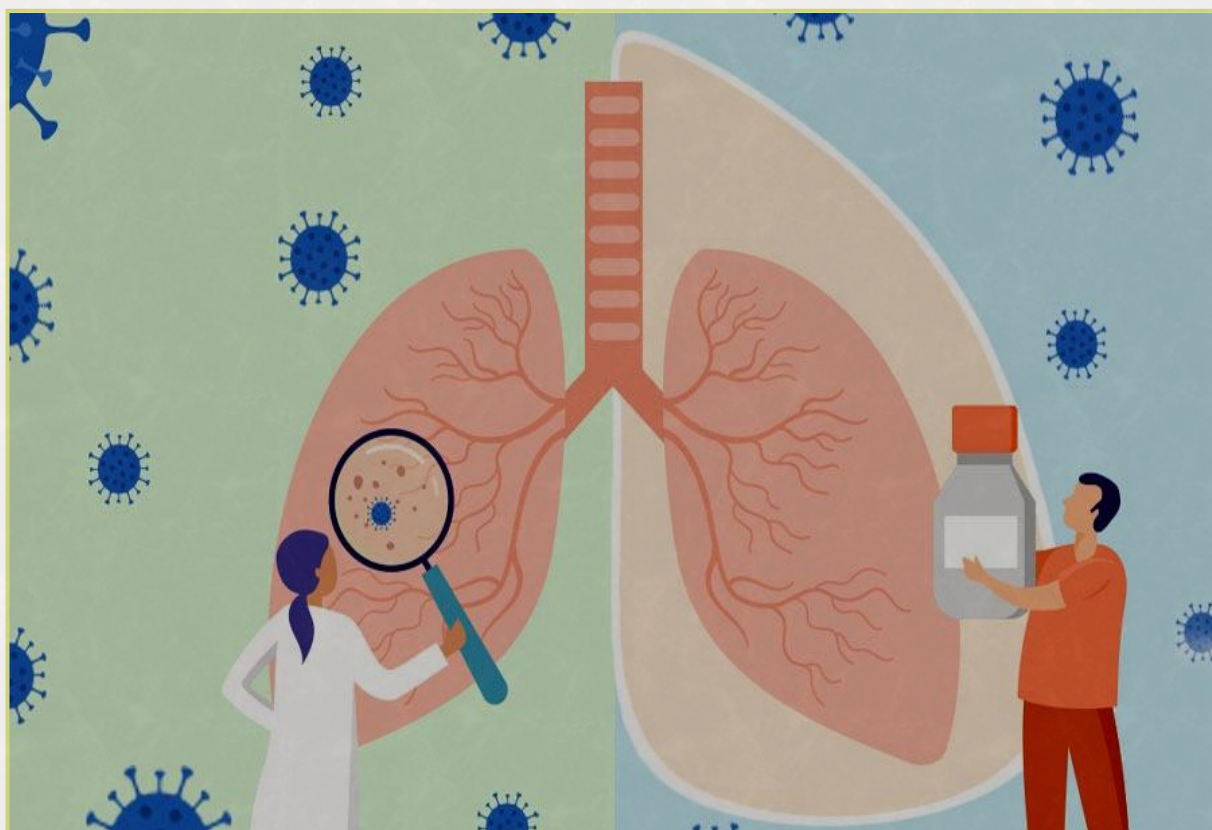




RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITES PNLT 2025



**Programme National de Lutte contre
la Tuberculose**

Rapport Annuel D'activité

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS.....	5
LISTE DES TABLEAUX	6
LISTE DES FIGURES	8
RESUME	9
I. SYNTHESE DES PERFORMANCES PROGRAMMATIQUES EN 2025	11
II. SYNTHESE DE LA PERFORMANCE FINANCIERE EN 2025	12
III. RESUME DES RESULTATS PROGRAMMATIQUES REGIONAUX.....	13
IV. QUELQUES TEMPS FORTS DE L'ANNEE 2025	14
CADRE STRATEGIQUE DE LA LUTTE CONTRE LA TB EN 2025.....	16
Cartographie des principaux acteurs de mise en œuvre	19
CHAPITRE 1 : INTERVENTIONS COMMUNAUTAIRES EN FAVEUR DE LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE.....	23
I. SENSIBILISATION.....	23
II. Campagne de dépistage communautaire par radio mobile dans le cadre de la Journée Mondiale de la Tuberculose 2025.....	24
III. INTENSIFICATION DE LA DETECTION DES CAS TB	27
1. Matrice des interventions des acteurs communautaires.....	27
2. Synthèse des résultats des activités TB communautaire	28
CHAPITRE 2 : AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE GLOBALE	29
I. Offre de services de prise en charge globale.....	29
1. Évolution de la couverture annuelle en service de prise en charge de la TB	29
II. Demande de services de prise en charge globale	29
1. Résultat de la prévention de la TB en milieu hospitalier	29
III. Renforcement de la recherche active des cas de TB	30
1. Situation générale de la recherche active des cas de TB.....	30

2.	Cascade de la recherche active de la TB au niveau des formations sanitaires	31
3.	Cascade de la recherche active de la TB au niveau des portes d'entrées des formations sanitaires.....	34
4.	Cascade de la recherche active de la TB chez les enfants de moins de 5 ans et les PVVIH 35	
5.	Lien direct du diagnostic à la mise sous traitement	36
IV.	Évolution de la notification des cas de TB	37
1.	Répartition des cas de tuberculose par région.....	40
2.	Caractéristiques des cas notifiés de tuberculose	41
V.	Situation de cohorte de patients sous traitement.....	44
1.	Evolution du taux de succès thérapeutique de la tuberculose	44
2.	Résultats de traitement de la cohorte des PVVIH en 2025.....	46
VI.	Synthèse des cascades de prise en charge globale chez les enfants	47
1.	Tuberculose pédiatrique	47
2.	Répartition géographique de la notification TB pédiatrique	48
VII.	Tuberculose, groupe à risques et comorbidités	49
1.	Autres groupes à risques.....	49
2.	Comorbidités : Tabagisme et diabète.....	50
VIII.	Surveillance et prise en charge de la coInfection TB/VIH.....	51
1.	Dépistage du VIH chez les patients TB	51
2.	Evolution de la co-infection chez les patientsTPB+/VIH.....	52
3.	Performances des régions à la co-infection TB/VIH	53
IX.	Surveillance et prise en charge de la tuberculose multirésistante	54
1.	Dépistage de la TBMR au Cameroun.....	54
2.	Notification de la TBMR.....	55
X.	SUIVI DES ACTIVITES DE LABORATOIRES.....	57
1.	Réseau de diagnostic de la TB en 2025	57

2.	Activités mises en œuvre	58
2.	Formation des personnels de laboratoire	60
3.	Tests de laboratoire réalisés en 2025	60
XI.	GESTION DES APPROVISIONNEMENTS ET DES STOCKS	63
1.	Activités GAS réalisées	65
2.	Paysage de financements 2025 pour les acquisitions des produits de sante TB	67
3.	Situation des stocks des produits de santé au 31 décembre 2025.	69
	CHAPITRE 3 : GESTION DES DONNEES, RECHERCHE ET SURVEILLANCE.....	72
I.	Processus de collecte des données.....	72
II.	Assurance qualité des données	73
III.	Recherche et surveillance	74
1.	Recherche.....	74
2.	Surveillance.....	75
	CHAPITRE 4 : evaluation de la MISE EN œuvre du psn	77
I.	Présentation du Plan de Travail Annuel 2025.....	77
II.	Financement Mobilisé pour la Mise en oeuvre des activités par section	78
	CHAPITRE 5 : MOBILISATION ET GESTION DES RESSOURCES FINANCIERES LIEES A LA TB	87
I.	Estimation des besoins en ressources financières	87
II.	Mobilisation des fonds pour la lutte contre la TB en 2025 au niveau du GTC/PNLT	88
III.	Analyse de la contribution des partenaires aux besoins du PSN	89
IV.	Perspectives pour l'année 2026	90
	CONCLUSION.....	91

LISTE DES ABREVIATIONS

APS	Accompagnateurs psychosociaux
BPaLM	Bedaquiline+Prétomanide+Linezolide+Moxifloxacin
CARE	Cooperative for Assistance and Relief Everywhere
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CDT	Centre de Diagnostic et de Traitement
CTD	Collectivités Territoriales Décentralisées
DCOOP	Division de la Coopération
DHIS2	District Health Information Software 2
DRSP	Délégation Régionale de la Santé Publique
FCP	Fonds de Contre Partie
FESADE	Femmes - Santé - Développement
FIS	Financial Information System
FLD	First Line Drug
FM	Fonds Mondial
FOSA	Formations Sanitaires
GC7	Grant Cycle 7
GTC	Groupe Technique Central
GTR	Groupe Technique Régional
HP	Isoniazide + Rifapentine
INH	Isoniazide
LAT	Lutte Anti Tuberculeuse
MINSANTE	Ministère de la Santé Publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OSC	Organisations de la Société Civile
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief
PLAN	Plan International
PNLT	Programme Nationale de la Lutte contre la Tuberculose
PSN	Plan Stratégique National
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
RMA	Rapport Mensuel d'Activités
SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SNIS	Système National d'Informations Sanitaires
TB	Tuberculose
TBMR	Tuberculose Multirésistante
TPB-	Tuberculose Pulmonaire Bactériologiquement non confirmée
TPB+	Tuberculose Pulmonaire Bactériologiquement confirmée
TPT	Traitement Préventif de la Tuberculose
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
WHO	World Health Organization

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Performance des indicateurs programmatiques	11
Tableau 2: Performances financières du programme	12
Tableau 3: Performances régionales des indicateurs programmatiques	13
Tableau 4: Récapitulatif des stratégies et interventions.....	17
Tableau 5: Cartographie des partenaires de la lutte contre la TB.....	20
Tableau 6: Matrice des interventions communautaires TB	27
Tableau 7: Contribution des activités communautaires à la notification de la TB au Cameroun en 2025	28
Tableau 8: Répartition régionale des cas contacts mis sous TPT en 2025	30
Tableau 9: Cartographie de la Recherche active des cas de TB en 2025.....	31
Tableau 10: Performances de la RAC de TB des FOSA CDT en fonction des régions	33
Tableau 11: Performances de la RAC de TB des FOSA non CDT en fonction des régions	33
Tableau 12 : Bonnes pratiques et challenges de la recherche active	36
Tableau 13: Performances régionales de screening, testing et de mise sous traitement.....	37
Tableau 14: Contribution des régions à la notification	41
Tableau 15: Répartition géographique du ratio hommes/femmes des cas de TB	43
Tableau 16: Taux de succès thérapeutique des de TB TFC.....	45
Tableau 17: Répartition du taux de succès thérapeutique des cas de TB selon les régions	46
Tableau 18: Taux de succès thérapeutique des cas de TB/VIH	47
Tableau 19: Répartition régionale des cas de TB chez les réfugiés, déplacés internes et personnels de santé	50
Tableau 20: Répartition régionale des comorbidités de la TB	51
Tableau 21: Performances régionales à la co-infection TB/VIH	54
Tableau 22: Répartition régionale des cas de TBMR au Cameroun en 2025	57

Tableau 23: Equipements de laboratoires.....	59
Tableau 24: Réactifs et consommables traceurs	59
Tableau 25: État de réalisation des formations du personnel de laboratoire et de diagnostic de la tuberculose en 2025	60
Tableau 26: Tests réalisés au Cameroun en 2025	60
Tableau 27: Résultats régionaux des tests de microscopie	61
Tableau 28: Résultats régionaux microscopie, frottis de diagnostic	61
Tableau 29: Résultats régionaux des tests GeneXpert.....	62
Tableau 30: Résultats régionaux des tests TB-LAMP	62
Tableau 31: État de mise en œuvre des activités de Gestion des Approvisionnements et des Stocks (GAS) en 2025.....	66
Tableau 32: Tableau de prévision de financement des produits de santé 2024-2026 sous financement domestique	67
Tableau 33: Tableau de prévision de financement des produits de santé 2024-2026 sous financement du Fonds Mondial	67
Tableau 34: Plan des approvisionnements en produits de santé pour l'exercice 2025	68
Tableau 35: Tableaux de bord des médicaments antituberculeux de ligne 1&2 au 31 décembre 2025	69
Tableau 36: Etat des intrants de diagnostic pour la tuberculose au 31 décembre 2025	70
Tableau 37: Part de la section Communication dans le budget PSN	79
Tableau 38: Part de la SPHLA dans le budget PSN	80
Tableau 39: Part de la section Prise en Charge des Cas dans le budget PSN	82
Tableau 40: Part de la section Suivi-Evaluation dans le budget PSN	83
Tableau 41: Estimation des besoins financiers et niveau de couverture du PSN TB en 2025	88

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Cascade RAC par type de FOSA CDT et non CDT	32
Figure 2: Cascade RAC par type de portes d'entrées.....	34
Figure 3: Cascade de la RAC de la TB chez les enfants de moins de 5 ans	35
Figure 4: Cascade de la RAC de la TB chez les PVVIH	36
Figure 5: Evolution du taux de notification de la TB au Cameroun	38
Figure 6: Evolution de la notification de la TB au Cameroun	39
Figure 7: Répartition régionale des cas de TB	40
Figure 8: Répartition des cas de TB par âge et par sexe en 2025.....	42
Figure 9: Evolution de la notification des formes cliniques de la TB au Cameroun	44
Figure 10: Evolution de la notification de la TB TFC et TB pédiatrique au Cameroun	48
Figure 11: Contribution régionale à la notification des cas de TB pédiatrique au Cameroun en 2025 .	49
Figure 12: Cascade VIH chez les patients TB en 2025	52
Figure 13: Evolution de la coinfection chez les patients TPB+	53
Figure 14: Cascade de dépistage TBMR au Cameroun en 2025	55
Figure 15: Evolution des cas de TBMR	56
Figure 16 : Circuit simplifié de transmission des données	73
Figure 17: Contribution des partenaires au financement de la section communication en 2025	79
Figure 18: Contribution des partenaires au financement des activités de la SPHLA.....	81
Figure 19: Contributions des partenaires au financement des activités de la prise en charge des cas	82
Figure 20: Contribution des différents partenaires dans les activités de la section Suivi-Evaluation ...	84
Figure 21: Contribution des partenaires au financement du PSN en 2025.....	90

RESUME

La tuberculose (TB) demeure la première cause de décès due à un agent infectieux dans le monde. Selon l'OMS, environ 10,7 millions de personnes ont développé la maladie en 2024 et 1,23 million en sont décédées. Malgré une légère amélioration des indicateurs mondiaux, les progrès restent insuffisants pour atteindre les objectifs de la stratégie End TB. La Région africaine continue de supporter une part importante du fardeau mondial, notamment en raison de la forte prévalence de la co-infection TB/VIH et des défis liés à l'accès au diagnostic et au traitement.

Au Cameroun, la tuberculose demeure un problème majeur de santé publique. En 2025, le Programme National de Lutte contre la Tuberculose a poursuivi la mise en œuvre du Plan Stratégique National 2024-2026 dans un contexte marqué par d'importantes contraintes financières, notamment le retrait des financements américains, nécessitant des mesures de priorisation afin de préserver la continuité des services essentiels de lutte contre la maladie.

En 2025, le Programme National de Lutte contre la Tuberculose a poursuivi la mise en œuvre du Plan Stratégique National 2024-2026 dans un contexte marqué par d'importantes contraintes financières et opérationnelles. Malgré ces défis, 27 013 cas de tuberculose toutes formes confondues ont été notifiés, soit 91,7 % de la cible nationale, correspondant à un taux de notification de 89,4 cas pour 100 000 habitants. Ces résultats témoignent de la résilience du programme ainsi que de l'efficacité des stratégies de recherche active des cas mises en œuvre dans les formations sanitaires et au sein des communautés. L'implication communautaire est demeurée déterminante, avec 14,73 % des cas notifiés référés par les acteurs communautaires, au-delà de la cible fixée.

Les résultats thérapeutiques sont globalement satisfaisants. Le taux de succès thérapeutique de la tuberculose sensible a atteint 89,1 %, tandis que la létalité a poursuivi sa tendance à la baisse pour s'établir à 4 %. La couverture du traitement a atteint 91,7 %, dépassant largement la cible nationale. La prévention de la tuberculose chez les enfants contacts de moins de cinq ans a également enregistré une performance remarquable avec 11 079 enfants mis sous traitement préventif, soit

101,5 % de la cible annuelle. Toutefois, des défis importants persistent, notamment la faible proportion de patients diagnostiqués à l'aide des tests rapides recommandés par l'OMS (38,3 %) et la faible couverture du traitement préventif chez les personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral (5,3 %).

La tuberculose pédiatrique a représenté 6,62 % des cas notifiés en 2025, se rapprochant de la cible nationale de 7 %. Par ailleurs, 1 060 cas ont été identifiés parmi les populations vulnérables, principalement chez les personnes déplacées internes, les réfugiés, le personnel de santé et les personnes détenues. Les performances de la collaboration TB/VIH demeurent encourageantes avec un taux de dépistage du VIH chez les patients tuberculeux de 92,7 %, une couverture en traitement antirétroviral de 98,5 % chez les patients coinfectés et une diminution continue de la proportion de co-infection TB/VIH, passée de 33 % en 2015 à 14,3 % en 2025.

La lutte contre la tuberculose multirésistante reste un défi majeur. Sur les 305 cas attendus, 174 ont été détectés et notifiés, soit une couverture de 57 %, dont 82,8 % ont été mis sous traitement de deuxième ligne. L'année 2025 a néanmoins été marquée par des avancées importantes avec l'extension des schémas thérapeutiques courts entièrement oraux (6BPaLM) et l'introduction progressive de la technologie moléculaire TrueNat, destinée à améliorer l'accès au diagnostic rapide dans les zones à ressources limitées. Le réseau national de laboratoires a poursuivi son renforcement grâce à l'expansion des plateformes GeneXpert et TB-LAMP, même si le recours insuffisant aux tests rapides recommandés par l'OMS demeure une préoccupation.

Des disparités régionales importantes persistent dans la charge de morbidité et les performances programmatiques. Les régions de l'Adamaoua, du Littoral, du Sud et de l'Est enregistrent les taux de notification les plus élevés, tandis que le Nord-Ouest et l'Ouest demeurent sous-notifiants, probablement en raison des contraintes sécuritaires et des difficultés d'accès aux soins. Le Nord-Ouest présente également le taux de létalité le plus élevé du pays, soulignant la nécessité d'interventions ciblées.

Sur le plan financier, la pérennité des acquis reste fortement tributaire de la mobilisation des ressources. Malgré une contribution importante de l'État du Cameroun et des partenaires techniques et financiers, le Plan Stratégique National 2024-2026 présente un déficit de financement estimé à 46,17 millions d'euros, soit 57 % des besoins programmatiques. L'événement majeur de l'année demeure le retrait des financements américains, qui a conduit à la mise en œuvre d'un Plan National de

Mitigation afin de garantir la continuité des services essentiels. Si les activités prioritaires ont pu être maintenues, les mesures de rationalisation ont entraîné la suppression de certains postes stratégiques de coordination et de contrôle qualité, réduisant les capacités de supervision du programme.

I. SYNTHÈSE DES PERFORMANCES PROGRAMMATIQUES EN 2025

Tableau 1: Performance des indicateurs programmatiques

Indicateur	Cible	Résultats	Performance
Taux de notification TB (per 100,000 habitants)	93%	89,4	96,1%
Pourcentage de décès	<3%	4,09%	
Nombre de CDTs fonctionnels	436	391	89,7%
Couverture de traitement (TB-O-5)	80,74%	91,8%	113,7%
Résultat de traitement de la TB sensible (TB O-2a)	>90%	89,14%	
Résultat de traitement TB-RR/MR (TB O-4)	85%	82,10%	96,6%
Nombre de cas notifiés nouveaux cas et rechutes (TB DT-1)	29442	27013	91,7%
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)	7%	6,62%	94,6%
% de cas de la TB référés par la communauté (TB DT-3c)	13%	14,73%	113,3%
Diagnostic avec un test rapide recommandé par l'OMS (TB DT-4)	63%	54,1%	85,9%
Prévention chez les enfants <5ans (TBP-1)	10912	10999	100,8%
Pourcentage diagnostic coïnfection TB/VIH (TB/HIV-5)	98%	92,70%	94,6%
% des patients TB sous ARV (TB/HIV-6)	99%	98,50%	99,5%
Prévention des PVVIH initiés sous ARV avec TPT (TB/HIV-7.1)	48522	2588	5,3%
Nombre de cas de TB-RR/MR notifié (DRTB-2)	305	174	57,0%
% des cas de la TB-RR/MR mis sous traitement de la 2e ligne (DRTB-3)	>98%	82,80%	
Dépistage TB parmi les détenus (KVP-1)	883	743	84,1%
Complétude des rapports trimestriels	98%	96,61%	98,6%

Source : Base de données PNLT/DHIS2, 2025

II. SYNTHÈSE DE LA PERFORMANCE FINANCIÈRE EN 2025

Tableau 2: Performances financières du programme

Source de financement	Montant mobilisé (FCFA)	% des ressources mobilisées	% des besoins du PSN
État (FCP)	2 499 693 625	33,9%	14,9%
Plan de Mitigation	1 279 995 261	17,4%	7,6%
Fonds Mondial	3 031 875 974	41,2%	18,1%
PEPFAR	557 283 798	7,6%	3,3%
Total mobilisé	7 368 848 658	100%	44,0%
Besoins du PSN 2025	16 766 370 511	-	100%

Sources : PSN TB 2024-2026

III. RESUME DES RESULTATS PROGRAMMATIQUES REGIONAUX

Tableau 3: Performances régionales des indicateurs programmatiques

Indicateur	Adamaoua	Centre	Est	Extrême-Nord	Littoral	Nord	Nord-Ouest	Ouest	Sud	Sud-Ouest
Taux de notification TB (per 100,000 habitants)	125,1	105,9	108,2	84,7	108,6	90,7	40,4	50,9	108,7	55,7
Pourcentage de décès	5,64%	2,58%	0	3,68%	5,76%	3,8%	9,2%	6,59%		5,5%
Nombre de CDTs fonctionnels	21	75	28	63	57	34	30	35	23	25
Couverture de traitement (TB-O-5)	89,7%	94,9%	88,3%	99,4%	88,6%	89,1%	87,1%	87,7%	94,1%	85,9%
Résultat de traitement de la TB sensible (TB O-2a)	88,92	88,19	90,5	93,1	86,65	94,67	83,46	90,33	89,85	84,99
Résultat de traitement TB-RR/MR (TB O-4)	83,3%	70,8%	100,0%	82,6%	85,3%	83,3%	100,0%	75,0%	71,4%	75,0%
Nombre de cas notifiés nouveaux cas et rechutes (TB DT-1)	2122	5467	1825	4804	5248	3062	828	1265	1178	1213
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)	13,9%	10,2%	5,1%	5,3%	6,0%	3,6%	3,1%	3,8%	5,4%	2,1%
% de cas de la TB référés par la communauté (TB DT-3c)	11,04%	23,03%	5,91%	7,24%	13,93%	21,54%	1,48%	3,95%	7,77%	4,12%
Diagnostic avec un test rapide recommandé par l'OMS (TB DT-4)	25,6%	17,0%	35,8%	21,3%	82,5%	41,7%	44,3%	25,6%	31,6%	43,0%
Prévention chez les enfants <5ans (TBP-1)	849	2898	433	1574	800	3040	127	564	637	157
Pourcentage diagnostic coinfection TB/VIH (TB/HIV-5)	89,7%	93,0%	82,2%	91,9%	95,6%	89,9%	95,7%	96,6%	98,6%	98,8%
% des patients TB sous ARV (TB/HIV-6)	93,2%	98,8%	92,5%	95,9%	99,8%	100,0%	97,0%	98,3%	95,2%	100,0%
Prevention des PVVIH initiés sous ARV avec TPT (TB/HIV-7.1)	1	1283	33	159	88	79		38	35	469
Nombre de cas de TB-RR/MR notifié (DRTB-2)	2	32	4	16	40	11	12	11	8	7
% des cas de la TB-RR/MR mis sous traitement de la 2e ligne (DRTB-3)	100%	73%	100%	80%	80%	100%	92%	73%	100%	100%
Dépistage TB parmi les détenus (KVP-1)	61	127	38	95	212	106	13	29	21	41
Complétude des rapports trimestriels	96,43%	93,33%	95,54%	96,83%	100%	100%	96,67%	99,29%	97,83%	91%

IV. QUELQUES TEMPS FORTS DE L'ANNEE 2025

➤ Retrait des financements Américains

Le retrait des financements américains a représenté un risque important pour la mise en œuvre des activités du Programme National de Lutte contre la Tuberculose, notamment en matière de dépistage actif des cas, de suivi communautaire, de supervision des activités et d'appui au système de laboratoire. Cette situation a également fait peser des menaces sur la continuité de certaines interventions soutenues par les partenaires techniques. Toutefois, grâce à la mise en œuvre d'un plan national de mitigation, au redéploiement des ressources disponibles et à l'appui d'autres partenaires, les activités essentielles de diagnostic, de traitement et de suivi des patients tuberculeux ont pu être maintenues, limitant ainsi l'impact sur la performance globale du programme.

