont permis de capturer une proportion croissante des cas réels, traduisant une amélioration substantielle des performances du système de santé.

L'écart entre l'incidence estimée médiane et le taux de notification représenté par la zone rose sur la figure constitue le gap de détection, c'est-à-dire les cas de tuberculose qui surviennent dans la communauté mais ne sont pas diagnostiqués et enregistrés dans le système de santé. Bien que cet écart se soit significativement réduit au fil du temps, passant d'environ 98 cas pour 100 000 habitants en 2015 à 39 cas pour 100 000 habitants en 2024, il demeure préoccupant et révèle que la transmission communautaire reste active.

Cette réduction progressive du gap de détection peut être attribuée à plusieurs facteurs convergents : l'élargissement de l'accès au diagnostic bactériologique incluant les tests moléculaires rapides de type GeneXpert, l'amélioration de l'intégration des services TB/VIH, l'extension de la couverture du traitement antirétroviral réduisant la létalité chez les coinfectés, le renforcement des activités de dépistage actif en communauté et dans les groupes à risque, ainsi que l'amélioration de la complétude et de la promptitude du rapportage des données.

Figure 4: Incidence OMS estimée de la TB vs taux de notification, Cameroun, 2015-2024



3.1.3. Notification et taux de notification de la TB au Cameroun

L'évolution des notifications de cas de tuberculose au Cameroun sur la période 2015-2025 reflète une dynamique contrastée, façonnée par des facteurs contextuels majeurs qui ont successivement freiné puis relancé les performances du système de détection.

Après un niveau de 26 417 cas notifiés en 2015, une tendance décroissante s'est installée jusqu'en 2020, sous l'effet conjugué de la crise sécuritaire dans les régions anglophones ayant désorganisé les services de santé, et de la pandémie de COVID-19 ayant provoqué une rupture généralisée des activités de lutte contre la tuberculose, ramenant les notifications à leur niveau plancher de 22 102 cas. Une brève amélioration observée en 2019, consécutive aux initiatives de recherche active des cas dans quatre régions, avait pourtant démontré l'efficacité des stratégies de dépistage actif.

À partir de 2022, l'extension de la recherche active des cas à l'ensemble du territoire national a permis une reprise soutenue, portant les notifications à un pic historique de 26 552 cas en 2024. Toutefois, sur l'ensemble de la période, la variation globale du taux de notification ne représente qu'une réduction marginale de 1%, traduisant le fait que les gains de performance en matière de détection ont largement compensé la réduction de l'incidence réelle.

En définitive, malgré les progrès accomplis, un gap de détection résiduel de 39 cas pour 100 000 habitants persiste en 2024, signifiant que des milliers de patients tuberculeux demeurent non diagnostiqués et continuent d'alimenter la transmission communautaire. La résorption de ce déficit constitue le défi prioritaire du Programme National de Lutte contre la Tuberculose pour les années à venir.

Figure 5: Evolution des notifications TB, Cameroun, 2015-2025



L'analyse régionale de l'incidence tuberculeuse au Cameroun en 2024 révèle des disparités importantes autour de l'incidence nationale de référence de 90 cas pour 100 000 habitants. Quatre régions affichent une incidence très élevée dépassant significativement ce seuil : l'Adamaoua (133), le Littoral (114), l'Est (113) et le Sud (112 pour 100 000 habitants), concentrant ainsi l'essentiel du fardeau tuberculeux national. Ces niveaux élevés

s'expliquent par la conjonction de facteurs structurels tels que la densité urbaine, la pauvreté, les flux migratoires et la proximité des frontières. Le Centre et le Nord se situent au niveau de la moyenne nationale avec 97 cas pour 100 000 habitants chacun.

À l'opposé, les régions du Nord-Ouest (45), de l'Ouest (53) et du Sud-Ouest (60 pour 100 000 habitants) présentent les incidences les plus faibles. Toutefois, ces chiffres doivent être interprétés avec prudence car ils reflètent vraisemblablement davantage une sous-notification liée aux effets persistants de la crise sécuritaire dans les régions anglophones et aux difficultés d'accès aux soins qu'une réelle faible prévalence de la maladie.

Ces disparités appellent une différenciation des stratégies d'intervention : intensification du dépistage actif dans les régions à forte charge, et déploiement d'approches innovantes de santé communautaire dans les zones à faible notification pour résorber le gap de détection et réduire les inégalités régionales persistantes.

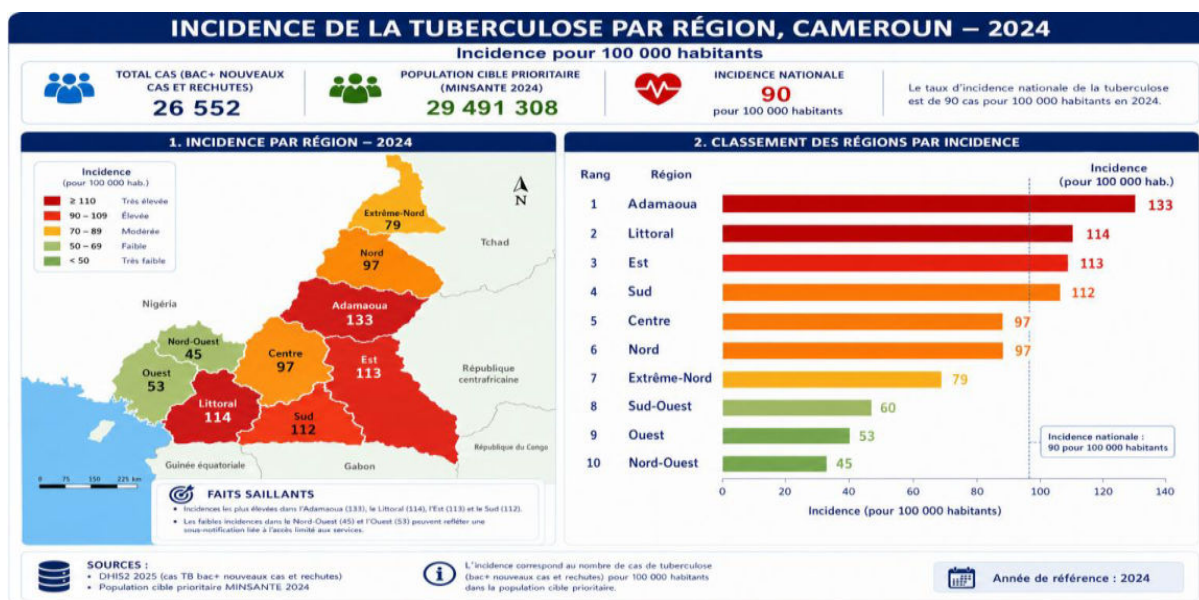


Figure 7 : Taux de notification de la tuberculose par région, Cameroun, 2025

La majorité des cas de tuberculose au Cameroun reste concentrée dans les grandes zones urbaines et certaines régions à forte charge. En 2025, les régions du Centre, du Littoral et de l'Extrême-Nord continuent de représenter une part importante du fardeau national, avec environ 57 % de l'ensemble des cas notifiés respectivement 20,2% (5 470 cas), 19,4% (5 248 cas) et 17,8 % (4 804 cas) sur un total de 27 016 (Point de presse MINSANTE mars 2026). Cette concentration des cas reflète à la fois :

- la densité démographique élevée et l'urbanisation rapide dans les grandes métropoles (Yaoundé et Douala), favorisant la transmission ;
- une meilleure accessibilité aux services de diagnostic, conduisant à une détection plus élevée des cas ;

- l'implication significative des acteurs communautaires;
- ainsi que des facteurs socio-économiques et environnementaux dans des régions comme l'Extrême-Nord, où la vulnérabilité reste élevée.

Toutefois, cette forte concentration pourrait également masquer une sous-notification dans d'autres régions, notamment celles affectées par des contraintes sécuritaires ou un accès limité aux services de santé (Nord-Ouest, Sud-Ouest), où les taux de notification restent relativement faibles.

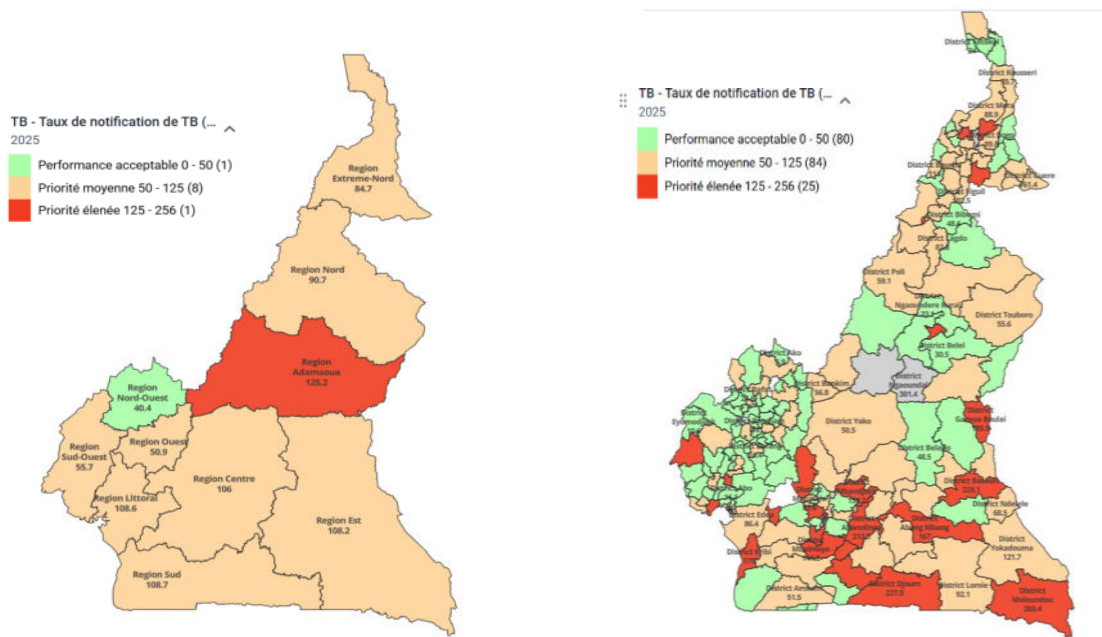


Figure 8: Taux de notification de la tuberculose par région et par district, 2025

Sources: DHIS2/MINSANTE, April 24, 2026.

La cartographie à double échelle régionale et par district de la notification tuberculeuse au Cameroun en 2025 confirme et approfondit les disparités épidémiologiques déjà observées au niveau national.

À l'échelle régionale, la situation est polarisée entre l'Adamaoua (125,2 pour 100 000 habitants), seule région classée en priorité élevée, et le Nord-Ouest (40,4 pour 100 000 habitants), seule région en performance acceptable, les autres régions se situant dans une position intermédiaire. Cette polarisation s'accroît considérablement à l'échelle des districts, où 25 districts sont classés en priorité élevée, avec des taux pouvant atteindre plus de 300 pour 100 000 habitants dans certains districts frontaliers comme Garoua Boulai et Batouri, traduisant l'impact des flux migratoires et des conditions socioéconomiques précaires sur la transmission.

À l'inverse, les nombreux districts à très faible notification principalement dans les régions du Nord-Ouest, de l'Ouest et de l'Extrême-Nord reflètent davantage une sous-détection structurelle liée aux effets persistants des crises sécuritaires, à l'enclavement géographique et aux inégalités d'accès aux soins qu'une réelle faible prévalence de la maladie.

Face à ces disparités, l'extension nationale de la stratégie de Recherche Active des Cas, combinant dépistage systématique dans les formations sanitaires, renforcement des agents communautaires et ciblage des groupes à haut risque, constitue le levier prioritaire pour réduire équitablement le gap de détection et progresser vers les objectifs de la Stratégie End TB à l'horizon 2035.

3.1.4. Tuberculose par groupe d'âges

La distribution des 26 552 cas de tuberculose notifiés au Cameroun en 2024 révèle un profil épidémiologique caractérisé par trois constats majeurs.

Premièrement, une concentration massive chez les adultes jeunes et économiquement actifs : le groupe 25-44 ans concentre à lui seul 67,4% des cas (17 896 cas), avec un pic chez les 25-34 ans (6 289 cas). En élargissant à la tranche 15-44 ans, ce sont 62% des notifications qui concernent la population la plus jeune et la plus productive, traduisant un impact socioéconomique considérable de la maladie sur le développement national.

Deuxièmement, une prédominance masculine constante dans tous les groupes d'âge, avec un sex-ratio global de 1,8 (17 193 hommes contre 9 359 femmes), s'accroissant jusqu'à 2,2 chez les 45-54 ans. Ce déséquilibre reflète une exposition professionnelle plus élevée, un recours plus tardif aux soins et possiblement une sous-notification des cas féminins.

Troisièmement, une sous-détection probable de la tuberculose pédiatrique, les enfants de 0-14 ans ne représentant que 6,6% des notifications (1 748 cas), niveau inférieur aux estimations mondiales attendues pour un pays à forte charge tuberculeuse.

Ces constats appellent une stratification des interventions : dépistage actif prioritaire chez les adultes jeunes, stratégies ciblées pour améliorer le recours aux soins chez les hommes, renforcement du diagnostic pédiatrique et attention particulière aux personnes âgées présentant des comorbidités.

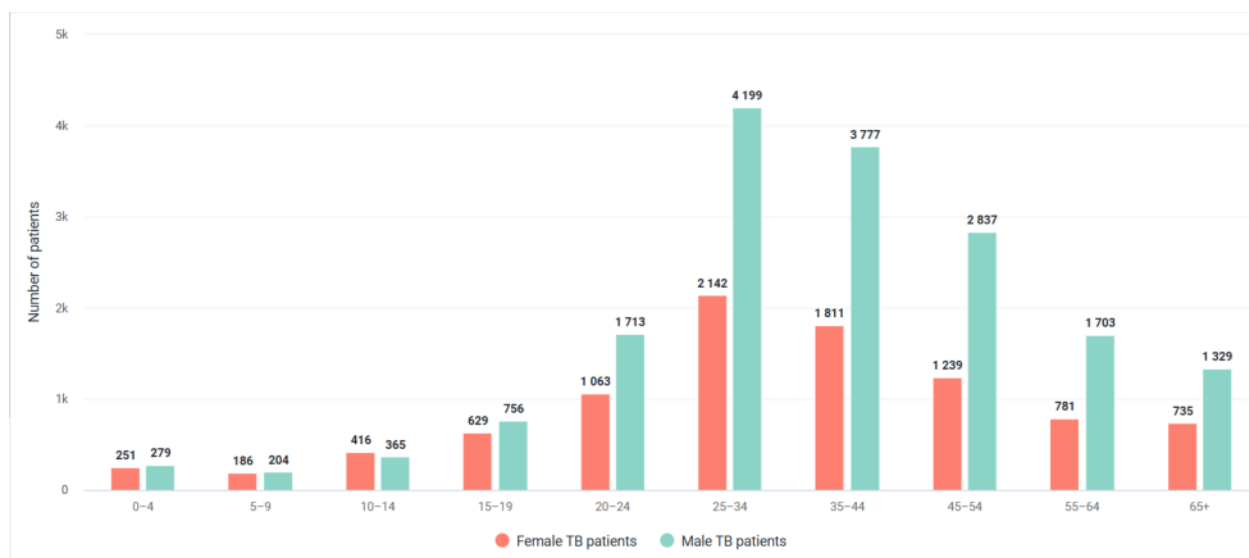


Figure 9: Répartition par tranches d'âge des cas de Tuberculose au Cameroun, 2025

Sources: Rapport OMS 2025

3.1.5. Tuberculose et sexe

L'analyse du sex-ratio de la tuberculose au Cameroun sur la période 2015-2025 met en évidence deux tendances majeures intimement liées.

Sur le plan temporel, le sex-ratio hommes/femmes affiche une progression continue de 1,5 en 2015 à 1,8 en 2025, traduisant une prédominance masculine croissante et persistante dans les notifications, avec 17 193 hommes contre 9 359 femmes en 2025. Cette évolution reflète vraisemblablement une combinaison d'exposition professionnelle accrue chez les hommes, de comportements de recours aux soins différenciés et d'une amélioration progressive de la détection dans les milieux à prédominance masculine.

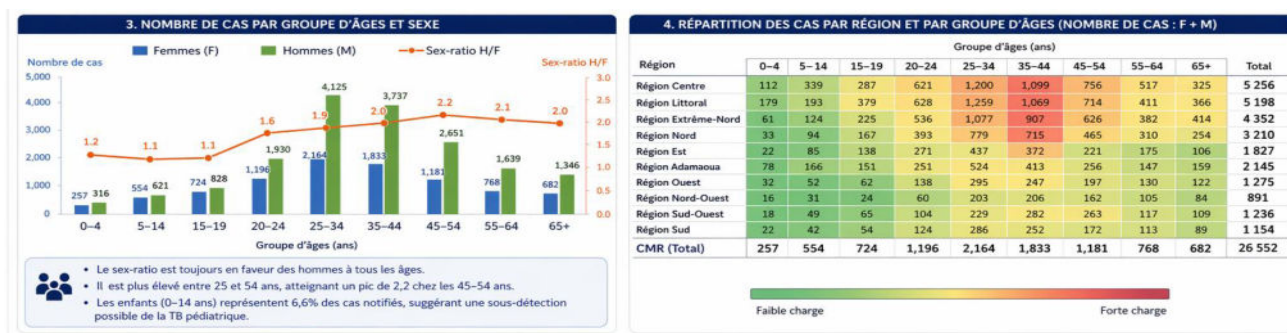


Figure 10: Répartition par tranche d'âge et sexe des cas de tuberculose au Cameroun, 2025

Sur le plan spatial, des disparités régionales marquées sont observées, avec un gradient Nord-Sud significatif. Les régions septentrionales enregistrent les sex-ratios les plus élevés

Extrême-Nord (2,3) et Nord (2,1) sous l'effet de facteurs socioculturels limitant l'autonomie des femmes dans leur recours aux soins et suggérant une probable sous-notification des cas féminins dans ces zones. À l'opposé, l'Adamaoua présente le sex-ratio le plus bas (1,5), indiquant un accès relativement plus équitable aux services de santé. Les régions du Centre et du Littoral concentrent quant à elles les charges absolues les plus élevées pour les deux sexes, en lien avec leur densité démographique et leur accessibilité aux soins.

Ces constats plaident pour des stratégies différenciées sensibles au genre : intensification du dépistage actif dans les milieux professionnels masculins et levée des barrières d'accès spécifiques aux femmes, particulièrement dans les régions septentrionales où la sous-notification féminine constitue un défi programmatique prioritaire.

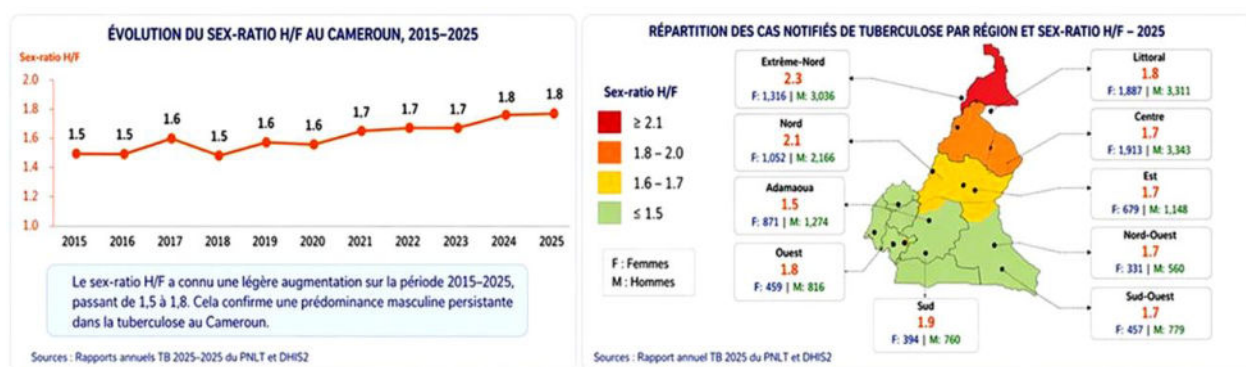
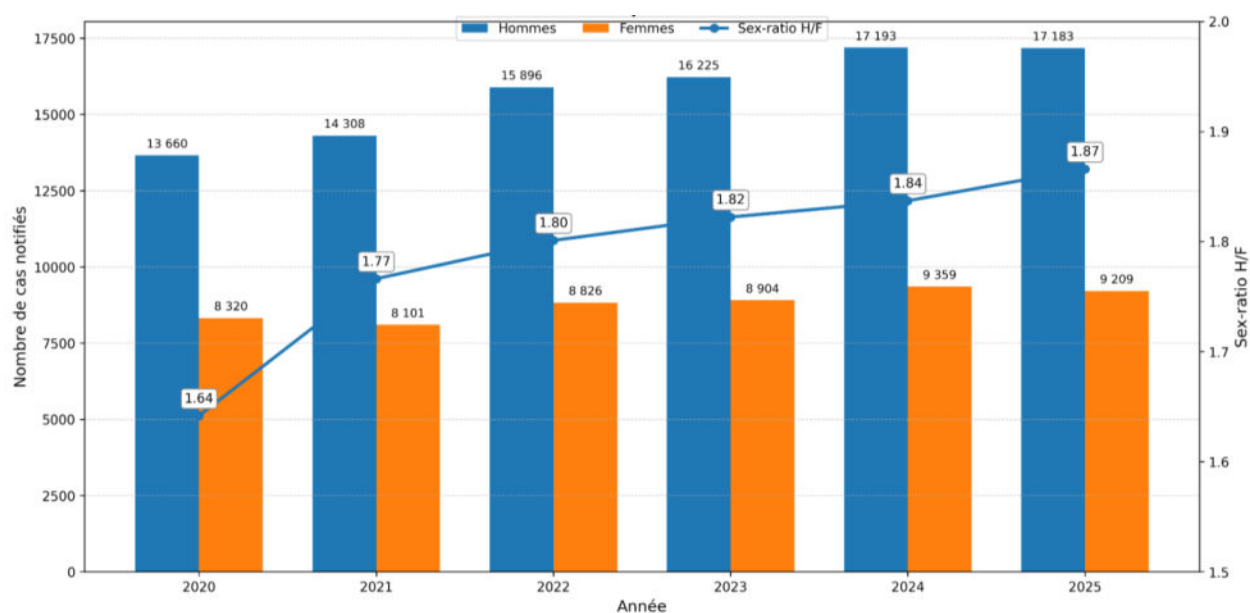


Figure 11: Sexe ratio par région, 2025

L'analyse de l'évolution des notifications de tuberculose par sexe au Cameroun sur la période 2020-2025 met en évidence deux tendances complémentaires et préoccupantes.

D'une part, une augmentation soutenue des notifications dans les deux sexes : les cas masculins ont progressé de 13 660 en 2020 à 17 183 en 2025 (+25,8%), tandis que les cas féminins sont passés de 8 320 à 9 209 (+10,7%), reflétant principalement l'intensification des stratégies de recherche active des cas plutôt qu'une augmentation réelle de l'incidence.

D'autre part, un creusement progressif des inégalités de genre, matérialisé par la progression continue du sex-ratio de 1,64 en 2020 à 1,87 en 2025. Cette évolution traduit une surreprésentation masculine croissante, alimentée par une exposition professionnelle plus élevée dans les secteurs à risque, des comportements de recours aux soins différenciés et possiblement une sous-détection structurelle des cas féminins liée aux barrières culturelles, économiques et géographiques limitant l'accès autonome des femmes aux services de santé. Ces constats, cohérents avec les tendances observées à l'échelle régionale et mondiale, appellent une intégration systématique de la dimension genre dans la stratégie nationale, combinant dépistage actif ciblé dans les milieux professionnels masculins et levée des barrières spécifiques d'accès aux soins pour les femmes, afin de réduire progressivement ce déséquilibre persistant.



Source : Données programmatiques PNLT/DHIS2, 2020-2025

Figure 12: Evolution des cas de tuberculose notifiés par sexe et du sex-ratio H/F, cameroun, 2020-2025

3.1.6. Recherche Active des Cas de TB et Enquêtes d'entourage

La figure 11 présente la cascade de dépistage de la tuberculose aux différentes portes d'entrée des formations sanitaires, permettant d'évaluer les performances et les points de rupture du processus de détection active des cas.

Sur 6 113 922 personnes reçues aux différentes portes d'entrée des formations sanitaires, 5 164 953 ont été screenées, soit un taux de screening remarquable de 84,48%. Ce résultat témoigne d'une bonne intégration du dépistage systématique de la tuberculose dans les consultations de routine et d'un engagement satisfaisant des agents de santé dans l'application des algorithmes de triage. Parmi les personnes screenées, 404 954 présentaient un ou plusieurs symptômes évocateurs de tuberculose, représentant une proportion de présumés de 8%, niveau cohérent avec les données épidémiologiques nationales.

