

REPUBLIQUE DU CAMEROUN  
Paix - Travail - Patrie

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

SECRETARIAT GENERAL

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE  
LA TUBERCULOSE



REPUBLIC OF CAMEROON  
Peace-Work-Fatherland

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

SECRETARIAT GENERAL

NATIONAL TUBERCULOSIS CONTROL  
PROGRAM

# PLAN STRATEGIQUE NATIONAL 2020-2024 DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

## PSN 2020-2024



## **PREFACE**

Le Programme National de lutte contre la Tuberculose est inscrit depuis des décennies parmi les programmes prioritaires de santé publique au Cameroun. Depuis, la lutte contre la tuberculose est marquée par un engagement avéré et soutenu du Gouvernement et une initiative nationale matérialisée par des plans stratégiques successifs portés par une diversité d'acteurs et d'intervenants.

La mise en œuvre du plan stratégique 2015-2019 de lutte contre la tuberculose avait pour optique de stopper l'évolution de l'épidémie. Ainsi elle a permis de maintenir les acquis de gratuité des antituberculeux, de renforcer l'approche de lutte intégrée contre la tuberculose et le VIH, d'amorcer et renforcer l'implication des communautaires. Dans le domaine du laboratoire, il a été question de moderniser la capacité diagnostique du réseau par la mise en place des tests basés sur les techniques moléculaires. Cependant, en dépit des acquis incontestables, force est de constater que les efforts déployés en termes d'amélioration de l'accès aux services de diagnostic et de traitement, n'ont pas permis d'atteindre les effets escomptés sur la réduction du taux d'incidence et d'inflexion de l'épidémie de tuberculose.

Le nouveau plan stratégique, qui va couvrir la période 2020-2024, traduit l'engagement de l'Etat du Cameroun à maintenir les acquis engrangés et à accélérer la riposte pour s'arrimer à la stratégie « Mettre fin à la tuberculose » de l'OMS d'ici 2035 ratifiée par le pays lors de l'Assemblée générale des Nations Unies tenue en septembre 2019. La vision commune est un Cameroun sans tuberculose : zéro décès, plus de morbidité ni de souffrances dus à la tuberculose. La tuberculose n'est pas seulement un problème de Santé Publique, mais aussi une maladie sociale ayant un fort impact sur le développement. C'est pourquoi la Stratégie pour « Mettre fin à la tuberculose » entend mettre un terme à l'épidémie en s'appuyant sur une approche globale conjuguant à la fois des interventions sanitaires et sociales. Ce faisant, il est question de saisir toutes les opportunités et mobiliser le maximum de ressources disponibles.

L'élaboration de ce nouveau plan stratégie s'est fondée sur des valeurs positives de dialogue et de concertation multisectorielle. Grâce à une approche intégrée et résolument participative, le processus de son élaboration a permis de parvenir à un document consensuel aux orientations partagées par l'ensemble des parties prenantes nationales, des partenaires techniques et financiers actifs dans cette lutte.

La mise en œuvre de ce nouveau plan stratégique s'inscrit dans la perspective de la réalisation des objectifs nationaux de développement, ainsi que des objectifs de développement durable fixés dans l'agenda 2030 des Nations Unies.

Je voudrais par conséquent solliciter l'engagement de l'ensemble de la communauté nationale et de nos partenaires internationaux, pour soutenir le Programme National de Lutte contre la Tuberculose dans la mise en œuvre des principaux axes stratégiques de ce PSN.

Ensemble, conduisons la croisade pour un Cameroun sans tuberculose à l'horizon 2035.

**LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE**

## ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

ACRA	Agents communautaires de recherche active
APS	Agents Psycho-Sociaux
ARV	Antirétroviraux
ASC	Agents de santé communautaire
CAMPHIA	Cameroon Population-based HIV Impact Assessment
CDT	Centre de Diagnostic et de Traitement
CENAME	Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
	Centre Hospitalier de Recherche et d'Application en Chirurgie Endoscopique
CHRACERH	Reproduction Humaine
CIRCB	Centre International de Recherche Chantal Biya
CNLT	Comité National de Lutte contre la Tuberculose
COGE	Comité de Gestion
COGEDI	Comité de Gestion du District
COSA	Comité de Santé
COSADI	Comité de Santé du District
CPC	Centre Pasteur du Cameroun
CT	Centre de Traitement
DLMEP	Direction de la Lutte contre la Maladie, des Epidémies et des pandémies
DRSP	Délégation Régionale de la Santé Publique
DST	Drug sensitivity test
EDSC	Enquête Démographique et de Santé du Cameroun
FEFO	First Expired First Out
FEI	France Expertise Internationale
FOSA	Formation sanitaire
GeneXpert	Test d'amplification de l'acide nucléique
GFATM	Fonds Mondial contre le VIH, la Tuberculose et le Paludisme
GLC	Green Light Committee
GTC	Groupe Technique Central
GTR	Groupe Technique Régional
HG	Hôpital General
HJ Yaoundé	Hôpital Jamot de Yaoundé
LANACOME	Laboratoire National de Contrôle de Qualité des Médicaments et d'Expérimentation
LED	Light-Emitting Diode (Diode électroluminescente)
M&E	Monitoring et Evaluation
MSL	Médicaments de Seconde Ligne
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONSP	Observatoire National de Santé Publique
PEC	Prise en Charge

PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PSN	Plan Stratégique National
SOP	Procédures opérationnelles standard
SP	Secrétaire Permanent du PNL T
SPA	Secrétaire Permanent Adjoint du PNL T
TB	Tuberculose
TB LAMP	Technique automatisée d'amplification de l'acide nucléique en temps réel
TB-MR/RR	Tuberculose multi-résistante
TDO	Traitement Directement Observé
TEAM	Technical Assistance and Management for Health
TPT	Traitement Préventif de la Tuberculose
UPEC-VIH	Unité de Prise en charge du VIH
WHO	World Health Organization

## REMERCIEMENTS

Le Secrétariat Permanent (SP) du Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT), joint à l'ensemble des cadres du Groupe Technique Central (GTC), tient à remercier France Expertise Internationale (FEI, Initiative 5%) et le Fonds Mondial de Lutte contre le VIH, la Tuberculose et la Malaria (GFATM) pour leur support financier dans la mise en œuvre d'une cascade d'activités ayant abouti à l'élaboration de ce Plan Stratégique.

Ses sincères remerciements s'adressent aussi aux cadres des groupes techniques régionaux (GTR) qui ont accompagné le processus dans toute sa durée. Nous ne saurons oublier nos différents partenaires techniques nationaux, internationaux ainsi que ceux de la société civile qui n'ont pas ménagé leur contribution en vue d'avoir un plan qui vise à combler les besoins nationaux dans le cadre de la lutte contre la tuberculose.

Enfin, le SP voudrait exprimer sa profonde gratitude à l'ensemble des professionnels du GTC et à l'équipe de consultants de TEAM qui ont travaillé pendant de longues heures pour doter le pays de ce PSN-TB 2020 – 2024. Ce document est à la fois un référentiel pour tous les acteurs intervenant sur le terrain et un outil de mobilisation de ressources pour l'atteinte des objectifs stipulés dans la stratégie « Mettre fin à la tuberculose » à l'horizon 2035.

# TABLE DES MATIÈRES - LISTE DES TABLEAUX, GRAPHIQUES ET FIGURES

## Table des matières

<i>PREFACE</i> .....	2
<i>ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS</i> .....	3
<i>REMERCIEMENTS</i> .....	4
<i>TABLE DES MATIÈRES - LISTE DES TABLEAUX, GRAPHIQUES ET FIGURES</i> .....	5
<i>RESUME EXECUTIF</i> .....	8
<i>I. INTRODUCTION</i> .....	10
<i>II. SITUATION SANITAIRE ET SYSTÈME DE SOINS AU CAMEROUN</i> .....	11
Situation sanitaire.....	11
Système de soins au Cameroun.....	12
<i>III. EPIDEMIOLOGIE DE LA TUBERCULOSE AU CAMEROUN</i> .....	13
Notification de la TB au Cameroun.....	13
Tuberculose et sexe.....	15
Tuberculose par groupe d'âges.....	15
Tuberculose et groupes vulnérables.....	16
TB/VIH.....	16
TB-MR.....	17
Résultats de traitement de la TB sensible.....	18
<i>IV. ORGANISATION DE LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE AU CAMEROUN</i> .....	19
<i>V. PROCESSUS DE PREPARATION DU PSN 2020-2024</i> .....	22
<i>VI. FORCES-FAIBLESSES-OPPORTUNITES-MENACES</i> .....	24
<i>VII. ANALYSE DES LACUNES OU FAIBLESSES</i> .....	29
<i>VIII. LOGIQUE D'INTERVENTION DU PSN 2020-2024</i> .....	35
<i>IX. PLAN STRATÉGIQUE NATIONAL 2020 - 2024</i> .....	37
Vision.....	37
But.....	37
Indicateurs.....	37
Résultats attendus.....	37

<b>Structure du PSN.....</b>	<b>37</b>
<b>PILIER 1 : Soins et prévention intégrés, centrés sur le patient.....</b>	<b>39</b>
<b>PILIER 2 : Politiques audacieuses et systèmes de soutien.....</b>	<b>52</b>
<b>PILIER 3 : Intensification de la recherche et de l'innovation.....</b>	<b>60</b>
<b>X. CADRE DES RÉSULTATS OU CIBLES À ATTEINDRE.....</b>	<b>62</b>
<b>XI. RÉSUMÉ DU BUDGET.....</b>	<b>64</b>
<b>XII. PERSPECTIVES DE PÉRENNISATION.....</b>	<b>65</b>
<b>XIII. BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>66</b>

### Liste des tableaux

Tableau I : Indicateurs de santé du Cameroun	10
Tableau II : Différents niveaux du système de Santé au Cameroun (source stratégies sectorielles de la santé 2016-2027)	11
Tableau III : Plateforme et répartition des 28 machines GeneXpert	19
Tableau IV : Plateforme et répartition des 27 machines TB-LAMP	19
Tableau V : Bref aperçu des résultats obtenus par le PSN 2015 – 2019	19

### Liste des Figures

Figure1: Taux de notification de la tuberculose par région, 2018	13
--	----

### Liste des graphiques

Graphique 1 : Tendence des taux de notification des cas et notification, 2000-2017	12
Graphique 2: Sexe ratio par régions, 2018	14
Graphique 3 : Répartition par tranches d'âge des cas de Tuberculose au Cameroun, 2018	14
Graphique 4: TB pharmaco-résistante au cours des cinq dernières années, Cameroun, 2014-2018	16
Graphique 5 : Tendence du taux de succès thérapeutique au cours des dernières années	16

## RESUME EXECUTIF

La tuberculose constitue un sérieux problème de santé au Cameroun. En effet, le taux d'incidence estimée par l'OMS est de l'ordre de 186 nouveaux cas pour 100,000 habitants (OMS, 2018) avec une moyenne en valeur absolue de 47,000 nouveaux cas attendus par an, dont 10% pour la TB pédiatrique.

Le taux d'incidence chez les personnes vivant avec le VIH est d'environ 53 pour 100,000 habitants. La tuberculose paie un lourd tribut au VIH puisque 29% des patients tuberculeux sont co-infectés TB/VIH. L'incidence de la TB-MR est estimée à 3.5 pour 100,000 habitants et la proportion estimée de cas pour 2018 représente 1.6% chez les nouveaux cas et 6.6% chez les cas préalablement traités.

L'analyse épidémiologique réalisée au cours de cette année a montré que la transmission de la maladie est encore très intense au sein de la population vu que les groupes d'âges les plus touchés (20 - 40 ans) sont ceux qui représentent la force productive et économique de la société.

Les cas de tuberculose notifiés au Cameroun sont pris en charge dans le cadre d'un programme créé depuis 2002 par arrêté du Ministre de la Santé. Le programme rattaché à la DLMEP, est géré par un Groupe Technique central (GTC) représentant le niveau central. Les Groupes Techniques Régionaux (GTR) jouent le rôle d'interface ou de pivot entre le niveau central et le niveau périphérique sous la coordination des délégués régionaux.

En dépit d'une certaine volonté politique et des efforts conjugués du GTC, des GTR et des partenaires, le PNLT n'est pas arrivé à améliorer sa notification qui se limite à environ 50% de l'ensemble des cas attendus. La problématique de la sous-notification est valable tant pour les cas sensibles que pour les cas résistants. Les difficultés d'accès aux services (barrière géographique et financière), la pauvreté, le manque d'éducation, la déperdition des patients entre les services (laboratoires, clinique et suivi) et aussi les troubles politiques ayant causés une disruption des services publics semblent constituer les facteurs qui entretiennent la sous-notification des cas. Cependant, le taux de succès du traitement a nettement progressé aux cours des années précédentes passant de 77% en 2010 à 84% en 2018 (cohorte de 2017).

L'analyse réalisée dans le cadre de ce processus de planification stratégique a permis de relater un certain nombre de défis auxquels le programme doit actuellement faire face s'il veut améliorer ses indicateurs de performance. Citons, entre autres : la forte dépendance du financement extérieur, une insuffisance de ressources de toutes sortes, des capacités diagnostiques limitées, une collaboration insuffisante entre les deux programmes TB et VIH, la faible participation communautaire et une gestion des médicaments et des intrants de laboratoire tributaire d'une disponibilité insuffisante des ressources.

Le PSN 2020 – 2024 se propose d'être une réplique contextualisée de la stratégie « Mettre fin à la tuberculose » ; ainsi il adopte la configuration mettant à l'avant les trois (3) principaux piliers de ladite stratégie. Par conséquent, le PSN envisage d'étendre les services dans une perspective

d'équité et d'amélioration de la couverture sanitaire ; de rechercher la collaboration de la communauté, de tous les partenaires et de tous les secteurs ; de renforcer la collaboration entre les programmes TB et VIH et de mettre un focus particulier sur la recherche pour mieux élucider certains goulots d'étranglements rencontrés fréquemment dans les interventions.

Un cadre avec des indicateurs précis a été élaboré pour faciliter un suivi rapproché de la mise en œuvre du plan.

Les ressources nécessaires pour la mise en œuvre de ce PSN 2020 - 2024 s'élèvent à .....% produit par l'Etat et tel %..... produit par les partenaires.

# I. INTRODUCTION

Le Cameroun est un pays de l'Afrique Centrale situé au fond du Golfe de Guinée. Il s'étend sur une superficie d'environ 475 442 km<sup>2</sup>. Il est bordé à l'Ouest par le Nigéria, au Sud par le Gabon, le Congo et la Guinée Equatoriale ; à l'Est par la République Centrafricaine et au Nord par le Tchad. Le Cameroun compte plus de 230 ethnies différentes (ref). C'est un Etat unitaire décentralisé.

Du point de vue administratif, le pays est subdivisé en 10 Régions, 58 Départements et 360 arrondissements. Les deux langues officielles sont le français et l'anglais. Le siège des institutions est Yaoundé, représentant ainsi la capitale administrative.

La population du Cameroun est estimée en 2019 à 25 492 353 habitants avec un taux de croissance démographique estimé à 2,58% en 2016 (ref). Le Cameroun a une population relativement jeune avec plus de 42% de la population ayant moins de 15 ans. Plus de 60% de la population camerounaise a moins de 25 ans.

Les principales métropoles sont Douala et Yaoundé avec près de 3 000 000 d'habitants chacune. Les régions les plus peuplées sont l'Extrême-Nord, le Centre et le Littoral. La croissance du PIB est environ 4,2% par habitant soit 1527 \$USD en 2018.

Le taux d'alphabétisation et de scolarisation est d'environ 80% (soit 81,2% d'hommes et 68,9% de femmes) REF ; le taux de chômage est d'environ 17% dans les grandes métropoles et 37,5% de personnes vivent en-dessous du seuil de pauvreté (ref).

Dans les deux métropoles que sont Yaoundé et Douala, environ une personne sur vingt est pauvre, contre une personne sur cinq dans les autres villes : plan d'urbanisation et ressources financière.....

## II. SITUATION SANITAIRE ET SYSTÈME DE SOINS AU CAMEROUN

### Situation sanitaire

Les principales causes de morbidité au Cameroun sont les maladies infectieuses. La morbidité classée par ordre de priorité est dominée par le VIH/SIDA (11.48%), les maladies néonatales (11.27%), le paludisme (10.77%) et les infections respiratoires basses (10.12%). Les maladies cardio-vasculaires ne représentent que 4.67% et les cancers ne pèsent que 2%. Le pays n'a pas encore connu la transition épidémiologique des maladies infectieuses vers les maladies chroniques cardio-vasculaires.

Malgré une régression constante de la prévalence du VIH pendant la décennie passée, elle reste plus élevée que dans la plupart des pays d'Afrique Centrale et de l'Ouest. En conséquence, le Cameroun fait partie des 20 pays avec un fardeau important de la prévalence de la co-infection TB/VIH. Le taux de mortalité causé par le paludisme (116/1000) dépasse celui du taux moyen de la région Afrique (104/1000). De plus, le Cameroun fait partie des 32 pays avec les plus forts taux de mortalité infantile même si des progrès ont été notés (baisse de 71/1000 en 2004 à 59,7/1000 en 2011). La mortalité des enfants de moins de 5 ans est toujours de 122/1000 en 2011 (contre 148/1000 en 2004).

**Tableau I : Indicateurs de santé du Cameroun**

Indicateurs	Niveau	Sources
Espérance de vie à la naissance	57.3 ans	WHO, 2016
Ratio de mortalité maternelle	782 décès pour 100,000 naissances vivantes	EDSC, 2018
Taux de mortalité néonatale	28	EDSC, 2018
Taux de mortalité infantile	48 pour 1,000 NV	EDSC, 2018
Quotient de mortalité infanto-juvénile	79 pour 1,000 NV	EDSC, 2018
Taux de couverture DTC3	79.3%	EDSC, 2018
Taux de malnutrition chronique	31.7%	EDSC, 2018
Proportion de naissances assistées par un prestataire formé	69%	EDSC, 2018
Pourcentage d'utilisation d'une méthode contraceptive moderne	19%	EDSC, 2018
Dépenses totales consacrées à la santé par habitant	122 \$	WHO, 2016
Indicateurs	Niveau	Sources

<b>Espérance de vie à la naissance</b>	57.3 ans	WHO, 2016
<b>Ratio de mortalité maternelle</b>	782 décès pour 100,000 naissances vivantes	EDSC, 2018
<b>Taux de mortalité néonatale</b>	28	EDSC, 2018
<b>Taux de mortalité infantile</b>	48 pour 1,000 NV	EDSC, 2018
<b>Quotient de mortalité infanto-juvénile</b>	79 pour 1,000 NV	EDSC, 2018
<b>Taux de couverture DTC3</b>	79.3%	EDSC, 2018
<b>Taux de malnutrition chronique</b>	31.7%	EDSC, 2018
<b>Proportion de naissances assistées par un prestataire formé</b>	69%	EDSC, 2018
<b>Pourcentage d'utilisation d'une méthode contraceptive moderne</b>	19%	EDSC, 2018
<b>Dépenses totales consacrées à la santé par habitant</b>	122 \$	WHO, 2016

## **Systeme de soins au Cameroun**

Le secteur de la santé au Cameroun est structuré en trois niveaux formant une pyramide. Il comporte trois sous-secteurs à savoir : le sous-secteur public, un sous-secteur privé et un sous – secteur traditionnel. Les différentes relations fonctionnelles liées à la pyramide sanitaire sont précisées dans le tableau ci-contre :

**Tableau II. Différents niveaux du système de Santé au Cameroun (source stratégies sectorielles de la santé 2016-2027)**

Niveau	Structures administratives	Compétences	Structures de santé	Structures de dialogue
Central	Cabinet du Ministre, Secrétariat Général, Directions et Structures assimilées	- Élaboration des concepts, de la politique et des stratégies - Coordination - Régulation	Hôpitaux Généraux, Centre Hospitalier et Universitaire, Hôpitaux Centraux et assimilés, CENAME, CPC, CHRACERH, LANACOME, CIRCB, ONSP) Hôpitaux régionaux et assimilés ; Centres d'Approvisionnement Pharmaceutique Régionaux	Conseil national de la santé, d'hygiène et des Affaires Sociales
Intermédiaire	10 Délégations Régionales	Appui technique aux Districts de santé	- Hôpitaux de District - Cliniques; - CMA; - CSI, Cabinet de soins	Fonds Régionaux pour la Promotion de la Santé
Périphérique	189 Districts de Santé	Mise en oeuvre des programmes		COSADI; COGEDI COSA; COGE

*Source : MINSANTE. Cadre conceptuel du District de Santé complété à partir de l'organigramme de 2013*

### III. EPIDEMIOLOGIE DE LA TUBERCULOSE AU CAMEROUN

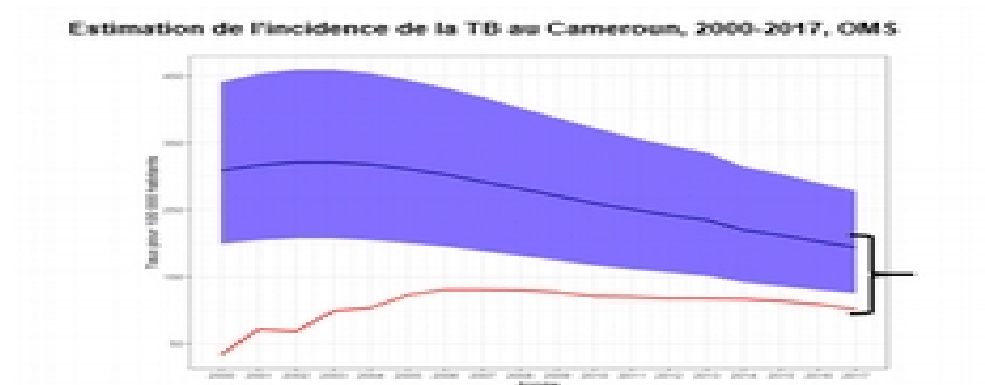
#### Notification de la TB au Cameroun

L'incidence estimée de la tuberculose au Cameroun tend à diminuer. Elle est passée de 271 pour 100 000 habitants en 2009 à 186 pour 100 000 habitants en 2018. Le pourcentage moyen de diminution est d'environ 4,5% au cours des dix dernières années.

En même temps, on constate une baisse progressive des taux de notification qui sont passés de 124 pour 100,000 habitants en 2009 à 95,5 pour 100,000 habitants en 2018 pour l'ensemble des cas de TB du Cameroun. Ceci représente une diminution de 2,9% pour l'ensemble des cas de TB. On observe une sous-notification des cas de TB au niveau national comparée aux estimations de l'OMS car le pays notifie environ 50 pour cent des cas attendus.