➤ Plan de mitigation

Le plan de mitigation élaboré par le Gouvernement du Cameroun à la suite de la suspension des financements américains (USAID, PEPFAR et PMI) vise à garantir la continuité des services essentiels de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme. Il repose sur l'évaluation des impacts du retrait des fonds, la priorisation des interventions vitales, la mobilisation de ressources nationales et de partenaires alternatifs, ainsi que le redéploiement des ressources disponibles. Pour le PNLT, l'objectif est de maintenir sans interruption les activités de dépistage, de diagnostic, de traitement et de suivi des patients tuberculeux. Ce plan s'inscrit également dans une perspective de renforcement de la résilience et de la durabilité du système de santé camerounais.

➤ Activité de priorisation et de repriorisation

Les opérations de priorisation et de repriorisation conduites par le PNLT ont permis de recentrer les ressources disponibles sur les interventions essentielles de lutte contre la tuberculose, notamment le dépistage, le diagnostic, la mise sous traitement et le suivi des patients. Toutefois, dans un contexte de contraintes budgétaires accentuées par le retrait de certains financements extérieurs, cet exercice s'est accompagné de mesures de rationalisation des coûts, dont la suppression de certains

postes de soutien tels que les Field Coordinators et les Contrôleurs Qualité. Cette réorganisation a contribué à préserver les activités prioritaires du programme, mais elle a également entraîné une réduction de la capacité d'encadrement, de supervision de proximité, de contrôle qualité des données et d'appui technique aux formations sanitaires. Malgré ces défis, le PNLT a maintenu les services essentiels de prise en charge de la tuberculose grâce à une meilleure allocation des ressources et à l'implication renforcée des équipes restantes.

➤ **Introduction du nouvel outil de diagnostic moléculaire TrueNat**

L'introduction de l'outil moléculaire Truenat constitue une avancée majeure pour le PNLT dans le renforcement du diagnostic précoce de la tuberculose. Cette technologie moléculaire rapide, portable et adaptée aux contextes à ressources limitées permet d'étendre l'accès au diagnostic de qualité dans les zones éloignées où les plateformes GeneXpert sont peu disponibles. Son déploiement contribue à réduire les délais de diagnostic, à améliorer la détection des cas de tuberculose, y compris de la tuberculose résistante à la rifampicine, et à accélérer la mise sous traitement des patients. L'introduction du Truenat s'inscrit ainsi dans la stratégie du PNLT visant à rapprocher les services diagnostiques des populations et à renforcer la couverture nationale du diagnostic de la tuberculose.

CADRE STRATEGIQUE DE LA LUTTE CONTRE LA TB EN 2025

En vue d'endiguer la propagation de la TB et améliorer la prise en charge des patients, le MINSANTE au travers du Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) et ses partenaires, a mis en place diverses stratégies et interventions. Ces stratégies axées sur la recherche active des cas manquants sont déployées dans les 391 CDTs, 959 sites satellites et en communauté.

Le PNLT et ses partenaires, a mis l'accent sur les initiatives de prévention, de dépistage, de traitement et de suivi des patients. Il a également été question des actions de sensibilisation auprès des populations à risque, des mécanismes de financement de la lutte, ainsi que l'intégration des nouvelles orientations et approches innovantes

Tableau 4: Récapitulatif des stratégies et interventions

Vision	Cameroun sans tuberculose (cible : moins de 10 cas incidents pour 100,000 habitants d'ici 2035)
Mission	Contribuer à la fin de l'épidémie globale de la tuberculose en facilitant l'accès au diagnostic et à la prise en charge de toutes les formes de la tuberculose et en promouvant la prévention de la maladie.
Objectifs pour 2026	Réduire de 30% le taux de létalité dus à la TB (par rapport à 2023)
	Réduire de 30% le taux d'incidence (par rapport à 2023)
	Réduire à moins 10 % la proportion des familles qui supportent des coûts catastrophiques dus à la TB.
Principes directeurs du cadre de mise en œuvre	Gratuité des soins sur toute l'étendue du territoire camerounais
	Participation communautaire, promotion des droits humains, équité, genre et solidarité
	Prise en compte des populations clés et vulnérables
	Décentralisation, Intégration et Multisectorialité
	Bonne gouvernance et gestion axée sur les résultats (Accountability)
Piliers	Interventions stratégiques
Pilier 1 : Soins et prévention intégrées, centrées sur le patient	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
	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
	1.3- Renforcer le dépistage de la tuberculose au sein des groupes vulnérables y compris le transport des prélèvements et le dépistage actif des cas
	1.4-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
	1.5- Assurer la prévention, le diagnostic et le traitement de la TB chez les contacts des cas index, en particulier chez les enfants <5ans et les PVIH.
	1.6- Poursuivre la prise en charge de la coinfection TB-VIH
	2.1- Faire le plaidoyer pour l'engagement politique et la disponibilité des ressources pour le programme et les patients

Pilier 2 : Politiques audacieuses et systèmes de soutien	2.2- Assurer la visibilité du programme et son offre de soins au sein de la population
	2.3- Engager les communautés, la société civile et le secteur de santé privé dans les activités de lutte contre la tuberculose
	2.4- Renforcer les capacités de gestion et du suivi du programme
Pilier 3 : Intensification de l'innovation et de la recherche	3.1- Poursuivre l'utilisation des moyens de diagnostic avancés et des nouveaux médicaments agréés et recommandés par l'OMS
	3.2- 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.
Résultats attendus	68% de couverture de traitement des nouveaux cas en 2024 par rapport à 61% en 2023 avec 27 516 nouveaux cas en 2024,
	Au moins 90% de succès de traitement pour les patients TB sensible et 85% de succès thérapeutique pour les patients TB-MR d'ici 2026
	Au moins 80% des enfants contacts des patients TPB+ et au moins 60% des PvVIH en file active après exclusion de la TB maladie ont bénéficié du TPT d'ici 2024
	Au moins 98% des patients TB sont testés pour le VIH et au moins 99% des patients coinfecteds ont initié le traitement ARV au cours de la prise en charge TB
	Au moins 97% de taux de complétude et 90% de taux de promptitude des rapports

CARTOGRAPHIE DES PRINCIPAUX ACTEURS DE MISE EN ŒUVRE

Le PNLT dans son rôle de coordination nationale s'appuie sur son Groupe Technique Central (GTC) et ses Groupes Techniques Régionaux (GTR), lesquels encadrent les interventions tout en veillant à leur encrage avec la stratégie nationale. Selon le caractère multisectoriel de la lutte, les acteurs de mise en œuvre proviennent du secteur public et de la communauté (associations et réseaux des anciens malades et ONG etc.). A côté de ceux-ci, se trouvent les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) ainsi que leurs différents partenaires d'implémentation. Les interventions ont lieu à la fois au niveau national, régional, district et périphérique (FOSA et Communautés).

Tableau 5: Cartographie des partenaires de la lutte contre la TB

N°	Nom du partenaire technique et financier	Zones d'intervention	Domaines d'intervention	Cibles	Sources de financement
1.	FM	Dans les 10 régions du Cameroun	Selon toutes les composantes de chacun des 03 piliers de la stratégie « Mettre fin à la Tuberculose » Prevention prise en charge coordination RH GAS	Population générale	
2.	CDC (PEPFAR)	Dans les 10 régions du Cameroun	Selon toutes les composantes de chacun des 03 piliers de la stratégie « Mettre fin à la Tuberculose Achat du traitement préventif à la tuberculose A travers les partenaires d'implémentation de CDC Collaboration TB/VIH et comorbidités (EGPAF, CBCH, Georges town, CHRISS Foundation, ICAP, METABIOTA} Renforcement des capacités achat des intrants et	Enfants contacts et PVVIH population générale	
3.	OMS	Dans les 10 régions du Cameroun	Selon toutes les composantes de chacun des 03 piliers de la stratégie « Mettre fin à la Tuberculose » Formation sur site dans les domaines : du dépistage, suivi Evaluation -Appui technique -Appui pour le renouvellement des PSN -Revu GLC pour la TBMR	Les populations en contexte de vulnérabilité et les populations clés	
4.	Union(Pilote en 2022)	Dans les 08 Régions du Cameroun	Recherche des cas contacts Stage Clinique sur la TBMR Cours International sur la TBMR à Douala	Enfants de moins de 5ans et PVVIH au contact des cas contagieux	AFD
5.	EGPAF	Dans 03 régions Centre, Littoral, Ouest	Prise en charge pédiatrique	Population générale Enfants et adolescents Femmes enceintes et allaitantes Partenaires des femmes enceintes Contacts d'un cas index Populations clés	CDC/PEPFAR
6.	USAID	Tous les piliers en particulier la recherche active des cas (pilier 1) les Appuis techniques	Appui aux assistances techniques		

7.	ICAP	Dans les 10 régions 14 districts de santé pour 29 Formations sanitaires	Partenaire clinique qui appui à la prise en charge sur la cascade des trois 95 (dépietage traitement et suppression virale) Prevention et prise en charge globale dans les prisons et les camps de refugies	Population générale	CDC/PEPFAR
8.	METABIOTA	Dans les 10 régions du Cameroun	Améliorer la qualité des services de soins et de traitement offerts aux clients HTC/PTME dans les formations sanitaires militaires au Cameroun ; -Renforcer la capacité de diagnostic du VIH du système de laboratoire militaire et des points de prestation de services avancés HTC/PTME. -Renforcer la recherche de cas de VIH et les stratégies de prévention efficaces dans et autour des communautés militaires en tant que population prioritaire	Les Militaires Femmes enceintes -Enfants et Adolescents	PEPFAR
9.	PSM	Dans 14 districts de santé 30 sites PEPFAR Certains sites non appuyés	Appui à la gestion logistique des intrants TB dans les régions		PEPFAR
10.	PLAN INTERNATIONAL	08 régions ADAMAOUA CENTRE EST EXTREME NORD LITTORAL NORD OUEST SUD	Sensibilisation, recherche actives des cas suspect de tuberculose dans la communauté Prévention et recherche des perdus de vue en communauté	Population générale	FM
11.	GHSS	Dans les 4 régions du Cameroun	Control Qualité dans les laboratoires	Laboratoires	PEPFAR
12.	GIZ	Dans les 10 régions du Cameroun	Ciblage des populations vulnérables et a risque : détenus, refugies Détection renforcement des capacités	Populations carcérales et refugies	FM
13.	Clinton health acces Initiative CHAI	10regions du Cameroun	Surveillance épidémiologique Suivi évaluation	Population générale	
14.	PAM		Soutien nutritionnel	-Les populations en contexte de vulnérabilité (personnes vivant avec un handicap, personnes en uniforme,	
15.	WARN CARN TB		Appui à la recherche opérationnelle Appui aux assistances techniques Accréditation du réseau des laboratoires		OMS_TDR

16.	FIS	Dans les régions du Centre et du Sud 15 Districts de Santé	D'ici 2026, réduire la mortalité et morbidité liée à la TB pédiatrique en améliorant l'accès au diagnostic et l'accompagnement pour la réussite du traitement chez les enfants (G/F) de 0 à 14 ans référés ou suivi dans 35 FOSEA de la ville de Yaoundé Accroître la participation et la voix des populations clés et vulnérables dans les fora d'élaboration des politiques et de prise de décision, ainsi que dans la gouvernance et la gestion de la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme Renforcer le partenariat national pour mettre fin à la tuberculose à travers la collaboration avec les parlementaires et sénateurs	Femme enceintes, PVVIH/TB/Enfants vivants exposés au VIH/TB Acteurs de lutte contre la TB, y compris les Associations de patients et Survivants, en Afrique francophone	FM EXPERTISE FRANCE STOP TB PARTNERSHIP
17.	Impact Sante Afrique ISA	10 régions du Cameroun	Plaidoyer, Mobilisation sociale	Population générale	FM
18.	ONUSIDA	10 Régions du Cameroun	Appui aux assistances techniques	Population générale	Financement propre
19.	JAPSSO	70 prisons et 3 camps	Ciblage des populations vulnérables et à risque : détenus et refugies	Détenus, miniers et refugies	FM
20.	FESADE	Adamaoua Nord ; Centre ; Sud ; Est Littoral Ouest EXTREME NORD	Coordination et gestion des programmes nationaux Prévention de la tuberculose Prise en charge communautaire de la tuberculose Détection des cas et diagnostic communautaire de la tuberculose Qualités des données du programme	Populations générales (enfants de moins de 5ans, adultes), Personnes vivants avec le VIH	FM
21.	REACH OUT	02 Régions du Nord OUEST et du SUD Ouest	Mise en œuvre des interventions sous directives communautaires		FM

CHAPITRE 1 : INTERVENTIONS COMMUNAUTAIRES EN FAVEUR DE LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

I. SENSIBILISATION

Dans le cadre de la mise en œuvre des activités communautaires de lutte contre la tuberculose en 2025, le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) et ses partenaires de mise en œuvre ont poursuivi et renforcé les stratégies de sensibilisation des populations afin d'améliorer les connaissances sur la maladie, promouvoir le dépistage précoce et réduire la stigmatisation liée à la tuberculose.

Les stratégies déployées comprenaient notamment :

- Les campagnes de sensibilisation de masse ;
- Les émissions radiotélévisées ;
- Les réseaux sociaux et plateformes numériques ;
- Les visites porte-à-porte ;
- Les activités communautaires menées par les Agents Relais Communautaires (ACRA) ;
- Les enquêtes d'entourage ;
- Ainsi que les campagnes de dépistage communautaire intégrant la radio mobile.

Ces interventions visaient principalement à susciter la demande des services de dépistage et de traitement de la tuberculose, en encourageant les populations présentant des signes évocateurs à se rapprocher des formations sanitaires et des Agents de Santé Communautaires.

Le PNLT a poursuivi la production et la diffusion des supports de communication et de sensibilisation, notamment les affiches, dépliants, boîtes à images, gadgets promotionnels et outils éducatifs adaptés aux communautés et aux populations vulnérables. Les messages clés portaient sur la prévention, les symptômes, le dépistage précoce, la gratuité du traitement et l'importance de l'observance thérapeutique.

Concernant la communication médiatique, le PNLT a maintenu sa collaboration avec les radios communautaires et médias de proximité afin de diffuser des spots

radiophoniques et des émissions interactives sur la tuberculose. Ces plateformes ont permis de toucher un large public, y compris les populations rurales et difficiles d'accès. Des efforts ont également été poursuivis pour promouvoir la production des messages en langues locales afin d'améliorer l'appropriation communautaire des contenus de sensibilisation.

Le PNLT a également renforcé l'implication des associations d'anciens malades de la tuberculose et des organisations communautaires dans les campagnes de sensibilisation. Ces acteurs ont contribué au changement social et comportemental à travers des activités communautaires de proximité, des causeries éducatives et l'orientation des personnes symptomatiques vers les centres de diagnostic et de traitement.

Par ailleurs, la plateforme Web du PNLT a continué de servir d'espace d'information, de partage des bonnes pratiques et de documentation sur la tuberculose. Des campagnes de diffusion de SMS de sensibilisation ont également été réalisées avec l'appui des opérateurs de téléphonie mobile afin d'accroître la portée des messages de prévention auprès du grand public.

II. CAMPAGNE DE DEPISTAGE COMMUNAUTAIRE PAR RADIO MOBILE DANS LE CADRE DE LA JOURNÉE MONDIALE DE LA TUBERCULOSE 2025

En prélude à la célébration de la Journée Mondiale de lutte contre la Tuberculose du 24 mars 2025, le PNLT, à travers le Groupe Technique Régional Tuberculose du Centre-Est (GTR TB CE), avec l'appui du partenaire FESADE, a organisé une campagne gratuite de dépistage de la tuberculose par radio mobile du 18 au 19 mars 2025 à Yaoundé.

Cette activité s'est déroulée :

- Le 18 mars 2025 à l'esplanade du Ministère de la Santé Publique (MINSANTE) ;
- Le 19 mars 2025 au Centre de Santé Catholique Notre Dame de la Compassion situé au quartier Briqueterie.

La campagne a été coordonnée par Madame le Secrétaire Permanent du PNLT, sous la supervision de la Coordinatrice du GTR TB CE.

Les principales activités réalisées comprenaient :

- La sensibilisation communautaire par les ACRA de l'ONG FESADE ;

- Le screening des personnes volontaires ;
- La réalisation des radiographies thoraciques à l'aide de la radio mobile ;
- L'identification des cas suspects de tuberculose ;
- Le prélèvement des crachats pour l'analyse Xpert au Centre Pasteur du Cameroun.

Résultats obtenus

➤ **Journée du 18 mars 2025 – Esplanade du MINSANTE**

- 123 personnes ont été screenées ;
- 123 personnes ont bénéficié d'une radiographie thoracique ;
- 5 cas suspects ont été identifiés à la radiographie ;
- 50 personnes ont été prélevées pour le test Xpert ;
- 1 résultat positif au Xpert a été confirmé.

Les principales anomalies radiologiques observées étaient :

- Opacités alvéolaires ;
- Épanchement inférieur droit ;
- Opacités séquellaires ;
- Émoussement ;
- BPBG.

➤ **Journée du 19 mars 2025 – CS Catholique Notre Dame de la Compassion (Briqueterie)**

- 123 personnes ont été screenées ;
- 123 personnes ont bénéficié d'une radiographie thoracique ;
- 8 cas suspects ont été identifiés ;
- 36 personnes ont été prélevées pour le test Xpert ;
- 2 résultats positifs au Xpert ont été confirmés.

Les principales anomalies radiologiques observées comprenaient :

- Opacités alvéolaires ;
- Excavations apicales ;
- Infiltrats sous-apicaux ;
- Syndrome interstitiel ;
- Infiltrats claviculaires ;
- BPD.

Au total, cette campagne a permis de renforcer le dépistage actif communautaire de la tuberculose et d'améliorer l'identification précoce des cas suspects dans des milieux à forte fréquentation communautaire.

Analyse FFOM de la campagne communautaire de dépistage par radio mobile

➤ Forces

- Disponibilité de la radio mobile ;
- Forte mobilisation des équipes du GTC et du GTR TB CE ;
- Présence des ACRA et des mentors pour la sensibilisation et la référence ;
- Disponibilité du matériel de prélèvement des crachats ;
- Bonne adhésion des populations aux activités de dépistage.

➤ Faiblesses

- Insuffisance du nombre de radiologues ;
- Démotivation de certains personnels techniques ;
- Insuffisance logistique pour certaines activités de terrain.

➤ Opportunités

- Appui technique du Centre Pasteur du Cameroun pour les analyses Xpert ;
- Contribution des partenaires communautaires ;
- Intérêt croissant des populations pour les activités de dépistage communautaire.

➤ Menaces

- Conditions climatiques défavorables, notamment les fortes pluies ;
- Insuffisance de financement pour l'extension des activités communautaires.



III. INTENSIFICATION DE LA DETECTION DES CAS TB

Au cours de l'année 2024, les activités du volet communautaire de la détection des cas TB ont été exécutées par 500 ACRA, dans une moindre mesure par les ASCP en lien avec 257 Mentors, 18 APS TBMR, les APS du VIH, sous la coordination du PNLT et de ses partenaires.

1. Matrice des interventions des acteurs communautaires

Tableau 6: Matrice des interventions communautaires TB

ACTEURS	CIBLES	INTERVENTIONS
MENTORS	Les personnes avec un système immunitaire faible - Les patients hospitalisés - Les patients en externe - Les femmes enceintes - Les enfants - Les détenus - Les réfugiés	- Recherche active des cas manquants de TB dans les FOSA - Sensibilisation de masse - Screening systématique aux portes d'entrée des FOSA - Liaison des cas présumés au laboratoire et au traitement - Suivi des malades
ACRA	Les contacts des cas positifs (TB Sensible et TB Résistante) Les enfants	- Obtention de la liste des cas index - Descente dans le domicile du cas index - Sensibilisation des ménages autour du domicile du cas index - Identification de la zone de mise en œuvre - Sensibilisation de masse - Screening des cas contact - Reference des cas présumés vers les CDT - Suivi des malades - Recherche des perdus de vus et patients irréguliers au traitement - Soutien et accompagnement psychosocial en communauté
APS TBMR	Les contacts des cas positifs (TB Sensible et TB Résistante)	- Reference des cas présumés vers les CDT - Suivi des malades TBMR - Recherche des perdus de vus et patients irréguliers au traitement - Soutien et accompagnement psychosocial en communauté
ASCP ET APS VIH		- Screening des cas présumés - Reference des cas présumés vers les CDT - Recherche des perdus de vus et patients irréguliers au traitement

2. Synthèse des résultats des activités TB communautaire

Globalement, il ressort du tableau ci-dessous que la notification communautaire reste inégalement répartie entre les régions. Elle est principalement portée par le Centre (23,03%) et le Nord (21,54%), qui concentrent à eux seuls près de la moitié des cas référés par la communauté. Le Littoral (13,93%) et l'Adamaoua (11,04%) contribuent également de manière significative, traduisant une meilleure mobilisation des acteurs communautaires dans ces zones.

En revanche, plusieurs régions enregistrent une contribution relativement faible, notamment le Nord-Ouest (1,48%), l'Ouest (3,95%), le Sud-Ouest (4,12%) et, dans une moindre mesure, l'Est (5,91%). Cette situation peut refléter soit une couverture insuffisante des interventions communautaires, soit une implication encore limitée des relais communautaires dans la détection et la référence des cas présumés de tuberculose.

Tableau 7: Contribution des activités communautaires à la notification de la TB au Cameroun en 2025

Régions	Notification-cas référés par la communauté	Contribution
Adamaoua	439	11,04%
Centre	916	23,03%
Est	235	5,91%
Extrême-nord	288	7,24%
Littoral	554	13,93%
Nord	857	21,54%
Nord-ouest	59	1,48%
Ouest	157	3,95%
Sud	309	7,77%
Sud-ouest	164	4,12%

Source : Base de données PNL T/DHIS2, 2025

CHAPITRE 2 : AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE GLOBALE

I. OFFRE DE SERVICES DE PRISE EN CHARGE GLOBALE

1. Évolution de la couverture annuelle en service de prise en charge de la TB

En 2025, le Cameroun a poursuivi le renforcement de son dispositif de lutte contre la tuberculose à travers l'extension du réseau des Centres de Diagnostic et de Traitement (CDT), passé de 380 à 391 CDT, ainsi que le maintien de 959 FOSA satellites. La création de 11 nouveaux CDT, soit une progression de 2,9%, traduit l'engagement du Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) à améliorer l'accessibilité, la proximité et la continuité des services de prévention, de diagnostic et de prise en charge de la tuberculose.

Cette expansion a concerné principalement les régions de l'Extrême-Nord (+4 CDT), de l'Ouest (+4 CDT) et du Centre (+3 CDT). Le choix de ces régions répond à des considérations stratégiques liées à la charge de morbidité, à la densité démographique, à l'accessibilité géographique et aux besoins de renforcement de l'offre de services TB. Dans l'Extrême-Nord, région à forte charge de tuberculose et confrontée à des défis sécuritaires et d'accessibilité, l'ouverture de nouveaux CDT vise à rapprocher les services des populations vulnérables et à réduire les retards diagnostiques. Dans le Centre et l'Ouest, cette extension contribue à décongestionner les structures existantes et à améliorer la couverture des zones périurbaines et rurales.

II. DEMANDE DE SERVICES DE PRISE EN CHARGE GLOBALE

1. Résultat de la prévention de la TB en milieu hospitalier

L'analyse de la mise sous traitement préventif de la tuberculose (TPT) chez les enfants de 0 à 5 ans montre qu'un total de 11 079 enfants ont bénéficié du TPT au niveau national. Les régions du Nord (3 040 enfants) et du Centre (2 898 enfants) enregistrent les effectifs les plus élevés, représentant à elles seules plus de la moitié des enfants

mis sous TPT. Des niveaux relativement importants sont également observés dans les régions de l'Extrême-Nord (1 574 enfants) et de l'Adamaoua (849 enfants).

À l'inverse, les plus faibles effectifs sont rapportés dans les régions du Nord-Ouest (127 enfants) et du Sud-Ouest (157 enfants), ce qui pourrait refléter des difficultés d'accès aux services de santé, des contraintes sécuritaires ou une faible identification des contacts éligibles. Globalement, les disparités régionales observées suggèrent la nécessité de renforcer les activités de recherche des contacts et de mise sous TPT dans les régions à faible couverture afin d'améliorer la prévention de la tuberculose chez les jeunes enfants exposés.