Le maillon le plus préoccupant de la cascade se situe au niveau du passage au test diagnostique. Sur les 404 954 présumés identifiés, seulement 200 574 ont effectivement été testés, soit un taux de testing de 50%. Cette perte de moitié des présumés avant confirmation diagnostique constitue le principal point de rupture de la cascade, traduisant des obstacles importants tels que la rupture en intrants diagnostiques, le refus ou la difficulté à produire des expectorations, les contraintes de temps des patients ou encore un suivi insuffisant des présumés identifiés.

Parmi les 200 574 personnes testées, 14 785 ont été testées positives, soit un taux de positivité de 7%, niveau attendu dans le contexte épidémiologique camerounais. En aval, 13 201 patients testés positifs ont été mis sous traitement, représentant un taux de mise sous

traitement de 89%. Ce résultat satisfaisant indique une bonne articulation entre le diagnostic et l'initiation thérapeutique, même si 11% des cas confirmés demeurent sans traitement initié, représentant encore 1 584 patients non pris en charge.

Implications programmatiques

Ces données mettent en évidence que le goulot d'étranglement majeur de la cascade se situe entre l'identification des présumés et leur passage au test diagnostique, avec une perte de 50% à ce stade critique. Le renforcement de ce maillon par l'amélioration de la disponibilité des outils diagnostiques, la formation des agents de santé au suivi actif des présumés et la réduction des délais entre la suspicion et la confirmation diagnostique constitue la priorité programmatique absolue pour améliorer les performances globales de la détection des cas de tuberculose au Cameroun.

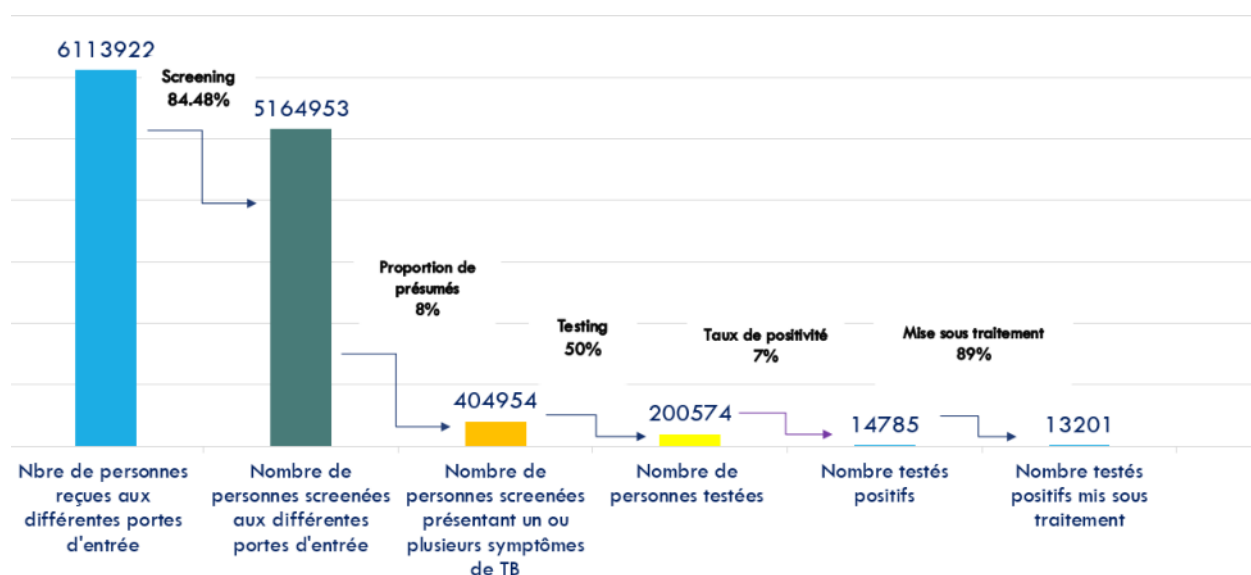


Figure 13: Cartographie de la Recherche active des cas de TB en 2024

La cartographie régionale de la cascade de dépistage révèle des disparités importantes à chaque étape du processus. Pour le screening, la majorité des régions affichent des performances satisfaisantes, à l'exception notable des régions du Sud, Sud-Ouest et Nord-Ouest, reflétant les contraintes d'accès liées au contexte sécuritaire et à l'enclavement. Pour le testing, la situation se dégrade dans plusieurs régions, avec une persistance des faibles performances dans les régions anglophones et une amélioration insuffisante ailleurs, confirmant que le passage du présumé au test diagnostique demeure le principal goulot d'étranglement de la cascade. Pour la mise sous traitement, la carte présente un profil radicalement différent avec une majorité de régions à performances intermédiaires et quelques régions en rouge, suggérant que si le diagnostic est posé, l'initiation thérapeutique reste perfectible dans la plupart des régions. Ces disparités appellent des interventions différenciées et territorialisées : renforcement du screening et du testing dans les régions à faibles performances, amélioration de l'articulation diagnostic-traitement dans les régions à

faible mise sous traitement, et attention particulière aux régions affectées par des crises sécuritaires où l'ensemble de la cascade est compromise.

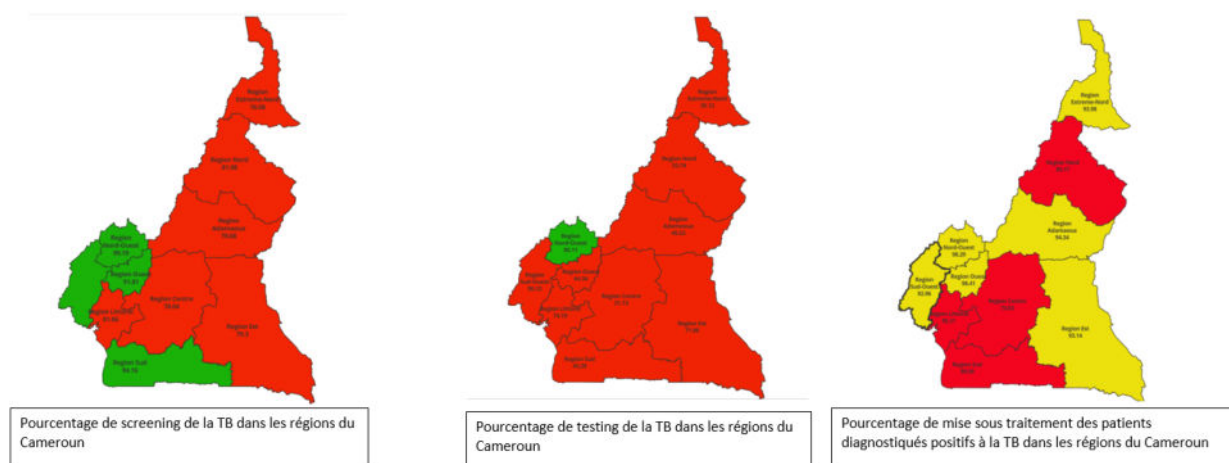


Figure 14: Cartographie de la Recherche active des cas de TB par région, Cameroun, 2024

Par ailleurs, les enquêtes d'entourage constituent une composante essentielle de la stratégie de lutte contre la tuberculose. Elles permettent non seulement d'identifier précocement les cas de tuberculose active parmi les contacts des cas index, mais également de mettre en évidence les personnes infectées par le bacille tuberculeux ne présentant pas encore de signes de maladie (infection tuberculeuse latente). La prise en compte de cette population représente un enjeu important pour la prévention de la progression vers la tuberculose maladie et la réduction du fardeau de la tuberculose à long terme.

Le diagnostic de l'infection tuberculeuse latente repose sur des outils immunologiques tels que l'intradermoréaction à la tuberculine (IDR) et les tests de libération de l'interféron gamma (IGRA). Bien que ces approches soient reconnues au niveau international pour l'identification de l'infection tuberculeuse latente dans certains groupes à risque, leur utilisation dans le cadre des activités programmatiques de lutte contre la tuberculose au Cameroun reste encore peu développée.

3.1.7. Tuberculose et groupes vulnérables

Avec seulement 1 060 cas identifiés parmi les groupes vulnérables sur 27 016 notifications totales, soit 3,9% des cas, la contribution de ces populations au bilan national demeure nettement en deçà de leur poids épidémiologique réel, suggérant une sous-détection structurelle persistante au sein des groupes les plus exposés.

La répartition par groupe révèle une prédominance écrasante des déplacés internes (70,1% de cas), reflétant l'ampleur des crises humanitaires affectant le pays, suivis des réfugiés (11,6%), du personnel de santé (10,4%) dont la notification de 110 cas traduit un risque professionnel préoccupant et des détenus (7,9%).

Sur le plan régional, le Littoral (264 cas), le Centre (218 cas) et l'Extrême-Nord (149 cas) concentrent l'essentiel des cas vulnérables, tandis que le Nord-Ouest (19 cas) et le Sud (27 cas) affichent des niveaux anormalement faibles révélateurs de déficits de dépistage ciblé et de reporting plutôt que d'une faible prévalence réelle.

En outre, les groupes vulnérables sont souvent confrontés à des obstacles socio-économiques, géographiques, culturels et informationnels qui limitent leur accès aux services de lutte contre la tuberculose.

Ces constats appellent un renforcement urgent du dépistage systématique dans les milieux carcéraux, les sites humanitaires et les formations sanitaires, combiné à une amélioration des mesures de contrôle de l'infection pour protéger le personnel de santé, afin de réduire la sous-notification persistante au sein de ces populations prioritaires. Le renforcement de l'engagement communautaire, de la communication adaptée aux différents publics et de la participation des acteurs communautaires est également essentiel pour améliorer l'accès aux services et l'adhésion aux interventions de lutte contre la tuberculose.

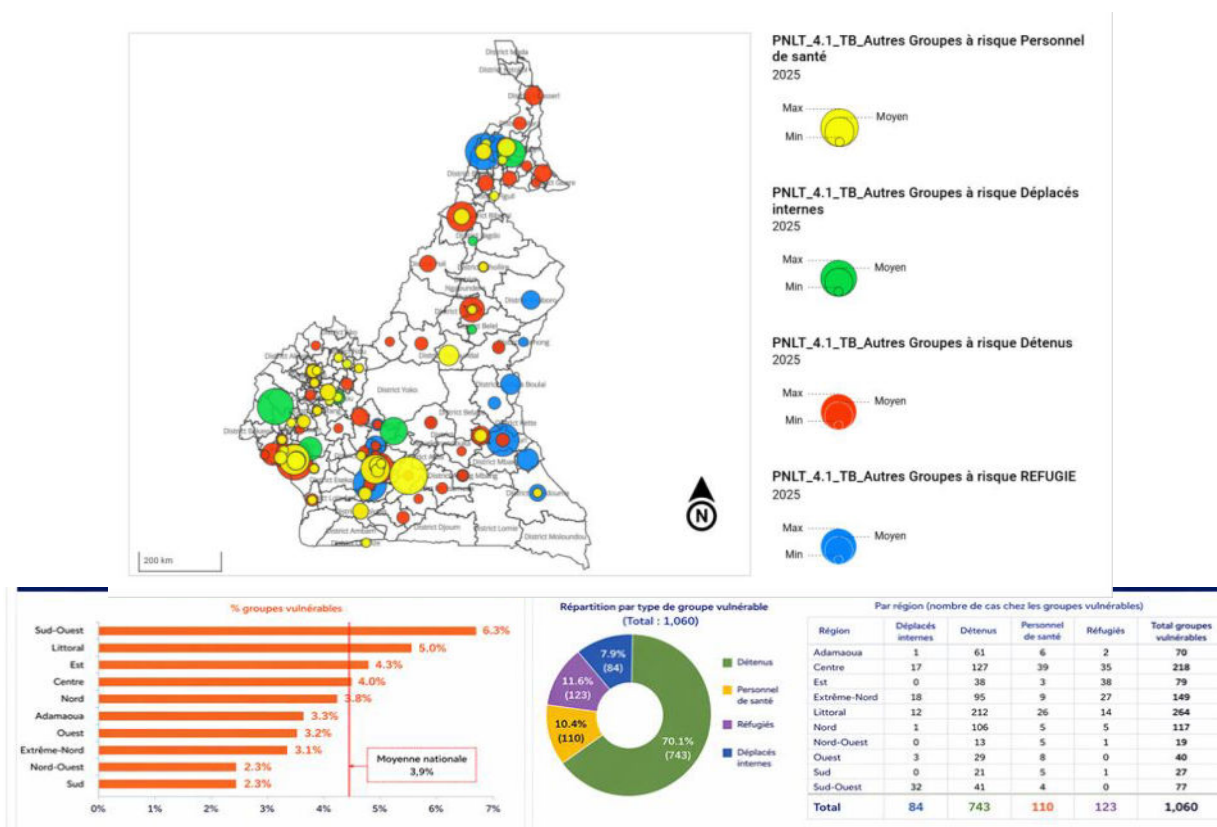


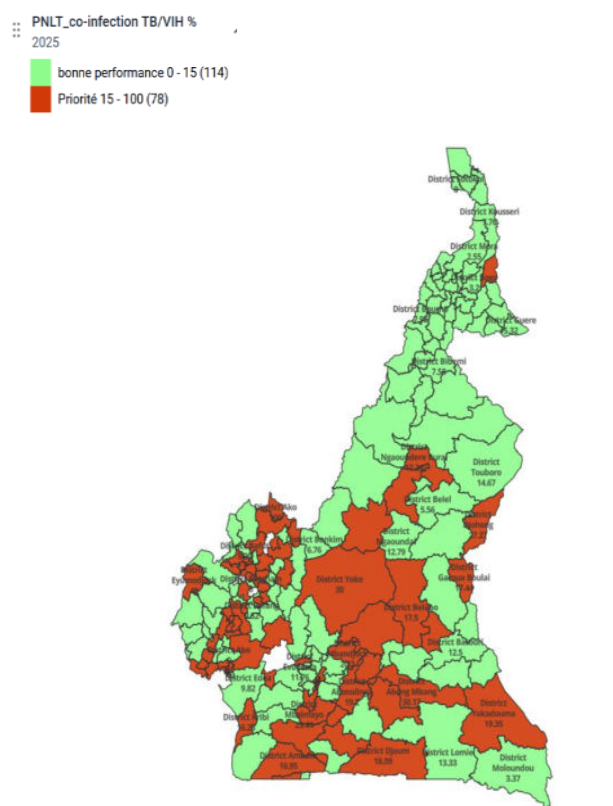
Figure 15: Carte du Cameroun des différents groupes vulnérables et leur répartition par région

3.1.8. Coinfection TB/VIH

La prévalence du VIH dans la population générale est de 3.6 % (CAMPHIA, 2018) dans la population générale. Le dépistage du VIH chez les malades tuberculeux se fait en routine dans l'ensemble des CDTs. En 2018, 95% des tuberculeux ont été testés pour le VIH, 29% du total des cas étaient VIH+, ce qui place le Cameroun parmi les pays à forte prévalence de co-infection TB-VIH. Celle-ci est restée stable au cours des dernières années, ce qui peut être associé à la persistance de l'épidémie du VIH dans le pays.

On observe une répartition très inégale de la co-infection entre les régions. Les régions du Nord-Ouest et Sud-Ouest rapportent les taux les plus élevés de co-infection tandis que l'Extrême-nord relève le taux le plus faible.

Figure 16: Pourcentage de co-infection TB/VIH



La létalité liée au VIH est le double par rapport à celle observée chez les tuberculeux n'ayant pas le VIH, elle est de 14% contre 6% (cohorte 2018). La prévalence du VIH au Cameroun était estimée à 3,6 % chez les adultes de 15 à 64 ans selon l'enquête CAMPHIA 2018. Des estimations plus récentes de l'ONUSIDA (UNAIDS Data / AIDSinfo (Country Factsheet – Cameroon 2024)) indiquent une prévalence d'environ 2,7 % chez les adultes de 15 à 49 ans, traduisant une tendance globale à la baisse de l'épidémie.

Le dépistage du VIH chez les patients tuberculeux est réalisé en routine dans l'ensemble des CDT. Les données programmatiques montrent une performance globalement élevée du dépistage VIH chez les cas de tuberculose nouveaux et rechutes, avec une couverture passée de 93,8 % en 2020 à 92,2 % en 2025, après un pic à 98,9 % en

2023. En 2025, 24 367 patients TB sur 26 435 avaient un test VIH documenté.

La proportion de cas TB/VIH parmi les cas de TB notifiés a fortement diminué sur la période, passant de 33,0 % en 2015 à 14,3 % en 2025. Cette baisse traduit une amélioration probable de la prise en charge du VIH et de la prévention, mais la co-infection demeure un enjeu important avec 3 772 cas TB/VIH notifiés en 2025. La couverture ARV chez les patients TB/VIH est élevée en 2025, avec 3 698 patients sous ARV, soit 98,0 %.

Des disparités régionales persistent. En 2025, les proportions les plus élevées de co-infection TB/VIH sont observées dans le Nord-Ouest (24,6 %), le Sud-Ouest (20,1 %), le Littoral (18,4 %), le Sud (18,4 %) et le Centre (18,2 %). À l'inverse, l'Extrême-Nord présente la proportion la plus faible (6,7 %). Ces résultats confirment la nécessité de maintenir les interventions intégrées TB/VIH, tout en renforçant le dépistage ciblé et le suivi des patients dans les régions à forte co-infection.

Il convient toutefois de noter certaines incohérences programmatiques possibles, notamment des couvertures de test VIH ou d'ARV supérieures à 100 % dans certaines régions/années, suggérant des besoins de vérification de la qualité des données, d'harmonisation des dénominateurs et de triangulation avec les registres CDT et VIH.

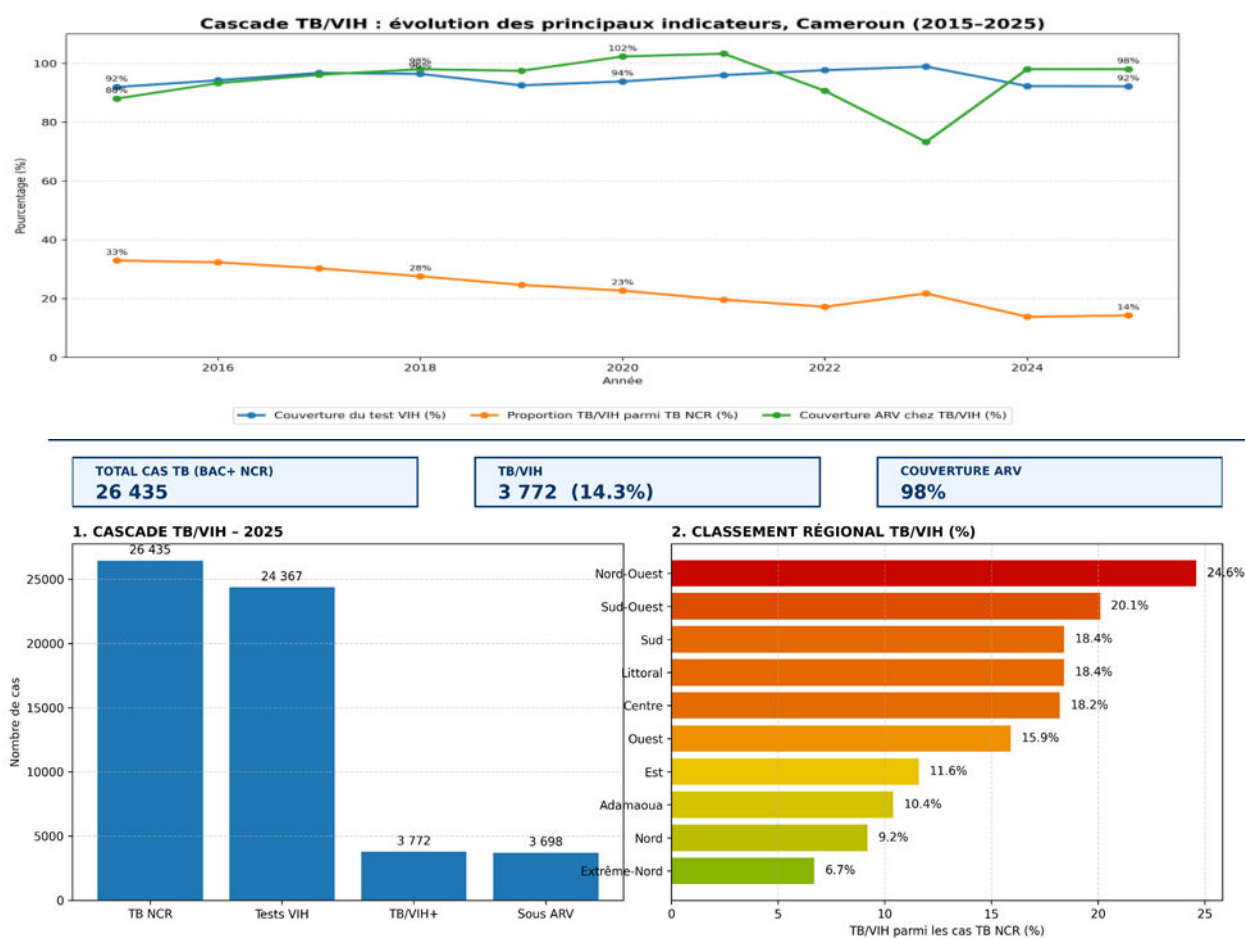


Figure 17: Evolution des principaux indicateurs TB/VIH, Cameroun, 2015-2025

3.1.9. Tuberculose multirésistante (TB-MR/RR)

Selon les estimations de l'OMS, l'incidence de la TB- MR/RR au Cameroun en 2024 était d'environ 620 cas incidents (intervalle : 0–1 200), correspondant à un taux de 2,1 cas pour 100 000 habitants. Cette valeur traduit une diminution progressive du nombre de cas incidents au cours de la dernière décennie, passant d'environ 1 100 cas en 2015 à près de 620 cas en 2024. Cette tendance suggère des progrès notables dans le contrôle de la transmission et l'amélioration des stratégies de diagnostic et de traitement.

Les données montrent toutefois une disparité importante selon les antécédents thérapeutiques : en 2024, la proportion estimée de TB-RR/MR était de 4–5 % chez les patients précédemment traités, contre environ 2 % chez les nouveaux cas. Cette différence confirme que les antécédents de traitement constituent un facteur majeur de risque de pharmacorésistance.

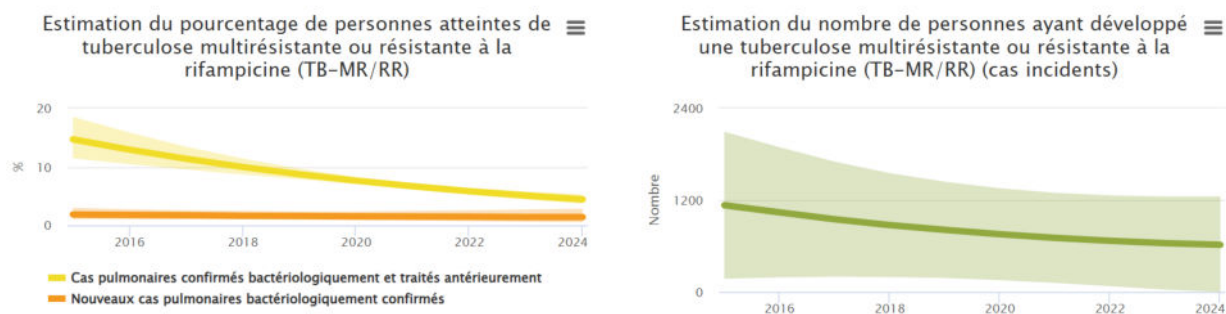


Figure 18: TB pharmaco-résistante au cours des cinq dernières années, Cameroun, 2015-2024

La surveillance de la pharmacorésistance s'est progressivement renforcée au Cameroun, en particulier chez les groupes à haut risque (cas de retraitement, personnes vivant avec le VIH, détenus, contacts de patients TB-MR/RR et patients en échec thérapeutique). Les données programmatiques montrent une augmentation du dépistage de la résistance, avec un nombre de patients testés passant de 1 050 en 2015 à 2 277 en 2024, avant une baisse à 1 519 en 2025.

Entre 2015 et 2025, le nombre de cas TB-MR/RR diagnostiqués est resté relativement stable (139–195 cas/an). En 2024, 188 cas confirmés ont été enregistrés, dont 130 mis sous traitement (couverture thérapeutique : 69 %). En 2025, 174 cas confirmés ont été diagnostiqués, avec 142 initiés sous traitement (couverture : 82 %). Malgré ces progrès, un écart persistant demeure entre le nombre estimé de cas résistants, ceux effectivement diagnostiqués et ceux mis sous traitement.

L'analyse de la cascade TB-MR/RR révèle plusieurs ruptures programmatiques :

- tous les patients présumés résistants ne bénéficient pas systématiquement d'un test de sensibilité ;
- une proportion importante des cas confirmés n'est pas initiée rapidement sous traitement ;
- des difficultés persistent en matière d'accès au diagnostic, de continuité des soins, de référencement et de suivi thérapeutique.

