



RESPECT

Resilient, People-centered, Community-led
Responses to End Drug Resistant Tuberculosis

Stop TB Partnership

hosted by
UNOPS



Avec le soutien financier d'Unitaid et de l'Initiative

TB PEOPLE CAMEROON

en partenariat avec

l'ONG FIS Cameroun -(For Impacts In Social Health)

Projet CFCS 2025 – Stop TB Partnership

**Santé mentale et Issue thérapeutique de
la tuberculose multirésistante (TB-MR) au
Cameroun**

**Évaluation programmatique rétrospective :
Cas de l'hôpital Jamot de Yaoundé.**

RAPPORT D'ÉVALUATION

Version 2.0

Juin 2026



Remerciements

La présente évaluation a été rendue possible grâce à l'engagement et à la collaboration de nombreux acteurs que l'équipe d'évaluation tient à remercier sincèrement.

Nos remerciements s'adressent en premier lieu aux patients et anciens patients atteints de tuberculose multirésistante qui ont accepté de partager leurs expériences avec une grande générosité, ainsi qu'aux prestataires de soins, infirmières, accompagnateurs psychosociaux et agents de santé communautaire de l'Hôpital Jamot de Yaoundé, dont la disponibilité et la franchise ont nourri l'essentiel des constats qualitatifs.

Nous exprimons notre gratitude à la direction de l'Hôpital Jamot de Yaoundé et au Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) pour avoir facilité l'accès aux dossiers médicaux et aux espaces de consultation.

Cette évaluation a bénéficié de la coordination de TB People Cameroun et de l'ONG FIS Cameroun, de l'appui méthodologique de l'équipe technique d'évaluation, et du soutien financier de Stop TB Partnership dans le cadre du projet CFCS 2025 (Challenge Facility for Civil Society). Les opinions exprimées dans ce rapport sont celles de l'équipe d'évaluation et n'engagent pas nécessairement les partenaires financiers.

Liste des sigles et acronymes

Sigle	Signification
APS	Accompagnateur psychosocial
ASCp	Agent de santé Communautaire Polyvalent
CFCS	Challenge Facility for Civil Society (Stop TB Partnership)
CNERSH	Comité National d'Éthique de la Recherche pour la Santé Humaine
FIS	For Impacts In Social Health (ONG)
GAD-7	Generalized Anxiety Disorder – 7 items (échelle d'anxiété)
IC95%	Intervalle de Confiance à 95 %
IEC	Information – Éducation – Communication
IMC	Indice de Masse Corporelle
MHPSS	Mental Health and Psychosocial Support (santé mentale et soutien psychosocial)
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OR	Odds Ratio (rapport de cotes)
PEC	Prise en charge
PHQ-9	Patient Health Questionnaire – 9 items (échelle de dépression)
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PSN	Plan Stratégique National
SM	Santé mentale
TB	Tuberculose
TB-MR	Tuberculose multirésistante
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Table des matières

Remerciements.....	1
Liste des sigles et acronymes.....	2
Table des matières.....	3
Liste des tableaux.....	5
Liste des figures.....	6
Résumé exécutif.....	7
Chapitre 1: Contexte et justification de l'évaluation.....	10
1.1. Contexte.....	10
1.2. Justification de l'évaluation.....	11
1.3. Objectifs de l'évaluation.....	11
1.3.1 Objectif général.....	11
1.3.2 Objectifs spécifiques.....	11
1.4. Questions évaluatives.....	12
Chapitre 2: Méthodologie.....	13
2.1 Approche générale.....	13
2.2 Volet quantitatif.....	13
2.3 Volet qualitatif.....	13
2.4 Triangulation.....	14
2.5 Considérations éthiques.....	14
Chapitre 3: Résultats de l'évaluation.....	15
3.1. Résultats quantitatifs.....	15
3.1.1 Profil sociodémographique.....	15
3.1.2 Profil clinique.....	16
3.1.3 Prise en compte de la santé mentale : le constat central.....	19
3.1.4 Issues du traitement.....	20
3.1.5 Qualité et complétude documentaire.....	25
3.2. Résultats qualitatifs.....	26
3.2.1 Thème 1 : Détresse psychologique et impact de l'hospitalisation prolongée.....	26
3.2.2 Thème 2 : Stigmatisation et discrimination.....	26
3.2.3 Thème 3 : Observance thérapeutique et facteurs psychosociaux.....	27
3.2.4 Thème 4: Vulnérabilités spécifiques.....	27
3.2.5 Thème 5 : Capacités du personnel et organisation des soins.....	27
3.2.6 Thème 6 : Besoins exprimés et recommandations des acteurs.....	28
3.2.7 Synthèse thématique.....	28
3.3. Analyse transversale et triangulation.....	29
3.3.1 Convergences.....	29
3.3.2 Divergence majeure : le paradoxe de la santé mentale.....	29
3.3.3 Le genre: un signal à approfondir.....	30
3.3.4 Cohérence d'ensemble.....	30
Chapitre 4: Discussion.....	31
Limites de l'évaluation.....	37
Conclusion.....	38
Chapitre 5: Recommandations.....	39
5.1. Recommandations détaillées.....	39
5.2. Tableau de synthèse des recommandations.....	40

Références	41
Annexes	45
Annexe 1 : Outils de collecte mobilisés	45
Annexe 2 : Tableaux statistiques détaillés	60
Annexe 3 : Personnes et sources consultées	61
Annexe 4 : Matrice d'évaluation	61
Annexe 5 — Documentation complémentaire	62

Liste des tableaux

Tableau I: Matrice des questions évaluatives et volets de collecte associés.	12
Tableau II: Caractéristiques sociodémographiques de la cohorte (N=247).	15
Tableau III: Répartition du profil des patients par sexe et tranche d'age	16
Tableau IV: Caractéristiques cliniques de la cohorte (N=247).	17
Tableau V: Croisements bivariés des issues de traitement (cohorte évaluable, n=243).	21
Tableau VI: Répartition des issues thérapeutiques par tranche d'age	24
Tableau VII: Synthèse des thèmes qualitatifs, niveau de convergence entre acteurs et implications prioritaires.	28
Tableau VIII: Triangulation sur la santé mentale : un écart radical entre ce qui est vécu et ce qui est enregistré.	30

Liste des figures

Figure 1: Pyramide des âges par sexe.....	16
Figure 2: Profil clinique de la cohorte : type de cas, statut VIH.	18
Figure 3: Profil clinique de la cohorte: confirmation diagnostique et antécédents de traitement.	18
Figure 4: Niveau de documentation de la santé mentale dans les 247 dossiers.....	20
Figure 5: Répartition des issues du traitement selon les définitions de l'OMS (N=247).	21
Figure 6: Issue du traitement selon le statut VIH.	22
Figure 7: Mortalité sous traitement selon le statut VIH.....	23
Figure 8: Répartition du Taux d'issue par sexe.	24
Figure 9: Taux d'issue défavorable par tranche d'âge.	25
Figure 10: Taux de données manquantes ou non documentées par variable.	25

Résumé exécutif

Contexte et finalité

La tuberculose multirésistante (TB-MR) constitue l'un des défis les plus complexes du système de santé camerounais, en raison de sa gravité clinique, des défis liés à sa prise en charge et de ses importantes répercussions sanitaires, psychologiques et sociales. Bien que les progrès thérapeutiques, notamment l'introduction de schémas entièrement oraux plus courts (6 mois), aient considérablement amélioré les résultats du traitement, les patients atteints de TB-MR restent confrontés à de nombreuses vulnérabilités susceptibles d'affecter leur qualité de vie, leur adhésion au traitement et leurs résultats thérapeutiques.

La littérature internationale montre que les personnes atteintes de TB-MR présentent fréquence élevée de troubles de santé mentale, notamment de dépression et d'anxiété, avec des prévalences de dépression pouvant dépasser 50 % dans certaines cohortes de patients TB-MR (Duko et al., 2020 ; Ruiz-Grosso et al., 2020). Ces troubles sont associés à une diminution de l'adhésion au traitement, à une altération de la qualité de vie et à une augmentation du risque d'issues thérapeutiques défavorables (Ugarte-Gil et al., 2013 ; Ruiz-Grosso et al., 2020). Au Cameroun, bien que l'accompagnement psychosocial fasse partie du continuum des soins des patients atteints de TB-MR, notamment à travers l'intervention des accompagnateurs psychosociaux (APS), le dépistage systématique des troubles de santé mentale n'est pas encore mis en œuvre à l'aide d'outils standardisés. De même, la documentation de ces dimensions dans les dossiers médicaux n'est pas intégrée de manière systématique aux pratiques de prise en charge.

Dans ce contexte, TB People Cameroun et l'ONG FIS Cameroun, avec l'appui de Stop TB Partnership (projet CFCS 2025), ont conduit une évaluation programmatique visant à apprécier la prise en compte de la santé mentale au sein de la cohorte TB-MR et son influence sur les résultats du traitement, afin d'orienter les politiques nationales vers une approche intégrée et centrée sur le patient. Il s'agit d'une évaluation programmatique, et non d'une étude de recherche ; les présents constats reposent exclusivement sur des données documentaires anonymisées ainsi que des consultations volontaires ; ils sont présentés comme des constats d'évaluation, dépourvus de valeur inférentielle, et ne sauraient être assimilés à des résultats de recherche.

Dispositif d'évaluation

L'évaluation a mobilisé une approche mixte séquentielle. Le volet quantitatif a consisté en une revue documentaire rétrospective de 247 dossiers de patients TB-MR pris en charge à l'Hôpital Jamot de Yaoundé entre 2015 et 2025, à l'aide d'une grille de collecte standardisée et anonymisée. Le volet qualitatif a consisté en sept entretiens individuels auprès de prestataires de soins et d'accompagnateurs psychosociaux et une discussion de groupe réunissant sept anciens patients. Les deux volets ont été triangulés avec la revue documentaire (note de cadrage, protocole, littérature nationale et internationale).

Principaux constats

Constat 1 : Une santé mentale quasi totalement invisible dans les dossiers. Aucun des 247 dossiers examinés ne mentionne la recherche de trouble de santé mentale (0 %). Aucun outil de dépistage validé (PHQ-9, GAD-7) n'a été utilisé ni aucun score consigné. La prise en charge psychosociale n'est documentée comme présente que dans 7 dossiers (2,8 %), sous la seule forme du counseling. Ce constat contraste fortement avec une prévalence attendue supérieure à 50 % d'après la littérature (Ruiz-Grosso et al., 2020) et avec la détresse psychologique massivement décrite dans les entretiens : il traduit un déficit majeur de dépistage et de traçabilité, et non une absence réelle de besoins.

Constat 2 : Des issues thérapeutiques globalement favorables mais une mortalité préoccupante. Le taux de succès thérapeutique s'établit à 78,1 % (193/247), tandis que la mortalité atteint 13,0 % (32 décès), les perdus de vue 5,3 % et les échecs 2,0 %. Près d'un patient sur cinq connaît donc une issue défavorable.

Constat 3 : Le statut VIH, principal facteur associé aux issues défavorables. Un tiers de la cohorte (33,2 %) vit avec le VIH. Les patients VIH-positifs présentent une issue défavorable dans 31,7 % des cas contre 14,4 % chez les VIH-négatifs (OR = 2,77 ; IC95 % 1,46–5,25). Leur mortalité atteint 23,2 % contre 7,3 %. Cette vulnérabilité, largement confirmée par les prestataires, désigne la co-infection TB-MR/VIH comme une priorité d'intégration des services.

Constat 4 : Une cohorte marquée par le retraitement et l'hospitalisation prolongée. 73,3 % des patients sont des cas de retraitement et la durée médiane du traitement réussi est de 9 mois, avec une hospitalisation initiale de 4 à 6 mois. L'isolement prolongé, la rupture des activités économiques et la séparation familiale sont décrits par tous les acteurs comme les premiers déterminants de la détresse psychologique.

Constat 5 : La stigmatisation, surtout familiale, comme moteur central de souffrance. Patients et prestataires convergent : la stigmatisation s'exerce principalement au sein de la famille et de la communauté (abandon, rejet, recours à des explications de sorcellerie), davantage qu'au sein de la structure de soins. Elle fragilise le moral, alimente le risque d'abandon et nourrit le secret autour de la maladie.

Constat 6 : Un personnel engagé mais non formé et non outillé en santé mentale. L'accompagnement psychosocial repose sur l'écoute, l'encouragement et l'éducation thérapeutique assurés par des infirmières et des APS dont la quasi-totalité déclarent n'avoir reçu aucune formation en santé mentale. Une seule professionnelle spécialisée est mentionnée, sans cadre dédié ni temps alloué. Les entretiens réalisés auprès des prestataires font ressortir de manière récurrente le besoin de renforcer les compétences en santé mentale au sein du service TB-MR. Les participants recommandent notamment la disponibilité de personnels formés, un meilleur appui spécialisé aux équipes existantes et un renforcement de la collaboration avec les services de santé mentale.

Constat 7 : Une qualité documentaire hétérogène limitant le pilotage. Plusieurs variables essentielles sont massivement non renseignées : niveau d'instruction (86,6 %), profession (84,6 %), prise en charge psychosociale (65,6 %), statut matrimonial (59,9 %). Par ailleurs, le champ « IMC » contient des valeurs incompatibles avec un indice de masse corporelle suggérant une confusion avec le poids (valeurs en kilogrammes) et n'a pu être exploité tel quel. Ces insuffisances limitent l'exploitation des données à des fins de suivi

programmatisation et soulignent la nécessité de renforcer la qualité du renseignement des dossiers, le contrôle de complétude des informations collectées et, lorsque nécessaire, de clarifier certains champs des outils de collecte.

Conclusion générale

Cette évaluation met en évidence que, malgré l'existence d'un accompagnement psychosocial assuré dans le cadre du continuum des soins, la recherche systématique des troubles de santé mentale et leur documentation dans les dossiers médicaux demeurent limitées. Les résultats suggèrent qu'un renforcement des pratiques de repérage, de documentation et d'orientation des patients présentant une détresse psychologique contribuerait à une prise en charge davantage centrée sur la personne, en particulier chez les patients les plus vulnérables tels que ceux co-infectés par le VIH.

Recommandations prioritaires

- Affecter et former des ressources spécialisées en santé mentale au sein même du service TB-MR, afin d'éviter tout déplacement à risque de contagion.
- Mettre en œuvre la recherche systématique des troubles de santé mentale chez les patients TB-MR et assurer leur documentation dans les dossiers médicaux, en accordant une attention prioritaire aux patients co-infectés TB-MR/VIH.
- Renforcer les activités de sensibilisation des patients, des familles et des communautés afin de réduire la stigmatisation liée à la TB-MR.
- Renforcer les capacités des prestataires au renseignement complet des outils de suivi et mettre en place un suivi régulier de la qualité et de la complétude des données.
- Conduire une étude prospective multicentrique afin d'évaluer l'impact de l'intégration de la santé mentale sur les issues thérapeutiques des patients TB-MR..1.

Chapitre 1: Contexte et justification de l'évaluation

1.1. Contexte

La tuberculose demeure un problème majeur de santé publique au Cameroun. Selon les estimations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), son incidence était estimée à 132 cas pour 100 000 habitants en 2024, contre 137 cas pour 100 000 habitants en 2023, traduisant une tendance progressive à la baisse, tout en maintenant le pays parmi ceux à forte charge de tuberculose (WHO, 2024). Malgré ces progrès, la tuberculose multirésistante (TB-MR), continue de représenter un défi important en raison de la complexité de sa prise en charge et des besoins de suivi clinique, biologique et psychosocial qu'elle requiert.

En 2025, le Cameroun a enregistré des avancées importantes dans la prise en charge de la TB-MR, notamment avec l'adoption progressive des schémas thérapeutiques entièrement oraux plus courts recommandés par l'OMS. Toutefois, les données disponibles montrent que la maladie demeure présente dans le pays. Une analyse multicentrique conduite dans six pays d'Afrique francophone rapporte que 854 cas confirmés de TB-MR ont été notifiés au Cameroun entre 2018 et 2022, soit une moyenne de 171 cas par an (Badoum et al., 2024). Ces résultats témoignent de la persistance de cette forme de tuberculose et de la nécessité de poursuivre les efforts visant à améliorer la qualité des soins centrés sur la personne.

Parallèlement aux défis cliniques, un nombre croissant de travaux met en évidence une fréquence élevée des troubles de santé mentale chez les personnes atteintes de TB-MR. Une revue systématique et méta-analyse réalisée par Dukou et al. (2020) rapporte une prévalence globale de la dépression de 45,2 % chez les patients tuberculeux, atteignant 52,3 % chez les patients atteints de TB-MR. De plus, plusieurs études montrent que la dépression et l'anxiété sont associées à une diminution de la qualité de vie, à une moindre adhésion au traitement et à des résultats thérapeutiques moins favorables (Ugarte-Gil et al., 2013 ; Ruiz-Grosso et al., 2020). Ces troubles sont favorisés par l'interaction de multiples facteurs, notamment les difficultés socio-économiques, les effets indésirables potentiels des traitements, la stigmatisation, l'isolement social ainsi que les incertitudes liées à l'évolution de la maladie (Pachi et al., 2013 ; Sweetland et al., 2018).