Tableau 8: Répartition régionale des cas contacts mis sous TPT en 2025

Régions	Enfants de 0 à 5 ans sous TPT
Region Adamaoua	849
Region Centre	2898
Region Est	433
Region extrême-Nord	1574
Region Littoral	800
Region Nord	3040
Region Nord-Ouest	127
Region Ouest	564
Region Sud	637
Region Sud-Ouest	157
National	11079

Source : Base de données PNLT/DHIS2, 2025

III. RENFORCEMENT DE LA RECHERCHE ACTIVE DES CAS DE TB

1. Situation générale de la recherche active des cas de TB

La cartographie de la recherche active des cas de tuberculose en 2025 montre qu'au niveau national, 391 formations sanitaires disposant d'un CDT, dont 294 impliquées dans la RAC, ainsi que 959 formations sanitaires satellites et 255 mentors ont été mobilisés pour les activités de dépistage actif. Les régions du Centre et de l'Extrême-Nord présentent la plus forte couverture opérationnelle, avec respectivement 75 et 63

CDT, associées à un nombre important de FOSA satellites et de mentors, traduisant une forte capacité de mise en œuvre des activités de recherche active des cas.

Le Littoral et le Nord affichent également une organisation relativement dense du dispositif RAC, avec plus de 100 FOSA satellites chacune. À l'inverse, certaines régions comme l'Adamaoua, le Sud et le Sud-Ouest présentent un nombre plus limité de CDT RAC et de mentors, pouvant influencer la couverture des interventions communautaires et le dépistage précoce des cas. Par ailleurs, les régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest restent marquées par une faible densité de structures engagées dans la RAC, probablement en lien avec les contraintes sécuritaires persistantes. Globalement, cette cartographie met en évidence une couverture nationale importante des activités de recherche active des cas, tout en soulignant des disparités régionales nécessitant un renforcement ciblé des capacités opérationnelles dans les zones moins couvertes.

Tableau 9: Cartographie de la Recherche active des cas de TB en 2025

REGION	FOSA CDT	FOSA CDT RAC	FOSA SATELLITES	MENTORS
ADAMAOUA	21	15	60	15
CENTRE	75	65	173	40
EST	28	23	97	22
EXTREME-NORD	63	49	139	40
LITTORAL	57	43	101	47
NORD	34	24	102	26
NORD-UEST	30	17	81	14
OUEST	35	31	65	18
SUD	23	13	83	16
SUD-UEST	25	14	58	17
PAYS	391	294	959	255

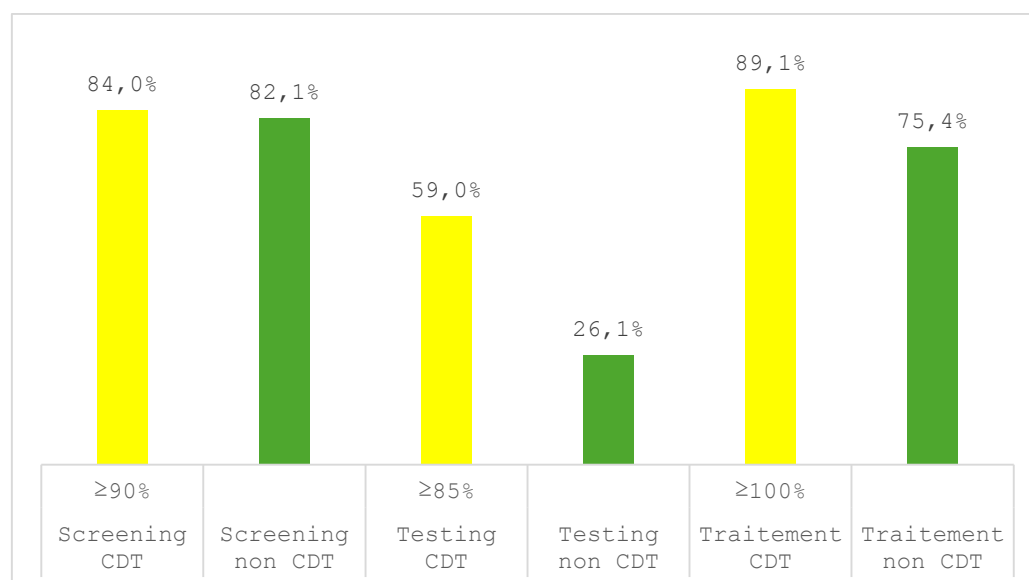
Source : Rapport d'activités RAC, 2025

2. Cascade de la recherche active de la TB au niveau des formations sanitaires

La cascade de la recherche active des cas (RAC) montre des performances globalement meilleures dans les CDT que dans les formations sanitaires non CDT. Les taux de screening restent élevés dans les deux catégories (84,0 % dans les CDT contre 82,1 % dans les non CDT). Toutefois, des écarts importants sont observés au

niveau du testing et de la mise sous traitement, avec respectivement 59,0 % et 89,1 % dans les CDT contre 26,1 % et 75,4 % dans les non CDT. Ces résultats soulignent la meilleure capacité diagnostique et de prise en charge des CDT, ainsi que la nécessité de renforcer les activités de testing et d'orientation des patients dans les formations sanitaires non CDT.

Figure 1: Cascade RAC par type de FOSA CDT et non CDT



Source : Rapport d'activités RAC, 2025

Les performances de la RAC de TB dans les FOSA CDT montrent des disparités régionales marquées. Le screening atteint ou dépasse la cible de 90 % dans le Nord-Ouest, le Sud, l'Ouest et le Sud-Ouest, tandis que le testing reste globalement faible dans la majorité des régions, seul le Nord-Ouest atteignant la cible de 85 %. En revanche, la mise sous traitement des cas diagnostiqués est globalement satisfaisante, avec des taux supérieurs à 90 % dans plusieurs régions. Ces résultats soulignent la nécessité de renforcer particulièrement les activités de testing afin d'améliorer la performance globale de la cascade RAC.

Tableau 10: Performances de la RAC de TB des FOSA CDT en fonction des régions

CDT			
REGION	SCREENING (%) cible ≥90%	TESTING (%) cible ≥85%	TRAITEMENT (%)100%
ADAMAOUA	79,1	45,5	94,3
CENTRE	78,0	31,1	73,8
EST	79,3	71,1	93,1
EXTREME-NORD	76,1	35,1	94,0
LITTORAL	81,1	74,2	85,2
NORD	82,0	53,7	89,2
NORD-OUEST	99,2	86,1	98,3
OUEST	91,8	44,3	98,4
SUD	94,2	43,3	90,0
SUD-OUEST	90,0	50,1	93,0

Source : Rapport d'activités RAC, 2025

Concernant les performances des FOSA non CDTs, elle reste contrastée selon les régions. Le screening est relativement satisfaisant dans certaines régions comme le Nord-Ouest, le Sud et l'Ouest, mais reste en dessous de la cible dans plusieurs autres, notamment l'Extrême-Nord et le Littoral.

Le testing apparaît comme le principal point faible, avec des niveaux très bas dans toutes les régions et très éloignés de la cible de 85%, traduisant une insuffisance dans la confirmation diagnostique des cas présumés.

En revanche, la mise sous traitement est globalement plus performante, atteignant ou approchant la cible dans plusieurs régions comme l'Ouest, l'Adamaoua et le Littoral, même si des insuffisances persistent au Centre et dans certaines régions du septentrion.

Tableau 11: Performances de la RAC de TB des FOSA non CDT en fonction des régions

SATELLITES			
REGION	SCREENING (%) ≥90%	TESTING (%) ≥85%	TRAITEMENT (%) 100%
ADAMAOUA	79%	13%	93%
CENTRE	81%	10%	44%
EST	81%	64%	66%
EXTREME-NORD	70%	20%	81%
LITTORAL	73%	28%	87%
NORD	77%	33%	70%
NORD-OUEST	99%	57%	73%
OUEST	91%	25%	98%
SUD	93%	35%	84%

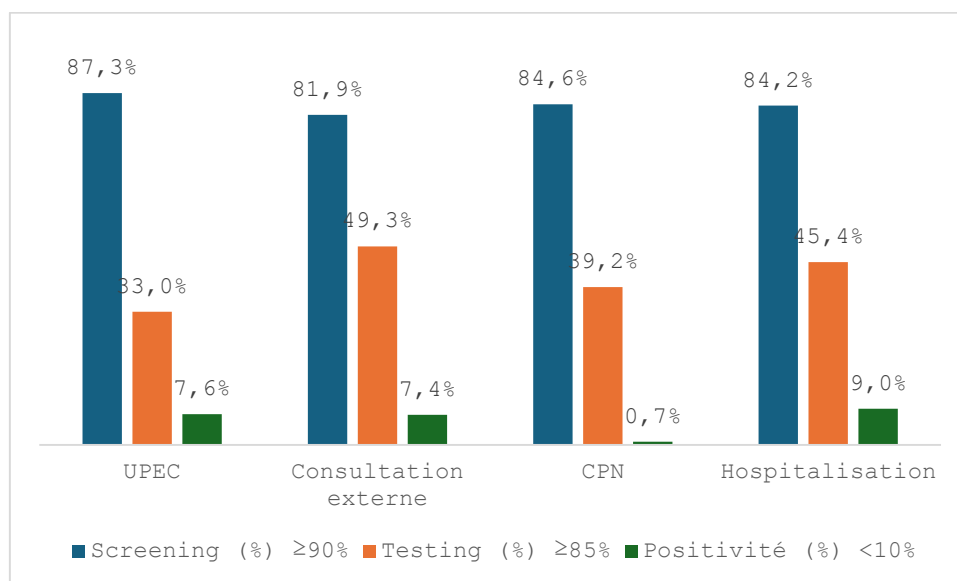
SUD-OUEST	90%	33%	77%
-----------	-----	-----	-----

Source : *Rapport d'activités RAC, 2025*

3. Cascade de la recherche active de la TB au niveau des portes d'entrées des formations sanitaires

Les résultats de la cascade RAC aux portes d'entrées montrent une couverture de dépistage globalement correcte (81–87%), mais en deçà de l'objectif fixé à 90%. Le testing constitue le maillon le plus faible de la cascade, avec des performances insuffisantes dans toutes les portes d'entrée (33–49%), particulièrement à l'UPEC (33%). En revanche, les taux de positivité restent globalement maîtrisés (<10%), avec un excellent résultat en CPN (0,7%) et une vigilance à maintenir en hospitalisation (9%).

Figure 2: Cascade RAC par type de portes d'entrées



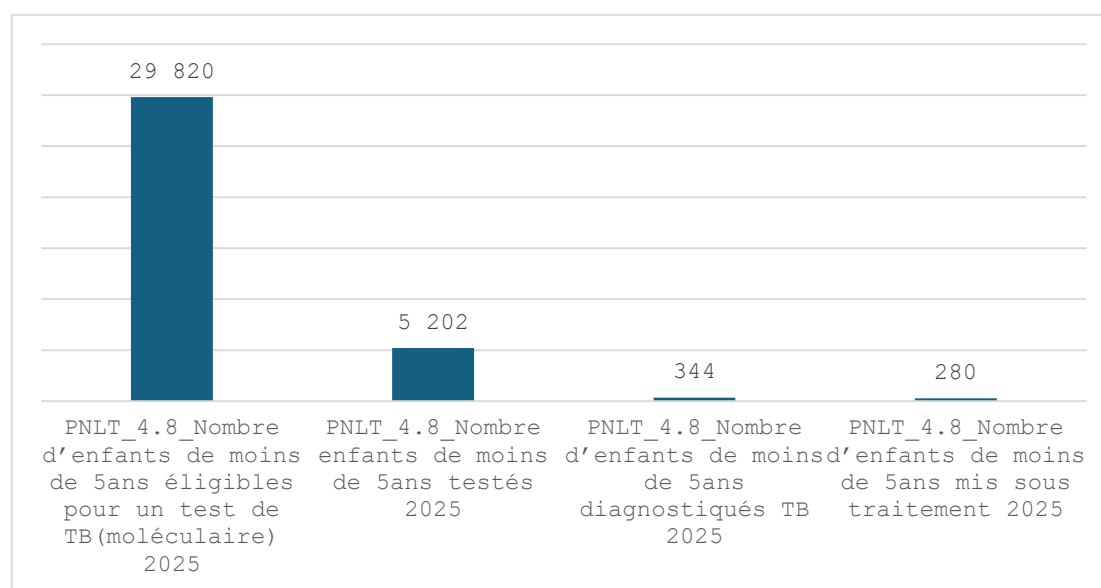
Source : *Rapport d'activités RAC, 2025*

4. Cascade de la recherche active de la TB chez les enfants de moins de 5 ans et les PVVIH

Parmi les 29 820 enfants éligibles à un test moléculaire de TB, seuls 5 202 ont effectivement été testés, soit une couverture très faible par rapport au besoin. Sur ces enfants testés, 344 ont été diagnostiqués TB et 280 ont été mis sous traitement, traduisant une bonne continuité entre diagnostic et prise en charge.

Cette cascade met en évidence un déficit majeur au niveau du testing, avec un écart considérable entre le nombre d'enfants éligibles et ceux effectivement testés. En revanche, la proportion d'enfants diagnostiqués et mis sous traitement montre une performance satisfaisante en matière de suivi thérapeutique.

Figure 3: Cascade de la RAC de la TB chez les enfants de moins de 5 ans

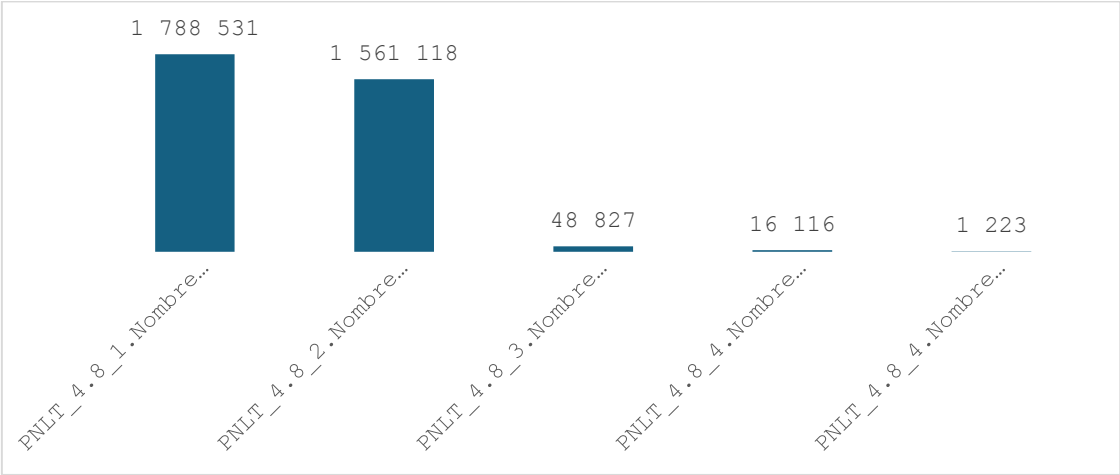


Source : Rapport d'activités RAC, 2025

L'examen de la cascade RAC TB chez les PVVIH montre une bonne performance au niveau du dépistage initial : sur 1 788 531 personnes reçues, 1 561 118 ont été screenées, traduisant une couverture élevée. Toutefois, parmi les 48 827 personnes présentant des symptômes évocateurs de TB, seuls 16 116 ont été

effectivement testés, révélant une perte importante entre le screening et l'accès au test. Au final, 1 223 cas positifs ont été confirmés

Figure 4: Cascade de la RAC de la TB chez les PVVIH



Source : Rapport d'activités RAC, 2025

Tableau 12 : Bonnes pratiques et challenges de la recherche active

Bonnes pratiques	Challenges
- Enregistrement et analyse des données communautaires dans le DHIS2 - Sensibilisation sur la TB dans les FOSAs par les Mentors - Réunion de monitoring mensuelle GTR et mentors - Modération des réunions de monitoring assurée par les mentors - Participation des Mentors aux réunions de coordination des FOSAs et des Districts - Renforcement de la RAC avec collaboration des acteurs de tous les acteurs	- Faible implication des FOSA non CDT - Faiblesse du Transport de l'échantillon - Insuffisance du matériel de communication (affiches, SOPs RAC, dépliant) - Insuffisance des descentes des Fields coordinators au-delà des chefs-lieux de région pour le suivi des activités

5. Lien direct du diagnostic à la mise sous traitement

En 2025, les résultats montrent une couverture de dépistage globalement élevée, avec plusieurs régions proches ou au-dessus de 90% (Nord-Ouest, Ouest, Sud, Sud-Ouest). Toutefois, certaines régions restent en retrait, notamment le Centre (78,04%) et l'Extrême-Nord (76,08%).

Le testing constitue le maillon le plus fragile de la cascade, avec des performances très contrastées : faibles dans le Centre (31,13%) et l'Extrême-Nord (35,12%), mais

remarquables dans le Littoral (74,19%), l'Est (71,06%) et surtout le Nord-Ouest (86,11%).

La mise sous traitement est globalement satisfaisante, avec des taux supérieurs à 85% dans la majorité des régions, et des performances exemplaires dans le Nord-Ouest (98,29%), l'Ouest (98,41%) et l'Adamaoua (94,34%). Le Centre affiche cependant un retard notable (73,82%).

Tableau 13: Performances régionales de screening, testing et de mise sous traitement

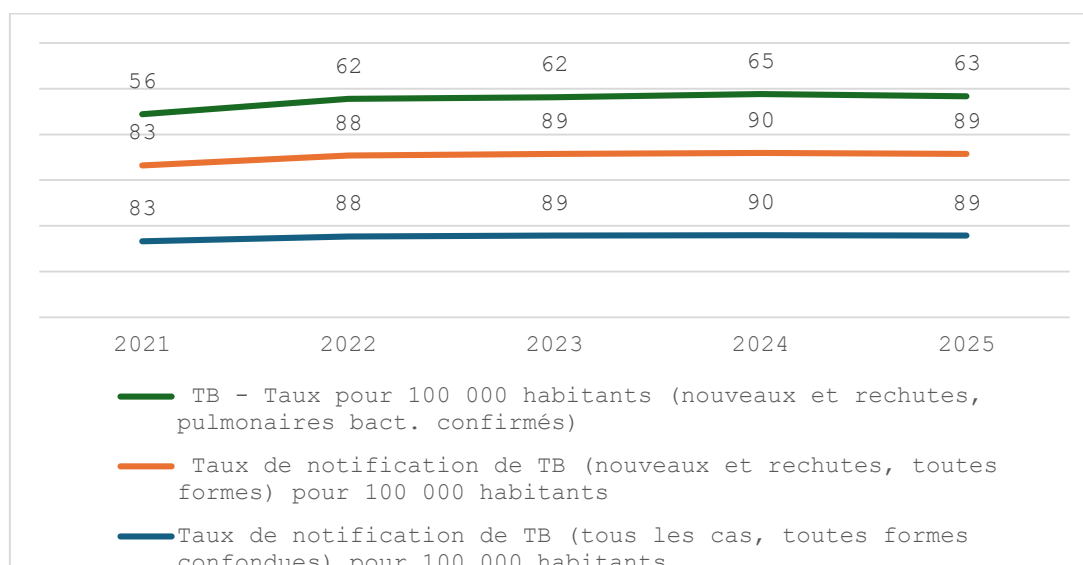
Régions	PNLT_4.8_Pourcentage de screening (%) 2025	PNLT_4.8_Pourcentage de testing (%) 2025	PNLT_4.8_Pourcentage de mise sous traitement (%) 2025
Ministere de la Sante Publique	83,38	46,96	87,78
Region Adamaoua	79,08	45,52	94,34
Region Centre	78,04	31,13	73,82
Region Est	79,30	71,06	93,14
Region Extreme-Nord	76,08	35,12	93,98
Region Littoral	81,06	74,19	85,21
Region Nord	81,98	53,74	89,17
Region Nord-Ouest	99,19	86,11	98,29
Region Ouest	91,81	44,34	98,41
Region Sud	94,16	43,29	89,99
Region Sud-Ouest	90,00	50,12	92,96

Source : Base de données PNLT/DHIS2, 2025

IV. ÉVOLUTION DE LA NOTIFICATION DES CAS DE TB

Le suivi de l'évolution du taux de notification de la tuberculose au Cameroun entre 2021 et 2025 met en évidence des tendances importantes. En effet, le Cameroun enregistre une progression modérée des taux de notification de la tuberculose, suivie d'une stabilisation autour de 90 cas pour 100 000 habitants. La hausse des cas pulmonaires confirmés traduit un renforcement du diagnostic, mais la persistance de taux élevés souligne la nécessité d'intensifier les interventions pour infléchir durablement la courbe.

Figure 5: Evolution du taux de notification de la TB au Cameroun

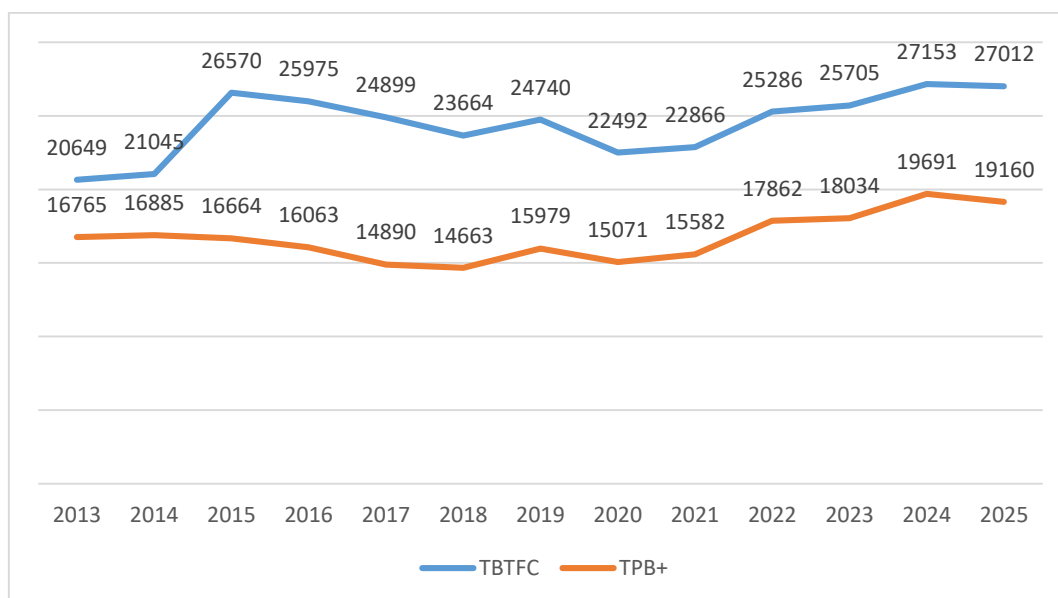


Source : Base de données PNLT/DHIS2, 2025

L'évolution des notifications de la tuberculose au Cameroun entre 2013 et 2025 montre une tendance globalement fluctuante, avec une progression notable au cours des dernières années aussi bien pour les cas de TB toutes formes confondues (TBTFC) que pour les cas de TB pulmonaire à bacilloscopie positive (TPB+). Après une hausse importante observée en 2015, les notifications ont progressivement diminué jusqu'en 2018, avant de connaître une reprise en 2019. Une nouvelle baisse

est observée en 2020, probablement en lien avec les perturbations engendrées par la pandémie de COVID-19 sur l'accès aux services de santé et les activités de dépistage. À partir de 2021, les courbes affichent une reprise soutenue des notifications, traduisant le renforcement des interventions de détection et de prise en charge de la TB par le PNLT. Cette dynamique atteint son niveau le plus élevé en 2024 avec 27 153 cas TBTFC et 19 691 cas TPB+, avant une légère stabilisation en 2025. Globalement, l'évolution parallèle des deux courbes montre que la tendance des cas TPB+ suit celle de la notification globale, confirmant le rôle majeur des formes pulmonaires contagieuses dans la charge nationale de la tuberculose.

