



RAPPORT

REUNION D'EVALUATION TRIMESTRIELLE DES ACTEURS DE TERRAIN (ASCp, ACRA sup et TECHNICIENS DE LABORATOIRE)



Centre spirituel Jean XXIII, Mvolé – Yaoundé
11 Novembre 2025

FOR IMPACTS IN SOCIAL HEALTH

WWW@fiscameroun.org

TABLE DE MATIERES

I.	CONTEXTE ET JUSTIFICATION	3
II.	OBJECTIFS DE LA REUNION.....	3
II.A.	Objectif Général.....	3
II.B.	Objectifs spécifiques	3
III.	RESULTATS ATTENDUS	4
IV.	DEROULEMENT DE LA REUNION.....	4
IV.A.	Mot de bienvenue de la DLMEP	5
IV.B.	Module 1 : mise à jour sur les progrès du projet	6
(i)	Résultats à date du projet (Juillet-Sept 2025).....	6
(ii)	Présentation Données T1, T2, T3 DHIS2 GTR- DHIS2 TB-PEC@2.0 : Point sur la Gestion de la qualité des données et circuit de validation et transmission	7
(iii)	Echanges et discussion.....	8
IV.C.	Module 2 : Renforcement continu des capacités	9
(i)	Diagnostic TB selles : Etats des lieux, analyses des défis et rappel des procédures de Collecte, conditionnement, transport et acheminement des échantillons de selles	9
(ii)	Recherche Active TB aux portes d'entrées des FOSAs et en communauté.....	10
(iii)	Echanges et discussion	11
IV.D.	Module 3 : Partage d'expériences et bonnes pratiques.....	11
(i)	Déperdition cascade présumés référés et testés	11
(ii)	Renforcement des capacités sur les outils de collecte des données (Fiche de synthèse mensuelle ACRA et Tech Lab., données DHIS2)	12
(iii)	Présentation performances meilleur ASC/ACRA/FOSA et critères de choix.....	13
(iv)	Résultats OnelImpact Google Form et Gestion des couts catastrophiques	13
(v)	Echanges et discussions.....	15
IV.E.	Distribution des registres TB, TPT et Contact Tracing et outils de visibilité	16
V.	Recommandations	16
VI.	Mot de fin	17
	Annexe 1 : Quelques Photos	18
	Annexe 2 : Agenda	20

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Dans le cadre de la lutte contre la tuberculose pédiatrique au Cameroun, l'ONG For Impacts in Social Health (FIS) met en œuvre depuis mai 2023, avec l'appui technique et financier d'Expertise France, le projet TB-PEC@2.0 intitulé : **« Faire progresser les résultats de la tuberculose pédiatrique chez les enfants vulnérables et déplacés internes en zone urbaine au Cameroun »**. Ce projet vise à renforcer la recherche active communautaire et hospitalière de la tuberculose pédiatrique dans 30 formations sanitaires des 08 Districts de Santé de Yaoundé, afin d'améliorer la détection précoce, la prise en charge et le suivi communautaire des enfants de 0 à 14 ans exposés ou atteints de tuberculose.

Après deux années de mise en œuvre, le projet a dépassé ses objectifs initiaux avec 624 enfants TB toutes formes confondues ont été diagnostiqués (soit 379 TPB+ ; 120 TPB- et 125 TEP), soit 121 % de la cible initiale, et 3164 enfants ont été mis sous TPT, représentant 369 % de l'objectif fixé. Les résultats du Trimestre 3 (Juillet-Septembre 2025) confirment cette dynamique avec 113 enfants TB TFC diagnostiqués et mis sous traitement (70 TPB+, 24 TPB-, 19 TEP), et 461 enfants de moins de 5 ans mis sous TPT sur 465 éligibles (couverture 99%).

En Année 3, plusieurs ajustements stratégiques ont été introduits : recentrage sur 30 formations sanitaires performantes, organisation de Masters Class semestrielles pour renforcer le diagnostic clinique, implication accrue des ASC et ACRA dans la coordination et le suivi, amélioration du transport des échantillons avec vulgarisation du diagnostic par les selles, et intégration en temps réel des données dans le DHIS2.

Malgré ces avancées, plusieurs défis persistent : forte déperdition dans la cascade de dépistage avec un taux de testing faible (40 % contre une cible ≥ 85 %), gaps et incohérences dans le DHIS2, difficultés de traçabilité du TPT, réticence communautaire, et faible vulgarisation du diagnostic par les selles.

C'est dans ce contexte que la présente réunion trimestrielle, qui fait suite à la précédente, revêt une importance stratégique. Elle vise à dresser un bilan actualisé des performances du Trimestre 3 (Juillet-Septembre 2025), à analyser la qualité et la cohérence des données DHIS2, à documenter les défis opérationnels liés au transport des échantillons et à la cascade de dépistage, à partager les bonnes pratiques communautaires et à faire le point sur la gestion des coûts catastrophiques, TB-Clubs et barrières d'accès aux soins via One Impact.

Cette réunion constitue un cadre d'échanges pour renforcer les capacités des ACRA, ASCp et techniciens de laboratoire, corriger les gaps identifiés dans le DHIS2, et formuler des recommandations concrètes pour optimiser les performances et consolider les acquis du projet.

TB TFC : Tuberculose toutes formes confondues, **TPB+** : Tuberculose Pulmonaire bactériologiquement confirmée, **TPB-** : Tuberculose Pulmonaire cliniquement diagnostiquée (non confirmée bactériologiquement), **TEP** : Tuberculose extra-pulmonaire, **TPT** : Traitement Préventif à la Tuberculose.

II. OBJECTIFS DE LA REUNION

II.A. Objectif Général

Améliorer la mise en œuvre du projet en renforçant les performances, la qualité des données et les capacités des acteurs pour une réponse plus efficace et coordonnée contre la tuberculose pédiatrique

II.B. Objectifs spécifiques

- 🕒 Présenter les résultats actualisés du trimestre 3 (Juillet-Septembre 2025), les tendances et les écarts par rapport aux cibles fixées ;

- ☞ Apprécier la complétude, la qualité et la promptitude des données dans le DHIS-2, et proposer des actions correctrices pour les sites non conformes ;
- ☞ Documenter les difficultés liées à la chaîne de référencement, de testing, et au transport des échantillons biologiques ;
- ☞ Capitaliser les bonnes pratiques en matière de mobilisation communautaire, d'adhésion des familles et de documentation des cas ;
- ☞ Analyser les performances de gestion des coûts catastrophiques (frais de transport, dépistage, chimioprophylaxie, carnets, radios, hospitalisations et comorbidités) par FOSA et identifier les difficultés rencontrées ;
- ☞ Faire le point sur la mise à jour des TB-Clubs en identifiant les FOSA sans Note de service TB-Clubs disponibles et documenter les difficultés de suivi ;
- ☞ Présenter et analyser les données Google Form One Impact sur les barrières d'accès aux soins de santé par FOSA ;
- ☞ Procéder à la décharge des primes fixes, crédits téléphoniques, internet et enquêtes d'entourage du Trimestre 3 ;
- ☞ Formuler des recommandations opérationnelles précises pour améliorer les performances globales du projet.