Les données disponibles au Cameroun confirment également l'importance de cette problématique. Dans la région du Sud-Ouest, Kehbila et al. (2016) ont rapporté une prévalence des symptômes dépressifs de 61,1 % chez des patients atteints de tuberculose pulmonaire, les difficultés socio-économiques, la co-infection par le VIH et les antécédents de traitement figurant parmi les facteurs de vulnérabilité identifiés. Plus récemment, Anye et al. (2023) ont retrouvé une prévalence de la dépression de 47,7 % et de l'anxiété de 29,9 % chez des patients suivis dans cinq centres de traitement de la Division de Fako, mettant notamment en évidence l'influence du faible soutien social, de l'absence de revenu et de la co-infection TB/VIH sur la santé mentale des patients. Ces résultats soulignent que les troubles psychologiques constituent également une préoccupation importante dans le contexte camerounais.

Au Cameroun, l'accompagnement psychosocial fait partie du continuum des soins des patients atteints de TB-MR, notamment à travers les interventions mises en œuvre par le

Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) et ses partenaires. Toutefois, le repérage systématique des troubles de santé mentale au moyen d'outils standardisés, leur documentation dans les dossiers médicaux ainsi que leur suivi au cours du traitement ne sont pas encore intégrés de manière routinière dans les pratiques de prise en charge. Cette situation limite la capacité du programme à apprécier l'ampleur des besoins en santé mentale, à orienter précocement les patients présentant une détresse psychologique et à documenter l'influence de ces troubles sur les résultats thérapeutiques.

C'est dans ce contexte que la présente évaluation programmatique a été conduite afin d'apprécier la prise en compte de l'état de santé mentale dans la prise en charge des patients atteints de TB-MR au Cameroun, d'examiner les interactions entre les vulnérabilités psychosociales et les résultats thérapeutiques, et de formuler des recommandations opérationnelles susceptibles de renforcer l'approche centrée sur la personne dans les services de prise en charge de la TB-MR.

1.2. Justification de l'évaluation

La présente évaluation répond à quatre lacunes critiques identifiées dans le contexte camerounais :

1. L'absence de données nationales consolidées sur la prise en compte des troubles de santé mentale chez les patients TB-MR ;
2. L'absence d'analyse de l'association entre santé mentale documentée et issues du traitement dans cette cohorte ;
3. L'absence d'analyse différenciée selon le genre ;
4. L'insuffisance de données locales susceptibles de justifier, auprès des instances décisionnelles, l'intégration de la santé mentale dans les protocoles TB-MR.

En produisant des constats programmatiques fondés sur les dossiers réels et le vécu des acteurs de terrain, l'évaluation entend fournir au PNL, aux partenaires techniques et financiers et aux organisations de la société civile une base factuelle pour le plaidoyer et la planification.

1.3. Objectifs de l'évaluation

1.3.1 Objectif général

Apprécier la situation de la prise en compte de l'état de santé mentale et son influence sur les résultats du traitement chez les patients atteints de TB-MR à l'Hôpital Jamot de Yaoundé sur la période 2015–2025, en vue de produire des constats programmatiques orientés vers l'amélioration de la qualité de la prise en charge et l'élaboration de recommandations opérationnelles.

1.3.2 Objectifs spécifiques

- Dresser un état des lieux de la prise en compte de la santé mentale dans les dossiers des patients TB-MR traités entre 2015 et 2025.
- Apprécier le lien entre la documentation d'un trouble de santé mentale (ou d'un accompagnement psychosocial) et les issues de traitement.

- Analyser les disparités liées au genre dans la prise en compte de la santé mentale et dans les résultats thérapeutiques.
- Recueillir les perceptions et expériences des acteurs clés sur les facteurs psychosociaux influençant l'observance et la qualité de vie.
- Formuler des recommandations opérationnelles pour l'intégration de la santé mentale dans la prise en charge de la TB-MR au Cameroun.

1.4. Questions évaluatives

L'évaluation est structurée autour d'une question centrale et de questions spécifiques, reformulées dans une logique évaluative (et non causale) :

Tableau I: Matrice des questions évaluatives et volets de collecte associés.

Q	Question évaluative	Volet mobilisé
QE1	Dans quelle mesure la santé mentale est-elle documentée et prise en compte dans les dossiers des patients TB-MR (2015–2025) ?	Quantitatif
QE2	Quelle association observe-t-on entre la documentation de la santé mentale / de l'accompagnement psychosocial et les issues de traitement ?	Quanti. + Quali.
QE3	Quelles disparités de genre apparaissent dans la prise en compte de la santé mentale et dans les résultats thérapeutiques ?	Quantitatif
QE4	Comment les patients et les prestataires perçoivent-ils les facteurs psychosociaux (détresse, stigmatisation, observance, qualité de vie) ?	Qualitatif
QE5	Quels dispositifs permettraient d'intégrer durablement la santé mentale dans la prise en charge de la TB-MR ?	Quali. + Triangulation

Chapitre 2: Méthodologie

2.1 Approche générale

L'évaluation repose sur une approche mixte séquentielle articulant un volet quantitatif (revue documentaire rétrospective des dossiers) et un volet qualitatif (consultations des parties prenantes). Le volet quantitatif établit l'état des lieux objectif de la cohorte ; le volet qualitatif en éclaire les déterminants vécus ; la triangulation des deux, fonde les conclusions.

Nature du dispositif. Il s'agit d'une évaluation programmatique, Les éléments rapportés sont des constats issus de données recueillies auprès de participants volontaires et de dossiers anonymisés ; ils n'autorisent ni inférence causale, ni test de significativité à visée de généralisation. Les indicateurs statistiques d'association (odds ratios, intervalles de confiance) sont présentés à titre descriptif et exploratoire, pour hiérarchiser les constats, et non comme la démonstration d'un lien de cause à effet.

2.2 Volet quantitatif

Une revue des dossiers de patients TB-MR pris en charge à l'Hôpital Jamot de Yaoundé entre le 1er janvier 2015 et le 31 décembre 2025 a été réalisée à l'aide d'une grille de collecte standardisée et anonymisée (Outil 1, annexe). La grille couvre quatre dimensions : sociodémographique, clinique, santé mentale et issues thérapeutiques. Au total, 247 dossiers ont été recueillis et analysés, dépassant la taille minimale fixée à 150 dossiers initialement.

Les données ont été nettoyées, transformées et modélisées dans Microsoft Excel 2021, comme suit pour une analyse optimale: (i) harmonisation des libellés du site de traitement (onze variantes orthographiques d'« Hôpital Jamot » consolidées), (ii) dichotomisation des issues OMS en « favorable » (succès) et « défavorable » (décès, échec, perdu de vue), (iii) conversion numérique de la durée de traitement, et identification des champs inexploitable. Les analyses comprenaient des statistiques descriptives (fréquences, proportions, mesures de tendance centrale, lorsque pertinentes), ainsi que des analyses bivariées exploratoires examinant l'association entre l'issue thérapeutique (variable dépendante) et les principales caractéristiques des patients (variables indépendantes), notamment le sexe, l'âge, le statut VIH et le type de cas. Les associations ont été décrites à l'aide d'odds ratios (OR) et de leurs intervalles de confiance à 95 %, à des fins exclusivement descriptives.

2.3 Volet qualitatif

La collecte des données qualitatives s'est déroulée du 22 au 28 mai 2026 et a reposé sur deux approches complémentaires. D'une part, des entretiens individuels semi-structurés ont été réalisés auprès de sept acteurs impliqués dans la prise en charge de la TB-MR, notamment des infirmières du service TB-MR, une infirmière spécialisée en santé mentale et des accompagnateurs psychosociaux. D'autre part, une discussion de groupe (focus group) a été conduite avec sept anciens patients ayant achevé avec succès leur traitement de la TB-MR. Les échanges ont été guidés par des outils de collecte préalablement élaborés et prétestés afin d'explorer les perceptions, les expériences

vécues, les défis rencontrés ainsi que les mécanismes de soutien liés à la santé mentale et à l'observance thérapeutique.

L'ensemble des entretiens et de la discussion de groupe enregistrés via des dictaphones téléphoniques sur consentement des participants, a fait l'objet d'une transcription intégrale avant analyse. Les données qualitatives ont ensuite été soumises à une analyse thématique combinant une approche déductive, fondée sur les thèmes prédéfinis dans les guides de collecte, et une approche inductive permettant l'identification de thèmes émergents issus des discours des participants. Les résultats ont enfin été organisés autour des principales convergences et divergences observées entre les différentes catégories d'acteurs interrogés. Les participants sont identifiés par des codes anonymisés (prestataires : CEESD01 à CEESD07 ; focus group de patients : CEFG02). Les verbatims reproduits dans ce rapport sont anonymisés et, lorsque l'entretien s'est déroulé en anglais, fidèlement restitués dans leur langue d'origine.

2.4 Triangulation

Les constats quantitatifs, qualitatifs et documentaires ont été systématiquement croisés afin d'identifier les convergences (renforçant la robustesse d'un constat), les divergences (signalant un écart entre données enregistrées et réalité vécue) et les explications plausibles. Cette triangulation constitue le socle de l'analyse transversale (section 9).

2.5 Considérations éthiques

L'évaluation a été conduite dans le respect des principes applicables aux exercices d'évaluation de programmes de santé publique : anonymisation stricte des données dès la collecte, accès restreint et sécurisé, recueil d'un accord verbal éclairé auprès de chaque participant aux consultations, droit de retrait sans conséquence, exclusion de tout mineur, et disponibilité d'un référent psychosocial. Les autorisations administratives ont été obtenues auprès de la direction du centre.

Chapitre 3: Résultats de l'évaluation

3.1. Résultats quantitatifs

Les constats ci-après reposent sur l'analyse de 247 dossiers de patients TB-MR pris en charge à l'Hôpital Jamot de Yaoundé sur la période 2015–2025.

3.1.1 Profil sociodémographique

Les 247 patients inclus dans l'étude étaient majoritairement de sexe masculin (58,3 %), contre 41,7 % de femmes. La population était relativement jeune, avec plus de la moitié des patients âgés de moins de 40 ans. La tranche d'âge de 18 à 28 ans représentait la catégorie la plus importante (29,6 %), suivie de celle de 29 à 39 ans (27,1 %). La majorité des patients résidait en milieu urbain, traduisant probablement une meilleure accessibilité aux centres spécialisés de prise en charge de la TB-MR situés dans les grands centres urbains. Les variables « niveau d'instruction » (86,6 % non documenté) et « profession » (84,6 % non documenté) ne sont pas reportées en détail en raison de leur très faible complétude.

Tableau II: Caractéristiques sociodémographiques de la cohorte (N=247).

Variables	Modalités	Effectifs (n)	Proportions (%)
Sexe	Homme	144	58,3
	Femme	103	41,7
Âge	18–28 ans	73	29,6
	29–39 ans	67	27,1
	40–50 ans	61	24,7
	51–61 ans	31	12,6
	62 ans et plus	15	6,1
Résidence	Urbain	207	83,8
	Rural	40	16,2
Statut matrimonial	Non documenté	148	59,9
	Célibataire	54	21,9
	Marié(e)	43	17,4
	Veuf/Veuve	2	0,8

La répartition selon le sexe et l'âge montre une prédominance masculine dans la cohorte étudiée. Il est également notable que la tranche d'âge 18–28 ans est la seule où les femmes sont majoritaires, représentant 41 des 73 patients de cette catégorie (56,2 %), contre une représentation féminine globale de 41,7 % dans la cohorte. À partir de 29 ans, les hommes deviennent majoritaires dans toutes les tranches d'âge, de manière croissante avec l'âge. Cette surreprésentation féminine chez les jeunes adultes mérite attention : la tranche 18–28 ans correspond à l'âge reproductif, une période associée à des responsabilités spécifiques — grossesse, soins aux enfants, dépendance financière —

susceptibles d'aggraver la vulnérabilité psychosociale des femmes atteintes de TB-MR. Cette distribution suggère une charge importante de la TB-MR chez les adultes en âge économiquement actif. Aussi, l'absence de données sur le statut matrimonial (59,9 % non documenté) et la profession (84,6 % non documenté) ne permet pas d'explorer cette dimension davantage, mais elle constitue un signal programmatique justifiant une attention particulière aux jeunes femmes dans les futures collectes de données et interventions ciblées.

Tableau III: Répartition du profil des patients par sexe et tranche d'âge

Tranche d'âge (ans)	Femmes n (%)	Hommes n (%)	Total n (%)
18–28	41 (56,2)	32 (43,8)	73 (29,6)
29–39	23 (34,3)	44 (65,7)	67 (27,1)
40–50	28 (45,9)	33 (54,1)	61 (24,7)
51–61	5 (16,1)	26 (83,9)	31 (12,6)
62 ans et plus	6 (40,0)	9 (60,0)	15 (6,1)
Total	103 (41,7)	144 (58,3 %)	247 (100)

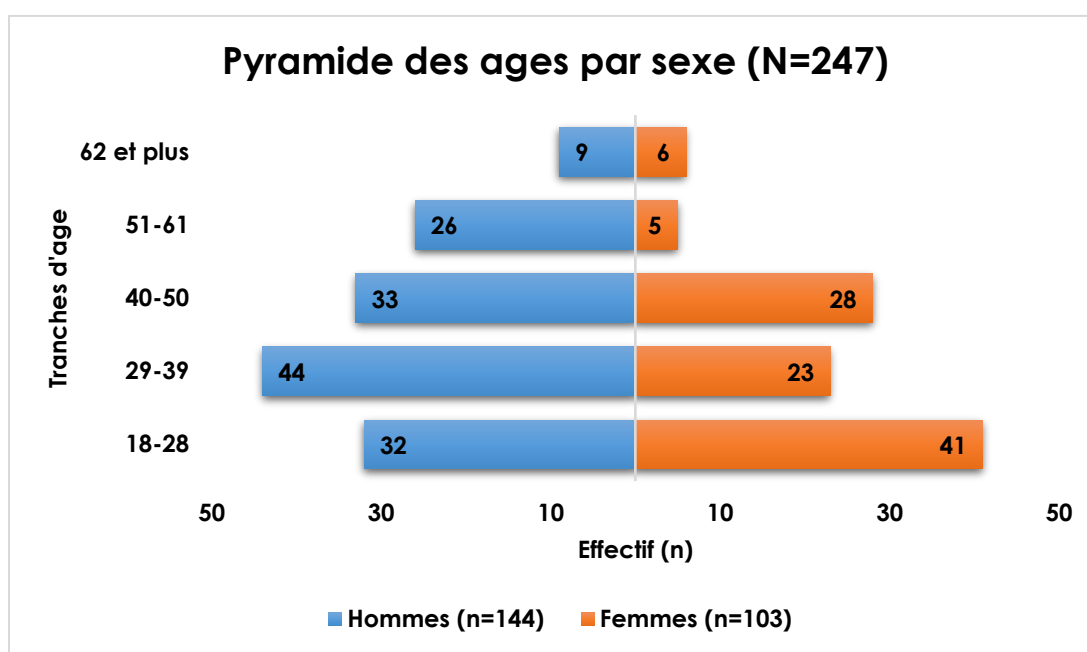


Figure 1: Pyramide des âges par sexe.

3.1.2 Profil clinique

Le profil clinique de la cohorte est marqué par une forte proportion de cas de retraitement (73,3 %), reflet attendu de la nature multirésistante de la maladie, ces patients ayant le plus souvent connu un premier épisode tuberculeux. Près d'un patient sur trois (33,2 %, n=82) vit avec le VIH, proportion considérable qui place la co-infection au cœur du profil de risque. Le diagnostic et la sensibilité aux médicaments ont été

confirmés par une double méthode (test moléculaire et culture) dans 87,0 % des cas, témoignant d'une qualité diagnostique élevée. Au-delà de l'histoire naturelle de la résistance, l'absence d'accompagnement psychosocial structuré lors du premier épisode tuberculeux constitue un facteur contributif probable au développement de la multirésistance qui mérite d'être reconnu. Les résultats qualitatifs de la présente évaluation (Section 8.3) établissent un lien clair entre détresse psychologique non prise en charge, difficultés d'observance et risque d'interruption du traitement. Ce constat plaide pour que l'intégration de la santé mentale soit envisagée dès le premier épisode tuberculeux, et non uniquement au stade de la multirésistance.

Tableau IV: Caractéristiques cliniques de la cohorte (N=247).