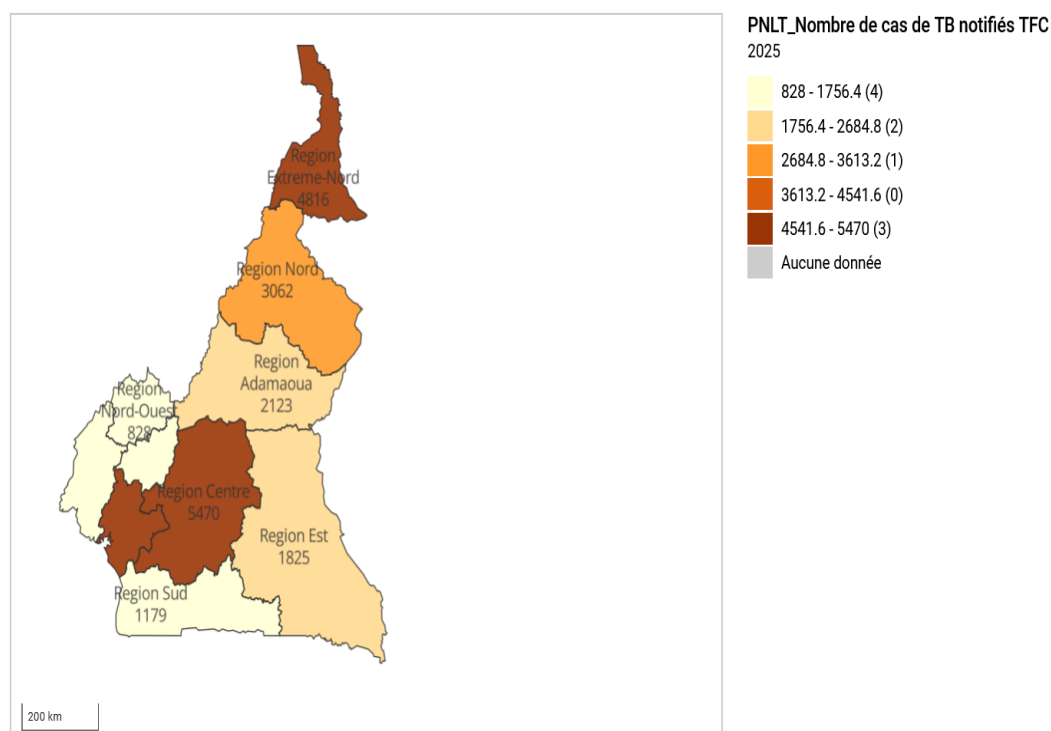
Figure 6: Evolution de la notification de la TB au Cameroun



Source : Base de données PNLT/DHIS2, 2024

1. Répartition des cas de tuberculose par région

Figure 7: Répartition régionale des cas de TB



Source DHIS2 2025

L'analyse de la répartition régionale des cas de tuberculose notifiés montre globalement, que la notification est fortement concentrée dans quelques régions et à forte charge épidémiologique, notamment l'Extrême-Nord (17,8%), Douala (17,2%) et Yaoundé (14,3%), qui totalisent à elles seules près de la moitié des cas notifiés. Le Nord contribue également de manière significative (11,3%).

À l'inverse, plusieurs régions présentent une faible contribution, notamment le Littoral (2,2%), le Nord-Ouest (3,1%), le Sud (4,4%) et l'Ouest (4,7%), traduisant soit une moindre charge de morbidité, soit des insuffisances potentielles dans la détection des cas.

Tableau 14: Contribution des régions à la notification

Régions	Notification	Contribution
Adamaoua	2123	7,9%
Centre	1593	5,9%
Yaoundé	3874	14,3%
Est	1825	6,8%
Extrême-nord	4804	17,8%
Littoral	595	2,2%
Douala	4653	17,2%
Nord	3062	11,3%
Nord-ouest	828	3,1%
Ouest	1265	4,7%
Sud	1178	4,4%
Sud-ouest	1213	4,5%

Source : Base de données PNLT/DHIS2, 2025

2. Caractéristiques des cas notifiés de tuberculose

2.1. Age et sexe

Le graphique ci-dessous montre que la tuberculose touche majoritairement les adultes jeunes et d'âge moyen, avec une prédominance marquée chez les hommes dans presque toutes les tranches d'âge.

Les cas augmentent progressivement à partir de l'adolescence pour atteindre un pic dans la tranche de 25–34 ans, qui représente la catégorie la plus affectée aussi bien chez les hommes (4 199 cas) que chez les femmes (2 142 cas). Les tranches de 35–44 ans et 45–54 ans demeurent également fortement touchées, traduisant une concentration de la maladie au sein de la population active.

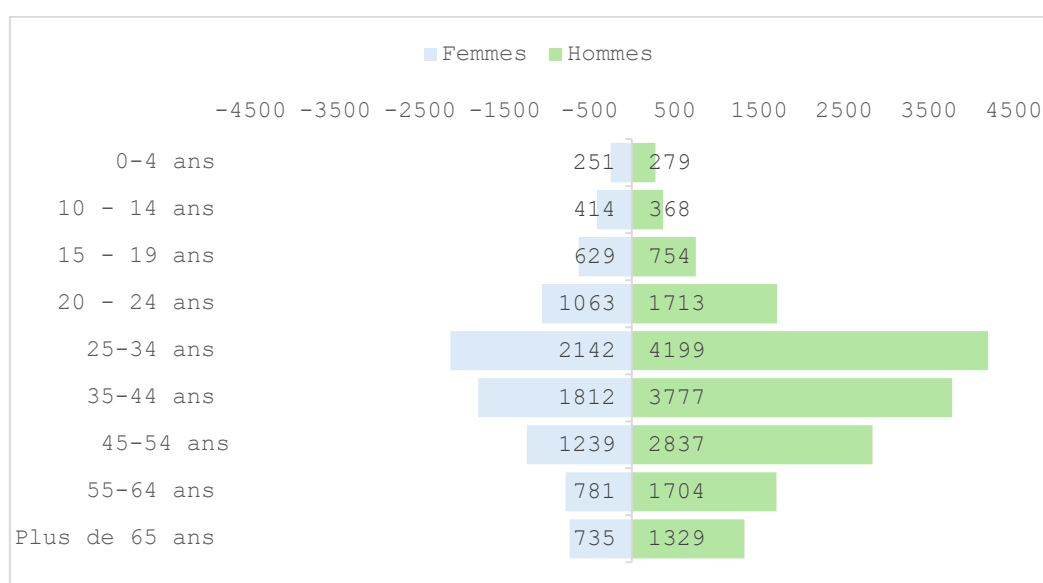
Par ailleurs, les hommes sont systématiquement plus affectés que les femmes dans toutes les catégories d'âge, avec un écart particulièrement important entre 25 et 54 ans. Cette situation pourrait s'expliquer par une plus grande exposition aux facteurs

de risque, une vulnérabilité professionnelle accrue ou un recours plus tardif aux soins chez les hommes.

Les enfants de moins de 15 ans représentent une faible proportion des cas notifiés, tandis qu'une diminution progressive des cas est observée après 55 ans, bien que la tuberculose reste présente chez les personnes âgées.

Globalement, cette répartition met en évidence le poids important de la tuberculose chez les hommes en âge productif, avec des implications socioéconomiques importantes pour les ménages et le système de santé.

Figure 8: Répartition des cas de TB par âge et par sexe en 2025



Source : Base de données PNLT/DHIS2, 2025

2.2. Analyse du ratio homme/femme

Le tableau ci-dessous représenté met en évidence une prédominance masculine des cas de tuberculose dans l'ensemble des régions du Cameroun en 2025. Au niveau national, le ratio hommes/femmes est de 1,9, indiquant que les hommes représentent près de deux fois plus de cas de TB que les femmes.

Les ratios les plus élevés sont observés dans les régions du Nord (2,5), de l'Extrême-Nord (2,3) et du Sud (2,0), traduisant une forte surreprésentation masculine de la maladie dans ces zones. À l'inverse, l'Adamaoua présente le ratio le plus faible (1,4), suggérant une répartition relativement moins déséquilibrée entre les sexes.

Globalement, cette prédominance masculine pourrait être liée à une plus grande exposition des hommes aux facteurs de risque de la tuberculose, notamment le tabagisme, certaines conditions de travail, la mobilité, ainsi qu'un recours souvent tardif aux soins. Ces résultats soulignent la nécessité de renforcer les interventions sensibles au genre dans les stratégies de lutte contre la TB.

Tableau 15: Répartition géographique du ratio hommes/femmes des cas de TB

Régions	PNLT_4.1_Nouveaux cas TB et rechutes sex Féminin 2025	PNLT_4.1_Nouveaux cas TB et rechutes sex Masculin 2025	Ratio H/F
Ministère de la Santé Publique	9248	17164	1,9
Région Adamaoua	871	1238	1,4
Région Centre	2006	3343	1,7
Région Est	710	1077	1,5
Région Extrême-Nord	1425	3312	2,3
Région Littoral	1855	3230	1,7
Région Nord	861	2155	2,5
Région Nord-Ouest	283	522	1,8
Région Ouest	437	800	1,8
Région Sud	379	759	2,0
Région Sud-Ouest	421	728	1,7

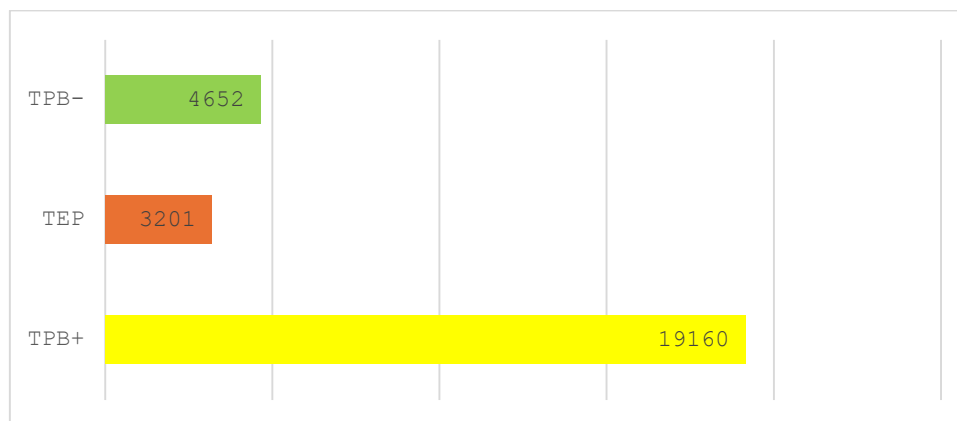
Source : Base de données PNLT/DHIS2, 2025

2.3. Notification de la TB selon les formes cliniques

Le graphique ci-dessous ressort les notifications des formes cliniques de la tuberculose au Cameroun en 2025. On observe une prédominance très nette des cas de TB pulmonaire positive (TPB+), avec 19 160 notifications, soit la majorité des signalements. Les TB pulmonaires négatives (TPB-) représentent 4 652 cas, tandis que les TB extra-pulmonaires (TEP) sont les moins fréquentes avec 3 201 cas. Cette distribution montre que la TB pulmonaire à bacilloscopie positive reste la forme la plus

couramment diagnostiquée et signalée, ce qui traduit son importance épidémiologique et son rôle majeur dans la transmission de la maladie.

Figure 9: Evolution de la notification des formes cliniques de la TB au Cameroun



Source : Base de données PNLT/DHIS2, 2025

V. SITUATION DE COHORTE DE PATIENTS SOUS TRAITEMENT

1. Evolution du taux de succès thérapeutique de la tuberculose

Les données de la cohorte 2024 montrent une performance globalement satisfaisante en matière de prise en charge des cas de tuberculose, bien que certains écarts aux normes programmatiques persistent.

Les résultats montrent que le traitement de la tuberculose toutes formes confondues (TB TFC) au Cameroun en 2025 sont globalement satisfaisants, avec un taux de succès thérapeutique de 89,54%, proche de la cible nationale fixée à plus de 90%.

Ce succès repose principalement sur une proportion élevée de patients guéris (58,62%) et de traitements terminés (30,92%). Les échecs thérapeutiques demeurent très faibles (0,40%), en dessous de la cible de 1%, traduisant une bonne efficacité des protocoles de prise en charge.

Cependant, certains indicateurs restent préoccupants. Le taux de décès (4,09%) dépasse la cible attendue de moins de 3%, suggérant la persistance de diagnostics tardifs, de comorbidités ou de difficultés d'accès aux soins. De même, la proportion de

patients perdus de vue (4,90%) reste proche du seuil critique de 5%, tandis que les non évalués/transférés (1,07%) dépassent légèrement la norme attendue.

Globalement, ces résultats traduisent une performance encourageante du programme, tout en soulignant la nécessité de renforcer le suivi des patients et les mesures de réduction de la mortalité liée à la tuberculose.

Tableau 16: Taux de succès thérapeutique des de TB TFC

Devenir du patient	Cible	Résultats
Guéris		58,62%
Traitement terminé		30,92%
Taux de succès thérapeutique	>90%	89,54%
Échecs	<1%	0,40%
Décès	<3%	4,09%
PDV	<5%	4,90%
Non évalués/Transférés	<1%	1,07%

Source : Base de données PNLT/DHIS2, 2025

Le tableau ci-dessous met en évidence la cohorte des patients sous traitement en région en 2024. Globalement, plusieurs régions atteignent ou dépassent la cible de succès thérapeutique de 90%, notamment le Nord (94,67%), l'Extrême-Nord (93,10%), l'Est (90,50%) et l'Ouest (90,33%), traduisant une bonne efficacité de la prise en charge des patients TB.

À l'inverse, certaines régions présentent des performances insuffisantes, en particulier le Nord-Ouest (83,46%), le Sud-Ouest (84,99%), le Littoral (86,65%), le Centre (88,19%) et l'Adamaoua (88,92%). Ces contreperformances sont associées à des niveaux élevés de décès, de perdus de vue (PDV) ou de non évalués. Le Sud-Ouest enregistre le taux de PDV le plus élevé (8,81%), tandis que le Nord-Ouest présente

simultanément les taux les plus élevés d'échecs thérapeutiques (1,31%) et de décès (7,56%).

Par ailleurs, les décès dépassent la cible de moins de 3% dans plusieurs régions, notamment le Nord-Ouest, le Sud, l'Ouest, le Littoral et l'Extrême-Nord, traduisant des défis persistants liés au diagnostic tardif, aux comorbidités ou à la continuité des soins.

Globalement, les résultats montrent une performance encourageante du traitement TB dans plusieurs régions, mais soulignent la nécessité de renforcer le suivi des patients, la rétention sous traitement et la réduction de la mortalité dans les régions les moins performantes.

Tableau 17: Répartition du taux de succès thérapeutique des cas de TB selon les régions

Régions	Guéris	Traitement terminé	Taux de succès thérapeutique >90%	Échecs <1%	Décès <3%	PDV <5%	Non évalués/ Transférés <1%
Adamaoua	43,33	45,59	88,92	0,23	4,76	3,74	2,31
Centre	58,84	29,35	88,19	0,34	3,14	6,91	1,34
Est	61,85	28,65	90,50	0,35	2,62	6,35	0,17
Extrême Nord	67,61	25,49	93,10	0,30	3,72	2,66	0,35
Littoral	45,38	41,27	86,65	0,47	5,18	6,13	1,57
Nord	77,10	17,57	94,67	0,12	2,81	2,10	0,30
Nord-ouest	53,67	29,79	83,46	1,31	7,56	4,60	2,85
Ouest	55,00	35,33	90,33	0,57	5,49	2,95	0,66
Sud	68,41	21,44	89,85	0,19	5,50	4,36	0,28
Sud-ouest	55,82	29,17	84,99	1,18	3,93	8,81	1,10

Source : Base de données PNLT/DHIS2, 2025

2. Résultats de traitement de la cohorte des PVVIH en 2025

Le tableau ci-dessous montre que le taux de succès thérapeutique des patients coinfectés TB/VIH au Cameroun en 2025 est de 86,08%, restant en dessous de la cible nationale fixée à plus de 90%. Cette situation traduit des difficultés persistantes dans la prise en charge de cette population particulièrement vulnérable. Les échecs thérapeutiques demeurent toutefois faibles (0,77%) et conformes à la cible attendue de moins de 1%, témoignant d'une efficacité relativement satisfaisante des protocoles thérapeutiques lorsqu'ils sont correctement suivis.

En revanche, le taux de décès atteint 7,20%, largement au-dessus de la cible de moins de 3%, ce qui constitue la principale préoccupation. Cette surmortalité pourrait être liée au diagnostic tardif, aux comorbidités ou encore aux difficultés d'adhésion et de suivi thérapeutique. Le taux de perdus de vue (4,54%) reste proche du seuil critique de 5%, tandis que les non évalués/transférés (1,31%) dépassent légèrement la norme attendue.

Globalement, ces résultats montrent que malgré une bonne maîtrise des échecs thérapeutiques, la prise en charge des cas TB/VIH demeure confrontée à une mortalité élevée, nécessitant un renforcement de l'intégration TB/VIH, du diagnostic précoce et du suivi clinique des patients coinfectés.

Tableau 18: Taux de succès thérapeutique des cas de TB/VIH

Devenir du patient	Cible	Résultats
Taux de succès thérapeutique	>90%	86,08%
Échecs	<1%	0,77%
Décès	<3%	7,20%
PDV	<5%	4,54%
Non évalués/Transférés	<1%	1,31%

Source : Base de données PNLT/DHIS2, 2025

VI. SYNTHÈSE DES CASCADES DE PRISE EN CHARGE GLOBALE CHEZ LES ENFANTS

1. Tuberculose pédiatrique

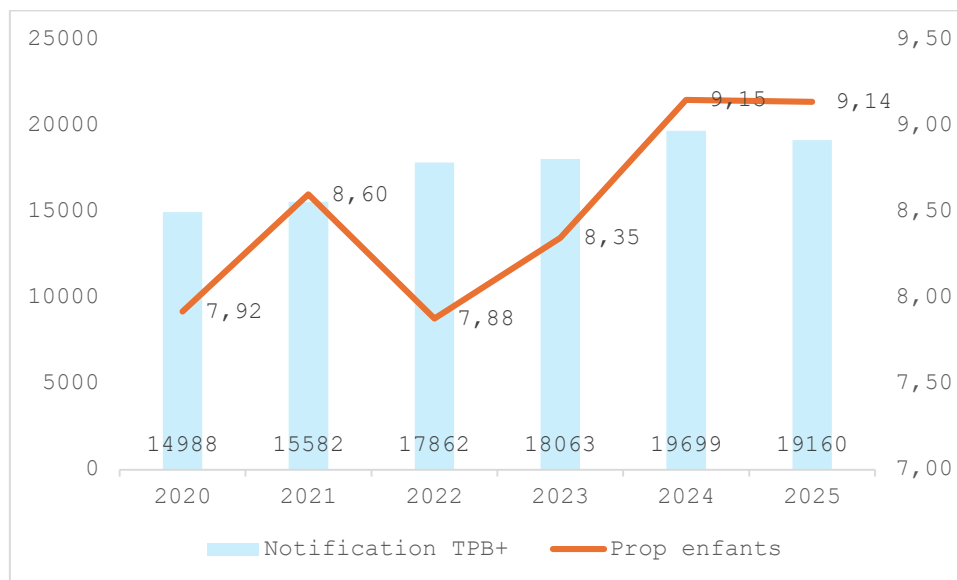
Du graphique combiné, il ressort une croissance progressive de la proportion d'enfants de moins de 15 ans atteints de TB, passant de 7,92% en 2020 à 9,14% en 2025, soit une augmentation absolue de 1,22 point et relative d'environ 15% en 5 ans.

En parallèle, la notification TBP+ toutes formes confondues a augmenté de 14 988 cas en 2020 à 19 160 cas en 2025, soit une hausse de près de 28%. Cette progression traduit une intensification globale du dépistage et de la notification des cas de TB.

L'analyse croisée des deux indicateurs montre que, bien que la notification TBP+ ait connu une croissance plus marquée que la proportion pédiatrique, la part des enfants reste en deçà de la cible attendue (10–12%). Cela suggère que les efforts de dépistage

et d'intégration des enfants dans les services TB se sont améliorés, mais demeurent insuffisants pour atteindre les standards programmatiques.

Figure 10: Evolution de la notification de la TB TFC et TB pédiatrique au Cameroun



Source : Base de données PNLT/DHIS2, 2025

2. Répartition géographique de la notification TB pédiatrique

Du tableau ci-dessous, il ressort que la contribution régionale à la notification des cas de tuberculose pédiatrique au Cameroun en 2025 montre d'importantes disparités entre les régions. L'Adamaoua enregistre la proportion la plus élevée de TB pédiatrique (28,96%), largement au-dessus des autres régions, suivie du Centre (13,31%) et du Littoral (9,55%).

À l'inverse, les plus faibles contributions sont observées dans le Sud-Ouest (2,98%), le Nord-Ouest (3,84%) et le Nord (4,21%). Les autres régions présentent des proportions intermédiaires relativement proches, comprises entre 6% et 7%.

Ces résultats traduisent une répartition hétérogène de la TB pédiatrique sur le territoire national, pouvant refléter à la fois des différences dans la transmission communautaire de la maladie, l'accès au diagnostic chez l'enfant et la performance des activités de dépistage pédiatrique. Ils soulignent la nécessité de renforcer les interventions de détection précoce et de prise en charge de la TB chez l'enfant,

particulièrement dans les régions à faible notification où une sous-détection pourrait persister.

Figure 11: Contribution régionale à la notification des cas de TB pédiatrique au Cameroun en 2025

Régions	TB Pédiatrique
Region Adamaoua	28,96
Region Centre	13,31
Region Est	6,76
Region Extrême-Nord	6,71
Region Littoral	9,55
Region Nord	4,21
Region Nord-Ouest	3,84
Region Ouest	6,44
Region Sud	6,66
Region Sud-Ouest	2,98

Source : Base de données PNL/DHIS2, 2025

VII. TUBERCULOSE, GROUPE A RISQUES ET COMORBIDITES

1. Autres groupes à risques

L'analyse du tableau ci-dessous montre que les cas de tuberculose au sein des populations vulnérables et spécifiques restent inégalement répartis selon les régions en 2025. Les détenus représentent la catégorie la plus touchée avec 743 cas au niveau national, particulièrement dans le Littoral (212 cas), le Centre (127 cas) et le Nord (106 cas), traduisant la forte vulnérabilité des milieux carcéraux à la transmission de la TB.

Les cas chez les réfugiés sont principalement concentrés dans l'Est (38 cas), le Centre (35 cas) et l'Extrême-Nord (27 cas), régions caractérisées par une forte présence de populations déplacées ou transfrontalières. Les déplacés internes sont surtout enregistrés dans le Sud-Ouest (32 cas), l'Extrême-Nord (18 cas) et le Centre (17 cas), en lien avec les contextes sécuritaires et humanitaires.

Par ailleurs, 110 cas ont été notifiés parmi le personnel de santé, principalement dans le Centre (39 cas) et le Littoral (26 cas), soulignant l'exposition professionnelle persistante des agents de santé à la tuberculose. Globalement, ces résultats mettent en évidence la nécessité de renforcer les interventions ciblées de prévention, de

dépistage et de prise en charge de la TB dans les groupes vulnérables et les contextes humanitaires.

Tableau 19: Répartition régionale des cas de TB chez les réfugiés, déplacés internes et personnels de santé

Régions	Déplacés internes	Personnel de santé	Réfugiés	Détenus
Pays	84	110	123	743
Region Adamaoua	1	6	2	61
Region Centre	17	39	35	127
Region Est		3	38	38
Region Extrême-Nord	18	9	27	95
Region Littoral	12	26	14	212
Region Nord	1	5	5	106
Region Nord-Ouest		5	1	13
Region Ouest	3	8		29
Region Sud		5	1	21
Region Sud-Ouest	32	4		41

Source : Base de données PNLT/DHIS2, 2025

2. Comorbidités : Tabagisme et diabète

Il ressort du tableau ci-dessous que les comorbidités diabète et tabagisme sont présentes chez les patients tuberculeux au Cameroun, avec une prévalence nationale respectivement de 1,0% et 5,8%. La comorbidité diabète reste globalement faible, mais des proportions plus élevées sont observées dans l'Ouest (2,3%) et le Littoral (1,9%).

Le tabagisme apparaît davantage associé aux cas de TB, avec des niveaux particulièrement élevés dans le Sud (17,4%), le Nord-Ouest (7,7%) et le Littoral (7,5%). À l'inverse, les plus faibles proportions de tabagisme sont observées dans l'Extrême-Nord (2,5%) et l'Adamaoua (2,6%).

Ces résultats soulignent l'importance du dépistage systématique des facteurs de risque et du renforcement des interventions intégrées TB-maladies non transmissibles et TB-tabagisme dans les régions les plus affectées.

Tableau 20: Répartition régionale des comorbidités de la TB

Région	Pourcentage des Patients TB avec la Comorbidité Diabète	Pourcentage des Patients TB avec la Comorbidité Tabagisme
Adamaoua	0,4%	2,6%
Centre	0,7%	6,9%
Est	0,3%	4,4%
Extrême-Nord	0,8%	2,5%
Littoral	1,9%	7,5%
Nord	1,1%	4,4%
Nord-Ouest	1,0%	7,7%
Ouest	2,3%	5,8%
Sud	1,4%	17,4%
Sud-Ouest	0,3%	5,2%
National	1,0%	5,8%

Source : Base de données DHIS2, 2025

VIII. SURVEILLANCE ET PRISE EN CHARGE DE LA COINFECTION TB/VIH

1. Dépistage du VIH chez les patients TB

L'analyse de la cascade TB/VIH montre globalement une bonne performance du dépistage du VIH chez les patients tuberculeux au Cameroun en 2025, mais met également en évidence quelques gaps persistants dans la continuité de la prise en charge.

