



RESPECT

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

Stop TB Partnership

hosted by
UNOPS



ATELIER DE RENFORCEMENT DES CAPACITES DES TB CHAMPIONS SUR LA
GENERATION DE LA DEMANDE COMMUNAUTAIRE DES SERVICES DE TB-
MR ET LE SUIVI-DIRIGE PAR LA COMMUNAUTE (ONEIMPACT-CLM)

Capacity building workshop for keys RESPECT' project stakeholders
(1.2.2; 1.3.1; 1.4.2; 2.2.1.)



25 -26 Mars 2026
Conférence épiscopale de Mvolyé, Yaoundé



www.draftb.org

Table des matières

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION	3
II. OBJECTIFS DE LA FORMATION	3
A. Objectif général	3
B. Objectifs spécifiques.....	3
III. RESULTATS ATTENDUS	4
IV. DEROULEMENT DE LA JOURNEE	4
JOUR1	5
IV. A. Session 0 : Ouverture de l'atelier (Mots de bienvenues)	5
IV. B. SESSION 1 et 2 : Présentation du projet RESPECT et Situation Epidémiologique de la TB-MR	6
IV. C. SESSION 3 : Rôle APS et Soutien psychosocial dans la lutte contre la TB	8
IV. D. SESSION 4 : Modèle Champion TB -De survivant à ambassadeur	9
IV. E. SESSION 5 : Création de la demande et mobilisation communautaire	11
IV. F. SESSION 6 : Droits humains, équité et accès aux soins TB-MR	13
JOUR2	15
IV. G. SESSION 7 : Plaidoyer et redevabilité sociale	15
IV. H. SESSION 8 : Genre, équité et inclusion dans la lutte contre TB-MR	17
IV. G. SESSION 9 : Outil OneImpact DR-TB.....	18
IV. H. SESSION 10 : Modalités d'engagement TB-Champions	20
V. SYNTHESE DES RECOMMANDATIONS	22
VI. MOT DE FIN	22
ANNEXES	23
Annexe 1 : Passages médiatiques.....	23
Annexe 2 : Quelques Photos.....	23
Annexe 3 : Agenda	23
Annexe 4 : Liste de Présence.....	23

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

La tuberculose pharmaco résistante (TB-MR) demeure un défi majeur de santé publique mondiale. Au cours de la dernière décennie, le diagnostic et le traitement ont été transformés : des tests rapides permettent désormais de détecter la TB-MR en quelques heures, et des traitements entièrement oraux efficaces de six mois, comparables à ceux utilisés pour la tuberculose sensible aux médicaments, sont disponibles. Pourtant, **beaucoup trop de personnes restent non diagnostiquées ou ne commencent jamais de traitement après le diagnostic.**

Au Cameroun, le défis est encore plus préoccupant. Sur 650 personnes attendus en 2024, seulement 188 ont été diagnostiquées et 133 mises sur traitement selon le rapport annuel 2024 du programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT). **Ceci représente un pourcentage critique de 71% de personnes qui n'arrivent pas à être diagnostiquées** et un taux de mise sous traitement de 70,7% ; très loin des recommandations de l'OMS. Actuellement 22 (16,5%) personnes sont sous le traitement pilote entièrement oral de six mois (BPaL/M).

Malgré les efforts du PNL, les défis persistants continuent de limiter l'efficacité des interventions notamment l'accès insuffisant aux diagnostics rapides et aux schémas thérapeutiques optimaux, les barrières financières et sociales, les obstacles liés aux droits humains : le genre, la stigmatisation et la discrimination ainsi que l'insuffisance de la demande communautaire.

C'est dans cette dynamique que s'inscrit le projet RESPECT intitulé **« Reshaping People-centric Empowered Community-led DR-TB Treatment »** financé par UNITAID, qui vise à mettre en place des initiatives communautaires qui augmentent la demande de services de lutte contre la tuberculose, promeuvent l'équité et améliorent la qualité des soins par le biais d'un plaidoyer coordonné, d'un suivi mené par la communauté et d'efforts de renforcement des capacités.

Dès lors, le projet RESPECT a conçu et les principaux acteurs nationaux ont validés plusieurs outils et directives englobant des approches communautaires visant à aider le pays à mettre en œuvre des stratégies innovantes et ciblées pour améliorer la qualité des services et des soins liés à la tuberculose, le dépistage des cas et/ou la surveillance de la résistance. Les outils développés couvrent (i) un module d'engagement communautaire 2.0 des « Champions de la tuberculose » ; (ii) un Cadre de protection sociale contre la tuberculose pharmaco résistante, (iii) un Module de plaidoyer politique contre la tuberculose pharmaco résistante, (vi) un Tableau de bord de responsabilisation contre la tuberculose pharmaco résistante, (v) Cadre de soutien par les pairs, (vi) et un Module d'engagement médiatique.

Lesdits outils serviront d'orientations et de directives aux intervenants communautaires pour mobiliser les communautés, créer la demande, conduire un plaidoyer structuré et surveiller les obstacles à l'accès aux services de lutte contre la DR-TB. Les principaux intervenants du projet inclus : (i) les Champions de la TB identifiés en collaboration avec le PNL ; (ii) les bénéficiaires des subventions de Stop TB Partnership au Cameroun ; (iii) les associations et réseau de survivants de la TB et (iv) d'autres partenaires tel que les intervenants clés de la subvention communautaire TB/GC7.