3.1.10. Résultats de traitement de la TB sensible et TB-MR/RR

3.1.10.1. Résultats de traitement de la TB sensible

L'analyse des cartes thématiques de 2024 met en évidence des disparités régionales dans la prise en charge de la tuberculose au Cameroun. Le taux de succès thérapeutique est globalement élevé, avec plusieurs régions dépassant les 90%, traduisant une bonne efficacité des traitements, mais certaines zones restent en dessous de 80%, nécessitant un appui renforcé.

En revanche, la carte des décès TFC montre que si certaines régions maintiennent une mortalité faible (<3,9%), d'autres se situent entre 3,9% et 5,9%, et plusieurs dépassent le seuil critique de 5,9%, ce qui souligne des fragilités dans la qualité de la prise en charge.

Enfin, les perdus de vue TFC révèlent des difficultés persistantes : certaines régions parviennent à limiter les abandons (<3,9%), mais d'autres enregistrent des taux intermédiaires (3,9–5,9%) ou élevés (>5,9%), compromettant la continuité des soins.

Ces constats montrent que, malgré des acquis encourageants en termes de succès thérapeutique, des efforts prioritaires doivent être concentrés sur la réduction de la mortalité et l'amélioration de la rétention des patients dans les régions les plus affectées, afin d'assurer une prise en charge homogène et durable à l'échelle nationale.

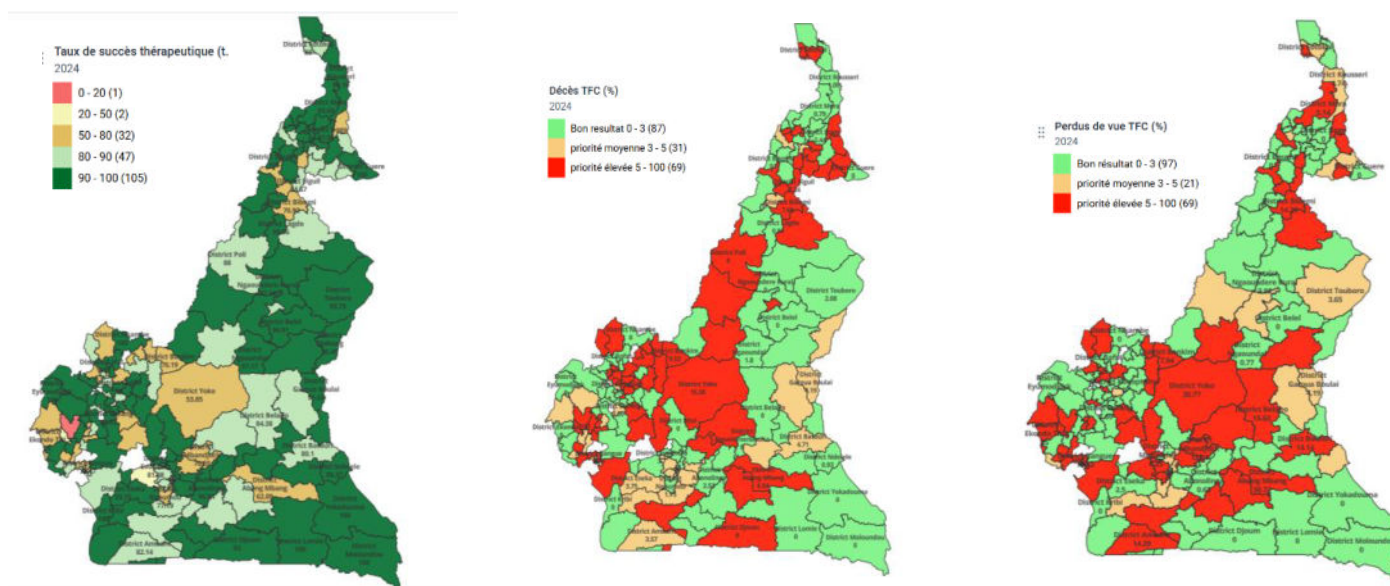


Figure 19: Résultats de traitement de la TB sensible, Cameroun, 2024

Source : DHIS 2

3.1.10.2 Résultats de traitement de la TB-MR/RR

Le succès thérapeutique de la TB-MR/RR au Cameroun demeure fluctuant au fil des années. Après une baisse marquée en 2020 (76 %), probablement liée aux perturbations de la pandémie de COVID-19, les performances se sont améliorées pour atteindre 85 % en 2023, avant de redescendre à 79 % en 2024. Ces variations traduisent la fragilité persistante de la prise en charge, malgré les progrès réalisés.

Plusieurs facteurs expliquent ces résultats :

- adhérence thérapeutique insuffisante chez certains patients ;
- ruptures d'approvisionnement en médicaments de seconde ligne ;
- retards dans le suivi communautaire et le soutien psychosocial ;
- pertes dans la cascade de soins, limitant l'impact global des interventions.

Le Cameroun dispose aujourd'hui de centres fonctionnels spécialisés pour la prise en charge de la TB résistante, mais des efforts supplémentaires sont nécessaires pour :

- améliorer la couverture diagnostique et réduire les pertes dans la cascade de soins ;
- garantir un approvisionnement continu en médicaments ;
- renforcer les mécanismes de soutien aux patients afin d'optimiser l'adhérence et la continuité thérapeutique.

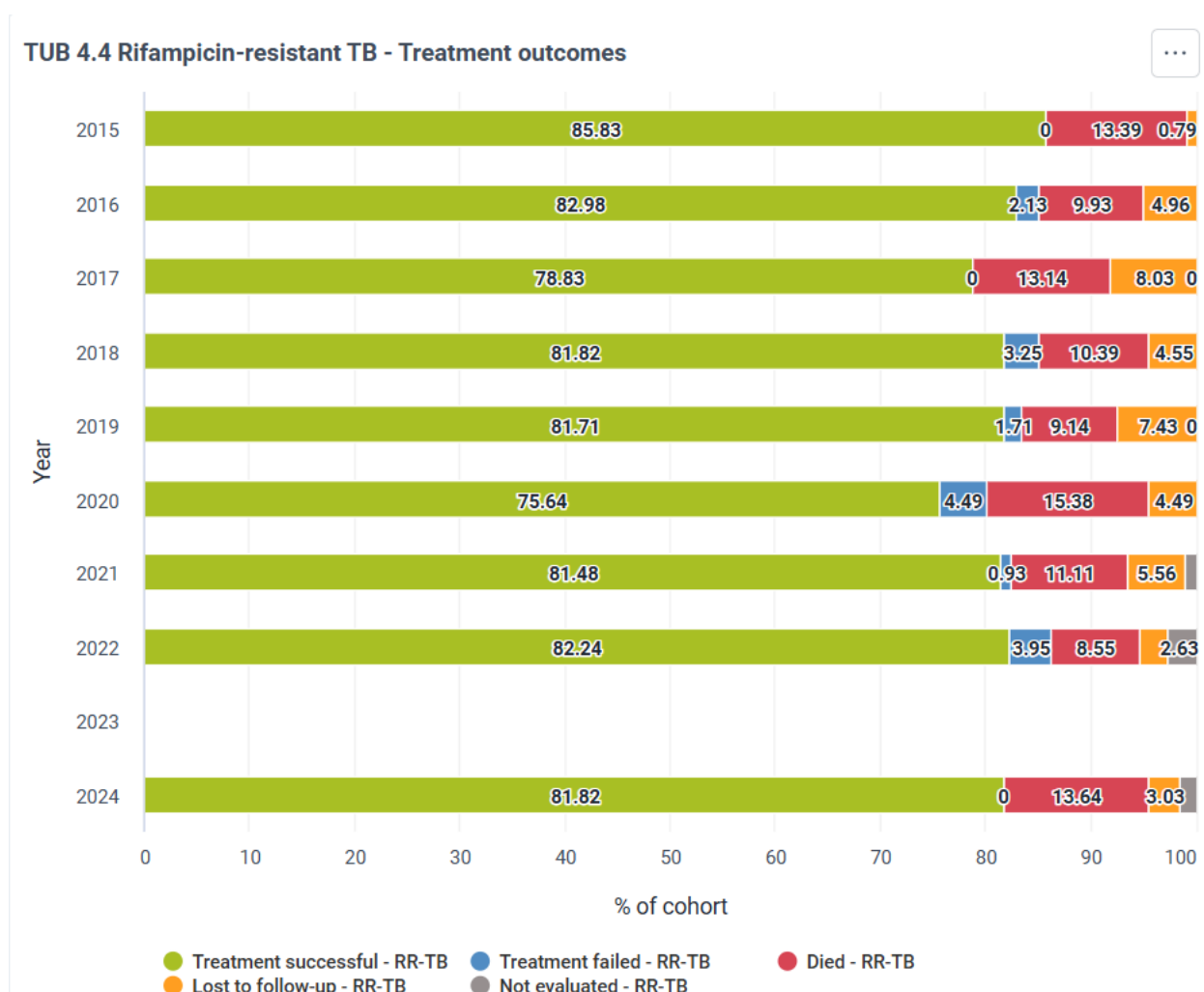


Figure 20: Résultats de traitement de la TB-MR, 2024

Sources: DHIS2

3.2. Revue du PSN TB 2024-2026

Sous la coordination générale des Conseillers Techniques du MINSANTE n°2 et n° 3 et conformément aux directives de l'OMS, une revue du programme s'est déroulée du 02 mars au **02 avril 2026**. Cette revue a été suivie de plusieurs ateliers de préparation du PSN dans un effort de dialogue avec les partenaires nationaux publics et ceux de la société civile, avec le soutien de l'OMS et du Fonds mondial. Les étapes suivantes ont abouti à l'élaboration de ce PSN.

L'évaluation externe, réalisée par un consultant commis par l'OMS conjointement par une l'équipe combinée des experts du MINSANTE et des partenaires techniques et financiers a permis de collecter des informations relatives au fonctionnement général du programme et

des informations permettant la validation des données à travers la revue documentaire, des entrevues semi-dirigées avec les différentes parties prenantes et des visites d'observation sur le terrain. Lors de la revue, une seule région a été visitée, les neuf autres ont été évaluées par les équipes techniques régionales. Ce choix a été motivé par les moyens financiers et humains limités, ainsi que les conditions sécuritaires. Au terme de cette phase, une restitution des rapports de visite du terrain a été faite en plénière au cours d'un atelier, et concomitamment une équipe restreinte a esquissé les grandes lignes du rapport de la revue.

Un rapport final avec des recommandations a été rédigé et diffusé pour le suivi des recommandations dans la phase d'élaboration du nouveau PSN TB.

Elaboration du plan stratégique national TB 2027-2030

Le nouveau Plan Stratégique National (PSN) a été élaboré du **06 avril au 04 juin 2026**. Le processus d'élaboration a débuté par un atelier au cours duquel les participants de diverses structures se sont subdivisés en plusieurs sous-groupes pour analyser les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces selon des thèmes bien particuliers. Les produits issus de cet atelier ont été collectés par le consultant principal pour procéder à une analyse des lacunes auxquelles le programme se trouve confronté. Après cette analyse, les grandes lignes du plan stratégique ont été ébauchées avec les cadres du PNLT. Ensuite, cette équipe nationale a pris soin de décliner tous les axes en interventions et en activités. Il y a eu ensuite un deuxième atelier qui a porté sur la budgétisation des activités. Finalement, le PNLT a jugé essentiel d'organiser un troisième atelier qui visait à associer les communautaires dans l'élaboration du PSN.

En résumé, le PSN a été élaboré par une équipe nationale en collaboration avec le consultant commis par l'OMS et l'expertise du Sous-Directeur en charge de la TB/VIH/HEP à la DLMEP. Le processus a été porté par les PTF : Fonds mondial, GIZ et OMS...

Les différents ateliers et les échanges avec les cadres nationaux ont permis à toute l'équipe PNLT de finaliser les différents documents de soutien suivants : 1) le plan opérationnel, 2) le plan d'assistance technique, 3) le plan de suivi et évaluation et 4) le plan budgétaire.

Le PSN a été revu et validé au cours d'un atelier national avec les différentes parties prenantes.

3.2.1. Revue programmatique de la mise en œuvre du PSN TB 2024-2026 de la réponse à la Tuberculose

L'analyse des performances suivant le parcours du patient et les stratégies déployées par le programme au cours du PSN TB 2024–2026 a mis en évidence un ensemble de goulots

d'étranglement structurants qui limitent la performance globale du programme.

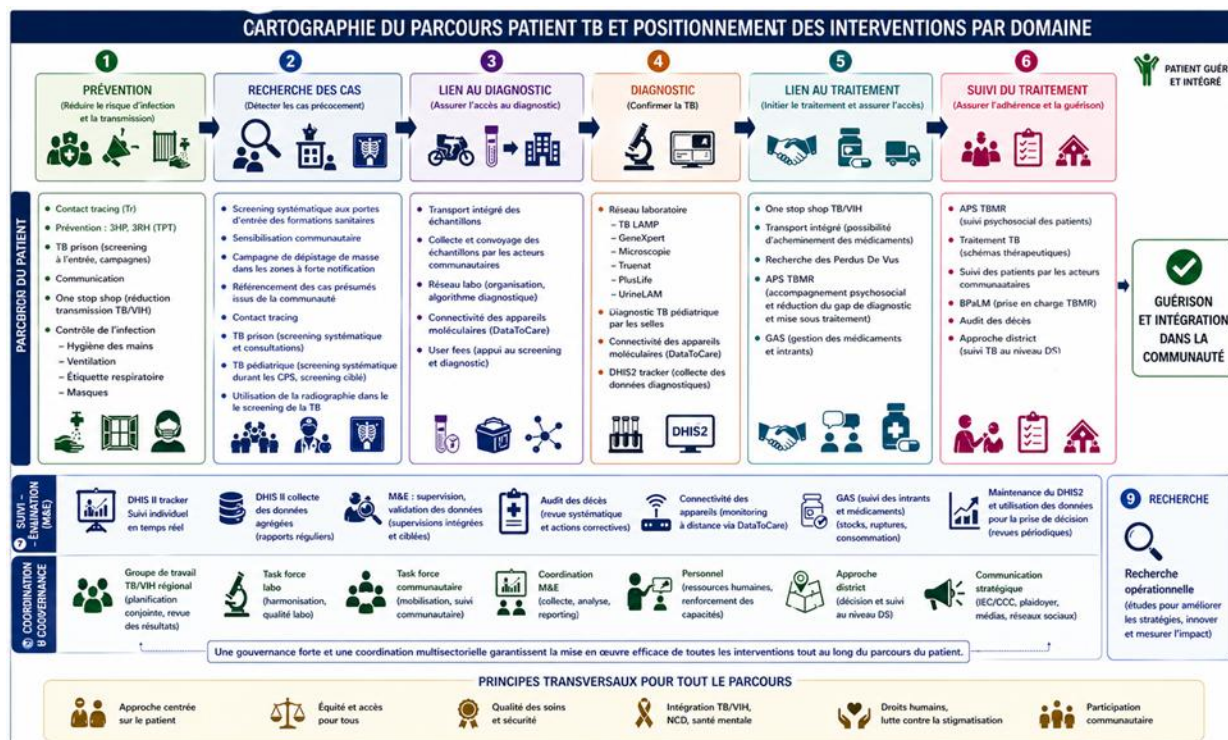


Figure 21: Cartographie du parcours patients TB et Positionnement des interventions par domaine

Le dépistage de la tuberculose s'est amélioré et adapté aux différents contextes épidémiologiques, aux populations vulnérables et aux zones difficiles d'accès.

Le diagnostic de la tuberculose, bien que renforcé par l'introduction des tests rapides recommandés par l'OMS, reste inégalement accessible. Les insuffisances du réseau de transport des échantillons et les contraintes logistiques contribuent à des délais diagnostiques prolongés et à une couverture encore incomplète du diagnostic moléculaire.

La continuité du parcours de soins demeure insuffisamment assurée. Des ruptures sont observées à différents niveaux, notamment entre le diagnostic et la mise sous traitement, ainsi que durant le suivi thérapeutique. Ces ruptures contribuent aux pertes de vue et limitent l'amélioration des résultats thérapeutiques.

La prise en charge de la TB-MR reste insuffisamment décentralisée et ne permet pas un accès équitable aux soins pour l'ensemble des patients concernés. Les capacités diagnostiques et thérapeutiques restent concentrées dans un nombre limité de sites.

La prévention, en particulier à travers le TPT, demeure sous-optimale, en raison d'une identification encore insuffisante des contacts et de défis liés à l'adhérence.

Enfin, les fonctions transversales du système de santé restent limitées notamment en matière de qualité des données, de gestion des approvisionnements, de ressources humaines et de

gouvernance.

Au-delà des résultats épidémiologiques et de couverture, la revue met en évidence un ensemble de défis notamment en matière de gouvernance qui repose sur des bases institutionnelles réelles, mais demeure insuffisamment appropriée, coordonnée et opérationnalisée. Le pilotage existe, mais il reste fragmenté. La diffusion et l'appropriation des documents stratégiques sont insuffisantes, la multisectorialité est plus théorique qu'opérationnelle, et la gouvernance des ressources humaines est décrite comme particulièrement fragile, sans plan national de développement des RH TB ni visibilité suffisante sur les effectifs.

La chaîne d'approvisionnement repose sur un dispositif structuré, mais son fonctionnement reste fragilisé. La quantification dépend encore de données de consommation de qualité variable, la distribution jusqu'au dernier kilomètre n'est pas suffisamment sécurisée, la visibilité sur les stocks demeure limitée et des ruptures ponctuelles, y compris de première ligne, sont observées. Le transport des échantillons est identifié comme une faiblesse récurrente affectant directement la continuité diagnostique. Le système laboratoire dispose de capacités techniques réelles, mais la revue relève une articulation insuffisante du réseau, une sous-utilisation de certaines plateformes et une fragilité du pilotage du LNR et de ses interfaces avec le PNLT et les laboratoires des CDT.

Le communautaire représente à la fois une faiblesse structurelle et une opportunité majeure. La référence communautaire dépasse largement la cible, d'environ 14 %, ce qui montre que l'action communautaire est puissante lorsqu'elle est activée. Pourtant, la revue conclut qu'il demeure insuffisamment structuré, financé et intégré. Les communautés agissent souvent comme une fonction de compensation des insuffisances du système formel plutôt que comme un pilier programmatique pleinement institutionnalisé.

L'insuffisance des interventions de plaidoyer, de communication et de mobilisation sociale susceptibles de favoriser une meilleure connaissance de la tuberculose, de réduire la stigmatisation et de renforcer le recours précoce aux services de prévention, de dépistage et de traitement est également relevée.

Enfin, le système d'information produit des données mais elles sont insuffisamment prises en compte lors de la décision. La complétude des rapports est élevée, à 99,0 % de la cible, mais la qualité, la cohérence, l'interopérabilité, la documentation de la mortalité, les capacités analytiques décentralisées et l'usage effectif des données pour corriger la performance restent insuffisants. La recherche opérationnelle demeure trop peu structurée et trop peu mobilisée comme outil d'orientation stratégique.

Tableau 6: Performance globale du PSN-TB 2024-2026

Indicateur	Type	Source	Valeur de base (année)	Objectif : 2022	Cible 2024	Réalisation 2024	Cible 2025	Réalisation 2025	Commentaire
Taux d'incidence TB (per 100,000 habitants)	Impact	OMS Rapport Annuel TB	164 (2021)	154	138	132	127	-	Réduction de l'incidence globalement conforme aux attentes du PSN.
Réduction du taux de mortalité due à la TB	Impact	OMS Rapport Annuel TB	30% (2021)	29%	25%	17%	23%	-	Retard important dans la réduction de la mortalité.
Pourcentage des patients TB et leurs familles qui subissent des couts catastrophiques due à la TB	Impact	Résultats d'une étude	ND	-	-	64%	-		
Nombre de CDTs fonctionnels	Processus	Rapports GDT	327 (2022)	-	411	387	436	391	Extension du réseau insuffisante pour soutenir l'accès universel.
Couverture de traitement (TB-O-5)	Résultat	Rapports du PNLT / Rapport OMS	53% (2015)	58%	68%	69%	78%	69%	Assez bonne performance globale mais ralentissement en 2025.
Résultat de traitement de la TB sensible (TB O-2a)		Rapport PNLT	87% (2021)	88%	>90%	89%	>90%	89,60%	Niveau très proche de la cible, nécessitant un léger renforcement.
Résultat de traitement TB-RR/MR (TB O-4)		Rapport PNLT	82% (2021)	83%	85%	85%	85%	79%	Amélioration en 2025 mais performance globale encore insuffisante.
Augmentation des centres de PEC de la TB-MR/RR	Couverture	Rapports GTC	11 (2021)	11	13	12	13	12	Quasi atteinte de la cible.
Nombre de cas notifiés nouveaux cas et rechutes (TB DT-1)	Couverture	Rapports PNLT	22 409 (2021)	24 722	27 516	27 153	29 442	27 016	Sous-détection des cas TB
Proportion de cas de la TB chez les enfants	Couverture	Rapports PNLT	6% (2021)	5%	6%	7%	7%	7%	Evolution satisfaisante

Indicateur	Type	Source	Valeur de base (année)	Objectif : 2022	Cible 2024	Réalisation 2024	Cible 2025	Réalisation 2025	Commentaire
de 0-14 ans parmi le total des patients TB (nx cas et retraitements, toute forme confondue)									
% de cas de la TB référés par la communauté	Couverture	Rapports PNLT	5% (2021)	5%	10%	14%	13%	15%	Contribution communautaire très performante et au-delà des attentes.
Diagnostic avec un test rapide recommandé par l'OMS (TB DT-4)	Couverture	Rapport PNLT	22% (2021)	30%	45%	33%	60%	38%	Retard important dans l'utilisation des tests rapides recommandés.
Prévention chez les enfants <5ans (TBP-1)	Couverture	Rapport PNLT	5 439 (2021)	6 878	9823	9219	10912	11079	Bonne performance globale avec dépassement en 2025.
Pourcentage diagnostic coinfection TB/VIH (TB/HIV-5)	Couverture	Rapport PNLT	96%	96%	98%	88%	98%	93%	Amélioration en 2025 mais encore en dessous de la cible.
% des patients TB sous ARV (TB/HIV-6)	Couverture	Rapport PNLT	99% (2021)	99%	99%	98%	99%	99%	Performance très élevée, proche de la cible optimale
Nombre de cas de TB-RR/MR notifié (DRTB-2)	Couverture	Rapport PNLT	139 (2021)	174	265	188	305	174	Sous-détection critique des cas résistants.
Dépistage TB parmi les détenus (KVP-1)	Couverture	PNLT	545 (2021)	600	825	665	883	743	Couverture insuffisante dans un groupe à haut risque.
Complétude des rapports trimestriels	Couverture	Rapports de promptitude et de complétude	ND	0,95	0,97	0,96	0,98	0,9661	Système de reporting globalement robuste.

3.2.2. Analyse financière de la mise en œuvre PSN TB 2024-2026 de la réponse à la Tuberculose

3.2.2.1. Besoin en financement par pilier

L'analyse du graphique montre une répartition très déséquilibrée des ressources entre les trois piliers de la stratégie End TB. La majorité des financements est orientée vers les soins et la prévention centrés sur le patient (74%), ce qui traduit une priorité donnée à l'accès aux services et au traitement direct des cas. Les politiques audacieuses et systèmes de soutien reçoivent environ (26%), soit une part significative mais nettement inférieure, indiquant que le renforcement institutionnel et la protection sociale restent sous-financés par rapport aux besoins. Enfin, l'innovation et la recherche ne bénéficient que (0,28%), une proportion marginale qui révèle un déficit critique dans la mobilisation des ressources pour de nouvelles solutions innovantes (vaccins, diagnostics, traitements).

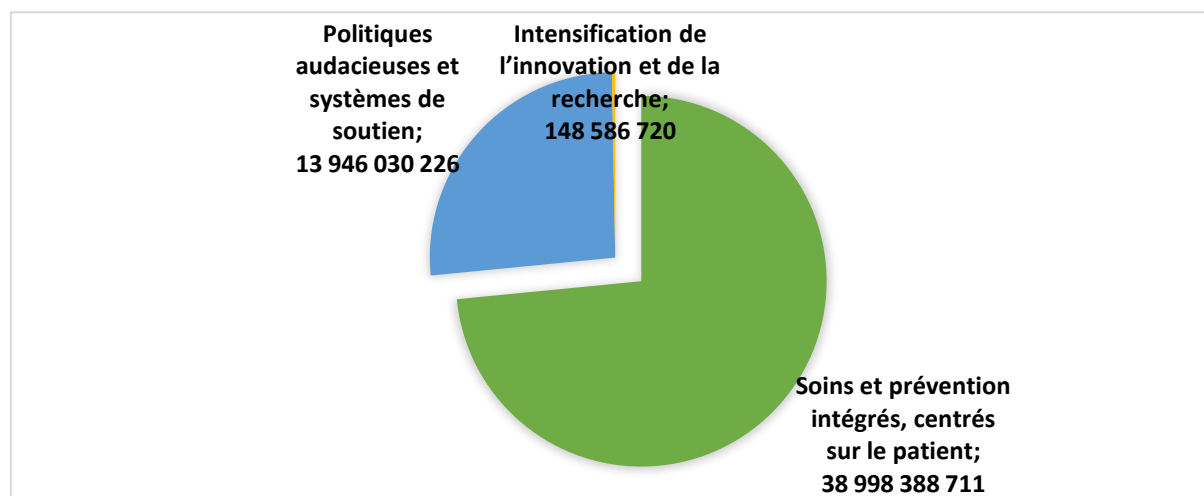


Figure 22: Répartition du besoin en financement du PSN TB 2024-2026 selon les orientations stratégiques

3.2.2.2. Besoin en financement par année

On note une tendance à la baisse des montants disponibles entre 2024 et 2026 : on passe d'environ 19 905 058 432 FCFA en 2024 à 16 423 934 463 FCFA en 2026. Cette diminution traduit soit une réduction des besoins budgétés, soit une contraction des financements réellement accessibles.