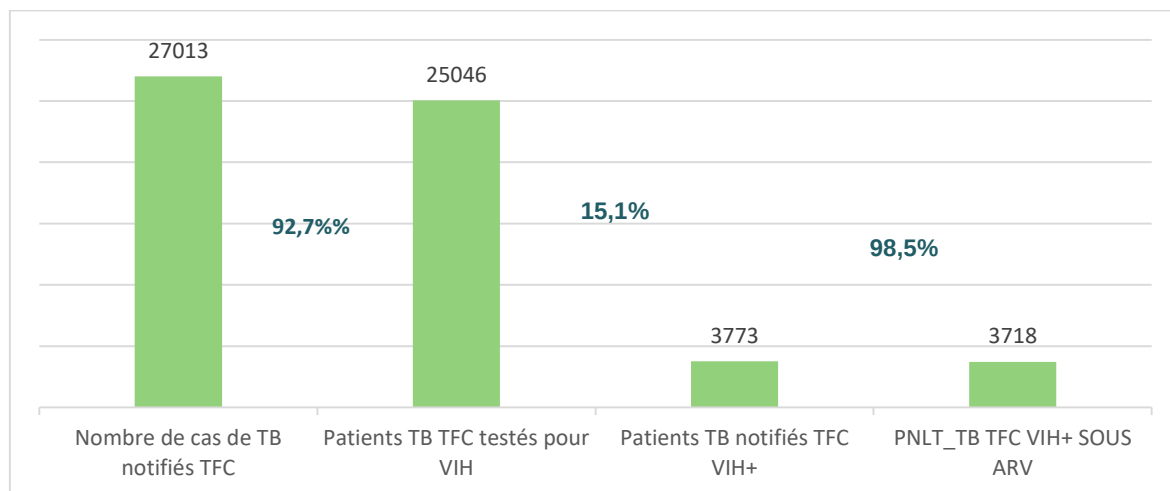
Sur un total de 27 013 cas de TB TFC notifiés, 25 046 patients ont été testés pour le VIH, soit une couverture de 92,7%. Le gap de dépistage est donc de 1 967 patients non testés (7,3%), indiquant qu'une proportion non négligeable de patients TB échappe encore au dépistage VIH.

Parmi les patients testés, 3 773 ont été identifiés comme TB/VIH positifs, représentant environ 15,1% des patients testés. Cependant, seuls 3 718 patients coinfectés ont été mis sous ARV, laissant un gap thérapeutique de 55 patients TB/VIH+ non mis sous traitement antirétroviral.

Globalement, cette cascade traduit une bonne intégration des services TB/VIH, avec une quasi-totalité des patients coinfectés mis sous ARV, mais souligne la nécessité de

renforcer le dépistage systématique du VIH chez tous les patients TB afin de réduire les pertes au niveau de la première étape de la cascade.

Figure 12: Cascade VIH chez les patients TB en 2025



Source : Base de données PNLT/ DHIS2, 2025

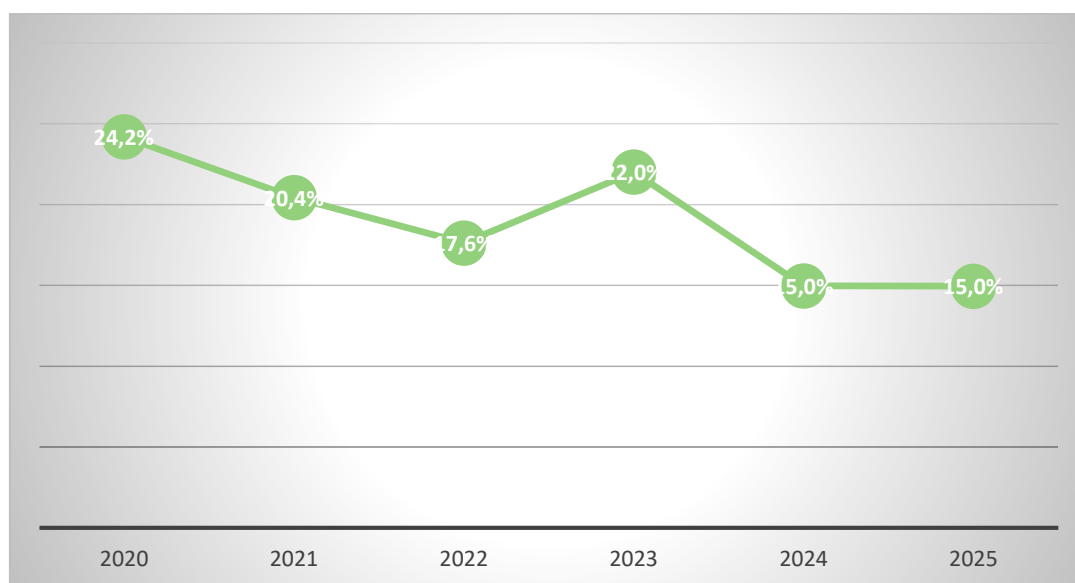
2. Evolution de la co-infection chez les patients TPB+/VIH

. L'évolution de la coinfection TB/VIH chez les patients TPB+ entre 2020 et 2025 montre une tendance globalement à la baisse, traduisant une réduction progressive de la proportion des patients coinfectés au fil des années.

Après un niveau élevé observé en 2020 (environ 24%), la proportion a diminué de manière continue jusqu'en 2022 (17,5%), avant de connaître une remontée transitoire en 2023 (22%). À partir de 2024, une baisse plus marquée est observée, avec une stabilisation autour de 15% en 2024 et 2025, représentant le niveau le plus faible de la période.

Cette évolution pourrait refléter une amélioration progressive des interventions conjointes TB/VIH, notamment le dépistage précoce, la prise en charge des personnes vivant avec le VIH et l'accès accru aux traitements antirétroviraux. Toutefois, le maintien d'un niveau de coinfection encore important souligne la nécessité de poursuivre le renforcement des activités collaboratives TB/VIH.

Figure 13: Evolution de la coinfection chez les patients TPB+



Source : Base de données PNLT/ DHIS2, 2025

3. Performances des régions à la co-infection TB/VIH

Le tableau ci-dessous montre une bonne performance globale de l'intégration TB/VIH au Cameroun en 2025, avec 88,2% des patients TPB+ testés pour le VIH et 98,4% des patients coinfectés mis sous ARV. Les meilleures couvertures de testing sont observées dans l'Adamaoua (92,5%), le Nord-Ouest (91,0%) et l'Ouest (90,8%), tandis que le Littoral présente la plus faible performance (83,6%).

La coinfection TB/VIH demeure particulièrement élevée dans le Nord-Ouest (25,0%), le Centre (20,0%) et le Sud (18,7%), traduisant une charge importante du VIH dans ces régions. En revanche, l'Extrême-Nord (8,5%) et le Nord (10,8%) enregistrent les plus faibles proportions de coinfection.

Par ailleurs, la mise sous ARV des patients TB/VIH+ est presque optimale dans toutes les régions, atteignant 100% dans le Nord et le Sud-Ouest, ce qui témoigne d'une bonne continuité de la prise en charge des patients coinfectés.

Tableau 21: Performances régionales à la co-infection TB/VIH

Régions	% Testing des patients TPB+	%Coinfection TPB+/VIV+	%Patients TB TPB+VIH+ mis sous Arv
Pays	88,2%	15,0%	98,4%
Region Adamaoua	92,5%	12,5%	95,0%
Region Centre	89,1%	20,0%	99,9%
Region Est	85,6%	14,5%	94,9%
Region Extreme-Nord	90,7%	8,5%	95,3%
Region Littoral	83,6%	17,1%	99,4%
Region Nord	88,8%	10,8%	100,0%
Region Nord-Ouest	91,0%	25,0%	97,9%
Region Ouest	90,8%	14,2%	98,0%
Region Sud	86,9%	18,7%	97,5%
Region Sud-Ouest	87,2%	17,3%	100,0%

Source : Base de données PNLT/ DHIS2, 2025

IX. SURVEILLANCE ET PRISE EN CHARGE DE LA TUBERCULOSE MULTIRESISTANTE

1. Dépistage de la TBMR au Cameroun

La cascade de dépistage de la TBMR/RR au Cameroun en 2025 met en évidence d’importantes pertes entre les différentes étapes de prise en charge. Sur 55 326 patients testés pour la TBMR/RR, seuls 174 cas ont été confirmés, soit une proportion très faible de détection parmi les personnes dépistées.

Parmi les cas confirmés, 144 ont été mis sous traitement, correspondant à une couverture thérapeutique d’environ 82,8%. Ainsi, un gap thérapeutique de 30 patients confirmés non mis sous traitement persiste, traduisant des pertes dans la liaison entre le diagnostic et l’initiation thérapeutique.

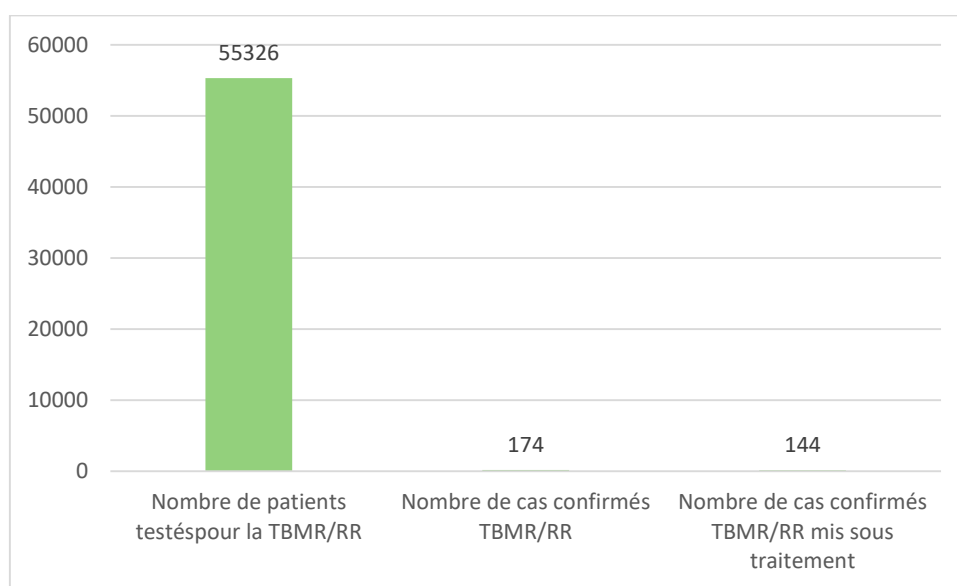
Globalement, cette cascade montre une bonne capacité de dépistage à grande échelle, mais souligne la nécessité de renforcer le diagnostic ciblé des cas à risque ainsi que la mise sous traitement rapide de tous les cas confirmés afin de limiter la transmission des formes résistantes de la tuberculose.

Depuis septembre 2024, le Cameroun a adopté le régime court entièrement oral de 06 mois au BPaLM. Ce nouveau protocole est utilisé en phase pilote dans 02 régions à savoir le Centre et le Littoral. Au terme de l’analyse de la cohorte des patients de cette phase pilote, le pays pourra envisager le passage à échelle de ce nouveau

protocole de 06 mois, qui vient rejoindre le protocole court entièrement oral de 09 mois visant à améliorer le bien-être des patients atteints de TBMR.

Le pays compte 12 sites de prise en charge de la TBMR, ainsi que 12 infirmiers qui sont chargés d'administrer le TDO pendant la phase intensive et de faire le suivi des bilans. 18 APS qui sont chargés de faire adhérer les patients confirmés TBMR au traitement ; et de les accompagner psychologiquement durant tout le processus de leur traitement.

Figure 14: Cascade de dépistage TBMR au Cameroun en 2025



Source : Base de données PNLT/ DHIS2, 2025

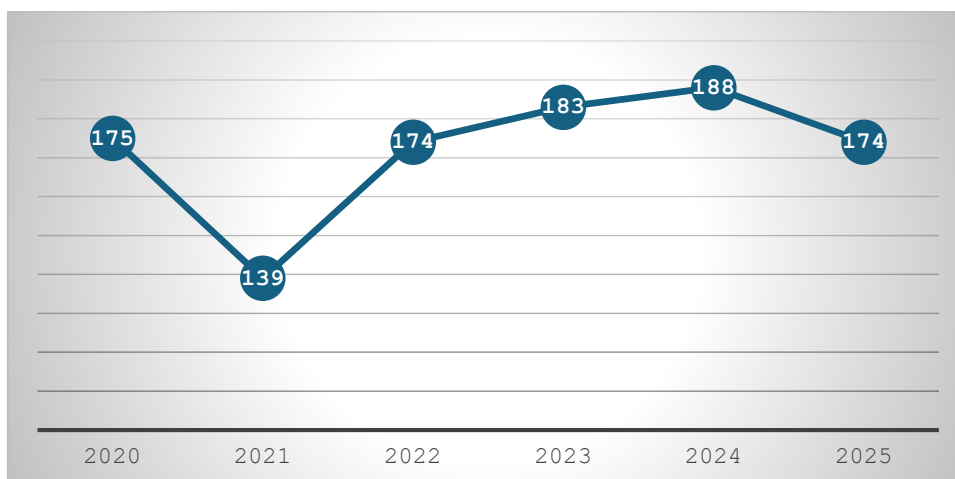
2. Notification de la TBMR

L'évolution des cas de TBMR entre 2020 et 2025 montre une tendance globalement fluctuante. Après 175 cas enregistrés en 2020, une baisse importante est observée en 2021 avec 139 cas, probablement en lien avec les perturbations des activités de dépistage et de suivi.

À partir de 2022, les cas de TBMR connaissent une reprise progressive, passant de 174 cas à 188 cas en 2024, soit le niveau le plus élevé de la période. En 2025, une légère diminution est observée avec 174 cas notifiés.

Globalement, cette évolution traduit une persistance de la TB résistante au Cameroun, soulignant la nécessité de renforcer le dépistage précoce, la surveillance de la résistance et la continuité de la prise en charge des patients TBMR.

Figure 15: Evolution des cas de TBMR



Source : Base de données PNLT/ DHIS2, 2025

Le tableau montre que les cas de TBMR en 2025 sont principalement concentrés dans le Littoral (50 cas) et le Centre (44 cas), suivis de l'Extrême-Nord (20 cas), traduisant une charge plus importante de TB résistante dans ces régions. Globalement, 144 des 174 cas dépistés ont été mis sous traitement, soit une couverture thérapeutique d'environ 82,8%.

Certaines régions comme l'Adamaoua, le Nord, le Sud et le Sud-Ouest ont réussi à mettre sous traitement la totalité des cas dépistés, tandis que des gaps thérapeutiques persistent dans le Centre, le Littoral et l'Ouest. Ces résultats soulignent la nécessité de renforcer la liaison entre diagnostic et mise sous traitement dans les régions à forte charge de TBMR.

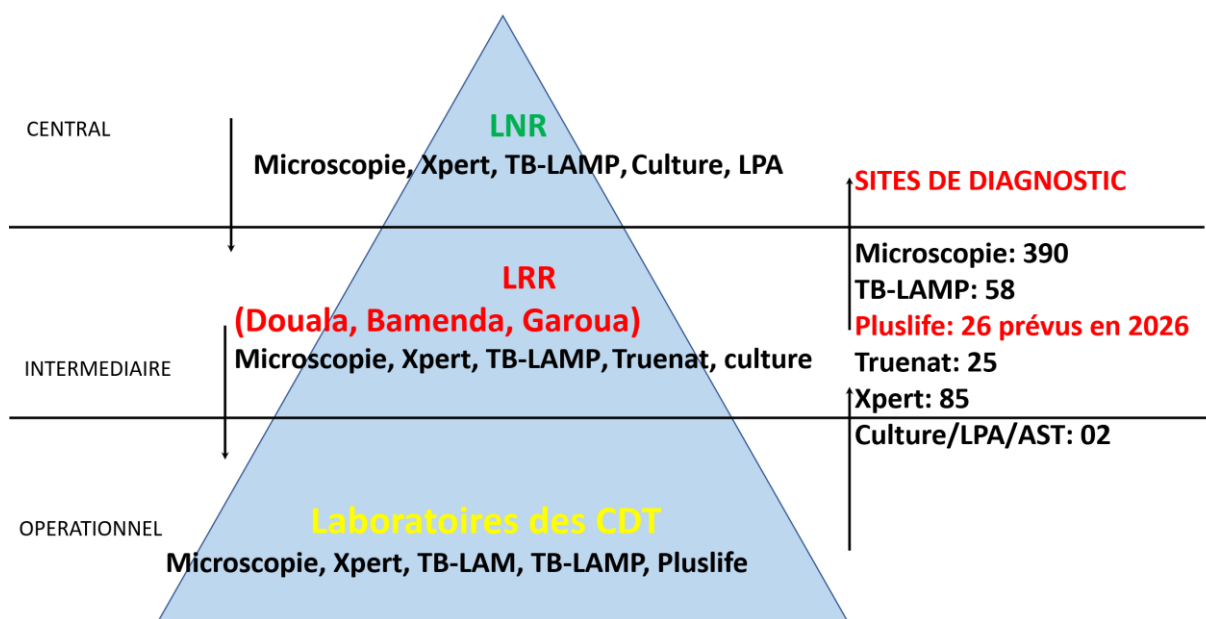
Tableau 22: Répartition régionale des cas de TBMR au Cameroun en 2025

Régions	Nombre de cas de TBMR dépiétés 2025	Nombre de cas de TBMR sous traitement 2025
Pays	174	144
Region Adamaoua	2	2
Region Centre	44	32
Region Est	4	5
Region Extreme-Nord	20	16
Region Littoral	50	40
Region Nord	11	11
Region Nord-Ouest	13	12
Region Ouest	15	11
Region Sud	8	8
Region Sud-Ouest	7	7

Source : Base de données PNLT/ DHIS2, 2025

X. SUIVI DES ACTIVITES DE LABORATOIRES

Figure 17 : Réseau de diagnostic de la TB au Cameroun en 2025



1. Réseau de diagnostic de la TB en 2025

Le réseau de laboratoires du Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) est constitué de l'ensemble des laboratoires réalisant le diagnostic de la tuberculose au Cameroun. Ces laboratoires sont pour la plupart 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 Laboratoire National de Référence (LNR) logé au Centre Pasteur du Cameroun, service de Mycobactérie ;
- 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) ;
- Les 390 Centres de diagnostic et de traitement (CDT) au niveau périphérique.

Au Cameroun, le diagnostic de la tuberculose est réalisé à travers plusieurs techniques d'analyse des échantillons biologiques dans le réseau de laboratoires du PNLT. Il s'agit de :

- La microscopie avec les techniques de coloration Ziehl-Neelsen (microscopie à lumière transmise) et la coloration à l'auramine (microscopie à fluorescence) ;
- Les tests moléculaires : avec les technologies GeneXpert et TB LAMP. Les plateformes Truenat ont été introduites et mises en service au mois d'octobre 2025 ;
- 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 ;
- Les tests rapides en bandelette TB-LAM ou URINELAM.

2. Activités mises en œuvre

1. Approvisionnement en équipements et intrants de laboratoire
 - a) Équipements

L'exercice de quantification réalisé en octobre 2023 par la section pharmacie et laboratoire avec la participation des laboratoires de référence (LNR et LRR), a permis d'établir et exprimer les besoins en équipements et intrants de laboratoire.

Tableau 23: Equipements de laboratoires

EQUIPEMENTS DE LABORATOIRE	BESOIN EXPRIME	RECU	INSTALLES ET FONCTIONNELS	PAS ENCORE INSTALLES
GENEXPERT	4	4	4	0
TB-LAMP	2	2	2	0
TRUENAT	25	25	25	0
BACTEC MGIT	1	1	0	1

Les équipements attendus en 2024 ont été réceptionnés en début d'année 2025. Ces équipements ont déjà été transférés dans les FRPS pour acheminement dans les CDT bénéficiaires et ont tous été installés. Il s'agit de 02 TB-LAMP, 04 GeneXpert 01 automate Bactect et 25 plateformes Truenat.

b) Réactifs et consommables de laboratoire

Les réactifs et consommables traceurs sont : les cartouches GeneXpert, les cartouches Truenat, les Kits de réactif TB-LAMP, les kit Ziehl-Neelsen et les crachoirs. L'inventaire au 31 décembre 2025 de la CENAME donne les stocks suivants :

Tableau 24: Réactifs et consommables traceurs

DESIGNATIONS	COND.	QUANTITES	NUMEROS DE LOTS	DATE DE PEREMPTION	SOURCES DE FINANCEMENT
GeneXpert MTB/RIF Ultra kit de 50 tests	50	854	1001494945	13/12/2026	Fonds Mondial
Xpert MTB/XDR, kit de 10 tests	10	403	1001487101	46460	Fonds Mondial
Base real time PCR test for mycobacterium tuberculosis	B/50	180	TP079	01/04/2027	Fonds Mondial
MTB-RIF Dx	B/50	44	109TX	01/02/2027	Fonds Mondial
Ziehl Neelsen (ZN) Staining Kit, Hot staining	1	225	302933	01/06/2029	Fonds Mondial
Crachoir en plastique avec couvercle à vis	1000	537	20250305	45747	Fonds Mondial

Nous notons tous les intrants traceurs étaient disponibles au 31 décembre 2025 à l'exception des kit TB-LAMP qui avaient été tous distribués dans les FRPS lors d'un précédent exercice de répartition des intrants de laboratoire dans les régions.

2. Formation des personnels de laboratoire

Quelques activités de formation continue des techniciens de laboratoire ont été menées. La situation complète desdites formations est résumée dans le tableau ci-après :

Tableau 25: État de réalisation des formations du personnel de laboratoire et de diagnostic de la tuberculose en 2025

INTITULE DE LA FORMATION	NBRE DE PERSONNEL A FORMER	NBRE DE PERSONNELS AYANT RECU LA FORMATION	TAUX DE REALISATION (%)
DIRECTIVES DE LABORATOIRE	100	74	74
MICROSCOPIE	349	0	0
TB LAMP		10	
TRUENAT	60	36	60
FORMATION DU NIVEAU CENTRAL SUR LA MICROSCOPIE	60	0	0

Toutes les activités n'ont pas pu être réalisées à l'instar de la formation sur la microscopie et les supervisions régionales T1 et T2 et centrales à cause de la non disponibilité des fonds notamment aux premier et deuxième trimestre 2025.

3. Tests de laboratoire réalisés en 2025

Les données sur les tests de laboratoire réalisés au terme de l'année 2025 sont consignés dans les tableaux suivants :

Tableau 26: Tests réalisés au Cameroun en 2025

	Nombre de tests réalisés (97% de complétude)
Microscopie	119033
TB-LAMP	55516
XPERT	27006
TOTAL	201555

Source : Base de données PNLT/ DHIS2, 2025

En 2025, 201555 tests de laboratoire (microscopie, TB-LAMP et GeneXpert) au total, ont été réalisés chez les cas suspects de Tb, contre 223015 en 2024, soit une baisse de 9,6%.

Tableau 27: Résultats régionaux des tests de microscopie

	Nb suspects examinés				Nb patients TB suivis			
	Positifs	Négatifs	Total	Taux de positivité	Positifs	Négatifs	Total	Taux de positivité
PAYS	8 144	110 889	119 033	6,8%	1 029	25 015	26 044	4,0%
ADAMAOUA	397	4 831	5 228	7,6%	34	1 387	1 421	2,4%
CENTRE	791	7 751	8 542	9,3%	175	3 517	3 692	4,7%
EST	796	10 725	11 521	6,9%	60	1 844	1 904	3,2%
EXTREME-NORD	1 817	23 171	24 988	7,3%	128	4 218	4 346	2,9%
LITTORAL	1 400	22 798	24 198	5,8%	268	6 112	6 380	4,2%
NORD	1 429	21 985	23 414	6,1%	104	3 968	4 072	2,6%
NORD-OUEST	443	7 255	7 698	5,8%	78	796	874	8,9%
OUEST	382	5 997	6 379	6,0%	60	882	942	6,4%
SUD	121	1 270	1 391	8,7%	15	994	1 009	1,5%
SUD-OUEST	568	5 106	5 674	10,0%	107	1 297	1 404	7,6%

Source : Base de données PNLT/ DHIS2, 2025

En ce qui concerne les tests de microscopie, 119033 tests ont été réalisés chez les cas suspects de TB contre 137371 en 2024, soit une baisse de 13,3%. Parmi eux, 8144 étaient positifs, soit un taux de de positivité global de 6,8%. Les régions ayant réalisé les plus grands nombres de tests étaient l'Extrême-Nord (24988), le Littoral (24198), et le Nord (23414).

Parmi les patients suivis pour le traitement antituberculeux, 26044 tests de microscopie ont été réalisés, contre 28114 en 2024. Parmi eux, 1029 étaient positifs, soit un taux de de positivité global de 4,0%.