III. RESULTATS ATTENDUS

Les résultats suivants sont escomptés au terme de cette réunion :

- ☞ Les résultats actualisés du trimestre 3 (juillet – septembre 2025) du projet sont présentés, mettant en évidence les progrès réalisés, les tendances observées et les écarts enregistrés par rapport aux cibles fixées ;
- ☞ La complétude, la qualité et la promptitude des données dans le DHIS-2 sont évaluées, avec l'identification des FOSA non conformes et la définition d'actions correctrices concrètes pour améliorer le reporting ;
- ☞ Les difficultés rencontrées dans la chaîne de référencement, de testing et de transport des échantillons biologiques sont documentées, avec des propositions de solutions pour fluidifier le circuit et réduire les retards ;
- ☞ Les bonnes pratiques en matière de mobilisation communautaire, d'adhésion des familles et de documentation des cas TB sont capitalisées ;
- ☞ Les performances liées à la gestion des coûts catastrophiques (transport, dépistage, TPT, examens complémentaires, hospitalisations et comorbidités) sont analysées par FOSA, et les contraintes majeures identifiées pour orienter des mesures correctives adaptées ;
- ☞ L'état de mise à jour et de fonctionnalité des TB-Clubs est actualisé, les FOSA dépourvues de Note de service TB-Clubs sont identifiées, et les difficultés de suivi sont documentées ;
- ☞ Les données issues du Google Form One Impact sur les barrières d'accès aux soins sont analysées, permettant d'orienter les interventions ciblées pour la levée des obstacles identifiés ;
- ☞ Les décharges des primes fixes, crédits téléphoniques, connexions Internet et enquêtes d'entourage du trimestre 3 sont effectuées ;
- ☞ Des recommandations opérationnelles précises sont formulées pour améliorer les performances globales du projet.

IV. DEROULEMENT DE LA REUNION

Le 11 Novembre 2025 à partir de 10h15 il s'est déroulée dans la salle de réunion de Mvolyé la réunion trimestrielle des ACRA, ASCp et techniciens de laboratoire. Cette réunion qui fait suite à la réunion de Juillet 2025 avait pour toile de fond d'améliorer la mise en œuvre du projet en renforçant les performances, la coordination et les capacités des acteurs communautaires pour une réponse plus efficace et coordonnée contre la Tuberculose pédiatrique ; c'était de ce fait

une occasion de : présenter les résultats du projet en analysant les tendances et les écarts, apprécier la complétude, la qualité et la promptitude des données dans le DHIS2 en proposant des mesures correctrices pour les sites non conformes, identifier les défis liés au référencement, au testing, au transport des échantillons et renforcer les compétences des acteurs.

Y ont pris part: le MINSANTE (DLMEP), le PF PNLT, le représentant du GTR, le responsable Contrôle qualité laboratoire GTR, quelques membres de l'ONG FIS Cameroun, les ASCp, ACRA et techniciens de laboratoire du projet TB-PEC@2.0 (Voir fiche de présence en annexe).

L'ordre du jour portait sur les points suivants :

- 🌀 Mot de bienvenue DLMEP ;
- 🌀 Module 1 : mise à jour sur les progrès du projet :
 - 🚧 Résultats à date du projet (Juillet-Sept 2025)
 - 🚧 Présentation Données T1, T2, T3 DHIS2 GTR- DHIS2 TB-PEC@2.0 : Point sur la Gestion de la qualité des données et circuit de validation et transmission ;
- 🌀 Module 2 : renforcement continu des capacités
 - 🚧 Recherche Active de la Tuberculose aux portes d'entrées des FOSAs et en communauté
 - 🚧 Diagnostic TB selles : Etats des lieux, analyses des défis et rappel des procédures de Collecte, conditionnement, transport et acheminement des échantillons de selles
- 🌀 Module 3 : Partage d'expériences et bonnes pratiques
 - 🚧 Déperdition cascade présumés référés et testés
 - 🚧 Renforcement des capacités sur les outils de collecte des données (Fiche de synthèse mensuelle ACRA et Tech Lab., données DHIS2 et GTR)
 - 🚧 Présentation performances meilleur ASC/ACRA/FOSA et critères de choix
 - 🚧 Résultats OnImpact Google Form sur les barrières d'accès aux soins de santé par FOSA et Gestion des couts catastrophiques
- 🌀 Formation remplissage des registre, distribution Registre TB, TPT et Contact Tracing et outils de visibilité
- 🌀 Synthèse des Recommandations de la réunion
- 🌀 Mot de fin

IV.A. Mot de bienvenue de la DLMEP

Le Chef Service Tuberculose de la DLMEP a exprimé sa profonde gratitude aux participants pour leur présence, rappelant que cette réunion constitue un moment essentiel pour s'assurer que le projet avance dans la bonne direction et reste aligné sur ses objectifs. Il a indiqué que cette rencontre offre l'occasion d'examiner ensemble nos forces, nos faiblesses, ainsi que de partager les expériences et les bonnes pratiques issues du terrain.

Il a souligné que cette réunion intervient à la suite de la supervision conjointe de validation des données, laquelle a mis en évidence plusieurs défis importants, notamment des gaps dans les données, des insuffisances dans le reporting et d'autres difficultés opérationnelles nécessitant une action concertée.

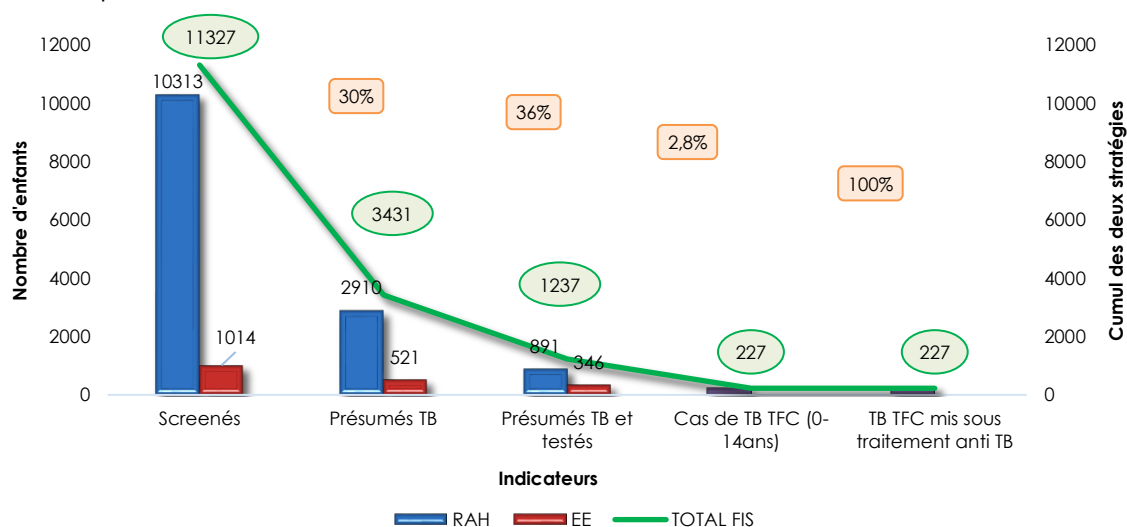
Il a encouragé tous les participants à faire preuve d'assiduité, de rigueur et d'engagement tout au long des échanges, en posant autant de questions que nécessaire pour contribuer à l'amélioration continue du projet. Il a rappelé, pour conclure, que le projet TB-PEC@2.0 n'est pas uniquement celui de l'ONG FIS, mais bien un projet collectif, porté par l'ensemble des acteurs engagés dans la lutte contre la tuberculose pédiatrique.