Les difficultés d'accès aux services (barrière géographique et financière), la pauvreté, le manque d'éducation et la déperdition des patients entre les services (laboratoires, clinique et suivi) semblent constituer les facteurs qui entretiennent la sous-notification des cas. La stratégie de recherche active des cas auprès des présumés tuberculeux à toutes les portes d'entrée des CDTs et

auprès de la communauté a été initiée seulement dans deux villes du pays ; elle pourrait aider à combler ce gap.

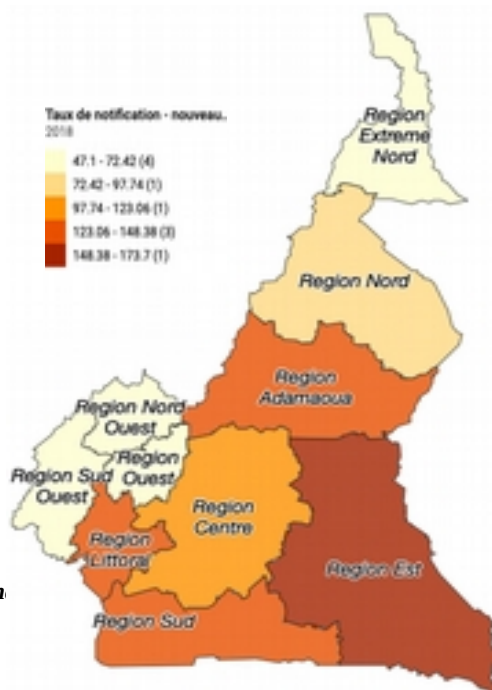


**Graphique 1:**

**Tendance des taux de notification des cas et notification, 2000-2017**

Les tendances des taux de notification dans le temps montrent une tendance légèrement décroissante dans toutes les régions à l'exception de la région de l'Est qui a vu une augmentation de 33,6% de son taux de notification à partir de 2014. Cette augmentation assez soudaine dans la région de l'Est pourrait être liée à un afflux de populations provenant d'un pays frontalier de la région de l'Est qui a connu des perturbations durant cette période. La région du littoral a connu une réduction relativement importante du taux de notification entre 2013 et 2014. Les régions du Sud-ouest et du Nord-ouest ont enregistré également une baisse de notification depuis l'année 2016. Cette baisse est due probablement aux troubles sociopolitiques qui sévissent dans ces zones. **(Figures représentant en zoom les villes Yaoundé-Douala évoquées à côté de la carte)**

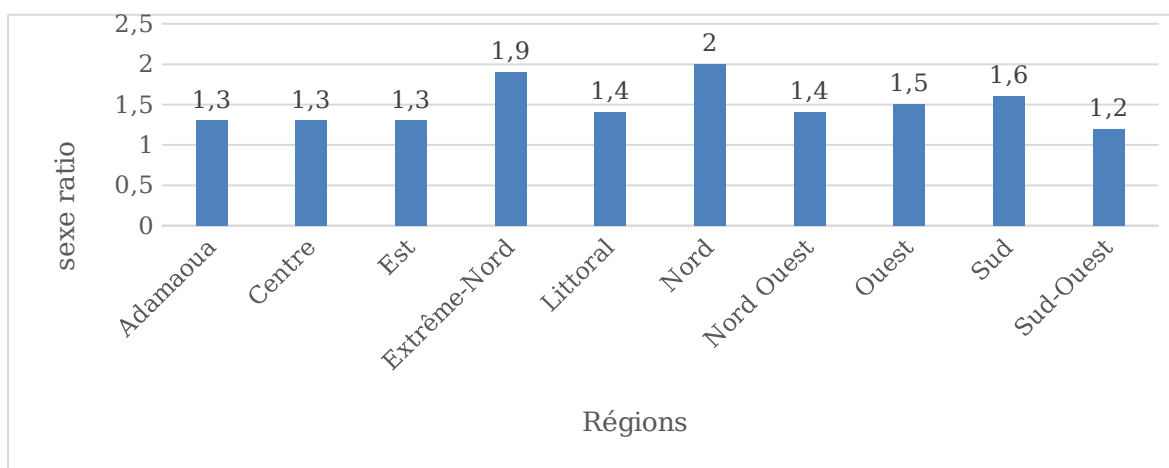
La majorité des cas de tuberculose sont concentrés à Douala, Yaoundé et dans l'Extrême Nord qui ensemble représentent 45% de tous les cas notifiés au Cameroun en 2018 (Figure 1).



**Figure1: Taux de notification de la tuberculose par région, 2018**

## Tuberculose et sexe

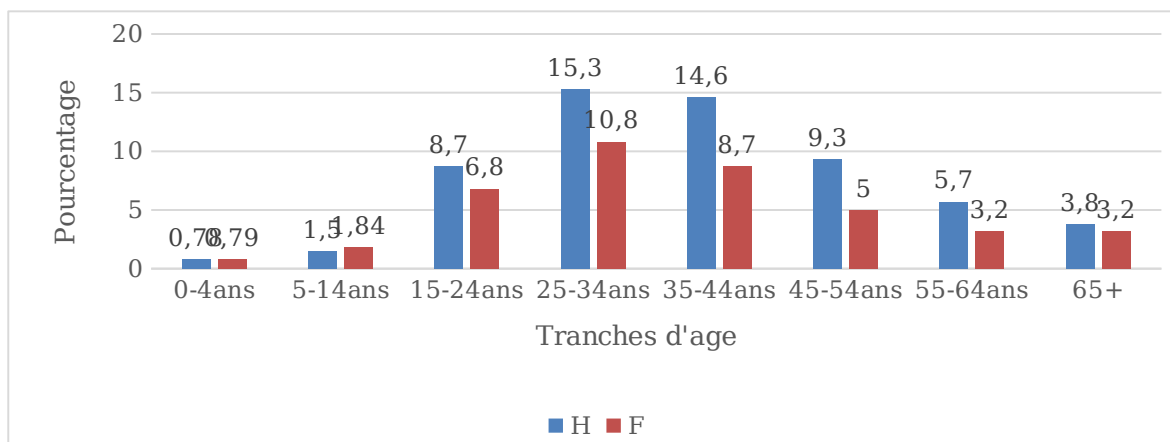
En 2018, parmi les cas de tuberculose notifiés, 14 278 cas étaient du sexe masculin et 9478 cas du sexe féminin. Ceci représente un sexe ratio h/f de 1,5 pour l'ensemble du pays. Ce sex-ratio en faveur des hommes est observé dans toutes les régions et varie de 1,3 pour le Sud-ouest à 2 pour le Nord (Graphique 2)



**Graphique2: Sexe ratio par région, 2018**

## Tuberculose par groupe d'âges

La répartition par groupe d'âges des cas de tuberculose notifiés en 2018 montre que 64% des cas avaient entre 15 et 45 ans ; ce qui traduit une transmission très intense de la tuberculose au sein de la population. Les personnes plus touchées représentent la force productive et économique du pays.



**Graphique 3: Répartition par tranches d'âge des cas de Tuberculose au Cameroun, 2018**

### Tuberculose et groupes vulnérables

En 2018, le pays a notifié une proportion de 5,5% de cas de tuberculose chez les enfants par rapport à l'ensemble des cas nationaux ; ce qui constitue une grande faiblesse parce que la proportion estimée de cas à notifier chez les enfants devrait être de l'ordre de 10 à 12%.

En 2018, 105 cas de TB ont été notifiés dans 34 prisons sur les 77 prisons du pays. Les campagnes de dépistage menées au cours du premier semestre de 2019 dans quatre (4) GTR (Est, Littoral, Nord, Ouest) ont permis de diagnostiquer 40 cas par TB-LAMP/GeneXpert sur 2256 testés.

Il existe plusieurs camps de réfugiés répartis à l'Est et dans les régions septentrionales du pays. La prise en charge se fait par des campagnes de dépistage de masse au sein des camps. En 2018, 26 cas ont été diagnostiqués à Gado sur 362 présumés. En 2019, 23 cas de TB ont été notifiés sur 997 présumés au niveau des autres camps.

### TB/VIH

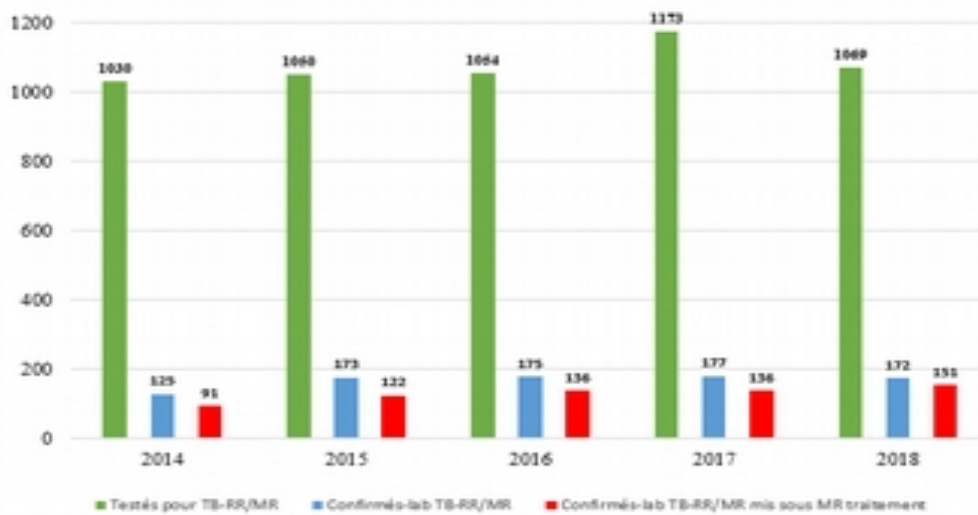
La prévalence du VIH dans la population générale est de 3.6 % (CAMPHIA, 2018) dans la population générale. Le dépistage du VIH chez les malades tuberculeux se fait en routine dans l'ensemble des CDTs. En 2018, 95% des tuberculeux ont été testés pour le VIH, 29% du total des cas étaient VIH+, ce qui place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

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

La létalité liée au VIH est le double par rapport à celle observée chez les tuberculeux n'ayant pas le VIH, elle est de 14% contre 6% (cohorte 2018).

## TB-MR

Le rapport mondial sur la tuberculose de l'OMS 2018 estime à 680 (360-990) le nombre total des cas de TBMR pour le Cameroun pour l'année 2017. Pour l'instant, la surveillance de la multi-résistance est progressivement mise en place parmi certaines catégories de malades notamment



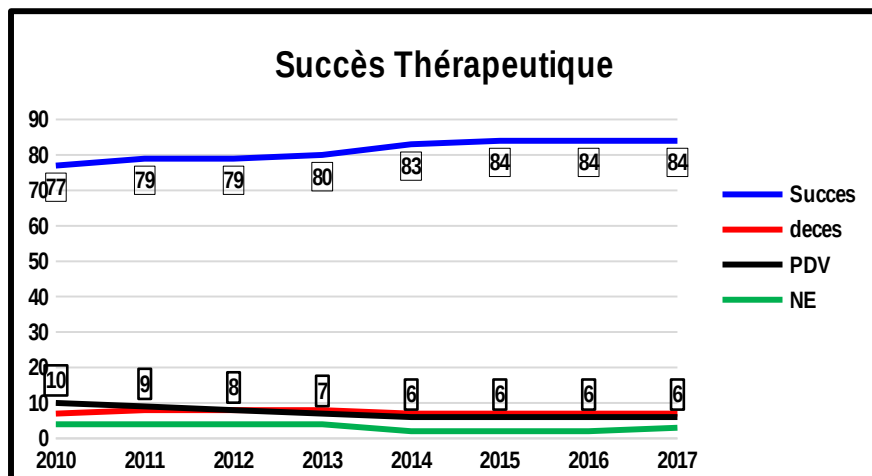
les PVVIH, les Prisonniers, les cas de retraitement et les personnes contacts des patients TB-MR. Une enquête de résistance a récemment été menée au Cameroun concernant les nouveaux cas de Tuberculose bactériologiquement confirmés. Elle a révélé que 1,6% de nouveaux

cas ont la TB-MR. Par contre, l'estimation chez les personnes déjà traitées pour la TB se situe autour de 14% (10-18). On constate qu'il y a un gap important à deux niveaux : entre le nombre de cas estimés et le nombre de cas diagnostiqués (26% en 2018) (voir Graphique 4) et aussi entre le nombre de cas diagnostiqués et ceux mis sous traitement.

Il existe 11 centres de traitement fonctionnels de la TB RR au Cameroun.

*Graphique 4: TB pharmaco-résistante au cours des cinq dernières années, Cameroun, 2014-2018*

## Résultats de traitement de la TB sensible (toutes formes : nouveaux cas et rechutes)



Graphique 5 : Tendence du taux de succès thérapeutique au cours des dernières années

Le succès thérapeutique a connu une certaine croissance partant de 77% en 2010 pour atteindre 84% en 2014 et est resté stationnaire jusqu'en 2017 autour de 84%. Ce succès thérapeutique n'a jamais atteint la barre de 87% tel que prévu dans le PSN 2015 – 2019 ni ne satisfait la norme de l'OMS qui est d'au moins 90%. Il est à noter que la proportion de perdue de vue a significativement régressé passant de 10% en 2010 à 6% en 2018. Toutefois, cette proportion de 6% en 2018 demeure encore assez élevée. La proportion de malades non évalués a connu aussi une faible régression passant de 4% en 2010 à 3% en 2018. La proportion des décès est restée stationnaire à 6% durant toute la période. Ces trois issues thérapeutiques défavorables (Perdus de vue, décès et non évalués) tendent à saper les éventuels progrès du taux de succès thérapeutique ; par conséquent, elles méritent des actions correctrices immédiates et efficaces. Il est à noter aussi que la région de l'Est et celle du Littoral sont à la traîne pour le succès thérapeutique avec une proportion d'environ 80%.

## IV. ORGANISATION DE LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE AU CAMEROUN

Le PNLT a été créé par Décision N° 0335/MSP/CAB du 29 Juillet 2002 de Monsieur le MINISTRE DE LA Santé Publique portant réorganisation de la lutte contre la tuberculose au Cameroun. Cette première a été modifiée et complétée par la décision 1347/D/MINSANTE/CAB/du 08 juin 2016. Il faut néanmoins noter que le programme a été développé depuis 1997 dans la région de l'Ouest et s'est implanté dans les autres régions jusqu'en 2003.

En 2016, la carte sanitaire du pays comptait 10 régions, 190 Districts Sanitaires, 1800 Aires des Santé et 6202 FOSA (Rapport de suivi des 100 indicateurs clés au Cameroun en 2017).

On dénombre 261 Centres de Diagnostic et de Traitement (CDT) sur le territoire national répartis suivant les régions : Adamaoua (14), Est (21), Centre (55), Littoral (38), Extrême-nord (31), Nord (21), Ouest (20), Nord-ouest (21), Sud (19) et Sud-ouest (20).

Le budget annuel 2019 alloué par l'État au PNLT est de 436 665 000 FCFA réparti comme suit :

- Acquisition médicaments de première ligne : 280 millions ;
- Acquisition d'antituberculeux de deuxième ligne : 10 millions ;
- Réactifs de laboratoire 10 millions, accueil-réception-consommables et autres : 136 millions.

L'Unité centrale du PNLT est le Groupe Technique Central (GTC) qui est l'organe exécutif du Comité National de Lutte contre la Tuberculose (CNLT). Le CNLT est un comité interministériel qui est présidé par le Ministre de la Santé Publique.

Le PNLT est rattaché à la Direction de Lutte contre la Maladie et les Épidémies (DLMEP) par le service de la lutte contre la tuberculose qui dépend de la sous-direction du VIH/SIDA, IST et TB. Le GTC assure la coordination et la gestion du PNLT sur l'ensemble du territoire national, en collaboration avec les administrations, les collectivités, la société civile, les partenaires nationaux et internationaux impliqués. Il assure la coordination des activités de surveillance épidémiologique, la coordination des activités de recherche, de communication et de formation. Au niveau régional, le GTR sous la supervision du Délégué Régional de la Santé Publique (DRSP) a pour mission d'organiser, de coordonner, de suivre et d'évaluer la mise en œuvre de la lutte contre la tuberculose au sein de la région.

Le District en périphérie est l'unité opérationnelle dans laquelle on retrouve les formations sanitaires. Concernant le personnel du CDT, outre le chef de la formation sanitaire, on a un responsable du CDT et un technicien de laboratoire de façon basique. Le plateau technique de base est le microscope (ordinaire ou LED) pour tous les CDT et dans le processus de modernisation de réseau de laboratoire, on dénombre actuellement 27 CDT disposant d'un appareil TB LAMP et 28 CDT disposant d'un GeneXpert.

**Tableau III : Plateforme et répartition des 28 machines GeneXpert**

Région épidémiologique	Nombres Xpert	Région épidémiologique	Nombres Xpert
ADAMAOUA	1	EXTREME-NORD	2
EST	1	NORD	2
CENTRE	0	OUEST	1
YAOUNDE	5	NORD-OUEST	8
LITTORAL	0	SUD	1
DOUALA	5	SUD-OUEST	2

**Tableau IV : Plateforme et répartition des 27 machines TB-LAMP**

Région épidémiologique	Nombre TB-Lamp	Région épidémiologique	Nombre TB-Lamp
ADAMAOUA	1	EXTREME-NORD	3
EST	2	NORD	2
CENTRE	2	OUEST	1
YAOUNDE	6	NORD-OUEST	1
LITTORAL	0	SUD	3
DOUALA	5	SUD-OUEST	1

**Tableau V. Bref aperçu des résultats obtenus par le PSN 2015 – 2019**

Objectif	Base line (2013)	Prévision (2018)	Niveau atteint
Détection TB sensible	26 100	28 550	23 757
Succès thérapeutique	80%	87%	85%
Test du VIH chez les patients TB	82%	95%	95%
TBMR mis sous traitement/détectés	61%	95%	86% (151/174)
Succès thérapeutique TBMR	85%	85%	79%

En se référant aux données de notification de 2018 et de l'incidence de la TB au Cameroun (194 pour 100.000 habitants selon l'OMS), il convient de constater que le Cameroun a un déficit d'environ 50% de malades non dépistés.

Le suivi des patients sous traitement n'est pas toujours optimal, en particulier dans certains CDT. Le TDO n'est pas appliqué dans une grande partie des CDT. Très souvent, il se limite aux patients hospitalisés.

Le succès thérapeutique a connu une légère croissance partant de 77% en 2010 pour atteindre 84% en 2014 mais il est resté inférieur à la barre de 87% planifié dans le PSN 2015-2019 et loin de la norme de l'OMS qui est d'au moins 90%.

Concernant la notification de cas de tuberculose à bacilles pharmaco résistants, il est à noter qu'il existe un grand gap permanent entre les estimations de l'OMS et les cas TBMR dépistés. La mise sous traitement des malades tuberculeux à bacilles pharmaco résistants ne s'est jamais approchée du nombre total de cas attendus depuis 2014 jusqu'en 2018 où l'écart s'est réduit de 34% à 26%.

Perspectives pour l'application de la stratégie End-TB.

Le plan stratégique 2015-2019 qui tire vers son terme avait été élaboré sur la base de la stratégie « Halte à la tuberculose ». Le programme veut fournir des efforts supplémentaires pour essayer de s'ajuster par rapport à la stratégie « mettre fin à la tuberculose » et en même temps souscrire aux objectifs de l'OMS qui visent l'élimination de la tuberculose en 2035.

## V. PROCESSUS DE PREPARATION DU PSN 2020-2024

Sous la coordination du PNLT et conformément aux directives de l’OMS, une revue du programme s’est déroulée du 15 au 30 septembre 2019. Cette revue a été suivie de plusieurs ateliers de préparation du PSN dans un effort de dialogue avec les partenaires nationaux publics et ceux de la société civile, avec le soutien d’Expertise France et du Fonds mondial. Les étapes suivantes ont abouti à l’élaboration de ce PSN.

**L’évaluation externe**, réalisée par le bureau régional de l’OMS-Afro, a permis de collecter des informations relatives au fonctionnement général du programme et des informations permettant la validation des données à travers la revue documentaire, des entrevues semi-dirigées avec les différentes parties prenantes et des visites d’observation sur le terrain. Lors de la revue, six (6) Régions ont été visitées. Ce choix a été motivé par les moyens financiers et humains disponibles ainsi que les conditions sécuritaires. Au terme de cette phase, une restitution des rapports de visite du terrain a été faite en plénière au cours d’un atelier, et concomitamment une équipe restreinte a commencé à esquisser les grandes lignes du rapport de la revue.

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

### **Elaboration du plan stratégique national TB 2020-2024**

Le nouveau plan stratégique national (PSN) a été élaboré du 17 novembre 2019 au 17 décembre 2019. Le processus d’élaboration a débuté par un atelier au cours duquel les participants de diverses origines se sont subdivisés en plusieurs sous-groupes pour analyser les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces selon des thèmes bien particuliers. Les produits issus de cet atelier ont été collectés par le consultant principal pour procéder à une analyse des grandes lacunes auxquelles le programme se trouve confronté. Après cette analyse, les grandes lignes du plan stratégique ont été ébauchées avec les cadres du PNT. Ensuite, cette équipe nationale a pris soin de décliner tous les axes en interventions et en activités.

Il y a eu ensuite un deuxième atelier qui a porté sur la budgétisation des activités. Finalement, le PNLT a jugé essentiel d’organiser un troisième atelier qui visait à mettre à contribution l’apport des communautaires dans l’élaboration du PSN.

En résumé, le PSN a été élaboré par une équipe nationale accompagnée de 5 consultants internationaux dont la présence a été financée par Expertise France, Initiative 5%.

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

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

## **VI. FORCES-FAIBLESSES-OPPORTUNITES-MENACES**

La dernière revue du programme de tuberculose et la revue épidémiologique réalisées par l'OMS en octobre 2019, jointes à l'atelier d'inclusion des différents partenaires qui a précédé l'écriture

de ce plan, ont permis de mettre en exergue de nombreux points forts et points faibles du PNLT du Cameroun dans la mise en œuvre de ses nombreuses opérations. Il est évident que les points faibles devraient constituer le focus principal dudit plan ; toutefois le programme se doit de considérer les opportunités et les menaces en vue d'adapter ses stratégies et interventions au contexte socio-politique du pays.