Tableau 28: Résultats régionaux microscopie, frottis de diagnostic

	Nb de frottis de Diagnostic			Nb de frottis de suivi			Nb Total
	Pos.	Rares	Nég.	Pos.	Rares	Nég.	
Total Pays	14 237	2 561	194 708	713	635	27 384	240 238
ADAMAOUA	600	168	7 080	22	23	1 563	9 456
CENTRE	1 664	376	15 740	57	53	3 231	21 121
EST	995	289	18 802	33	25	1 844	21 988
EXT-NORD	2 948	253	41 425	70	41	3 977	48 714
LITTORAL	3 261	822	40 397	285	340	8 593	53 698
NORD	2 252	285	36 395	55	49	3 969	43 005
NORD-OUEST	727	114	13 608	43	29	803	15 324

OUEST	905	99	10 777	27	29	928	12 765
SUD	146	81	3 135	12	7	1 059	4 440
SUD-OUEST	739	74	7 349	109	39	1 417	9 727

Source : Base de données PNLT/ DHIS2, 2025

Pour ce qui est du nombre de frottis, 240238 frottis ont été analysés chez les cas suspects de TB et les patients suivi pour le traitement, contre 274098 en 2024, soit une baisse de 12,4%. Les régions ayant réalisé les plus grands nombres de frottis étaient le Littoral (53698), l'Extrême-Nord (48714), et le Nord (43005).

Tableau 29: Résultats régionaux des tests GeneXpert

	Positifs	Négatifs	Total	RR	taux de pos
Total Région	5 843	27 926	33 769	84	17,3%
Adamaoua	284	1 788	2 072	5	13,7%
CENTRE	90	670	760	2	11,8%
EST	194	1 498	1 692	3	11,5%
EXTREME-NORD	572	4 227	4 799	10	11,9%
LITTORAL	3 216	5 932	9 148	24	35,2%
NORD	640	6 305	6 945	5	9,2%
NORD OUEST	348	4 404	4 752	10	7,3%
OUEST	155	1 342	1 497	11	10,4%
Sud	103	569	672	7	15,3%
Sud-ouest	241	1 191	1 432	7	16,8%

Source : Base de données PNLT/ DHIS2, 2025

Concernant les tests GeneXpert 33769 tests ont été réalisés chez les cas suspects de TB contre 69592 en 2024, soit une baisse de 51,5%. Parmi eux, 5843 étaient positifs, soit un taux de positivité global de 17,3%. Les régions ayant réalisé les plus grands nombres de tests étaient le Littoral (9148), le Nord (6945) et l'Extrême-Nord (4799).

Il est à signaler l'adoption du diagnostic de la TB chez l'enfant par les selles....

Tableau 30: Résultats régionaux des tests TB-LAMP

	POSITIF	NEGATIF	TOTAL	TAUX DE POSITIVITE
Total Pays	4 409	52 201	56 610	7,8%
ADAMAOUA	254	7 269	7 523	3,4%
CENTRE	835	4 803	5 638	14,8%
EST	456	5 398	5 854	7,8%
EXTREME-NORD	440	7 171	7 611	5,8%
LITTORAL	1 091	11 784	12 875	8,5%
NORD	631	7 263	7 894	8,0%

NORD-OUEST	9	9	18	50,0%
OUEST	158	2 119	2 277	6,9%
SUD	262	3 386	3 648	7,2%
SUD-OUEST	273	2 999	3 272	8,3%

Source : Base de données PNL T/ DHIS2, 2025

Quant aux tests TB-LAMP, 56610 tests ont été réalisés chez les cas suspects de TB contre 47709 en 2024, soit une augmentation de 18,7%. Parmi eux, 4409 étaient positifs, soit un taux de positivité global de 7,8%. Les régions ayant réalisé les plus grands nombres de tests étaient le Littoral (12875), l'Extrême-Nord (7611), Nord (7894) et l'Adamaoua (7523).

XI. GESTION DES APPROVISIONNEMENTS ET DES STOCKS

Le renforcement de la chaîne d'approvisionnement est une initiation nationale qui contribue à la réussite des idéaux de la Couverture Santé Universelle (CSU). Dans ce sillage, plusieurs interventions visant à optimiser la disponibilité des produits de santé pour la lutte contre la tuberculose dans tous sites de diagnostics et de prises en charges TB.

Cependant, ces efforts ont été conditionnés au courant de l'année 2025 par la disponibilité des fonds domestiques s'élevant à 1 milliard 200 millions Fcfa devant permettre d'acquérir les produits de santé à temps et en quantité suffisante en complément de la quotité du Fonds Mondial s'élevant à 40% des besoins et constituant les stocks de sécurité du pays.

Il faudrait ainsi rappeler que depuis 2016, l'acquisition des médicaments de première ligne est entièrement supportée par les fonds étatiques, tandis que ceux de deuxième ligne et les intrants de laboratoire par le Fonds Mondial.

Dès lors, nous constatons une discontinuité de l'approvisionnement des FLD, malgré les efforts consentis par l'Etat à rendre disponible de façon continu les médicaments de première ligne.

Nous pouvons citer comme causes :

- La mobilisation tardive des fonds domestiques alloués à l'acquisition des médicaments de première ligne ;
- Des lenteurs administratives ;

- L'insuffisance des fonds à hauteur des besoins réels afin de couvrir toute la file active ;
- La situation inconfortable de la CENAME vis-à-vis des fournisseurs et fabricants externes ;
- L'exigence de prépaiement par Stop TB Partnership Plus Solution (Agence d'approvisionnements) avant livraison, bien que contraire à la loi des finances de notre pays.
- Les crises et guerres dans certaines parties du monde
- Les rupture en matière première chez les fabricants

Ce qui amène le PNLT à faire une demande d'autorisation préalable à la hiérarchie pour un virement des fonds à I PLUS SOLUTION avec un grand risque de rallonger le délai de livraison.

Ces facteurs impactent significativement à la disponibilité des produits pharmaceutiques dans les sites.

En outre, la bonne gestion des intrants pharmaceutiques est un déterminant essentiel de la performance des systèmes de santé, car elle conditionne la disponibilité, l'accessibilité des dits intrants, la fréquentation des formations sanitaires et ainsi que l'observance des traitements antituberculeux.

Au courant de l'année 2025, nous avons évalué les indicateurs prioritaires du SIGL (du Système d'Information de Gestion Logistique) à travers la mise en place d'un formulaire en ligne (Kobocollect), dans l'optique de suivre tous les aspects de la gestion des médicaments antituberculeux et l'application des mesures correctives permettant d'améliorer leurs traçabilités donc l'efficacité, et une bonne maîtrise du système d'approvisionnement des intrants TB au Cameroun.

La performance du système national de gestion des achats et stocks des intrants TB nous a permis d'améliorer la disponibilité des intrants et la traçabilité jusqu'aux patients tout en minimisant les risques de rupture et de surstockage.

Aussi, les aspects d'assurance qualité en ce qui concerne les conditions de stockage, la mise à jour des outils de gestion des stocks nous ont permis de garantir la qualité de ces produits jusqu'au dernier kilomètre.

1. Activités GAS réalisées

En 2025 la GAS a réalisé :

- La Sélection et quantification des produits de santé comptant pour l'année 2025 en collaboration avec la DPML ;
- Soumission des besoins pays en produits de santé sur les différentes plateformes de commandes ;
- Le Tracking et suivi des commandes dans les différentes plateformes (GDF et Wambo) ;
- Elaboration des plans de répartition des produits de santé pour les FRPS des régions ;
- Accompagnement des Commissionnaires Agréés en Douane pour le dédouanement des produits de santé dans nos portes d'entrées (aéroport international de Yaoundé Nsymalen, port autonome de Douala et de Kribi) ;
- Inventaires et réconciliations des stocks des produits de santé à la CENAME et FRPS ;
- Suivi mensuel des stocks des produits de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Participation à la rédaction de certains documents normatifs comme eSIGL (Système Information Logistique) des produits de santé au Cameroun et la Validation du Manuel de Procédure Standard des produits de santé publique ;
- Les activités de redéploiements des stocks inter régions et inter CDT afin de juguler les ruptures de stocks.

Le tableau ci-après mets en relief le taux de réalisation par groupe d'activité selon le cadre de performance du programme.

Tableau 31: État de mise en œuvre des activités de Gestion des Approvisionnements et des Stocks (GAS) en 2025

DESIGNATION DE L'ACTIVITE	REALISATION	OBSERVATION
Elaboration du PTA GAS 2025	100%	RAS
Elaborer un rapport d'activité de l'année 2025	100%	RAS
Collecte des inventaires et compilation des données relatives aux niveaux des stocks	100%	Retard de transmission de certains FRPS
Collecte et validation des factures de gestion de l'année 2025	50%	Retard de la transmission des factures de certains FRPS Retard dans la signature des protocoles d'accord avec la CENAME et des FRPS
Revue des niveaux de stocks et élaboration du plan de répartition	100%	Ayant permis de faire face à certaines tensions de stocks durant l'année 2024
Participation aux réceptions/Dépotage des produits de santé et Suivi des stocks à la CENAME et les 10 FRPS	100%	Retour d'information difficile dans certaines régions
Suivi et révision du plan d'approvisionnement	100%	Difficulté majeur rallongement des délais de livraisons par I PLUS SOLUTION
Participer aux réunions de coordination organisées par les tutelles	100%	Tenues à : IGSPL/DLMEP/UCS/DPML et GTC
Elaboration d'un template de suivi des stocks Excel comportant les données listées par l'UCS	100%	Adhésion difficile des acteurs du niveau régional et opérationnel
Mission semestrielle de réconciliation des stocks du PNLT dans les dix régions	50%	Le Financement de cette activité est logé au CNLS ; et la réalisation de cette dernière a connu un véritable retard.
Atelier de quantification des produits de santé du PNLT	100%	Rapport disponible et les commandes transmises
Atelier de révision des protocoles d'accords entre CENAME, FRPS et es programmes prioritaires du FM	100%	Financement du CNLS car le PNLT ne disposant pas une ligne budgétaire pour cette activité

2. Paysage de financements 2025 pour les acquisitions des produits de sante TB

Afin de prendre efficacement en charge les malades atteints de la tuberculose et de permettre un meilleur diagnostic des cas suspects, le programme a fait un exercice de quantification et d'estimation de tous ses produits de sante lors de la demande de financement GC7 pour la periode allant de 2024-2026.

Par ailleurs, de facon annuelle, il est prevu un atelier de revue de quantification des produits de sante qui permet de tenir compte de la tendance de notification reelle et des donnees de consommation.

Cet exercice a ete fait au mois d'août 2025 tout en tenant compte des inventaires physique de stocks au 30 juin 2025.

Tableau 32: Tableau de prevision de financement des produits de sante 2024-2026 sous financement domestique

	Besoins	2024	2025	2026
ETAT	FLD Adulte	1 345 187,65 €	1 431 654,23 €	1 526 882,21 €
	FLD Pédiatrique	113 104,92 €	71 173,77 €	133 692,81 €
	TPT Chez l'enfants contact TPB+	25 158,50 €	27 947,63 €	31 663,91 €
	Demande fonds	1 483 451,07 €	1 530 775,63 €	1 692 238,92 €
	Fret et d'assurance	29 669,02 €	30 615,51 €	33 844,78 €
	Entreposage / Stockage/ Distribution (FRPS)	74 172,55 €	76 538,78 €	84 611,95 €
	Entreposage / Stockage/ Distribution (CENAF)	81 589,81 €	84 192,66 €	93 073,14 €
	Assurance qualité et Contrôle Qualité	44 503,53 €	45 923,27 €	50 767,17 €
	Procurment Fees Médicaments (3,95%)	103 841,57 €	107 154,29 €	118 456,72 €
	Total Besoins ETAT par année en Euro	1 817 227,56 €	1 875 200,15 €	2 072 992,68 €
	Total Besoins ETAT par année en FCFA(*656XAF)	1 192 023 136,42 FCFA	1 230 050 663,17 FCFA	1 359 794 061,01 FCFA

Tableau 33: Tableau de prevision de financement des produits de sante 2024-2026 sous financement du Fonds Mondial

	BESOINS	2024	2025	2026	TOTAL 2024-2026
FM	Médicaments de ligne 2 (SLD)	26 839,56 €	203 762,53 €	243 509,14 €	474 111,23 €
	Médicaments de ligne 2 (XDR)	1 335,63 €	7 517,07 €	7 976,23 €	16 828,92 €
	Intrants de Prisons	35 729,42 €	35 729,42 €	35 729,42 €	107 188,27 €
	Intrants de Laboratoire	2 524 306,58 €	2 437 437,44 €	2 925 280,77 €	7 887 024,79 €
	Demande fonds	2 588 211,19 €	2 684 446,46 €	3 212 495,56 €	8 485 153,21 €
	Fret et d'assurance	3 318,23 €	3 443,33 €	4 129,80 €	10 891,35 €
	Entreposage / Stockage/ Distribution (FRPS)	77 646,34 €	80 533,39 €	96 374,87 €	254 554,60 €
	Entreposage / Stockage/ Distribution (CENAME)	142 351,62 €	147 644,56 €	176 687,26 €	466 683,43 €
	Assurance qualité et Contrôle Qualité	845,26 €	6 338,39 €	7 544,56 €	14 728,20 €
	Procurment Fees Médicaments (4%)	177 828,47 €	179 071,80 €	214 829,07 €	571 729,34 €
	Customs Clearance (2%)	77 646,34 €	80 533,39 €	96 374,87 €	254 554,60 €
	Pré Shipment QC assurance (0,05%)	1 294,11 €	1 342,22 €	1 606,25 €	4 242,58 €
	Total Besoins Total par année en Euro	3 067 847,43 €	3 182 011,33 €	3 808 435,98 €	10 058 294,73 €
	Total Besoins Total par année en FCFA(*656XAF)	2 012 375 994,30	2 087 262 603,84	2 498 170 238,70	6 597 808 836,84

Tableau 34: Plan des approvisionnements en produits de santé pour l'exercice 2025

QuantTB – Outil pour la Quantification des Anti Tuberculeux

Fichier Médicaments & Schémas Thérapeutiques Importer & Exporter Diviser & Fusionner Secours

Cameroon_NTP_FLD(LTBI)_Both_31December2025_31December2028_GDF_GDFFunderGlobalFund_Q4-2025

Cameroon_NTP_SLD_Both_31December2025_31December2028_GDF_GDFFunderGlobalFund_Q4-2025

Paramètres Résumé Rapport des Produits Rapport des Patients Rapport Détaillé des Produits Commande et Calendrier Graphiques Quantité qui risque de périmer

Quantités et Coûts Coûts Additionnels et Coûts Totaux Calendrier

Calendrier des commandes: Annuellement

No. de la commande accélérée 1				No. de la commande régulière 1			
Date de la commande: Le plus tôt possible (la commande aurait dû être pass...)		Date de livraison: Le plus tôt possible (la commande aurait dû être pass...)		Date de la commande: déc., 31 2025		Date de livraison: juil., 31 2026	
Produits	Quantité à commander, ajustée (en unités)	Quantité à commander, arrondie à la taille de l'emballage	Coût (USD/\$)	Produits	Quantité à commander, ajustée (en unités)	Quantité à commander, arrondie à la taille de l'emballage	Coût (USD/\$)
E(100) Ethambutol 100mg Comprimé(s) dispersibles	452 600	4 526	99 164,66	E(100) Ethambutol 100mg Comprimé(s) dispersibles	218 600	2 186	47 895,26
RH(150/75) 2-FDC RH (150/75) 150mg+75mg Compr...	4 684 512	6 971	244 542,68	RH(150/75) 2-FDC RH (150/75) 150mg+75mg Compr...	3 676 512	5 471	191 922,68
RH(75/50) 2-FDC RH (75/50) 75mg+50mg Comprimé...	3 197 292	38 063	180 799,25	RH(75/50) 2-FDC RH (75/50) 75mg+50mg Comprimé...	1 382 556	16 459	78 180,25
RHZ(75/50/150) 3-FDC RHZ (75/50/150) 75mg+50mg...	409 752	4 878	32 438,70	RHZ(75/50/150) 3-FDC RHZ (75/50/150) 75mg+50mg...	218 568	2 602	17 303,30
RHZE(150/75/400/275) 4-FDC RHZE (150/75/400/275)...	5 724 096	8 518	580 927,60				
Coûts des médicaments			1 137 872,89	Coûts des médicaments			335 301,49
Coût additionnel			263 417,57	Coût additionnel			77 622,29
Coût de la commande:			1 401 290,46	Coût de la commande:			412 923,78
No. de la commande régulière 2				No. de la commande régulière 3			
Date de la commande: mai, 31 2026		Date de livraison: déc., 31 2026		Date de la commande: mai, 31 2027		Date de livraison: déc., 31 2027	
Produits	Quantité à commander, ajustée (en unités)	Quantité à commander, arrondie à la taille de l'emballage	Coût (USD/\$)	Produits	Quantité à commander, ajustée (en unités)	Quantité à commander, arrondie à la taille de l'emballage	Coût (USD/\$)

Droits d'auteur © 2012 Management Sciences for Health, Inc. Tous droits réservés. Développé par MSH.

QuantTB – Outil pour la Quantification des Anti Tuberculeux

Fichier Médicaments & Schémas Thérapeutiques Importer & Exporter Diviser & Fusionner Secours

Cameroon_NTP_FLD(LTBI)_Both_31December2025_31December2028_GDF_GDFFunderGlobalFund_Q4-2025

Cameroon_NTP_SLD_Both_31December2025_31December2028_GDF_GDFFunderGlobalFund_Q4-2025

Paramètres Résumé Rapport des Produits Rapport des Patients Rapport Détaillé des Produits Commande et Calendrier Graphiques Quantité qui risque de périmer

Quantités et Coûts Coûts Additionnels et Coûts Totaux Calendrier

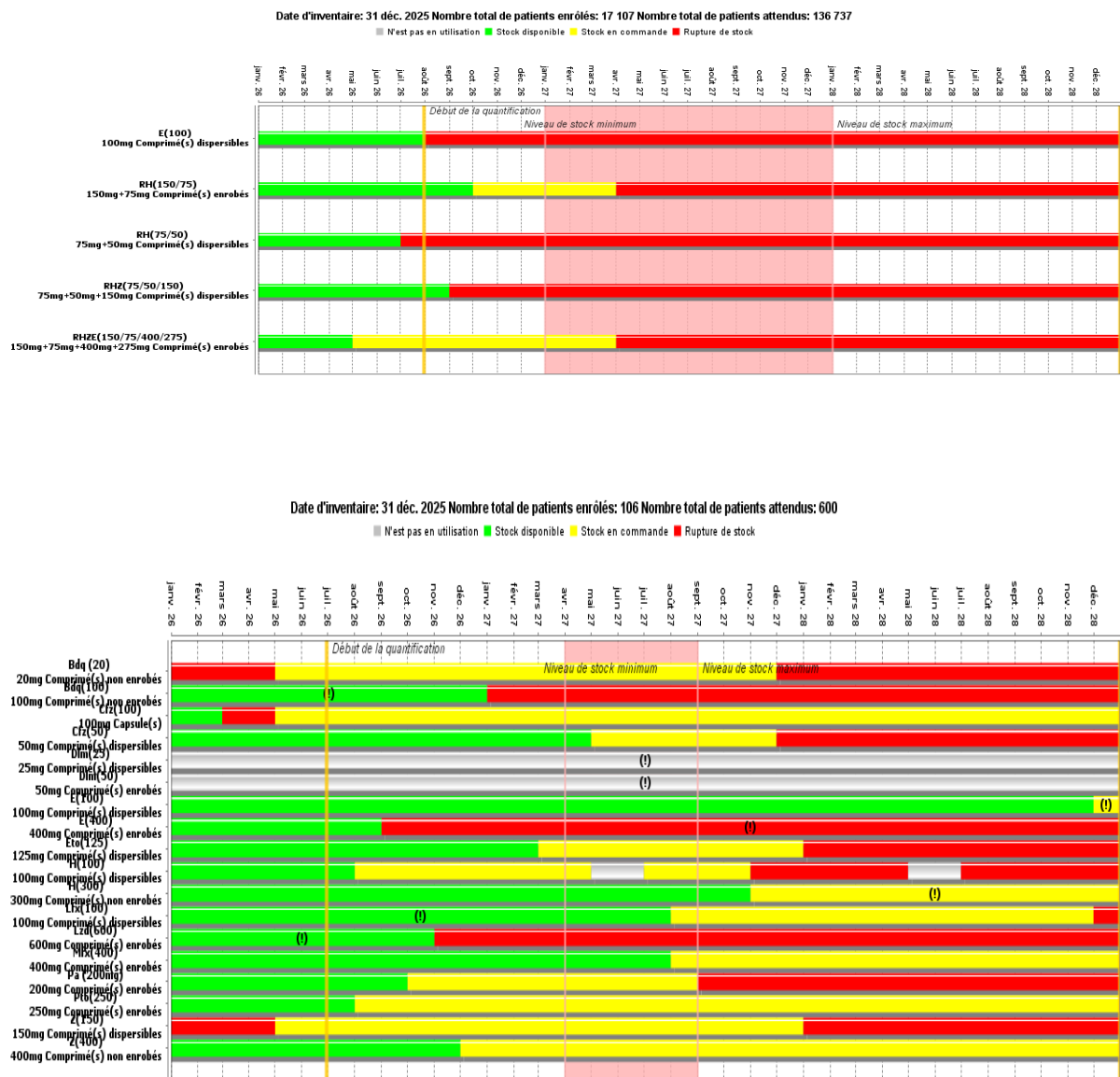
Calendrier des commandes: Annuellement

No. de la commande régulière 2				No. de la commande régulière 3			
Date de la commande: mai, 31 2026		Date de livraison: déc., 31 2026		Date de la commande: mai, 31 2027		Date de livraison: déc., 31 2027	
Produits	Quantité à commander, ajustée (en unités)	Quantité à commander, arrondie à la taille de l'emballage	Coût (USD/\$)	Produits	Quantité à commander, ajustée (en unités)	Quantité à commander, arrondie à la taille de l'emballage	Coût (USD/\$)
E(100) Ethambutol 100mg Comprimé(s) dispersibles	522 800	5 228	114 545,48	E(100) Ethambutol 100mg Comprimé(s) dispersibles	532 300	5 323	116 626,93
RH(150/75) 2-FDC RH (150/75) 150mg+75mg Compr...	13 808 928	20 549	720 858,92	RH(150/75) 2-FDC RH (150/75) 150mg+75mg Compr...	14 034 720	20 885	732 645,80
RH(75/50) 2-FDC RH (75/50) 75mg+50mg Comprimé...	3 307 500	39 375	187 031,25	RH(75/50) 2-FDC RH (75/50) 75mg+50mg Comprimé...	3 361 428	40 017	190 080,75
RHZ(75/50/150) 3-FDC RHZ (75/50/150) 75mg+50mg...	522 816	6 224	41 389,60	RHZ(75/50/150) 3-FDC RHZ (75/50/150) 75mg+50mg...	532 392	6 338	42 147,70
RHZE(150/75/400/275) 4-FDC RHZE (150/75/400/275)...	8 158 080	12 140	827 948,00	RHZE(150/75/400/275) 4-FDC RHZE (150/75/400/275)...	8 555 904	12 732	868 322,40
Coûts des médicaments			1 891 773,25	Coûts des médicaments			1 949 823,58
Coût additionnel			437 945,51	Coût additionnel			451 384,16
Coût de la commande:			2 329 718,76	Coût de la commande:			2 401 207,74

Droits d'auteur © 2012 Management Sciences for Health, Inc. Tous droits réservés. Développé par MSH.

3. Situation des stocks des produits de santé au 31 décembre 2025.

Tableau 35: Tableaux de bord des médicaments antituberculeux de ligne 1&2 au 31 décembre 2025



D'un côté, nous disons sans ambages à la lecture de ces deux figures que la couverture des FLD en date du 31 décembre 2025 est de 5 mois dans le pays au vu de la file active. Les stocks en cours de route permettront de couvrir les besoins en médicaments jusqu'au mois de novembre 2026. En tenant compte du délai de livraison des médicaments qui semble s'allonger ces dernières années (7 mois) ; il y a nécessité de procéder au virement effectif des fonds dédiés à l'acquisition des médicaments sous FCP 2025 à l'agence d'approvisionnement I Plus Solution et de poursuivre sans

relâche avec le plaidoyer pour le virement effectif de la commande avec les fonds domestique (FCP 2025) par le Gouvernement.

C'est ainsi que nous sécuriserons les stocks de médicaments et éviterons la rupture des médicaments de ligne 1 en fin T4 2026 avec des conséquences bien connues :

- Les résistances aux antibiotiques (Interruptions de traitement ; mauvaise observance etc)
- La prolifération des mauvaises pratiques par les praticiens (non-respect des protocoles, vol, non-respect des bonnes pratiques de gestion etc.)
- Les morts

De l'autre côté, la couverture en médicaments de deuxième ligne est de douze (11) mois dans le pays à l'exception de certaines molécules qu seront en tension au T1 2026 comme la Clofazime 100mg. Prothionamide 250 mg et Pyrazinamide 150 mg usitées pour la prise en charge de la TBMR chez l'enfant.

Il sera donc question de suivre l'évolution de commande 2026 passée en octobre de 2025 prévues afin d'éviter une rupture des molécules sus citées.