Variables	Modalités	Effectifs (n)	Proportions (%)
Type de cas	Retraitement	181	73,3
	Nouveau cas	61	24,7
	Non documenté	5	2,0
Statut VIH	Négatif	164	66,4
	Positif	82	33,2
	Inconnu	1	0,4
Méthodes microbiologiques utilisées	Test moléculaire + culture	215	87,0
	Test moléculaire (Xpert) seul	18	7,3
	Culture seule	7	2,8
	Non précisée	7	2,8
Antécédents TB	TB sensible déjà traitée	148	59,9
	Aucun antécédent	53	21,5
	TB-MR déjà traitée	8	3,2
	Non documenté	38	15,4

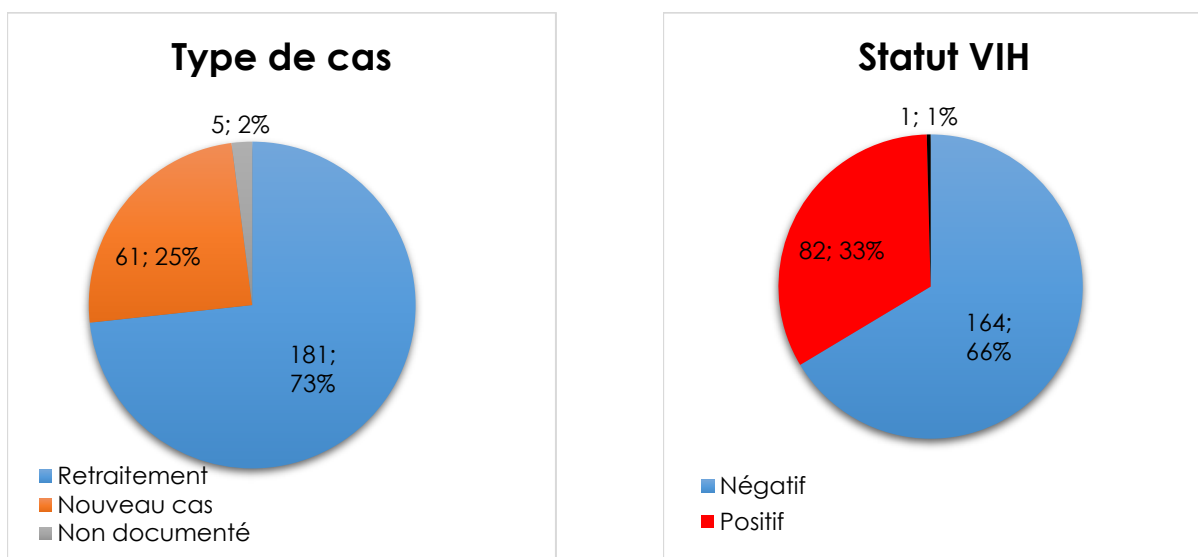


Figure 2: Profil clinique de la cohorte : type de cas, statut VIH.

La majorité des patients étaient en situation de retraitement, soit 181 cas (73,3 %), contre 61 nouveaux cas (24,7 %), tandis que cette information n'était pas documentée pour 5 patients (2,0 %). Concernant le statut sérologique vis-à-vis du VIH, 82 patients (33,2 %) étaient co-infectés TB-MR/VIH, alors que 164 (66,4 %) étaient séronégatifs ; le statut VIH n'était inconnu que pour un seul patient (0,4 %).

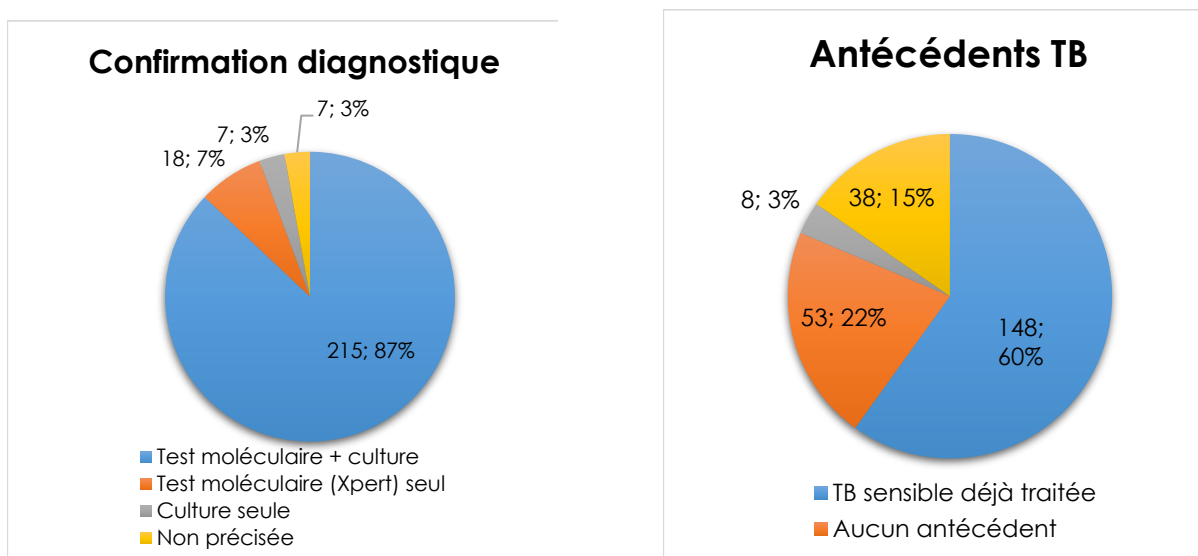


Figure 3: Profil clinique de la cohorte: confirmation diagnostique et antécédents de traitement.

Chez 87,0 % des patients, un test moléculaire (Xpert MTB/RIF) était associé à une culture, cette dernière étant considérée comme un examen complémentaire réalisé notamment pour les tests de sensibilité aux antituberculeux. Les dossiers documentaient

un test moléculaire seul chez 7,3 % des patients et une culture seule chez 2,8 %. La méthode diagnostique n'était pas précisée dans 7 dossiers (2,8 %).

Par ailleurs, les antécédents de traitement antituberculeux étaient fréquents au sein de la cohorte. En effet, 148 patients (59,9 %) avaient déjà été traités pour une tuberculose sensible avant le diagnostic de TB-MR, tandis que 53 patients (21,5 %) ne présentaient aucun antécédent de traitement antituberculeux. Huit patients (3,2 %) avaient déjà reçu un traitement pour une TB-MR et les antécédents thérapeutiques n'étaient pas documentés dans 38 dossiers (15,4 %). Ces résultats mettent en évidence une forte proportion de patients ayant un historique thérapeutique antérieur, traduisant la complexité du profil clinique de la population étudiée.

3.1.3 Prise en compte de la santé mentale : le constat central

Aucun des 247 dossiers examinés ne comporte de diagnostic de trouble de santé mentale. Le champ correspondant est renseigné « Non » dans 126 dossiers (51,0 %) et laissé « Non documenté » dans 121 dossiers (49,0 %) ; il n'existe donc aucun cas confirmant la recherche des troubles de santé mentale consigné. Aucun outil de dépistage validé (PHQ-9, GAD-7 ou autre) n'a été utilisé dans aucun dossier (100 % non documenté), et aucun score n'a été enregistré. La documentation d'une prise en charge psychosociale était retrouvée dans 7 dossiers (2,8 %), exclusivement sous la forme de counseling, tandis qu'elle était renseignée comme absente dans 78 dossiers (31,6 %) et non documentée dans 162 dossiers (65,6 %). La cohorte couvrait une période antérieure et postérieure à l'introduction de la prise en charge psychosociale dans le programme national en 2021. Parmi les 95 patients pris en charge entre 2021 et 2024, période durant laquelle cette composante faisait partie du continuum des soins, seuls 7 dossiers (7,4 %) documentaient une intervention psychosociale. Cette faible proportion met en évidence une documentation limitée des interventions psychosociales dans les dossiers médicaux, malgré leur intégration au continuum des soins des patients TB-MR depuis 2021.

Ce constat est d'autant plus frappant qu'il contraste avec une prévalence de troubles mentaux attendue supérieure à 50 % dans la population TB-MR selon la littérature (Duko et al., 2020), et avec la détresse psychologique massivement décrite dans les entretiens (section 8). Il ne traduit pas une absence réelle de besoins, mais l'invisibilité quasi totale de la santé mentale dans le système d'information clinique.

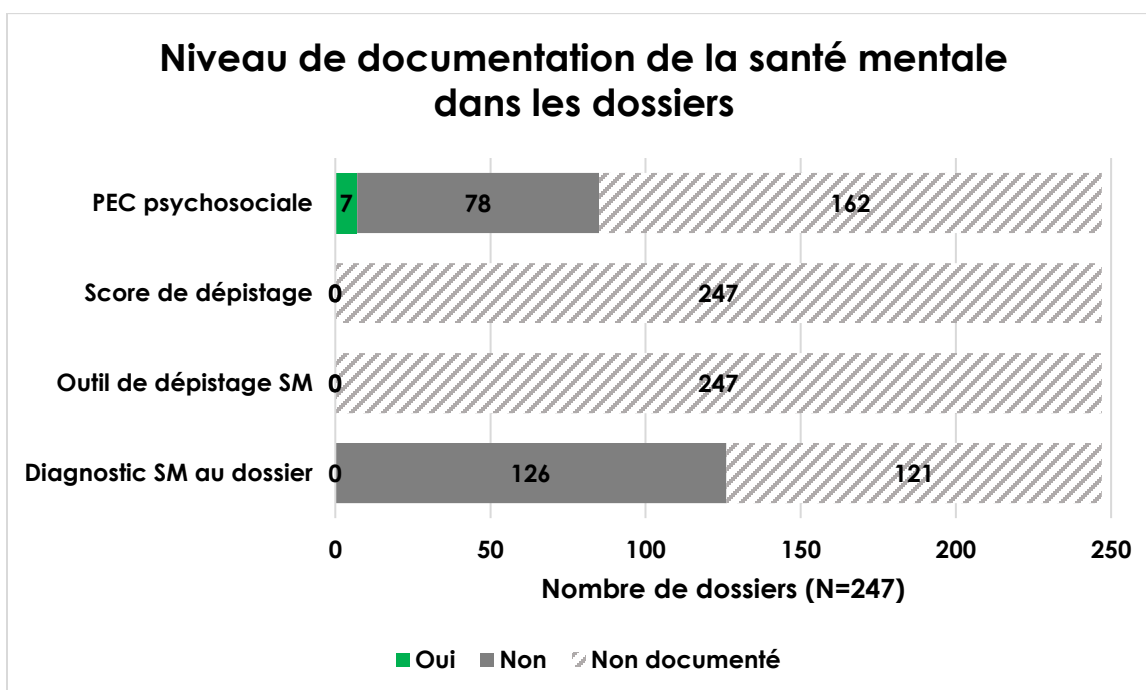


Figure 4: Niveau de documentation de la santé mentale dans les 247 dossiers

3.1.4 Issues du traitement

Sur l'ensemble de la cohorte, le taux de succès thérapeutique (guérison ou traitement terminé) atteint 78,1 % (193/247), un résultat globalement favorable au regard des standards de la TB-MR. La mortalité s'élève toutefois à 13,0 % (32 /247s), les perdus de vue à 5,3 % (13/247) et les échecs à 2,0 % (n=5/247). Au total, près d'un patient sur cinq (20,2 %) connaît une issue défavorable. Une lecture plus fine de la mortalité observée révèle une concentration significative des décès au sein du sous-groupe des patients co-infectés TB-MR/VIH. Sur la base des données disponibles, les patients VIH-positifs, qui représentent 33,2 % de la cohorte, affichent une mortalité de 23,2 %, soit environ 19 des 32 décès enregistrés. Les patients VIH-négatifs, qui constituent 66,4 % de la cohorte, présentent quant à eux une mortalité de 7,3 %, soit environ 12 décès. Ainsi, bien que minoritaires dans la cohorte, les patients co-infectés représentent près de 60 % de l'ensemble des décès. Ce constat illustre de manière saisissante le poids disproportionné de la co-infection VIH dans la mortalité globale et renforce la nécessité d'une prise en charge intégrée et renforcée pour ce sous-groupe prioritaire. La durée médiane du traitement chez les patients guéris est de 9 mois.

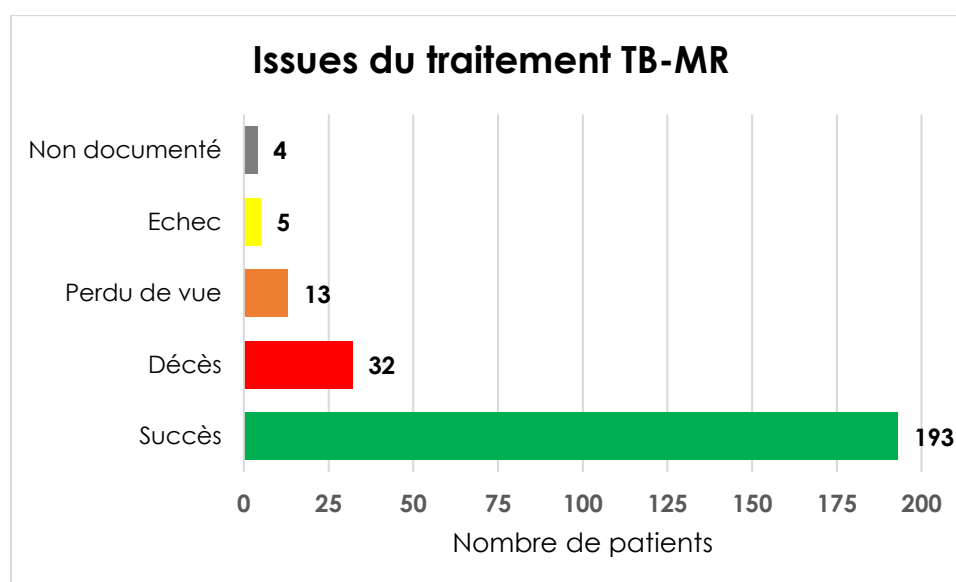


Figure 5: Répartition des issues du traitement selon les définitions de l'OMS (N=247).

Des analyses croisées ont été réalisées pour explorer la **relation** entre le statut de coinfection VIH, le sexe, le type de cas et les différents issues de traitement. Le tableau ci-dessous présente les résultats.

Tableau V: Croisements bivariés des issues de traitement (cohorte évaluable, n=243).

Les odds ratios sont présentés à titre descriptif et exploratoire ; ils ne constituent pas une démonstration causale.

Variables	Groupes	Issues favorable n(%)	Issues défavorable sn(%)	OR descriptif (IC95%)
Statut VIH	Négatif (n=160)	137 (85,6)	23 (14,4)	réf.
	Positif (n=82)	56 (68,3)	26 (31,7)	2,77 (1,46–5,25)
Sexe	Femme (n=100)	82 (82,0)	18 (18,0)	réf.
	Homme (n=143)	111 (77,6)	32 (22,4)	1,31 (0,69–2,49)
Types de cas	Nouveau cas (n=60)	43 (71,7)	17 (28,3)	réf.
	Retraitement (n=178)	146 (82,0)	32 (18,0)	0,55 (0,28–1,09)

Parmi les variables étudiées, le statut VIH apparaissait comme le facteur le plus fortement associé aux issues thérapeutiques. Les patients co-infectés TB-MR/VIH présentaient une fréquence plus élevée d'issues défavorables comparativement aux patients séronégatifs. En revanche, les différences observées selon le sexe et le type de cas étaient moins marquées et demeuraient descriptives au regard des intervalles de confiance obtenus. Les issues pour lesquelles le statut VIH était inconnu (n=1, Patient décédé au début du traitement) et le type de cas non documenté (n=5, 1 décès, 4 succès thérapeutique) n'ont pas été pris en compte.

3.1.4.1 Issues selon le statut VIH

Le croisement des issues avec le statut VIH met en évidence le constat quantitatif le plus net de l'évaluation. Les patients vivant avec le VIH connaissent une issue défavorable dans 31,7 % des cas, contre 14,4 % chez les patients VIH-négatifs (odds ratio = 2,77 ; IC95 % 1,46–5,25). La mortalité illustre cet écart de façon encore plus marquée: 23,2 % chez les VIH-positifs contre 7,3 % chez les VIH-négatifs, soit un rapport de plus de trois pour un (cf. fig.7).

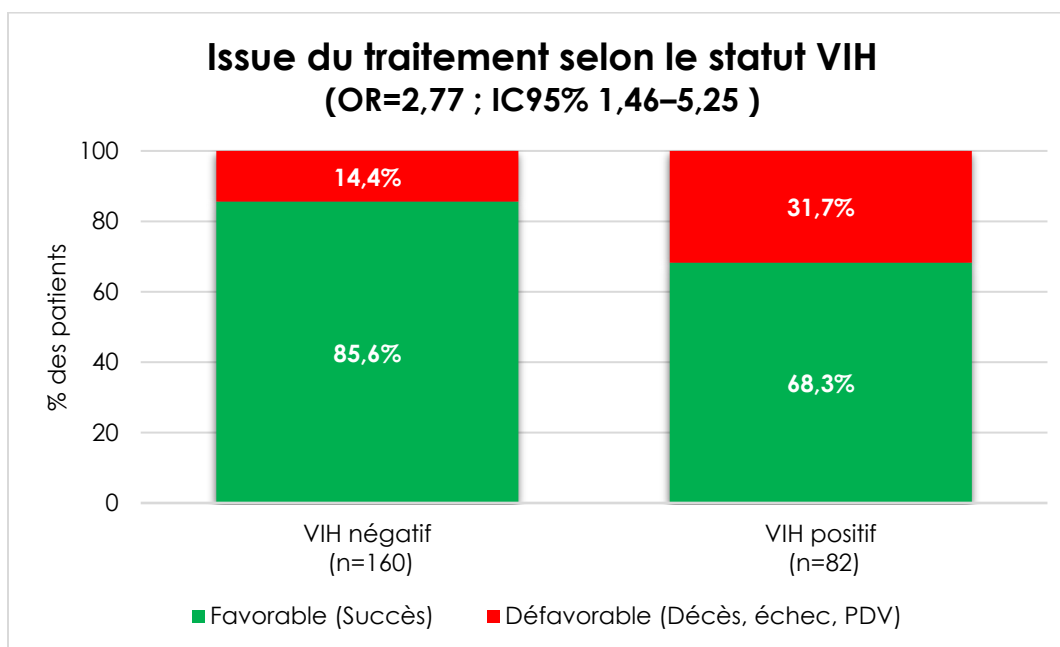


Figure 6: Issue du traitement selon le statut VIH.