En pratique, cette évolution peut être interprétée comme une rationalisation des activités du programme, avec une priorisation des interventions essentielles. Toutefois, elle révèle aussi une fragilité structurelle : la baisse continue des ressources risque de limiter la capacité du programme à maintenir la couverture et à investir dans des domaines stratégiques comme la recherche ou le renforcement des systèmes.

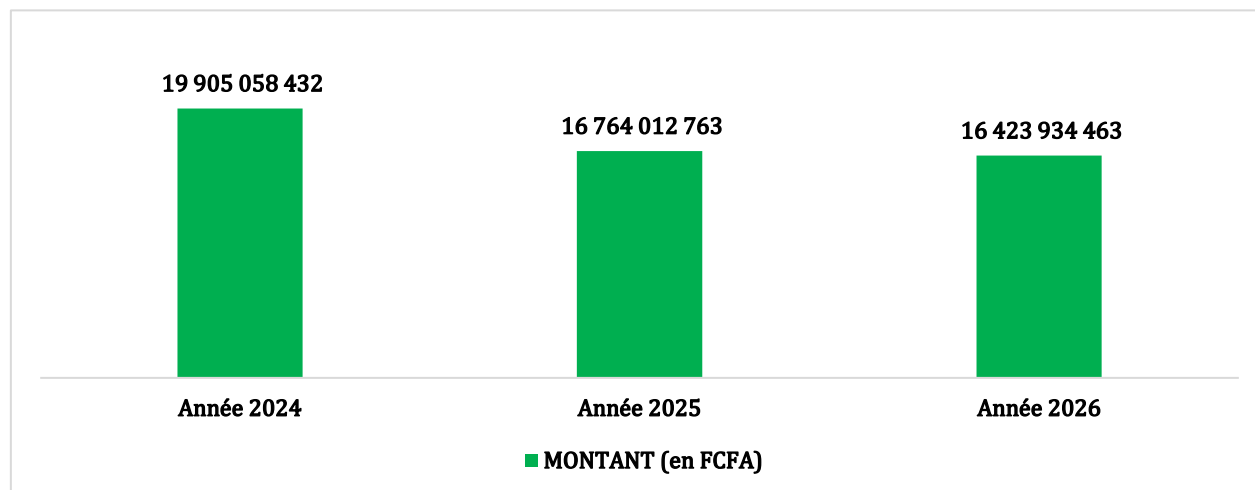


Figure 23: Besoin financier du PSN TB 2024-2026 par année

La tendance descendante des montants souligne un ajustement budgétaire, mais elle met en évidence un risque de sous-financement chronique qui pourrait compromettre la durabilité des objectifs End TB.

3.2.2.3. Financement mobilisé par les différents acteurs de mise en œuvre

Les besoins du PSN TB sont très supérieurs aux ressources mobilisées. En 2024, la couverture était d'environ 18 %, puis légèrement meilleure en 2025 (22 %) et 2026 (23 %) grâce à une baisse des besoins, mais les financements restent constants (≈3,7 Milliards de FCFA).

Cela révèle un sous-financement, limitant la continuité des activités essentielles (dépistage, suivi TB-MR, formation) et l'atteinte des objectifs fixés.

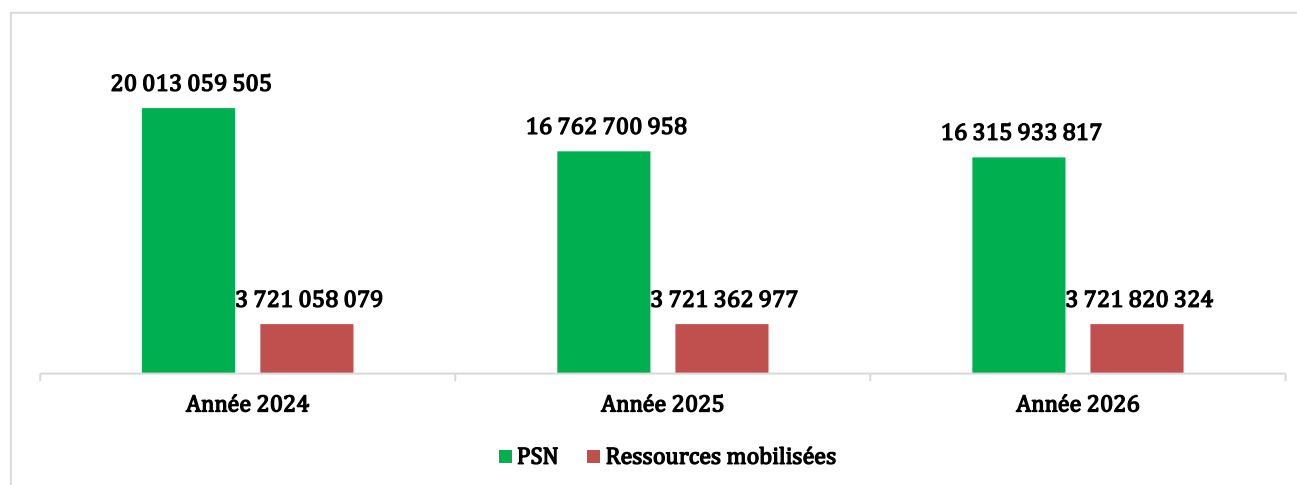


Figure 24: Besoins et financements du PSN TB 2024–2026

3.2.2.4. Paysage financier de contributions de financement pour la période 2024-2025

Le présent graphique illustre le paysage financier et l'absorption des contributions de financement pour la période 2024–2025. Il met en évidence l'écart persistant entre les besoins programmés (PSN), les ressources effectivement mobilisées et leur utilisation. Malgré une relative stabilité des contributions, les besoins stratégiques affichent une tendance à la baisse, révélant un désalignement qui appelle à une réflexion sur la durabilité des financements et la nécessité d'une mobilisation accrue des ressources domestiques pour inverser les tendances. Cette analyse vise à fournir une vision claire des dynamiques financières, afin de soutenir la planification stratégique et l'optimisation des ressources disponibles.

Tableau 7: absorption financière en 2024-2025

Sources	Budget 2024-2025	Décaissement 2024-2025	Dépenses 2024-2025	Gaps
ETAT DU CAMEROUN	4 900 000 000	4 900 000 000	4 567 400 000	332 600 000
FONDS MONDIAL	7 467 576 821	6 997 509 755	5 637 760 351	1 359 749 403
CDC/PEPFAR	1 183 918 840			
TOTAL 2024-2025	13 551 495 661			

3.2.3. Résumé de l'analyse des forces, faiblesses, opportunités et menace de la mise en œuvre du PSN TB 2024-2026

L'analyse FFOM du PSN TB 2024–2026 met en évidence les atouts à valoriser, les faiblesses à corriger, les opportunités à saisir et les menaces à anticiper. Elle offre une lecture rapide et structurée pour guider les décisions et renforcer l'efficacité des interventions à prioriser durant l'élaboration du PSN TB 2027-2030.

Tableau 8: Analyses Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces liée à la mise en œuvre du PSN TB 2024-2026

Forces	Faiblesses
- Engagement politique du Ministère de la Santé Publique et du gouvernement à travers l'inscription de la lutte contre la TB comme une priorité dans les documents politiques et stratégiques nationales en matière de santé (SSS 2016-2027), - Mise à jour régulière des stratégies nationales de lutte contre la tuberculose depuis 2010, - Directives de prise en charge de la tuberculose à jour selon les recommandations 2020/2022 de l'OMS, - Disponibilité d'une équipe de gestion et de suivi des activités formée et motivée tant au niveau central qu'au niveau régional du PNLT. - Infrastructures de prise en charge disponibles (387 en 2024 et 391 CDT en 2026) et accessibles aux niveaux national, régional et opérationnel, - Disponibilité d'un personnel de santé formé dans les CDT/CT pour la prise en charge de la tuberculose, - Disponibilité d'un réseau de laboratoires et des équipements de travail (390 microscopes, 85 GeneXpert, 56 appareils TB-LAMP, TrueNat, PlusLife pilote, Urine Lam), - Disponibilité de 39 appareils de radiographies mobiles pour les dépistages actifs, - Gratuité des médicaments de la tuberculose sensible et résistante. - Soutien aux patients pour le traitement des TB-MR (appui nutritionnel, frais de transport,)	- Sous notification/diagnostic des cas TB selon le nombre de cas attendus/OMS (39% des nouveaux cas de tuberculose ont échappé au diagnostic en 2024), (ceci s'explique par la faiblesse des ressources financières, les démarrage tardifs des activités; Insuffisante des activités de recherche intensive ciblées au sein des populations à risque (PvVIH, enfants contacts < 5 ans y compris avec malnutrition, contacts TB/TB-MR, réfugiés...etc), - Faible activité d'identification et de référence des cas présumés de tuberculose au niveau des 5 886 FOSA non CDT (insuffisance de formation, absence d'un système de transport de crachat des FOSA vers les CDT géré directement au niveau district), - Faible couverture et Utilisation non encore optimale des outils moléculaires de diagnostic en 2025 tels que le GeneXpert pour le diagnostic de la TB : 28,5 %, 28% TB Lamp (acquisition, maintenance et transport des échantillons) - Arrêt de paiement des frais d'hospitalisation, bilans pré et per-thérapeutiques pour les TBMR - Recherche insuffisante des index et des cas contacts de patients TB MR cible 100% recommandée), insuffisance des RH et des ressources financières - Persistance du gap de mise sous traitement des cas TB MR en 2024. (Non traités pour refus, abandon précoce et décès,) - Vétusté des bâtiments des sites de prise en charge de TB-MR surtout à Yaoundé, Ebolowa et Douala, (pas de réhabilitation, pas prioritaire dans le plan d'aménagement de la FOSA) - Forte proportion des décès (13, 64%) cohorte 2024 Mais presence des comorbidités) - Rupture des cartouches Xpert(retard de livraison)

• Bonne mise en oeuvre des activités collaboratives TB/VIH dans les FOSA car 95% de patients TB testés au VIH et 98% mis sous ARV, • La transition vers le traitement court pour le TPT a été adopté : 3RH pour les enfants <5ans ans et 3HP pour les PvVIH, • Participation effective des communautaires dans la lutte contre la tuberculose (plus de environ 1% des cas de TB dépistés et notifiés grâce aux communautaires). • Disponibilité des médicaments dans tous les CDT ; • Adoption du régime BPaLM comme traitement court pour la TB-MR/XDR • Taux de succès thérapeutique TB sensible : 89,5% en 2024 (en progression) ;	• Défaut de maintenance des outils diagnostics (defaut de signature du contrat de maintenance) • Faible utilisation des données par les acteurs à tous les niveaux • Faible suivi de la mise en œuvre des recommandations des supervisions des activités de lutte contre la TB à tous les niveaux du système de soins • Faible coordination des différents partenaires du PNLT (absence d'un cadre de coordination des acteurs, inexistence de plan intégré des actions des partenaires), • Les stratégies et interventions visant à lever les obstacles liés aux droits humains dans l'accès aux services de diagnostic et de traitement de la tuberculose restent ponctuelles et à petites échelles (limitées à 11 villes dans 8 régions). • Remboursement non effectif des prestations TB
Opportunités	Menaces
• Accompagnement confirmé du PNLT par des partenaires techniques et financiers • Existence d'une Couverture Santé Universelle • Existence d'un plan stratégique santé communautaire 2021-2025 • présence d'un tissu associatif et de nombreuses Organisations de la Société Civile qui pourraient collaborer avec le PNLT • Existence d'instituts de recherche et d'universités, les sociétés savantes, le secteur privé lucratif avec lesquelles il y a possibilité de collaborer • Possibilité de financement auprès des Collectivités Territoriales Décentralisées • Cadre national de coordination multi-acteurs opérationnel (réunions trimestrielles PNLT, partenaires, société civile) ; •	• Risque d'arrêt des prestations des activités TB (sous-notification, pas de diagnostic) • Diminution du paysage des financements • Instabilité et troubles sociaux (crise sécuritaire) dans les régions du Sud-Ouest, du Nord-Ouest et de l'Extrême Nord, • Insuffisance des fonds domestiques alloués et mobilisés pour la lutte contre la tuberculose • Rotation ou mutation du personnel formé sur la tuberculose (perturbation de la gestion du programme et aussi la prise en charge des patients) • Forte dépendance aux financements extérieurs (Fonds Mondial, PEPFAR) persistante ; financement domestique insuffisant malgré la ligne budgétaire dédiée • coûts catastrophiques chez les ménages TB : 64% (2025)

3.2.4. Résumé des principales recommandations de la revue du PSN TB 2024-2026

Tableau 9: Principales recommandations de la revue du programme

Recommandations
Progrès vers l'impact épidémiologique du plan Stratégique • Réduire le taux de mortalité lié à la TB de 90% d'ici 2030 (par rapport à 2024) • Réduire l'incidence de la TB de 30% d'ici 2030 (par rapport à 2024) • Réduire à 0% la proportion des familles supportant des coûts catastrophiques dus à la TB • Atteindre un taux de succès thérapeutique $\geq 90\%$ pour la TB sensible et $\geq 85\%$ pour la TB-MR/RR • Augmenter le taux de notification des cas de TB pour réduire le déficit diagnostique (actuellement 50%)
Engagement politique et financement • Inscrire la TB parmi les priorités budgétaires nationales et augmenter progressivement le financement domestique alloué au PNLT • Plaider pour une ligne budgétaire spécifique TB dans le budget de l'État et des collectivités territoriales décentralisées • Renforcer la coordination avec le Fonds Mondial, PEPFAR et les autres partenaires pour éviter les ruptures de financement • Plaidoyer pour la mobilisation des ressources auprès du secteur privé et des entreprises pour co-financer les interventions communautaires
Gouvernance, Communication, Coordination et Multisectorialité • Créer un cadre formel de coordination multi-acteurs (PNLT, partenaires, société civile, secteur privé) avec des réunions trimestrielles • Établir des comités de coordination TB/VIH au niveau régional pour renforcer la collaboration entre les deux programmes • Développer et diffuser un plan de communication national sur la TB intégrant les médias sociaux, la radio communautaire et les relais communautaires • Renforcer la redevabilité à tous les niveaux du système de santé à travers des supervisions formatives régulières

• Intégrer systématiquement la TB dans les plans de développement sanitaire multisectoriels au niveau régional et opérationnel
• Contrôle de l'infection • Élaborer et diffuser des guides nationaux de contrôle de l'infection tuberculeuse dans toutes les formations sanitaires • Réhabiliter et adapter les infrastructures des CDT/CT selon les normes de contrôle de l'infection (ventilation, isolement) • Doter les CDT prioritaires en équipements de protection (masques FFP2, lampes UV, systèmes de ventilation naturelle renforcée) • Former le personnel de santé sur les mesures de contrôle de l'infection et assurer une évaluation annuelle des pratiques • Réhabiliter en priorité les sites de prise en charge de la TB-MR (Yaoundé, Douala) dont les bâtiments sont vétustes
Recherche Active des Cas • Mettre en place un système structuré de transport des crachats des FOSA non-CDT vers les CDT de référence dans chaque district • Intensifier les activités de recherche active des cas dans les populations à risque élevé (PvVIH, contacts, prisonniers, réfugiés, mineurs) • Optimiser l'utilisation du GeneXpert : atteindre au moins 60% des cas diagnostiqués par biologie moléculaire d'ici 2028 • Déployer les ACRA formés dans toutes les zones de santé à forte prévalence pour le dépistage communautaire actif • Renforcer la collaboration avec le CNLS pour les activités de dépistage TB dans les environnements à risque (mines, prisons, camps de réfugiés) • Former et superviser le personnel de toutes les FOSA non-CDT (5 886 sites) pour l'identification et la référence des cas présumés
Approvisionnement, médicaments, système pharmaceutique, laboratoire, transport des échantillons • Garantir la disponibilité permanente des médicaments antituberculeux (TB sensible et TB-MR) dans tous les CDT grâce à un système de gestion des stocks renforcé (FEFO) • Renforcer les capacités de la CENAME pour l'approvisionnement en médicaments de seconde ligne (MSL) et en réactifs de laboratoire

• Améliorer le circuit des données laboratoire pour les cas TB-RR/MR : assurer une transmission rapide des résultats GeneXpert • Mettre en place un système de transport d'échantillons fiable et régulier entre les FOSA périphériques et les laboratoires de référence • Doter le laboratoire national de référence de moyens suffisants pour la surveillance de la résistance aux médicaments antituberculeux • Mettre en place des NPOC pour faciliter l'accès des cas présumés au diagnostic précoce de la TB
Prévention • Intégrer le TPT dans les services de santé maternelle et infantile pour les enfants de moins de 5 ans en contact avec un cas de TB • Renforcer la vaccination BCG pour tous les nouveau-nés dans les établissements de santé et en stratégie avancée • Mener des campagnes de sensibilisation communautaire sur la prévention de la TB dans toutes les régions • Documenter le TPT chez les PVVIH
Prise en charge des cas TB/ TBMR • Atteindre un taux de succès thérapeutique $\geq 90\%$ pour la TB sensible (cohorte 2021 : 87%) en réduisant les perdus de vue et les décès • Améliorer le taux de succès thérapeutique de la TB-MR/RR $\geq 85\%$ (cohorte 2021 : 83%) par un meilleur suivi des patients • Étendre le régime BpaLM (Bédaquiline-Prétomanide-Linézolide-Moxifloxacin) comme traitement standard pour la TB-MR/XDR • Réduire les délais entre le diagnostic au laboratoire et le début de la prise en charge thérapeutique (cible : < 7 jours) • Renforcer le suivi clinique des patients TB-MR dans les sites collaborateurs pendant la phase de continuation du traitement • Mettre en place un système d'alerte précoce pour identifier les patients à risque d'abandon et intervenir rapidement
Coinfection TB/VIH • Maintenir le taux de dépistage du VIH chez les patients TB au-dessus de 95% et garantir la mise sous ARV de tous les coïnfectés TB/VIH • Créer des comités TB/VIH opérationnels au niveau régional pour assurer une coordination effective des deux programmes

• Renforcer la collaboration avec le CNLS pour les activités de dépistage TB parmi les PvVIH dans les UNITÉ DE PEC HIV-VIH • Assurer la co-prescription systématique du TPT et des ARV chez les PvVIH selon les directives nationales • Harmoniser les outils de collecte de données TB/VIH pour améliorer la qualité des rapports conjoints
TB Enfant, Populations vulnérables, Déterminants sociaux • Renforcer le diagnostic de la TB pédiatrique dans tous les CDT (utilisation du GeneXpert sur les lavages gastriques, crachats induits, biopsies ganglionnaires) • Assurer le dépistage systématique de la TB et du VIH chez tous les enfants contacts de moins de 5 ans • Intégrer la prise en charge de la malnutrition dans le protocole de traitement de la TB pédiatrique • Étendre les activités de dépistage actif et de prise en charge TB aux populations vulnérables (réfugiés, déplacés internes, prisonniers, mineurs travailleurs) • Lever les obstacles liés aux droits humains et aux déterminants sociaux (stigmatisation, pauvreté, accès géographique) qui freinent l'accès aux soins • Étendre les stratégies de lutte contre la stigmatisation à l'ensemble des régions (actuellement limitées à 11 villes dans 8 régions)
Engagement communautaire, société civile et protection sociale • Lever les obstacles liés aux droits humains et aux déterminants sociaux (stigmatisation, pauvreté, accès géographique) qui freinent l'accès aux soins • Étendre les activités de dépistage actif et de prise en charge TB aux populations vulnérables (réfugiés, déplacés internes, prisonniers, mineurs travailleurs) • Renforcer la coordination des interventions sous directives communautaires • Garantir la disponibilité permanente des médicaments antituberculeux (TB sensible et TB-MR) à travers les mécanismes de surveillance dirigée par la communauté • Renforcer les capacités des acteurs communautaires dans la fourniture des services de santé non discriminatoires • Renforcer la collecte et le convoyage des échantillons de la communauté vers les CDT • Renforcer le suivi communautaire des patients sous anti TB et sous TPT
Surveillance, Suivi-Evaluation, Système d'Information et Recherche opérationnelle • Renforcer la qualité de la saisie des données dans le DHIS2 par des sessions de formation et des vérifications trimestrielles sur site

- Instaurer un système de supervision formative incluant un registre des supervisions, des rapports standardisés et un suivi des recommandations
- Mettre à jour les outils de gestion selon les orientations consolidées sur la production et l'utilisation relative à la surveillance de la TB (OMS 2024)
- Promouvoir la recherche opérationnelle sur les facteurs d'abandon, les coûts catastrophiques et les stratégies innovantes de dépistage
- Conduire une réflexion sur l'organisation d'une journée scientifique TB
- Renforcer la collaboration avec les instituts de recherche et les sociétés savantes pour la production de données probantes

Recommandations/Plaidoyers générales pour le prochain plan stratégique

Au cours de la revue, plusieurs actions et recommandations ont été formulées pour résoudre les différents problèmes notés. Les recommandations prioritaires ont été identifiées en s'assurant qu'elles sont pertinentes, réalisables et mesurables. Elles suggèrent au gouvernement de mener avec l'appui des partenaires les actions ci-après par niveaux d'implémentation.

Au Ministère de la Santé Publique (MINSANTE)

- Mettre en place un cadre de coordination et du suivi
- Inscrire la lutte contre la TB parmi les priorités budgétaires nationales de santé avec une ligne budgétaire dédiée et croissante notamment dans l'acquisition des médicaments et des intrants
- Valider et diffuser les directives nationales actualisées de prise en charge de la TB sensible et résistante
- Veiller aux remboursements des prestations de soins de la TB Intégrées dans la couverture santé universelle (CSU)
- Renforcer le système de quantification et de prévision des besoins en médicaments et réactifs pour la TB en collaboration avec le PNLT

Au Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT)

- Mettre en place un cadre formel de coordination multi-acteurs (partenaires, OSC, secteur privé) avec réunions trimestrielles et rapports de mise en œuvre
- Développer et mettre en œuvre une stratégie nationale de communication sur la TB ciblant les populations vulnérables et les zones prioritaires

- Développer un tableau de bord de suivi des interventions du PSN TB 2027-2030
- Assurer la mise à jour régulière des guides et Procédures Opérationnelles Standards (POS) pour toutes les activités du programme (diagnostic, traitement, suivi, supervision)
- Mettre en place un système d'alerte précoce de rupture de stock et un mécanisme de redistribution rapide entre les districts

A la Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et consommables médicaux Essentiels (CENAME)

- Garantir la disponibilité et l'accessibilité en temps réel des médicaments antituberculeux essentiels (TB sensible et MSL) dans tous les CDT du pays
- Assurer l'approvisionnement régulier en réactifs de laboratoire (GeneXpert, TB-LAMP) pour éviter les interruptions diagnostiques

Aux institutions de recherche et de formation

Aux partenaires techniques et financiers

- Maintenir et renforcer le financement du PNLT pour atteindre les cibles du PSN TB 2027-2030, en comblant progressivement le gap de financement identifié
- Aligner les appuis techniques et financiers sur les priorités du PSN et les plans opérationnels régionaux pour éviter les duplications
- Renforcer les capacités institutionnelles du PNLT en ressources humaines, logistiques et en systèmes de gestion de l'information
- Soutenir le développement et la mise à l'échelle des innovations technologiques (nouveaux outils diagnostiques, régimes courts) pour accélérer l'impact
- Appuyer les initiatives de mobilisation du financement domestique et la mise en place de mécanismes durables de financement de la lutte antituberculeuse
- Contribuer au renforcement de la recherche opérationnelle nationale en finançant des études prioritaires identifiées dans le PSN

Chapitre 4 : CADRE STRATEGIQUE DU PSN TB 2027-2030

4.1. Vision

La vision du Cameroun est de « *Mettre fin à l'épidémie de la tuberculose comme problème de santé public d'ici 2035* »¹

4.2. Mission et principes directeurs du cadre de mise en œuvre

4.2.1. Mission

La principale mission du PNLT est de « *Contribuer à mettre fin à l'épidémie de la tuberculose en promouvant la prévention de la maladie tout en facilitant l'accès au diagnostic et à la prise en charge de toutes les formes de tuberculose* ».