## **FORCES**

- Le gouvernement a fait preuve d'un fort engagement en faveur de la lutte contre la tuberculose (achat des intrants, exonération des droits de douane, prise-en charge des salaires du personnel, bureau, logistiques, etc.).
- Le programme peut compter sur un réseau de laboratoires étendu dans tout le pays et équipés d'appareils de dépistage récents (27 TB LAMP et 28 Gene Xpert).
- Plusieurs initiatives pour intensifier le dépistage de la TB, entre autres le projet CHECK-TB.
- Le dépistage systématique du VIH chez les patients tuberculeux et la mise sous ARV des cas de co-infection.
- La forte volonté politique de renforcer les activités conjointes ou de collaboration TB/VIH.
- Le programme dispose d'une cartographie récente des prisons et certaines de ces prisons ont un calendrier semestriel de dépistage de la tuberculose par des tests de biologie moléculaire.
- Le programme peut compter sur 11 centres de PEC de la TB-MR, fonctionnels, sans rupture de stock et offrant le TDO en phase intensive.
- Le programme offre un soutien aux patients TB-MR sous forme d'appui nutritionnel pour les hospitalisés et frais de transport pour les ambulatoires.
- La disponibilité des formes galéniques correspondant aux posologies pédiatriques pour la prévention et le traitement de la tuberculose chez l'enfant.
- Le début d'utilisation des méthodes de prélèvements plus adéquates pour les enfants (aspiration gastrique, aspiration naso-pharyngée) dans le cadre des projets de recherche TB Speed ; Cap TB pour l'amélioration du dépistage et de la prise en charge de la tuberculose chez les enfants.
- L'existence d'un réseau fonctionnel de laboratoires avec un laboratoire national de référence et trois laboratoires régionaux intermédiaires. Ce réseau entretient un circuit de transport d'échantillons fonctionnel.
- L'existence d'un système de suivi-évaluation avec un personnel qualifié.

## **FAIBLESSES**

- Les activités du PNLT dépendent fortement du financement externe ; ce qui explique le gap financier important dans la mise en œuvre de l'ancien PSN.

- L'Organigramme actuel ne répond pas aux besoins fonctionnels du PNLT ; d'où une insuffisance en ressources humaines. Les ressources matérielles et logistiques disponibles ne permettent pas non plus au PNLT de jouer ses rôles de manière efficace.
- Il existe une approche restrictive dans l'identification des cas présumés tuberculeux : le programme s'attache encore dans ses directives au délai d'une toux de 14 jours pour rechercher la tuberculose ; ceci donne lieu à des opportunités manquées ou à des dépistages tardifs qui contribuent à la sous-notification.
- Le dépistage se fait encore selon un mode passif et les stratégies mises en place pour l'améliorer sont encore très timides. Les initiatives communautaires sont ponctuelles et se font sous forme de projet pilote.
- Le dépistage ou diagnostic de la tuberculose fait face à une barrière géographique parce que le réseau de microscopie n'est pas assez étendu (261 CDT, 1CDT/95000 habitants). Les patients sont contraints de parcourir parfois des dizaines de km pour rechercher les services de tuberculose.
- Il y a également une barrière financière au dépistage, il n'est pas tout à fait gratuit : la microscopie est à 1 000 francs et les tests moléculaires sont payants dans certaines structures sanitaires.
- L'enquête de dépistage autour des cas index et autour des cas de TB-MR est à l'état embryonnaire, elle se fait seulement au niveau de deux villes : Yaoundé et Garoua.
- La recherche systématique de la tuberculose est insuffisante chez certains groupes vulnérables comme les PVVIH, les diabétiques et autres.
- Le programme ne dispose pas de ressources financières pour la communication et la sensibilisation ; il s'ensuit donc un déficit important en termes de communication (faible diffusion du guide, des notes circulaires et des rapports).
- La mise en œuvre de la Thérapie Préventive de la TB (TPT) est limitée chez les PVVIH ainsi que chez les enfants éligibles ; de plus la notification et le suivi des cas mis sous TPT sont insuffisants.
- Le taux de décès élevé, surtout chez les patients co-infectés TB/VIH (12%). En outre, certains CDT enregistrent un taux de perdus de vue supérieur à 10%.
- L'inexistence d'un cadre formel de collaboration à tous les niveaux constitue une limite au renforcement de la collaboration entre les deux programmes TB/VIH. Les canaux de communication entre le PNLT et le CNLS ne sont pas clairement définis.
- La collaboration insuffisante et non formalisée entre prisons, CDT et UPEC de référence est souvent à l'origine d'une sous-notification dans les prisons et peut nuire à la continuité des services.
- Le dépistage de la tuberculose et du VIH n'est pas systématique à l'entrée de toutes les prisons et il n'est pas non plus documenté.
- Le sous-dépistage de la TBMR dû à un ciblage insuffisant et à un algorithme restrictif pour l'utilisation diagnostique du GeneXpert.

- L'absence de formalisation et de suivi du mécanisme de transport des crachats d'un CDT vers un centre pourvu de GeneXpert.
- Le programme a initié l'étude sur les coûts catastrophiques de la TB, mais on note un retard dans la mise en œuvre de cette étude.
- La faible collaboration entre le PNLT et les sociétés savantes pédiatriques et aussi avec les pédiatres du secteur privé lucratif.
- L'insuffisance de formation du personnel de santé sur la prise en charge de la TB pédiatrique.
- L'absence de cadre réglementaire formalisant l'organisation et le fonctionnement du réseau de laboratoires du PNLT.
- La faible implémentation de l'assurance qualité dans l'ensemble du réseau.
- L'absence de guides techniques et de procédures opérationnelles uniformes pour les laboratoires de tuberculose.
- Le pays rencontre souvent des tensions de stocks sur certaines molécules. Des emprunts auprès d'autres pays ou des redéploiements/réallocations ont permis de gérer la situation.
- Des cas de produits périmés sont parfois enregistrés ceci relevant soit de mauvaises estimations des besoins au niveau local (CDT) ou un non-respect du FEFO. Des formations/recyclages réguliers des gestionnaires de stocks s'avèrent nécessaires.
- Le contrôle qualité des produits pharmaceutiques par un labo pré-qualifié OMS ou qualifié ISO 17025 ne se fait pas pour l'instant.

## OPPORTUNITÉS

- L'accompagnement confirmé du PNLT par des partenaires techniques (OMS, UNICEF, UNION, etc.) et financiers (Fonds Mondial, PEPFAR, etc.).
- L'Engagement du gouvernement pour supporter le programme et faciliter l'acquisition des médicaments (achat, exonération douanière, etc.).
- L'existence d'instituts de recherche et d'universités avec lesquelles il y a possibilité de collaborer.
- Toutes les prisons centrales et principales sont dotées d'un personnel médical propre au corps de métier ; cinq prisons centrales sont pourvues d'un CDT pour la prise en charge des cas de tuberculose.
- La disponibilité de ressources humaines (quoique insuffisantes) motivées et qualifiées pour les différents aspects du programme.
- L'élaboration d'un plan stratégique santé communautaire et la volonté politique d'intégrer la TB dans le paquet d'activité des ASC.
- La présence d'un tissu associatif et de nombreuses organisations de la société civile qui pourraient collaborer avec le PNLT.
- L'existence de projets de recherche sur la TB pédiatrique en cours (TB-SPEED, CAP-TB) favorisant le transfert de compétences et la formation du personnel.

- L'existence du LNSP ayant en charge la responsabilité du réseau national des laboratoires.
- La couverture satisfaisante en BCG du programme élargi de vaccination (PEV).
- L'Existence d'une plateforme internationale sur la recherche en faveur de la lutte contre la tuberculose.

## MENACES

- L'instabilité et les troubles sociaux (crise sécuritaire) dans les régions du Sud-Ouest, du Nord-Ouest et de l'Extrême-Nord.
- Le non-respect des engagements pris par l'État engendrant des retards dans la mise à disposition de sa contrepartie financière pour l'achat des intrants, des équipements et même pour la construction d'un nouvel immeuble.
- Les habitudes locales et les pesanteurs socio-culturelles non favorables au dépistage d'une maladie si les symptômes ne sont pas évidents.
- Les tradipraticiens et les groupes religieux retiennent certains malades et empêchent leur arrivée aux services de santé.
- Les coûts catastrophiques indirects : éloignement des CDT impliquant des frais de transport, hospitalisation loin du domicile, etc.)
- L'existence de la vente de médicaments antituberculeux dans la rue parallèlement à la gratuité offerte par le programme.
- L'arrêt prématuré et inattendu du support des partenaires, d'où la problématique de pérennisation de certains projets ou interventions.
- L'instabilité du personnel formé qui induit un redéploiement, de nouveaux besoins en formation et impose un temps de redémarrage des activités ; ceci est valable aussi pour les structures sanitaires que pour les centres de détenus.
- Le manque de coordination des prisons avec les CDT les plus proches qui peut nuire à la continuité des services après la libération des détenus.
- Les difficultés à mobiliser des fonds locaux pour l'acquisition des médicaments de 2<sup>ème</sup> ligne.

Les coûts catastrophiques liés au dépistage et au suivi (frais de transport, éloignement des centres de diagnostic, frais de dépistage)

## II. ANALYSE DES LACUNES OU FAIBLESSES

### 1. La forte dépendance du financement externe

Les activités principales du PNLT sont financées par le Fonds Mondial dans une proportion de plus de 85%. L'Etat supporte uniquement les installations logistiques du programme, le salaire du personnel et l'achat des intrants et des médicaments de première ligne. Du côté du Ministère de la santé, il n'existe aucune allocation prévue pour couvrir les activités opérationnelles comme : la formation des professionnels de santé, les visites

de supervision, les réunions de coordination, de suivi ou de validation des données. Le support des autres partenaires ne se résume en grande partie qu'à de l'assistance technique. Cette forte dépendance d'un seul bailleur expose le programme à des risques importants : conditions suspensives, nouvelles priorités mondiales, etc. De plus, il n'existe pas un plan de mobilisation de ressources locales et innovantes en vue d'atténuer cette dépendance. La prise en charge de la TB-MR par exemple dépend exclusivement du financement externe. Il y a lieu de renforcer le plaidoyer pour que le pays rehausse le niveau d'investissement en santé afin que les programmes de santé publique, comme la tuberculose, puissent en bénéficier concrètement. Notons toutefois que le programme n'a pas encore adopté une approche visant à impliquer d'autres secteurs de la société dans la lutte.

## **2. L'insuffisance des ressources humaines, matérielles et logistiques du PNL T**

En dépit du caractère officiel et légal que revêt le PNL T (arrêté présidentiel, etc.), il souffre d'un déficit chronique de ressources humaines, matérielles et logistiques.

Le PNL T dans son organisation actuelle possède plusieurs postes qui ne sont pas comblés. Le nombre de cadres affectés à l'unité centrale est insuffisant au regard des tâches qui leur sont assignées. Quand certains postes sont comblés, un seul professionnel de santé peut se retrouver contraint de cumuler plusieurs fonctions. Par exemple les activités de la coinfection TB/VIH, de la TB pédiatrique et de la TB dans les prisons sont regroupées en un seul poste et coordonnées par un seul professionnel de santé. Il y a donc une nécessité impérieuse de doter le PNL T en ressources humaines qualifiées pour que tous les postes soient valablement pourvus.

Vu le nombre limité de cadres techniques, le programme éprouve des difficultés à jouer efficacement ses rôles dans l'élaboration des guides et directives techniques, la formation du personnel et la supervision des activités sur le terrain.

De plus, les installations physiques du programme sont vétustes et ne garantissent pas une ambiance de travail conviviale. Le nombre de véhicules affectés au PNL T est aussi assez limité.

### **Une approche restrictive dans l'identification des cas présumés**

Le programme s'attache encore à l'ancienne définition de présomption de tuberculose qui ne considère que les personnes qui toussent depuis deux semaines ou plus. Le PNL T ne dispose pas d'une stratégie de recherche active avec des algorithmes spécifiques qui s'appliquent à chacune des populations vulnérables. Il s'agit donc d'un facteur limitant pour le dépistage et la notification quand on sait qu'il est important de ratisser large pour augmenter les chances de dépister les patients positifs. De plus, le programme ne dispose pas d'un registre de cas présumés qui aurait permis de capter et de suivre de manière précoce les potentiels cas de tuberculose. Si au niveau du registre de la consultation

générale, des informations sont collectées sur les patients arrivant spontanément avec les signes et symptômes évocateurs d'une tuberculose active, ces informations ne sont pas toutefois exploitées à des fins programmatiques (planification et suivi du devenir des cas présumés). Il en résulte donc des opportunités manquées qui contribuent inévitablement à la sous-notification.

### **3. Les capacités de diagnostic sont limitées**

La TB est prise en charge à tous les niveaux du système de soins : niveau central ou centre de référence, niveau intermédiaire et niveau périphérique (centre de santé primaires). Cependant, sur les 2416 formations sanitaires publiques (plus les privées non incluses dans les 2416) réparties sur tout le territoire seulement 261 soit 11% (261/2416) fournissent des services de lutte contre la tuberculose. Avec 261 CDT (1CDT/95 000 habitants), les capacités de diagnostic sont insuffisantes. Cette situation est à l'origine d'une barrière géographique qui contraint les patients à parcourir parfois des dizaines de km pour rechercher les services de tuberculose. Cette situation se confirme par un taux de notification éloigné des estimations de l'OMS : 140 pour 100 000 habitants versus 240 pour 100 habitants.

La notification de la tuberculose est répartie de façon très inégale sur le territoire en 2018 ; elle varie entre 174 pour 100.000hab dans la région de l'Est (frontalière avec la RCA) et 47 cas pour 100000 habitants pour la région du Nord-Ouest.

L'enquête de dépistage autour des cas index est à l'état embryonnaire, elle repose sur 130 agents communautaires de recherche active (ACRA) qui sont cantonnés seulement au niveau des deux villes : Yaoundé et Garoua. De plus, le système de transport des échantillons n'est pas trop fiable, ceci est dû à une absence de formalisation et d'un suivi régulier de ce système de transport.

Il convient de noter aussi le faible dépistage de la tuberculose chez l'enfant. En effet, la proportion d'enfants mis sous traitement en 2018 est de l'ordre de 5%. Ceci est probablement dû à des difficultés à asseoir le diagnostic particulièrement chez les enfants de moins de cinq ans. Même la région de Yaoundé dotée d'un personnel qualifié et d'un plateau technique bien fourni fait partie des moins bien classés pour ce qui concerne le diagnostic de la tuberculose pédiatrique. Le programme n'a pas développé un partenariat ou une forme quelconque de collaboration avec le programme PCIME, les sociétés pédiatriques ou les pédiatres du secteur privé lucratif.

Les limites diagnostiques présentes à la fois chez les adultes et les enfants se concrétisent par un nombre élevé de cas manquants représentant 49% (23757/47 754).

Le programme compte sur une plateforme de 27 TB-LAMP et 28 GeneXpert répartis sur toutes les régions du pays. Bien qu'il n'y ait pas eu d'analyse pointue sur l'utilisation de ces appareils, tout porte à croire que le niveau d'utilisation varie d'une ville à une autre.

Par exemple, les appareils de Douala ou de Yaoundé sont sûrs utilisés par rapport à ceux des autres villes.

Les patients font aussi face à une barrière financière parce que l'examen microscopique coûte 1 000 francs et les tests moléculaires quoique subventionnés ne sont pas partout gratuits. La radiographie pulmonaire, demandée dans certains CDT sans se référer à l'algorithme national, est à la charge des malades et peut coûter jusqu'à 10.000 F CFA.

Enfin, l'algorithme de dépistage n'est pas suivi par les professionnels de santé. Chacun adopte la démarche diagnostique qui répond à la réalité de la structure ; le test priorisé peut être la microscopie, la radiographie, le GeneXpert ou le TB-LAMP.

#### **4. La collaboration entre les deux programmes TB/VIH encore insuffisante**

La collaboration entre les programmes est réelle, mais elle n'est pas structurée ou régie par un cadre de collaboration formalisé. Il n'existe pas une cellule de coordination qui tient des réunions d'échanges régulières ou envisage des activités conjointes (plan, supervision, formation, etc.). Les canaux de communication entre le PNLT et le CNLS ne sont pas clairement définis. Il en résulte un respect partiel des directives de l'OMS pour la prise en charge de la coïnfection. Les patients co-infectés n'arrivent pas à bénéficier du paquet complet de services auquel ils ont droit. Par exemple, la mise en œuvre du TPT est limitée ; de plus la notification et le suivi des mis sous TPT sont insuffisants. Ceci explique aussi un taux de décès relativement élevé chez les patients co-infectés (12%).

La recherche du VIH chez les patients tuberculeux constitue un réel succès puisque cette proportion est de l'ordre de 95%. Elle a connu une progression allant de 78% en 2010 à 95% en 2018. Le taux moyen de séropositivité au niveau national est de l'ordre de 29%, ce qui est très élevé par rapport aux autres pays de la sous-région. La région du pays la plus touchée par la coïnfection est le Nord-Ouest avec un taux de séropositivité de 49% chez les patients tuberculeux. La mise sous ARV des patients tuberculeux séropositifs a atteint 99% en 2018.

Par contre, du côté du VIH, l'acte visant à rechercher la tuberculose chez les PVVIH est de plus en plus posé. Cependant, le programme VIH éprouve encore de la difficulté à le quantifier ou à en assurer le suivi au point qu'on n'est pas en mesure de déterminer la proportion de PVVIH testés pour la tuberculose sur une période donnée. Par conséquent, la collaboration entre les deux programmes TB/VIH n'a pas encore atteint le niveau souhaité.

#### **5. Une approche peu formalisée pour les détenus, les miniers et les réfugiés**

Au Cameroun, seulement 5 prisons sur 77 disposent d'un CDT où la tuberculose peut être prise en charge selon les directives nationales. Les prisons non pourvues de CDT ont la possibilité et même le devoir de développer un partenariat avec les CDT qui fournissent les services dans leurs zones d'intervention. Cette collaboration, quand elle existe, s'est

révélée insuffisante et très peu organisée. Par conséquent, l'offre de soins pour la prise en charge de la tuberculose dans les prisons est encore très limitée. La recherche systématique des signes et symptômes de TB à l'entrée en prison n'est pas souvent réalisée. Pour pallier à l'absence de CDT dans la majorité des prisons, le PNLT organise des campagnes semestrielles de dépistage de la tuberculose avec des examens de biologie moléculaire (TB LAMP/GeneXpert).

De plus, il n'existe pas un cadre de collaboration formelle multi sectorielle (Ministère de la santé, Ministère de la justice et ministre de l'Intérieur) qui permettrait d'assurer la continuité des services chez les détenus qui ont complètement purgé leur peine.

Il existe des zones minières à activités économiques intenses et regroupant divers groupes de populations. Ces zones minières ne possèdent pas toujours un CDT pour la prise en charge de la Tuberculose. Les districts et/ou les régions ne développent pas de cadre de collaboration avec les entreprises minières qui disposent d'un centre de santé. La cartographie de ces mines par rapport à la localisation des CDT n'a pas encore été réalisée. Donc, des mécanismes clairs n'ont pas été mis en place pour assurer la prestation des services aux groupes vulnérables de ces mines.

Résultant de troubles politiques, ethniques ou religieux, les réfugiés donnent lieu à des groupes très précaires en proie à divers types de maladies infectieuses et avec un accès limité aux services. Avec l'appui de certains partenaires, le pays possède une cartographie des réfugiés. Mais les ressources disponibles pour l'amélioration de la situation sanitaire de ces groupes se sont révélées très insuffisantes. Il n'existe pas non plus une démarche structurée entre l'État et les partenaires pour prendre en compte les problématiques sanitaires des réfugiés.

## **6. La notification insuffisante des cas de TB-MR**

En dépit de l'existence de onze (11) centres de prise en charge de la TB-MR, un centre dans chaque région, ce volet constitue l'un des maillons faibles du programme. Les cas notifiés de TB-MR ne représentent que 26% (174/680) du nombre de cas attendus, selon les estimations de l'OMS. Ceci serait probablement dû à un algorithme qui limite l'utilisation du GeneXpert aux retraitements principalement. Les nouveaux cas n'ont pas bénéficié de ces investigations poussées qui pourraient pourtant aider à diagnostiquer la résistance primaire.

De plus, les mécanismes de transport d'échantillons autour des centres de GeneXpert ne sont pas clairement définis, ce qui réduit la portée de l'utilisation et le rendement de certains centres en termes de diagnostic de la TB-MR.

## **7. Faible participation et sensibilisation communautaire**

Le programme est confronté à une faiblesse de son taux de dépistage. Les cas manquants sont de l'ordre de 49%. Ceci peut s'expliquer par le fait que le dépistage se poursuit selon un mode passif et que les stratégies mises en place pour l'améliorer sont encore très timides. Par exemple, l'enquête de dépistage autour des cas index est à une phase expérimentale, elle se fait seulement au niveau de deux villes : Yaoundé et Garoua avec le support de 130 agents communautaires de recherche active (ACRA). Bien que la recherche des cas présumés et le suivi des malades TB soient dans le paquet d'activité des agents de santé communautaires (ASC) polyvalents, ces derniers ont reçu une formation insuffisante et ils ne sont pas correctement suivis. Le résultat est que, au-delà des ACRA, il n'est pas possible de quantifier leur contribution à la notification et au succès thérapeutique.

Le programme ne dispose pas de ressources financières pour les activités de communication et de sensibilisation ; d'où un déficit important en termes de communication et de promotion des droits et responsabilités des malades : pas d'outils de sensibilisation, faible diffusion du guide, des notes circulaires et des rapports.

## **8. Des tensions fréquentes dans la gestion des médicaments**

Le pays fait souvent face à des tensions de stocks sur certaines molécules. Des emprunts auprès d'autres pays ou des redéploiements/réallocations ont permis de gérer ces situations. Des cas de produits périmés sont parfois enregistrés, ceci relevant soit de mauvaises estimations des besoins au niveau local (CDT) ou un non-respect du système « premier à être expiré, premier sorti » (FEFO). Des formations/recyclages réguliers des gestionnaires de stocks s'avèrent nécessaires.

Le contrôle qualité des produits pharmaceutiques par un labo pré-qualifié OMS ou qualifié ISO 17025 ne se fait pas pour l'instant.

Les agents gestionnaires de stocks ne bénéficient pas sur une base régulière de formation ou de recyclage.