IV.B. Module 1 : mise à jour sur les progrès du projet

(i) Résultats à date du projet (Juillet-Sept 2025)

La chargée du Suivi évaluation dans sa présentation a rappelé que la supervision trimestrielle menée auprès des ASCp, ACRA et techniciens de laboratoire a permis d'évaluer les performances des FOSA entre juillet et octobre 2025, ainsi que la qualité des données rapportées dans le DHIS2 et la base interne FIS. Cette revue intervient dans le cadre de la troisième année du projet, axée sur l'amélioration de la qualité, de la durabilité et de la performance des interventions communautaires.

Les résultats montrent une progression globale du projet, mais avec des disparités importantes selon les FOSA. Sur la période évaluée, le taux de testing des présumés TB reste très faible à **36 %**, alors que la cible opérationnelle du PNLT est de **85 %**. Le taux de positivité observé est de **3 %** (<10 % tel que recommandé par l'OMS). De plus, les données montrent une forte proportion de TPB+ (**59 %**) contre 41 % de TB cliniques (TPB-/TEP), ce qui interroge sur la qualité du diagnostic clinique.



Les comparaisons mensuelles entre les données DHIS2 et celles de la base FIS révèlent des écarts persistants. Certaines FOSA présentent des taux de complétude et de promptitude faibles, avec des données transmises en retard ou incorrectement documentées. Dans le domaine de la chimioprophylaxie, les performances progressent mais restent irrégulières, avec des variations importantes d'un district à un autre.

La supervision a mis en évidence 03 gaps majeurs :

- 🌱 **La non-documentation des données de screening, présumés et testés.** Plusieurs ASCp et ACRA ne consignent pas les activités de dépistage dans les fiches de screening, les registres ou les fiches synthèses. Cette situation entraîne une perte importante d'informations sur le nombre réel d'enfants dépistés, présumés orientés ou testés. Elle contribue directement au faible taux de testing observé (36 %) et empêche d'analyser correctement la cascade présumés → testés → mis sous traitement.
- 🌱 **Les insuffisances dans les données de laboratoire.** Plusieurs techniciens utilisent mal ou ne renseignent pas régulièrement les registres TB ; les résultats GeneXpert ne sont pas systématiquement consignés ; et des incohérences apparaissent entre les fiches de synthèse, les registres et les données DHIS2. Certaines FOSA n'ont pas transmis les données du mois ou les ont transmises de manière incomplète. Ces gaps s'expliquent également par des défis techniques : non-calibration de GeneXpert, difficultés dans le convoyage des échantillons de selles.
- 🌱 **Les gaps de données DHIS2 FIS-PNLT-Base FIS :** Ces gaps affectent la qualité de la base de données du projet et compliquent le suivi des performances, en particulier pour les

indicateurs clés : **screening (cible 90 %), proportion de présumés TB (cible 30 %), testing (cible 85 %) et mise sous traitement (100 %).**

Pour corriger ces insuffisances, plusieurs mesures prioritaires ont été adoptées :

- 🌀 Renforcer le coaching des ASCp, ACRA et techniciens sur l'utilisation et la documentation des outils ;
- 🌀 Mettre en place une validation systématique des données au niveau des FOSA avant transmission DHIS2 ;
- 🌀 Harmoniser les données DHIS2 et base FIS via un contrôle mensuel conjoint ;
- 🌀 Améliorer le convoyage et la traçabilité des échantillons, notamment pour le diagnostic par les selles ;
- 🌀 Renforcer la coordination entre FIS, PNLT, DLMEP, GTR et les FOSA sur le suivi mensuel des performances.

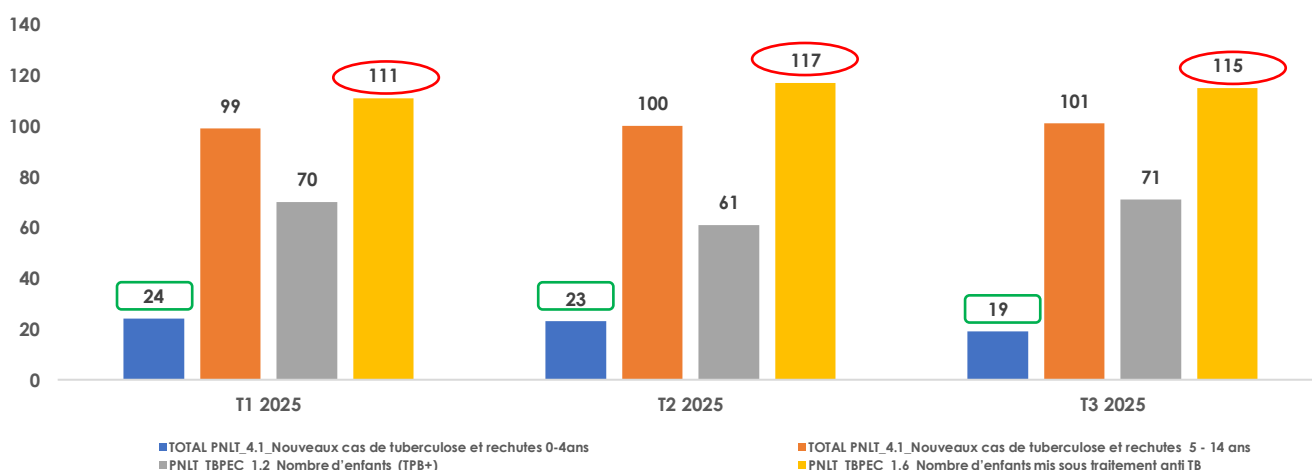
(ii) Présentation Données T1, T2, T3 DHIS2 GTR- DHIS2 TB-PEC@2.0 : Point sur la Gestion de la qualité des données et circuit de validation et transmission

Le représentant du GTR TB a présenté les résultats de la prise en charge de la tuberculose pédiatrique dans la région du Centre. En effet, la région du centre compte 5 050 837 habitants répartis dans 33 districts de santé avec 75 CDT assurant une couverture d'un CDT pour 67 344 habitants.

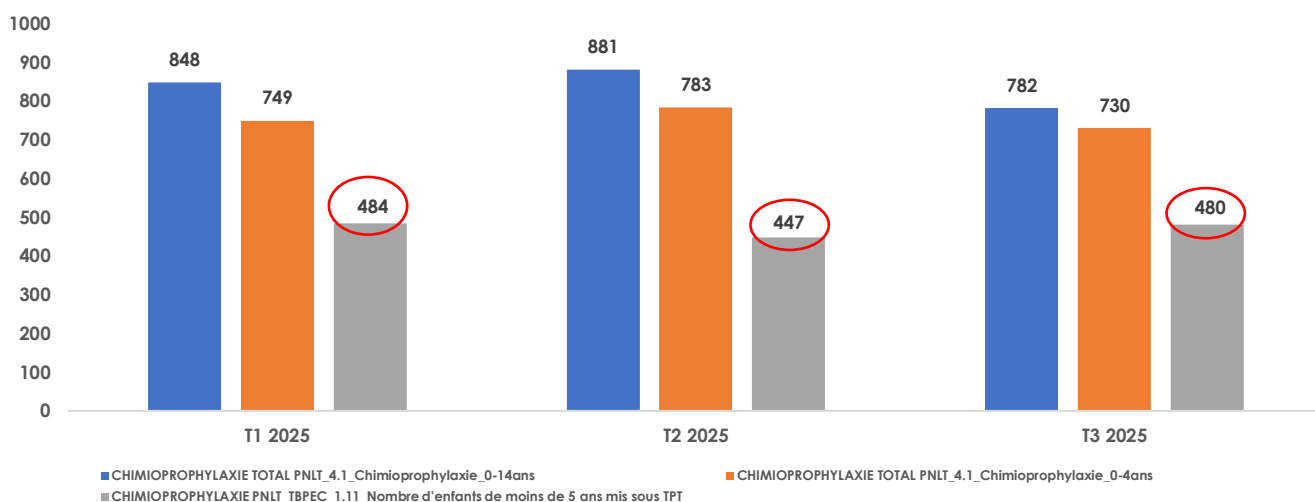
La région dispose de 12 TBLamp, 11 Genexpert et 4 TrueNat pour le diagnostic, et fait face à une incidence de 150 cas pour 100 000 habitants avec une sous-notification préoccupante des cas de TB (gap de 4%), de TBMR (gap de 7%) et particulièrement de TB pédiatrique (gap de 1% à Yaoundé mais de 80% hors Yaoundé), situation aggravée par la présence de nombreux bidonvilles constituant des poches de tuberculose.