4.2.2. Principes directeurs du cadre de mise en œuvre

La mise en œuvre du PSN-TB repose sur des principes directeurs qui garantissent la cohérence, l'efficacité et la durabilité des interventions à tous les niveaux du système de santé.

4.1.1.1. Approche multisectorielle et participative

- Impliquer l'ensemble des acteurs : gouvernement, partenaires techniques et financiers, société civile, secteur privé et communautés.
- Participation communautaire, promotion des droits humains, équité, genre et solidarité ;
- Favoriser la coordination entre les programmes (TB, VIH, santé communautaire, nutrition, etc.) pour une réponse intégrée.
- Favoriser la coordination entre le ministère de la santé publique et les autres sectorielles.

¹ Conformément à la Stratégie End TB de l'OMS, l'élimination de la tuberculose comme problème de santé publique correspond à l'atteinte d'un niveau d'incidence inférieur à 10 cas de tuberculose pour 100 000 habitants par an.

4.1.1.2. Leadership national et appropriation

- Renforcer le rôle du PNLT comme organe central de pilotage et de coordination de la lutte contre la tuberculose,
- Promouvoir l'appropriation du PSN TB à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et des sectorielles.

4.1.1.3. Équité et accès universel

- Garantir l'accès équitable aux services de prévention, de diagnostic et de traitement, sans discrimination géographique, sociale ou économique (Couverture Santé Universelle);

4.1.1.4. Prioriser les populations vulnérables : personnes vivant avec le VIH, détenus, travailleurs de mines, enfants, déplacés internes et réfugiés, etc. **Prise de décision Basée sur les données probantes**

- Utiliser les données épidémiologiques, opérationnelles et financières pour orienter les décisions.
- Renforcer les mécanismes de triangulation et validation participative des données à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et les sectorielles.

4.1.1.5. Intégration et durabilité

- Renforcer l'intégration et la mutualisation des interventions TB dans les structures existantes du système de santé.
- Promouvoir la durabilité financière par la mobilisation des financements nationaux, issus des collectivités territoriales décentralisées, partenariat public/privé,
- Promouvoir la durabilité institutionnelle, et la mobilisation communautaire.

4.1.1.6. Innovation et digitalisation

- Encourager l'usage des technologies numériques pour la prise en charge des patients, la supervision et la communication (DHIS2, WhatsApp, SMS).
- Soutenir la recherche opérationnelle et l'innovation locale pour améliorer la performance du programme.
- Renforcer la transparence et la redevabilité grâce aux TIC.
- Assurer la gestion transparente des ressources et la reddition de comptes à tous les niveaux de la pyramide sanitaire grâce aux TIC.
- Renforcer les mécanismes de suivi-évaluation participatifs et des audits réguliers.

4.3. Orientations stratégiques et priorités nationales

4.3.1. Orientations stratégiques

4.3.1.1. Orientations Internationales

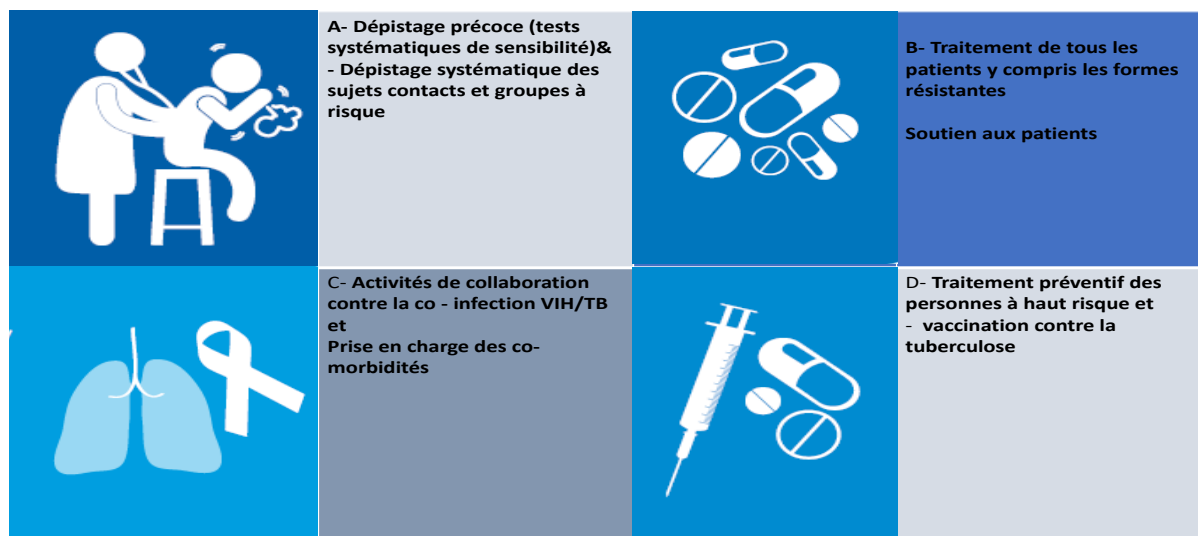
- *Objectifs de Développement Durable (ODD)*

L'Assemblée Générale des Nations Unies a validé en Novembre 2015, de nouveaux objectifs qui guideront les agendas de développement des pays membres, pour la période 2016-2030. La lutte contre la tuberculose contribue à la réalisation de **l'ODD n°3 à savoir : Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge**. Cet ODD n°3 comprend plusieurs cibles parmi lesquelles la cible 3.3. qui vise d'ici 2030, à mettre fin à l'épidémie de SIDA, à **la tuberculose**, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmissibles par l'eau et autres maladies transmissibles.

- *Orientations de l'OMS*

La **Stratégie « End TB » de l'OMS** a pour objectif d'ici 2030 de "réduire de 90 % les décès, de 80 % l'incidence, et protéger 100 % des ménages contre les coûts catastrophiques liés à la maladie". Cette stratégie est articulée autour des 3 piliers résumés par l'illustration ci-dessous:

Pilier 1 : Soins et prévention intégrés, centrés sur le patient



Pilier 2 : Politiques audacieuses et système de soutien



A. Engagement politique s'accompagnant de ressources adéquates pour les soins et la prévention



B. Collaboration des communautés, des organisations de la société civile et des dispensateurs de soins publics et privés



D. Protection sociale, réduction de la pauvreté et actions sur d'autres déterminants de la tuberculose



C. Politique de couverture sanitaire universelle et cadres réglementaires pour la notification des cas, les statistiques d'état civil, la qualité et l'usage rationnel des médicaments, et la prévention de l'infection

Pilier 3 : Intensification de la recherche et de l'innovation



A. Découverte, mise au point et adoption rapide de nouveaux outils, interventions et stratégies



B. Recherche pour optimiser la mise en œuvre et l'impact et promouvoir l'innovation

La période 2027–2030 marque une phase décisive pour accélérer la mise en œuvre de la stratégie End TB au Cameroun. Elle vise à consolider les acquis du PSN 2024-2026, combler les gaps persistants (sous-notification, TB multirésistante, contraintes budgétaires) et maintenir le pays sur la trajectoire des cibles mondiales fixées pour 2030. Les composantes prioritaires du PSN

2027-2030 sont ciblées, innovantes et durables, afin de réduire la mortalité et l'incidence, tout en garantissant l'équité d'accès aux soins et la protection sociale des populations vulnérables. C'est à cet effet que les objectifs généraux de ce document sont arrimés aux orientations internationales tel que résumé ci-dessous:

Tableau 10: Arrimage du PSN TB 2027-2030 à la Stratégies « End TB » et Objectifs de Développement Durable (ODD) 2030

Objectifs généraux du PSN TB 2027-2030	Stratégies « End TB » et Objectifs de Développement Durable (ODD) 2030
• Réduire de 50% le taux de mortalité dû à la TB (par rapport à 2024) • Réduire de 50% le taux d'incidence (par rapport à 2024) • Réduire à 0 % la proportion des familles qui supportent des coûts catastrophiques dus à la TB.	Stratégies « End TB » de l'OMS: d'ici 2030, avec des cibles ambitieuses : réduire de 90 % les décès, de 80 % l'incidence, et protéger 100 % des ménages contre les coûts catastrophiques liés à la maladie ODD 2030 ODD 3.3 : d'ici 2030, mettre fin à l'épidémie de SIDA, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmissibles par l'eau et autres maladies transmissibles.

Il convient également de relever que le pays a souscrit à la *Déclaration d'Abuja sur le VIH/Sida, la tuberculose et les autres maladies infectieuses (2001)*. Celle-ci est une résolution prise par les pays africains d'allouer au moins 15% de leur budget annuel à l'amélioration du secteur santé d'ici 2015. Ceci a été réaffirmé dans la Déclaration de Maputo (2003) ; (REF : SSS 2020-2030)

4.3.1.2. Orientations Nationales

La Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) 2020-2030 s'aligne sur la SND30 laquelle, est une opérationnalisation du premier cycle de la Vision 2035. La SSS qui est le document de référence du secteur santé prend également en compte les cibles des Objectifs de Développement Durable (ODD) n°3, 6 et 13. La vision formulée dans la SSS est : « **Le Cameroun, un pays où l'accès universel aux services de santé de qualité est assuré pour toutes les couches sociales à l'horizon 2035 avec la pleine participation des communautés** ».

Le Plan National de Lutte contre la Tuberculose est un effort consenti par le secteur santé pour contribuer à la réalisation de la vision sus évoquée. C'est à cet effet que le but recherché dans le cadre de la mise en œuvre de ce document est de « **contribuer au développement d'un capital humain sain, productif et capable de porter une croissance forte, inclusive et durable** ». *Ce qui est par ailleurs* l'objectif général de la SSS 2020-2030 et l'orientation assignée au secteur santé par la SND30. De manière plus précise, des stratégies de mise en œuvre ont été développées dans la SSS 2020-2030 afin d'orienter l'action du gouvernement dans ce domaine. Celles-ci ont été prise en compte dans le cadre du développement du PSN TB.

Tableau 11: Orientations de la Stratégie Sectorielle de Santé sur la prévention et la prise en charge de la Tuberculose

ORIENTATIONS DE LA SSS 2020-2030			Objectifs PSN 2027-2030
AXE STRATEGIQUE	OBJECTIF SSS 2020-2030	STRATEGIE DE MISE EN OEUVRE	
PREVENTION DE LA MALADIE	« D'ici 2030 réduire l'incidence/prévalence des principales maladies transmissibles (VIH, paludisme et tuberculose) et éliminer certaines MTN (filariose lymphatique et THA)»	Stratégie de mise en œuvre 2.1.2 : amélioration de la prévention du VIH/SIDA, de la tuberculose, des IST et hépatites virales prioritairement pour les groupes les plus vulnérables.	Réduire de 50% le taux d'incidence (par rapport à 2024)
PRISE EN CHARGE DES CAS	« D'ici 2030, assurer une prise en charge curative selon les normes des maladies transmissibles et non-transmissibles ainsi que leurs complications ».	Stratégie de mise en œuvre 3.1.2 : amélioration du diagnostic et de la prise en charge curative des cas de VIH/SIDA, de TB, d'IST et d'hépatites virales	Réduire de 50% le taux de mortalité dû à la TB (par rapport à 2024)

4.3.2. Priorités nationales

4.3.2.1. Interventions prioritaires

Les orientations stratégiques ci-dessus, les performances obtenues et les recommandations de la revue du PSN TB 2024-2026, ont permis d'identifier les priorités nationales de la lutte contre la tuberculose au Cameroun pour la période 2027-2030 :

4.3.2.2. Groupe de population prioritaires pour la période 2027-2030

L'identification des groupes de population prioritaires constitue un pilier central du PSN TB 2027-2030. Elle permet de concentrer les efforts de dépistage, de prévention et de prise en charge sur les communautés les plus exposées au risque de tuberculose, afin de maximiser l'impact des interventions et réduire la transmission. Cette approche ciblée favorise une allocation optimale des ressources et renforce l'équité dans l'accès aux soins, en tenant compte des réalités sociales, économiques et sanitaires du pays.

Groupe 1 :

- **Les enfants de moins de 5 ans**, chez qui la tuberculose reste sous-diagnostiquée et souvent diagnostiquée tardivement
- **Les détenus**, du fait des conditions favorisant la transmission de la maladie ;
- **Les déplacés internes et les réfugiés**, confrontés à des difficultés d'accès aux services de santé et à un risque accru d'interruption des soins ;
- **Les personnes vivant avec le VIH (PVVIH)**, en raison du risque élevé de développer une tuberculose active et de mortalité associée ;
- **Les contacts des cas index de tuberculose sensible et pharmacorésistance**, particulièrement les contacts familiaux et les enfants exposés ;
- **Le personnel de santé et les autres professionnels fortement exposés**, en raison du risque professionnel d'exposition à la tuberculose.

Groupe 2 :

- **Les personnes vivant dans des contextes de vulnérabilité socio-économique**, notamment les populations vivant dans des zones urbaines précaires ou difficiles d'accès ;
- **Les personnes souffrant de comorbidités ou de facteurs de risque associés à la tuberculose**, notamment le diabète, la malnutrition, les immunodépressions, le tabagisme et l'alcoolisme.

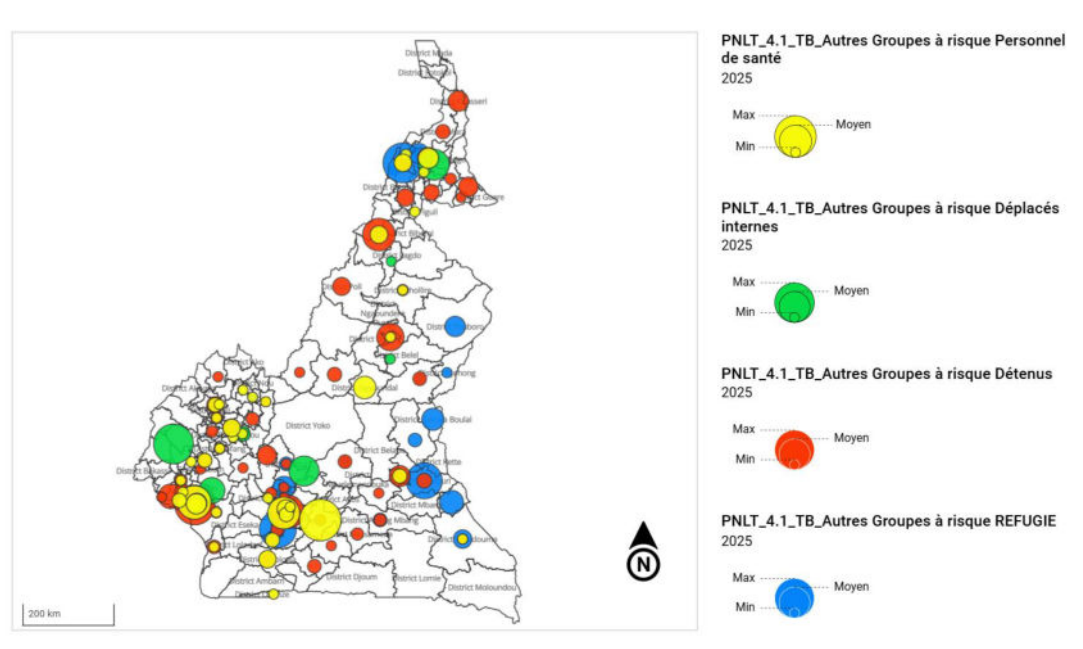


Figure 25: Carte des populations prioritaires de la TB

source DHIS Mai 2026

4.3.2.3. Zones géographiques prioritaires pour la période 2027-2030

La priorisation géographique des interventions du PSN TB 2027–2030 repose sur une analyse combinée de la charge de morbidité, des niveaux de notification, des gaps de détection, des performances programmatiques, de la vulnérabilité des populations, de l’accessibilité aux services ainsi que des contraintes sécuritaires et humanitaires. Cette approche vise à concentrer les ressources et les interventions dans les Districts et Régions où le risque de transmission demeure élevé et où les besoins programmatiques sont les plus importants, tout en garantissant un paquet essentiel de services TB sur l’ensemble du territoire national.

Les interventions prioritaires porteront notamment sur les zones caractérisées par :

- une forte charge de tuberculose ;
- une stagnation ou une faible performance de la notification ;
- une faible couverture du dépistage, du traitement préventif et curatif ;
- des difficultés d'accès aux services de santé ;
- une forte concentration de populations vulnérables ;
- des contextes sécuritaires ou humanitaires fragiles ;
- des gaps importants dans la prise en charge de la TB pharmacorésistante.

Sur la base des analyses programmatiques réalisées au niveau national, les Districts prioritaires pour la période 2027–2030 seront principalement concentrés dans les régions suivantes :

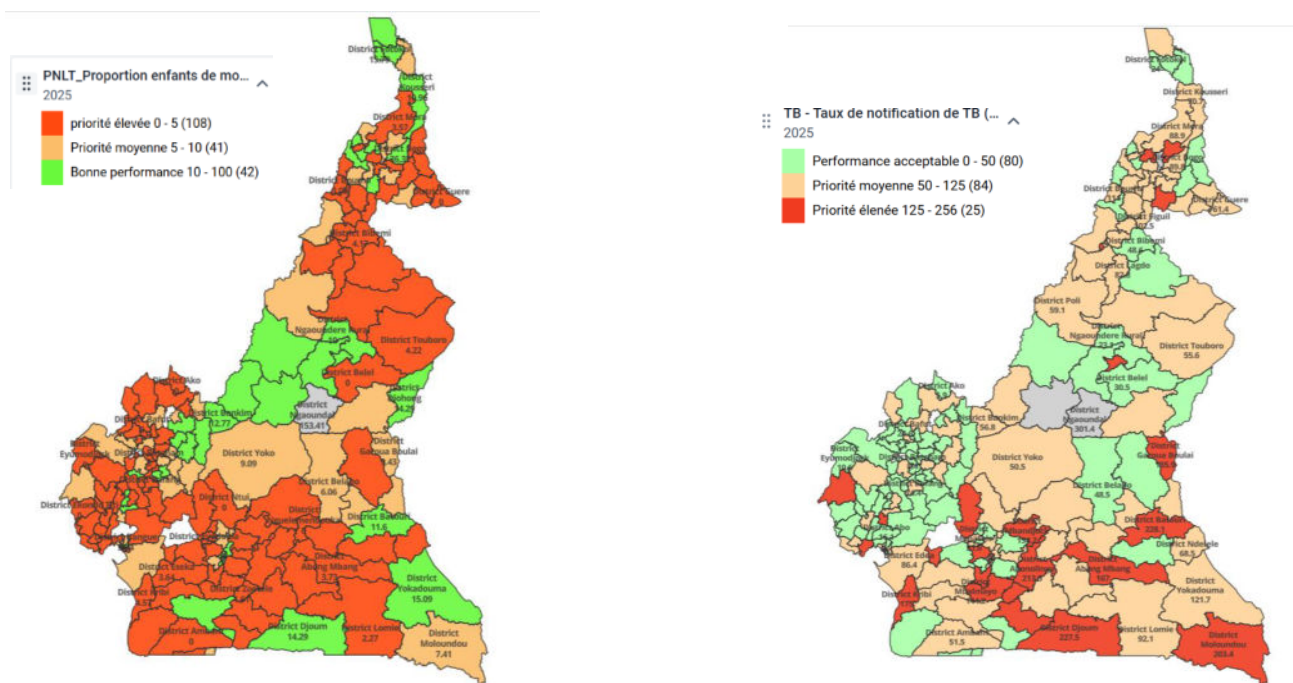


Figure 26: Carte des zones prioritaires de la lutte contre la TB

4.3.2.4. Stratégies prioritaires pour la période 2027-2030

- **Renforcer le dépistage actif et précoce, et la notification des cas de TB**

Renforcer la recherche active des cas à toutes les portes d'entrées des FOSA, en communauté et à l'incarcération chez les détenus. Réduire le retard diagnostique, notamment chez les populations à risque : contacts de cas index, personnes vivant avec le VIH (PVVIH), enfants et populations marginalisées. Améliorer la détection active et ciblée des cas dans la communauté et dans les structures de soins.

- **Améliorer l'accès à un diagnostic intégré, rapide et de qualité**

Étendre le test moléculaire rapide (GeneXpert, TB Lamp, Truenat, NPOC), renforcer le réseau de référence des échantillons biologiques, réduire les délais de confirmation diagnostique et garantir la disponibilité des réactifs et consommables dans toutes les formations sanitaires.

- **Garantir une prise en charge complète, gratuite et centrée sur le patient**

Renforcer l'approche différenciée pour assurer l'adhérence au traitement, le soutien psychosocial, la réduction de la stigmatisation et le suivi communautaire de qualité. Mobiliser des ressources humaines formées et motivées pour accompagner chaque patient tout au long de son parcours thérapeutique.

- **Renforcer la lutte contre la TB pharmacorésistance (TB-MR)**

Optimiser l'identification précoce, la référence rapide, le suivi thérapeutique et l'appui social des cas de TB résistante afin de limiter la transmission et de réduire les pertes de vue. Garantir la disponibilité des médicaments de 2e ligne sur l'ensemble du territoire.

- **Prévenir la tuberculose chez les personnes exposées**

Systématiser le dépistage des cas contacts, généraliser la Thérapie Préventive de la Tuberculose (TPT) pour les groupes éligibles, et renforcer les mesures de contrôle de l'infection dans les structures de soins et en milieu communautaire.

- **Promouvoir des approches ciblées chez les populations vulnérables**

Réviser les guides pour l'adoption des stratégies innovantes telles que recommandées comme : Urine LAM chez les PVVIH, l'utilisation des Algorithmes de Diagnostic et de Traitement (ADT) chez les enfants, renforcement du screening à l'incarcération dans les prisons, le contact tracing, déploiement des régimes courts de TPT.

- **Assurer un financement durable et une coordination multisectorielle**

Mobiliser et diversifier les ressources financières, renforcer l'engagement de l'État, des partenaires techniques et financiers, du secteur privé et de la société civile. Articuler la réponse TB avec les autres programmes de santé et secteurs de développement connexes.

- **Renforcer l'intégration TB/VIH/Paludisme**

Renforcer les fonctions transversales du programme, notamment le système d'information sanitaire, la gestion des approvisionnements et des stocks, les ressources humaines, la redevabilité, la digitalisation, la recherche opérationnelle et l'utilisation des données probantes pour la prise de décision.

- **Promouvoir l'engagement communautaire, les droits humains, le genre, l'équité et protection sociale,**

Institutionnaliser l'engagement communautaire et le suivi dirigé par la communauté, renforcer la participation des OSC et des communautés, promouvoir les droits humains, réduire la stigmatisation et améliorer la protection sociale des personnes affectées par la tuberculose.

4.3.3. Objectifs et résultats attendus pour 2030

- Réduire de 50% le taux de mortalité dus à la TB (par rapport à 2024)
- Réduire de 50% le taux d'incidence (par rapport à 2024)
- Réduire à 0 % la proportion des familles qui supportent des coûts catastrophiques dus à la TB.

4.3.4 Cadre logique du PSN TB 2027-2030

Le cadre logique du Plan Stratégique National de Lutte contre la Tuberculose 2027-2030 constitue l'outil de référence pour la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des interventions retenues. Il traduit de manière structurée la logique d'intervention du programme en établissant les liens entre les impacts visés, les effets attendus, les extrants à produire et les interventions stratégiques à mettre en œuvre au cours de la période 2027-2030.

Élaboré sur la base de l'analyse de la situation de la tuberculose, des enseignements tirés de la mise en œuvre du précédent plan stratégique, des orientations de la Stratégie End TB de l'OMS, des priorités nationales de santé ainsi que des consultations menées avec les différentes parties prenantes, le cadre logique vise à assurer la cohérence entre les défis identifiés, les réponses stratégiques retenues et les résultats attendus.

Le cadre logique s'articule autour de quatre niveaux complémentaires :

- **Les impacts**, qui traduisent les changements à long terme recherchés en matière de réduction du fardeau de la tuberculose ;
- **Les effets**, qui correspondent aux changements attendus au niveau des bénéficiaires, du système de santé et de la réponse nationale à la tuberculose ;
- **Les extrants**, qui représentent les produits, services et résultats intermédiaires devant être générés par la mise en œuvre des interventions ;
- **Les interventions stratégiques**, qui regroupent l'ensemble des actions prioritaires à mettre en œuvre pour atteindre les résultats escomptés.

L'ensemble de ces composantes est assorti d'indicateurs de performance, de cibles, de sources de vérification et d'hypothèses permettant d'apprécier les progrès réalisés vers l'atteinte des objectifs du PSN TB 2027-2030.