## **9. Volet laboratoire**

### LNR (niveau central)

Le niveau central (LNR) fait face à de sérieuses insuffisances de ressources budgétaires et humaines qui l'empêchent de jouer efficacement ses rôles. L'autre grande contrainte est que l'approvisionnement ne concorde pas toujours avec la réquisition, ce qui expose le laboratoire de référence à des ruptures de stock. Ces ruptures allongent le délai de rendu des résultats de la culture et l'antibiogramme. Les frais de maintenance du laboratoire de confinement (P3) ne sont pas assurés ni par le PNLT dans le cadre du projet Fonds Mondial ni par le Ministère de la Santé sur les fonds publics. Il n'y a aucun programme de contrôle qualité des tests moléculaires (GeneXpert et TB-LAMP) au sein du réseau de laboratoires. La communication entre le PNLT et le LNR ne se fait pas de façon régulière

pour la coordination des activités du laboratoire, par exemple le suivi des achats, les activités de formation et de supervision, etc.

#### Niveau intermédiaire et périphérique

Les services de laboratoire constituent une véritable barrière d'accès aux soins : 1000 FCFA pour la microscopie sans compter les coûts indirects liés aux déplacements. Les cas de tuberculose sont en général sous-détectés. L'algorithme de dépistage n'est pas suivi et respecté pour le personnel médical qui fait le diagnostic de la tuberculose.

Au laboratoire régional de Douala, le matériel est détérioré dû à l'absence de maintenance. Les conditions de biosécurité ne sont pas respectées.

Les besoins en formations dans les 261 CDT ne sont pas complètement comblés. De plus, il y a lieu de souligner la grande hétérogénéité du parc des microscopes. Certains microscopes ne sont pas fonctionnels par endroit et le pays ne dispose pas d'un stock de réserve de pièces accessoires. Le système de transport des échantillons est très aléatoire et par conséquent peu fiable.

Il faut noter de grandes disparités observées dans les démarches diagnostiques des professionnels de santé et certains partenaires techniques qui ne respectent pas un algorithme recommandé ou exigé par le programme. Les visites de supervision ne sont pas régulièrement effectuées, faute de personnel et de budget suffisant.

## **VIII. LOGIQUE D'INTERVENTION DU PSN 2020-2024**

Il est un fait certain qu'avec un taux d'incidence estimé par l'OMS à 194 pour 100 000 habitants et un taux de mortalité de 55 pour 100 000 habitants, la tuberculose demeure un problème majeur de santé publique au Cameroun. En vue d'adresser cette endémie, le programme s'est souscrit au cours des dernières décennies à toutes les stratégies recommandées par l'OMS : DOTS (1994-2005), Halte à la tuberculose (2006-2015) et il a commencé à jeter les premières bases en vue de s'aligner de manière contextualisée aux directives de la stratégie « Mettre fin à la Tuberculose ». En dépit de tout, les groupes d'âges les plus touchés par la tuberculose se situent entre 20-40 ans, ce qui signifie que la transmission de la maladie est encore très intense au sein des communautés camerounaises et que la maladie touche particulièrement la force productive de ce pays. De plus, la notification (toutes formes) tend à diminuer au cours de ces dernières années, elle est passée de 26 038 cas en 2014 à 23 757 cas en 2018 ; le nombre des cas manquants n'a fait qu'augmenter au fil des années. Les progrès réalisés dans le taux de succès du traitement, quoi qu'appréciables, n'ont pas encore atteint le niveau souhaité et restent peu convaincants.

Par conséquent, le PSN 2020 – 2024, tout en suivant la logique des trois (3) grands piliers de la stratégie « mettre fin à la tuberculose » envisage de renforcer les interventions existantes de

manière à les optimiser et à consolider les acquis du plan précédent. En vue de s'attaquer à la problématique de la sous-notification (TB sensible et TB résistante), il s'agira d'étendre les activités pour permettre à tous ceux qui en ont besoin d'accéder aux services de diagnostic, de traitement et de suivi de la tuberculose. Cette extension des services axée sur le renforcement des capacités diagnostiques et de prise en charge contribuera à tendre vers la couverture universelle tellement préconisée par la stratégie « mettre fin à la tuberculose ». Donc, les efforts et investissements des cinq prochaines années viseront à réduire les gaps de diagnostic, de traitement et de prévention en ayant à l'esprit l'amélioration de la couverture sanitaire qui est encore d'environ 45% au Cameroun (WHO, Global TB report, 2018).

Les interventions du PNLT ne pourront pas faire diminuer la mortalité due à la tuberculose sans mettre en place des mécanismes de collaboration clairs entre le programme TB et le programme VIH en vue de faciliter la communication et les échanges périodiques d'informations entre les deux programmes, surtout dans un contexte d'épidémie généralisée au VIH (prévalence dans la population générale : 3.6% (CAMPHIA, 2018)). La charge de morbidité tuberculeuse imputable au VIH est énorme puisque 29% des patients tuberculeux sont séropositifs et la coïnfection représente une cause importante de mortalité (12%) chez les patients tuberculeux. Donc, la prise en charge normalisée de la coïnfection et des autres comorbidités occupera une place de choix dans ce PSN. Ce document offrira également l'opportunité d'initier et de mettre en œuvre de manière plus agressive et plus organisée le traitement préventif de la TB chez certains groupes à risques spécifiques tels les PVVIH, les enfants et les contacts des patients tuberculeux à microscopie positive.

L'accent sera aussi mis sur la recherche d'un engagement politique avéré des dirigeants pour que des ressources additionnelles soient injectées dans la lutte contre la tuberculose ; sur l'engagement communautaire pour que la communauté puisse jouer un rôle prépondérant dans le dépistage, l'implication des autres secteurs,, l'accompagnement des cas de tuberculose sous traitement et sur le soutien à offrir aux malades en vue d'adresser les problématiques liés à la stigmatisation et stimuler la promotion des droits des malades. L'un des socles sur lequel la nouvelle stratégie devra se reposer c'est la collaboration avec les institutions publiques, privées, la société civile, les organisations à base communautaire, les sociétés savantes et tous les prestataires de soins.

Enfin, l'articulation avec la stratégie « mettre fin à la tuberculose » ne peut se matérialiser sans un focus particulier sur la recherche. Ainsi, le programme mettra en œuvre certaines activités de recherche opérationnelle qui lui permettront de s'autoévaluer et viseront à mettre à jour ses directives et à améliorer dans un futur proche ses résultats opérationnels. Ceci se fera par la mise à contribution et le développement d'un partenariat harmonieux avec les centres de recherche nationaux et internationaux.

## IX. PLAN STRATÉGIQUE NATIONAL 2020 - 2024

### Vision

Mettre fin à la tuberculose au Cameroun à l'horizon 2030

### But

Diminuer l'incidence de la tuberculose de 186 pour 100 000 habitants (OMS, 2018) à 130 pour 100 000 à l'horizon 2024 et diminuer les décès dus à la tuberculose de 54 pour 100 000 à 32 pour 100 000 pour la même période.

### Indicateurs

- a. Réduire de 40% d'ici à 2024 le nombre de décès par rapport à 2018
- b. Réduire de 30% d'ici à 2024 le taux d'incidence de la tuberculose par rapport à 2018

### Résultats attendus

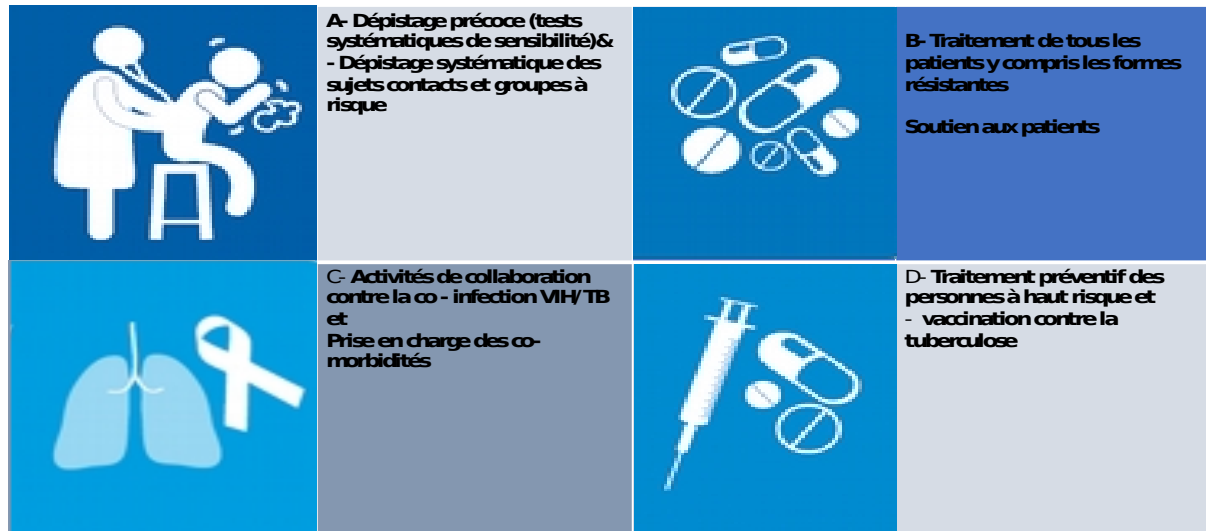
<b>Résultat attendu 1</b>	Le nombre de nouveaux cas et rechutes notifiés de tuberculose a augmenté jusqu'à atteindre 37 815 pour l'année 2024 et le taux de succès du traitement à 90% pour la même période.
<b>Résultat attendu 2</b>	Le nombre de cas de TB-MR a augmenté en 2024 à plus de 100% par rapport à 2018, soit 477 cas pour l'année 2024 avec un taux de succès d'au moins 80%
<b>Résultat attendu 3</b>	95% des patients tuberculeux sont testés pour le VIH et 100% des co-infectés sont mis sous traitement antirétroviral d'ici 2024.
<b>Résultat attendu 4</b>	Les capacités et les pratiques de gestion du programme sont renforcées à tous les niveaux

### Structure du PSN

Le PSN 2020 -2024 est construit selon la configuration de la stratégie « Mettre fin à la Tuberculose » avec les trois piliers :

- **Pilier 1** : Soins et prévention intégrés, centrés sur le patient.
- **Pilier 2** : Politiques audacieuses et systèmes de soutien
- **Pilier 3** : Intensification de la recherche et de l'innovation

### PILIER I : Soins et prévention intégrés, centrés sur le patient



### Pilier II : Politiques audacieuses et système de soutien



### Pilier III : Intensification de la recherche et de l' innovation



## **PILIER 1 : Soins et prévention intégrés, centrés sur le patient.**

Dans le pilier 1, le PSN vise à s'attaquer à la problématique de la sous-notification caractérisée par un nombre trop élevé de cas manquants. Il existe beaucoup de facteurs sous-jacents à la problématique des cas manquants : le nombre insuffisant de CDT dans certaines régions, les faiblesses diagnostiques enregistrées dans la prise en charge de la tuberculose pédiatrique, le dépistage actif de la TB dans les populations à haut risque (PVVIH, réfugiés, détenus) et les écarts dans la mise en application des mesures de contrôle de l'infection.

D'autres paramètres comme la demande limitée de services de la part de la communauté et la promotion des droits des malades seront abordés dans le pilier 2 comme le recommande la stratégie « End TB ».

Ce plan envisage d'étendre les services dans certaines localités non couvertes en augmentant le nombre de CDT de 261 à 384 en 2024 et en créant 425 CT. Les mesures de contrôle de l'infection et de prévention de la tuberculose seront beaucoup plus en vigueur dans les formations sanitaires.

### **Composante 1.1 : Diagnostic précoce de la tuberculose (y compris tests universels de pharmacosensibilité) et dépistage systématique des sujets contacts et des groupes à haut risque**

#### **Intervention 1.1.1 : Extension des services et amélioration de l'accès au diagnostic**

Le programme envisage d'augmenter le nombre de CDT de 125 en vue d'améliorer l'accès aux services. Autour des nouveaux et anciens CDT, il créera environ 425 CT qui participeront à la mise sous traitement et au suivi des cas jusqu'à l'achèvement. Ceci vise à amener les services plus proches des communautés pour lever la barrière géographique et diminuer les risques d'avoir des perdus de vue. Ces centres seront équipés et feront partie d'un réseau facilitant le transport des échantillons d'un point à un autre. Le personnel sera formé et les capacités diagnostiques seront renforcées. Le nombre d'appareils de TB-Lamp et GeneXpert sera augmenté pour arriver à 40 sites TB-Lamp et 40 GeneXpert.

<b>PILIER 1: SOINS ET PREVENTION INTEGRÉS, CENTRÉS SUR LE PATIENT</b>		
<b>Composantes</b>	<b>Interventions</b>	<b>Activités et sous-activités</b>
1.1. Diagnostic précoce de la tuberculose (y compris tests universels de pharmacosensibilité)	1.1.1. Extension des services et amélioration de l'accès au diagnostic	1.1.1.1 Réaliser avec les Groupes Techniques Régionaux une cartographie des sites de diagnostic de la TB existant dans la région et la fréquentation des formations sanitaires [avec assistance M&E GTC] pour planifier l'extension du réseau de CDT, CT selon des critères définis par le niveau central du

<p>é) et dépistage systématique des sujets contacts et des groupes à haut risque</p>		<p>PNLT.</p> <p>1.1.1.2 Augmenter le nombre des CDT et CT fonctionnels d’au moins de 125 par rapport à 2018 en veillant à une adéquation des besoins et des demandes en diagnostic avec l’assistance du M&amp;E GTC. (besoin de microscope, petits matériels de laboratoire, intrants, outils de gestion).</p> <p>1.1.1.3 Former 125 Techniciens de Laboratoire en microscopie pour les 125 nouveaux CDT (50 pour la 1<sup>ère</sup> année, 50 pour la 2<sup>ème</sup> année et 25 pour la 3<sup>ème</sup> année)</p> <p>1.1.1.4 Recycler 75 laborantins des CDT existant (dans un labo régional, stage de 2 jours), 30/1ere année, 15/an années 2-4</p> <p>1.1.1.5 Intégrer dans toutes les formations, recyclages et sessions d’évaluation un volet support psychosocial aux patients (TB/VIH) et la problématique de droits humains.</p> <p>1.1.1.6 Équiper les nouveaux CDT, CT (outils de gestion, partout ; équipement labo, *125 = CDT)</p> <p>1.1.1.7 Revoir, (ré-) planifier et implémenter les dispositifs de transports prélèvement adaptés à la situation locale (région, district, aire de santé). Ceci permettra d’avoir des transferts formels, périodiques, mieux documentés et respectant les normes d’emballage sécuritaire.</p> <p>1.1.1.8 Assurer la biosécurité du transport des prélèvements et la confidentialité (achat de 875 glacières, ice-block à raison de 3 par glacière (875x3) et 1 million de sachets ziploc).</p> <p>1.1.1.9 Assurer le transport des échantillons par la mise à disposition d’un forfait pour le transport des échantillons de TB sensible et de TB-MR (20.000 par mois par CDT).</p> <p>1.1.1.10 Former le personnel des formations sanitaires faisant les consultations générales sur les groupes à risques à la TB (antécédents TB, contact TB, diabète, VIH, séjour parmi des groupes à risques, personnel de la santé, etc.) (Identifier personnel à former en priorité par région : 1 formation/an/région pour 30 personnes)</p> <p>1.1.1.11 Former 30 professionnels par an sur l’interprétation des radios pulmonaires dans le cadre d’un système de formation continue (10.000 USD/an) (3 sessions de 10 personnes par an)</p> <p>1.1.1.12 Organiser une session de formation des formateurs nationaux (1/an, - 2000 USD/an)</p> <p>1.1.1.13 Faire fonctionner un dispositif TB-Lamp dans 9 CDT additionnels de manière à porter le nombre total à 40. Le pays vient de recevoir 14 nouveaux appareils de TB LAMP (identification des sites, mise à disposition de l’équipement et des entrants, formation du personnel, maintenance de l’équipement)</p> <p>1.1.1.14 Installer et faire fonctionner le diagnostic moléculaire par Xpert dans 7 sites additionnels de manière à atteindre 40 sites au total en 2024. Le pays vient de recevoir 5 nouveaux appareils non encore installés (identification des sites, mise a disposition de l’équipement et des intrants, formation du personnel (2 jours sur site - inclus dans l’achat), maintenance de l’équipement, monitoring et évaluation périodique)</p> <p>1.1.1.15 Faire fonctionner 15 machines X-ray mobiles additionnels</p>
--	--	---

		<p>(identification des sites, mise à disposition de l'équipement et des intrants, formation du personnel, maintenance de l'équipement, monitoring et évaluation périodique)</p> <p>1.1.1.16 Améliorer et assurer la connectivité des sites Xpert (Faire un état de lieu ; dresser un plan pour combler les lacunes et intégrer les deux dispositifs (DataToCare, GxAlert) ; faire fonctionner et monitorer le système de transfert de données)</p> <p>1.1.1.17 Recycler 150 techniciens par an des laboratoires Ziehl (10 sessions de 15 participants : 3 an 1, 3 an 2, 3 an 3 et 1 an 4).</p> <p>1.1.1.18 Former/recycler les contrôleurs de qualité : 1 par région + 5 niveau central = 15 tous les 2 ans.</p> <p>1.1.1.19 Faire la relecture des lames pour le contrôle de qualité : collecter et relire un échantillon de 20 lames par CDT (LED ou Ziehl) au moins 1 fois par an (assurer la collecte des lames lors des supervisions par les URLT ; retourner les résultats dans les 2 mois qui suivent la collecte des lames (URLT) ; assurer des actions correctrices pour résoudre les problèmes des laboratoires déficients (recyclage/stage)</p> <p>1.1.1.20 Fournir des boites de conservation des lames aux CDT (3 boîtes par CDT =1158 - 1200 boîtes)</p> <p>1.1.1.21 Développer et assurer le fonctionnement des laboratoires de référence pour culture, ATB et tests rapides (communication, entretien, maintenance et renouvellement (tous les 5 ans) de l'équipement – 50,000 euros pour une année)</p> <p>1.1.1.22 Rendre fonctionnel (réaménager) le laboratoire de référence à Douala en réparant les équipements défectueux – 16.000.000 de CFA (exemple de Douala)</p> <p>1.1.1.23 Recruter les 6 techniciens du labo de Bamenda (200.000 CFA par personne par mois)</p> <p>1.1.1.24 Assurer le transport d'échantillons des LRR/LNR vers le laboratoire supranational (Anvers) Engager (signer un contrat avec) une agence de transport du niveau régional vers le niveau central – 700,000 CFA une fois par année.</p> <p>1.1.1.25 Assurer le CQ régulier des tests de sensibilité des labos de référence (Douala, Bamenda) par le LSN (Anvers) Mission d'une personne : 1 semaine, per diem, billet d'avion, honoraires).</p> <p>1.1.1.26 Assurer le CQ des tests Xpert par le LNR (1 visite aux 40 centres avec Xpert)</p> <p>1.1.1.27 Renouveler annuellement la certification du laboratoire national de référence et des laboratoires régionaux. (Mission de visite aux 4 laboratoires de 2 personnes pendant 2 semaines)</p> <p>1.1.1.28 Développer un cadre de collaboration formel avec un laboratoire supranational pouvant assister avec le Contrôle de Qualité, le processus d'accréditation, etc.</p> <p>1.1.1.29 Créer un cadre réglementaire formalisant l'organisation et le fonctionnement du réseau de laboratoires du PNLT.</p>
--	--	---

### **Intervention 1.1.2. : Prise en charge de la tuberculose pédiatrique**

La deuxième intervention du pilier 1 concerne la prise en charge de la tuberculose pédiatrique. Pour ce qui concerne ce volet, il y a lieu de déplorer la collaboration insuffisante du PNLT avec

les sociétés savantes pédiatriques et les pédiatres du secteur privé lucratif. Le programme envisage d'utiliser le créneau de la société camerounaise de pédiatrie pour organiser des réunions pour les pédiatres privés en vue de rechercher leur implication dans la lutte contre la tuberculose. Il s'agirait de développer un partenariat où le programme fournirait gratuitement les médicaments aux pédiatres du secteur privé avec comme en échange le respect des directives de prise en charge et la communication des informations sur les cas notifiés.

<b>PILIER 1: SOINS ET PREVENTION INTÉGRÉS, CENTRÉS SUR LE PATIENT (suite)</b>		
<b>Composantes</b>	<b>Interventions</b>	<b>Activités et sous-activités</b>

<p>1.1. Diagnostic précoce de la tuberculose (y compris tests universels de pharmacosensibilité) et dépistage systématique des sujets contacts et des groupes à haut risque</p>	<p>1.1.2. Prise en charge de la tuberculose pédiatrique</p>	<p>1.1.2.1. Acquérir des médicaments pour une moyenne de 4000 cas de tuberculose pédiatrique par an (médicaments sous forme dispersible ou dosage pédiatrique)</p> <p>1.1.2.2. Organiser deux présentations sur les avancées et les défis du programme aux sociétés savantes pédiatriques (Société camerounaise de pédiatrie) (an 1 et an 2).</p> <p>1.1.2.3. Reproduire 200 exemplaires du guide de prise en charge de la tuberculose pédiatrique (à distribuer aux pédiatres avec l'aide de la société camerounaise de pédiatrie)</p> <p>1.1.2.4. Organiser avec l'accord de la société camerounaise de pédiatrie deux (2) réunions annuelles de coordination et de partage des directives avec les pédiatres privés des grandes villes (10 chefs-lieux de régions x 2 x 5 ans = 100 réunions pour 5 ans). Ce sont des réunions d'une journée ou moins (1 pause-café).</p> <p>1.1.2.5. Concevoir et reproduire un outil pour que les pédiatres privés puissent notifier les cas qu'ils ont diagnostiqués et mis sous traitement.</p> <p>1.1.2.6. Organiser 12 formations à l'intention du personnel des CDT les plus fréquentés sur la prise en charge de la tuberculose pédiatrique (12 sessions de 20 personnes pendant 3 jours).</p> <p>1.1.2.7. Acquérir les nouvelles cartouches GeneXpert Ultra pour le diagnostic TB Pédiatrique selon un plan de transition graduelle qui commencera à l'an 3 (2022) du PSN : An 3 : 2458/ an 4 : 2498 et an 5 : 2532.</p>
---	---	--

### **Intervention 1.1.3.: Ciblage des populations vulnérables et à risques : détenus, miniers et réfugiés**

#### **Tuberculose dans les prisons**

Pour les prisons, il s'agira de renforcer les capacités des CDT qui existent dans les grandes prisons pour qu'ils puissent dépister et commencer le traitement le plus tôt possible. Il sera aussi question d'augmenter le nombre de CDT dans les prisons pour diminuer les problèmes de continuité dus à la référence contre-référence avec les CDT du système de soins. Il faudra aussi formaliser les liens entre les prisons dépourvues de CDT avec les CDT environnants et de renforcer le screening à l'entrée du VIH et de la tuberculose pour tous les détenus. Le système de transport d'échantillon prendra en considération les liens entre les prisons non pourvues de CDT et les CDT du système de soins. L'algorithme pour le dépistage de la tuberculose chez les détenus sera révisé.