La mortalité observée sous traitement variait selon le statut VIH des patients. Parmi les patients séronégatifs, 7,3 % sont décédés au cours du traitement, contre 23,2 % parmi les patients co-infectés TB-MR/VIH. Ainsi, la proportion de décès chez les patients VIH positifs était plus de trois fois supérieure à celle observée chez les patients VIH négatifs. Cette différence met en évidence une mortalité plus importante chez les patients présentant une co-infection VIH, suggérant une vulnérabilité accrue de ce groupe au cours de la prise en charge de la TB-MR.

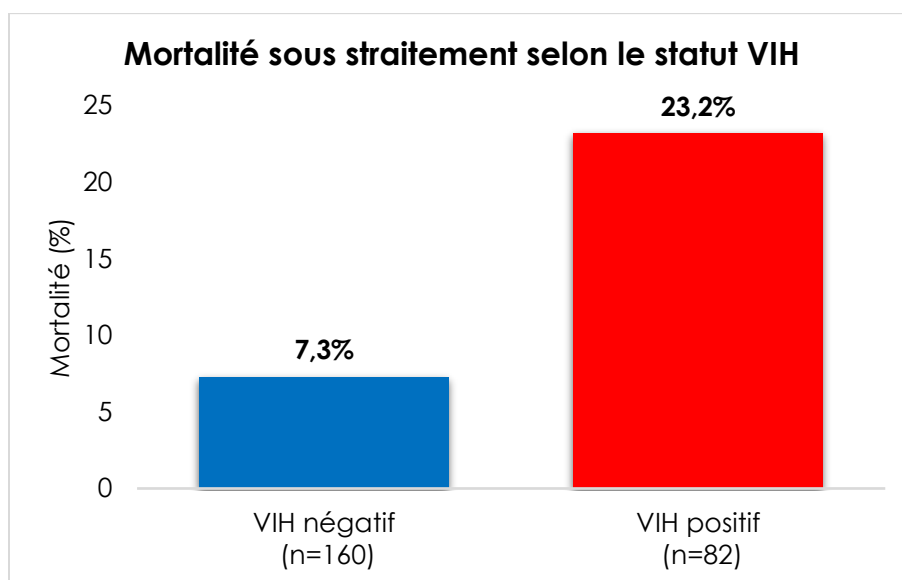


Figure 7: Mortalité sous traitement selon le statut VIH

Le graphique ci-dessus montre une surmortalité nette chez les patients VIH. Ce constat, robuste et convergent avec la perception unanime des prestataires qui désignent les patients VIH-positifs comme « les plus vulnérables », fait de la co-infection TB-MR/VIH la priorité clinique la plus claire de la cohorte.

3.1.4.2 Issues selon le sexe et l'âge

L'analyse des issues thérapeutiques a porté sur les 243 patients disposant d'une issue documentée. Les femmes présentaient une proportion légèrement plus élevée de succès thérapeutiques que les hommes (82,0 % contre 77,6 %). La mortalité demeurerait comparable entre les deux sexes (14,0 % chez les femmes contre 12,6 % chez les hommes). En revanche, les hommes enregistraient une proportion plus importante d'échecs thérapeutiques ou de pertes de vue (9,8 % contre 4,0 %), expliquant un taux global d'issues défavorables légèrement supérieur (22,4 % contre 18,0 %). Dans l'ensemble, aucune différence marquée des résultats thérapeutiques selon le sexe n'était mise en évidence dans cette cohorte.

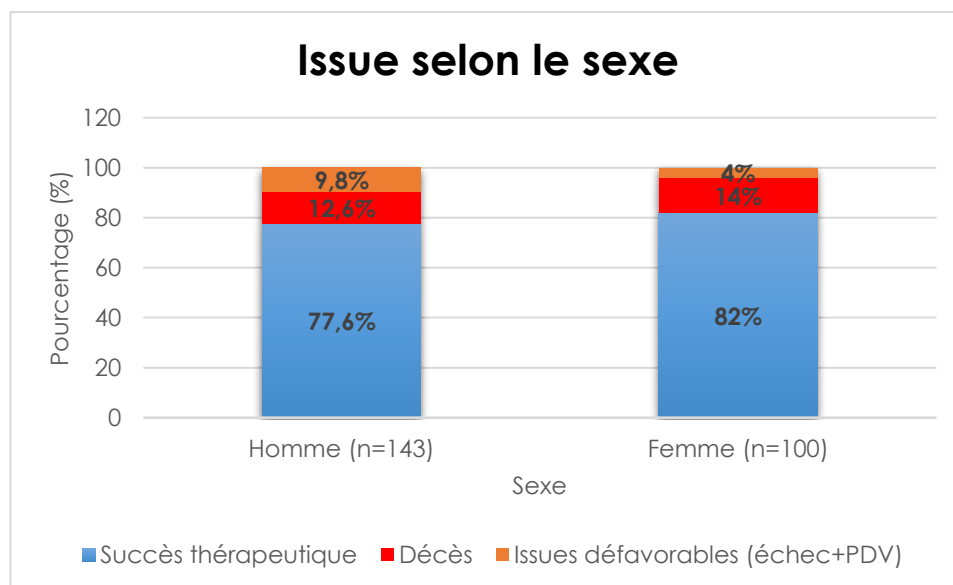


Figure 8: Répartition du Taux d'issue par sexe.

Parmi les 50 patients ayant présenté une issue thérapeutique défavorable (décès, échec thérapeutique ou perdu de vue), 16 (32,0 %) appartenait à la tranche d'âge de 29 à 39 ans et 16 (32,0 %) à celle de 40 à 50 ans. Les tranches d'âge de 18 à 28 ans et de 51 à 61 ans comptaient chacune 8 patients (16,0 %), tandis que les patients âgés de 62 ans ou plus représentaient 2 cas (4,0 %). Cette distribution montre que près des deux tiers (64,0 %) des issues thérapeutiques défavorables concernaient les adultes âgés de 29 à 50 ans.

Tableau VI: Répartition des issues thérapeutiques par tranche d'âge

Tranche d'âge	Issue défavorable	Issue favorable	Total patients
18-28	8	62	70
29-39	16	51	67
40-50	16	45	61
51-61	8	23	31
62 et plus	2	12	14
Total	50	193	243

Rapportées à l'effectif de chaque tranche d'âge, les proportions d'issues défavorables étaient de 11,4 % (8/70) chez les 18–28 ans, 23,9 % (16/67) chez les 29–39 ans, 26,2 % (16/61) chez les 40–50 ans, 25,8 % (8/31) chez les 51–61 ans et 14,3 % (2/14) chez les personnes âgées de 62 ans ou plus. Les taux les plus élevés étaient ainsi observés chez les patients âgés de 29 à 61 ans, tandis que les plus jeunes présentaient la proportion la plus faible d'issues défavorables.

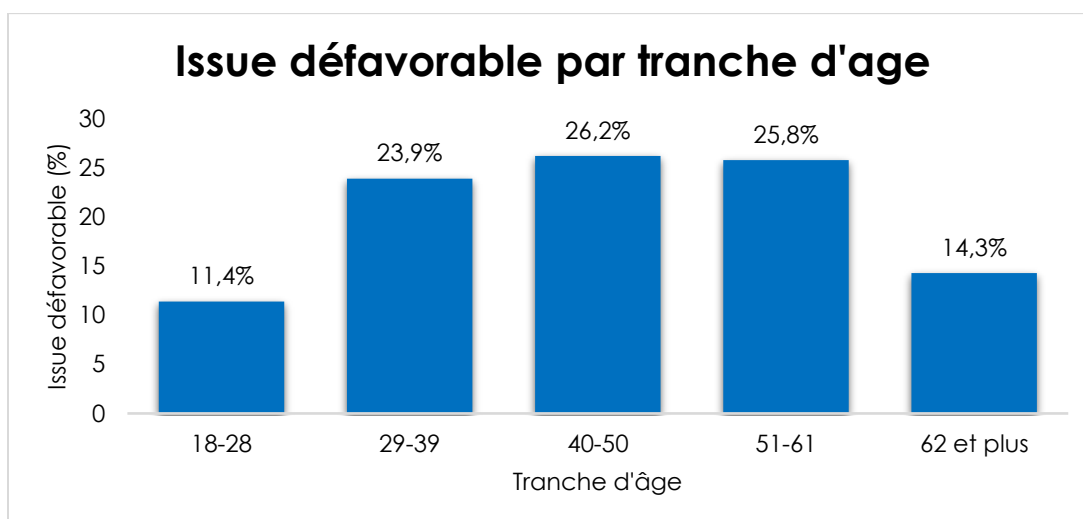


Figure 9: Taux d'issue défavorable par tranche d'âge.

3.1.5 Qualité et complétude documentaire

L'exploitation des dossiers a révélé une complétude très hétérogène. Si les variables cliniques structurantes (sexe, âge, statut VIH, type de cas, issue) sont presque toujours renseignées, les dimensions sociales et psychosociales sont largement lacunaires. Le champ « IMC » contient des valeurs comprises entre 8 et 89, incompatibles avec un indice de masse corporelle et correspondant vraisemblablement à des poids exprimés en kilogrammes ; il a été écarté de l'analyse en l'état. Les variables psychosociales et le dépistage de la santé mentale présentent les déficits les plus sévères.

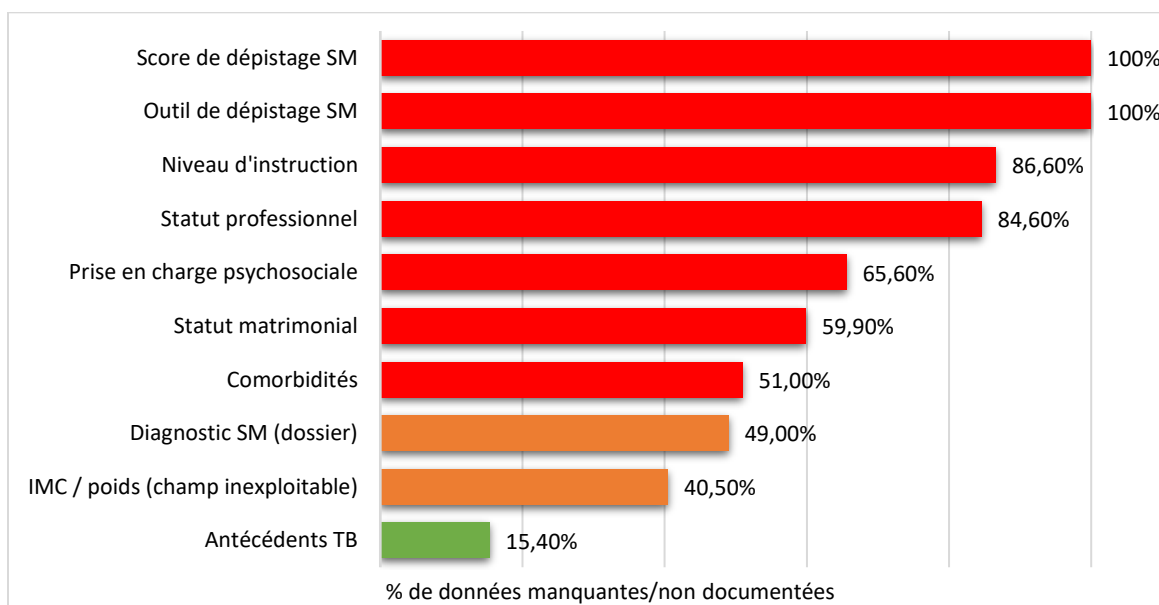


Figure 10: Taux de données manquantes ou non documentées par variable.

Ces lacunes ne sont pas neutres : elles limitent la capacité du système à piloter la prise en charge psychosociale et confirment, du point de vue documentaire, l'invisibilité de la santé mentale déjà soulignée.

3.2. Résultats qualitatifs

Le volet qualitatif a mobilisé sept entretiens individuels auprès de prestataires de soins et d'accompagnateurs psychosociaux (codes CEESD01 à CEESD07, dont une infirmière supérieure spécialisée en santé mentale) et une discussion de groupe réunissant sept anciens patients TB-MR (code CEFG02). Le codage thématique a fait émerger six thèmes principaux, présentés ci-après avec leurs constats, des verbatims illustratifs anonymisés et leurs implications programmatiques.

3.2.1 Thème 1 : Détresse psychologique et impact de l'hospitalisation prolongée

Tous les acteurs s'accordent sur l'existence d'une détresse psychologique majeure, principalement liée à la durée du traitement (quatre à six mois d'hospitalisation), à l'isolement et à la rupture des activités professionnelles et familiales. Les soignants décrivent des patients « abattus » dès l'admission, en proie au stress et à l'anxiété, et confrontés à un doute lancinant sur leur guérison. Plusieurs prestataires distinguent toutefois ce stress d'une dépression clinique formelle qu'ils déclarent ne pas observer — distinction qui relève d'une conception biomédicale étroite de la santé mentale plutôt que d'une absence de souffrance.

« Ils sont diminués psychologiquement. [...] Ils se posent toujours la question de savoir est-ce qu'on sera même guéris ? Ils ont besoin d'un soutien psychologique. » **Infirmière spécialisée en santé mentale, CEESD**

« Ils sont abattus. Ce n'est pas facile de venir faire 4 à 6 mois d'hospitalisation. Ils abandonnent toutes leurs activités pour venir à l'hôpital. » **Major, CEESD06**

« J'avais perdu le sommeil, le poids et même espoir à ma vie. Mais les échanges avec les malades reconfortaient un peu. » **Ancien patient, focus group CEFG02**

Implication programmatique. La détresse psychologique est un phénomène attendu et quasi universel dans le parcours TB-MR ; elle justifie un dépistage standardisé dès l'admission plutôt qu'une détection au jugé, et la mise en place d'activités occupationnelles pour atténuer le poids de l'enfermement.

3.2.2 Thème 2 : Stigmatisation et discrimination

La stigmatisation apparaît comme un thème central et transversal. Les acteurs convergent pour la situer principalement dans la sphère familiale et communautaire, où elle prend la forme de l'abandon, de l'évitement et du recours à des explications surnaturelles (sorcellerie). À l'inverse, la stigmatisation au sein de la structure de soins est jugée faible, bien que des craintes de contagion persistent chez les nouveaux personnels et stagiaires. Une mesure de protection (port du masque) peut elle-même être perçue par les patients comme une marque de mise à l'écart.

« Il y a les familles qui stigmatisent leur patient et les abandonnent à l'hôpital. » **Major, CEESD06**

« Les membres de la famille portaient des gants pour laver même le plat. [...] Même s'asseoir à côté de lui, c'est pénible. » **Infirmière spécialisée, CEESD**

« J'ai eu une mauvaise expérience avec la famille et les amis qui m'ont complètement tourné le dos. C'est le stress qui tue réellement ici et le manque de soutien de la famille. » **Ancien patient, focus group CEFG02**

Implication programmatique. Les interventions anti-stigmatisation doivent dépasser le seul patient pour cibler les familles et les communautés, via l'information, l'éducation et la communication (IEC). Plusieurs soignants plaident explicitement pour une « psychothérapie » étendue à l'entourage.

3.2.3 Thème 3 : Observance thérapeutique et facteurs psychosociaux

L'observance est jugée globalement bonne, favorisée par l'hospitalisation et l'administration directe des médicaments par le personnel. Les facteurs liés à l'abandon identifiés sont d'ordre psychosocial et matériel : non-acceptation du statut de malade, mauvaise compréhension du traitement, effets secondaires, difficultés alimentaires et financières, ruptures ponctuelles de médicaments. Les soignants relient explicitement la santé mentale à l'observance, considérant qu'un accompagnement psychologique réduirait le risque d'abandon.

« Accepter déjà le statut, c'est 50 % de la guérison. Et le médicament vient par la suite. » Infirmière spécialisée, CEESD

« Certains cachent les médicaments sous le matelas sans donner la moindre raison quand on leur demande. » APS, CEESD05

« Les patients très démunis ont du mal à s'alimenter, et du coup ils peuvent interrompre le traitement. Il nous arrive nous-mêmes de leur donner de l'argent.» APS, CEESD05

Implication programmatique. Le counseling, l'éducation thérapeutique et un appui alimentaire/social ciblé sont des leviers d'observance déjà mobilisés de façon informelle; leur formalisation et leur financement renforceraient leur efficacité et soulageraient un personnel qui supplée parfois sur ses ressources propres.

3.2.4 Thème 4: Vulnérabilités spécifiques

Les prestataires désignent de manière convergente les patients vivant avec le VIH comme les plus vulnérables, en raison de leur fragilité immunitaire, constat qui recoupe directement la surmortalité observée dans le volet quantitatif. Les personnes âgées et les patients isolés ou abandonnés par leur famille sont également cités. Le rôle protecteur de l'accompagnement familial est souligné à plusieurs reprises.

« Les patients atteints de VIH, à cause de leur système immunitaire déjà faible. » Infirmière, CEESD07

« Il y a les patients atteints de VIH qui ont la co-infection TB-VIH. Ce sont des gens beaucoup plus atteints. Les personnes âgées aussi. » — Major, CEESD06

Implication programmatique. La convergence quanti-quali sur la vulnérabilité VIH plaide pour une intégration renforcée des services TB-MR et VIH et pour un protocole d'accompagnement psychosocial prioritairement déployé auprès des patients co-infectés.