Sur le plan opérationnel, la complétude des rapports est excellente avec la majorité des FOSA à 100%, bien que quelques structures comme le CME Fondation Chantal Biya et l'HD Mvog Ada présentent des taux de 66,67%, tandis que la promptitude demeure variable avec plusieurs hôpitaux de district affichant des performances faibles entre 33% et 66%.

Les résultats cumulés de 2025 montrent que **366** nouveaux cas de tuberculose pédiatrique ont été mis sous traitement



Concernant la chimioprophylaxie, 2 511 enfants ont été mis sous traitement préventif dont 163 sous INH et 2 348 sous RH, avec 2 262 enfants de moins de 5 ans dont 1411 venant du projet TB-PEC@2.0 et 249 enfants de 5 à 14 ans.



L'analyse des gaps révèle que certaines structures ont dépassé leurs cibles comme le CME Fondation Chantal Biya avec 31 cas supplémentaires, l'HD Djoungolo avec 18 cas, l'Hôpital EPC Djoungolo avec 30 cas et l'Hôpital Sainte Thérèse avec 10 cas, tandis que d'autres présentent des gaps importants à combler notamment l'Hôpital Jamot avec 25 cas manquants, l'Hôpital Afrique Future avec 27 cas, l'HD Cité Verte avec 11 cas et le HMR1 avec 10 cas.

L'analyse des tendances trimestrielles montre une évolution de la chimio prophylaxie avec 848 cas au T1 dont 484 enfants de moins de 5 ans (64% de concordance PNLT/TB-PEC), 881 cas au T2 dont 447 enfants de moins de 5 ans (57%) et 782 cas au T3 dont 480 enfants de moins de 5 ans (65%), tandis que les nouveaux cas sont passés de 24 cas chez les 0-4 ans et 99 cas chez les 5-14 ans au T1 (90% de concordance) à 23 et 100 cas respectivement au T2 (95%) puis 19 et 101 cas au T3 (95%), démontrant une excellente cohérence entre les données PNLT et TB-PEC.

Les défis prioritaires identifiés incluent l'amélioration urgente de la promptitude des rapports dans plusieurs FOSA qui affichent des taux inférieurs à 50%, la réduction critique du gap de 80% dans le dépistage de la TB pédiatrique hors Yaoundé, le renforcement du dépistage actif dans les bidonvilles identifiés comme poches de tuberculose, l'harmonisation des performances en matière de traitement préventif entre les différentes structures et l'atteinte des cibles 2025 dans les FOSA sous-performantes, le tout s'inscrivant dans l'objectif global de mettre fin à la tuberculose d'ici 2030 car comme le rappelle le slogan de la campagne, l'horloge tourne et il est temps de tenir les promesses faites en matière de lutte contre cette maladie qui reste gratuite et guérissable.

(iii) Echanges et discussion

À l'issue de la présentation, plusieurs questions pertinentes ont été soulevées par les parties prenantes, suscitant des échanges riches et constructifs.

Question : Que faire en cas de réticence des parents malgré tout ce que l'ACRA peut dire ?

Réponse :

- 🕒 Faire recours au counseling prolongé et, si nécessaire, au personnel consultant qui dispose de plus d'arguments et a eu la possibilité de consulter l'enfant.
- 🕒 Mettre en place un espace de collaboration et de discussion fluide avec le patient pour le mettre en confiance et faciliter son adhésion.

Question : Peut-on avoir une séance de remplissage des registres et du formulaire de fiche de synthèse mensuelle ?

Réponse :

- ☞ La séance sera réalisée à la fin de la présentation, animée par une FOSA expérimentée (ex. NKOMO) qui renseignera correctement les registres et expliquera aux participants.
- ☞ La fiche de synthèse mensuelle sera abordée dans la prochaine présentation pour approfondissement.

Question : Différence entre les données enfants sous TPT TB-PEC@2.0 et GTR : que faire ?

Réponse :

- ☞ Les ACRA doivent renseigner correctement la fiche de synthèse trimestrielle GTR et celle de FIS, en capitalisant toutes les données des partenaires au GTR.
- ☞ Il faut garder à l'esprit que les données d'un partenaire ne peuvent pas dépasser celles du GTR, car le GTR représente l'ensemble des données cumulées dans les registres.

Question : Quel est le rôle des médecins dans le diagnostic de la TB ou dans le diagnostic clinique TB par selles ?

Réponse :

- ☞ Les médecins aident au screening et à la recherche active de la TB.
- ☞ Une formation sur le diagnostic clinique de la TB pédiatrique est prévue en janvier pour renforcer leurs compétences et les inviter à prescrire les tests sur selles ou autres tests en cas de suspicion.
- ☞ Il est essentiel de sensibiliser continuellement les cliniciens pour que la recherche de la TB pédiatrique soit continue et les encourager à restaurer et partager la formation auprès des autres membres du staff, notamment lors des réunions de coordination de la FOSA.

IV.C. Module 2 : Renforcement continu des capacités

(i) Diagnostic TB selles : Etats des lieux, analyses des défis et rappel des procédures de Collecte, conditionnement, transport et acheminement des échantillons de selles

Le responsable contrôle qualité GTR dans sa présentation sur le diagnostic de la tuberculose dans les selles a dressé un état des lieux clair des avancées et des défis rencontrés dans les CDT. Bien que l'activité soit effectivement déployée, sa mise en œuvre reste lente dans certaines formations sanitaires, notamment à cause de tensions en cartouches GeneXpert, d'une faible prescription des tests et d'une implication insuffisante de certains prescripteurs due au manque de formation continue, à une communication limitée avec les laboratoires et à l'absence de guides actualisés. Ces faiblesses entraînent des retards de prise en charge et des diagnostics incomplets.