Tableau 36: Etat des intrants de diagnostic pour la tuberculose au 31 décembre 2025

Désignations	Quantités CENAME	Quantités FRPS	Quantités pays au 31/12/25	CMM	MSD
Diagnostic consommables kit - LED	225 000	55 000	280 000	22 842	12
Diagnostic consommables kit - ZN	-				
Determine TB LAM Ag 25T		2 484	2 484	600	4
Xpert MTB/RIF Ultra kit of 50 tests	42 700	850	43 550	5 832	7
Xpert MTB/XDR kit of 10 tests	4 370	3 500	7 870	1 002	8
Loopamp MTBC Detection Reagents	38 688	7 050	45 738	3 976	12
Loopamp PURE DNA Extraction Reagents					
TRUENAT MTB RIF	42 550	1 960	44 510	1 208	37
TRUENAT MTB PLUS	120 000	6 200	126 200	3 999	32
Crachoirs	537 000	215 993	752 993	32 617	23

La lecture de ce tableau nous permet de dire que la CMM des cartouches Xpert est de 7 mois dans le pays.

Il sera question pour le programme de passer les commandes laboratoire afin d'éviter la rupture de ce consommable essentiel pour la détection de la résistance aux antibiotiques (Rifampicine).

Par ailleurs, il faudra augmenter le diagnostic des cas par Truenat afin d'éviter la péremption desdits réactifs.

CHAPITRE 3 : GESTION DES DONNEES, RECHERCHE ET SURVEILLANCE

I. PROCESSUS DE COLLECTE DES DONNEES

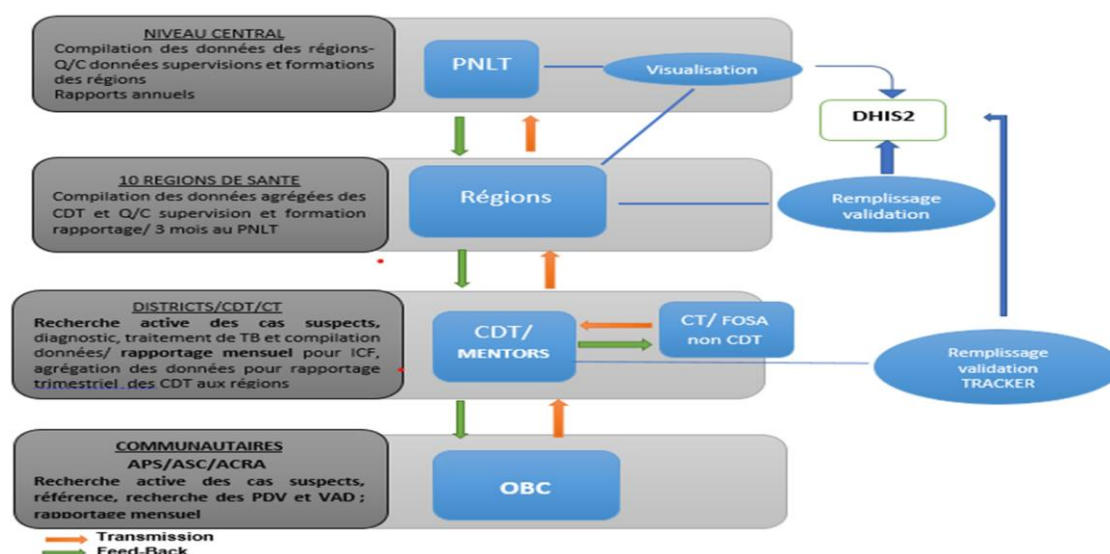
La figure ci-dessous montre les différents niveaux de collecte des données. Chaque niveau de services joue un rôle précis dans la collecte des données ; qu'il s'agisse du niveau périphérique, intermédiaire ou central. Les CDT utilisent les registres, formulaires et formats de rapports recommandés par l'OMS. Les supports sont imprimés et diffusés dans tous les CDT par le GTC et les GTR. Tous les prestataires des CDT et du niveau des districts doivent être formés spécifiquement à l'utilisation de ces outils. Le responsable du CDT/Laboratoire se sert des registres de TB, pour renseigner les variables retenues dans les formats de rapports d'activités mis à leur disposition. Le système d'information du PNLT s'arrime au système national d'information sanitaire du pays. Toutes les informations relatives au dépistage et au suivi des malades TB sont introduites dans le DHIS2 après l'atelier de validation des données ou une supervision de vérification des données sur site. Les données sont introduites dans le système national à partir du niveau régional et au niveau district/CDT. Le personnel de santé du CDT doit renseigner mensuellement le rapport mensuel d'activités (RMA), ceci contribue au renforcement du système de surveillance de la tuberculose. Le programme a mis sur pied un registre électronique pour le suivi au cas par cas des patients TB (DHIS2 TRACKER TB).

Le système national d'informations sanitaires (SNIS) recommande les délais suivant pour la transmission des données de Tuberculose vers le niveau supérieur :

- De la FOSA/CDT vers le District de santé : avant le 5 du mois ;
- Du District de santé à la Région : avant le 10 du mois ;
- De la Région au niveau central : avant le 15 du mois.

NB : La saisie des données s'y fait de façon quotidienne dans les CDT. Les données sont visualisées à Travers le tableau de bord de lutte contre la TB dans le DHIS2.

Figure 16 : Circuit simplifié de transmission des données



Source : Guide de prise en charge de la TB sensible

II. ASSURANCE QUALITE DES DONNEES

Le premier niveau d'analyse se fait au niveau des régions. Chaque trimestre le gestionnaire des données au niveau régional évalue la qualité des données transmises par les CDT :

- Il corrige les éventuelles incohérences ;
- Il évalue la performance du programme au niveau des CDT avec des indicateurs-clés en prenant soin de faire une rétro information aux CDTs ;
- Il agrège dans une base de données standardisée Excel (propre au PNLT) et les intègre également dans le DSHIS2 ;
- Il transmet une copie dure et une copie électronique de chaque rapport d'activités au gestionnaire de données du niveau central.

Ensuite, les rapports régionaux sont compilés, validés et exploités au niveau central par le gestionnaire des données :

- Il évalue la complétude et la promptitude des rapports d'activités de chaque région et de chaque CDT ;
- Il vérifie la qualité des données saisies dans le DHIS2 et dans le masque Excel de chaque région et de chaque CDT ;

- Il vérifie la cohérence des données saisies dans le DHIS2 et dans le masque Excel,
- Il prend soin de faire une retro-information aux régions pour validation ou pour correction des problèmes identifiés
- Il compile les rapports et produit le rapport de collecte des données qu'il transmet au responsable de suivi et évaluation pour exploitation.

Le responsable du suivi et évaluation exploite les rapports pour la prise de décisions :

- Il évalue les indicateurs-clés mesurant le progrès du programme ;
- Il s'assure de la qualité des données transmises au niveau central puis les valide ;
- Il s'assure du remplissage et de la prise en compte de tous les indicateurs clés dans le DHIS2 ;
- Il produit le bulletin épidémiologique trimestriel, le rapport semestriel et le rapport annuel d'activités.

III. RECHERCHE ET SURVEILLANCE

La recherche et la surveillance épidémiologique jouent un rôle central dans la lutte contre la tuberculose. Elles permettent de détecter précocement les cas, de suivre les tendances et d'ajuster les stratégies de riposte. Leur renforcement est essentiel pour améliorer l'efficacité des interventions et atteindre les objectifs d'élimination.

1. Recherche

Dans le cadre du renforcement de l'utilisation des données probantes pour la prise de décision, le Programme National de Lutte contre la Tuberculose a participé en 2025 à un atelier de formation sur la recherche opérationnelle organisé à Ebolowa du 9 au 13 juin 2025. Cette initiative visait à renforcer les capacités des participants en matière de conception, de mise en œuvre et de valorisation des recherches opérationnelles adaptées aux problématiques de santé publique.

La formation a porté sur les principales approches méthodologiques de recherche qualitative, quantitative et mixte, la formulation des problématiques de recherche, les techniques de collecte et d'analyse des données, les considérations éthiques ainsi que les mécanismes de traduction des résultats de recherche en outils d'aide à la décision.

Des exercices pratiques et des travaux de groupe ont permis aux participants de développer des projets de recherche appliqués à des problématiques opérationnelles et communautaires.

Les thématiques abordées ont également couvert l'analyse qualitative des données, le codage, la transcription des entretiens, l'utilisation d'outils de suivi-évaluation et la valorisation des résultats à travers des notes d'information stratégique, des infographies et d'autres supports de communication scientifique. Une attention particulière a été accordée aux exigences éthiques et réglementaires applicables à la recherche en santé au Cameroun.

Cette activité contribue au renforcement des compétences nationales en recherche opérationnelle et constitue une étape importante pour améliorer la production et l'utilisation des données probantes dans la lutte contre la tuberculose. Elle devrait favoriser le développement de futures études opérationnelles permettant d'identifier les obstacles à la performance du programme et d'orienter les interventions vers des solutions adaptées au contexte camerounais.

2. Surveillance

En 2025, comme les années précédentes, le programme a maintenu un système actif de surveillance de la tuberculose afin de suivre les foyers d'épidémie et d'identifier les districts nécessitant une intervention urgente.

La présence de cas de tuberculose bactériologiquement confirmés, non diagnostiqués ou nouvellement diagnostiqués mais non traités, dans une communauté augmente considérablement le risque de transmission en particulier auprès des contacts étroits tels que les membres du ménage, les collègues de travail, les connaissances sociales, ainsi que d'autres personnes partageant des espaces intérieurs mal ventilés pendant de longues périodes.

Sur la base de ce constat, nous avons utilisé le nombre de nouveaux cas de TB bactériologiquement confirmés pour estimer l'incidence de la TB par région et par district. Après avoir calculé ces taux d'incidence, nous avons appliqué l'échelle de classification des risques de l'OMS afin de catégoriser les districts selon leur niveau

de risque. Les districts présentant le niveau de risque le plus élevé sont classés comme endémiques.

Sur la base des résultats obtenus, le programme prévoit d'intensifier les efforts de lutte contre la tuberculose dans les zones à forte incidence. Les principales actions comprendront le renforcement de la recherche active des cas, l'augmentation du dépistage communautaire et du contact tracing, l'amélioration des capacités diagnostiques, ainsi que le renforcement du soutien au traitement afin de favoriser une meilleure observance. Des ressources supplémentaires seront mobilisées pour appuyer les formations sanitaires, les mentors TB et les agents de santé communautaires intervenant dans ces zones fortement touchées, dans le but de réduire la transmission et d'améliorer la détection précoce.

CHAPITRE 4 : EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU PSN

En 2025, le PNLT a poursuivi la détection précoce, le renforcement de la prise en charge des patients et réduction de l'impact de la TB au Cameroun. Les principales interventions ont porté sur l'extension du dépistage, le renforcement des capacités du personnel de santé, l'amélioration de l'accès aux outils diagnostiques et thérapeutiques, ainsi que le suivi des performances régionales.

I. PRESENTATION DU PLAN DE TRAVAIL ANNUEL 2025

En 2025, le PNLT a mis en œuvre un plan de travail articulé autour de la prévention, du diagnostic, de la prise en charge et du suivi-évaluation, avec un appui logistique et technique dédié. Les activités retenues par le budget mobilisé pour les différentes sections du programme se résument comme suit :

- a) **Section Communication** : les activités dans le PSN ont été financées à hauteur de 2%. Les activités phares prises en compte sont : la diffusion de spots radiophoniques dans toutes les régions, conception et distribution d'outils de sensibilisation (boîtes à images) adaptés aux groupes vulnérables, notamment les PVVIH et les détenus. Les activités non financées dont la mise en œuvre pourrait avoir un impact représentent 98% du besoin PSN.
- b) **Section Suivi-Évaluation** les activités dans le PSN ont été financées à hauteur de 14,1%. Les activités phares prises en compte sont : amélioration de la qualité et de la complétude des données via DHIS2, supervisions ciblées, évaluations de performance et renforcement des capacités des équipes régionales et locales pour la gestion des données. Les activités non financées dont la mise en œuvre pourrait avoir un impact représentent 85,9% du besoin PSN.
- c) **Section Prise en Charge des Cas** les activités dans le PSN ont été financées à hauteur de 23%. Les activités phares prises en compte sont : renforcement des compétences du personnel sur les protocoles actualisés, mentorats cliniques, intensification de la recherche active des cas, enquête d'entourage autour des cas index TPB+ et TBMR optimisation du diagnostic, amélioration du suivi et du soutien aux patients TBMR et TB/VIH. Les activités non financées

dont la mise en œuvre pourrait avoir un impact représentant 77% du besoin PSN.

- d) **Section Pharmacie et Laboratoire** les activités dans le PSN ont été financées à hauteur de 36%. Les activités phares prises en compte sont : approvisionnement régulier et sécurisé en médicaments antituberculeux et consommables, maintenance préventive et corrective des équipements de diagnostic (GeneXpert, microscopes, radiographie), formation et supervision du personnel de laboratoire, et suivi des stocks. Les activités non financées dont la mise en œuvre pourrait avoir un impact représentant 64% du besoin PSN :

II. FINANCEMENT MOBILISE POUR LA MISE EN OEUVRE DES ACTIVITES PAR SECTION

a) Section Communication, Mobilisation sociale et Partenariat :

En 2025, la section Communication, Mobilisation Sociale et Partenariat (SCMSP) représente environ 2 % du budget global du Plan Stratégique National (PSN), soit 516 425 euros sur un budget total estimé à 25 489 378 euros. Bien que cette proportion demeure relativement faible comparativement aux autres composantes programmatiques, elle traduit néanmoins la volonté d'intégrer les activités de communication et de mobilisation communautaire dans la réponse nationale à la tuberculose.

Cependant, au regard du rôle essentiel de la communication dans l'amélioration du dépistage précoce, la réduction de la stigmatisation, le renforcement de l'adhésion au traitement et la mobilisation des communautés, ce niveau de financement peut apparaître insuffisant pour garantir une couverture optimale des interventions de sensibilisation et de plaidoyer. Un sous-investissement dans cette section pourrait limiter l'efficacité globale du PSN, notamment dans l'atteinte des populations vulnérables et l'amélioration de la demande des services TB.

Ainsi, un renforcement progressif des ressources allouées à la communication et à la mobilisation sociale pourrait contribuer à améliorer la performance globale du programme et soutenir l'atteinte des objectifs stratégiques du PNLT.

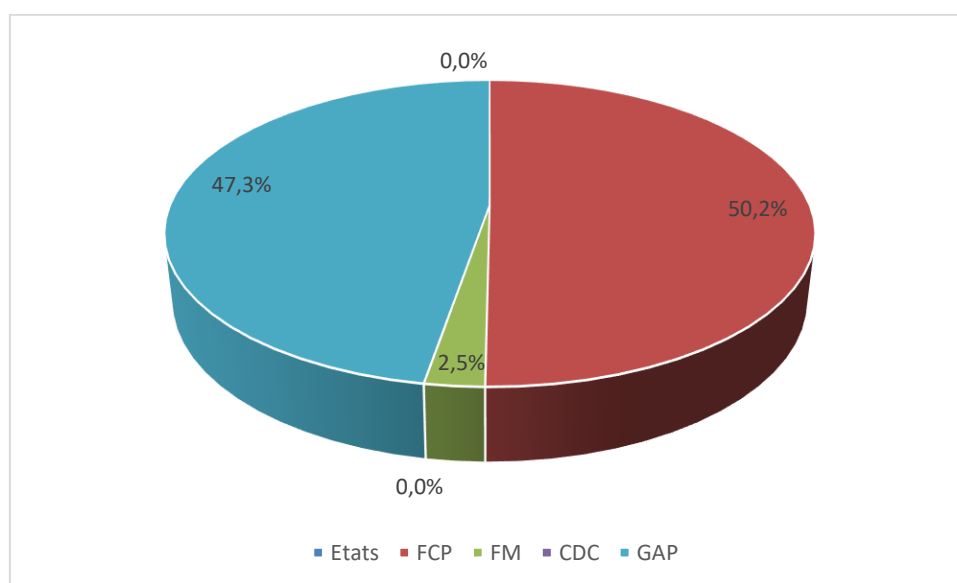
Tableau 37: Part de la section Communication dans le budget PSN

	2025
Budget Global PSN en euros	25 489 378
Activités SCMSP	516 425
%SCMSP/PSN	2%

Source : Travaux PSN PNLT

La quasi-totalité du financement disponible pour la communication provient du FCP, ce qui traduit une dépendance très forte à un seul partenaire. Le Fonds Mondial apporte une contribution symbolique, tandis que l'État et le CDC ne financent pas directement ce domaine. Le gap massif de 47,3 % est alarmant : il signifie que la grande majorité des activités de communication et mobilisation sociale prévues risquent de ne pas être mises en œuvre faute de financement.

Figure 17: Contribution des partenaires au financement de la section communication en 2025



Source : Travaux PSN PNLT

b) Section Gestion et Approvisionnement

En 2025, la section Pharmacie et Laboratoire (SPHLA) représente 9 311 865 euros, soit environ 36 % du budget global du Plan Stratégique National (PSN), estimé à 25 489 378 euros. Cette proportion importante traduit le rôle central des activités pharmaceutiques et de laboratoire dans la mise en œuvre des interventions de lutte contre la tuberculose au Cameroun.

La forte allocation budgétaire accordée à cette section reflète les besoins élevés liés à l'approvisionnement en médicaments antituberculeux, en réactifs, en consommables de laboratoire ainsi qu'au fonctionnement des équipements diagnostiques, notamment les plateformes GeneXpert et autres outils de diagnostic rapide. Elle met également en évidence l'importance accordée au renforcement des capacités diagnostiques et à la continuité des traitements, éléments essentiels pour améliorer la détection des cas et garantir le succès thérapeutique.

Ainsi, la SPHLA constitue l'un des principaux piliers financiers du PSN, ce qui demeure cohérent avec les exigences techniques et opérationnelles de la lutte contre la tuberculose. En effet, la performance globale du programme dépend largement de la disponibilité continue des intrants stratégiques, de la qualité des services de laboratoire et de l'accès effectif des patients à des traitements efficaces et sécurisés.

Tableau 38: Part de la SPHLA dans le budget PSN

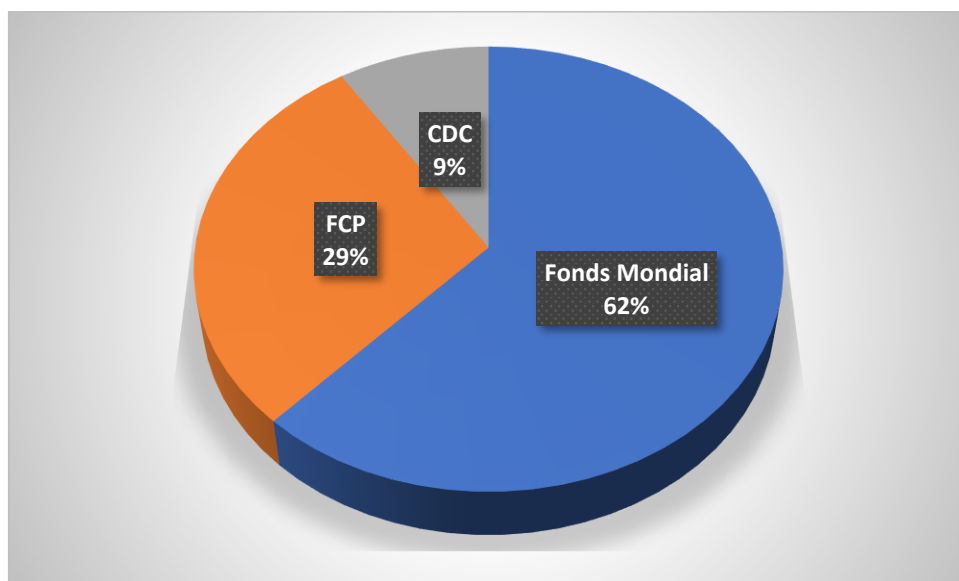
	2025
Budget Global du PSN	25 489 378
Montant Activités SPHLA dans PSN	9 311 865
Proportion SPHLA dans le PSN Global	36%

Source : Travaux PSN PNLT

Les financements mobilisés pour la SPHLA couvrent 85% des besoins, laissant un gap de 15 % (soit environ 1 413 682 euros). La majorité du financement provient du Fonds Mondial (62% des financements actuels). Cela traduit une forte dépendance à ce partenaire. Le FCP constitue un appui important mais limité comparé aux besoins globaux. CDC contribue faiblement, ce qui montre une marge d'opportunité pour diversifier davantage les sources de financement.

Le gap de financement de 15% reste élevé, traduisant un risque majeur de non-couverture des besoins essentiels en médicaments et intrants de laboratoire.

Figure 18: Contribution des partenaires au financement des activités de la SPHLA



Source : Travaux PSN PNLT

c) Section Prise en Charge des Cas

En 2025, la section Prise en Charge des Cas (SPECF) mobilise un montant de 5 825 229 euros, soit environ 23 % du budget global du Plan Stratégique National (PSN), estimé à 25 489 378 euros. Cette proportion importante traduit la priorité accordée aux interventions directement liées au traitement et au suivi des patients atteints de tuberculose.

La part budgétaire allouée à cette section demeure cohérente avec les exigences programmatiques de la lutte contre la TB, la prise en charge des cas constituant le cœur des activités du PNLT. Elle couvre notamment les besoins liés au traitement des patients, au suivi clinique et bactériologique, à l'accompagnement thérapeutique, ainsi qu'aux activités visant à améliorer l'adhésion au traitement et les résultats thérapeutiques.

Cette allocation reflète également l'importance accordée à la réduction de la mortalité, des abandons de traitement et des échecs thérapeutiques, notamment dans un contexte marqué par la persistance des formes résistantes de la maladie. Ainsi, la SPECF représente l'un des principaux axes opérationnels du PSN, contribuant directement à l'amélioration de la qualité des soins et à l'atteinte des objectifs nationaux de contrôle de la tuberculose.

Tableau 39: Part de la section Prise en Charge des Cas dans le budget PSN

	2025
Budget Global PSN en euros	25 489 378
Activités SPECF	5 825 229
%PECF/ PSN	23%

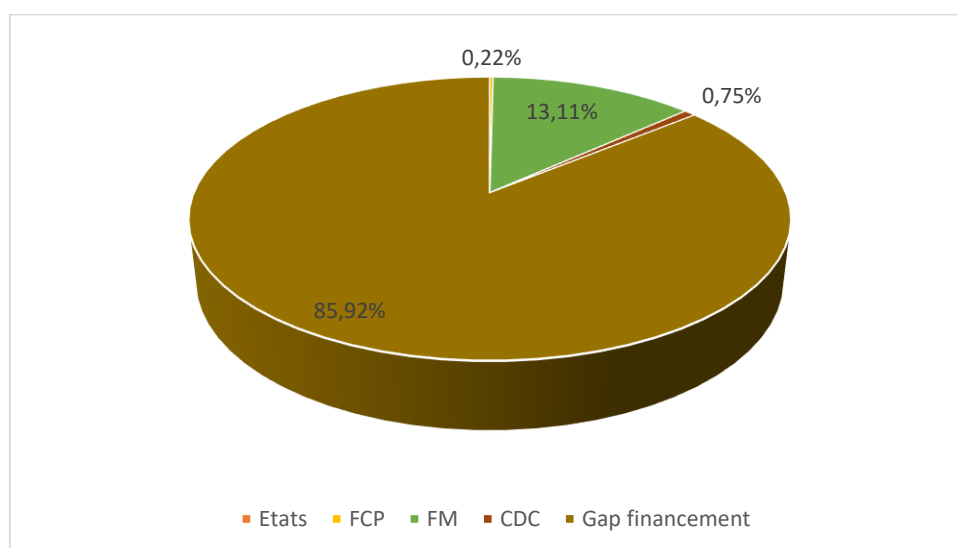
Source :

Travaux PSN PNLT

Les financements mobilisés représentent 14,08 % des besoins. Cela laisse un gap de financement très important de 85,92% des besoins non couverts. La section SPECF est quasi-exclusivement dépendante du Fonds Mondial, avec de très faibles apports du CDC et du FCP. Cette faible mobilisation fait de la section l'une des plus sous-financées du PSN.

Le gap de financement est critique et constitue un risque majeur pour la continuité des soins.

Figure 19: Contributions des partenaires au financement des activités de la prise en charge des cas



Source : Travaux PSN PNLT

d) Section Suivi et Evaluation

En 2025, la section Suivi et Évaluation (S&E) représente un montant de 3 491 162 euros, soit environ 13,7 % du budget global du Plan Stratégique National (PSN), estimé à 25 489 378 euros. Bien que cette allocation témoigne de l'intégration des activités de suivi programmatique dans la mise en œuvre du PSN,

elle demeure légèrement inférieure au seuil de 15 % généralement recommandé par les normes internationales pour assurer un système performant de suivi-évaluation.