3.2.5 Thème 5 : Capacités du personnel et organisation des soins

L'accompagnement psychologique repose presque entièrement sur l'écoute, l'encouragement et l'éducation thérapeutique assurés par des infirmières et des accompagnateurs psychosociaux. Or la quasi-totalité d'entre eux déclarent n'avoir reçu aucune formation en santé mentale. Une seule professionnelle spécialisée est

mentionnée dans le dispositif, et son intervention demeure ponctuelle, faute de temps dédié et de cadre organisationnel. Les soignants évoquent également leur propre exposition au risque de contagion et le manque d'équipements de protection adaptés.

« Moi, la santé mentale, je ne connais pas. » **Infirmière du service TB-MR, CEESD07**

« Non. Pas de formation en santé mentale. » **Accompagnateur psychosocial, CEESD05**

« Il faudra que dans le service TB-MR il y ait des personnels formés en santé mentale, présents pour le soutien psychologique des patients. » **Infirmière spécialisée, CEESD**

Implication programmatique. Le déficit de compétences spécialisées est le principal goulot d'étranglement organisationnel. Sa résorption passe par la formation des équipes en place et par l'affectation de ressources spécialisées au sein même du service, afin d'éviter le déplacement de patients contagieux vers un service de santé mentale séparé.

3.2.6 Thème 6 : Besoins exprimés et recommandations des acteurs

Les acteurs formulent des recommandations remarquablement convergentes. Du côté des prestataires : intégrer un spécialiste en santé mentale ou des personnels formés au sein du service TB-MR, renforcer l'éducation thérapeutique et la lutte contre les mythes, anticiper les ruptures de médicaments, et mettre en place des activités occupationnelles pour les patients hospitalisés. Du côté des patients : améliorer les conditions matérielles d'hospitalisation (lits, hygiène, locaux), renforcer le soutien moral et le suivi, et envisager un accompagnement à domicile pour raccourcir l'hospitalisation.

« Le fait de rester immobile, ça crée beaucoup de stress. [...] S'il y avait un programme pour les occuper, ça leur ferait un peu oublier la durée du traitement. » **Infirmière, CEESD07**

« Mettre un psychologue à leur portée avec l'appui des APS, et faire un plaidoyer auprès de la direction pour une meilleure collaboration entre le service TB et le service de psychiatrie. » **Accompagnateur psychosocial, CEESD05**

« Renforcer la prise en charge médicamenteuse et psychologique. » **Ancien patient, focus group CEFG02**

3.2.7 Synthèse thématique

Tableau VII: Synthèse des thèmes qualitatifs, niveau de convergence entre acteurs et implications prioritaires.

Thème	Constat central	Convergence	Implication prioritaire
Détresse psychologique	Souffrance quasi universelle liée à l'isolement et à la durée	Forte (tous acteurs)	Dépistage systématique + activités occupationnelles

Thème	Constat central	Convergence	Implication prioritaire
Stigmatisation	Surtout familiale et communautaire ; faible en structure	Forte	IEC ciblant familles et communautés
Observance	Bonne à l'hôpital ; risques psychosociaux et matériels	Forte	Counseling formalisé + appui social
Vulnérabilités	VIH, personnes âgées, patients isolés	Forte (quanti+quali)	Intégration TB-MR/VIH
Capacités du personnel	Engagement réel mais absence de formation SM	Forte	Formation + ressources spécialisées dans le service
Besoins/recommandations	Psychologue intégré, conditions matérielles, suivi	Forte	Plaidoyer institutionnel + financement

3.3. Analyse transversale et triangulation

La mise en regard systématique des constats quantitatifs, qualitatifs et documentaires fait ressortir des convergences fortes, une divergence majeure et plusieurs explications plausibles, synthétisées ci-après.

3.3.1 Convergences

- **Vulnérabilité VIH:** Le sur-risque d'issue défavorable (OR descriptif 2,77) et la surmortalité (23,2 % vs 7,3 %) observés dans les dossiers recoupent exactement la désignation unanime, par les soignants, des patients co-infectés comme « les plus vulnérables ». Convergence quanti-quali de premier ordre.
- **Poids de l'hospitalisation prolongée:** La durée médiane de 9 mois et l'hospitalisation initiale de 4 à 6 mois (quantitatif) éclairent la détresse liée à l'enfermement, à la rupture économique et à l'isolement décrite par tous les acteurs (qualitatif).
- **Profil de retraitement:** La prédominance des cas de retraitement (73,3 %) corrobore les récits de patients ayant connu un premier épisode tuberculeux avant le diagnostic de multirésistance.

3.3.2 Divergence majeure : le paradoxe de la santé mentale

La divergence la plus structurante oppose les données documentaires aux données vécues. Les dossiers affichent zéro diagnostic de santé mentale et un dépistage outillé inexistant; les entretiens, eux, décrivent une détresse psychologique massive, omniprésente et reconnue de tous. La littérature nationale et internationale situe par ailleurs la prévalence des troubles mentaux dans cette population à plus de 50 %, voire 61,1 % pour la dépression dans certaines régions camerounaises.

Tableau VIII: Triangulation sur la santé mentale: un écart radical entre ce qui est vécu et ce qui est enregistré.

Source	Ce qu'elle indique sur la santé mentale
Dossiers médicaux (quantitatif)	0 % de diagnostic documenté ; 0 % de dépistage outillé ; 2,8 % d'accompagnement psychosocial tracé
Entretiens et focus group (qualitatif)	Détresse, stress et anxiété décrits comme quasi universels ; besoins explicitement exprimés
Revue documentaire / littérature	Prévalence attendue > 50 % ; jusqu'à 61,1 % de dépression dans le Sud-Ouest camerounais

Explication plausible. Cet écart ne signifie pas que les troubles sont absents, mais qu'ils ne sont ni recherchés, ni reconnus formellement, ni consignés. Trois mécanismes se conjuguent : **(i)** l'absence d'outil et de protocole de dépistage dans le parcours TB-MR ; **(ii)** une conception biomédicale étroite chez une partie des soignants, qui ne qualifie de « trouble mental » que les formes psychiatriques sévères, reléguant stress et anxiété au rang de réactions normales ; **(iii)** un système d'information clinique sans champ dédié non contraignant. La documentation des dimensions de santé mentale dans les dossiers médicaux demeure limitée. Cette situation ne permet ni de retracer de manière systématique les interventions réalisées auprès des patients, ni d'intégrer cette composante au suivi et au pilotage programmatique.

3.3.3 Le genre: un signal à approfondir

Les dossiers ne révèlent pas de désavantage thérapeutique féminin marqué (succès et mortalité comparables entre sexes). Pourtant, la littérature et certains récits qualitatifs suggèrent une charge psychosociale spécifique aux femmes (responsabilités familiales, secret, exposition différenciée à la stigmatisation). Cette tension s'explique vraisemblablement par le fait que les dossiers ne capturent que l'issue clinique, et non les dimensions psychosociales du genre. Le constat appelle un approfondissement par des outils dédiés plutôt qu'une conclusion d'absence d'effet.

Afin de dépasser ce constat, il est recommandé d'intégrer dans les futures collectes de données des indicateurs sensibles au genre, notamment : la charge de soins aux proches, la dépendance financière vis-à-vis du conjoint ou de la famille, la stigmatisation domestique et les mécanismes de soutien social différenciés selon le sexe. Ces dimensions, absentes des dossiers actuels, permettraient de rendre visible une vulnérabilité qui existe dans les expériences vécues mais demeure invisible pour le pilotage programmatique. Par ailleurs, une sous-étude qualitative spécifiquement centrée sur les femmes atteintes de TB-MR à l'Hôpital Jamot constituerait une étape utile avant de conclure à l'absence d'effet du genre sur les issues thérapeutiques.

3.3.4 Cohérence d'ensemble

Au terme de la triangulation, un récit cohérent se dégage: une cohorte TB-MR au profil clinique lourd (retraitement, co-infection VIH fréquente, hospitalisation longue) obtient des résultats thérapeutiques globalement bons grâce à un encadrement hospitalier serré et à un soutien psychosocial non documenté mais réel. Cependant, la dimension "santé

mentale", pourtant identifiée par tous comme déterminante, reste hors du champ formel de la prise en charge et du système d'information. La performance d'ensemble repose ainsi sur un pilier: **le soutien psychologique**, qui n'est ni reconnu, ni outillé, ni pérennisé.

Chapitre 4: Discussion

Cette évaluation visait à apprécier la prise en compte de la santé mentale dans la prise en charge de la tuberculose multirésistante (TB-MR) à l'Hôpital Jamot de Yaoundé et à explorer ses liens avec les résultats thérapeutiques. Les résultats mettent en évidence un paradoxe majeur : alors que la détresse psychologique apparaît omniprésente dans les récits des patients et des prestataires, la santé mentale demeure pratiquement absente des dossiers médicaux. Ce constat, combiné à la mortalité élevée observée chez les patients co-infectés par le VIH et aux nombreuses vulnérabilités psychosociales rapportées, souligne la nécessité d'une approche plus intégrée et centrée sur la personne dans la prise en charge de la TB-MR.

Une invisibilité documentaire de l'état de la santé mentale des patients qui ne reflète pas l'absence de souffrance psychologique

Le principal constat de cette évaluation réside dans le contraste observé entre les données documentaires et les informations recueillies auprès des patients et des prestataires de soins. Aucun diagnostic de trouble mental, aucun score de dépistage et aucun outil standardisé d'évaluation de la santé mentale n'ont été retrouvés dans les 247 dossiers examinés. Toutefois, les entretiens réalisés auprès des patients et des prestataires décrivent de manière récurrente des manifestations compatibles avec une détresse psychologique importante, notamment l'anxiété, les troubles du sommeil, la perte d'espoir, le stress lié à l'hospitalisation, la peur de la mort et les difficultés d'adaptation au traitement.

Cette observation est cohérente avec la littérature, qui décrit les troubles de santé mentale comme des comorbidités fréquentes chez les patients atteints de tuberculose multirésistante. La méta-analyse de référence d'Alene et al. (2018), portant sur 40 études menées dans 20 pays, estimait déjà la prévalence regroupée de la dépression à 25 % et celle de l'anxiété à 24 % chez les patients TB-MR, avec une qualité de vie significativement plus altérée que chez les patients atteints de tuberculose sensible. Des travaux plus récents rapportent des prévalences encore plus élevées. Ainsi, la revue systématique de Thampy et al. (2024), réalisée auprès de 3 258 patients atteints de TB-MR en Asie du Sud, estime la prévalence de la dépression à environ 55 %, suggérant qu'un patient sur deux présente des symptômes dépressifs au cours de sa prise en charge. En Chine, Zhang et al. (2024) ont retrouvé des prévalences de 65,8 % pour les symptômes dépressifs et de 57,5 % pour les symptômes anxieux chez des patients atteints de TB-MR/RR, la stigmatisation liée à la maladie, une perception défavorable de l'état de santé et le jeune âge figurant parmi les principaux facteurs associés. Ces résultats confirment que les troubles psychologiques constituent une comorbidité fréquente de la TB-MR et soulignent l'importance d'un repérage précoce dans les programmes de prise en charge.

Les données disponibles au Cameroun vont dans le même sens. Kehbila et al. (2016) rapportent une prévalence de dépression de 61,1 % (IC95 % : 55,1–66,8) chez 265 patients atteints de tuberculose suivis dans la région du Sud-Ouest, dépistés par le PHQ-9. Plus récemment, Njang et al. (2023) ont mis en évidence une fréquence élevée de la dépression et de l'anxiété chez les patients atteints de tuberculose à travers une étude menée dans le département du Fako, ainsi qu'une association entre ces troubles psychologiques et une moindre observance thérapeutique. Bien que ces études aient principalement concerné des patients atteints de tuberculose sensible, elles confirment que la santé mentale constitue un enjeu important dans le contexte camerounais. La prévalence quasi nulle observée dans nos dossiers ne traduit donc pas une absence de besoins, mais l'absence de mécanismes systématiques d'identification, de mesure et de traçabilité ; un déficit de système d'information autant que de pratique clinique (recherche systématique des signes de troubles de santé mentale à travers des outils standardisés).

Cette discordance entre les données documentaires et les expériences vécues rejoint les constats formulés dans plusieurs contextes à forte charge tuberculeuse. Une revue systématique de Ruiz-Grosso et al. (2020) a montré que la dépression constitue l'un des troubles les plus fréquemment associés à la tuberculose et qu'elle est significativement associée aux issues thérapeutiques défavorables. De même, Pachi et al. (2013) soulignent que les troubles psychologiques influencent négativement l'adhésion thérapeutique et la qualité de vie des patients tuberculeux. L'OMS reconnaît désormais la santé mentale et le soutien psychosocial comme des composantes essentielles des soins centrés sur la personne dans le cadre de la stratégie End TB (WHO, 2015).

Ainsi, l'absence de documentation observée dans cette évaluation ne saurait être interprétée comme une absence de problèmes de santé mentale. Elle traduit plutôt l'absence de mécanismes systématiques permettant leur identification, leur mesure et leur suivi dans la pratique clinique courante. Une explication complémentaire tient à une conception biomédicale étroite de la santé mentale chez une partie des soignants, qui ne qualifie de « trouble mental » que les formes psychiatriques sévères, reléguant stress et anxiété au rang de réactions normales. Cette observation rejoint la littérature sur les modèles explicatifs locaux de la détresse et sur la nécessité d'outils culturellement adaptés et validés en contexte africain pour rendre la souffrance « visible » au système (Chibanda et al., 2016 ; Kanmogne et al., 2017).

Ces résultats rejoignent les orientations de la stratégie End TB, qui reconnaît la santé mentale et le soutien psychosocial comme des composantes essentielles des soins centrés sur la personne et encourage leur intégration progressive dans les services de prise en charge de la tuberculose (WHO, 2023).

L'hospitalisation prolongée, l'isolement social et la vulnérabilité socio-économique comme principaux déterminants de la détresse psychologique

Les résultats qualitatifs mettent en évidence le rôle central de l'hospitalisation prolongée dans l'expérience de la maladie. Les patients et les prestataires décrivent une rupture brutale avec la vie familiale, sociale et professionnelle, associée à une forte incertitude quant à l'issue du traitement. Cette situation est aggravée par l'éloignement du domicile, la dépendance vis-à-vis des proches et la perte ou la réduction des activités génératrices de revenus pendant plusieurs mois. Ces constats doivent être interprétés à

la lumière du profil sociodémographique de la cohorte. En effet, la majorité des patients étaient des adultes en âge économiquement actif, avec plus de quatre patients sur cinq âgés de moins de 50 ans. Parmi les dossiers renseignés, les activités professionnelles exercées concernaient principalement le commerce, l'agriculture, le transport, l'artisanat, l'enseignement et les services. Bien que les données relatives au statut professionnel aient été incomplètes dans une forte proportion de dossiers, ces informations suggèrent que la TB-MR touche majoritairement des personnes engagées dans des activités productives dont l'interruption prolongée peut avoir des répercussions importantes sur les revenus du ménage et la stabilité socio-économique de la famille. Par ailleurs, la majorité des patients résidaient en milieu urbain. Cette situation pourrait s'expliquer par la localisation du site d'étude, centre national de référence pour la prise en charge de la TB-MR, mais également par une meilleure accessibilité des services spécialisés pour les populations urbaines. Toutefois, les récits recueillis montrent que même dans ce contexte d'accès géographique relativement favorable, les patients restent confrontés à des difficultés financières importantes liées aux coûts indirects de la maladie, à la perte d'emploi ou à la réduction des activités économiques.

Les entretiens ont également mis en évidence les effets psychologiques de l'isolement prolongé. La séparation d'avec la famille, la limitation des interactions sociales, l'incertitude concernant l'évolution de la maladie ainsi que la dépendance économique vis-à-vis des proches ont été fréquemment décrites comme des sources majeures de stress, d'anxiété et de découragement. Plusieurs participants ont évoqué un sentiment de perte de contrôle sur leur vie et une inquiétude persistante quant à leur avenir personnel, familial et professionnel. Ces observations concordent avec les travaux d'Ambaw et al. (2018), qui ont montré que les patients tuberculeux exposés à des difficultés socio-économiques présentaient davantage de symptômes dépressifs et une qualité de vie réduite. D'autres études réalisées dans des contextes similaires ont identifié la durée du traitement, les contraintes économiques, les effets indésirables médicamenteux et l'isolement social comme des déterminants majeurs de la détresse psychologique chez les patients atteints de TB-MR (Sweetland et al., 2018 ; Tola et al., 2015).

Ainsi, les résultats de cette évaluation suggèrent que la souffrance psychologique observée chez les patients TB-MR ne résulte pas uniquement de la maladie elle-même, mais également de l'accumulation de vulnérabilités sociales, économiques et relationnelles qui accompagnent le parcours thérapeutique. Ces constats plaident en faveur d'une approche globale de la prise en charge, intégrant systématiquement le soutien psychosocial et l'accompagnement socio-économique des patients les plus vulnérables.

La stigmatisation familiale et communautaire demeure un obstacle majeur au bien-être et à l'observance

Contrairement à certaines perceptions associant principalement la stigmatisation aux structures de soins, les participants ont identifié la famille et la communauté comme les principaux espaces de rejet et de discrimination. Les récits d'abandon, de mise à l'écart, de rupture des liens sociaux ou encore d'interprétations liées à la sorcellerie illustrent le poids de cette stigmatisation dans le vécu des patients.