#### **Tuberculose dans le secteur des mines**

Pour le secteur minier ou les zones minières, le programme s'attèlera à faire une cartographie des mines afin que les CDT environnants puissent développer un partenariat surtout avec les mines

non pourvues d'une infirmerie. Ceci facilitera l'accès du personnel médical et paramédical aux mines, la mise en route des campagnes de dépistage et l'assurance de la continuité des services. Les mines génèrent des activités économiques très intenses, une approche couplée TB/VIH sera privilégiée à cause de l'attraction que font ces mines sur certains groupes vulnérables.

### Lutte contre la tuberculose chez les réfugiés

Pour pouvoir toucher les réfugiés, le programme envisage d'acquérir un camion équipé pour les cliniques mobiles pour ces groupes vulnérables. Des séances d'éducation seront animées par des pairs éducateurs et des campagnes de dépistage seront organisées.

<b>PILIER 1: SOINS ET PREVENTION INTÉGRÉS, CENTRÉS SUR LE PATIENT (suite)</b>		
<b>Composantes</b>	<b>Interventions</b>	<b>Activités et sous-activités</b>
1.1. Diagnostic précoce de la tuberculose (y compris tests universels de pharmacosensibilité) et dépistage systématique des sujets contacts et des groupes à haut risque	1.1.3. Ciblage des populations vulnérables et à risques : détenus, miniers et réfugiés	<p>1.1.3.1. Créer 5 CDT dans les prisons centrales (former personnel, doter en matériels et en intrants) à raison de 1 CDT/an (coût de transport des crachats vers sites GeneXpert, outils de dépistage et outils de gestion).</p> <p>1.1.3.2. Créer 5 CDT dans les prisons principales avec une population carcérale de plus 1 000 (former personnel, doter en outils de dépistage et de gestion)</p> <p>1.1.3.3. Aménager les 5 CDT dans les dix (10) grandes prisons (Coût forfaitaire d'aménagement : 12500 euros pour chaque CDT de prison)</p> <p>1.1.3.4. Organiser 2 sessions de 2 jours de formation de 20 participants pour le Grand Nord (à Pitoa) et 30 pour le Grand Sud (Mfou) pour le personnel des prisons dépassant l'effectif de 1000 détenus.</p> <p>1.1.3.5. Outiller toutes les prisons en outils de gestion pour la notification des cas (100 registres de notification/2 ans, 100 registres de traitement/2 ans, flotte téléphonique 20000f/mois)</p> <p>1.1.3.6. Former 5-10 pairs éducateurs par prison à l'identification des patients suspects (formation d'1 journée de 10 personnes, à faire 2 fois par an)</p> <p>1.1.3.7. Mettre à la disposition des pairs éducateurs un kit de sensibilisation (50.000 dépliant pris en compte dans l'activité 2.2.1.13)</p> <p>1.1.3.8. Doter les grandes prisons en tests rapides et consommables pour le dépistage VIH à l'entrée de la prison.</p> <p>1.1.3.9. Organiser deux séances de sensibilisation par trimestre pour les détenus et le personnel carcéral (2 séances par trimestre, soit 40 séances pour les 5 ans, les prisons seront sélectionnées par le programme) : rafraîchissement d'accompagnement (1500 FCFA /détenus x 40 séances x 35 000 détenus)</p> <p>1.1.3.10. Organiser 10 campagnes de dépistage dans les prisons pendant les 5 années (1 campagne pour chaque grande prison, 10 personnes mobilisées pour 6 à 10 journées de travail)</p> <p>1.1.3.11. Réaliser une cartographie des mines pour les situer par rapport aux CDT environnants</p> <p>1.1.3.12. Développer un partenariat (un accord) entre les CDT et les mines pour accès et continuité des services</p> <p>1.1.3.13. Organiser 4 cliniques mobiles pour les quatre (4) grands centres de réfugiés</p> <p>1.1.3.14. Organiser 4 campagnes de dépistage dans les quatre (4) grands centres de réfugiés</p> <p>1.1.3.15. Organiser 20 campagnes d'éducation dans les quatre (4) grands</p>

		centres de réfugiés (1 campagne par centre par année) 1.1.3.16. Acquérir un camion tout équipé pour les cliniques mobiles et campagnes de dépistage. 1.1.3.17. Planifier un quota de carburant pour les déplacements du camion 1.1.3.18. Prévoir l'entretien du camion sur une base régulière
--	--	--

### Intervention 1.1.4 : Renforcement du réseau de laboratoire et transport d'échantillons

PILIER 1: SOINS ET PREVENTION INTÉGRÉS, CENTRÉS SUR LE PATIENT (suite)		
Composantes	Interventions	Activités et sous-activités
1.1. Diagnostic précoce de la tuberculose (y compris tests universels de pharmacosensibilité) et dépistage systématique des sujets contacts et des groupes à haut risque	1.1.4. Renforcement du réseau de laboratoires	<p>1.1.4.1. Reproduire et diffuser le formulaire de demande d'exams d'expectorations – Reproduction de 100,000 exemplaires du formulaire, soit 500,000 pour les cinq ans.</p> <p>1.1.4.2. Acquérir 14 motos pour renforcer le système de transport d'échantillons</p> <p>1.1.4.3. Signer un contrat d'assurance pour chacune des motos</p> <p>1.1.4.4. Assurer le salaire des conducteurs des motos</p> <p>1.1.4.5. Assurer la disponibilité de carburant pour les motos</p> <p>1.1.4.6. Supporter le coût du transport des échantillons des CDT sans test moléculaire vers des CDT avec test moléculaire.</p> <p>1.1.4.7. Organiser un atelier de formation pour 15 formations sanitaires non CDT à raison de 3 personnes par structure – 15 formations sanitaires par région et par an. Formation de 5 jours</p> <p>1.1.4.8. Procéder à l'évaluation du système de transport d'échantillons (Consultance nationale de 60 jours)</p> <p>1.1.4.9. Initier le processus d'accréditation du Laboratoire National de Référence (LNR) : 1 consultant chaque 2 mois sur le terrain pendant 1 an (total 6 mois sur le terrain) – 6 billets d'avion, per diem et honoraires.</p> <p>1.1.4.10. Organiser deux audits internes pour suivre l'évolution vers l'accréditation. (audit de 5 jours, billet d'avion, per diem, honoraires pour un total avec tout inclus de 9,000 USD) (9000 x 2)</p> <p>1.1.4.11. Signer un contrat avec une agence d'accréditation 2 fois pour les 5 ans pour l'accréditation proprement dite (18,000 USD x 2 tout inclus)</p> <p>1.1.4.12. Organiser 4 formations par an sur le TB LAMP à raison de 15 personnes pendant 3 jours (20 formations pour les 5 ans)</p> <p>1.1.4.13. Organiser 4 formations par an sur le GeneXpert à raison de 15 personnes pendant 3 jours (20 formations pour les 5 ans)</p> <p>1.1.4.14. Organiser 4 formations par an sur la microscopie à raison de 25 personnes pendant 3 jours (20 formations pour les 5 ans)</p> <p>1.1.4.15. Assurer la maintenance des équipements de laboratoire</p>

### Composante 2 du Pilier 1 : Traitement de tous les malades de la tuberculose, y compris la tuberculose pharmacorésistante, et soutien aux patients

La composante 2 du pilier 1 met le focus sur le traitement de tous les cas de tuberculose sensible ou résistante, la qualité des soins et le support aux malades.

Les interventions portant sur la qualité des soins sont surtout des mesures qui visent à prévenir la survenue des PDV chez les cas de tuberculose sensible et tuberculose résistante.

Les ASC contribueront au suivi des malades TB sous traitement et à la promotion des droits des malades (voir pilier 2).

En effet, la prévalence de la TB-MR au Cameroun est estimée à 3.5 pour 100 000 habitants (WHO, Country profile 2018). Le nombre de cas notifiés en 2018 au niveau national est de l'ordre de 174, nettement inférieur aux estimations de l'OMS (669). Le programme consent beaucoup d'efforts pour améliorer la notification des cas de TB-MR; il dispose actuellement de neuf (9) centres qui offrent des services de prise en charge de la TB-MR, plus un nouveau qui vient de commencer en 2019, il s'agit de la léproserie de Baleng à Bafoussam.

Une analyse sommaire conduite sur les cas TB-MR diagnostiqués au cours des deux dernières années 2017 et 2018, montre que 33% (94 cas) et 21% (60 cas) des cas sont pris en charge respectivement à Douala et à Yaoundé. Ensuite arrivent Bamenda et Djarengol-Kodeck qui prennent en charge respectivement 30 et 28 cas de TB-MR. Au cours du prochain exercice 2020 - 2024, il s'agira de créer de nouveaux centres satellites autour des deux grands centres les plus fréquentés : HJ Yaoundé et Douala, d'augmenter l'accès au diagnostic de la TB-MR, d'améliorer le plateau technique de certaines structures, de fournir un support aux malades, d'assurer la gestion adéquate des effets indésirables et de renforcer les capacités du personnel dans la gestion des cas de TB-MR.

Ce plan stratégique se propose d'améliorer la qualité des soins pour qu'en 2024 :

- 80% des patients TB disposent d'un résultat de DST
- 100% des patients appartenant à un groupe à risques pour la TB-RR/MR disposent d'un résultat DST
- >95% des patients diagnostiqués TBRR/MR soient initiés au traitement adéquat
- 100% des patients TB-RR/MR disposent d'un test de résistance aux médicaments de seconde ligne (MSL)
- 85% des patients TB-RR/MR soient déclarés "succès de traitement"

<b>PILIER 1: SOINS ET PREVENTION INTÉGRÉS, CENTRÉS SUR LE PATIENT (suite)</b>		
<b>Composantes</b>	<b>Interventions</b>	<b>Activités et sous-activités</b>
1.2. Traitement de tous les malades de la tuberculose, y compris la tuberculose pharmacorésistante, et soutien aux patients	1.2.1. Assurer la qualité de soins et améliorer le taux de succès de traitement	1.2.1.1 Former/Recycler le personnel des CDT du programme tous les deux ans en vagues (6 formations/an réunissant 2 personnes/CDT, pendant 2 jours) 1.2.1.2 Doter tous les CDT d'une flotte téléphonique (7.500 CFA par mois par CDT) pour la recherche des patients irréguliers et le suivi des transférés. 1.2.1.3 Formuler – avec l'appui de l'équipe de supervisions - par CDT des objectifs avec des résultats à obtenir par rapport à la notification et aux résultats de traitement et suivre trimestriellement sur place et au cours des supervisions le progrès. 1.2.1.4 Identifier localement pour tous les cas d'échec et des rechutes, les possibles causes et veiller à l'application des directives pour la

		conduite à tenir.
	1.2.2. Créer 4 nouveaux centres ambulatoires de TB-MR pour décongestionner Douala et Yaoundé	<p>1.2.2.1 Former 24 médecins sur la prise en charge de la TB-MR (1 session de 24 personnes pendant 5 jours)</p> <p>1.2.2.2 Doter quatre (4) structures (4 CDT fonctionnels) en matériels et équipements pour le diagnostic et le traitement de la TB-MR (en vue de créer 4 centres additionnels de prise en charge de la TB-MR)</p> <p>1.2.2.3 Etablir un réseau formel de communication entre les deux nouveaux centres autour de Douala et les deux autour de Yaoundé</p>
	1.2.3. Améliorer l'accès au diagnostic et aux soins de qualité dans les centres existant	<p>1.2.3.1 Organiser un atelier pour redéfinir les cibles du GeneXpert (groupes à risque définis d'une façon large, mais aussi zones géographiques et/ou aires de 'captage' des patients des CDT avec TBRR/MR)</p> <p>1.2.3.2 Mettre à la disposition des sites Xpert la connexion en continuation (nombre Xpert x 10,000/mois)</p> <p>1.2.3.3 Documenter de manière continue et évaluer trimestriellement au niveau régional la couverture en test Xpert de tous les groupes à risque et les autres patients à tester, information à communiquer vers le niveau central.</p> <p>1.2.3.4 Organiser au niveau de la région et localement, le transport des prélèvements vers une machine Xpert – si FOSA sans Xpert</p> <p>1.2.3.5 Assurer le retour des résultats des examens dès que disponibles vers le clinicien, le niveau régional, le niveau national (mail, DataToCare, GxAlert)</p> <p>1.2.3.6 Mettre sur pied une base de données pour tous les patients TB-MR identifiés (avec coordonnées des patients et coordonnées du clinicien) dans les différents sites Xpert repérant en même temps l'initiation au traitement ; actualiser cette base 2x/semaine (line-listing)</p> <p>1.2.3.7 Faire une cartographie de la localisation des patients TB-MR identifiés au cours des trois dernières années (incluant ceux nouvellement diagnostiqués) en vue d'identifier les possibles « hot spots ».</p> <p>1.2.3.8 Installer le logiciel « Tracker » associé au DHIS2 pour créer une base de données individualisée des patients</p> <p>1.2.3.9 Former une fois par an, deux personnes par site de PEC à l'utilisation du module Tracker du DHIS2</p> <p>1.2.3.10 Acquérir 12 tablettes /Smartphones pour la saisie des données DHIS2</p>
	1.2.4. Assurer la mise en route du traitement approprié sans délai	<p>1.2.4.1. Approvisionner les Unités de prise en charge (UdPC) en médicaments et outils de gestion</p> <p>1.2.4.2. Prévoir le remboursement des frais du bilan pré-thérapeutique et de suivi</p> <p>1.2.4.3. Recycler tout le personnel (1x/an (11 unités x 3 personnes) à la PEC TBMR</p> <p>1.2.4.4. Concevoir, produire, afficher les SOP pour l'initialisation du traitement : examens thérapeutiques, posologie etc</p> <p>1.2.4.5. Recruter et former 22 agents psycho-sociaux (APS) à raison de 2</p>

		<p>par centre de PEC chargés d'accompagner les malades TBMR nouvellement diagnostiqués pour l'adhésion au traitement.</p> <p>1.2.4.6. Octroyer une prime mensuelle aux 22 APS recrutés (80 000f/mois)</p>
	1.2.5. Assurer la prise en charge des effets indésirables	<p>1.2.5.1. Reproduire et diffuser le guide de prise en charge de la TB-MR dans toutes les unités de TB-MR</p> <p>1.2.5.2. Acquérir 10 audiomètres et 10 électrocardiogrammes portables pour les Unités TB-MR</p> <p>1.2.5.3. Mettre à la disposition des kits de médicaments pour la gestion des effets indésirables (30 USD/pat. Forfait)</p> <p>1.2.5.4. Signer les contrats avec des hôpitaux 3<sup>e</sup> niveau pour le remboursement des frais causés par la PeC des patients TBMR nécessitant des soins spéciaux (dialyse, par ex.)</p> <p>1.2.5.5. Concevoir, imprimer, faire afficher les SOP portant sur la prise en charge des effets indésirables.</p>
	1.2.6. Assurer un taux de succès d'au moins 80% en 2024	<p>1.2.6.1. Organiser la prise en charge décentralisée sur base communautaire (50% des patients en 2020, progressant de 10% par an)</p> <p>1.2.6.2. Réaliser pour chaque patient ayant commencé le traitement la disponibilité d'un résultat test de résistance aux médicaments de seconde ligne.</p> <p>1.2.6.3. Mettre à la disposition et assurer l'effectivité du paiement du transport/nutrition pour chaque patient TBRR/MR (60 USD/mois*9 mois)</p> <p>1.2.6.4. Superviser 4x/an tous les Unités de PeC (1 personne/2 jours en moyenne/100.000 forfaitaire * 4 * 11)</p> <p>1.2.6.5. Assurer des audits cliniques dans les unités de prise en charge des TBMR (décès, échecs, problèmes particuliers des malades)</p>
	1.2.7. Renforcer les capacités techniques et de gestion de la TBMR	<p>1.2.7.1. Organiser un atelier pour réviser et valider tous les deux ans les directives techniques et les outils pour le diagnostic et le traitement des patients TBMR</p> <p>1.2.7.2. Payer les droits annuels au Green Light Committee (GLC)</p> <p>1.2.7.3. Maintenir la collaboration permanente avec l'Union pour toutes questions cliniques dépassant la routine.</p> <p>1.2.7.4. Assurer la formation /recyclage continue au niveau national du personnel des 11 centres (2 personnes x 2 jours x 11 centres) chaque année pendant 5 ans.</p> <p>1.2.7.5. Assurer la participation au cours international sur la prise en charge de la TBMR à Niamey (Niger), de 2 personnes du PNL, chaque année pendant 5 ans.</p>

### **Composante 1.3 : Collaboration TB/VIH et comorbidités**

La composante 3 du pilier 1 porte sur la collaboration TB/VIH. La charge de la morbidité tuberculeuse due au VIH/SIDA est très élevée au Cameroun. Avec une prévalence de 3.6% chez les 15-49 ans (CAMPHIA, 2018), le nombre de personnes vivant avec le VIH est estimé à 540 000 en 2018 (ONUSIDA, 2018). Dans ce contexte, la tuberculose paie un lourd tribut au VIH, dû à la situation d'immunodéficience que celui-ci génère. La prise en charge du VIH/SIDA se fait

dans le cadre du Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS) par le biais de 450-800 unités de prise en charge (UPEC). De récents progrès ont été réalisés : le nombre de nouvelles infections a baissé de 36 000 à 23 000 entre 2010 et 2018 et les décès aussi ont diminué de 22 000 à 18 000 pour la même période. Mais, le contexte d'épidémie généralisée continue d'être une sérieuse menace pour la lutte contre la tuberculose parce que 29% des cas de TB sont infectés par le VIH. Plus de 95% des cas de tuberculose connaissent leur statut VIH et 95% des cas co-infectés sont mis sous traitement antirétroviral. De l'autre côté, la recherche de la tuberculose chez les PVVIH est de plus en plus fréquente au cours des rendez-vous périodiques. Cependant, l'acte n'est pas toujours notifié et suivi pour que cet indicateur soit renseigné. De plus, les canaux de communication et les mécanismes de coordination entre le PNLT et le CNLS ne sont pas clairement définis, que ce soit au niveau central ou niveau régional.

Des rencontres seront organisées avec les associations de prise en charge ou les groupes de support du diabète en vue de faciliter la prise en charge des cas de tuberculose chez les diabétiques.

<b>PILIER 1: SOINS ET PREVENTION INTÉGRÉS, CENTRÉS SUR LE PATIENT (suite)</b>		
<b>Composantes</b>	<b>Interventions</b>	<b>Activités et sous-activités</b>
1.3. Activités de collaboration VIH/tuberculose et prise en charge des comorbidités	1.3.1. Développer des mécanismes de coordination entre le PNLT et le CNLS au niveau central et au niveau régional	1.3.1.1. Organiser une réunion de relance pour asseoir les statuts et les rôles du groupe technique TB/VIH 1.3.1.2. Elaborer un document cadre relatif aux statuts du Groupe technique TB/VIH. 1.3.1.3. Organiser des réunions trimestrielles (une journée) du Groupe technique TB/VIH. Au cours de ces réunions, les rapports de progrès des activités de collaboration seront présentés, les plans de travail seront élaborés et les canaux de communication entre les deux programmes seront clairement identifiés. 1.3.1.4. Mettre sur pied des groupes techniques régionaux TB/VIH (organiser une réunion régionale pour ce faire) 1.3.1.5.
	1.3.2. Rendre disponible les directives pour les activités de collaboration TB/VIH	1.3.2.1. Développer un guide de prise en charge de la co-infection TB/VIH 1.3.2.2. Développer et disséminer les SOPs sur la prise en charge de la co-infection TB/VIH

	<p>1.3.3. Renforcer les capacités du personnel des CDT et des UPEC sur la prise en charge de la co-infection (stratégie « one stop service »)</p>	<p>1.3.3.1. Organiser avec l'appui du CNLS 3 sessions de formations/an pour 90 médecins et infirmiers des CDT sur la prise en charge de la co-infection TB/VIH</p> <p>1.3.3.2. Organiser 3 sessions de formation/an sur la prise en charge de la tuberculose et la co-infection TB/VIH pour 90 médecins et infirmières des UPEC.</p> <p>1.3.3.3. Organiser deux réunions annuelles avec les associations de prise en charge du diabète ou les groupes de support des diabétiques pour faciliter la prise en charge de la Tb chez ces groupes à risques (2 sessions de 20 personnes pendant 1 journée)</p>
	<p>1.3.4. Dépistage systématique du VIH et de la Tuberculose</p>	<p>1.3.4.1. Dépister l'infection à VIH chez les patients tuberculeux – Acquérir 35 000 tests rapides par an pendant les 5 années</p> <p>1.3.4.2. Référer tous les patients tuberculeux positifs pour le VIH vers l'UPEC lorsque la stratégie « one stop service » n'est pas disponible au CDT.</p> <p>1.3.4.3. Administrer le traitement au cotrimoxazole et ARV à tous les patients tuberculeux positifs pour le VIH</p>
	<p>1.3.5. Renforcer le dépistage de la tuberculose chez les PVVIH</p>	<p>1.3.5.1. Développer un questionnaire pour la recherche des quatre signes et symptômes évocateurs de la tuberculose dans les UPEC.</p> <p>1.3.5.2. Assurer /Instaurer le transport des échantillons vers les CDT dotés de GeneXpert</p> <p>1.3.5.3. Administrer et documenter le TPT chez les PVVIH chez qui une tuberculose active a été écartée (voir volet prévention).</p>
	<p>1.3.6. Renforcer les mesures de contrôle de l'infection dans les UPEC</p>	<p>1.3.6.1. Reproduire et disséminer le guide de contrôle de l'infection en 1000 copies pour en assurer la disponibilité dans toutes les UPEC</p> <p>1.3.6.2. Réaliser 3 sessions de formation/an sur le contrôle de l'infection tuberculeuse pour 90 médecins et infirmières travaillant dans les UPEC.</p> <p>1.3.6.3. Acquérir chaque année 100 mille masques chirurgicaux pour les UPEC/CDT</p> <p>1.3.6.4. Acquérir chaque année 25 mille masques FFP2/N95 pour les UPEC/CDT</p>
	<p>1.3.7. Mettre en place des mécanismes de suivi des activités de collaboration TB/VIH</p>	<p><b>1.3.7.1.</b> Organiser une supervision conjointe TB/VIH semestrielle centrale de 6 jours, 4 personnes (2GTC et 1GTR-TB ou VIH, et 1 chauffeur)</p> <p><b>1.3.7.2.</b> Organiser une supervision conjointe TB/VIH trimestrielle régionale de 4 jours, 4 personnes (GTR TB et VIH, CA et chauffeur)</p> <p><b>1.3.7.3.</b> Collecter les informations générées par les deux programmes sur les activités conjointes TB/VIH</p> <p><b>1.3.7.4.</b> Présenter et discuter des résultats au cours des réunions trimestrielles régionales de coordination TB/VIH</p>

## Composante 1.4 : Traitement préventif des personnes à haut risque et vaccination contre la tuberculose

### Contrôle de l'infection

Du point de vue contrôle de l'infection tuberculeuse, le programme a déjà élaboré un guide de contrôle de l'infection. Mais les structures sanitaires ne se sont pas encore alignées pour l'application rigoureuse des mesures administratives, environnementales et personnelles du contrôle de l'infection (CI). Le programme prévoit renforcer les capacités du personnel sur ce volet ; suggérer la désignation d'un point focal CI au niveau de chacune des structures sanitaires ; inciter le personnel de santé à se faire tester une fois par année; surveiller la survenue des cas de TB chez le personnel; imprimer et vulgariser le guide de CI et développer des matériels d'éducation pour le personnel et les patients sur certaines mesures de protection, comme l'hygiène de la toux par exemple. Le guide qui a été récemment élaboré (avril 2019) sera reproduit et disséminé dans toutes les régions et structures de santé.