DS EFOULAN					DS ODZA			DS NKOLDONGO			DS MVOG-ADA	
HMR1	HD EFOULAN	CSC MVOLYE	CMA AHALA	CMP BONNE SANTE	HD ODZA	CBC EKOUMD OUM	CMA NKOMO	CASS NKOLDO NGO	INF. PRISON CENTRALE	HD NKOLDO NGO	HD MVOG-ADA	HD MVOG-ADA
0	0	2	3	2	4	4	6	7	0	0	3	3

DS DJOUNGOLO					
HOP. JAMOT	CSC MARIE REINE	HOP EPC DJOUN	CMC NKOLON DOM	HD DJOUNG OLO	DEO GRATIAS
2	1	6	0	10	7

DS BIYEM-ASSI				
CHUY	CSC ETOUG-EBE	CSC ETOUG-EBE	HD BIYEM-ASSI	ST MARTIN DE PORRES
0	5	1	2	0

DS CITE VERTE				
HD CITE VERTE	HOP. BETHESDA	CM LA POLICE	CME/FCB	LA MERCI
10	1	0	1	0

DS NKOLBISSON		
C. SHALOM	HST ENFANT JESUS	HD KBSN
0	0	0

Un autre défi majeur concerne la documentation : formulaires d'analyses souvent mal renseignés, résultats non consignés, bordereaux de transmission incomplets, et sous-documentation des périodes de rupture d'intrants alors que tout échantillon, y compris ceux transférés, doit obligatoirement être enregistré dans les registres de laboratoire. L'utilisation inadéquate de pots à crachats faute de boîtes de collecte adaptées avec spatules et l'absence d'un circuit de transfert actualisé aggravent la situation. Par ailleurs, conformément à la note du PNLT, l'envoi des échantillons de selles vers le CPC est suspendu, les orientations étant redirigées vers d'autres sites relais.

Le responsable contrôle qualité GTR a rappelé la procédure One Step (SOS) : utiliser un récipient adapté, collecter la première selle du matin pour optimiser la détection, éviter toute contamination, assurer un conditionnement conforme et respecter les conditions de transport et de conservation. L'ensemble de ces constats met en évidence la nécessité urgente de renforcer les compétences des prescripteurs, d'améliorer la communication prescripteurs-laboratoires, de mettre à disposition le matériel adéquat, de revoir le circuit logistique et de garantir une documentation rigoureuse afin d'assurer un diagnostic fiable et rapide de la tuberculose pédiatrique.

(ii) Recherche Active TB aux portes d'entrées des FOSAs et en communauté

Le PF PNLT dans sa présentation a rappelé l'importance centrale de la cascade de la recherche active des cas (RAC) dans la prise en charge de la tuberculose pédiatrique. Le PF/PNLT a insisté sur la nécessité que chaque étape soit correctement réalisée et tracée : screenés → présumés → testés → traités, en soulignant que plusieurs FOSA rencontrent encore des difficultés pratiques dans l'application de cette cascade.

- 🌀 **Le premier indicateur est le screening**, défini comme l'action de poser systématiquement les quatre questions clés : toux, fièvre, sueurs nocturnes, amaigrissement. Ce screening doit être réalisé par les ACRA, le personnel de santé et les mentors, avec une exigence : ne retenir que les données pédiatriques.
- 🌀 **Le deuxième indicateur**, souvent mal maîtrisé, est **la présomption**. Un présumé TB est toute personne screenée positive, c'est-à-dire présentant au moins un signe dans le cadre de la RAC. Les ACRA doivent rigoureusement renseigner la colonne « présumés » dans le registre de screening.
- 🌀 **Le troisième indicateur est le testing** : les présumés doivent être testés et retrouvés dans le registre de laboratoire,
- 🌀 **Le quatrième indicateur est la mise sous traitement** : les enfants mis sous traitement doivent être inscrits dans le registre TB.

Tous ces indicateurs doivent rester cohérents entre le registre de screening, celui de consultation, le registre labo et le registre TB.

Les supervisions ont montré un déphasage entre les données FIS et les données PNLT/DHIS2. Il a été insisté sur la nécessité d'une saisie rigoureuse dans DHIS2 et sur la cohérence des données. Plusieurs FOSA affichent également des écarts incohérents entre screenés et présumés, ce qui exige une révision des fiches de synthèse par les ACRA et la vérification de la traçabilité.

Un briefing de la fiche de synthèse mensuelle du projet TB-PEC@2.0 a porté sur la cascade par porte d'entrée : vaccination, consultation externe, nutrition, pédiatrie, UPEC, autres portes. Chaque enfant doit être tracé dans la bonne porte d'entrée, sans duplication. La cascade fonctionne comme un entonnoir : les TBTCF ≤ testés ≤ présumés ≤ screenés. Certains FOSA dupliquent les mêmes chiffres à tous les niveaux, ce qui a été souligné comme une erreur critique.

(iii) Echanges et discussion

À l'issue de la présentation, plusieurs questions pertinentes ont été soulevées par les parties prenantes, suscitant des échanges riches et constructifs.

Question 1 : Pourquoi privilégier la selle du matin ?

Réponse : Parce que durant la nuit, le métabolisme de base favorise l'accumulation des déchets vers les orifices d'évacuation, augmentant la probabilité de détecter le bacille.

Question 2 : Que faire si l'enfant ne fait pas la selle ? Peut-on le purger ?

Réponse : Non. Il faut attendre la selle spontanée, car la purge peut altérer ou diluer l'échantillon. Il est également essentiel de toujours faire vider la vessie avant la collecte pour éviter toute contamination.

Les recommandations issues des échanges portent sur : l'amélioration de la formation continue des prescripteurs, la fourniture de pots adaptés, la documentation rigoureuse des analyses, l'actualisation du circuit de transfert et le respect strict des procédures de collecte, de conditionnement et d'acheminement. L'ensemble vise à garantir un diagnostic pédiatrique de la TB plus fiable, rapide et conforme aux standards.

Question 3 : Problème d'échantillons de selles rejetés dans certaines FOSA ?

Réponse : Chaque FOSA doit utiliser le bordereau de transmission propre à la FOSA ou sont convoyés les échantillons et joindre la fiche de convoyage ; l'échantillon doit être correctement conditionné dans une glacière. En l'absence de ces exigences, les échantillons sont rejetés par les structures de référence.

Question 4 : Comment reporter environ 500 enfants/mois dans le registre de screening ?

Réponse : On n'inscrit que les présumés dans le registre de screening. Le reste peut être soutenu par l'ASCp pour faciliter le travail.

Question 5 : Comment expliquer aux personnels la définition d'un présumé, surtout lorsque les signes ne semblent pas "orientés TB" ?

Réponse : Des affiches seront produites pour sensibiliser les consultants ; des formations et certifications en ligne sont prévues. Un plaidoyer a été soumis à la CIS pour intégrer la colonne "screening" dans les registres officiels.

IV.D. Module 3 : Partage d'expériences et bonnes pratiques

(i) Déperdition cascade présumés référés et testés

La chargée des Projets dans sa présentation a mis en évidence une forte déperdition dans la cascade de dépistage de la tuberculose pédiatrique, constituant l'un des principaux défis du projet. Le taux de testing atteint seulement 40% alors que la cible fixée est d'au moins 85%, révélant un écart considérable par rapport aux objectifs. L'analyse des données cumulées montre que sur 10 313 enfants screenés, seulement 2 910 ont été identifiés comme présumés TB, et parmi eux, uniquement 891 ont effectivement été testés, soit un taux de testing de 30,61%. Cette déperdition se poursuit dans la chaîne de prise en charge puisque 1 014 cas de TB ont été confirmés, mais seulement 521 enfants âgés de 0 à 14 ans ont été mis sous traitement anti-TB.

Les problèmes identifiés révèlent que plus de 66% des cas présumés référés par les ASCp ne sont pas retrouvés dans les FOSAs. De plus, environ 30,61% des cas présumés TB ne sont pas testés au niveau des FOSA, ce qui représente une perte importante d'opportunités de diagnostic. Les difficultés de traçabilité constituent également un obstacle majeur, rendant complexe le suivi des patients entre la communauté et les FOSAs. Pour remédier à cette situation, plusieurs solutions ont été proposées lors de la réunion. Il est recommandé d'effectuer un "Hand check", pour s'assurer qu'ils arrivent effectivement à la FOSA et réalisent leurs tests.