Cette proportion relativement modeste pourrait limiter les capacités du programme en matière de collecte, de gestion, d'analyse et d'utilisation des données stratégiques pour la prise de décision. Or, les activités de suivi-évaluation jouent un rôle essentiel dans le pilotage du programme, le suivi des performances, l'identification des insuffisances opérationnelles ainsi que l'évaluation des progrès réalisés vers l'atteinte des objectifs nationaux et internationaux de lutte contre la tuberculose.

Par ailleurs, cette section contribue à garantir la qualité des données, la redevabilité vis-à-vis des partenaires techniques et financiers, ainsi que le renforcement des systèmes d'information sanitaire, notamment à travers DHIS2 et les outils de surveillance de la TB. Ainsi, un renforcement progressif des investissements dans le suivi-évaluation pourrait améliorer l'efficacité globale du PSN et soutenir une prise de décision davantage fondée sur les données probantes.

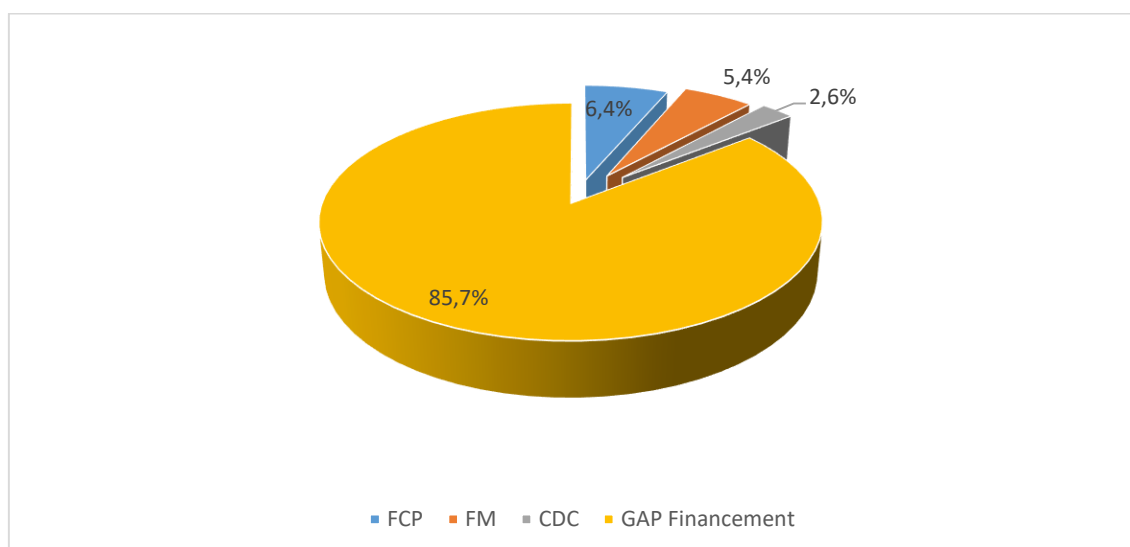
Tableau 40: Part de la section Suivi-Evaluation dans le budget PSN

	2025
PTAG	25 489 378
ACTIVITES S&E	3 491 162
% S&E/PSN	13,7%

Source : Travaux PSN PNLT

Le financement mobilisé pour les activités du suivi-évaluation représente 14,3 % des besoins PSN bien en deçà du niveau nécessaire pour assurer un suivi efficace du programme. Soit un gap de financement :de 85,7 %. Le Fonds Mondial et le FCP représentent l'essentiel du financement environs 11,8 % cumulés, mais cela reste insuffisant. Le gap de financement de 85,7 % est critique et fragilise la capacité du PSN à disposer d'un système de suivi performant.

Figure 20: Contribution des différents partenaires dans les activités de la section Suivi-Evaluation



Source : Travaux PSN PNLT

Analyse FFOM de la mise en œuvre du Plan de Travail Annuel 2025 du PNLT

Forces

- Maintien de la mise en œuvre des interventions essentielles malgré un contexte financier difficile marqué par le retrait de certains financements extérieurs.
- Existence d'un Plan Stratégique National (PSN 2024-2026) offrant un cadre cohérent d'intervention et de priorisation des activités.
- Forte contribution du Fonds Mondial dans le financement des activités stratégiques, notamment celles liées à la pharmacie, au laboratoire et à la prise en charge des cas.
- Engagement croissant de l'État du Cameroun à travers le Fonds de Contrepartie (FCP), qui demeure un partenaire majeur du programme.
- Priorisation des activités à fort impact telles que la recherche active des cas, le renforcement du diagnostic moléculaire, le suivi des patients TBMR et l'amélioration de la qualité des données.
- Renforcement continu des capacités diagnostiques et de la surveillance grâce aux investissements dans les laboratoires et le système DHIS2.

Faiblesses

- Niveau global de financement insuffisant dans plusieurs sections clés du programme.
- Sous-financement critique de la communication et mobilisation sociale (2 % des besoins couverts), limitant la sensibilisation communautaire et la lutte contre la stigmatisation.
- Faible couverture financière des activités de prise en charge des cas (14,08 %) et de suivi-évaluation (14,3 %), compromettant la qualité des services et le pilotage du programme.
- Forte dépendance vis-à-vis d'un nombre limité de bailleurs, principalement le Fonds Mondial et le FCP.
- Insuffisance des ressources consacrées à la supervision, au contrôle qualité et au suivi des performances.
- Risque de limitation des activités de recherche active des cas, de mentorat clinique et de suivi des patients en raison des gaps financiers importants.

Opportunités

- Possibilité de mobilisation de financements additionnels auprès du Fonds Mondial, des partenaires bilatéraux et des mécanismes innovants de financement de la santé.
- Introduction et extension de nouvelles technologies diagnostiques (TrueNat, GeneXpert, TB-LAMP) permettant d'améliorer la détection précoce des cas.
- Renforcement de l'engagement gouvernemental en faveur du financement domestique de la lutte contre la tuberculose.
- Opportunités de digitalisation du suivi des données et des activités programmatiques grâce au développement de DHIS2 et des outils numériques.
- Développement des approches communautaires et partenariats avec les organisations de la société civile pour renforcer le dépistage et le soutien aux patients.
- Intégration accrue des interventions TB/VIH et TBMR permettant une meilleure efficience des ressources disponibles.

Menaces

- Persistance d'un déficit de financement très important dans plusieurs composantes stratégiques du PSN.
- Risque de réduction ou d'interruption de certaines activités essentielles en raison de l'insuffisance des ressources mobilisées.
- Dépendance élevée aux financements extérieurs, exposant le programme aux changements de priorités des bailleurs internationaux.
- Conséquences du retrait des financements américains ayant entraîné une réduction des capacités de supervision et de contrôle qualité.
- Risque de rupture d'approvisionnement en médicaments, réactifs ou consommables en cas de mobilisation tardive des ressources.
- Contexte sécuritaire défavorable dans certaines régions du pays pouvant limiter l'accès aux services de dépistage, de traitement et de suivi.
- Persistance des écarts de performance entre régions, susceptible de ralentir l'atteinte des objectifs nationaux de la Stratégie End TB.

CHAPITRE 5 : MOBILISATION ET GESTION DES RESSOURCES FINANCIERES LIEES A LA TB

La riposte nationale contre la TB enregistre en plus de la contribution de l'État du Cameroun, des apports de plusieurs bailleurs de fonds, dont les principaux sont : le Fonds Mondial, et le Gouvernement américain à travers les fonds PEPFAR. Les fonds inscrits au budget annuel de pour le compte de l'exercice 2025 répondent aux besoins présentés dans le plan stratégique national 2024-2026 par résultats d'impact. Les interventions soutenues par ces bailleurs doivent être suffisamment spécifiques pour être intégrées dans les procédures globales de planification et d'établissement des budgets.

I. ESTIMATION DES BESOINS EN RESSOURCES FINANCIERES

Le Plan Stratégique National (PSN) de lutte contre la tuberculose 2024-2026 estime les besoins financiers pour l'année 2025 à 25 556 456 euros, soit environ 16,77 milliards de FCFA. Ces ressources sont nécessaires pour assurer la mise en œuvre de l'ensemble des interventions prévues dans le cadre de la lutte contre la tuberculose, notamment le dépistage et le diagnostic des cas, la prise en charge de la tuberculose sensible et pharmacorésistante, les activités communautaires, la collaboration TB/VIH, le renforcement du système de santé, l'approvisionnement en médicaments et intrants, ainsi que le suivi-évaluation des activités.

Face à ces besoins, les ressources identifiées et mobilisées pour l'année 2025 s'élèvent à 11 236 741 euros, soit environ 7,37 milliards de FCFA, représentant un taux de couverture de 44 % des besoins du PSN. Il en résulte un déficit de financement estimé à 14 319 715 euros (environ 9,40 milliards de FCFA), correspondant à 56 % des besoins programmatiques.

Cette situation met en évidence la nécessité de poursuivre les efforts de mobilisation des ressources auprès des partenaires techniques et financiers ainsi que du Gouvernement, afin de garantir la mise en œuvre effective des interventions prioritaires et l'atteinte des objectifs nationaux de lutte contre la tuberculose.

Tableau 41: Estimation des besoins financiers et niveau de couverture du PSN TB en 2025

Indicateur	Montant (FCFA)
Besoins du PSN 2025	16 766 370 511
Ressources mobilisées	7 368 848 658
Déficit de financement	9 397 521 853
Taux de couverture	44,0 %
Gap de financement	56,0 %

Sources : PSN TB 2024-2026

II. MOBILISATION DES FONDs POUR LA LUTTE CONTRE LA TB EN 2025 AU NIVEAU DU GTC/PNLT

Pour l'exercice 2025, les ressources financières mobilisées en faveur du Programme National de Lutte contre la Tuberculose s'élèvent à 7 369 848 658 FCFA, pour un besoin total estimé à 16 766 370 511 FCFA selon le Plan Stratégique National (PSN) 2024-2026. Le taux global de couverture des besoins est ainsi de 44 %, laissant apparaître un déficit de financement de 9 396 521 853 FCFA, soit 56 % des besoins programmatiques. Les ressources mobilisées proviennent principalement de quatre sources de financement :

Le Fonds Mondial demeure le principal partenaire financier avec 3 031 875 974 FCFA, représentant 41,2 % des ressources mobilisées et couvrant à lui seul 18,1 % des besoins du PSN.

L'État du Cameroun à travers les Fonds de Contrepartie (FCP) contribue à hauteur de 2 499 693 625 FCFA, soit 33,9 % des ressources mobilisées et 14,9 % des besoins nationaux.

Le Plan de Mitigation, financé par le Gouvernement, apporte 1 279 995 261 FCFA, représentant 17,4 % des ressources mobilisées et 7,6 % des besoins du PSN.

Le PEPFAR, via le GTC, contribue pour 557 283 798 FCFA, soit 7,6 % des ressources disponibles et 3,3 % des besoins globaux.

Cette répartition met en évidence la forte dépendance du programme vis-à-vis des financements extérieurs qui représentent près de 49 % des ressources mobilisées, tandis que les financements domestiques (FCP et Plan de Mitigation) assurent 51 % des ressources disponibles.

Malgré l'engagement croissant du Gouvernement du Cameroun, les financements actuellement mobilisés restent insuffisants pour couvrir l'ensemble des interventions

prévues dans le PSN. Le déficit observé pourrait affecter la mise en œuvre optimale des activités prioritaires, notamment le dépistage actif des cas, l'extension des services de diagnostic rapide, la prise en charge de la tuberculose pharmacorésistante (TB-MR), le renforcement des interventions communautaires ainsi que les activités de suivi-évaluation.

Tableau 67 : Répartition des inscriptions budgétaires par bailleur de fonds en 2025

Source de financement	Montant mobilisé (FCFA)	% des ressources mobilisées	% des besoins du PSN
État (FCP)	2 499 693 625	33,9%	14,9%
Plan de Mitigation	1 279 995 261	17,4%	7,6%
Fonds Mondial	3 031 875 974	41,2%	18,1%
PEPFAR	557 283 798	7,6%	3,3%
Total mobilisé	7 368 848 658	100%	44,0%
Gap de financement	9 396 521 853	-	56,0%
Besoins du PSN 2025	16 766 370 511	-	100%

Sources : PSN TB 2024-2026

III. ANALYSE DE LA CONTRIBUTION DES PARTENAIRES AUX BESOINS DU PSN

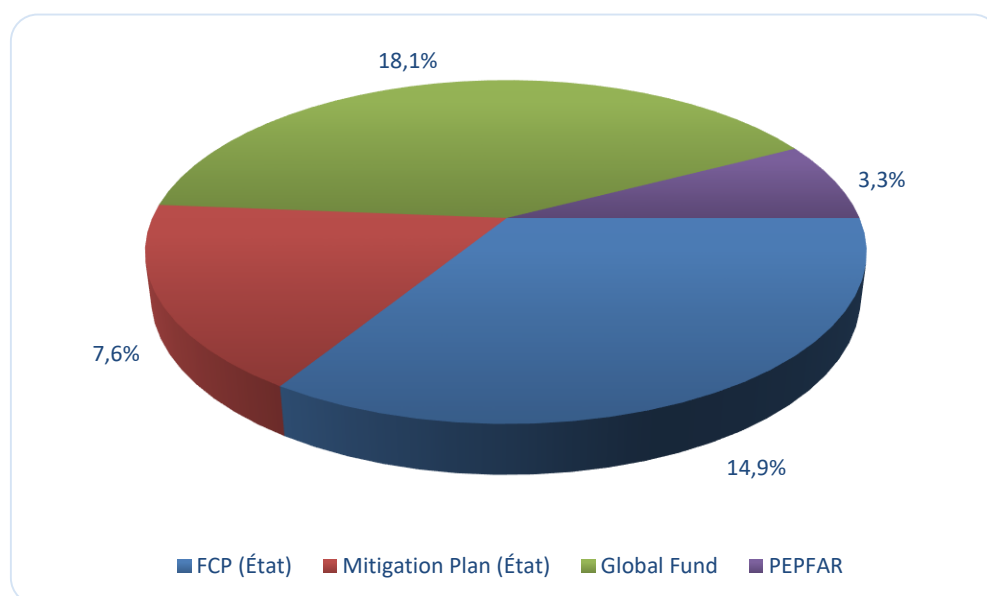
L'analyse des contributions par rapport aux besoins du PSN montre que le Fonds Mondial reste le principal bailleur de la lutte contre la tuberculose au Cameroun en 2025. Sa contribution couvre près d'un cinquième des besoins nationaux (18,1 %), confirmant son rôle stratégique dans le financement des activités de diagnostic, de traitement et de renforcement du système de santé.

Les financements domestiques, composés des Fonds de Contrepartie et du Plan de Mitigation, couvrent ensemble 22,5 % des besoins du PSN, traduisant les efforts croissants du Gouvernement pour assurer la pérennité des interventions de lutte contre la tuberculose.

Le PEPFAR joue un rôle complémentaire essentiel, notamment dans les interventions TB/VIH, mais sa contribution représente seulement 3,3 % des besoins globaux.

Globalement, les ressources identifiées permettent de financer moins de la moitié des besoins programmatiques de l'année 2025. La mobilisation de financements additionnels demeure donc une priorité pour réduire le déficit de financement et garantir l'atteinte des objectifs nationaux de contrôle de la tuberculose.

Figure 21: Contribution des partenaires au financement du PSN en 2025



Sources : PSN TB 2024-2026

IV. PERSPECTIVES POUR L'ANNEE 2026

Pour l'exercice 2026, les ressources financières identifiées en faveur du Programme National de Lutte contre la Tuberculose s'élèvent à environ 12 848 712 euros. Ces financements proviennent des contributions du Gouvernement du Cameroun et des principaux partenaires techniques et financiers, notamment le Fonds Mondial et le Gouvernement américain à travers le PEPFAR.

Le Fonds Mondial demeure le principal bailleur de fonds du programme avec une contribution prévisionnelle de 6 411 659 euros, représentant près de 50 % des ressources mobilisées. Cet appui reste essentiel pour le financement des activités de dépistage, de diagnostic, de prise en charge des cas de tuberculose sensible et pharmacorésistante, ainsi que pour le renforcement du système de santé.

Les financements domestiques continuent de jouer un rôle majeur dans le soutien aux activités du programme. Les Fonds de Contrepartie de l'État (FCP) devraient contribuer à hauteur de 3 609 993 euros, tandis que le Plan de Mitigation apportera 2 609 285 euros. Ensemble, ces deux mécanismes représentent 6 219 278 euros, soit 48,4 % des ressources mobilisées, traduisant les efforts croissants du Gouvernement pour renforcer la durabilité du financement de la lutte contre la tuberculose.

Le PEPFAR prévoit une contribution de 217 775 euros, orientée principalement vers les interventions collaboratives TB/VIH et le renforcement de la prise en charge des personnes coinfectées.

Malgré cette mobilisation de ressources, les besoins financiers du Plan Stratégique National pour l'année 2026 sont estimés à 25 038 012 euros. Les ressources actuellement identifiées ne couvrent que 51,3 % des besoins programmatiques, laissant apparaître un déficit de financement de 12 189 300 euros, soit 48,7 % des besoins.

L'année 2026 devra ainsi être marquée par un renforcement des efforts de mobilisation des ressources auprès des partenaires techniques et financiers ainsi qu'une consolidation des financements domestiques afin de réduire le déficit observé. Une attention particulière sera accordée à l'intensification du dépistage actif des cas, au déploiement des outils diagnostiques rapides recommandés par l'OMS, au renforcement des activités communautaires, à l'amélioration de la prise en charge de la tuberculose pharmacorésistante et au suivi des performances programmatiques. Cette complémentarité entre les financements nationaux et internationaux demeure indispensable pour garantir la continuité des services de lutte contre la tuberculose et accélérer les progrès vers l'atteinte des objectifs nationaux et mondiaux de réduction de la morbidité et de la mortalité liées à la maladie.

Tableau 65 : Prévisions de financement de la lutte contre la tuberculose en 2026

Bailleur de fonds	Montant (€)	Part du financement mobilisé
Fonds de Contrepartie (FCP)	3 609 993	28,1 %
Plan de Mitigation	2 609 285	20,3 %
Fonds Mondial	6 411 659	49,9 %
PEPFAR	217 775	1,7 %
Total mobilisé	12 848 712	100 %
Besoins PSN 2026	25 038 012	-
Gap de financement	12 189 300	48,7 %
Taux de couverture	-	51,3 %

Source : le mémoire de dépenses des FCP 2025, CMR-T-MOH_Detailed_Budget_GC7_GF

Analyse SWOT de la lutte contre la Tuberculose au Cameroun en 2025

Forces

- Engagement soutenu de l'État du Cameroun à travers les Fonds de Contrepartie (FCP), qui représentent près de 22,5% des ressources mobilisées, témoignant d'une appropriation nationale croissante de la lutte contre la tuberculose.
- Diversification des sources de financement, avec l'appui combiné du Gouvernement, du Fonds Mondial, du Plan de Mitigation et du PEPFAR.
- Contribution majeure du Fonds Mondial, qui demeure le principal bailleur et couvre à lui seul plus de 18 % des besoins du PSN.
- Introduction du Plan de Mitigation, qui renforce significativement les ressources domestiques disponibles pour le programme.
- Amélioration du taux de couverture financière, passé de 35,2 % en 2024 à 44,0 % en 2025, traduisant une meilleure mobilisation des ressources.
- Existence d'un cadre stratégique national clair (PSN 2024-2026) facilitant le plaidoyer et l'alignement des partenaires autour des priorités nationales.

Faiblesses

- Insuffisance des ressources mobilisées, qui ne couvrent que 44 % des besoins du PSN, laissant un déficit de financement de 56 %.
- Forte dépendance aux financements extérieurs, qui représentent près de la moitié des ressources mobilisées.
- Contribution relativement faible du PEPFAR, couvrant seulement 3,3 % des besoins du PSN.
- Persistance d'importants besoins non financés pouvant affecter certaines interventions prioritaires, notamment :
 - Le dépistage actif des cas ;
 - La prise en charge de la TB-MR ;
 - Les activités communautaires ;
 - Le renforcement du système de surveillance.
 - Faible marge de manœuvre financière pour faire face aux imprévus ou aux urgences sanitaires.

Opportunités

- Renforcement du financement domestique à travers l'augmentation progressive des allocations budgétaires de l'État et la pérennisation du Plan de Mitigation.
- Possibilité de mobiliser de nouveaux partenaires techniques et financiers dans le cadre des objectifs mondiaux d'élimination de la tuberculose.
- Opportunités offertes par les initiatives internationales de financement de la santé et du renforcement des systèmes de santé.
- Déploiement de nouvelles technologies diagnostiques (GeneXpert, TrueNat, radiographie assistée par intelligence artificielle) susceptibles d'attirer des financements additionnels.
- Intégration croissante des interventions TB dans les stratégies de couverture santé universelle et de renforcement des soins de santé primaires.
- Plaidoyer accru auprès des décideurs pour démontrer le retour sur investissement des interventions de lutte contre la tuberculose.

Menaces

- Maintien d'un gap financier élevé pouvant compromettre l'atteinte des objectifs du PSN et de la stratégie End TB.
- Risque de réduction ou de réorientation des financements internationaux dans un contexte mondial marqué par des contraintes budgétaires et des priorités concurrentes.
- Inflation et augmentation des coûts des médicaments, consommables, équipements et activités opérationnelles.
- Dépendance persistante à un nombre limité de bailleurs, exposant le programme à un risque élevé en cas de retrait ou de diminution des financements.
- Risque de sous-financement des interventions communautaires et de la prise en charge de la TB pharmacorésistante, généralement plus coûteuses.
- Contexte économique national pouvant limiter la capacité d'augmentation des financements publics.

CONCLUSION

L'année 2025 aura constitué une étape charnière pour le Programme National de Lutte contre la Tuberculose du Cameroun. Dans un contexte marqué par d'importantes contraintes financières et opérationnelles, notamment le retrait des financements américains, le programme a démontré une remarquable capacité de résilience, lui permettant de maintenir la continuité des services essentiels de prévention, de diagnostic et de prise en charge de la tuberculose sur l'ensemble du territoire national.

Les résultats obtenus traduisent la solidité des acquis du programme et l'engagement constant des acteurs impliqués dans la lutte contre la tuberculose. Avec plus de 27 000 cas notifiés, un taux de succès thérapeutique supérieur à 89 %, une réduction continue de la létalité et des progrès notables dans la prévention chez les enfants contacts, le Cameroun poursuit sa progression vers les objectifs de la Stratégie End TB. L'implication croissante des communautés, le renforcement du réseau de diagnostic ainsi que l'introduction d'innovations telles que le TrueNat et les nouveaux schémas thérapeutiques courts pour la tuberculose multirésistante constituent des avancées majeures qui contribueront durablement à améliorer la performance du programme.

Toutefois, les résultats de l'exercice 2025 mettent également en évidence des défis persistants qui continuent de freiner l'accélération de la réponse nationale. La détection insuffisante des cas attendus, le faible recours aux tests rapides recommandés par l'OMS, les performances encore limitées de la prévention de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH, les écarts de performance entre régions ainsi que la sous-détection de la tuberculose multirésistante demeurent des préoccupations majeures. Ces défis soulignent la nécessité de renforcer davantage les interventions de recherche active des cas, l'accès au diagnostic moléculaire, la qualité des services et le suivi des populations les plus vulnérables.

Le principal enjeu pour la pérennité des acquis reste néanmoins le financement de la lutte antituberculeuse. Le déficit de financement observé dans la mise en œuvre du Plan Stratégique National 2024-2026 constitue une menace importante pour l'atteinte des objectifs nationaux. Dans ce contexte, la mobilisation accrue des

ressources domestiques, le renforcement du plaidoyer auprès des partenaires techniques et financiers ainsi que la recherche de mécanismes innovants de financement devront figurer parmi les priorités stratégiques des prochaines années.

Pour l'exercice 2026, les efforts devront être orientés vers la consolidation des acquis, l'extension de l'accès aux technologies diagnostiques rapides, le renforcement de la collaboration TB/VIH, l'amélioration de la détection et de la prise en charge de la tuberculose résistante, ainsi que la réduction des disparités régionales. Une attention particulière devra être accordée aux régions affectées par l'insécurité et aux populations vulnérables afin de garantir un accès équitable aux services de lutte contre la tuberculose.

En définitive, les résultats enregistrés en 2025 démontrent que malgré un environnement particulièrement contraignant, le Cameroun demeure engagé sur la voie de l'élimination de la tuberculose comme problème majeur de santé publique. La réalisation de cette ambition nécessitera cependant une mobilisation collective et soutenue de l'ensemble des parties prenantes Gouvernement, partenaires techniques et financiers, société civile, communautés et secteur privé afin de garantir les ressources, les innovations et les actions nécessaires pour atteindre les objectifs de la Stratégie End TB et construire un Cameroun libéré du fardeau de la tuberculose.