Tableau 12: Cadre logique du PSN

Impacts	Effets	Extrants	Principales interventions	Piliers
Impacts 1 : Les nouvelles infections sont réduites de 132 cas /100 000 hbts en 2024 à 66 cas/100 000 hbts en 2030	Effet 1.1: les nouveaux cas et rechutes notifiés de TB TFC ont augmenté de 26552 en 2024 à 31 898 d'ici 2030	Extrant 1.1.1 : 95% des patients sont screenés à toutes les portes d'entrées des FOSA	Interventions1.1.1.1: Renforcement de la recherche active des cas à toutes les portes d'entrées Interventions1.1.1.2 : Renforcement du screening chez les détenus à l'incarcération et à la sortie de prison. Interventions1.1.1.3: Renforcer le dépistage de masse en communauté et dans les prisons avec les radios mobiles et l'IA.	Pilier 1 : Soins et prévention intégrées, centrées sur le patient
		Extrant 1.1.2 : 95% des patients TPB+ ont bénéficié du contact tracing	Interventions1.1.2.1 : contact tracing dans la communauté, les prisons et la FOSA	Pilier 1 : Soins et prévention intégrées, centrées sur le patient
		Extrant 1.1.3 : 100% des ASCp ont fait des campagnes de sensibilisation/participé aux activités communautaires	Interventions1.1.3.1: Renforcer les portes à portes, les campagnes et les enquêtes d'entourage Interventions1.1.3.2 : formation/recyclage des ASCp (e-learning)	Pilier 1 : Soins et prévention intégrées, centrées sur le patient
		Extrant 1.1.4: les nouveaux outils de diagnostic rapide de la TB sont déployés	Interventions1.1.4.1: Acquisition des nouveaux outils de diagnostic rapide de la TB	Pilier 1 : Soins et prévention intégrées, centrées sur le patient
			Interventions1.1.4.2: Mise en place de la stratégie de pooling de test de crachat	Pilier 1 : Soins et prévention intégrées, centrées sur le patient
			Interventions1.1.4.3: Formation du personnel aux nouveaux outils de diagnostic	Pilier 1 : Soins et prévention intégrées, centrées sur le patient

		Extrant 1.1.5: le nombre de CDT passe de 387 à 500 d'ici 2030	Interventions 1.1.5.1 : Ouverture, équipement et mise en fonctionnement de nouveaux CDT dans les zones à haute charge bacillaire et faible couverture géographique	Pilier 1 : Soins et prévention intégrées, centrées sur le patient
		Extrant 1.1.6: les acteurs communautaires VIH/Paludisme ont des compétences sur la recherche et la référence des cas présumés de TB	Interventions 1.1.6.1 : Renforcement du système de référence et contre-référence pour les cas présumés TB entre les CDT, hôpitaux de district et structures communautaires	Pilier 1 : Soins et prévention intégrées, centrées sur le patient
	Effet 1.2: les connaissances, attitudes et pratiques des populations sur la tuberculose se sont améliorées d'au moins 50 % d'ici 2030	Extrant 1.2.1 : Au moins 5 campagnes de communication de masse sur les signes d'alerte et la prévention de la TB sont conduites annuellement dans toutes les régions, avec une couverture d'au moins 60% de la population cible, d'ici 2030	Interventions 1.2.1.1 : Élaboration et diffusion de supports IEC/CCC adaptés aux contextes locaux (radio communautaire, réseaux sociaux, affiches) Interventions 1.2.1.2 : Organisation de journées portes ouvertes et caravanes de sensibilisation TB dans les communautés à forte endémie	Pilier 1 : Soins et prévention intégrées, centrées sur le patient
		Extrant 1.2.2 : Au moins 70% des communautés dans les zones à forte endémie TB disposent d'agents de santé communautaires (ASC) formés et actifs sur la détection précoce et le référencement des cas présumés TB d'ici 2030	Interventions 1.2.2.1 : Formation et recyclage des ASC sur les symptômes, le référencement et le suivi des patients TB Interventions 1.2.2.2 : Mise en place et animation de réseaux communautaires de surveillance TB (clubs de patients, associations)	Pilier 1 : Soins et prévention intégrées, centrées sur le patient
	Effet 1.3: les cas de TBMR notifiés ont augmenté de 188 en 2024 à 344 en 2030	Extrant 1.3.1 : Au moins 95% des cas confirmés de TB bénéficient d'un test de sensibilité aux médicaments (DST moléculaire – GeneXpert MTB/RIF Ultra ou séquençage) dans les CDT équipés d'ici 2030	Interventions 1.3.1.1 : Renforcement de la capacité de diagnostic moléculaire (déploiement GeneXpert Ultra, TrueNat) dans les CDT prioritaires Interventions 1.3.1.2 : Formation des techniciens de laboratoire sur les techniques de DST moléculaire et le contrôle de qualité	Pilier 1 : Soins et prévention intégrées, centrées sur le patient

		Extrant 1.3.2 : Au moins 3 unités de prise en charge de la TBMR (avec cliniciens formés aux protocoles BPALM sont opérationnelles dans chaque région sanitaire d'ici 2030	Interventions 1.3.2.1 : Réhabilitation et équipement des unités de soins TBMR (isolement, monitoring cardiaque, bilan biologique) Interventions 1.3.2.2 : Formation des cliniciens sur les nouveaux régimes courts oraux pour TBMR (et leur pharmacovigilance	Pilier 1 : Soins et prévention intégrées, centrées sur le patient
	Effet 1.4: les cas de TB pédiatrique notifiés ont augmenté de 1808 en 2024 à 3254 en 2030	Extrant 1.4.1 : Au moins 80% des enfants de moins de 5 ans contacts de cas index TB sont dépistés (examen clinique, IDR, Xpert/test urinaire LAM) et bénéficient d'une prise en charge adaptée (TPT ou traitement curatif) d'ici 2030	Interventions 1.4.1.1 Assurer la qualité de soins et la guérison de tous les patients de la TB, y inclus la TB résistante et le soutien aux patients	Pilier 1 : Soins et prévention intégrées, centrées sur le patient
			Interventions 1.4.1.2 : Investigation systématique des contacts intra-domiciliaires des cas index TB avec registre dédié Interventions 1.4.1.3 : Formation des pédiatres et agents de santé sur le diagnostic et le traitement de la TB pédiatrique (y compris formes extrapulmonaires)	Pilier 1 : Soins et prévention intégrées, centrées sur le patient
		Extrant 1.4.2 : Au moins 90% des formations sanitaires offrant des soins pédiatriques disposent d'outils de diagnostic TB adaptés aux enfants (test urinaire Xpert Ultra) et de formulations pédiatriques des médicaments anti-TB d'ici 2030	Interventions 1.4.2.1 : Approvisionnement régulier en outils de diagnostic TB pédiatrique (LAM urinaire, Xpert Ultra) et en comprimés dispersibles pédiatriques Interventions 1.4.2.2 : Mise en place du TPT (3HP ou 6H) pour tous les enfants contacts éligibles avec suivi mensuel documenté	Pilier 1 : Soins et prévention intégrées, centrées sur le patient
	Effet 1.5 : les dispositions de prévention sont mises en œuvre au niveau de toutes les FOSA, ainsi que les communautés vulnérables	Extrant 1.5.1 : 100% des enfants bénéficient du BGG à la naissance Extrant 1.5.2 : 90% des FOSA mettent en place un plan de contrôle de l'infection Extrant 1.5.3 : 90% des personnes éligibles bénéficient du TPT	Interventions 1.5.1.1 : Mettre en œuvre une Task force de collaboration et de suivi entre le programme et le PEV à tous les niveaux Interventions 1.5.2.1: Renforcement de la mise en œuvre des plans de contrôle de l'infection dans toutes les FOSA Interventions 1.5.3.1: Renforcement du TPT chez les personnes exposées et vulnérables	Pilier 1 : Soins et prévention intégrées, centrées sur le patient

Impacts 2 : la mortalité est réduite de 17 décès/100 000 hbts en 2024 à 8 décès/100 000 hbts en 2030	Effet 2.1: le taux de succès thérapeutique des patients TB sensible a progressé de 89,5% en 2024 à 91% en 2030	Extrant 2.1.1 : Au moins 90% des cas présomptifs dépistés sont confirmés ou infirmés, 100% des cas confirmés mis sous traitement dans les 7 jours et 85% des patients suivis jusqu'à guérison dans chaque cohorte annuelle d'ici 2030	Interventions 2.1.1.1 : Mise en place du DOT/DOTS renforcé (soutien à l'observance) dans tous les CDT avec implication des ASC Interventions 2.1.1.2 : Intégration du soutien nutritionnel et psychosocial dans la prise en charge globale des patients TB	Pilier 1 : Soins et prévention intégrées, centrées sur le patient
		Extrant 2.1.2 : Au moins 90% des patients TB bénéficie d'un suivi mensuel actif (TAC, ou DOT communautaire) permettant de maintenir le taux de perdus de vue sous traitement en dessous de 5% d'ici 2030	Interventions 2.1.2.1 : Déploiement d'outils numériques de suivi des patients (e-DOT, rappels SMS, applications mobiles pour agents de santé) Interventions 2.1.2.2 : Mise en place d'un système de recherche active des patients perdus de vue dans les 2 semaines	Pilier 1 : Soins et prévention intégrées, centrées sur le patient
	Effet 2.2: L'intégration des services TB/VIH est renforcée	Extrant 2.2.1 : Au moins 95% des patients TB nouvellement diagnostiqués sont testés pour le VIH avec résultat documenté dans le registre TB d'ici 2030	Interventions 2.2.1.1 : Intégration systématique du dépistage VIH dans les services TB (test systématique le jour du diagnostic) Interventions 2.2.1.2 : Renforcement des services intégrés TB/VIH dans tous les CDT (protocoles communs, dossiers partagés)	Pilier 1 : Soins et prévention intégrées, centrées sur le patient
	Effet 2.3: le succès thérapeutique des patients TB-MR/RR progresse de 82% en 2024 à 90% en 2030	Extrant 2.3.1 : Au moins 75% des patients TB-MR/RR nouvellement diagnostiqués sont mis sous schéma court oral conformément aux directives nationales actualisées d'ici 2030	Interventions 2.3.1.1 : Approvisionnement régulier et ininterrompu en médicaments de 2 ^e ligne Interventions 2.3.1.2 : Formation continue des cliniciens sur les nouveaux régimes TB-MR/RR et suivi des effets indésirables (pharmacovigilance active)	Pilier 1 : Soins et prévention intégrées, centrées sur le patient
		Extrant 2.3.2 : Au moins 2 Comités Multidisciplinaires de gestion des cas TB-MR/RR (CMC-TB-MR/RR) fonctionnels se réunissent mensuellement dans les hôpitaux de référence régionaux d'ici 2030	Interventions 2.3.2.1 : Mise en place et opérationnalisation des CMC-TB-MR/RR avec TDR validés et procès-verbaux de réunion archivés Interventions 2.3.2.2 : Renforcement du système national de pharmacovigilance pour les médicaments anti-TB de 2 ^e me ligne	Pilier 1 : Soins et prévention intégrées, centrées sur le patient
		Extrant 2.3.3 : 100% de souches de patients enregistrés TB-MR sont séquencés	Interventions : Développer le séquençage ciblé pour identifier les résistances aux médicaments de nouvelle génération	Pilier 1 : Soins et prévention intégrées, centrées sur le patient

	Effet 2.4: le gap entre le diagnostic et la mise sous traitement est réduit de 31% en 2024 à 16% en 2030	Extrant 2.4.1 : Le délai médian entre le diagnostic biologique confirmé et la mise sous traitement anti-TB est réduit à 7 jours maximum dans au moins 80% des CDT d'ici 2030	Interventions 2.4.1.1 : Mise en place de protocoles de démarrage rapide du traitement (same-day treatment initiation) dans les CDT prioritaires Interventions 2.4.1.2 : Décentralisation de la mise sous traitement au niveau communautaire pour les patients stables	Pilier 1 : Soins et prévention intégrées, centrées sur le patient
		Extrant 2.4.2 : Un système d'alerte électronique et de traçabilité des cas TB diagnostiqués non encore mis sous traitement est opérationnel dans 100% des districts sanitaires d'ici 2030	Interventions 2.4.2.1 : Développement et déploiement d'un outil de notification électronique pour les cas diagnostiqués non traités (intégré dans DHIS2) Interventions 2.4.2.2 : Renforcement de la coordination entre services de diagnostic (labo) et services de traitement (clinique)	Pilier 1 : Soins et prévention intégrées, centrées sur le patient
	Effet 2.5: l'achèvement du TPT chez les enfants est amélioré	Extrant 2.5.1 : Au moins 85% des enfants de moins de 5 ans contacts de cas TB et éligibles au TPT démarrent un traitement préventif (régime 3HP ou 6H) dans les 4 semaines suivant l'évaluation d'ici 2028	Interventions 2.5.1.1 : Systématisation du dépistage de l'éligibilité au TPT dans tous les CDT avec registre dédié aux contacts Interventions 2.5.1.2 : Sensibilisation et accompagnement des parents/tuteurs sur l'importance du TPT et les modalités de suivi	Pilier 1 : Soins et prévention intégrées, centrées sur le patient
		Extrant 2.5.2 : Au moins 80% des enfants mis sous TPT complètent le traitement préventif selon le régime prescrit avec un taux de perdus de vue inférieur à 10% dans toutes les cohortes annuelles d'ici 2030	Interventions 2.5.2.1 : Mise en place d'un système de suivi actif mensuel des enfants sous TPT (registre contacts, visites à domicile par ASC) Interventions 2.5.2.2 : Approvisionnement régulier en médicaments TPT (3HP, 1HP, 6H) et formulations pédiatriques dans tous les CDT	Pilier 1 : Soins et prévention intégrées, centrées sur le patient
	Impact 3: la qualité de la gouvernance progresse de 50% d'ici 2030 (selon les indicateurs de qualité retenus)	Effet 3.1: la planification intégrée TB/VIH/Paludisme est effective à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	Extrant 3.1.1 : Des plans opérationnels annuels intégrés TB/VIH/Paludisme, chiffrés et validés par les autorités sanitaires, sont disponibles à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (national, régional, district) d'ici fin 2027	Pilier 2 : Politiques audacieuses et systèmes de soutien
			Interventions 3.1.1.1 : Appui à l'élaboration des plans opérationnels annuels intégrés TB/VIH/Paludisme à tous les niveaux Interventions 3.1.1.2 : Renforcement des mécanismes de coordination intersectorielle TB/VIH/Paludisme (réunions trimestrielles, comités de pilotage)	

	<i>Effet 3.2: la mise en œuvre intégrée des activités TB/VIH/Paludisme est effective à tous les niveaux de la pyramide sanitaire</i>	Extrant 3.2.1 : Au moins 90% des districts sanitaires rapportent une mise en œuvre effective des activités intégrées TB/VIH/Paludisme selon le plan opérationnel validé, avec des rapports trimestriels produits et transmis à temps d'ici 2028 ; les cadres normatifs sont appliqués et les mécanismes de financement et de coordination renforcés	Interventions 3.2.1.1 : Élaboration et mise en œuvre d'un référentiel commun d'intégration TB/VIH/Paludisme (outils, protocoles, registres harmonisés) à tous les niveaux de la pyramide sanitaire Interventions 3.2.1.2 : Supervision conjointe TB/VIH/Paludisme semestrielle dans tous les districts avec grilles standardisées et retour d'informations structuré Interventions 3.2.1.3 : Renforcement des mécanismes de coordination intersectorielle (comités de pilotage, réunions de revue conjointes, plateformes de coordination multi-maladies) avec PV archivés et plans d'action corrective	<i>Pilier 2 : Politiques audacieuses et systèmes de soutien</i>
	<i>Effet 3.3: les données de qualité sont disponibles et utilisées pour la prise de décision à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.</i>	Extrant 3.3.1 : Un système intégré de collecte, validation et analyse des données TB harmonisé avec le DHIS2 national est opérationnel dans au moins 90% des CDT ; des revues de données trimestrielles sont organisées et documentées à tous les niveaux (national, régional, district) avec des recommandations effectivement appliquées dans les 60 jours d'ici 2028	Interventions 3.3.1.1 : Intégration du registre électronique TB dans le DHIS2 national et formation des gestionnaires de données à la saisie, la validation et l'analyse des indicateurs TB dans toutes les structures de notification Interventions 3.3.1.2 : Organisation de revues trimestrielles des données TB aux niveaux national, régional et district, avec tableaux de bord automatisés et production de rapports d'analyse pour la prise de décision Interventions 3.3.1.3 : Renforcement de la qualité des données TB (audits périodiques des données, évaluation DQA annuelle, triangulation des sources PNLT/laboratoire/pharmacie) et publication du rapport annuel de performance du programme	<i>Pilier 2 : Politiques audacieuses et systèmes de soutien</i>

		Extrant 3.3.2 : Une culture institutionnelle d'utilisation des données probantes pour la prise de décision est établie : au moins 80% des recommandations issues des revues de données trimestrielles font l'objet d'un plan d'action correctif documenté et dont le taux de mise en œuvre est suivi trimestriellement à tous les niveaux de la pyramide sanitaire d'ici 2029	Interventions 3.3.2.1 : Mise en place d'un tableau de bord de suivi des recommandations issues des revues de données, avec désignation d'un responsable par niveau et archivage des plans d'action corrective Interventions 3.3.2.2 : Renforcement des capacités d'analyse et d'interprétation des données TB des équipes cadres de district (ECD) à travers des sessions trimestrielles de coaching en analyse des données et aide à la décision	Pilier 2 : Politiques audacieuses et systèmes de soutien
		Extrant 3.3.3: Au moins 90% des districts sanitaires disposent d'un comité de pilotage TB/VIH/Paludisme fonctionnel (réunion mensuelle documentée, plan d'action validé) d'ici 2028 ; des cadres normatifs actualisés sont appliqués à tous les niveaux	Interventions 3.3.3.1 : Mise en place et opérationnalisation des comités de pilotage aux niveaux régional et district Interventions 3.3.1.2 : Révision et diffusion des guides, protocoles et directives nationales TB actualisés (TB pédiatrique, TBMR, TPT, co-infections)	Pilier 2 : Politiques audacieuses et systèmes de soutien
		Extrant 3.3.4 : Au moins 80% des formations sanitaires du premier niveau (CSI, CMA) intègrent le paquet minimum de services TB (dépistage, traitement, TPT) dans leur offre de soins de santé primaires d'ici 2029	Interventions 3.3.1.1 : Intégration des activités TB dans les plans de travail des structures de soins de santé primaires Interventions 3.3.1.2 : Formation et supervision formative des agents de santé des SSP sur la prise en charge intégrée TB	Pilier 2 : Politiques audacieuses et systèmes de soutien
		Extrant 3.3.5 : Un système de collecte, analyse et utilisation des données TB, harmonisé avec le DHIS2, est opérationnel dans au moins 90% des CDT avec des revues trimestrielles des données organisées à tous les niveaux d'ici 2028	Interventions 3.4.1.1 : Création et renforcement des clubs de patients TB et des réseaux d'organisations communautaires impliquées dans la lutte anti-TB Interventions 3.4.1.2 : Financement et supervision des activités communautaires de dépistage actif et de suivi des patients TB	Pilier 2 : Politiques audacieuses et systèmes de soutien
	Effet 3.4. : La Surveillance Épidémiologique Moléculaire (Cluster Tracking) est effective	Extrant 3.4.1 La Cartographie de la chaîne de transmission est disponible en temps réel sur l'ensemble du territoire.	Intervention 3.4.1.1 : Mise en place d'un Atlas National des Souches de Tuberculose avec des données produites par les laboratoires du pays	Pilier 2 : Politiques audacieuses et systèmes de soutien

	<i>Effet 3.5: les médicaments et les intrants de laboratoires traceurs, sont disponibles en permanence à tous les niveaux de la pyramide sanitaire</i>	Extrant 3.5.1 : Un réseau de laboratoires TB organisé sur 3 niveaux (national/régional/district) avec contrôle de qualité externe certifié est opérationnel dans au moins 80% des sites de diagnostic d'ici 2028	Interventions 3.5.1.1 : Cartographie, équipement et maintenance des équipements de diagnostic TB (GeneXpert, microscopes, Truenat, NPoC, culture) Interventions 3.5.1.2 : Mise en place du programme national d'évaluation externe de la qualité (EEQ) pour les laboratoires TB	<i>Pilier 2 : Politiques audacieuses et systèmes de soutien</i>
		Extrant 3.5.2 : Le taux de rupture de stock en médicaments anti-TB (1ère et 2ème ligne) et en intrants laboratoires traceurs est maintenu en dessous de 5% dans l'ensemble des CDT grâce à un système de gestion logistique informatisé opérationnel d'ici 2028	Interventions 3.5.2.1 : Déploiement et opérationnalisation d'un système de gestion logistique informatisé (LMIS) pour les médicaments et intrants TB Interventions 3.5.2.2 : Renforcement de la chaîne d'approvisionnement TB avec stocks tampons aux niveaux régional et district	<i>Pilier 2 : Politiques audacieuses et systèmes de soutien</i>
	<i>Effet 3.6: la réduction des barrières financières et renforcement du système de santé</i>	Extrant 3.6.1 : Au moins 70% des communautés en zones à forte endémie TB disposent de plateformes communautaires actives (clubs de patients, associations, réseaux d'ASC) assurant le lien avec les services de santé d'ici 2029	Interventions 3.6.1.1 : Intégration du registre TB électronique dans le DHIS2 national et formation des gestionnaires de données Interventions 3.6.1.2 : Organisation de revues trimestrielles des données TB aux niveaux national, régional et district pour la prise de décision	<i>Pilier 2 : Politiques audacieuses et systèmes de soutien</i>
	<i>Effet 3.7: les ressources humaines sont qualitativement et quantitativement disponibles pour la riposte à tous les niveaux de la pyramide sanitaire</i>	Extrant 3.7.1 : Au moins 80% des agents de santé impliqués dans la prise en charge TB (médecins, techniciens de labo, ASC, gestionnaires de données) reçoivent une formation initiale ou de recyclage documentée d'ici 2029	Interventions 3.7.1.1 : Élaboration et mise en œuvre d'un plan de formation en cascade sur la lutte anti-TB (du niveau central aux districts) Interventions 3.7.1.2 : Développement de modules e-learning TB pour la formation continue des agents de santé	<i>Pilier 2 : Politiques audacieuses et systèmes de soutien</i>

	Effet 3.8: le financement est disponible et suffisant en permanence pour la mise en œuvre des priorités à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.	Extrant 3.8.1 : Le financement national alloué à la lutte contre la TB augmente d'au moins 20% d'ici 2030 par rapport à la baseline 2024; un mécanisme de financement durable (ligne budgétaire dédiée, fonds fiduciaire) est opérationnel d'ici 2028	Interventions 3.8.1.1 : Plaidoyer pour l'augmentation de la ligne budgétaire nationale dédiée à la lutte anti-TB dans le budget de l'État Interventions 3.8.1.2 : Diversification des sources de financement TB (Fonds Mondial, coopération bilatérale, secteur privé, mécanismes innovants) Interventions 3.8.1.3 : plaidoyer pour la mobilisation des financements nationaux issus des collectivités territoriales décentralisées, Interventions 3.8.1.4: plaidoyer pour la mobilisation des financements chez les partenaires publics/privés,	Pilier 2 : Politiques audacieuses et systèmes de soutien
	Effet 3.9 : Les barrières financières et sociales à l'accès aux services TB (stigmatisation, coûts des transports, pertes de revenus) sont réduites de façon mesurable pour les populations les plus vulnérables d'ici 2030	Extrant 3.9.1 : Des mécanismes de protection sociale et de réduction des barrières financières (prise en charge des frais de transport, soutien alimentaire, microfinancement) bénéficient à au moins 60% des patients TB en situation de vulnérabilité d'ici 2029	Interventions 3.9.1.1 : Mise en place de systèmes de couverture des frais de transport et de soutien alimentaire pour les patients TB vulnérables Interventions 3.9.1.2 : Collaboration avec les programmes de protection sociale et d'assurance maladie pour l'inclusion des patients TB Interventions 3.9.1.3 : mettre en place une stratégie d'amélioration de la protection sociale et de leur famille	Pilier 2 : Politiques audacieuses et systèmes de soutien
Impacts 4 : amélioration de l'innovation, de la production de données et de la qualité des services.	Effet 4.1: les nouveaux outils diagnostiques et protocoles thérapeutiques sont adoptés	Extrant 4.1.1 : Au moins 3 nouvelles technologies diagnostiques ou protocoles thérapeutiques (issus des orientations OMS) sont évalués, validés et intégrés dans les directives nationales TB dans les 24 mois suivant leur homologation internationale d'ici 2030	Interventions 4.1.1.1 : Veille scientifique et technologique sur les innovations en diagnostic et traitement de la TB (GeneXpert Ultra, BDQ) Interventions 4.1.1.2 : Mise en place de sites pilotes pour l'évaluation opérationnelle des nouvelles technologies TB avant passage à l'échelle	Pilier 3 : Intensification de la recherche et de l'innovation
	Effet 4.2 : Les données de la recherche opérationnelle TB sont produites de façon systématique, partagées et utilisées pour orienter la politique nationale et les pratiques de lutte contre la tuberculose d'ici 2030	Extrant 4.2.1 : Au moins 2 recherches opérationnelles portant sur les priorités TB nationales (TB pédiatrique, TBMR, TB/VIH, financement, CAP communautaires) sont conduites et leurs résultats diffusés chaque année d'ici 2030	Interventions 4.2.1.1 : Élaboration d'un agenda national de recherche opérationnelle TB avec thématiques prioritaires et budget alloué Interventions 4.2.1.2 : Renforcement des capacités de recherche des équipes nationales TB (formation en méthodologie, partenariats avec universités)	Pilier 3 : Intensification de la recherche et de l'innovation

		Extrant 4.2.2 : La surveillance des pathogènes et l'adaptation des algorithmes sont effectives	Interventions 4.2.2.1 : Organiser le suivi des mutations émergentes pouvant rendre les tests rapides actuels obsolètes	<i>Pilier 3 : Intensification de la recherche et de l'innovation</i>
		Extrant 4.2.3 : Le Système de laboratoire est renforcé et sa digitalisation effective	Intervention 4.2.3.1 : Transport sécurisé des échantillons de TB-MR/RR depuis les Centres de Diagnostic et de Traitement (CDT) des 10 régions vers les laboratoires de référence	<i>Pilier 3 : Intensification de la recherche et de l'innovation</i>

Chapitre 5 : CADRE DE MISE EN ŒUVRE

5.1. Contexte

Le cadre de mise en œuvre du Plan Stratégique National de lutte contre la tuberculose définit les dispositions institutionnelles, organisationnelles et opérationnelles nécessaires à la réalisation des objectifs stratégiques. Il vise à assurer une exécution coordonnée des interventions avec les autres programmes prioritaires, de manière efficace et efficiente, en précisant les rôles et responsabilités des différents acteurs à tous les niveaux du système de santé.