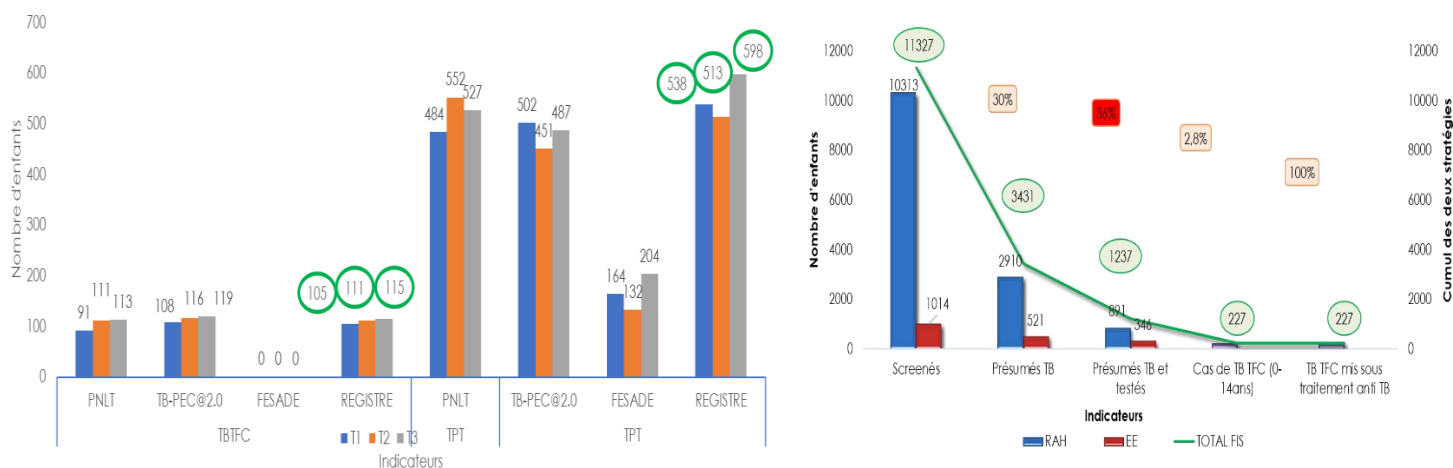
La chargée des projets a insisté sur l'importance de conserver systématiquement les outils communautaires et les fiches de synthèse pour permettre un meilleur suivi. Une collaboration renforcée avec les Mentors est également préconisée pour retracer tous les cas screenés et présumés, afin de combler les gaps observés dans la cascade de dépistage.

(ii) Renforcement des capacités sur les outils de collecte des données (Fiche de synthèse mensuelle ACRA et Tech Lab., données DHIS2)

🍇 **Fiches de synthèse mensuelle des ACRA et Techniciens de Laboratoire** : Le renforcement des capacités sur les outils de collecte des données constitue un axe prioritaire de cette réunion d'évaluation trimestrielle. Les ACRA et les Techniciens de Laboratoire doivent transmettre un formulaire mensuel via le groupe WhatsApp pour pouvoir bénéficier des frais internet alloués par le projet. Cette transmission doit obligatoirement avoir lieu entre le 30 du mois en cours et le 1er du mois suivant, et les frais ne sont octroyés que si les indicateurs renseignés sont non nuls. Plusieurs points clés doivent être respectés dans le remplissage de ces fiches. Les enfants guéris et ayant achevé leur traitement doivent être capitalisés au mois d'initiation du traitement et non au mois de guérison. Il est impératif de distinguer clairement les cas positifs venus de la communauté grâce à l'action des ASCp afin de valoriser leur contribution. Les ACRA et techniciens doivent mettre en exergue le nombre d'échantillons de selles ainsi que les autres types d'échantillons testés, en précisant les résultats positifs et négatifs. On a insisté sur le fait que tous les cas référés venus de la communauté doivent obligatoirement être accompagnés d'une fiche de référence/contre-référence pour assurer la traçabilité. Les FOSAs doivent capitaliser l'ensemble des cas screenés et présumés dans les vouchers ou les registres appropriés, sans aucune omission. Des gaps importants ont été identifiés entre les fiches de screening, de présomption et de testing, d'où la nécessité de renseigner systématiquement tous les registres de screening ou vouchers disponibles.

🍇 **Données DHIS2** : L'analyse des données dans le système DHIS2 a révélé de nombreuses incohérences et gaps sur plusieurs indicateurs clés tels que le screening, le testing, le traitement préventif de la tuberculose (TPT) et le traitement de la TB active. Ces problèmes découlent principalement d'un mauvais remplissage des outils de collecte de base et de multiples erreurs de saisie dans le système informatique. Le principe fondamental à respecter stipule que les données du registre GTR doivent être supérieures ou égales aux données FIS additionnées à celles des autres partenaires. Pour corriger cette situation, les participants doivent rectifier les données des trimestres T1, T2 et T3, les renvoyer aux bases FIS et GTR, puis modifier les informations dans le système DHIS2. La saisie des données dans DHIS2 doit impérativement être effectuée entre le 1er et le 5 du mois pour que les agents puissent bénéficier des frais de saisie. Il est crucial de bien renseigner les fiches de synthèse FIS et GTR sans faire de distinction entre les deux systèmes afin d'assurer la cohérence des données.

Une collaboration étroite avec les Mentors est nécessaire pour retracer tous les cas screenés et présumés qui pourraient avoir été perdus dans le système. Tous les cas testés doivent être traçables dans le registre de laboratoire, permettant ainsi une vérification croisée des informations. Cette rigueur dans la collecte et la saisie des données est essentielle pour obtenir une vision fiable de la performance du projet et identifier les axes d'amélioration.



(iii) Présentation performances meilleur ASC/ACRA/FOSA et critères de choix

Le système d'évaluation des performances a été clairement défini avec des critères spécifiques pour chaque catégorie d'acteurs du projet. Les primes de bonnes pratiques seront désormais attribuées selon un barème précis prenant en compte plusieurs dimensions de la qualité du travail fourni.

Critère de sélection meilleur ASCp/ACRA/FOSAs

1	2	3
ACRA	ASCp	FOSAS
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Cas de TB TFC/5 ❖ Enfants mis sous TPT/5 ❖ Suivi des RDV (M2-M5 et M6)/10 ❖ Bonne tenue des registres/5 ❖ Cohérence et pertinence dans la cascade des données /5 ❖ Promptitude et Complétude des données dans le DHIS2/5 ❖ Exactitude des données entre les bases FIS et le DHIS /5 ❖ Disponibilité et présence aux activités du projet /5 ❖ Dossier couts catastrophiques transmis au ST/5 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Cas de TB TFC/5 ❖ Enfants mis sous TPT/10 ❖ Disponibilité fiches de dépistage communautaires (screening, référence) auprès du ST/10 ❖ Cohérence et pertinence dans la cascade des données /5 ❖ Disponibilité et présence aux activités du projet /5 ❖ Dossier couts catastrophiques transmis au ST/10 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Diagnostic clinique TB (TEP et TPB-)/10 ❖ Diagnostic TB Selles (nombre échantillons transférés/testés)/10 ❖ Enfants mis sous TPT/5 ❖ Bonne tenue des registres/5 ❖ Cohérence et pertinence dans la cascade des données /5 ❖ Promptitude et Complétude des données dans le DHIS2/5 ❖ Exactitude des données entre les bases FIS et le DHIS /5 ❖ Dossier couts catastrophiques transmis au ST/5