Ces résultats rejoignent ceux de Courtwright et Turner (2010), qui décrivent la stigmatisation comme l'un des déterminants sociaux les plus importants de la tuberculose. Plusieurs études africaines ont montré que la peur du rejet familial et communautaire favorise le secret autour de la maladie, retarde le recours aux soins et compromet l'adhésion thérapeutique (Daftary et al., 2017 ; Cremers et al., 2015).

La forte convergence observée entre patients et prestataires suggère que les interventions psychosociales devraient dépasser le cadre individuel pour intégrer les familles et les communautés dans les stratégies d'information, d'éducation et de communication.

Un constat fin de l'évaluation sur la perception, par certains patients, du port du masque comme une marque de mise à l'écart est directement corroboré par van der Westhuizen et al. (2024), qui montrent que les mesures de prévention et contrôle de l'infection (masques, isolement) peuvent paradoxalement exacerber la stigmatisation et le sentiment de déshumanisation avec certains se considérant comme *less than human*. La forte convergence patients-prestataires plaide pour des interventions anti-stigmatisation dépassant le seul patient : la revue de portée de Foster et al. (2022) et l'évaluation communautaire de Foster et al. (2024) montrent que les clubs de patients, l'éducation communautaire et l'implication de leaders (y compris religieux) réduisent la stigmatisation anticipée et facilitent la divulgation. La dimension genrée de la stigmatisation, plus lourde pour les femmes, est documentée par la revue qualitative de Nogueira et al. (2025) et par la synthèse narrative indienne de Chandra et al. (2025).

Un lien direct mérite d'être établi entre la stigmatisation documentée dans cette évaluation et le taux de perdus de vue observé dans la cohorte (5,3 %, soit 13 patients sur 247). Bien que les dossiers ne permettent pas d'identifier la cause précise de chaque abandon, les récits qualitatifs recueillis auprès des patients et des prestataires suggèrent que la stigmatisation familiale et communautaire notamment la peur du rejet, la honte liée au diagnostic et l'isolement social constitue un facteur contribuant probable à l'interruption du traitement. Un patient qui cache sa maladie à son entourage se prive simultanément du soutien social nécessaire pour maintenir une observance sur neuf mois de traitement. Cette hypothèse, solidement ancrée dans la littérature internationale, justifie que les interventions anti-stigmatisation soient considérées non seulement comme des mesures de bien-être, mais comme des leviers directs de rétention dans le traitement.

La co-infection TB-MR/VIH : principal facteur de vulnérabilité identifié dans la cohorte

Le statut VIH constitue le facteur le plus fortement associé aux issues défavorables dans cette évaluation. Les patients VIH-positifs présentaient une proportion d'issues défavorables de 31,7%, contre 14,4 % chez les VIH-négatifs (OR =2,77 ; IC95 % 1,46–5,25), avec une mortalité plus de trois fois supérieure (23,2 % contre 7,3 %). Ces résultats concordent avec la littérature subsaharienne. La méta-analyse de Chem et al. (2019), portant sur 3 368 patients co-infectés TB-MR/VIH en Afrique subsaharienne, rapporte un taux de guérison regroupé de 34,9 % et une mortalité de 18,1 %, et la revue de Edessa et al. (2020) confirme la mortalité élevée et les issues défavorables plus fréquentes chez les patients co-infectés. Les mécanismes : immunodépression, interaction immunopathologique bidirectionnelle, charge thérapeutique cumulée, diagnostic souvent tardif qui sont décrits par la revue narrative de Christian (2025). Ce constat est cohérent avec les données internationales qui identifient la co-infection TB/VIH comme

l'un des principaux déterminants de mortalité chez les patients atteints de tuberculose résistante. Selon le Global Tuberculosis Report de l'OMS, les patients co-infectés cumulent plusieurs facteurs de vulnérabilité liés à l'immunodépression, à la charge thérapeutique et aux comorbidités associées (WHO, 2024). L'intérêt de cette évaluation réside dans la convergence observée entre les données quantitatives et les perceptions qualitatives. Les prestataires ont unanimement désigné les patients vivant avec le VIH comme les plus fragiles et ceux nécessitant le plus d'accompagnement.

Au-delà de leur vulnérabilité clinique, les patients co-infectés TB-MR/VIH constituent également un groupe particulièrement exposé aux difficultés psychologiques. La littérature montre que les personnes vivant avec le VIH présentent davantage de symptômes dépressifs, d'anxiété et de détresse psychosociale que la population générale, en raison notamment de la stigmatisation, de la charge thérapeutique, de la peur de la progression de la maladie et des incertitudes liées à l'avenir (Peltzer & Louw, 2013 ; Sweetland et al., 2018). Lorsque l'infection à VIH est associée à une TB-MR nécessitant un traitement long et souvent difficile à supporter, ces facteurs de vulnérabilité peuvent se renforcer mutuellement.

Cette dimension psychosociale est également apparue dans les données qualitatives de la présente évaluation. Les prestataires ont identifié de manière convergente les patients vivant avec le VIH comme les plus vulnérables et ceux nécessitant le plus d'accompagnement, au-delà des seuls besoins médicaux. Toutefois, les dossiers médicaux ne permettaient pas de déterminer si ces patients bénéficiaient effectivement d'un suivi psychologique ou psychosocial renforcé, ni d'apprécier la fréquence des troubles de santé mentale dans ce sous-groupe. Cette absence de documentation limite la possibilité d'identifier précocement les patients cumulant plusieurs facteurs de vulnérabilité et d'évaluer l'adéquation des interventions qui leur sont proposées.

Ces résultats suggèrent que les personnes co-infectées TB-MR/VIH constituent un sous-groupe prioritaire pour le repérage systématique des troubles de santé mentale et le renforcement des interventions psychosociales dans les services de prise en charge de la TB-MR. Au-delà de l'intégration des services TB et VIH déjà effective dans le programme, les résultats de cette évaluation plaident pour une meilleure prise en compte des dimensions psychologiques et sociales de cette double affection, afin de renforcer l'approche centrée sur la personne et d'améliorer durablement les résultats thérapeutiques.

Le genre : une vulnérabilité peu visible dans les dossiers mais présente dans les expériences vécues

Contrairement à plusieurs études africaines ayant identifié le sexe féminin comme un facteur associé à une plus grande vulnérabilité psychologique, les analyses quantitatives réalisées dans cette cohorte n'ont pas mis en évidence de différences importantes entre hommes et femmes en matière d'issues thérapeutiques. Ce résultat contraste avec les données rapportées notamment en Éthiopie et dans d'autres contextes à forte charge tuberculeuse, où les femmes présentent plus fréquemment des symptômes dépressifs et anxieux liés aux inégalités économiques, à la dépendance financière ou aux responsabilités familiales (Abdurahman et al., 2022 ; Ambaw et al., 2018).

Toutefois, les données qualitatives recueillies suggèrent que les dimensions liées au genre sont insuffisamment capturées dans les dossiers médicaux. Les questions relatives à la

charge familiale, aux relations conjugales, aux mécanismes de soutien ou à la stigmatisation différentielle n'étaient pas documentées dans les dossiers examinés.

Il est donc possible que certaines inégalités liées au genre demeurent invisibles dans les données administratives alors qu'elles influencent l'expérience vécue de la maladie.

Ces résultats invitent à renforcer la prise en compte du genre dans les futurs systèmes de collecte et dans les évaluations ultérieures.

Un accompagnement psychosocial existant mais non documenté

L'évaluation montre que des interventions de soutien psychosocial, notamment l'écoute, le counseling, l'encouragement et l'éducation thérapeutique, sont effectivement mises en œuvre au cours de la prise en charge des patients TB-MR, comme en témoignent les entretiens réalisés auprès des prestataires. En revanche, ces interventions sont peu documentées dans les dossiers médicaux, ce qui ne permet pas d'apprécier leur fréquence, leur contenu, leur continuité ou leur contribution aux résultats thérapeutiques.

Cette situation est fréquemment observée dans les pays à ressources limitées où les programmes TB ne disposent pas toujours de ressources humaines spécialisées en santé mentale (Sweetland et al., 2018). Pourtant, l'OMS recommande explicitement l'intégration progressive du soutien psychosocial dans les programmes de lutte contre la tuberculose afin d'améliorer l'expérience des patients et les résultats thérapeutiques (WHO, 2022). La revue systématique de van Hoorn et al. (2016) montre que les interventions psycho-émotionnelles (counseling, groupes d'entraide, psychothérapie) augmentent la probabilité de succès thérapeutique (RR regroupé 1,37 ; IC95 % 1,08–1,73), et l'approche mhGAP de l'OMS (2016) fournit un référentiel opérationnel pour des soignants non spécialisés

Les résultats de cette évaluation suggèrent ainsi que le principal enjeu n'est pas de créer ex nihilo un accompagnement psychosocial, déjà intégré au continuum des soins, mais plutôt de renforcer, standardiser et documenter les pratiques déjà existantes, afin de mieux apprécier leur mise en œuvre et leur contribution aux résultats de la prise en charge.

Les insuffisances de la documentation comme limite au suivi et au pilotage programmatique

Au-delà de la santé mentale, cette évaluation a mis en évidence des déficits importants dans la complétude des données concernant plusieurs variables sociodémographiques et psychosociales, notamment le statut matrimonial, le niveau d'instruction, la profession et les interventions psychosociales. Ces insuffisances limitent non seulement les possibilités d'analyse mais également la capacité du programme à identifier les groupes vulnérables, suivre les besoins des patients et mesurer l'impact des interventions.

Les systèmes d'information constituent pourtant un élément essentiel des approches centrées sur la personne, promues par la stratégie End TB. Lorsqu'une dimension n'est pas documentée, elle devient difficile à suivre, à financer et à améliorer. Dans le cas présent, l'absence de données sur la santé mentale contribue directement à son invisibilité programmatique.

Ces constats rejoignent les recommandations internationales en faveur d'une meilleure intégration de la santé mentale dans les programmes de lutte contre la tuberculose. Walker et al. (2017) soulignent que les troubles mentaux comorbides demeurent

insuffisamment pris en compte dans de nombreux programmes TB, limitant leur identification et leur suivi. De son côté, le Guide d'intervention mhGAP de l'Organisation mondiale de la Santé recommande le renforcement des capacités des personnels de santé non spécialisés afin d'améliorer le repérage, la prise en charge et la documentation des troubles mentaux dans les services de soins courants (WHO, 2016).

Le renforcement des outils de collecte et l'intégration d'indicateurs standardisés de santé mentale apparaissent ainsi comme des préalables indispensables à toute stratégie durable d'intégration de la santé mentale dans la prise en charge de la TB-MR.

Limites de l'évaluation

Les constats présentés doivent être interprétés au regard des limites suivantes :

- Site unique. L'évaluation porte sur le seul Hôpital Jamot de Yaoundé. Bien que ce centre soit une référence nationale pour la TB-MR, les constats ne sont pas transposables sans précaution à l'ensemble des autres sites TB-MR.
- Nature documentaire des données de santé mentale. Le volet quantitatif mesure ce qui est inscrit dans les dossiers, et non l'état mental réel des patients. L'absence de diagnostic documenté reflète un déficit de dépistage et de traçabilité, et ne saurait être interprétée comme une absence de troubles.
- Lacunes documentaires. Plusieurs variables sociodémographiques et psychosociales sont massivement non renseignées (jusqu'à 86,6 %), ce qui restreint la portée des croisements correspondants. Le champ « IMC » s'est révélé inexploitable en l'état.
- Échantillon qualitatif resté centré sur les prestataires. Le volet qualitatif est riche du côté des soignants et d'un groupe de patients ; les questionnaires patients standardisés (PHQ-9, GAD-7 — Outil 2) n'ont pas alimenté de base quantitative patient exploitable, ce qui limite la mesure directe de la prévalence ressentie.

Conclusion

La présente évaluation met en évidence un paradoxe majeur dans la prise en charge de la tuberculose multirésistante à l'Hôpital Jamot de Yaoundé : alors que la détresse psychologique apparaît omniprésente dans les expériences rapportées par les patients et les prestataires, la santé mentale demeure pratiquement invisible dans les dossiers médicaux et les outils de suivi. Aucun diagnostic formel de trouble mental, aucun outil standardisé de dépistage et très peu d'éléments relatifs au soutien psychosocial ont été retrouvés dans les dossiers examinés.

Les résultats qualitatifs montrent que les patients TB-MR sont confrontés à de multiples facteurs de vulnérabilité susceptibles d'affecter leur bien-être psychologique, notamment l'hospitalisation prolongée, l'isolement social, la rupture des activités économiques, la stigmatisation familiale et communautaire ainsi que l'incertitude entourant l'évolution de la maladie. Ces constats rejoignent largement les données de la littérature qui reconnaissent la santé mentale comme une composante essentielle des soins centrés sur la personne dans le cadre de la lutte contre la tuberculose.

L'évaluation met également en évidence la vulnérabilité particulière des patients co-infectés TB-MR/VIH. Ceux-ci présentent des issues thérapeutiques moins favorables et une mortalité nettement plus élevée que les patients séronégatifs. Les données disponibles suggèrent que ces patients présentent également un risque accru de détresse psychologique et constituent un groupe prioritaire pour les futures interventions de dépistage et d'accompagnement psychosocial.

Enfin, l'étude révèle des insuffisances importantes dans la qualité de la documentation des dimensions psychosociales et de certaines variables sociodémographiques. Ces lacunes limitent la capacité du système à identifier les besoins des patients, à suivre les vulnérabilités et à orienter les décisions programmatiques.

Dans ce contexte, l'intégration progressive des spécialistes de la santé mentale dans les services de prise en charge de la TB-MR apparaît comme une nécessité pour renforcer la qualité, l'humanité et l'efficacité des soins. Le principal défi ne réside pas dans la démonstration de l'existence des besoins psychosociaux, mais dans la mise en place de mécanismes simples, faisables et durables permettant de les identifier, de les documenter et d'y répondre de manière systématique.

Chapitre 5: Recommandations

Les recommandations ci-après sont formulées selon une logique SMART (spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes, temporellement définies), priorisées et directement alignées sur les constats de l'évaluation. La priorité 1 désigne les actions à engager sans délai, la priorité 2 les actions à moyen terme, la priorité 3 les actions de consolidation.

5.1. Recommandations détaillées

R1 (Constats 1 et 7). Intégrer un dépistage systématique des troubles de la santé mentale dans le parcours TB-MR. Introduire l'usage des échelles validées PHQ-9 (dépression) et GAD-7 (anxiété) à l'admission puis à intervalles réguliers, avec consignation obligatoire du score au dossier. Cible mesurable : ≥ 80 % des nouveaux patients TB-MR dépistés et tracés dans les 12 mois.

R2 (Constat 6). Former les équipes en place aux premiers niveaux de soutien psychosocial. Organiser un cycle de formation des infirmières et accompagnateurs psychosociaux du service à l'identification de la détresse et au counseling de base (référentiel mhGAP de l'OMS). Cible : 100 % du personnel du service formé sous 9 mois.

R3 (Constats 3 et 4). Prioriser l'intégration des services TB-MR et VIH. Mettre en place un protocole d'accompagnement renforcé (clinique et psychosocial) pour les patients co-infectés, compte tenu de leur surmortalité. Cible : réduction mesurable de la mortalité des patients co-infectés sur deux cycles de cohorte.

R4 (Constat 6). Affecter des ressources humaines spécialisées en santé mentale au sein même du service TB-MR. s'assurer de la présence régulière d'un(e) personnel spécialisé (psychologue ou d'un(e) infirmier(ère) spécialisé(e)), avec du temps dédié et mettre en place un cadre permettant d'éviter tout déplacement de patients contagieux. Cible : un cadre de prise en charge SM opérationnel dans le service sous 12 mois.

R5 (Constats 1 et 5). Déployer des interventions anti-stigmatisation orientées familles et communautés. Concevoir et diffuser des supports IEC corrigeant les mythes (contagiosité, sorcellerie, fatalité du décès) et associant l'entourage à l'accompagnement. Cible : sessions IEC familiales intégrées au protocole d'hospitalisation.

R6 (Constat 7). Standardiser et informatiser les outils de saisie des dossiers. Réviser la grille clinique pour rendre obligatoires les champs psychosociaux et corriger l'ambiguïté du champ « IMC/poids ». Cible : taux de complétude des champs clés ≥ 90 %.

R7 (Constats 1 et 6). Mettre en place des activités occupationnelles pour les patients hospitalisés, afin d'atténuer le stress lié à l'enfermement prolongé, conformément aux suggestions répétées des soignants. Cible : un programme d'activités hebdomadaire en pavillon TB-MR.

R8 (Limites). Concevoir et mettre en œuvre une étude de cohorte prospective multicentrique visant à évaluer l'effet de l'intégration systématique du dépistage des troubles de la santé mentale et de l'accompagnement psychosocial sur les résultats thérapeutiques des patients atteints de TB-MR. Cible : protocole multisites soumis au CNERSH dans les 12 mois.

R9 (Constat 3). Mettre en place des mécanismes de suivi des besoins socio-économiques des patients les plus vulnérables et renforcer les liens avec les dispositifs existants de soutien social. Cible : dispositif d'appui formalisé et financé, en complément des initiatives informelles actuelles.

R10 (Plaidoyer). Porter l'intégration de la santé mentale dans le Plan Stratégique National TB (PSN 2027–2030). Utiliser les présents constats comme base de plaidoyer auprès du PNLT et des partenaires pour inscrire le dépistage et l'accompagnement psychosocial dans le protocole national de prise en charge de la TB-MR.