### Prévention par le Traitement Préventif de la Tuberculose (TPT)

Le programme mettra aussi un accent particulier sur les activités de prévention de la tuberculose, particulièrement chez les enfants contacts et les PVVIH. Le TPT sera utilisée de manière systématique chez ces groupes vulnérables et des outils seront conçus pour recueillir et codifier l'information générée par cette activité. Une analyse de la situation existante sera conduite. Le programme entend se limiter pour le moment à ces deux groupes cibles avant de tirer les enseignements qui lui permettront de viser l'extension progressive ou le passage à échelle.

PILIER 1: SOINS ET PREVENTION INTÉGRÉS, CENTRÉS SUR LE PATIENT (suite)		
Composantes	Interventions	Activités et sous-activités
1.4. Traitement préventif des personnes à haut risque et vaccination contre la tuberculose	1.4.1. Contrôle de l'infection tuberculeuse	1.4.1.1. Organiser chaque année deux sessions de formation de 2 jours (une de 20 personnes pour le grand Nord à Pitoa, et une de 30 personnes pour le Grand Sud à Mbalmayo) 1.4.1.2. Reproduire et vulgariser 1000 exemplaires du guide de contrôle de l'infection pour les structures sanitaires. 1.4.1.3. Organiser deux sessions de formation pour l'élaboration du plan de contrôle de l'infection (une de 20 personnes pour le grand Nord à Pitoa et une de 30 personnes pour le Grand Sud à Ebolowa) 1.4.1.4. Organiser un atelier d'une journée à Yaoundé avec les cadres du programme (20 personnes) pour réviser la grille de supervision et intégrer un volet de contrôle de l'infection. 1.4.1.5. Développer des matériels d'éducation (affiches, posters, dépliants) sur les mesures de protection personnelle et l'hygiène de la toux.
	1.4.2. TPT	1.4.2.1. Procéder à une analyse de la situation de la mise en œuvre de la TPT dans le pays. (Réunion d'exploitation des données TPT dans les 50 sites pilotes : 20 personnes pour 4 jours à Mbalmayo) 1.4.2.2. Elaborer une proposition de plan d'extension ou de passage à échelle de la TPT dans le pays (Réunion de 20 personnes à Mbalmayo réunissant PNL, CNLS, DLMEP, OMS, CENAME)

		1.4.2.3. Acquérir l'INH à visée prophylactique pour 200 000 PVVIH et 100 000 enfants contacts de patients tuberculeux.
--	--	--

## **PILIER 2 : Politiques audacieuses et systèmes de soutien**

Le pilier 2 du PSN met l'accent sur la nécessité d'assurer un plaidoyer auprès des autorités politiques pour une plus grande allocation de ressources financières et humaines pour que le programme puisse améliorer ses performances. Il met aussi en valeur la contribution de la communauté dans l'augmentation de la demande de services et dans le suivi du traitement. Ce pilier combine à la fois des mesures sanitaires et des actions sociales en mettant en lumière les rôles prépondérants du partenariat, de la protection sociale et tout ce qui vient en support à la mise en œuvre efficace des activités comme : les médicaments, le réseau de laboratoire, la gestion du programme et le système de suivi-évaluation.

### **Composante 1 : Engagement politique s'accompagnant de ressources adéquates pour les soins et la prévention**

#### **Activités de plaidoyer auprès des autorités**

<b>PILIER 2: POLITIQUES AUDACIEUSES ET SYSTÈMES DE SOUTIEN</b>		
<b>Composantes</b>	<b>Interventions</b>	<b>Activités et sous-activités</b>
2.1. Engagement politique s'accompagnant de ressources adéquates pour les soins et la prévention	2.1.1. Plaidoyer	2.1.1.1. Organiser cinq présentations (une par an) du programme aux autorités pour partager les performances du programme et les nombreux défis auxquels il fait face (cas notifiés, cas traités, morts évitées, insuffisance de ressources). Ces rencontres serviront aussi de plaidoyer pour obtenir une réelle gratuité des services. 2.1.1.2. Organiser un atelier de trois jours avec les partenaires (PNLT, ONG, partenaires) sur la stratégie de plaidoyer pour la lutte contre la tuberculose – atelier de 3 jours de 30 personnes coordonné par un expert national en communication. 2.1.1.3. Rédiger un document sur la stratégie de plaidoyer en faveur de la lutte contre la tuberculose – Expert national en communication.
	2.1.2. Affectation de ressources humaines suffisantes	2.1.2.1. Faire valider et approuver par les autorités compétentes la proposition d'organigramme faite par les cadres du PNLT et les consultants 2.1.2.2. Affecter de nouvelles ressources humaines selon les postes définis dans le nouvel organigramme.

### **Composante 2.2 : Collaboration des communautés, des organisations de la société civile et des dispensateurs de soins publics et privés**

Cette composante met le focus sur la participation effective de la communauté, des acteurs de la société civile et de l'importance du partenariat pour une implication de tous les secteurs. Les systèmes de soutien sont aussi abordés dans cette section. L'annexe 2 fait référence à la stratégie d'intervention communautaire basée sur des documents nationaux de référence (4 et 16).

#### **Intervention 2.2.1 : Augmentation de la demande de services de la part de la communauté**

Cette intervention stratégique vise à informer la communauté sur la gratuité et l'existence des points d'offre de services. Elle prévoit les activités de plaidoyer auprès des autorités administratives et religieuses locales et les activités de communication par masse media. Les messages, conçus par le PNLT en collaboration avec les organisations de la société civile, auront comme thèmes la lutte contre la stigmatisation des malades, la promotion des droits aux soins, les moyens de prévention. Une enquête auprès des malades TB, de leurs familles et du personnel de santé sera réalisée pour évaluer le poids de la stigmatisation et les messages les mieux adaptés à certains groupes de population, aux malades, à leurs familles et au personnel de santé.

<b>PILIER 2: POLITIQUES AUDACIEUSES ET SYSTÈMES DE SOUTIEN (suite)</b>		
<b>Composantes</b>	<b>Interventions</b>	<b>Activités et sous-activités</b>
2.2. Collaboration des communautés, des organisations de la société civile et des dispensateurs de soins publics et privés	2.2.1. Augmentation de la demande de services de la part de la communauté	<p>2.2.1.1 : Développer un plan quinquennal (2020-2024) de communication continue orientée vers la population sur l'offre de services TB, les signes de la TB, la coinfection TB/VIH, sa curabilité et la gratuité du traitement, en partenariat avec les organisations de la société civile et avec AT nationale. Un atelier sera organisé avec les responsables du PNLT, les partenaires et les points focaux Communication des régions (AT nationale 10 jours, atelier de 25 personnes de 4 jours, en An 1).</p> <p>2.2.1.2 : Réaliser une enquête pour évaluer dans quelle mesure la stigmatisation affecte l'accès aux services TB (TB stigma assessment, implementation handbook, Stop TB Partnership) en An1. Cette enquête permettra de développer des recommandations et les messages clés pour les activités de CCC (budget forfait de 75.000 euros); l'enquête (activité 1.2.2). Atelier de 15 personnes de 3 jours en An 1 (y compris AT 2.2.1.1.)</p> <p>2.2.1.3 : Réviser le plan quinquennal (2020-2024) de communication en An 3. Un atelier de révision et de validation du plan existant sera organisé avec les responsables du PNLT, les partenaires et les points focaux Communication des régions (atelier de 25 personnes de 2 jours, en An 3).</p> <p>2.2.1.4 : Organiser un atelier d'élaboration des messages sur la TB par des professionnels de communication en tenant compte des résultats de l'enquête (activité 2.2.1.2). Atelier de 15 personnes de 3 jours en An 1 (y compris AT 2.2.1.1).</p> <p>2.2.1.5 Former 40 professionnels des médias sur la TB (2 sessions de 20 personnes, 2 jours, An 1); CFA), 60.000 flyers pour la promo des campagnes de dépistage par an (100 F CFA)</p> <p>2.2.1.6 Concevoir 4 spots radiophoniques par an (coût d'un spot de 45 secondes : 100,000 F CFA); utilisant les réseaux sociaux (Facebook, Twitter, etc.) et les diffuser (coût à rechercher) en An 2, An 3 et An 4.</p> <p>2.2.1.7 Diffuser 28 spots radiophoniques par trimestre (112 par an) dans les régions ; 20.000 F CFA par message. 2.2.1.17. Créer un site web PNLT en vue de donner des conseils, bonnes pratiques et documentation sur la TB. Coût de 1.150.000 F CFA en An 1.</p> <p>2.2.1.8 Élaborer, enregistrer 2 sketches de courte durée avec une star</p>

	<p>connue dans le milieu (icône, artiste, acteur, footballeur, etc.) par an. Cout d'un sketch de 1.000.000 F CFA.</p> <p>2.2.1.9 Assurer la diffusion et la rediffusion des 2 sketches par trimestre sur les 5 chaines de télévision nationale pour un total de 40 diffusions par an (coût d'une diffusion = 150.000 F CFA);</p> <p>2.2.1.10 Signer un contrat de prestation de service avec les entreprises de téléphonie mobile afin de diffuser des SMS par an sur la TB chaque année (120.000 sms à 13 F CFA par sms)</p> <p>2.2.1.11 Élaborer une boite à image sur la tuberculose (atelier d'élaboration, frais pour le dessinateur, test sur le terrain, recadrage après test). Coût total de 2.500.000 F CFA en An 1.</p> <p>2.2.1.12 Reproduire 1000 boites à image pour les CDT, les ONG et associations ; (15.000 F CFA/boite) en An 1.</p> <p>2.2.1.13 Reproduire et diffuser 14 panneaux de rue (200.000) en An 1, 10.000 affiches par an (CDT, CSI, ONG) (700 FCFA), 60.000 dépliants par an (pour les ASC et les malades et familles) par an (200 F CFA), 60.000 flyers pour la promo des campagnes de dépistage par an (100 F CFA)</p> <p>2.2.1.14 Reproduire et diffuser 80.000 autocollants (pour les transporteurs publics) sur la TB par an (100 F CFA).</p> <p>2.2.1.15 Signer un contrat avec une boite pour la création des jeux ludiques sur la TB pour les jeunes des lycées, collèges, universités utilisant les réseaux sociaux (Facebook, Twitter, etc.) et les diffuser en An 2, An 3 et An 4.</p> <p>2.2.1.16 Réaliser un atelier de formation des 15 points focaux des régions en situation d'urgence sur l'élaboration des stratégies de communication en situation d'urgence pendant 3 jours en An 2.</p> <p>2.2.1.17 Créer un site web PNLT de conseils, bonnes pratiques et documentation sur la TB. Coût de 1.150.000 F CFA en An 1 et l'animer pendant 5 ans.</p> <p>2.2.1.18 : Célébrer la Journée Mondiale de Lutte contre la tuberculose au niveau national et dans les régions (forfait de 30 000 000 FCFA x 5 ans)</p> <p>2.2.1.19 Reproduire 1000 bloc-notes en cuir et tissu pour les autorités lors de la JMT chaque année.</p> <p>2.2.1.20 Organiser chaque année 1 journée de plaidoyer par district auprès des leaders des communautés de foi, des élus locaux et des opérateurs économiques (20 participants au niveau des 189 districts).</p> <p>2.2.1.21 Élaborer un Spot publicitaire de 2 min et le véhiculer pendant le Championnat d'Afrique des Nations (CHAN 2020) et la Coupe d'Afrique des Nations (CAN 2021) avec la participation des équipes en compétition (voir activités 2.2.1.8 et 2.2.1.9)</p> <p>2.2.1.22 Intégrer la TB lors de la célébration de la journée internationale de la femme (sans coût).</p>
--	---

## Intervention 2.2.2 : Renforcement des capacités de la société civile et des acteurs communautaires

Cette intervention prévoit de renforcer les capacités des différentes strates de la communauté dans l'identification des signes et symptômes de la tuberculose maladie afin que les présumés tuberculeux aillent chercher les services au bon endroit et le plus tôt possible. Elle prévoit aussi la formation intégrée TB/VIH pour les ASC et pour les pairs éducateurs VIH. Dans le cadre de la co-infection TB/VIH, les organisations à base communautaire (OBC) seront progressivement en mesure d'appuyer le suivi des PVVIH sous traitement préventif pour la TB. Les indicateurs communautaires TB seront intégrés dans le DHIS2.

PILIER 2: POLITIQUES AUDACIEUSES ET SYSTÈMES DE SOUTIEN (suite)		
Composantes	Interventions	Activités et sous-activités
2.2. Collaboration des communautés, des organisations de la société civile et des dispensateurs de soins publics et privés	2.2.2. Renforcer les capacités de la société civile et des acteurs communautaires	2.2.2.1 Intégrer la TB dans les modules de formation des ASC et dans leur rapport mensuel d'activité en An 1 (sans coût); 2.2.2.2 Organiser une session de formation de formateurs pour les ASC avec un représentant pour chaque région (1 session de 30 personnes dont GTR, CDT et OBC pendant 3 jours) en An 1 et An 3 ; 2.2.2.3 Former 308 ASC sur le module TB et VIH (5 jours de formation) en An 1, former en An 3 50 nouveaux ASC et recycler 250 ASC en An 3 ; TB/VIH au niveau régional et local. 2.2.2.4 Organiser 8 sessions de renforcement de capacités de 200 responsables de 100 OBC de 10 régions sur le diagnostic et dépistage de la TB chez les PVVIH et sur le traitement préventif pendant 3 jours. 2.2.2.5 Former 200 PE des prisons sur la TB par an (1 journée de formation, 10 prisons, 20 PE par prison, kits hygiéniques pour les détenus). 2.2.2.6 Faire participer régulièrement les ONGs et associations VIH et TB aux rencontres de concertation TB/VIH au niveau national, régional et local (sans coût); 2.2.2.7 Intégrer dans la formation des agents de santé les informations essentielles sur les droits des malades (promotion de la charte des patients), sur le concept du genre et sur le signifiat de soins centrés sur le patient (sans coût); 2.2.2.8 Organiser une réunion de démarrage du projet TB et VIH communautaire au niveau de chaque région (sauf Yaoundé et Garoua) en an 1 (8 réunions de 30 personnes). 2.2.2.9 Organiser une rencontre trimestrielle de coordination et de validation des données au niveau de chaque CDT entre les ASC et l'équipe sanitaire (88 CDT, 8 personnes par CDT : agents de santé, ASC, superviseurs); 2.2.2.10 Reproduire les outils de S&E de la stratégie communautaire chaque année (SE). 10.000.000 F CFA/an

### **Intervention 2.2.3 : Amélioration des indicateurs : notification et succès de traitement et dans la protection des droits des malades**

Cette intervention prévoit l'appui à l'amélioration des indicateurs du PNLT, notamment à la notification et au succès de traitement. Les ASC cibleront les populations les plus à risques de TB pour la recherche et la référence des cas présumés. Ils réaliseront l'enquête d'entourage autour des cas index TB sur la base des indications contenues dans le référentiel et les modules de formation. Les ASC recevront des frais de transport et de communication téléphonique pour la recherche des malades irréguliers. Les ASC recevront également une prime basée sur la performance sur la base des patients dépistés/notifiés et du taux de succès de traitement des malades ayant reçu un soutien communautaire. Les ASC seront en mesure de collecter les échantillons de crachat au niveau communautaire et les transporter vers les CDT. Les organisations de la société civile seront aussi impliquées dans les activités de sensibilisation sur la TB et le VIH en milieu pénitentiaire, pour le suivi des détenus sous traitement TB ayant été libérés et pour la mobilisation sociale avant les campagnes de dépistage actif chez les réfugiés.

<b>PILIER 2: POLITIQUES AUDACIEUSES ET SYSTEMES DE SOUTIEN (suite)</b>		
<b>Composantes</b>	<b>Interventions</b>	<b>Activités et sous-activités</b>
2.2. Collaboration des communautés, des organisations de la société civile et des dispensateurs de soins publics et privés	2.2.3. Amélioration des indicateurs : notification et succès de traitement et dans la protection des droits des malades	2.2.3.1 Établir un partenariat entre le PNLT et les Associations/ONG VIH (sans coût) en An 1 2.2.3.2 Intégrer la TB dans les activités des ONG/Association VIH (sans coût) 2.2.3.3 Assurer les primes basées sur la performance (malades TB suivis avec un succès thérapeutique : 3839 en 2020 ; 5610 en 2021 ; 9177 en 2022 ; 13143 en 2023 et 17395 en 2024) 12.000 F CFA/patient 2.2.3.4 Assurer les frais de transport pour assurer les VAD (enquête d'entourage, recherche des malades irréguliers) : 20.000 FCFA par 308 par mois ; 2.2.3.5 Assurer les frais de communication pour appeler les malades perdus de vue et les malades suivis (5000 F CFA/mois par 308 ASC) ; 2.2.3.6 Octroyer un prix de félicitation des meilleurs ASC, OBC et superviseurs chaque année (4.000.000 F CFA par an pour permettre de participer à une rencontre nationale ou internationale) ; 2.2.3.7 Équiper chaque ASC avec les outils de travail pour effectuer des visites à domicile et accompagner les patients sous traitement (kit de l'ASC : 25.000 FCFA pour les 308 tous les deux ans (an 2, an 4). 2.2.2.8 Assurer le coaching des ASC par des superviseurs dans chaque région (50.000 FCFA/mois par * 20 superviseurs de an 1 à an 5) ; 2.2.2.9 Dispenser de l'IEC TB/VIH par des PE dans les 10 prisons centrales (chefs-lieux des régions) et passer à l'échelle dans les 77 prisons restantes (avec boîtes d'image) (pas de coûts) 2.2.2.10 Assurer l'accompagnement social des prisonniers qui sont libérés alors qu'ils sont encore sous traitement antituberculeux avec l'appui d'une ONG opérant en milieu carcéral (sans coût) ; 2.2.2.11 Accompagner le PNLT dans la campagne de recherche active de la TB dans les quatre camps de réfugiés, soit 4 campagnes par an pour les 5 ans (14 jours x 8 personnes, 40.000 FCFA/jour/personne). Pour le travail de l'équipe technique et le déplacement du camion pour la recherche

		active (voir intervention populations vulnérables). 2.2.2.12 Organiser les campagnes de sensibilisation dans les quartiers précaires dans 4 villes tous les trois mois (7 ASC, 1 AS et 1 technicien *10.000/jour pendant 3 jours)
--	--	--

**Composante 3 du pilier 2 : Politique de couverture sanitaire universelle et cadres réglementaires pour la notification des cas, les statistiques d'état civil, la qualité et l'usage rationnel des médicaments et la lutte anti-infectieuse.**

**Intervention 2.3.1 : Gestion de programme**

La composante gestion de programme revêt une importance capitale si l'on veut garantir un environnement qui facilite l'atteinte des objectifs à partir des interventions et activités planifiées. Le PSN 2020 – 2024 veut mettre l'accent sur cet aspect à tous les niveaux de prestation de services. En effet, le programme fait face à de sérieuses difficultés en termes de ressources financières, humaines et logistiques. D'un point de vue financier, il a été déjà souligné la forte dépendance des bailleurs externes, particulièrement du Fonds Mondial. Pour les ressources humaines, l'unité centrale du programme fonctionne avec une structure organisationnelle qui ne répond pas nécessairement aux besoins ou aux tâches auxquelles devrait s'acquitter un programme national de lutte contre la tuberculose. Les ressources humaines étant limitées, plusieurs postes sont parfois comblés par un seul professionnel de santé. Du point de vue infrastructure physique, le programme est logé dans plusieurs édifices disparates les uns plus vétustes que les autres. Des quatorze (13) véhicules dont dispose le programme, il y a trois qui sont affectés au GTC et dix aux régions. Par rapport au GTC, un est totalement endommagé et inutilisable suite à un accident et parmi les trois autres deux sont presque amortis. Pour les régions, les dix sont aussi presque amortis.