Il constitue ainsi un outil essentiel pour traduire les orientations stratégiques du PSN en résultats concrets, conformément aux priorités nationales et aux engagements internationaux en matière de lutte contre la tuberculose.

5.2. Modalités de mise en œuvre

5.2.1. Structure organisationnelle

La mise en œuvre du PSN TB 2027-2030 s'appuie sur la structure organisationnelle existante du système de santé camerounais, articulée en quatre niveaux complémentaires et interdépendants :

Niveau central (stratégique):

Le PNLT assure le pilotage stratégique, la coordination technique nationale, la mobilisation des ressources, la supervision nationale et le suivi-évaluation global du PSN. Il s'appuie sur le Groupe Technique Central (GTC) et bénéficie de l'appui du Comité National de Lutte contre la Tuberculose (CNLT) comme organe consultatif.

Niveau régional (intermédiaire) :

Les Délégations Régionales de la Santé Publique (DRSP), à travers les Groupes Techniques Régionaux (GTR), coordonnent la mise en œuvre opérationnelle dans leurs régions respectives. Elles supervisent les districts, compilent les données régionales et assurent la liaison entre le niveau central et les districts.

Niveau district (opérationnel) :

Les Équipes Cadres de District (ECD) sont responsables de la planification des activités TB dans leur zone de responsabilité, de la supervision des CDT, de la collecte et validation des données, et du suivi des indicateurs de performance.

Niveau communautaire (traversal):

Les organisations communautaires, les ASCp/ACRA, les APS et les organisations de la société civile assurent le dépistage actif communautaire, l'accompagnement des patients, la référence des cas présumés et la communication pour le changement de comportement.

5.2.2. Coordination de l'intégration

Huit domaines d'intégration sont projetés au travers des programmes prioritaires, les directions du MINSANTE avec l'appui des PTF :

Tableau 13: Huit domaines d'intégration projetés

Domaines d'intégration	Interventions prioritaires	Modalités de mise en œuvre	Niveau responsable	Programmes/Direction s techniques concernés du Ministère de la Santé Publique
Gouvernance et planification intégrées	Élaboration de plans opérationnels conjoints VIH/TB/paludisme/RSS H	Création de comités techniques intégrés et réunions conjointes	Central, régional et district	Secrétariat Général, DROS, DLMEP, UCS-FMP, PNLT, CNLS, PNLP
	Harmonisation des outils de planification et suivi-évaluation	Supervisions intégrées et tableaux de bord communs	Central et régional	DLMEP, CIS, Programmes prioritaires
	Renforcement du suivi des districts de santé	Revue conjointes de performance	Régional et district	DROS, DRSP, ECD
Prestation des services au niveau des SSP	Révision du PMA/PCA intégrant VIH/TB/paludisme	Mise à jour des directives nationales	Central	DOSTS, Hôpitaux, CNLS, PNLT, PNLP
	Déploiement des services intégrés dans les FOSA	Formation des prestataires et circuits intégrés de soins	Régional, district et FOSA	DRSP, Hôpitaux Régionaux, ECD
	Campagnes intégrées de dépistage et prévention	Organisation d'activités intégrées communautaires et mobiles	District et communautaire	ECD, FOSA, ASCP
Plateformes communautaires	Formalisation du rôle des ASC polyvalents	Élaboration des guides opérationnels	Central	DCOOP, DOSTS, Programmes prioritaires
	Déploiement d'un paquet intégré communautaire	Formation des ASCP et outils harmonisés	Régional et district	DRSP, ECD, ONG/OBC
	Intégration des données communautaires	Saisie et transmission via DHIS2	District et communautaire	CIS, ECD
Laboratoire et diagnostic intégrés	Mutualisation des réseaux de prélèvement et transport	Cartographie des plateformes et systèmes de transport	Central et régional	DPML, LNR, LNSP, DRSP, PNLT, CNLS, PNLP
	Déploiement de plateformes polyvalentes	Rationalisation de l'utilisation des GeneXpert, Truenat et autres équipements	Régional et district	Laboratoires régionaux et district
	Renforcement de la connectivité des résultats	Solutions électroniques de transmission des résultats	Central et régional	CIS, DPML
Produits de santé et chaîne	Renforcement de la chaîne logistique intégrée	Harmonisation des processus de quantification	Central	CENAME, DPML, Programmes prioritaires

Domaines d'intégration	Interventions prioritaires	Modalités de mise en œuvre	Niveau responsable	Programmes/Directions techniques concernés du Ministère de la Santé Publique
d'approvisionnement	Renforcement du dernier kilomètre	Distribution intégrée des intrants	Régional, district et FOSA	FRPS, DRSP, ECD
	Mise en place d'un système d'alerte précoce	Outils électroniques de gestion des stocks	Central et régional	CENAME, CIS, DLMEP, DPML
Système d'information sanitaire intégré	Harmonisation des outils de collecte	Révision des outils de rapportage	Central	CIS, DLMEP, Programmes prioritaires
	Déploiement du DHIS2 Tracker	Suivi électronique individualisé des patients	Régional, district et FOSA	CIS, CNLS, PNLT
	Renforcement de DAMA, DataToCare et ScanForm	Développement des interfaces et digitalisation	Central et régional	CIS, partenaires techniques
	Développement de tableaux de bord intégrés	Dashboards décisionnels et revues qualité des données	Central, régional et district	CIS, DRSP, ECD
Ressources humaines et qualité des soins	Planification intégrée des RHS	Actualisation du PDRH	Central	DRH, DOSTS
	Formation intégrée des prestataires	Intégration des modules VIH/TB/paludisme dans les curricula	Central et régional	DRH, écoles de santé, Programmes
	Renforcement de l'assurance qualité	Supervisions formatives et mentorat clinique	Régional et district	DRSP, Hôpitaux, ECD
Financement et durabilité	Renforcement du cofinancement national	Production des Comptes Nationaux de la Santé	Central	DRFP, DLMEP, Ministère des Finances, les programmes
	Cartographie des financements	Outils de suivi budgétaire intégrés	Central	DRFP, partenaires techniques et financiers
	Financement basé sur la performance	Suivi de l'efficacité des investissements	Central, régional et district	DRFP DRSP, les programmes, ECD

5.3. Risques, contraintes et mesures d'atténuation

Malgré la volonté affirmée des parties prenantes de mettre fin à l'épidémie de tuberculose à l'horizon 2030, la réalisation des objectifs du présent plan est soumise à un ensemble de risques et de contraintes dont la prise en compte est indispensable pour garantir l'efficacité et la durabilité des interventions.

Tableau 14: Tableau des risques, contraintes et mesures d'atténuation

Risques/Contraintes	Effets possibles	Mesures d'atténuation
Insuffisance de financement	Retard dans les activités	Diversification des sources de financement et plaidoyer
Rupture de stocks	Interruption des traitements	Constitution de stocks de sécurité et amélioration des prévisions
Faible adhésion communautaire	Perdus de vue élevés	Renforcement de l'engagement communautaire
Insuffisance du personnel qualifié	Baisse de qualité des soins	Formation continue et mentorat
Faible qualité des données	Mauvaise prise de décision	Renforcement du suivi-évaluation
Retards dans les procédures d'achats	Retards d'approvisionnement	Planification anticipée des acquisitions
Défis sécuritaires ou catastrophes	Perturbation des services	Plans de contingence et décentralisation
Faible coordination des partenaires	Duplication des interventions	Renforcement des cadres de concertation
Stigmatisation liée à la TB	Retard au diagnostic	Intensification de la communication et sensibilisation
Non-observance thérapeutique	Échec thérapeutique et résistances	Accompagnement psychosocial et suivi communautaire
Survenue d'une épidémie ou d'un évènement de santé publique	Impossibilité de mettre en oeuvre certaines activités	Elaborer un plan de contingence

Chapitre 6 : CADRE DE FINANCEMENT DU PSN TB 2027-2030

6.1. Analyse du financement du PSN 2024-2026

6.1.1 Budget du PSN 2024-2026

Le Plan Stratégique National de lutte contre la tuberculose 2024-2026 reposait sur un besoin exprimé de 80 939 395 € (10 344 927 € en 2024, 25 556 456 € en 2025 et 25 038 012 € en 2026). Les besoins exprimés permettaient de couvrir les 03 piliers du plan. Le pilier des soins et prévention intégrés, centrés sur le patient représentait la plus grande part du budget (59,45 millions € soit 73,45%). Les modules nécessitant les plus gros besoins étaient :

- Renforcer les capacités de gestion et du suivi du programme (46,97%) ;
- Assurer la qualité de soins et la guérison de tous les patients de la TB, y inclut la TB résistante et le soutien aux patients (16,64%) ;
- Poursuivre la décentralisation des services et le dépistage actif de la tuberculose dans les FOSA non CDT et les associer aux services TB (14,97%).

Tableau 15: Répartition du budget (en EURO) du PSN 2024-2026 par année, par pilier et par module d'interventions

PILIER	2024	2025	2026	Total Global	%
Soins et prévention intégrés, centrés sur le patient	20 749 191	19 587 151	19 116 046	59 452 388	73.45 %
Politiques audacieuses et systèmes de soutien	9 493 595	5 916 578	5 850 315	21 260 489	26.27 %
Intensification de l'innovation et de la recherche	102 141	52 726	71 651	226 518	0.28%
TOTAL (en EURO)	30 344 927	25 556 456	25 038 012	80 939 395	100%

MODULE	2024	2025	2026	Total Global	%
1.1- Poursuivre la décentralisation des services et le dépistage actif de la tuberculose dans les FOSA non CDT et les associer aux services TB	4 073 960	4 231 776	3 807 603	12 113 339	14.97%
1.2- Augmenter de façon significative l'utilisation des tests moléculaires en test initial de dépistage de la tuberculose y compris le dépistage de la TB/MR dans l'ensemble des CDT	2 024 161	1 338 497	1 402 396	4 765 054	5.89%
1.3 Renforcer le dépistage de la tuberculose au sein des groupes vulnérables y compris le transport des prélèvement et le dépistage actif des cas	2 446 569	1 562 717	1 010 932	5 020 218	6.20%
1.4 Assurer la qualité de soins et la guérison de tous les patients de la TB, y inclut la TB résistante et le soutien aux patients	3 159 004	4 885 868	5 424 218	13 469 090	16.64%
1.5 Poursuivre et maintenir au moins le niveau de la prise en charge de la coïnfection TB-VIH	572 577	572 577	572 577	1 717 731	2.12%
1.6 Assurer la prévention, le diagnostic et le traitement de la TB chez les contacts des cas index, en particulier chez les enfants <5ans d'âge	88 084	88 084	88 084	264 253	0.33%
2.1 Faire le plaidoyer pour l'engagement politique et la disponibilité des ressources pour le programme et les patients	207 248	90 120	90 120	387 489	0.48%

2.2 Assurer la visibilité du programme et son offre de soins au sein de la population	911 245	237 316	238 650	1 387 212	1.71%
2.3 Engager les communautés, la société civile et le secteur de santé privé dans les activités de lutte contre la tuberculose	1 296 445	1 175 106	1 105 244	3 576 794	4.42%
2.4 Renforcer les capacités de gestion et du suivi du programme	15 466 541	11 324 716	11 229 585	38 020 843	46.97%
3.1- Mesurer l'impact des stratégies innovantes pour la décentralisation de l'offre de service, pour la recherche des cas dans les régions difficiles d'accès ou avec une faible notification et/ou chez les populations vulnérables	99 092	49 677	68 602	217 371	0.27%
TOTAL (en EURO)	30 344 927	25 556 456	25 038 012	80 939 395	100%

6.1.2 Mobilisation des ressources

Sur l'ensemble de la période 2024-2026, les ressources mobilisées s'élèvent à **34,77 millions €**, alors que les besoins estimés du PSN atteignent **80,94 millions €**. Ainsi, seulement **43% des besoins financiers** ont été **couverts**, laissant un déficit global de **46,17 millions €**, soit **57% des ressources** requises. On observe toutefois une **réduction progressive du gap de financement**, 19,66 millions € en 2024, 14,32 millions € en 2025 et 12,19 millions € en 2026. Les taux de couverture des besoins évoluent favorablement, passant de **35,2 % en 2024** à **51,3 % en 2026**.

Tableau 16: Mobilisation des ressources pour le PSN 2024-2026

Libellé	2024	2025	2026	Total
Budget global mobilisé	10 682 951	11 236 741	12 848 712	34 768 404
Budget du PSN 2024-2026	30 344 927	25 556 456	25 038 012	80 939 395
GAP de financement	(19 661 976)	(14 319 715)	(12 189 300)	(46 170 991)

Pourcentage de couverture	35,2%	44,0%	51,3%	43,0%
---------------------------	-------	-------	-------	-------

Des sources de financement reçues, le Fonds Mondial et l'Etat du Cameroun ont respectivement contribué à la hauteur de 21,1% et 19,3%.

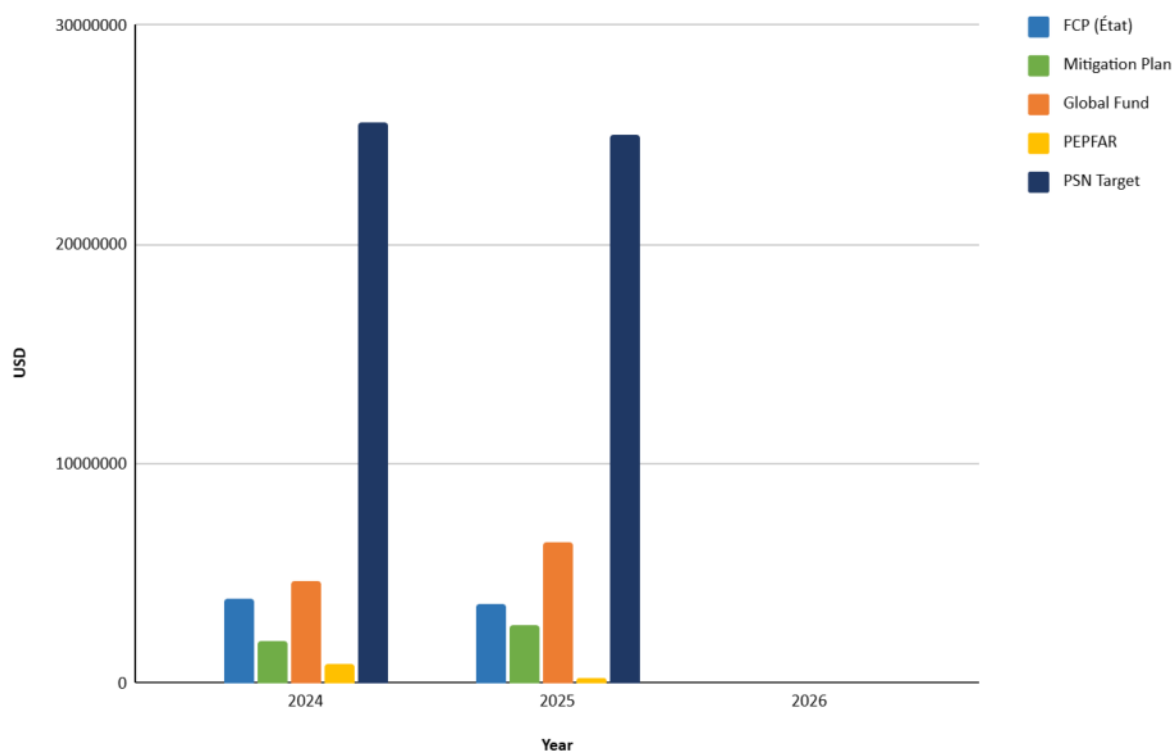


Figure 27: Sources de financement du PSN 2024-2026

6.1.3 Analyse des gaps du financement du PSN 2024-2026

L'analyse des gaps de financement compare les besoins budgétaires totaux du PSN TB 2024-2026 avec les ressources financières prévisionnelles disponibles. Elle permet d'identifier les déficits à combler pour garantir la mise en œuvre complète du plan.

- Les financements globaux disponibles et mobilisés pour la riposte de la TB sont insuffisants au regard des besoins du PSN TB 2024-2026 (**43%**).
- Les financements globaux disponibles et mobilisés pour la riposte à la tuberculose demeurent largement insuffisants au regard des besoins du PSN TB 2024-2026. Sur la période triennale, les ressources totales mobilisées s'élèvent à **34 768 405 €** contre un besoin PSN de **80 939 395 €**, soit un taux de couverture global de **43 %** et un gap cumulé de **46 170 990 €**.

À l'échelle annuelle, ce taux de couverture progresse modestement, passant de **35 % en 2024** (10 682 951 € mobilisés sur 30 344 927 € programmés) à **44 % en 2025** (11 236 742 € sur 25 556 456 €), puis à **51 % en 2026** (12 848 712 € sur 25 038 012 €). Si cette trajectoire est encourageante, la légère amélioration du taux de couverture s'explique davantage par une réduction des besoins programmés que par une augmentation substantielle des ressources mobilisées. Les financements externes demeurent prépondérants, le Fonds Mondial représentant à lui seul **49 %** des ressources totales mobilisées, tandis que la contribution de PEPFAR accuse une baisse significative sur la période, passant de **980 714 €** en 2024 à **217 775 €** en 2026. Ce sous-financement chronique compromet la continuité des activités essentielles — notamment le dépistage, le suivi des cas de TB-MR et la formation des personnels de santé — et menace l'atteinte des objectifs stratégiques fixés pour 2026.

- Le financement domestique (co-financement) actuel alloué à la lutte contre la TB par le gouvernement camerounais reste en deçà des engagements et des besoins (**19,3 %**). couvre une part insuffisante des besoins totaux du programme.
- La dépendance aux financements extérieurs (**23,6%**) Fonds Mondial, PEPFAR représente un risque pour la pérennité du programme et justifie un plaidoyer intensifié pour l'augmentation du financement domestique.
- Les gaps de financement identifiés d'un montant de **46 170 991 €** portent notamment sur : les activités de dépistage actif communautaire, le renforcement des capacités des ressources humaines, la réhabilitation des infrastructures et l'extension du réseau diagnostique.

Tableau 17: FINANCING OVERVIEW, NATIONAL TB PROGRAMME, Cameroun, 2024-2026

CAMEROON NATIONAL TB PROGRAMME — FINANCING OVERVIEW 2024–2026							
Mobilised Funds vs. PSN Target Figures in EURO							
Funding Source	Category	2024	2025	2026	Total Mobilised	% Mobilised	% of PSN
DOMESTIC FUNDING							
Fonds Contre Partie (FCP)	State Budget	3,658,776	3,811,225	3,609,993	11,079,994	31.9%	13.7%
Plan de Mitigation		—	1,951,347	2,609,285	4,560,632	13.1%	5.6%
Domestic Sub-total		3,658,776	5,762,572	6,219,278	15,640,626	45.0%	19.3%
EXTERNAL FUNDING							

Global Fund (Fonds Mondial)	FM Grant	6,043,461	4,624,169	6,411,659	17,079,289	49.1%	21.1%
PEPFAR	US Bilateral Aid	980,714	850,000	217,775	2,048,489	5.9%	2.5%
External Sub-total		7,024,175	5,474,169	6,629,434	19,127,778	55.0%	23.6%

TOTAL MOBILISED	10,682,951	11,236,741	12,848,712	34,768,404	100.0%	43.0%
PSN TARGET (3-Year)	30,344,927	25,556,456	25,038,012	80,939,395		
FUNDING GAP	(19,661,976)	(14,319,715)	(12,189,300)	(46,170,991)	-57.0%	
Coverage Rate	35.2%	44.0%	51.3%	43.0%		

6.2. Problèmes identifiés du financement du PSN TB 2024-2026 et recommandations du PSN TB 2027-2030

Tableau 18: Leçons apprises du financement du PSN TB, Cameroun, 2024-2026

Constat	Leçons apprises	Recommandations
Le besoin exprimé était de 80 939 395 euros, le montant global mobilisé a été de 34 768 404 (soit un gap de financement de 57%).	PSN TB 2024-2026 Renforcement de la stratégie pour la mobilisation des ressources.	Adapter le PSN TB 2024-2026 aux contraintes de financement en révisant les priorités et en diversifiant les sources de financement
L'apport des PTFs (Partenaires Techniques et Financier) représente 55% du montant global mobilisé.	Forte dépendance aux financements des PTFs.	Plaider pour une augmentation du financement domestique alloué à la riposte contre la TB.
Retard dans la mise à disposition des financements des PTF, entraînant la mise en œuvre tardive des activités planifiées.	Les retards de décaissement des PTFs impactent négativement la mise en œuvre des activités	Négocier un plan de décaissement prévisionnel des ressources, permettant de mettre en œuvre les activités dans les délais planifiés.
Faiblesse dans la stratégie de mobilisation des financements.	Absence d'une banque de projets pour la mobilisation des financements.	Développer une banque de projets de financement incluant des fiches de projets prêtes à soumettre aux PTFs

Insuffisance d'interactions des programmes dans la capitalisation des ressources.	La gestion des activités à financement intégré manque de coordination entre programmes.	Établir un mécanisme de répartition équitable et transparente des activités à financement intégré entre les programmes concernés
---	---	--

6.3. Budget du PSN TB 2027-2030

Le budget du PSN TB 2027-2030 a été élaboré sur la base d'une estimation des coûts des interventions prioritaires définies dans le cadre stratégique, en cohérence avec les objectifs épidémiologiques fixés.

1. Le budget total du PSN TB 2027-2030 est structuré autour des trois piliers stratégiques : Pilier 1 (Soins et prévention intégrés, centrés sur le patient), Pilier 2 (Politiques audacieuses et systèmes de soutien) et Pilier 3 (Intensification de la recherche et de l'innovation).
2. Les interventions à fort impact épidémiologique du pilier 1 représentent la part la plus importante du budget soit **43,88%**.
3. Le budget est décomposé par année (2027, 2028, 2029, 2030) consolidant toutes les sources de financement tel que les FM, PEPFAR et autres... etc.