5.2. Tableau de synthèse des recommandations

Tableau 8: Recommandations stratégiques et opérationnelles, acteurs responsables, horizon temporel et priorité.

Priorité 1 (rouge) : actions immédiates ; Priorité 2 (jaune) : moyen terme ; Priorité 3 (vert) : consolidation.

Recommandations	Acteurs responsables	Horizons	Priorités
Dépistage SM systématique (PHQ-9/GAD-7) tracé	PNLT, direction Hôpital Jamot	0–12 mois	1
Intégration prioritaire des services TB-MR/VIH	PNLT, programme VIH, direction	0–12 mois	1
Ressources SM spécialisées dans le service	DRH, Direction Hôpital Jamot,	0–12 mois	1
Formation du personnel au soutien psychosocial (mhGAP)	DPS, PNL, FIS, TB People, direction	0–9 mois	1
Plaidoyer pour intégration au PSN TB 2027–2030	TB People, FIS, société civile	12–24 mois	1
Standardisation/informatisation des dossiers	PNLT, direction, équipe données	6–18 mois	2
IEC anti-stigmatisation familles/communautés	PNLT, FIS, APS, agents communautaires	6–18 mois	2
Activités occupationnelles en hospitalisation	Direction, APS, partenaires	6–18 mois	2
Appui social et nutritionnel ciblé	FIS, partenaires, programme TB	6–18 mois	2
Etude de cohorte prospective multicentrique visant à évaluer l'effet de l'intégration systématique du dépistage de la santé mentale et de l'accompagnement psychosocial sur les résultats thérapeutiques des patients atteints de TB-MR.	DROS, DLMEP, PNL / Universités / TB People, ONG FIS	12–24 mois	3

Références

1. Abdurahman, S., Seyoum, B., Oljira, L., & Legesse, M. (2022). Magnitude of depression and associated factors among patients on tuberculosis treatment in Eastern Ethiopia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 18, 1655–1665. <https://doi.org/10.2147/NDT.S365087>
2. Alene, K. A., Clements, A. C. A., McBryde, E. S., Jaramillo, E., Lönnroth, K., Shaweno, D., Gulliver, A., & Viney, K. (2018). Mental health disorders, social stressors, and health-related quality of life in patients with multidrug-resistant tuberculosis: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Infection*, 77(5), 357–367. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2018.07.007>
3. Ambaw, F., Mayston, R., Hanlon, C., & Alem, A. (2018). Depression among patients with tuberculosis: Determinants, course and impact on pathways to care and treatment outcomes in a primary care setting in Southern Ethiopia—A study protocol. *BMJ Open*, 8(7), e020301. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020301>
4. Badoum, G., Ouédraogo, A. R., Fiogbé, A. A., Kuate Kuate, A., Soumana, A., Diop, Y. M., Dogo, M. F., Mbitikon, O. B., Combar, A., Agodokpessi, G., Affolabi, D., Bisso, A., Atimbada, D. R., Menon, S., & Koura, K. G. (2025). An overview of drug-resistant tuberculosis management in six Francophone African countries from 2018 to 2022. *Tropical Medicine and Infectious Disease*, 10(1), 28. <https://doi.org/10.3390/tropicalmed10010028>
5. Chem, E. D., Van Hout, M. C., & Hope, V. (2019). Treatment outcomes and antiretroviral uptake in multidrug-resistant tuberculosis and HIV co-infected patients in sub-Saharan Africa: A systematic review and meta-analysis. *BMC Infectious Diseases*, 19, 723. <https://doi.org/10.1186/s12879-019-4317-4>
6. Chibanda, D., Verhey, R., Gibson, L. J., Munetsi, E., Machando, D., Rusakaniko, S., Munjoma, R., Araya, R., Weiss, H. A., & Abas, M. (2016). Validation of screening tools for depression and anxiety disorders in a primary care population with high HIV prevalence in Zimbabwe. *Journal of Affective Disorders*, 198, 50–55. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.006>
7. Christian, T. (2026). Multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB) in people living with HIV: Clinical issues, therapeutic challenges and perspectives in sub-Saharan Africa: A narrative review. *Journal of Clinical Tuberculosis and Other Mycobacterial Diseases*, 43, 100602. <https://doi.org/10.1016/j.jctube.2026.100602>
8. Courtwright, A., & Turner, A. N. (2010). Tuberculosis and stigmatization: Pathways and interventions. *Public Health Reports*, 125(Suppl. 4), 34–42. <https://doi.org/10.1177/00333549101250S407>
9. Cremers, A. L., de Laat, M. M., Kapata, N., Gerrets, R., Klipstein-Grobusch, K., & Grobusch, M. P. (2015). Assessing the consequences of stigma for tuberculosis patients in urban Zambia. *PLoS ONE*, 10(3), e0119861. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0119861>

10. Daftary, A., Frick, M., Venkatesan, N., & Pai, M. (2017). Fighting TB stigma: We need to apply lessons learnt from HIV activism. *BMJ Global Health*, 2(4), e000515. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000515>
11. Edessa, D., Sisay, M., & Dessie, Y. (2020). Unfavorable outcomes to second-line tuberculosis therapy among HIV-infected versus HIV-uninfected patients in sub-Saharan Africa: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 15(8), e0237534. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237534>
12. Foster, I., Galloway, M., Human, W., Anthony, M., Myburgh, H., Vanqa, N., et al. (2022). Analysing interventions designed to reduce tuberculosis-related stigma: A scoping review. *PLOS Global Public Health*, 2(10), e0000989. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000989>
13. Foster, I., Biewer, A., Vanqa, N., Makanda, G., Tisile, P., Hayward, S. E., et al. (2024). "This is an illness. No one is supposed to be treated badly": Community-based stigma assessments in South Africa to inform tuberculosis stigma intervention design. *BMC Global and Public Health*, 2, 70. <https://doi.org/10.1186/s44263-024-00070-5>
14. Kanmogne, G. D., Qiu, F., Ntone, F. E., Fonsah, J. Y., Njamnshi, D. M., Kuate, C. T., et al. (2017). Depressive symptoms in HIV-infected and seronegative control subjects in Cameroon: Effect of age, education and gender. *PLoS ONE*, 12(2), e0171956. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171956>
15. Kehbila, J., Ekabe, C. J., Aminde, L. N., Noubiap, J. J. N., Fon, P. N., & Monekosso, G. L. (2016). Prevalence and correlates of depressive symptoms in adult patients with pulmonary tuberculosis in the Southwest Region of Cameroon. *Infectious Diseases of Poverty*, 5(1), 51. <https://doi.org/10.1186/s40249-016-0145-6>
16. Koyanagi, A., Vancampfort, D., Carvalho, A. F., DeVylder, J. E., Haro, J. M., Pizzol, D., Veronese, N., & Stubbs, B. (2017). Depression comorbid with tuberculosis and its impact on health status: A cross-sectional analysis of community-based data from 48 low- and middle-income countries. *BMC Medicine*, 15(1), 209. <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0979-5>
17. Lönnroth, K., Migliori, G. B., Abubakar, I., D'Ambrosio, L., de Vries, G., Diel, R., et al. (2016). Towards tuberculosis elimination: An action framework for low-incidence countries. *European Respiratory Journal*, 45(4), 928–952. <https://doi.org/10.1183/09031936.00214014>
18. Njang, A., et al. (2023). (Compléter selon la publication utilisée dans votre texte.)
19. Pachi, A., Bratis, D., Moussas, G., Tselebis, A., & Tsiamita, M. (2013). Psychiatric morbidity and other factors affecting treatment adherence in pulmonary tuberculosis patients. *Tuberculosis Research and Treatment*, 2013, 489865. <https://doi.org/10.1155/2013/489865>

20. Peltzer, K., & Louw, J. (2013). Prevalence of suicidal behaviour and associated factors among tuberculosis patients in public primary care in South Africa. *Indian Journal of Medical Research*, 138(2), 194–200.
21. Ruiz-Grosso, P., Cachay, R., de la Flor, A., Schwalb, A., Ugarte-Gil, C., & Association Working Group. (2020). Association between tuberculosis and depression on negative outcomes of tuberculosis treatment: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 15(1), e0227472. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227472>
22. Sweetland, A. C., Oquendo, M. A., Wickramaratne, P., Weissman, M. M., & Wainberg, M. L. (2018). Tuberculosis: An opportunity to integrate mental health services in primary care in low-resource settings. *The Lancet Psychiatry*, 5(12), 952–954. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30382-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30382-8)
23. Thampy, P., Rupani, A., Chullithala, A., & Pawar, N. (2024). Prevalence of depression among drug-resistant tuberculosis patients in South Asia: A systematic review and meta-analysis. *Indian Journal of Psychiatry*, 66(10), 875–886. https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_237_24
24. Tola, H. H., Tol, A., Shojaeizadeh, D., Garmaroudi, G., Yekaninejad, M. S., Ejeta, L. T., Kassa, D., & Klinkenberg, E. (2015). Psychological distress and its effect on tuberculosis treatment outcomes in Ethiopia. *Global Health Action*, 8(1), 29019. <https://doi.org/10.3402/gha.v8.29019>
25. Ugarte-Gil, C., Ruiz, P., Zamudio, C., Canaza, L., Otero, L., & Krapp, F. (2013). Association of major depressive episode with negative outcomes of tuberculosis treatment. *PLoS ONE*, 8(7), e69514. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0069514>
26. van der Westhuizen, H.-M., Ehrlich, R., Somdyala, N., et al. (2024). Stigma relating to tuberculosis infection prevention and control implementation in rural health facilities in South Africa: A qualitative study outlining opportunities for mitigation. *BMC Global and Public Health*, 2, 66. <https://doi.org/10.1186/s44263-024-00097-8>
27. van Hoorn, R., Jaramillo, E., Collins, D., Gebhard, A., & van den Hof, S. (2016). The effects of psycho-emotional and socio-economic support for tuberculosis patients on treatment adherence and treatment outcomes: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 11(4), e0154095. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0154095>
28. Walker, I. F., Baral, S. C., Wei, X., Huque, R., Khan, A., Walley, J., Newell, J. N., & Else, H. (2017). Multidrug-resistant tuberculosis treatment programmes insufficiently consider comorbid mental disorders. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 21(6), 603–609. <https://doi.org/10.5588/ijtld.17.0135>
29. World Health Organization. (2015). *The End TB strategy*. World Health Organization.
30. World Health Organization. (2021). *Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches*. World Health Organization.

31. World Health Organization. (2022). *Implementing the End TB strategy: The essentials* (2022 update). World Health Organization.
32. World Health Organization. (2024). *Global tuberculosis report 2024*. World Health Organization.
33. World Health Organization. (2025). *Consolidated guidelines on tuberculosis: Module 2 – Screening, diagnosis, treatment and care*. World Health Organization.
34. Stop TB Partnership. (2023). *Community, rights and gender (CRG) assessment framework for tuberculosis programmes*. Stop TB Partnership.
35. United Nations General Assembly. (2023). *Political declaration of the high-level meeting on the fight against tuberculosis*. United Nations.
36. Zhang, D., Zhang, G., Du, Y., Li, Y., Wang, T., Chen, Y., Xu, Y., & Xu, X. (2024). Prevalence and risk factors of anxiety and depression in patients with multidrug/rifampicin-resistant tuberculosis. *Frontiers in Public Health*, 12, 1372389. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1372389>

Annexes

Annexe 1 : Outils de collecte mobilisés

Outil	Description	Cible
Outil 1	Grille de collecte standardisée et anonymisée (sociodémographique, clinique, santé mentale, issues)	Dossiers médicaux TB-MR
Outil 2	Questionnaire structuré avec échelles validées (PHQ-9, GAD-7) et sections stigmatisation, observance, qualité de vie	Patients TB-MR
Outil 3	Guide d'entretien semi-structuré (perceptions, pratiques, recommandations)	Prestataires de soins / APS
Outil 4	Guide de discussion de groupe (expériences, stigmatisation, observance, besoins)	Patients TB-MR et ASC

OUTILS DE COLLECTE DES DONNÉES

OUTIL 1

FICHE DE COLLECTE DE DONNÉES STANDARDISÉE ET ANONYMISÉE

Étude rétrospective TB-MR et Santé Mentale au Cameroun (2015–2025)

INFORMATIONS D'IDENTIFICATION

Champ	Valeur / Code
Code unique du dossier (attribué par l'enquêteur)	_____
Site de traitement	_____
Date de collecte (JJ/MM/AAAA)	__ / __ / ____
Enquêteur (initiales uniquement)	_____

SECTION A — DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Variable	Valeur / Code
A1. Âge (en années révolues)	____ ans
A2. Sexe	☐ Homme ☐ Femme
A3. Milieu de résidence	☐ Urbain ☐ Rural
A4. Statut matrimonial	☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf/Veuve ☐ Non documenté
A5. Niveau d'instruction	☐ Aucun ☐ Primaire ☐ Secondaire ☐ Supérieur ☐ Non documenté
A6. Statut professionnel	☐ Actif ☐ Sans emploi ☐ Retraité ☐ Non documenté

SECTION B — DONNÉES CLINIQUES

Variable	Valeur / Code
B1. Date de début du traitement TB-MR	___ / ___ / _____
B2. Type de cas TB	☐ Nouveau cas ☐ Retraitement ☐ Non documenté
B3. Confirmation diagnostique	☐ Test moléculaire (Xpert) ☐ Culture ☐ Les deux ☐ Non précisé
B4. Statut VIH	☐ Positif ☐ Négatif ☐ Inconnu
B5. IMC au début du traitement (kg/m ²)	____, ____ kg/m ² ☐ Non documenté
B6. Présence d'autres comorbidités	☐ Non ☐ Oui — Préciser : _____
B7. Antécédents de traitement TB antérieur	☐ Aucun ☐ TB sensible traitée ☐ TB-MR déjà traitée ☐ Non documenté

SECTION C — DONNÉES DE SANTÉ MENTALE

Variable	Valeur / Code
C1. Mention d'un diagnostic de trouble de santé mentale dans le dossier	☐ Oui ☐ Non ☐ Non recherché
C2. Si Oui (C1), type de trouble documenté	☐ Dépression ☐ Anxiété ☐ Psychose ☐ Autre : _____ ☐ Non précisé
C3. Outil de dépistage utilisé (si documenté)	☐ PHQ-9 ☐ HADS ☐ GAD-7 ☐ Autre : _____ ☐ Non précisé
C4. Score obtenu à l'outil (si documenté)	___ / ___ ☐ Non documenté
C5. Mention d'une prise en charge psychosociale	☐ Oui ☐ Non ☐ Non documenté
C6. Type de prise en charge (si Oui)	☐ Counseling ☐ Médicament psychotrope ☐ Référence ☐ Soutien social ☐ Non précisé

SECTION D — ISSUES DE TRAITEMENT

Variable	Valeur / Code
D1. Issue finale du traitement (définitions OMS)	☐ Succès (guéri + traitement terminé) ☐ Échec ☐ Perdu de vue ☐ Décès ☐ Non évalué
D2. Date de l'issue (JJ/MM/AAAA)	___ / ___ / _____ ☐ Non documentée

Variable	Valeur / Code
D3. Durée totale du traitement (en mois)	____ mois ☐ Non calculable

NOTES / OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTEUR :

OUTIL 2 : QUESTIONNAIRE POUR LES PATIENTS ATTEINTS DE TUBERCULOSE

Date : ____ / ____ / ____

Numéro d'identification du participant : _____

SECTION A : INFORMATIONS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES**A1. Âge :** _____ ans**A2. Sexe :**☐ Masculin ☐ Féminin**A3. Niveau d'éducation le plus élevé atteint :**

- ☐ Aucun
- ☐ Primaire
- ☐ Secondaire (1er cycle)
- ☐ Secondaire (2nd cycle)
- ☐ Supérieur

A4. Situation matrimoniale :

- ☐ Célibataire
- ☐ Marié(e) / Union libre
- ☐ Divorcé(e) / Séparé(e)
- ☐ Veuf(ve)

A5. Occupation principale :

- ☐ Sans emploi
- ☐ Étudiant(e)
- ☐ Employé(e) (secteur formel)
- ☐ Travailleur(se) indépendant(e) / Informel
- ☐ Retraité(e)
- ☐ Autre (préciser) : _____

A6. Revenu mensuel du ménage (estimation) :

- ☐ Moins de _____ XAF
- ☐ _____ – _____ XAF
- ☐ _____ – _____ XAF
- ☐ Plus de _____ XAF

A7. Lieu de résidence :☐ Urbain ☐ Rural**SECTION B : INFORMATIONS CLINIQUES SUR LA TUBERCULOSE****B2. Date du diagnostic :** ____ / ____ / ____**B3. Durée du traitement :** _____ mois**B4. Avez-vous déjà été traité(e) pour la tuberculose auparavant ?**☐ Oui ☐ Non

B5. Si oui, combien de fois ? _____

B6. Êtes-vous également atteint(e) du VIH ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

SECTION C : SANTÉ MENTALE

C1. Questionnaire PHQ (dépression)

Au cours des 2 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ?