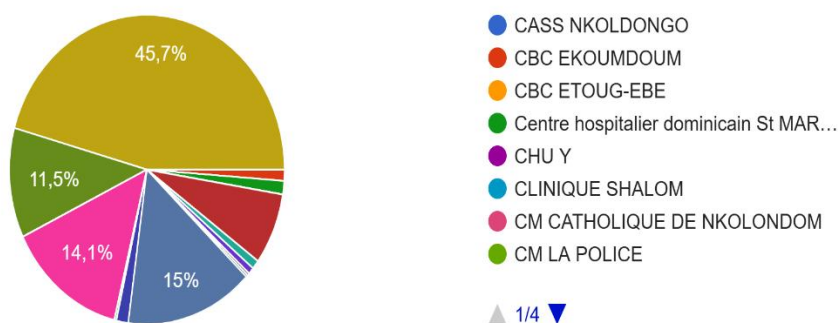
Ces critères permettent d'identifier objectivement les meilleurs ASCp, ACRA et FOSA, et les primes seront attribuées en fonction des scores obtenus sur cette grille d'évaluation.

(iv) Résultats OnelImpact Google Form sur les barrières d'accès aux soins de santé par FOSA et Gestion des couts catastrophiques

- Le formulaire Google Form OnelImpact a permis de collecter des données auprès de 426 répondants répartis dans 12 formations sanitaires de la zone d'intervention du projet.
- L'Hôpital Enfant Jésus a fourni le plus grand nombre de réponses avec 195 participants, représentant près de la moitié de l'échantillon total.
- L'Hôpital JAMOT a contribué avec 49 réponses, tandis que
- L'Hôpital de District d'Odza et l'Hôpital de District de Djiungolo ont enregistré respectivement 60 et 64 réponses.
- Le Centre de Santé de Mvolyé a rapporté 32 réponses, représentant une contribution significative.

- Les autres structures ont fourni moins de 10 réponses chacune, notamment l'Hôpital de District d'Efoulan avec 6 réponses, le Centre Baptist Ekoundom avec 5 réponses, l'Hôpital St Martin de Porres avec 6 réponses, le Centre de Santé Catholique Etougebe avec 3 réponses, et le Centre Médical d'Arrondissement de Nkomo avec 4 réponses.
- L'Hôpital de District de Cité Verte et l'Hôpital de District de Biyemassi ont chacun enregistré une seule réponse.

FOSA d'attache
427 réponses



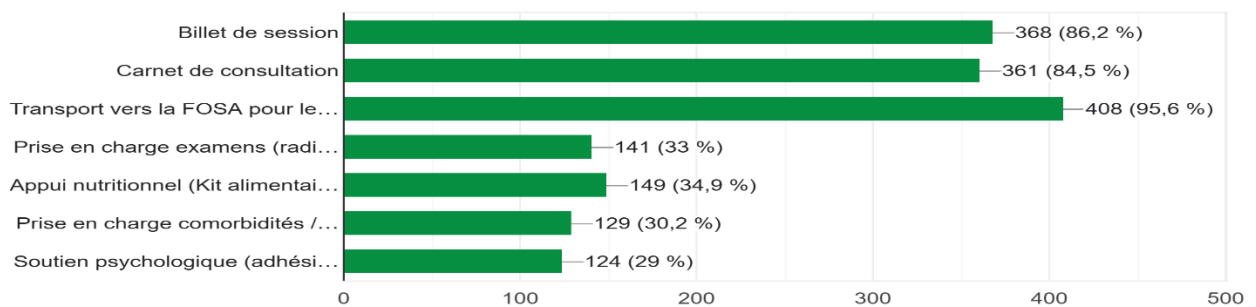
Cette répartition inégale des réponses reflète probablement les différences de volume d'activité entre les structures, mais pose également la question de l'engagement variable des FOSAs dans la documentation des barrières d'accès aux soins.

Le formulaire OnelImpact a permis d'identifier et de documenter les principales barrières rencontrées par les patients dans l'accès aux soins de santé pour la tuberculose pédiatrique. Ces barrières ont été signalées et catégorisées par les différentes formations sanitaires participantes, permettant une analyse comparative de la situation dans chaque structure. Les données collectées révèlent une diversité de barrières d'accès qui peuvent être de nature financière, géographique, culturelle ou liées au fonctionnement des services de santé. Cette synthèse des barrières constitue un outil précieux pour orienter les interventions du projet et adapter les stratégies de prise en charge aux réalités du terrain.

L'analyse de la gestion des coûts catastrophiques a révélé un constat particulièrement préoccupant pour le projet. Une ligne budgétaire spécifique a été mise à disposition des acteurs du projet pour prendre en charge les coûts catastrophiques liés à la tuberculose pédiatrique, mais cette ressource reste largement sous-utilisée. Cette sous-utilisation suggère soit un problème d'identification des cas éligibles, soit des difficultés dans les procédures de documentation et de soumission des dossiers. Face à cette situation, la direction du projet a décidé d'une mesure corrective forte pour inverser la tendance. Désormais, les primes de performances de tous les acteurs - ASCp, ACRA et FOSAs - seront conditionnées par la transmission effective des dossiers de coûts catastrophiques des patients au Secrétariat Technique. Cette décision souligne l'importance critique accordée à la protection financière des patients dans la lutte contre la tuberculose pédiatrique et vise à inciter tous les acteurs à identifier systématiquement les cas éligibles et à constituer les dossiers nécessaires.

Cette mesure devrait permettre d'améliorer significativement la documentation des barrières financières et d'assurer que l'enveloppe budgétaire allouée aux coûts catastrophiques bénéficie effectivement aux patients qui en ont besoin.

Cochez tout ce qui est demandé par la famille du patient
427 réponses



(v) Echanges et discussions

🌀 **Difficultés de traçabilité des cas testés dans les registres de laboratoire** : Les participants ont souligné un déficit important de capitalisation des cas testés. En effet, de nombreuses FOSA réfèrent leurs patients vers d'autres structures pour la réalisation des tests TB. Toutefois, les résultats obtenus dans les FOSA de référence ne sont pas systématiquement retranscrits dans les registres de laboratoire de la FOSA d'origine.

Il a été rappelé qu'une FOSA doit impérativement :

- Tracer tous les patients testés, y compris ceux référés,
- Compléter les registres de manière systématique,
- Mettre en place un système de rétro-information avec les structures de référence.

🌀 **Difficultés de vérification des enfants mis sous TPT**

Un autre défi important concerne la confirmation par téléphone des enfants placés sous TPT. Très souvent, les parents contactés nient que l'enfant soit sous traitement. L'explication avancée est que :

- De nombreuses familles n'ont pas de numéro personnel,
- Elles communiquent les numéros de voisins ou proches,
- Ces tiers ne sont pas au courant du traitement, ce qui génère des incohérences.

Les solutions recommandées :

- Obtenir des contacts fiables, idéalement du tuteur principal,
- Renforcer le counseling au moment de l'initiation du TPT,
- Mieux renseigner le registre de contact tracing,
- Sensibiliser les parents sur l'importance du traitement et des rappels téléphoniques.

🌀 **Renforcement des capacités du CMA Nkomo**

Compte tenu des insuffisances observées dans la tenue des outils de collecte, le CMA Nkomo a été retenu pour Une formation ciblée sur le remplissage correct des registres. Ce renforcement a permis d'améliorer la qualité des données, de normaliser les pratiques de documentation et de renforcer la contribution du CMA Nkomo aux performances du projet.