<b>PILIER 2: POLITIQUES AUDACIEUSES ET SYSTÈMES DE SOUTIEN (suite)</b>		
<b>Composantes</b>	<b>Interventions</b>	<b>Activités et sous-activités</b>
2.3. Politique de couverture sanitaire universelle et cadres réglementaires pour la notification des cas, les statistiques d'état civil, la qualité et l'usage rationnel des médicaments et la lutte anti-infectieuse.	2.3.1. Gestion de programme (mettre à jour guides techniques et algorithmes)	<p>2.3.1.1. Organiser un atelier de 5 jours pour la révision des guides techniques et algorithmes de prise en charge du programme (12 cadres du PNLT + 13 partenaires : atelier de 25 personnes pendant 5 jours).</p> <p>2.3.1.2. Organiser un atelier de deux (2) jours pour réviser les outils de gestion et les adapter selon les nouveaux indicateurs exigés par l'OMS. (30 personnes pendant 2 jours, les mêmes pour l'atelier précédent)</p> <p>2.3.1.3. Multiplier le nouveau guide en 2000 exemplaires pour distribuer aux régions et aussi aux districts.</p> <p>2.3.1.4. Organiser un atelier de 5 jours pour les Coordonnateurs ou Points focaux régionaux sur la diffusion des nouvelles pratiques de gestion basées sur l'utilisation du nouveau guide technique, du nouvel algorithme et des nouveaux outils ; cet atelier sera coordonné par les cadres du niveau central (atelier de 30 personnes pendant 5 jours).</p> <p>2.3.1.5. Planifier au niveau de chaque région une session de formation de 3 jours pour les coordonnateurs et les points focaux de districts ; formation qui vise à mettre à jour le niveau des districts pour l'utilisation du nouveau guide et des nouveaux outils (10 sessions de 10 personnes pendant 3 jours)</p>

<b>PILIER 2: POLITIQUES AUDACIEUSES ET SYSTÈMES DE SOUTIEN (suite)</b>		
<b>Composantes</b>	<b>Interventions</b>	<b>Activités et sous-activités</b>
2.3. Politique de couverture sanitaire universelle et cadres réglementaires pour la notification des cas, les statistiques d'état civil, la qualité et l'usage rationnel des médicaments et la lutte anti-infectieuse.	2.3.2. Gestion de programme (renforcer capacités techniques du personnel)	<p>2.3.2.1. Organiser une rencontre d'une journée pour présenter, discuter et valider du nouvel organigramme proposé par les cadres du PNLT avec l'appui des consultants - atelier de 15 personnes pendant 1 journée – an 1.</p> <p>2.3.2.2. Organiser un atelier pour la révision de toutes les fiches de postes. Cet atelier sera coordonné par un expert national en organisation et en ressources humaines. Atelier de 15 personnes pendant trois jours.</p> <p>2.3.2.3. Organiser un atelier de cinq (5) jours sur la gestion de programme pour les nouveaux cadres affectés au PNLT. Atelier de 12 personnes pendant 5 jours à Yaoundé., coordonné par un consultant national ou international.</p> <p>2.3.2.4. Organiser deux (2) réunions semestrielles avec les régions pour analyser et suivre les progrès de la mise en œuvre du PSN (20 réunions pour les 5 ans, 25 personnes par réunion)</p> <p>2.3.2.5. Organiser un atelier trimestriel d'évaluation des données comptables et d'appréciation de l'utilisation du manuel des procédures administratives comptables et financières. Atelier de 15 personnes pendant 5 jours à Kribi.</p> <p>2.3.2.6. Supporter la participation d'un cadre du PNLT à une formation en gestion du personnel. Formation internationale d'une semaine – an 1 – 2<sup>ème</sup> semestre.</p> <p>2.3.2.7. Supporter la participation de deux cadres du PNLT à une formation sur la tenue de la comptabilité des projets. Formation internationale de deux semaines – 2<sup>ème</sup> semestre de l'an 1 pour un participant et l'autre à l'an 2.</p> <p>2.3.2.8. Supporter la participation de deux cadres du PNLT à une formation sur l'utilisation de TOM2PRO, le reporting financier et la tenue</p>

		<p>de la comptabilité des projets. Formation internationale de trois semaines pour deux personnes – an 1 2<sup>ème</sup> semestre.</p> <p>2.3.2.9. Supporter la participation d'un cadre du PNLT à une formation sur la planification pluriannuelle et le contrôle budgétaire. Formation internationale de trois semaines -</p> <p>2.3.2.10. Supporter la participation de deux cadres du PNLT à une formation sur la gestion des projets par l'approche des risques. Une personne, trois semaines, formation internationale, 2<sup>ème</sup> semestre an 1.</p> <p>2.3.2.11. Supporter la participation chaque année de deux cadres techniques du PNLT aux cours internationaux sur la tuberculose. Cours de 3 semaines pour deux personnes chaque année.</p> <p>2.3.2.12. Supporter la participation chaque année de deux cadres du PNLT aux assises ou conférences internationales ou régionales sur la tuberculose. Une semaine, deux personnes.</p> <p>2.3.2.13. Supporter la participation de deux cadres techniques du PNLT à deux voyages d'échanges et de partage d'expérience sur la TB, la co-infection TB/VIH et la TB-MR (6 personnes sur les 5 années – 2 personnes sur les trois premières années - voyages de 14 jours)</p> <p>2.3.2.14. Ecrire des propositions de financement à soumettre à certains bailleurs (nationaux ou internationaux) pour diversifier les sources de financement.</p>
--	--	---

**PILIER 2: POLITIQUES AUDACIEUSES ET SYSTÈMES DE SOUTIEN (suite)**

Composantes	Interventions	Activités et sous-activités
2.3. Politique de couverture sanitaire universelle et cadres réglementaires pour la notification des cas, les statistiques d'état civil, la qualité et l'usage rationnel des médicaments et la lutte anti-infectieuse.	2.3.3. Gestion de programme (renforcer les capacités logistiques du programme)	<p>2.3.3.1. Réaménager/réhabiliter les locaux qui abritent l'unité centrale du PNLT</p> <p>2.3.3.2. Acquérir les équipements de bureau pour le fonctionnement adéquat de l'unité centrale du PNLT (17 bureaux, 15 data show (régions + niveau central), 20 cantines, 19 armoires de rangement, etc.)</p> <p>2.3.3.3. Acquérir 07 desktops et 25 laptops pour les différents services du PNLT (PC, imprimante, photocopieuse, onduleur, etc.)</p> <p>2.3.3.4. Acquérir douze (12) véhicules pour les activités de supervision et le fonctionnement journalier du PNLT (10 véhicules pour les régions et 2 pour le niveau central).</p>

**PILIER 2: POLITIQUES AUDACIEUSES ET SYSTÈMES DE SOUTIEN (suite)**

Composantes	Interventions	Activités et sous-activités
-------------	---------------	-----------------------------

2.3. Politique de couverture sanitaire universelle et cadres réglementaires pour la notification des cas, les statistiques d'état civil, la qualité et l'usage rationnel des médicaments et la lutte anti-infectieuse.	2.3.4. Gestion de programme (acquérir les médicaments pour la lutte contre la tuberculose)	<p>2.3.4.1. Acquérir des médicaments de première ligne, y compris les formes pédiatriques, pour pouvoir mettre sous traitement 29 415 nouveaux cas en 2020, 31 515 en 2021, 33 615 en 2022, 35 715 en 2023 et 37 815 en 2024.</p> <p>2.3.4.2. Acquérir des médicaments de deuxième ligne pour pouvoir mettre sous traitement 353 cas de TB-MR en 2020, 424 en 2021, 508 en 2022, 610 en 2023 et 732 en 2024.</p> <p>2.3.4.3. Acquérir l'INH à visée prophylactique pour 200 000 PVVIH et 100 000 enfants contacts de patients tuberculeux (déjà pris en compte dans activité 1.6.8.)</p> <p>2.3.4.4. Acquérir des médicaments adjuvants pour la prise en charge des effets secondaires, surtout pour les cas de TB-MR (prévoir un forfait par malade).</p>
--	--	--

### Intervention 2.3.5 : gestion de programme – volet suivi et évaluation

La composante suivi-évaluation est essentielle dans la gestion d'un programme ; elle permet de suivre, d'évaluer les progrès vers l'atteinte des objectifs poursuivis. Un programme efficace repose sur un système de suivi-évaluation solide qui génère des informations fiables pour la prise de décisions.

De plus, les activités régulières de supervision sont incontournables pour corriger les écarts et améliorer les capacités du niveau périphérique.

<b>PILIER 2: POLITIQUES AUDACIEUSES ET SYSTÈMES DE SOUTIEN (suite)</b>		
<b>Composantes</b>	<b>Interventions</b>	<b>Activités et sous-activités</b>
2.3. Politique de couverture sanitaire universelle et cadres réglementaires pour la notification des cas, les statistiques d'état civil, la qualité et l'usage rationnel des médicaments et la lutte anti-infectieuse.	2.3.5. Gestion de programme (renforcer le suivi et l'évaluation du programme)	<p>2.3.5.1. Imprimer tous les deux ans un paquet d'outils comprenant : 1000 registres de cas, 1000 registre de laboratoire, 80 000 fiches et cartes de malades, 1000 registres TPT, 1000 registres de screening, 200 000 fiche de cas index, etc.</p> <p>2.3.5.2. Réaliser deux (2) visites de supervision par an du niveau central vers le niveau régional : 10 régions x 2 = 20 visites par an – 5 personnes par visite, visites de 6 jours.</p> <p>2.3.5.3. Réaliser quatre (4) visites de supervision par an du niveau régional vers les CDT– 3 personnes par visite, à raison de 7 jours par trimestre.</p> <p>2.3.5.4. Prévoir la formation de deux (2) cadres du PNLT en suivi-évaluation et recherche (formation régionale ou internationale) – Formation de deux semaines à l'international.</p> <p>2.3.5.5. Acquérir trois (3) kits informatiques pour S&amp;E du PNLT.</p> <p>2.3.5.6. Acquérir 3 ordinateurs portables pour S&amp;E du PNLT.</p> <p>2.3.5.7. Organiser une session de formation de 5 jours pour les points focaux (ou coordonnateurs régionaux) sur le suivi-évaluation du programme TB et introduction des nouveaux outils – Formation de 30 personnes pendant 5 jours pour le Grand Sud et de 20 personnes pour le Grand Nord, au début de l'an 2.</p> <p>2.3.5.8. S'assurer que les rapports des districts soient complétés, analysés et traités au niveau régional, sur une base régulière, selon les normes et les attentes du programme.</p> <p>2.3.5.9. Organiser au niveau national une (1) réunion annuelle d'évaluation du programme et de validation des données avec toutes</p>

		<p>les régions et tous les partenaires – 5 réunions de trois jours de 45 personnes.</p> <p>2.3.5.10. Organiser au niveau des régions deux (2) réunions semestrielles d'évaluation du programme et de validation des données avec les districts – 100 réunions de deux jours 40 personnes y compris les communautaires (2 fois x 5 ans x 10 régions).</p> <p>2.3.5.11. Former les cadres du niveau régional sur l'utilisation du DHIS2 – 1 formation de 5 jours de 20 personnes (5 formations pour les 5 ans)</p> <p>2.3.5.12. Organiser 10 missions de vérification des données du niveau central vers le niveau régional (1 mission de 5 personnes pendant 5 jours chaque semestre)</p> <p>2.3.5.13. Réaliser un audit de la qualité des données et une évaluation du système d'information de la lutte contre la tuberculose – Assistance technique de 3 semaines (per diem, honoraires, billet d'avion).</p> <p>2.3.5.14. Planifier une évaluation ou une revue à mi-parcours du PSN vers la fin de 2022 ou le début de 2023 – Assistance technique de 3 semaines (per diem, honoraires, billet d'avion).</p> <p>2.3.5.15. Planifier une évaluation ou une revue du PSN vers la deuxième moitié de l'année 2024 – Assistance technique de 3 semaines (per diem, honoraires, billet d'avion).</p> <p>2.3.5.16. Produire et diffuser un rapport annuel officiel des réalisations, performances et contre-performances du programme – – 20 000 FCFA x 5ans x 1000 exemplaires.</p> <p>2.3.5.17. Assurer la disponibilité du service internet dans les régions pour garantir le transfert à temps de l'information au niveau central – 100 000 FCFA x 12 mois x 10 régions x 5ans</p>
--	--	--

### **PILIER 3 : Intensification de la recherche et de l'innovation**

Dans le pilier 3 de ce PSN, le programme veut mettre une emphase particulière sur l'intervention stratégique « Promotion de la recherche opérationnelle » fortement préconisée par « End TB ». Il prévoit ainsi obtenir des explications claires sur les facteurs qui entravent l'atteinte de certains résultats. Ceci permettra d'apporter des solutions basées sur l'évidence à des problèmes particuliers rencontrés sur le terrain. Ainsi plusieurs activités de recherche sont programmées pour les cinq (5) prochaines années.

<b>PILIER 3: INTENSIFICATION DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION</b>		
<b>Composantes</b>	<b>Interventions</b>	<b>Activités et sous-activités</b>
3.1. Recherche pour optimiser la mise en œuvre et l'impact et promouvoir l'innovation	3.1.1. Promotion de la recherche opérationnelle	<p>3.1.1.1. Développer un partenariat avec les centres de recherche (nationaux et internationaux), les sociétés savantes, les universités et les partenaires impliqués dans la recherche afin de promouvoir les activités de recherche au sein du programme.</p> <p>3.1.1.2. Finaliser l'enquête sur les coûts catastrophiques liés à la tuberculose (coûts déjà engagés).</p> <p>3.1.1.3. Réaliser une enquête sur les causes de décès dus à la tuberculose dans les formations sanitaires (an 1).</p> <p>3.1.1.4. Conduire une enquête sur l'itinéraire du patient avant d'arriver aux services de santé (PPA : patient pathway analysis) An 2</p> <p>3.1.1.5. Réaliser une enquête sur la transition au traitement ambulatoire oral de la TB-MR – An 2</p>

		<p>3.1.1.6. Réaliser une enquête sur le niveau de stigmatisation et discrimination sur la tuberculose – An 1 – pris en compte dans pilier 2</p> <p>3.1.1.7. Evaluer la stratégie de dépistage actif des cas de TB mis en œuvre par CHECK-TB, ASC ou autres partenaires – An 4</p> <p>3.1.1.8. Organiser un atelier avec toutes les instances sus-citées impliquées dans la recherche pour identifier les priorités de recherche du prochain PSN 2025 – 2029 – An 5. (atelier d’une journée de 25 personnes).</p>
--	--	--



## X. CADRE DES RÉSULTATS OU CIBLES À ATTEINDRE

Indicateurs	2018 (baseline)	Cibles pour les cinq prochaines années					
		2019	2020	2021	2022	2023	2024
<b>Cibles d'impacts</b>							
Taux d'incidence de la tuberculose par 100k	186	176	111	116	121	125	130
Taux de mortalité de la tuberculose par 100k	54		49	44	39	35	32
<b>Cibles de produits et de couverture</b>							
Taux de notification pour 100000	96	97	111	116	121	125	130
Nombre de cas notifiés de TB toutes formes	23757	25000	29415	31515	33615	35715	37815
Nombre de cas de TB pédiatrique notifiés	1 180		3530	3782	4034	4286	4538
Augmentation réseau CDT	261		286	311	336	361	386
Couverture du traitement TB (%)	51	55	66	73	80	88	97
Couverture investigation contact patient TB sensible	ND		40	60	80	>90	>95
Nombre de cas notifiés de la TB RR/MR	174		353	424	508	610	732
Nombre de centres de PEC TBMR		11	11	12	13	14	15
Couverture investigation contacts patients TBMR (%)	60		80	>95	>95	>95	>95
% cas TB nouvellement diagnostiqués avec résultat test rapide recommandé par l'OMS (End TB Top-Ten # 4)	ND		62	83	92	100	100
Couverture proportion de patients TB avec TDS (%) (End TB Top-Ten #7)			40	50	60	70	80
Pourcentage de cas TBRR/MR diagnostiqués avec traitement adéquat	76		90	>95	>97	>98	>98
Tx. de succès de traitement pour cas de la TB sensible	84%		86%	88%	90%	90%	90%
Tx. succès traitement pour les cas de TBMR	79%		81%	83%	85%	85%	85%

Couverture traitement des TB/RRMR avec des nouveaux médicaments (%) (End TB N°8 adapté)				5	10	15	20
	<b>Cibles pour les cinq prochaines années</b>						
	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>
	<b>Cibles de produites et de couverture (suite)</b>						
Proportion de dossier de patients TBR/MR avec section aDSM remplie	ND		100%	100%	100%	100%	100%
Pourcentage des malades TB testés pour le VIH (End TB Top-ten indicator N°8)		95%	95%	95%	95%	95%	95%
Pourcentage des malades TB-VIH recevant les ARV		95%	95%	95%	95%	95%	95%
Pourcentage de patients VIH non TB mis sous TPI	ND		19 500	23 400	28 080	33 696	40 435
Pourcentage de personnels associés aux soins TB screenés au moins 1x/an pendant la période évaluée	ND		10%	20%	50%	80%	>90%
Nombre de recherches opérationnelles complétées	ND		1	2	2	1	1
Proportion de cas de TB référés par les ASC pendant l'année évaluée	ND		5%	10%	15%	17%	20%
Nombre des nouveaux patients TB (toutes formes) et rechutes traités avec succès qui ont reçu un soutien pour l'adhésion au traitement de la part des ASC	ND		3839	5610	9177	13143	17395

## XI. RÉSUMÉ DU BUDGET

RESUME DU BUDGET PAR PILIERS	2 020	2 021	2 022	2 023	2 024	Total Global	%
1. Soins et prévention intégrés, centrés sur le patient	5 110 515	4 353 550	4 313 490	4 506 061	4 330 002	22 613 619	50,25 %
2. Politiques audacieuses et systèmes de soutien	3 535 793	4 189 261	4 677 384	4 710 817	5 155 934	22 269 189	49,49 %
3. Intensification de la recherche et de l'innovation	25 000	37 000	25 000	25 000	5 935	117 935	0,26 %
<b>TOTAL (EURO)</b>	<b>8 671 308</b>	<b>8 579 811</b>	<b>9 015 874</b>	<b>9 241 879</b>	<b>9 491 871</b>	<b>45 000 743</b>	<b>100 %</b>

RESUME DU BUDGET PAR COMPOSANTES	2 020	2 021	2 022	2 023	2 024	Total Global	%
1.1. Diagnostic précoce de la tuberculose (y compris tests universels de pharmacosensibilité) et dépistage systématique des sujets contacts et des groupes à haut risque.	4 216 477	3 639 942	3 565 376	3 754 743	3 592 986	18 769 523	41,71 %
1.2. Traitement de tous les malades de la tuberculose, y compris la tuberculose pharmacorésistante, et soutien aux patients	583 775	530 097	554 681	552 562	553 505	2 774 620	6,17 %
1.3. Activités de collaboration VIH/tuberculose et prise en charge des comorbidités	221 105	183 511	193 433	183 511	183 511	965 072	2,14 %
1.4. Traitement préventif des personnes à haut risque et vaccination contre la tuberculose	89 159	0	0	15 245	0	104 404	0,23 %
2.1. Engagement politique s'accompagnant de ressources adéquates pour les soins et la prévention	16 774	11 816	11 816	11 816	11 816	64 039	0,14 %
2.2. Collaboration des communautés, des organisations de la société civile et des dispensateurs de soins publics et privés	871 019	532 211	733 976	662 843	728 890	3 528 939	7,84 %
2.3. Politique de couverture sanitaire universelle et cadres réglementaires pour la notification des cas, les statistiques d'état civil, la qualité et l'usage rationnel des médicaments et la lutte anti-infectieuse	2 648 001	3 645 233	3 931 592	4 036 158	4 415 227	18 676 211	41,50 %
3.1. Recherche pour optimiser la mise en œuvre et l'impact et promouvoir l'innovation	25 000	37 000	25 000	25 000	5 935	117 935	0,26 %
<b>TOTAL (EURO)</b>	<b>8 671 308</b>	<b>8 579 811</b>	<b>9 015 874</b>	<b>9 241 879</b>	<b>9 491 871</b>	<b>45 000 743</b>	<b>100 %</b>

RESUME BUDGET PAR PR	2 020	2 021	2 022	2 023	2 024	Total Global	%
PNLT	8 671 308	8 579 811	9 015 874	9 241 879	9 491 871	45 000 743	100,00 %
A DETERMINER	0	0	0	0	0	0	0,00 %
<b>TOTAL (EURO)</b>	<b>8 671 308</b>	<b>8 579 811</b>	<b>9 015 874</b>	<b>9 241 879</b>	<b>9 491 871</b>	<b>45 000 743</b>	<b>100 %</b>

## XII. PERSPECTIVES DE PÉRENNISATION

Le PSN est avant tout un outil de mobilisation de ressources, tant pour les bailleurs nationaux que les internationaux. En plus de l'intervention des bailleurs internationaux, le programme souhaite un meilleur engagement de l'Etat pour la mise en œuvre effective de ce plan stratégique parce que la probabilité que les résultats atteints par ce plan soient maintenus demeure relativement faible sans l'injection de ressources financières et humaines additionnelles de la part de l'état. Mais la réalité actuelle est telle que le programme dépend un peu trop des financements externes. Il a encore besoin d'appuis extérieurs, tant techniques que financiers, pour faire atterrir ses planifications, au point que les acquis sont toujours menacés sans financement extérieur.

Toutefois certains facteurs pourraient contribuer à garantir une certaine pérennité dans la mise en œuvre de ce plan :

- La décentralisation ou l'extension des services, aussi bien que l'intégration des activités de lutte contre la tuberculose dans un nombre élevé de services de santé primaires devraient constituer une avancée importante vers la diminution de la verticalité du programme et la fourniture de services sans l'apport obligatoire de financement externe. Toute activité de renforcement du niveau primaire devrait contribuer à rendre lutte contre la tuberculose moins dépendante. Par exemple, l'approche intégrée de prise en charge des deux pathologies TB et VIH en est un élément non négligeable qui pourrait tendre vers la pérennisation des activités.
- La participation communautaire sous une forme qui responsabilise les communautés peut également constituer un facteur de pérennité. En effet, il faudra développer des partenariats harmonieux avec les leaders et les organisations communautaires pour que ces derniers puissent jouer un rôle prépondérant dans le dépistage, le traitement et le suivi des patients sous traitement. Le renforcement des capacités permettra d'avoir des organisations communautaires bien implantées, viables, capables de puiser leurs ressources dans l'environnement, d'anticiper les changements et de s'adapter aux nouvelles circonstances.
- Les activités de renforcement de la gouvernance s'inscrivent normalement dans la durée. Par exemple, de meilleures habitudes de gestion, de planification ou de suivi qui améliorent les capacités de gestion visent à procurer aux niveaux régional et périphérique une certaine autonomie dans la prestation des services. Une volonté politique manifeste de renforcer la gouvernance des structures déconcentrées pourrait jouer un rôle majeur dans la recherche de pérennité.

Ces trois facteurs devraient commencer à alimenter les réflexions si le pays envisage d'élaborer au cours des prochaines années un plan de transition vers une certaine autonomie par rapport aux bailleurs internationaux.