Problème	Pas du tout	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours
Peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses	☐	☐	☐	☐
Se sentir déprimé(e), abattu(e) ou désespéré(e)	☐	☐	☐	☐
Troubles du sommeil	☐	☐	☐	☐
Fatigue ou manque d'énergie	☐	☐	☐	☐
Problèmes d'appétit	☐	☐	☐	☐
Mauvaise estime de soi	☐	☐	☐	☐
Difficulté de concentration	☐	☐	☐	☐
Lenteur ou agitation	☐	☐	☐	☐
Pensées suicidaires	☐	☐	☐	☐

Impact global :

- ☐ Pas du tout difficile
☐ Un peu difficile
☐ Très difficile
☐ Extrêmement difficile

C2. Échelle GAD (anxiété)

Au cours des 2 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par :

Problème	Pas du tout	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours
Nervosité ou anxiété	☐	☐	☐	☐

Difficulté à contrôler l'inquiétude	☐	☐	☐	☐
Inquiétudes excessives	☐	☐	☐	☐
Difficulté à se détendre	☐	☐	☐	☐
Agitation	☐	☐	☐	☐
Irritabilité	☐	☐	☐	☐
Peur qu'un événement grave survienne	☐	☐	☐	☐

Impact global :

- ☐ Pas du tout difficile
☐ Un peu difficile
☐ Très difficile
☐ Extrêmement difficile

SECTION D : STIGMATISATION ET DISCRIMINATION**D1. Avez-vous été traité(e) différemment depuis votre diagnostic ?**

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

D2. Si oui, de quelle(s) manière(s) ? (plusieurs choix possibles)

- ☐ Évitement social
☐ Exclusion d'activités
☐ Rumeurs / commérages
☐ Insultes / commentaires négatifs
☐ Difficulté d'emploi
☐ Difficulté de logement
☐ Discrimination dans les soins
☐ Autre : _____

D3. Avez-vous caché votre diagnostic ?

- ☐ Oui ☐ Non

D4. Si oui, à qui ? (plusieurs choix possibles)

- ☐ Famille proche
☐ Famille élargie
☐ Amis
☐ Employeur / collègues
☐ Voisins
☐ Partenaire
☐ Autre : _____

D5. Avez-vous quelqu'un qui vous soutient pendant votre traitement ?

☐ Oui☐ Non**D6. Quelles sont les difficultés majeures auxquelles vous faites face actuellement ?**☐ Effets secondaires☐ Difficultés financières☐ Isolement☐ Conflits familiaux☐ Stigmatisation☐ Fatigue émotionnelle**D7. Impact de la stigmatisation sur les soins :**☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Modérément ☐ Beaucoup ☐ Énormément**SECTION E : OBSERVANCE THÉRAPEUTIQUE****E1. Avez-vous oublié de prendre vos médicaments récemment ?**☐ Oui ☐ Non**E2. Si oui, combien de fois ? _____****E3. Raisons (plusieurs choix possibles) :**☐ Oubli☐ Amélioration ressentie☐ Effets secondaires☐ Rupture de médicaments☐ Déplacement☐ Honte☐ Mauvaise compréhension☐ Autre : _____**E4. Avez-vous arrêté le traitement avant la fin ?**☐ Oui ☐ Non**E5. Si oui, pourquoi ?**☐ Guérison perçue☐ Effets secondaires☐ Difficultés financières☐ Stigmatisation☐ Manque de soutien☐ Autre : _____

E6. Recevez-vous un soutien ?☐ Oui ☐ Non**E7. Type de soutien :**☐ Rappels☐ Supervision☐ Soutien moral☐ Aide logistique☐ Autre : _____**SECTION F : QUALITÉ DE VIE****F1. Qualité de vie globale :**☐ Très mauvaise ☐ Mauvaise ☐ Moyenne ☐ Bonne ☐ Très bonne**F2. Satisfaction vis-à-vis de votre santé :**☐ Très insatisfait(e) ☐ Insatisfait(e) ☐ Neutre ☐ Satisfait(e) ☐ Très satisfait(e)**F3. Impact sur les activités quotidiennes :**☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Modérément ☐ Beaucoup ☐ Énormément**F4. Impact sur les relations sociales :**☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Modérément ☐ Beaucoup ☐ Énormément**F5. Accès au soutien psychologique :**☐ Oui, facilement ☐ Oui, difficilement ☐ Non ☐ Pas nécessaire**MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION**

OUTIL 3 : GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-STRUCTURÉ**Prestataires de Soins de Santé (y compris APS)****Objectif du guide**

Ce guide vise à faciliter les entretiens individuels avec les prestataires de soins, y compris les accompagnateurs psychosociaux (APS) impliqués dans la prise en charge des patients atteints de tuberculose.

L'objectif est d'explorer leurs **perceptions, connaissances, pratiques et défis** liés à la **santé mentale** et à la **stigmatisation** dans le contexte de la tuberculose.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Date : ____ / ____ / ____

Numéro d'identification de l'interviewé : _____

Profession : _____

Années d'expérience dans la prise en charge de la TB : _____

INTRODUCTION (Durée estimée : ____ minutes)

- Présentation de l'équipe de recherche
- Présentation de l'objectif de l'étude
- Explication du consentement libre et éclairé
- Garantie de la confidentialité et de l'anonymat
- Rappel du caractère volontaire de la participation
- Possibilité de se retirer à tout moment
- Demande d'autorisation d'enregistrement (si applicable)

THÈME 1 : CONNAISSANCES ET PERCEPTIONS DE LA SANTÉ MENTALE CHEZ LES PATIENTS TB

(Durée estimée : ____ minutes)

1. Selon votre expérience, quels sont les principaux défis psychologiques ou émotionnels rencontrés par les patients atteints de tuberculose ?
2. Observez-vous une prévalence de troubles de santé mentale (dépression, anxiété, stress) chez vos patients ?
 - Comment identifiez-vous les patients en détresse psychologique ?
 - Existe-t-il un protocole de dépistage ?
 - Quels signes vous alertent le plus ?
3. Comment évaluez-vous l'impact de la tuberculose sur le bien-être mental général des patients ?

4. Quelles sont, selon vous, les principales causes de ces problèmes de santé mentale ?
(Ex : durée du traitement, isolement, effets secondaires, etc.)
5. Avez-vous reçu une formation spécifique en santé mentale ou en soutien psychosocial ? Si oui, laquelle ?

THÈME 2 : STIGMATISATION ET DISCRIMINATION LIÉES À LA TUBERCULOSE

(Durée estimée : ____ minutes)

1. Dans quelle mesure la stigmatisation est-elle une réalité pour vos patients ?
 - Comment se manifeste-t-elle ?
2. Avez-vous observé des cas de discrimination ?
 - Dans la communauté
 - Dans la famille
 - Dans les structures de santé
 - Exemples concrets : _____
3. Quel impact la stigmatisation a-t-elle sur :
 - La recherche de soins ?
 - L'observance thérapeutique ?
4. Quels sont les mythes ou perceptions erronées les plus fréquents sur la tuberculose ?
5. Quelles actions mettez-vous en place pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination ?
6. Quels profils de patients semblent les plus vulnérables ? (femmes, jeunes, patients VIH, patients isolés ?)

THÈME 3 : OBSERVANCE THÉRAPEUTIQUE ET QUALITÉ DE VIE

(Durée estimée : ____ minutes)

1. Quels sont les principaux facteurs influençant l'observance thérapeutique ?
2. Quel rôle jouent la santé mentale et les facteurs psychosociaux dans l'observance du traitement ? (liens observés entre santé mentale et abandon ?, Quels patients interrompent le plus souvent leur traitement ? Quels obstacles reviennent fréquemment ?)
3. Comment évaluez-vous la qualité de vie des patients TB ?

- Quels aspects sont les plus affectés ?
- 4. Quelles stratégies utilisez-vous pour :
 - Améliorer l'observance ?
 - Renforcer la qualité de vie ?

THÈME 4 : BESOINS ET RECOMMANDATIONS

(Durée estimée : ____ minutes)

1. Quels sont les besoins non satisfaits en matière de santé mentale et de soutien psychosocial ?
2. Quelles sont les principales barrières à l'intégration de la santé mentale dans la prise en charge TB ? *(Limites empêchant une meilleure prise en charge psychologique)*
(Ex : manque de ressources, personnel, temps, formation, etc.)
3. Quelles recommandations feriez-vous pour améliorer la prise en charge psychosociale des patients TB au Cameroun ? *(Solutions réalistes)*
4. Comment renforcer la collaboration entre :
 - Les services TB
 - Les services de santé mentale ?
5. Y a-t-il d'autres éléments importants que vous souhaitez ajouter ?

CONCLUSION (Durée estimée : ____ minutes)

- Remerciements pour la participation
- Rappel des prochaines étapes de l'étude
- Information sur la possibilité de recevoir les résultats
- Vérification finale :
 - Toutes les questions ont-elles été abordées ?
 - L'interviewé souhaite-t-il ajouter quelque chose ?

FIN DE L'ENTRETIEN

OUTIL 4 : GUIDE DE FOCUS GROUP**Patients atteints de Tuberculose (guéris)****Objectif du guide**

Ce guide est conçu pour animer des discussions de groupe avec des patients atteints de tuberculose

Il vise à explorer leurs **expériences, perceptions et défis** liés à la **santé mentale**, à la **stigmatisation** et à l'**observance thérapeutique**.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Date : ____ / ____ / ____

Lieu : _____

Modérateur : _____

Nombre de participants : _____

Type de groupe :

☐ Patients TB

☐ Agents de Santé Communautaires (ASC)

INTRODUCTION (Durée estimée : ____ minutes)

- Mot de bienvenue et remerciements
- Présentation de l'objectif du focus group
- Explication des règles de discussion :
 - ✓ Respect mutuel
 - ✓ Écoute active
 - ✓ Liberté d'expression
 - ✓ Confidentialité (ce qui est dit ici reste ici)
 - ✓ Absence de bonnes ou mauvaises réponses
- Explication du consentement éclairé
- Assurance de l'anonymat et de la confidentialité
- Demande d'autorisation d'enregistrement (si applicable)
- Tour de table (prénom + rôle/occupation, sans mention du statut TB)

THÈME 1 : EXPÉRIENCES DE LA TUBERCULOSE ET SANTÉ MENTALE

(Durée estimée : ____ minutes)

1. Comment la tuberculose a-t-elle affecté votre vie quotidienne ?

- (Patients : expérience personnelle)
2. Quels sont les sentiments ou émotions les plus fréquents depuis le diagnostic ?
(Ex : tristesse, peur, colère, espoir...)
 3. Avez-vous rencontré des difficultés liées à :
 - Sommeil
 - Appétit
 - Concentration
 - Autres : _____
 4. Selon vous, la tuberculose affecte-t-elle la santé mentale ?
 - Si oui, comment ?
 5. Quels types de soutien vous ont aidé à faire face aux difficultés émotionnelles ?
 - ☐ Famille
 - ☐ Amis
 - ☐ Professionnels de santé
 - ☐ Communauté
 - ☐ Autre : _____
 6. Quelles ont été les périodes les plus difficiles ? Qu'est-ce qui vous a aidé à continuer ?

THÈME 2 : STIGMATISATION ET DISCRIMINATION

(Durée estimée : ____ minutes)

1. Comment la tuberculose est-elle perçue dans votre communauté ?
 - Existe-t-il des idées fausses ou des préjugés ?
2. Avez-vous (ou les patients) été :
 - Traité(e) différemment ?
 - Exclu(e) ?
 - Stigmatisé(e) ?
 - Exemples : _____
3. Quel est l'impact de la stigmatisation sur :
 - Le traitement

- La vie sociale
4. Quelles sont les principales conséquences sur la vie des patients ?
 - Relations
 - Travail
 - Bien-être
 5. Quelles solutions proposez-vous pour réduire la stigmatisation ?

THÈME 3 : OBSERVANCE THÉRAPEUTIQUE ET SOUTIEN

(Durée estimée : ____ minutes)

1. Quels sont les principaux défis pour suivre correctement le traitement ? (Qu'est-ce qui vous a véritablement aidé à guérir ?)
2. Quel est l'impact de la santé mentale sur l'observance thérapeutique ? (Ex : dépression, anxiété)
3. Quels types de soutien sont les plus efficaces ?
 - ☐ Rappels
 - ☐ Visites à domicile
 - ☐ Soutien émotionnel
 - ☐ Accompagnement médical
 - ☐ Autre : _____
4. Rôle des ASC :
 - Comment aident-ils à surmonter les obstacles ?
5. Quelles ressources existent (ou devraient exister) pour :
 - Gérer les effets secondaires
 - Soutenir la santé mentale

THÈME 4 : BESOINS ET RECOMMANDATIONS

(Durée estimée : ____ minutes)

1. Quels sont les besoins prioritaires en santé mentale et soutien psychosocial ?
2. Comment les services de santé pourraient-ils mieux intégrer la santé mentale ?
3. Quelles actions permettraient d'améliorer la qualité de vie des patients TB ?
4. Avez-vous d'autres recommandations ou points à partager ?

CONCLUSION (Durée estimée : ____ minutes)

- Remerciements sincères aux participants
- Valorisation de leurs contributions
- Rappel de l'importance de leurs témoignages
- Présentation des prochaines étapes de l'étude
- Information sur la diffusion des résultats

FIN DU FOCUS GROUP

Annexe 2 : Tableaux statistiques détaillés**A2.1 Issues du traitement (effectifs)**

Issue (définitions OMS)	Effectif (n)	Proportion
Succès (guéri + traitement terminé)	193	78,1 %
Décès	32	13,0 %
Perdu de vue	13	5,3 %
Échec	5	2,0 %
Non documenté / non évalué	4	1,6 %
Total	247	100 %

A2.2 Documentation de la santé mentale

Variable	Oui	Non	Non documenté / absent
Diagnostic SM au dossier	0 (0 %)	126 (51,0 %)	121 (49,0 %)
Outil de dépistage utilisé	0 (0 %)	/	247 (100 %)
Score de dépistage consigné	0 (0 %)	/	247 (100 %)
Prise en charge psychosociale	7 (2,8 %)	78 (31,6 %)	162 (65,6 %)

A2.3 Croisements bivariés des issues (cohorte évaluable, n=243)

Variable	Modalité	Favorable	Défavorable	Total
Statut VIH	Négatif	137 (85,6 %)	23 (14,4 %)	160
	Positif	56 (68,3 %)	26 (31,7 %)	82
Sexe	Femme	82 (82,0 %)	18 (18,0 %)	100
	Homme	111 (77,6 %)	32 (22,4 %)	143
Type de cas	Nouveau cas	43 (71,7 %)	17 (28,3 %)	60
	Retraitement	146 (82,0 %)	32 (18,0 %)	178

A2.4 Complétude documentaire des variables

Variable	% non documenté / manquant
Score de dépistage SM	100 %
Outil de dépistage SM	100 %
Niveau d'instruction	86,6 %
Statut professionnel	84,6 %
Prise en charge psychosociale	65,6 %
Statut matrimonial	59,9 %

Variable	% non documenté / manquant
Comorbidités	51,0 %
Diagnostic SM (dossier)	49,0 %
IMC / poids (champ inexploitable)	40,5 %
Antécédents TB	15,4 %

Annexe 3 : Personnes et sources consultées

Conformément aux principes d'anonymisation, les personnes consultées sont identifiées par des codes. Au total : 247 dossiers médicaux, 7 prestataires/accompagnateurs et 7 anciens patients (un focus group).

Code	Catégorie	Modalité de consultation
CEESD01	Infirmière service TB-MR	Entretien individuel
CEESD02	Infirmière service TB-MR	Entretien individuel
CEESD03	Accompagnateur psychosocial (APS)	Entretien individuel
CEESD04	Personnel de santé (anglophone)	Entretien individuel
CEESD05	Accompagnateur psychosocial (APS)	Entretien individuel
CEESD06	Major / responsable d'unité	Entretien individuel
CEESD07	Infirmière service TB-MR	Entretien individuel
CEESD (réf.)	Infirmière supérieure spécialisée en santé mentale	Entretien individuel
CEFG02	Anciens patients TB-MR (7 participants)	Discussion de groupe

Annexe 4 : Matrice d'évaluation

Question évaluative	Indicateur	Source / méthode	Constat principal
QE1 Documentation SM	% de dossiers avec diagnostic / dépistage SM	Grille dossiers	0 % diagnostic ; 0 % dépistage outillé
QE2 Association SM-issues	Issues selon PEC psychosociale documentée	Croisements bivariés	PEC trop peu documentée pour conclure ; détresse liée au risque d'abandon (quali)
QE3 Genre	Issues et SM selon le sexe	Croisements bivariés	Pas de désavantage clinique féminin marqué ; charge psychosociale à approfondir
QE4 Perceptions	Thèmes émergents (détresse, stigma, observance)	Entretiens + focus group	Détresse universelle ; stigmatisation familiale ; engagement non outillé

Question évaluative	Indicateur	Source / méthode	Constat principal
QE5 Intégration	Besoins et leviers identifiés	Quali + triangulation	Dépistage standardisé, ressources SM dédiées, intégration VIH

Annexe 5 — Documentation complémentaire

- Note de cadrage — Évaluation Santé mentale & TB-MR, CFCS 2025 (TB People Cameroun / FIS Cameroun), version 1.0, mai 2026.
- Protocole d'évaluation — Troubles de santé mentale et résultats du traitement de la TB-MR au Cameroun (2015–2025), version 1.2, mars 2026.
- Programme de descente — chronogramme opérationnel, 21 mai au 1er juin 2026.
- Base de données anonymisée des 247 dossiers TB-MR (Hôpital Jamot de Yaoundé).
- Transcriptions intégrales des entretiens individuels et de la discussion de groupe.