Les discussions ont permis d'identifier clairement les blocages prioritaires, de proposer des solutions concrètes et d'orienter les prochaines étapes pour améliorer la qualité du dépistage, du diagnostic et du suivi des enfants dans le cadre du projet TB-PEC. L'ensemble des recommandations vise à améliorer la fiabilité des données, la cohérence de la cascade TB et l'efficacité globale de la RAC dans les FOSA et communautés.

IV.E. Distribution des registres TB, TPT et Contact Tracing et outils de visibilité

Dans le cadre du renforcement de la surveillance et du suivi des cas de tuberculose, du traitement préventif et du contact tracing, les registres et outils de visibilité ont été distribués aux différentes formations sanitaires ciblées afin d'assurer une traçabilité efficace et un suivi rigoureux des patients. **60 registres de screening produit par le GRT et 34 Registres (TB : 09, Registres TPT : 14 et Registres contact tracing : 11) produit dans le cadre du projet.**

Registres	Nombre	Noms des FOSA
Registre TB	09	HD Djoungolo, , CME-FCB, CHU Y, St Martin Porres, CM Mvolyé, CM Promoteurs, HD Mvog Ada, HD Efoulan
Registre TPT	11	CSC Marie Reine, HD Djoungolo, CHU Y, St Martin Porres, HD BiyemAssi, HD Kolbisson, Ste Thérèse de l'Enfant Jésus, HD Mvog Ada, CBC Ekoumdoum, CMA NKomo, HD Efoulan, CM Police,
Registre Contact Tracing	14	CSC Marie Reine, HD Djoungolo, Déo gracias, Hôpital Bethesda, CHU Y, CSC Etoug Ebe, CMA Ahala, CM Mvolyé, HD Efoulan, Cass Nkoldongo, Ste Thérèse Enfant Jésus, HD Mvog Ada, HD Odza, HD BiyemAssi,
Registre de screening	60 (2/FOSAs)	CSC Marie Reine, Hôpital EPC, HD Djoungolo, Déo gracias, Hôpital Bethesda, Notre Dame Merci, CHU Y, CS Baptist Etoug Ebe, CSC Etoug Ebe, HD BiyemAssi, St Martin de Porres, CMA Ahala, CM Mvolyé, HD Efoulan, HMR1, CM Promoteurs, Cass Nkoldongo, Ste Thérèse Enfant Jésus, HD Mvog Ada, HD Odza
Total	104	

V. Recommandations

A l'issu de la réunion, les recommandations suivantes ont é été retenues

Recommandations	Responsables	Périodes
☞ S'assurer que les données respectent la logique de l'entonnoir : TB/FC ≤ testés ≤ présumés ≤ screenés en évitant de reporter les mêmes chiffres à tous les niveaux.	ACRA	Continu
☞ Renseigner correctement tous les registres : screening, consultation, laboratoire, TB et les fiches de synthèse mensuelle PNLT, FIS	ACRA	Continu
☞ Harmoniser les données FIS, PNLT et DHIS2 pour éviter les déphasages.	ACRA	Continu
☞ Renforcer la communication entre prescripteurs, ACRA, laboratoires et mentors.	FIS/GTR	Continu
☞ Mettre à jour les données DHIS2 FIS et GTR issu de la supervision conjointe	ACRA	Nov 2025
☞ Respect strict des conditions de conditionnement et de transport des échantillons (Conditionnement adéquat, utilisation correcte des bordereaux des FOSA)	Tech. Lab.	Continu

VI. Mot de fin

Le Chef Service Tuberculose de la DLMEP a clôturé la réunion en remerciant les uns et autres pour leur présence. La réunion a permis de consolider les expériences et les bonnes pratiques des différentes parties prenantes, tout en identifiant clairement les points à renforcer pour améliorer la qualité de la collecte et de la gestion des données de tuberculose.

Le renforcement de la fiabilité des données, de la coordination entre acteurs, et de la traçabilité des échantillons demeure un levier essentiel pour optimiser la performance des interventions.

Nous remercions vivement tous les participants pour leur engagement, leur expertise et leur volonté de collaborer, éléments indispensables pour atteindre les objectifs fixés et assurer un suivi efficace des patients dans toutes les FOSA.

Ensemble, poursuivons nos efforts pour garantir un système de surveillance robuste, intégré et orienté vers la réussite thérapeutique des patients.

Fait par

Sonia KANA,
Chargée des Projets
ONG FIS-Cameroun

Approuvé par

Bertrand KAMPOER,
Directeur Exécutif
ONG FIS-Cameroun

ANNEXES

Annexe 1 : Quelques Photos





Annexe 2 : Agenda

AGENDA		
Heures	Activités	Responsables
08h30-09h00	Accueil et enregistrement des participants	Équipe logistique
09h00-09h30	Mot de bienvenue et ouverture Présentation des participants Présentation des objectifs de la réunion	DE ONG FIS/PNLT Tous les participants Chargée des Projets ONG FIS
09h30-10h15	MODULE 1 : MISE A JOUR SUR LES PROGRES DU PROJET 🌀 Résultats à date du projet (Juillet-Septembre 2025)	Chargée SERA ONG FIS
	Discussion	Tous
10h15-10h45	Pause-Café	Équipe logistique
10h45-11h30	🌀 Présentation Données T1, T2, T3 DHIS2 GTR- DHIS2 TB-PEC@2.0 🌀 Point sur la Gestion de la qualité des données DHIS2-GTR/DHIS2-TB-PEC@2.0 : qualité d'une bonne donnée, reporting, circuit de validation et de transmission des données TB pédiatrique	Dr TCHOUPA GTR-TB
	Discussion	Tous
11h30-13h00	MODULE 2 : RENFORCEMENT CONTINU DES CAPACITES 🌀 Recherche Active de la Tuberculose aux portes d'entrées des FOSAs et en communauté 🌀 Diagnostic TB selles : Etats des lieux, analyses des défis et rappel des procédures de Collecte, le conditionnement, le transport, et l'acheminement des échantillons de selles	Dr EBO Krystel PNLT M. Loic BOSSOGO GTR-TB
	Discussion	Tous
13h00-13h45	MODULE 3 : Partage d'expériences et bonnes pratiques 🌀 Déperdition cascade présumés référés et testés 🌀 Renforcement des capacités sur les outils de collecte des données (Fiche de synthèse mensuelle ACRA et Tech Lab., données DHIS2 et GTR) 🌀 Présentation performances meilleur ASC/ACRA/FOSA et critères de choix 🌀 Résultats OnelImpact Google Form sur les barrières d'accès aux soins de santé par FOSA et Gestion des couts catastrophiques	ACRA/ASCp/Tech Lab Chargée des Projets ONG FIS
13h45-14h45	Mise à jour des différents gaps de données dans le DHIS2 (Complétude, incohérence etc...)	Chargée SERA ONG FIS Mme EYENGA NGO GTR-TB
	Décharge Primes fixes, primes bonne pratique, crédits téléphoniques, internet et enquête d'entourage Trimestre 3 etc...	Superviseur terrain ONG FIS
	Distribution Registre TB, TPT et Contact Tracing Distribution teeshirt TB-PEC@2.0, cache nez, gel	GTR TB FIS
14h45-15h00	Synthèse des Recommandations de la réunion	DA ONG FIS
15h00-15h15	Mot de fin	DE ONG FIS DLMEP
15h15	Pause Déjeunée	Équipe logistique