## XIII. BIBLIOGRAPHIE

1. Plan National de Développement Sanitaire
2. Programme National de lutte contre la Tuberculose. Plan stratégique national de lutte contre la tuberculose 2015-2019
3. Cadre stratégique national de riposte au SIDA
4. Stratégie intégrée de mise en œuvre des activités sous directives communautaires au Cameroun. 2016-2017.
5. Rapport de la revue externe du programme de lutte contre la tuberculose
6. WHO/CDS/TB/2019.15. Global Tuberculosis Report 2019.
7. WHO\_HQ\_Reports-G2-PROD-EXT-TBCountryProfile.pdf
8. Organisation mondiale de la Santé 2016. Mise en œuvre de la stratégie pour mettre fin à la tuberculose : points essentiels.
9. ENGAGE TB. Intégrer les activités communautaires de lutte contre la tuberculose dans le travail des ONG et des autres organisations de la société civile. Directives opérationnelles.
10. WHO/HTM/TB/2012.9. Recommendations for investigating contacts of persons with infectious tuberculosis in low- and middle-income countries.
11. WHO/HTM/TB/2013.2. Definitions and reporting framework for tuberculosis 2013 revision, updated December 2014.
12. STOP TB Partnership 2015. Global Plan to End TB 2016-2020.  
<http://stoptb.org/resources/publications/>
13. CAMPHIA Report, 2018
14. Institut National de la Statistique. Annuaire statistique du Cameroun. 2017.
15. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World population prospects Data booklet, 2019 revision Data booklet, 2019 revision. 2019.
16. Programme National de Lutte contre la Tuberculose. Référentiel des interventions communautaires dans la lutte contre la tuberculose au Cameroun.

# PSN TB CAMEROUN 2020-2024

## ANNEXE 1: PLAN D'ASSISTANCE TECHNIQUE

Activité	Profil de l'expert	Période	Partenaires	Hypothèses pour estimation du coût	Source de financement
Appuyer le PNLT et le LNR dans la connectivité des sites Xpert : faire un état de lieu, dresser un plan pour combler les lacunes et intégrer les deux dispositifs (DataToCare, GxAlert), faire fonctionner et monitorer le système de transfert de données	Consultant national	14 jours en An 1	LNR	Honoraires pendant 14 jours	OMS, FM
Assurer le CQ régulier des tests de sensibilité des labos de référence (Douala, Bamenda) par le LSN (Anvers)	Consultant international	1 semaine chaque année	LSN	Billet d'avion, perdiem, frais de VISA, honoraires pendant 7 jours	OMS, FM
Renouveler annuellement la certification du laboratoire national de référence et des laboratoires régionaux	2 consultants internationaux	2 semaines chaque année	LSN	Billet d'avion, perdiem, frais de VISA, honoraires pendant 14 jours	OMS, FM
Appuyer l'évaluation du système de transport d'échantillons	Consultant national	60 jours en an 1	LNR	Honoraires pendant 60 jours	OMS, FM
Appuyer le processus d'accréditation du Laboratoire National de Référence (LNR) : 1 consultant chaque 2 mois sur le terrain pendant 1 an (total 6 mois sur le terrain) - 6 billets d'avion, per diem et honoraires.	Consultant international	6 missions d'une semaine en an 2	LSN	6 billets d'avion, perdiem, frais de VISA, honoraires pendant 42 jours	OMS, FM
Organiser deux audits internes pour suivre l'évolution vers l'accréditation.	Consultant international	10 jours en an 2	LNR	18.000 USD pour les deux audits	OMS, FM
Signer un contrat avec une agence	Agence	2 contrats	LNR	36.000 USD pour les	OMS, FM

d'accréditation 2 fois pour les 5 ans pour l'accréditation proprement dite (18,000 USD x 2 tout inclus)	d'accréditation	pour les 5 ans		deux contrat	
Suivi annuel du programme par l'Union : évaluation du programme et renforcement des capacités techniques et de gestion TBMR	Consultant international	15 jours chaque année	L'Union	Billet d'avion, perdiem, frais de VISA, honoraires pendant 15 jours	AFD
Appuyer le PNLT dans l'audit organisationnel au niveau central et régional	Consultant national	30 jours en an 2 et an 5	L'Union	Honoraires pendant 30 jours	Expertise France
Appui à l'analyse du parcours des patients	Consultant international santé publique	Année 2 (30 jours - 15 à distance)	OMS	Billet d'avion, perdiem, frais de VISA, honoraires pendant 30 jours	Expertise France
Appui à l'analyse MATCH (offre de service)	Consultant international santé publique	Année 2 (30 jours - 15 à distance)	OMS	Billet d'avion, perdiem, frais de VISA, honoraires pendant 30 jours	Expertise France
AT nationale pour le développer un plan quinquennal (2020-2024) de CCC et des messages sur la base de l'enquete TB STIGMA	Consultant national en communication	10 jours en An 1	OMS	Honoraires pendant 10 jours	OMS, FM
AT international : TB stigma assessment, Stop TB Partnership) en An1.	Consultant international	20 jours en An 1	OMS	Billet d'avion, perdiem, frais de VISA, honoraires pendant 20 jours	OMS, FM
Appuyer le PNLT dans la révision des guides techniques et des algorithmes	Consultant international	14 jours en an 1	OMS	Billet d'avion, perdiem, frais de VISA, honoraires pendant 14 jours	OMS, FM
Appui à la révision de toutes les fiches de postes du PNLT	Consultant national expert en organisation	10 jours en an 1	OMS	Honoraires pendant 10 jours	OMS, FM

	et en ressources humaines				
Renforcement des capacités sur la gestion de programme pour les nouveaux cadres affectés au PNLT.	Consultant national	10 jours en an 1	OMS	Honoraires pendant 10 jours	OMS, FM
Audit de la qualité des données et une évaluation du système d'information de la lutte contre la tuberculose	Consultant international	21 jours en an 2 et an 4	OMS	Billet d'avion, perdiem, frais de VISA, honoraires pendant 21 jours	OMS, FM
Revue à mi-parcours du PSN	Deux consultants internationaux	21 jours en an 3	OMS	Billet d'avion, perdiem, frais de VISA, honoraires pendant 21 jours	OMS, FM
Revue du PSN vers la deuxième moitié de l'année 2024	2 consultants internationaux	21 jours en an 5	OMS	Billet d'avion, perdiem, frais de VISA, honoraires pendant 21 jours	OMS
Préparation d'une nouvelle requête de financement	4 consultants internationaux pendant 30 jours (Budget et GAS compris)	Année 1 et 4	OMS	Billet d'avion, perdiem, frais de VISA, honoraires pendant xxx jours	FM
Préparation d'un nouveau plan stratégique	4 consultants internationaux en santé publique et gestion de programme TB (Budget et GAS compris)	90 jours en an 5	OMS	Billet d'avion, perdiem, frais de VISA, honoraires pendant 90 jours	FM
Renforcement des capacités de la société civile (gouvernance, S&E, plaidoyer)	1 consultant international et deux consultants	Années 1 et 2	OMS	Billet d'avion, perdiem, frais de VISA, honoraires pendant 30 jours	Expertise France

	nationaux Pendant 30 jours				
--	----------------------------------	--	--	--	--

## Annexe 2

# PSN TB Cameroun 2020-2024, composante communautaire

### 1. Contexte et analyse de la situation

Au Cameroun, il existe une stratégie intégrée de mise en œuvre des activités communautaires selon les directives de la Direction d'Organisation des Soins et des Technologies Sanitaires (DOSTS). Entre 5500 et 6000 agents de santé communautaires (ASC) travaillent au niveau des aires de santé, avec un focus particulier sur les régions prioritaires particulièrement pour les indicateurs de santé mère-enfant. Selon les documents du Service de la participation Communautaire de la DOSTS, les ASC sont polyvalents, en nombre de 1/1000 habitants en zone rurale et 1/2500 habitants en zone urbaine. Suite aux nombreux échanges avec les différents partenaires, il a été souligné que :

- il n'y a pas d'ASC dans plusieurs districts des grandes villes (où l'incidence de la TB et du VIH est plus élevée) ;
- les ASC travaillent en particulier sur la santé-mère enfant, la lutte contre le paludisme, le PEV. La TB ne fait pas partie de leur cahier de charges.

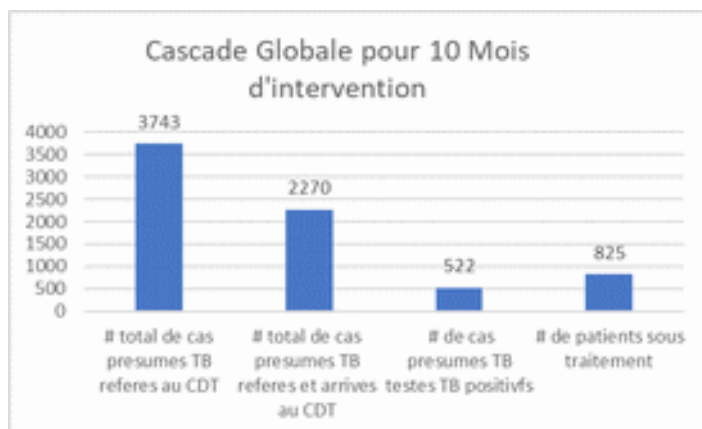
Le PNLT dispose d'un « Référentiel des interventions communautaires dans la lutte contre la tuberculose au Cameroun » et également des modules de formation à l'intention du personnel communautaire. Ce document national traite des rôles et responsabilités de toutes les parties prenantes ; du renforcement régulier des capacités ; du suivi-évaluation des activités communautaires. Il précise aussi les critères concernant la motivation des acteurs communautaires.

Le nouveau plan stratégique national de santé communautaire est en cours d'élaboration et sera disponible en 2020. Il y a donc là une opportunité pour que les deux programmes (TB et santé communautaire) collaborent pour intégrer la TB dans le paquet d'interventions des ASC selon le référentiel et aussi pour réviser les outils de collecte de données des ASC polyvalents.

Les nouveaux registres du PNLT prennent en compte les données sur l'engagement des communautés.

Depuis le dernier trimestre 2018, 130 Agents Communautaires de Recherche Active (ACRA) ont été formés et offrent leur service au niveau de 34 CDT dans les villes de Yaoundé et Garoua. Leurs activités sont coordonnées par 5 OBC (JAPSSO et RACAGA à Garoua et AFASO, FESASE et AJESEE à Yaoundé) et par le SR CAMNAFAW. Les ACRA qui travaillent sur le terrain ont à leur disposition des outils validés pour le suivi-évaluation de la participation de la communauté.

Les résultats pour 10 mois d'intervention sont disponibles grâce au suivi effectué par les OBC SSR et la CAMNAFAW (graphique 1 et tableau I).



**Graphique 1. Indicateurs communautaires pendant 10 mois d'intervention dans les villes de Yaoundé et Garoua (décembre 2018-septembre 2019)**

**Tableau I. Synthèse des résultats par tranche d'âge de décembre 2018 à septembre 2019.**

<b>Synthèse des résultats par tranche d'âge de 10 Mo d'intervention communautaire de la TB (Dec-Sept)</b>					
	<b>#de personnes touchées autour du cas index</b>	<b>#total de cas presumes TB referes au CDT</b>	<b>#total de cas presumes TB referes et arrives au CDT</b>	<b>#de cas presumes TB testes TB positifs</b>	<b>#de patients sous traitement</b>
<05 ans	615	600	371	2	303
05-14 ans	1148	438	201	16	22
15-44 ans	2080	1979	1199	373	372
≥45 ans	504	726	499	131	128
<b>Total</b>	<b>4347</b>	<b>3743</b>	<b>2270</b>	<b>522</b>	<b>825</b>

La différence entre le nombre des malades TB testés positifs et les malades mis sous traitement est due :

1. aux enfants de moins de 5 ans mis sous traitement préventif grâce à la référence des ACRA ;
2. au fait que certains patients diagnostiqués n'étaient pas encore mis sous traitement TB à la date d'élaboration du rapport par les OBC.

Une analyse comparative entre les malades TB ayant été diagnostiqués grâce à la référence des ACRA et le nombre de malades enregistrés dans les 34 CDT d'intervention sera faite en début 2020. Cette analyse permettra de connaître la contribution des ACRA à la notification.

Il est à noter le grand écart existant entre le nombre de personnes présumées d'avoir une TB référées par les ACRA (3743) et le nombre de personnes arrivées au CDT (2270). Selon les superviseurs des OBC et les ACRA cette grande différence (1473 personnes) pourrait s'expliquer du fait de la non gratuité du diagnostic TB.

En effet, même si le test n'est pas très cher (1,5 euros dans les structures publiques) il représente un frein important à l'accès au service. Le tableau II, élaboré par l'équipe des évaluateurs lors de la revue du PSN 2015-2019 et discuté lors de la session de débriefing au PNLT, résume les barrières liées aux droits de l'homme concernant les soins TB au Cameroun.

**Tableau II. Barrières liées aux droits de l'homme au Cameroun pour la TB**

<b>Barrières liées aux droits de l'homme</b>	<b>Description (analyse qualitative)</b>
<b>Disponibilité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soins TB restent trop centrés sur le CDT, aires de santé peu impliquées ;</li> <li>• Très peu d'enfants de moins de 5 ans diagnostiqués TB ;</li> <li>• Peu d'enfants et des PvVIH sous traitement préventif ;</li> <li>• Ruptures en médicaments ;</li> <li>• Faible attention aux populations à haut risque (algorithmes pas adaptés).</li> </ul>
<b>Accessibilité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Absence de gratuité pour le diagnostic ;</li> <li>▪ Coûts de transport pour arriver au laboratoire et pour le suivi.</li> </ul>
<b>Acceptabilité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fausses croyances, idées erronées sur la transmission et moyens de prévention ;</li> <li>• Stigmatisation des malades (aussi par le personnel des structures sanitaires).</li> </ul>
<b>Qualité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>c. Formation des agents de santé et des acteurs communautaires insuffisante ;</li> <li>d. Faible accès aux outils de diagnostic moléculaire pour les populations à haut risque de TB (algorithmes de diagnostic) ;</li> <li>e. Sensibilisation insuffisante de la communauté, en particulier des jeunes (supports adaptés).</li> </ul>

Lors de l'élaboration du PSN 2020-2024, un atelier de 3 jours sur la composante communautaire a été organisé par le PNLT avec une bonne participation de la société civile et des parties prenantes : CAMNAFAW, Moto Action, Positive Génération, AFASO, AJESEY, RESIPAT, RECAP+, PROVARESSC, FESADE, FIS, DOSTS, CNLS, PNLP, Service Planification et stratégie sectorielle.

Cet atelier a permis de faire une analyse FFOM (tableau III) et d'identifier les interventions et activités contenues dans le plan, pilier 2, composante 2.2 : Collaboration des communautés, des organisations de la société civile et des dispensateurs de soins publics et privés.

**Tableau III. Analyse FFOM lors de l'atelier du 10 au 12 décembre 2019**

<b>Forces</b>	<b>Faiblesses</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existence des ASC polyvalents (entre 5000 et 6000), des pairs éducateurs et des volontaires communautaires;</li> <li>- Présence des infirmiers communautaires et des aides-soignantes en santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'accès aux soins TB reste centré sur les CDT, éloignement des CDT des ASC;</li> <li>- Les CSI qui sont le premier niveau de référence communautaire ne sont pas capables pour la prise en charge des cas de</li> </ul>

<p>communautaires;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Existence du référentiel des interventions communautaires dans la lutte contre la TB au Cameroun et des modules de formation</li> <li>- Intégration des indicateurs communautaires dans les nouveaux outils du PNLT;</li> <li>- L'expérience pilote de recherche active menée à Yaoundé et Garoua par les ACRA;</li> <li>- Réalisation de l'enquête d'entourage autour du cas index TB par les ACRA;</li> <li>- Très bonne collaboration entre ACRA et personnel de santé dans les CDT visités;</li> <li>- Existence d'un chef section mobilisation sociale et partenariat au PNLT; <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisation des campagnes de sensibilisation;</li> <li>- Le screening et orientation des cas présumés de la TB fait par les 100 OBC de la dispensation communautaires des ARV;</li> </ul> </li> <li>- Plaidoyer auprès des leaders communautaires.</li> </ul>	<p>TB ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La faible prise en compte du paquet TB dans les interventions sous directives communautaires</li> <li>- Le système de référence et contre référence des cas du niveau communautaire vers les CDT à travers l'aire de santé n'est pas suffisamment fonctionnel;</li> <li>- Non respect des critères de sélection des ASC ;</li> <li>- Faible identification des ASC par rapport au COSA ;</li> <li>- Paiement de 1000 F CFA (1,5 euros) minimum pour le diagnostic de la TB ;</li> <li>- Formation et suivi des ASC insuffisants pour la mise en œuvre du paquet TB prévu au niveau du référentiel national ;</li> <li>- Forte dépendance des interventions communautaires par les financements externes ;</li> <li>- Non uniformité dans les primes prévus pour les ASC ;</li> <li>- L'apport communautaire dans la détection des malades TB et dans le succès de traitement n'est pas suffisamment documenté ;</li> <li>- Associations des anciens malades presque inexistantes ;</li> <li>- Faible compréhension et application d'un offre de soins centrée sur le patient ;</li> <li>- Faible visibilité des actions de sensibilisation dans les communautés autour de la TB ;</li> <li>- Faible visibilité des messages TB lors des journées commémoratives ;</li> <li>- Rareté des activités de promotion des services liés à la TB ;</li> <li>- Faible visibilité de la cellule de communication du PNLT au niveau communautaire ;</li> <li>- Insuffisances du matériel IEC (affiches, dépliants, BAI...posters de rue) ;</li> <li>- Insuffisance d'implication des radios communautaires ;</li> <li>- Ressources financières insuffisantes au niveau communautaire pour la promotion des messages de prévention autour de la TB ;</li> <li>- Faible communication des pairs éducateurs, dispensateurs communautaires, groupes de parole du VIH sur la TB.</li> </ul>
---	--

Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existence des ressources mobilisables par les OSC auprès des bailleurs externes et internes (CTD, sociétés privées) pour intensifier les activités de promotion des services et de prévention;</li> <li>- Existence des événements nationaux et internationaux pour lesquels le Cameroun est impliqué (CAN...journées commémoratives) pour la diffusion des messages de prévention;</li> <li>- Existence des radios communautaires pour la diffusion des messages en langue locale sur la TB; <ul style="list-style-type: none"> <li>- Existence de l'assistance technique pour les organisations communautaire;</li> <li>- Existence du fast tract cities qui pourrait être une opportunité d'intégration des activités TB et une opportunité de recherche de financement par les CTD pour une lutte intégrée;</li> </ul> </li> <li>- Existence des OSC spécialisées dans la lutte contre la TB; <ul style="list-style-type: none"> <li>- Existence d'une plateforme nationale de la riposte contre le VIH, TB, paludisme;</li> </ul> </li> <li>- Représentativité de la société civile dans les instances de décision (ICN).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux d'analphabétisation élevé qui influence l'appropriation des messages en langue officielle par les populations ;</li> <li>- Forte dépendance des activités de TB aux Financements extérieurs;</li> <li>- Insuffisance du financement de l'Etat alloué aux activités communautaires liées à la TB;</li> <li>- Barrières socioculturelles, stigmatisation des malades de TB, refus d'accepter sa maladie ;</li> <li>-Zones de conflits qui est une entrave aux actions à mener sur le terrain</li> <li>- Faible offre de renforcement organisationnel et institutionnel des OSC.</li> </ul>

## 2. Indicateurs et cibles des interventions communautaires

Les deux indicateurs du Référentiel des interventions communautaires dans la lutte contre la tuberculose au Cameroun sont contenus dans le cadre de performance du PSN 2020-2024. Le tableau IV montre les cibles annuelles.

**Tableau IV. Cibles communautaires du PSN 2020-2024**

Année	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Proportion de malades de TB référés par les ASC pendant l'année évaluée	ND	5%	10%	15%	17%	20%
Nombre de malades de TB référés par les ASC	522	1471	3152	5042	6072	7563
Nombre des nouveaux patients TB (toutes formes) et rechutes	ND	3839/ 4412 (15% des patients suivis	5610/ 6303 (20% des patients suivis par les	9177/ 10085 (30% des patients suivis par les	13143/ 14286 (40% des patients suivis par les ASC)	17395/ 18908 (50% des patients suivis par les ASC)

traitées avec succès qui ont reçu un soutien pour l'adhésion au traitement de la part des ASC		par les ASC)	ASC)	ASC)		
Taux de succès attendu au niveau national chez les malades TB suivis par les ACS	ND	87%	89%	91%	92%	92%

### 3. Interventions et activités

La composante communautaire du PSN TB 2020-2024 du Cameroun s’aligne aux directives de la DOSTS et au Référentiel des interventions communautaires dans la lutte contre la tuberculose au Cameroun .Suite aux discussions de l’atelier d’élaboration de la composante communautaire du PSN TB 2020-2024, il a été décidé de planifier les interventions stratégiques suivantes :

17. Renforcer la communication sur la TB pour augmenter la demande (index stigma analysis, élaboration des messages et outils adaptés, plaidoyer) ;
18. Intégrer la TB dans le paquet des ASC à travers la révision des modules de formation et des outils pour renforcer la réponse communautaire en milieu rural ;
19. Prévoir l’extension de l’expérience pilote des ACRA en milieu urbain et dans les CDT ayant le plus grand nombre des malades enregistrés ;
20. Impliquer les associations et les OSC de lutte contre le VIH (formation, intégration de la TB dans le paquet d’activités, promotion du screening et du traitement préventif chez les PVVIH) ;
21. Renforcer les capacités des OSC (gouvernance, plaidoyer, S&E)

Concernant l’extension du projet pilote des ACRA, il s’agira de former 308 ASC, de les doter de moyens de fonctionnement et d’assurer le suivi et la supervision de leurs activités autour de 88 CDT. Les 88 CDT ont été choisis sur la base du nombre des malades TB ayant été enregistrés en 2018 (CDT ayant le plus grand nombre de cas de tuberculose). Le nombre d’ASC à former a été établi sur la base du nombre de malades TB à suivre : 6 nouveaux malades par mois dans les CDT ayant un faible taux de perdus de vue et 4 nouveaux malades par mois dans les CDT ayant un taux de perdus de vue élevé (> 5%).

Les ASC réaliseront la recherche des sujets contacts du cas index selon les définitions du référentiel, procéderont à la recherche active de la TB chez les

populations plus à risque et assureront un appui aux malades sous traitement (promotion des droits des malades, lutte contre la stigmatisation, TDO).

Trois principales interventions ont été retenues dans le PSN :

- 1. Augmentation de la demande de services de la part de la communauté ;**
- 2. Renforcement des capacités de la société civile et des acteurs communautaires ;**
- 3. Amélioration des indicateurs : notification et succès de traitement et dans la protection des droits des malades.**

# ANNEXE 3 PROPOSITION D'ORGANIGRAMME DU GTC DU PNLT