Tableau 19: Synthèse du budget par pilier et par module

RESUME DU BUDGET PAR PILIERS	2027	2028	2029	2030	Total Global	%
1. Soins et prévention intégrés, centrés sur le patient	9 975 777	11 151 509	8 409 557	4 217 407	33 754 250	43,88 %
2. Politiques audacieuses et systèmes de soutien	12 658 079	9 164 818	8 821 464	819 106	31 463 466	40,90 %
3. Intensification de la recherche et de l'innovation	4 405 918	3 758 544	3 467 359	69 782	11 701 603	15,21 %
TOTAL (EURO)	27 039 774	24 074 871	20 698 380	5 106 294	76 919 319	100 %

RESUME DU BUDGET PAR COMPOSANTES	2027	2028	2029	2030	Total Global	%
1.1. Diagnostic précoce de la tuberculose (y compris tests universels de pharmacosensibilité)	6 172 694	7 798 416	5 892 345	1 690 933	21 554 389	28,02 %

et dépistage systématique des sujets contacts et des groupes à haut risque.						
1.2. Traitement de tous les malades de la tuberculose, y compris la tuberculose pharmacorésistante, et soutien aux patients	2 435 531	1 611 052	1 631 201	356 456	6 034 240	7,84 %
1.3. Activités de collaboration VIH/tuberculose et prise en charge des comorbidités	2 106 190	2 419 963	1 563 929	2 183 276	8 273 358	10,76 %
1.4. Traitement préventif des personnes à haut risque et vaccination contre la tuberculose	266 879	262 487	262 487	0	791 853	1,03 %
2.1. Engagement politique s'accompagnant de ressources adéquates pour les soins et la prévention	7 409 873	6 323 863	6 225 058	0	19 958 793	25,95 %
2.2. Collaboration des communautés, des organisations de la société civile et des dispensateurs de soins publics et privés	3 911 715	3 070 070	2 542 000	135 757	9 659 542	12,56 %
2.3. Politique de couverture sanitaire universelle et cadres réglementaires pour la notification des cas, les statistiques d'état civil, la qualité et l'usage rationnel des médicaments et la lutte anti-infectieuse	2 570 016	985 644	914 746	670 090	5 140 497	6,68 %
3.1. Recherche pour optimiser la mise en œuvre et l'impact et promouvoir l'innovation	2 166 876	1 603 378	1 666 613	69 782	5 506 648	7,16 %
TOTAL (EURO)	27 039 774	24 074 871	20 698 380	5 106 294	76 919 319	100 %

RESUME BUDGET PAR PR	2027	2028	2029	2030	Total Global	%
PNLT	21 453 163	19 876 131	16 480 131	4 965 677	62 775 102	81,61 %
Partenaire	5 586 611	4 198 740	4 218 249	140 617	14 144 216	18,39 %
TOTAL (EURO)	27 039 774	24 074 871	20 698 380	5 106 294	76 919 319	100 %

6.4. Stratégie de mobilisation de ressources

La stratégie de mobilisation de ressources du PSN TB 2027-2030 vise à diversifier les sources de financement et à réduire progressivement la dépendance aux financements extérieurs, dans la perspective de la pérennisation du programme.

Financement public domestique :

- Plaider pour l'augmentation progressive de la contribution du budget de l'État dans le financement de la lutte contre la TB, avec un objectif à la hausse de doublement de l'allocation budgétaire d'ici 2030.
- Mobiliser des financements auprès des collectivités territoriales décentralisées pour les activités communautaires et la réhabilitation des infrastructures sanitaires.

Financements externes :

- Maintenir et renforcer les partenariats avec le Fonds Mondial, CDC-PEPFAR et les autres partenaires techniques et financiers bilatéraux.
- Explorer les opportunités de financement auprès des fondations philanthropiques internationales et des fonds d'innovation en santé.
- Explorer les opportunités avec la Diaspora camerounaise.

Financement privé et communautaire :

- Développer des partenariats public-privé avec les entreprises locales pour le cofinancement de la protection sociale des patients TB (transport, nutrition).
- Mobiliser les ressources des mutuelles de santé et des systèmes d'assurance maladie pour couvrir les frais associés à la TB.

Financement innovant :

Obtenir des prélèvements ou taxation d'office sur certains produits ou Service qui altèrent la Santé de l'individu .

6.5. Gestion des ressources financières

La préparation à la transition et à la durabilité des financements de la riposte TB ainsi que la gestion transparente et efficace des ressources financières sont des conditions essentielles à la mise en œuvre du PSN TB 2027-2030. Elle repose sur les principes de redevabilité, de traçabilité et d'efficacité dans l'utilisation des fonds disponibles.

- Les ressources financières du PNLT seront gérées conformément aux procédures nationales de gestion des finances publiques et aux exigences spécifiques des bailleurs de fonds (Fonds Mondial, PEPFAR).
- Un plan de travail annuel budgétisé (PTAB) sera élaboré chaque année pour planifier les dépenses et faciliter le suivi budgétaire.
- Des audits financiers externes annuels seront conduits pour garantir la transparence et l'utilisation appropriée des fonds.
- Un mécanisme de suivi financier trimestriel permettra de détecter les écarts d'exécution et d'effectuer les ajustements nécessaires.
- Le PNLT veillera à aligner les décaissements des partenaires avec les priorités programmatiques définies dans le PSN, en évitant les duplications et en maximisant les synergies.
- La mutualisation des ressources ainsi que l'intégration de certaines prestations identifiées lors de la ré-priorisation du GC7 (cf matrice d'intégration) avec le CNLS et le PLNP seront poursuivies.
- Des stratégies de mobilisation de ressources complémentaires seront développées pour combler les gaps, en priorisant les interventions à plus fort impact sur les indicateurs épidémiologiques.

Chapitre 7 : CADRE DE SUIVI ET EVALUATION

7.1. Contexte et justification

Le suivi-évaluation constitue un pilier essentiel de la mise en œuvre du Plan Stratégique National de lutte contre la Tuberculose (PSN TB) 2027-2030. Il vise à mesurer régulièrement les progrès réalisés, à apprécier l'efficacité des interventions, à détecter les écarts de mise en œuvre et à orienter les décisions programmatiques sur la base de données fiables et actualisées. Le dispositif de suivi-évaluation du PSN TB 2027-2030 s'inscrit dans une logique de redevabilité, de transparence et d'amélioration continue de la performance du programme.

Ce dispositif est conçu en cohérence avec la vision du plan, qui ambitionne de mettre fin à l'épidémie de tuberculose au Cameroun à l'horizon 2035, ainsi qu'avec les objectifs nationaux

de réduction de l'incidence, de la mortalité et des coûts catastrophiques liés à la maladie. Il s'appuie sur le système national d'information sanitaire, notamment DHIS2, et sur les outils programmatiques de collecte, de validation, d'analyse et d'utilisation des données à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

7.2. Objectifs du suivi-évaluation

Le dispositif de suivi-évaluation du PSN TB 2027-2030 poursuit les objectifs spécifiques suivants :

- Mesurer de façon continue les progrès vers l'atteinte des objectifs stratégiques du plan.
- Fournir des données de qualité pour la prise de décision à tous les niveaux du programme.
- Renforcer la redevabilité des acteurs impliqués dans la riposte contre la tuberculose.
- Identifier rapidement les insuffisances de mise en œuvre afin de proposer des mesures correctives.
- Documenter les résultats, les bonnes pratiques, les innovations et les leçons apprises pour l'amélioration de la performance.

7.3. Principes directeurs

Le cadre de suivi-évaluation repose sur les principes directeurs suivants :

- Alignement avec le système national d'information sanitaire et les standards de reporting en vigueur.
- Utilisation d'indicateurs limités, pertinents, mesurables et orientés vers les résultats.
- Définition claire des responsabilités à chaque niveau de mise en œuvre.
- Production régulière de données fiables, désagrégées et exploitables.
- Promotion de l'utilisation des données pour l'action et la redevabilité.
- Intégration de la qualité des données comme exigence permanente du système

7.4. Architecture institutionnelle du suivi-évaluation

Le suivi-évaluation du PSN TB 2027-2030 est organisé autour de quatre niveaux complémentaires :

- **Niveau central**

Le Programme National de Lutte contre la Tuberculose assure la coordination technique nationale, la consolidation des données, l'élaboration des rapports de performance,

l'organisation des revues nationales et la capitalisation des résultats. Il veille également à l'harmonisation des outils, à l'assurance qualité des données et au plaidoyer pour l'utilisation des informations dans la prise de décision.

- **Niveau régional**

Les Délégations Régionales de la Santé Publique assurent la supervision, la validation des données, l'analyse des performances régionales et l'appui aux districts sanitaires. Elles organisent les revues régionales trimestrielles et suivent l'exécution des plans d'action correctifs.

- **Niveau district**

Les équipes cadres de district assurent la collecte, la compilation, la vérification et l'analyse initiale des données issues des formations sanitaires et des structures communautaires. Elles conduisent les revues mensuelles des données TB et veillent à l'application des recommandations issues des supervisions et des audits.

- **Niveau communautaire**

Les agents de santé communautaires, les associations de patients et les Organisations de la Société Civile (OSC) participent à éviter la tuberculose et contribuer à la détection précoce des cas, à la référence des personnes symptomatiques, au suivi des patients et à la remontée des informations de terrain via les outils nationaux de collecte et le RMA dans le DHIS2. Leur implication vise à renforcer la couverture des services et à améliorer l'adhésion au traitement.

7.5. Cadre de performance

Le cadre de performance du PSN TB 2027-2030 est structuré autour des indicateurs d'impact, de résultat et d'extrant. Il permet d'apprécier les progrès du programme sur la base de cibles annuelles et de valeurs finales attendues à l'horizon 2030. Les indicateurs couvrent notamment l'incidence, la mortalité, le succès thérapeutique, la couverture du traitement préventif, la qualité des données, la disponibilité des intrants et la fonctionnalité des mécanismes de coordination.

Note : Le tableau détaillé du cadre de performance est présenté dans les annexes à la fin du document.

7.5.1. Indicateurs d'impact

Les principaux indicateurs d'impact retenus sont les suivants :

- Taux d'incidence de la tuberculose.
- Taux de mortalité lié à la tuberculose.
- Proportion de ménages supportant des coûts catastrophiques liés à la tuberculose.
- Amélioration de la gouvernance et de la performance du programme.
- Renforcement de la production et de l'utilisation des données pour la décision

7.5.2. Indicateurs de résultat

Les indicateurs de résultat comprennent notamment :

- Taux de détection des cas de tuberculose.
- Taux de succès thérapeutique de la TB sensible.
- Taux de succès thérapeutique de la TB-MR/RR.
- Couverture du traitement préventif de la tuberculose.
- Délai entre le diagnostic et la mise sous traitement.
- Proportion des cas de TB testés pour la sensibilité aux médicaments.
- Proportion des patients TB/VIH dépistés et pris en charge conformément aux directives nationales.

7.5.3. Indicateurs d'extrant

Les indicateurs d'extrant portent sur :

- La complétude et la promptitude des rapports.
- La disponibilité continue des médicaments antituberculeux.
- Le nombre de formations sanitaires intégrant le paquet minimum de services TB.
- La proportion de laboratoires ayant bénéficié d'un contrôle qualité.
- La proportion de districts disposant d'un comité TB/VIH fonctionnel.
- Le nombre de supervisions formatives réalisées et documentées.
- Le nombre d'études ou recherches opérationnelles conduites

7.6. Sources de données

Les principales sources de données du dispositif de suivi-évaluation sont les suivantes :

- DHIS2, plateforme principale de collecte et d'analyse des données programmatiques TB.
- Registres TB des CDT et des formations sanitaires.

- Rapports de laboratoire.
- Rapports logistiques et pharmaceutiques.
- Rapports de supervision formative.
- Rapports des revues trimestrielles, annuelles et mi-parcours.
- Études opérationnelles, enquêtes spécifiques et évaluations externes.

7.7. Fréquence de collecte et de revue

La collecte et la revue des données seront organisées selon la périodicité suivante :

- Collecte mensuelle dans les formations sanitaires et les districts sanitaires.
- Revue mensuelle des données au niveau des CDT et des districts.
- Revue trimestrielle de performance au niveau régional et national.
- Rapport annuel d'activités et de performance.
- Revue mi-parcours en 2028.
- Évaluation finale en 2030.

7.8. Assurance qualité des données

L'assurance qualité des données constitue une exigence transversale du dispositif de suivi-évaluation. Elle sera assurée par :

- des formations régulières des acteurs sur les outils de collecte et de rapportage ;
- des vérifications trimestrielles de cohérence et de complétude ;
- des audits de qualité des données dans les districts prioritaires ;
- la triangulation des données provenant du PNLT, des laboratoires et de la pharmacie
- le suivi systématique des recommandations issues des revues et supervisions.

7.9. Mécanismes de redevabilité et d'utilisation des données

Les données produites seront utilisées pour la planification, la supervision, l'allocation des ressources, la gestion des performances et le plaidoyer. Chaque niveau de la pyramide sanitaire aura la responsabilité d'analyser ses résultats, d'identifier les écarts et de mettre en œuvre des mesures correctives dans des délais raisonnables. Un tableau de bord national sera développé pour faciliter le suivi des indicateurs prioritaires et l'alerte précoce sur les contre-performances

7.10. Évaluations prévues

Le PSN TB 2027-2030 prévoit deux évaluations majeures :

- Une évaluation à mi-parcours en 2028 pour apprécier le niveau d'avancement des objectifs,

- ajuster les stratégies et réorienter les interventions si nécessaire.
- Une évaluation finale en 2030 pour mesurer les résultats atteints, documenter les leçons apprises et formuler les orientations pour le plan suivant

CADRE DE PERFORMANCE PSN TB 2027-2030

Le cadre de performance ci-dessous du PSN TB 2027-2030 définit les indicateurs et les cibles qui permettront de mesurer les progrès réalisés dans la mise en œuvre du plan et l'atteinte des résultats attendus aux différents niveaux du cadre logique.

Tableau 20: Cadre de performance du PSN TB, Cameroun, 2027-2030

Indicateur	Type	Source	Fréquence collecte	Qui collecte	Valeur de base (année)	2027	2028	2029	2030
Taux d'incidence TB (per 100,000 habitants)	Impact	OMS Rapport Annuel TB	Annuelle	OMS	132 (2024)	124	121	117	66
Taux de mortalité due à la TB	Impact	OMS Rapport Annuel TB	Annuelle	OMS	17(2024)	12%	11%	10%	8%
Pourcentage des patients TB et leurs familles qui subissent des couts catastrophiques due à la TB	Impact	Résultats d'une étude	3 ans	OMS	64% (2024)	0%	0%	0%	0%
Nombre de CDTs fonctionnels	Processus	Rapports GDT	Annuelle	GTC	387(2024)	427	467	500	500
Couverture de traitement (TB-0-5)	Effet	Rapports du PNLT / Rapport OMS	Annuelle	GTC, OMS	69(2025)	75%	80%	82%	84%
Résultat de traitement de la TB sensible (TB O-2a)		Rapport PNLT	Trimestrielle, Annuelle	PNLT	89,5(2024)	90%	91%	91%	91%
Résultat de traitement TB-RR/MR (TB O-4)		Rapport PNLT	Annuelle	GTC	82(2024)	86%	87%	88%	90%
Nombre de cas notifiés nouveaux cas et rechutes (TB DT-1)	Extrant	Rapports PNLT	Mensuelle, Trimestrielle, Annuelle	GTC	27 016 (2025)	28992	30777	31396	31898
Proportion de cas de la TB chez les enfants de 0-14 ans parmi le total des patients TB (nx cas et retraitements, toute forme confondue)	Extrant	Rapports PNLT	Trimestrielle, Annuelle	GTC	8,9% (2025)	10%	12%	12%	12%
Nb de cas de la TB diagnostiqués parmi les enfants 0-14 ans	Extrant	Rapports PNLT	Trimestrielle, Annuelle	GTC	1726 (2025)	2070	2511	2882	3254
% de cas de la TB référés par la communauté (TB DT-3c)	Extrant	Rapports PNLT	Mensuelle, trimestrielle ; Annuelle	GTC	11% (2025)	12%	13%	14%	15%
Diagnostic avec un test rapide recommandé par l'OMS (TB DT-4)	Extrant	<u>Rapport PNLT</u>	<u>Annuelle</u>	<u>GTC</u>	<u>48% (2025)</u>	<u>60%</u>	<u>70%</u>	<u>80%</u>	<u>90%</u>
Prévention chez les enfants <5ans (TBP-1)	Extrant	Rapport PNLT	Trimestrielle Annuelle,	GTC	13574 (2025)	16934	17977	18338	18631

Pourcentage diagnostic coinfection TB/VIH (TB/HIV-5)	Extrant	Rapport PNLT	Trimestrielle, Annuelle	GTC	93% (2025)	95%	96%	97%	98%
% des patients TB sous ARV (TB/HIV-6)	Extrant	Rapport PNLT	Trimestrielle, Annuelle	GTC	98,5% (2025)	99%	99%	99%	99%
Prevention des PVVIH initiés sous ARV avec TPT (TB/HIV-7.1)	Extrant	Rapport CNLS	Annuelle, trimestrielle, mensuelle	CNLS	32 509 (2025)	30 694	29 800	28 830	
Nombre de cas de TB-RR/MR notifié (DRTB-2)	Extrant	Rapport PNLT	Annuelle	PNLT	174(2025)	254	290	317	344
% des cas de la TB-RR/MR mis sous traitement de la 2 ^e ligne (DRTB-3)	Extrant	Rapport PNLT	Annuelle	PNLT	85%	>98%	>98%	>98%	>98%
Pourcentage de patients avec résultat de test de résistance au moins à la rifampicine(DRTB-6)	Extrant	Rapport PNLT	Annuelle	PNLT	55%(2025)	70%	75%	80%	90%
Pourcentage de patients en retraitement avec résultat de test de résistance au moins à la rifampicine (DRTB-6, adapté)	Extrant	Rapport PNLT	Annuelle	PNLT	79%(2025)	100%	100%	100%	100%
Pourcentage patients TB-RR/MR avec résultat de test de résistance au Flq(DRTB-7)	Extrant	Rapport PNLT	Annuelle	GTC					
% de dossier de patients TB-RR/MR avec section aDSM dans leur dossier remplie	Extrant	Rapport PNLT	Annuelle	GTC	ND	100%	100%	100%	100%
Dépistage TB parmi les détenus(KVP-1)	Extrant	PNLT	Trimestrielle Annuelle	GTC, URTL	743 (2025)	817	854	892	929
Pourcentage des laboratoires ayant eu au moins un contrôle de qualité au cours de l'année (DRTB-1, adapté)	Extrant	Rapports de CQ	Annuelle	PNLT		>95%	>95%	>95%	>95%
Couverture investigation contact patients TB-RR/MR (TBP-3)	Extrant	Rapports PNLT	Annuelle	PNLT					
Pourcentage des CDT ayant connu une rupture de médicaments traceurs (RHZE, RH) au cours de la période évaluée	Extrant	Rapports PNLT	Annuel	GTC		0%	0%	0%	0%
Complétude des rapports trimestriels	Extrant	Rapports de promptitude et de complétude	Trimestrielle	GTC	96%	97%	97%	98%	99%
Nombre de Recherches opérationnelles complétées	Extrant	Rapport résumant les résultats de l'étude	Annuelle	GTC	2	1	2	3	1

RÉSUMÉ DU BUDGET

Le résumé budgétaire ci-dessous fournit une vue d'ensemble des besoins de financement à couvrir chaque année pour la mise en oeuvre du PSN TB 2027-2030. Il constitue un outil essentiel de planification, de mobilisation des ressources et de suivi de la durabilité financière de la réponse nationale à la tuberculose. Il est présenté par pilier, composante et partenaire de mise en oeuvre:

Tableau 21: Résumé du budget du PSN TB 2027-2030 par pilier, composante et partenaire de mise en oeuvre

RESUME DU BUDGET PAR PILIERS	2027	2028	2029	2030	Total Global	%
1. Soins et prévention intégrés, centrés sur le patient	9 975 777	11 151 509	8 409 557	4 217 407	33 754 250	43,88 %
2. Politiques audacieuses et systèmes de soutien	12 658 079	9 164 818	8 821 464	819 106	31 463 466	40,90 %
3. Intensification de la recherche et de l'innovation	4 405 918	3 758 544	3 467 359	69 782	11 701 603	15,21 %
TOTAL (EURO)	27 039 774	24 074 871	20 698 380	5 106 294	76 919 319	100 %

RESUME DU BUDGET PAR COMPOSANTES	2027	2028	2029	2030	Total Global	%
1.1. Diagnostic précoce de la tuberculose (y compris tests universels de pharmacosensibilité) et dépistage systématique des sujets contacts et des groupes à haut risque.	6 172 694	7 798 416	5 892 345	1 690 933	21 554 389	28,02 %
1.2. Traitement de tous les malades de la tuberculose, y compris la tuberculose pharmacorésistante, et soutien aux patients	2 435 531	1 611 052	1 631 201	356 456	6 034 240	7,84 %
1.3. Activités de collaboration VIH/tuberculose et prise en charge des comorbidités	2 106 190	2 419 963	1 563 929	2 183 276	8 273 358	10,76 %
1.4. Traitement préventif des personnes à haut risque et vaccination contre la tuberculose	266 879	262 487	262 487	0	791 853	1,03 %

2.1. Engagement politique s'accompagnant de ressources adéquates pour les soins et la prévention	7 409 873	6 323 863	6 225 058	0	19 958 793	25,95 %
2.2. Collaboration des communautés, des organisations de la société civile et des dispensateurs de soins publics et privés	3 911 715	3 070 070	2 542 000	135 757	9 659 542	12,56 %
2.3. Politique de couverture sanitaire universelle et cadres réglementaires pour la notification des cas, les statistiques d'état civil, la qualité et l'usage rationnel des médicaments et la lutte anti-infectieuse	2 570 016	985 644	914 746	670 090	5 140 497	6,68 %
3.1. Recherche pour optimiser la mise en œuvre et l'impact et promouvoir l'innovation	2 166 876	1 603 378	1 666 613	69 782	5 506 648	7,16 %
TOTAL (EURO)	27 039 774	24 074 871	20 698 380	5 106 294	76 919 319	100 %

RESUME BUDGET PAR PR	2027	2028	2029	2030	Total Global	%
PNLT	21 453 163	19 876 131	16 480 131	4 965 677	62 775 102	81,61 %
Partenaire	5 586 611	4 198 740	4 218 249	140 617	14 144 216	18,39 %
TOTAL (EURO)	27 039 774	24 074 871	20 698 380	5 106 294	76 919 319	100 %

PERSPECTIVES DE PÉRENNISATION

La pérennisation des acquis de la lutte contre la tuberculose au Cameroun constitue un enjeu majeur du PSN TB 2027-2030. Elle repose sur une stratégie multidimensionnelle visant à renforcer l'autonomie du programme, à réduire sa dépendance aux financements extérieurs et à ancrer durablement les interventions TB dans le système de santé national.

1. Appropriation nationale et leadership

- Renforcer la gouvernance du PNLT comme organe central de pilotage de la réponse nationale à la TB, avec un rôle accru dans la coordination et la redevabilité.
- Intégrer les interventions TB dans les plans de développement sanitaire régionaux et les plans opérationnels des districts, assurant ainsi leur inclusion dans les budgets locaux.
- Développer la capacité nationale de planification, de gestion financière et de suivi-évaluation pour réduire la dépendance à l'assistance technique externe.

2. Durabilité financière

- Augmenter progressivement la contribution du gouvernement camerounais au financement de la lutte contre la TB, avec un objectif de couverture d'au moins 30% du budget total du programme par le financement domestique d'ici 2030.
- Intégrer la prise en charge de la TB dans le paquet de soins de la Couverture Santé Universelle (CSU) pour garantir la gratuité et l'accessibilité des services à long terme.
- Développer des mécanismes innovants de financement domestique : taxe sur le tabac, fonds national de lutte contre les maladies infectieuses, contributions des collectivités territoriales.

3. Intégration dans le système de santé

- Intégrer les services TB dans les soins de santé primaires et les consultations de routine (VIH, maternité, pédiatrie, diabète) pour assurer leur durabilité au-delà du programme vertical.
- Renforcer les compétences TB du personnel de santé généraliste à travers des formations initiales et continues institutionnalisées dans les écoles de santé et universités.
- Mettre en place des mécanismes de gestion des ressources humaines tenant compte des besoins spécifiques du PNLT : profils de postes dédiés, système de motivation et de rétention du personnel formé.

4. Engagement communautaire durable

- Institutionnaliser l'engagement des organisations communautaires et de la société civile dans la mise en œuvre et la supervision des activités TB.

- Développer des mécanismes de financement des acteurs communautaires TB à travers des lignes budgétaires dédiées dans les budgets nationaux et régionaux.
- Renforcer les organisations de patients et d'anciens malades pour leur permettre de jouer pleinement leur rôle de plaidoyer et d'accompagnement.

5. Recherche et innovation pour la durabilité

- Développer les capacités nationales de recherche opérationnelle sur la TB pour réduire la dépendance aux expertises internationales.
- Documenter et partager les bonnes pratiques développées au Cameroun pour contribuer à la connaissance régionale et internationale sur la lutte contre la TB.

BIBLIOGRAPHIE

1. Plan National de Développement Sanitaire
2. Programme National de lutte contre la Tuberculose. Plan stratégique national de lutte contre la tuberculose 2024-2026
3. Stratégie intégrée de mise en œuvre des activités sous directives communautaires au Cameroun. 2016-2017.
4. Rapport de la revue externe du programme de lutte contre la tuberculose
5. WHO/CDS/TB/2025.15. Global Tuberculosis Report 2025.
6. WHO_HQ_Reports-G2-PROD-EXT-TBCountryProfile.pdf
7. Organisation mondiale de la Santé 2024. Orientations consolidées sur la production et utilisation des données relatives à la tuberculose (Module 1 : Surveillance de la tuberculose).
8. ENGAGE TB. Intégrer les activités communautaires de lutte contre la tuberculose dans le travail des ONG et des autres organisations de la société civile. Directives opérationnelles.
9. Classification Internationale des Maladies (CIM 11).