II. OBJECTIFS DE LA FORMATION

A. Objectif général

Renforcer les capacités des acteurs clés et partenaires du projet RESPECT sur la génération de la demande pour les services de prise en charge de la TB-MR, le plaidoyer et le suivi communautaire en utilisant l'approche Onelmpact afin d'améliorer la détection précoce, l'adhérence au traitement et la redevabilité des services de santé.

B. Objectifs spécifiques

- ❖ Améliorer les connaissances des participants sur les défis et enjeux de la TB-MR au Cameroun ;

- ❖ Renforcer les capacités des participants sur la génération de la demande pour les services de prise en charge de la TB-MR.
- ❖ Doter les acteurs communautaires des compétences opérationnelles pour identifier, documenter et suivre les barrières d'accès aux soins TB-MR via l'outil OnelImpact ;
- ❖ Renforcer la coordination et la collaboration entre les réseaux de survivants, les plateformes communautaires (TBpeople, Stop TB Cameroon) et les autres acteurs de la riposte nationale à la TB-MR.

III. RESULTATS ATTENDUS

Les résultats suivants sont escomptés au terme de cette formation :

- ❖ Les principaux défis et enjeux de la TB-MR au Cameroun sont partagés avec les participants ;
- ❖ Les capacités des participants sont renforcées sur la génération de la demande pour les services de prise en charge de la TB-MR.
- ❖ Les acteurs communautaires sont dotés des compétences opérationnelles pour identifier, documenter et suivre les barrières d'accès aux soins TB-MR via l'outil OnelImpact ;
- ❖ Les mécanismes de coordination et de collaboration entre les réseaux de survivants, les plateformes communautaires (TBpeople, Stop TB Cameroon) et les autres acteurs de la riposte nationale à la TB-MR sont établis et approuvés par toutes les parties.

IV. DEROULEMENT DE LA JOURNEE

Du 25 au 26 mars 2026, s'est tenu à la Salle de Conférence Épiscopale de Mvolyé (Yaoundé) un atelier de deux jours portant sur le renforcement des capacités des acteurs clés du projet R.E.S.P.E.C.T, centré sur la génération de la demande communautaire des services TB-MR et le suivi dirigé par la communauté via l'outil OnelImpact-CLM.

Coprésidés par le Secrétaire Permanent du Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) et le Coordonnateur de DRAFT TB, ces travaux ont réuni des représentants d'institutions gouvernementales, de partenaires techniques et financiers, d'organisations de la société civile et de communautés affectées par la tuberculose multirésistante (TB-MR). La liste des participants figure en annexe.

L'ordre du jour portait sur les points suivants :

Jour 1 :

- SESSION 0 : Mots de bienvenue (SP PNLT & Coordonnateur DRAFT TB)
- SESSION 1 : Présentation du projet RESPECT
- SESSION 2 : Situation épidémiologique et enjeux de la TB-MR au Cameroun
- SESSION 3 : Rôle APS et Soutien psychosocial dans la lutte contre la TB
- SESSION 4 : Modèle Champion TB -De survivant à ambassadeur
- SESSION 5 : Création de la demande et mobilisation communautaire
- SESSION 6 : Droits humains, équité et accès aux soins TB-MR

Jour 2 :

- SESSION 7 : Plaidoyer et redevabilité sociale
- SESSION 8 : Genre, équité et inclusion dans la lutte contre TB-MR
- SESSION 9 : Outil OnelImpact DR-TB
- SESSION 10 : Modalités d'engagement TB-Champions
- Recommandations et Mot de fin

JOUR 1

IV. A. Session 0 : Ouverture de l'atelier (Mots de bienvenues)

(i) Mot de la Secrétaire Permanente du PNLT : La Secrétaire Permanente du Programme National de Lutte contre la Tuberculose a ouvert les travaux par un discours soulignant la portée stratégique de cet atelier pour la riposte nationale contre la tuberculose multirésistante (TB-MR). Elle a salué l'engagement constant de DRAFT TB ainsi que l'appui déterminant des partenaires techniques et financiers, en particulier UNITAID, dans la conception et la mise en œuvre du projet RESPECT.

La Secrétaire Permanente a rappelé l'ampleur du défi : sur environ 650 cas de TB-MR attendus, seulement 188 ont été détectés et 133 mis sous traitement, traduisant un déficit critique en matière de dépistage et de prise en charge, avec des conséquences directes sur la mortalité évitable. Elle a mis en exergue l'alignement direct du projet RESPECT avec le Plan Stratégique National 2024-2026 du PNLT, insistant sur quatre indicateurs prioritaires auxquels ce projet contribue de manière mesurable :

- La détection des cas ;
- Le succès thérapeutique ;
- L'extension des traitements courts BPaLM, encore en phase pilote ;
- La réduction de la mortalité liée à la TB-MR.

Aussi elle a souligné que l'innovation majeure du projet réside dans son approche centrée sur la personne et portée par les communautés, seule à même de combler les lacunes persistantes du système. Elle a invité les participants à s'approprier les outils présentés et à formuler des attentes claires : plus de cas détectés, plus de patients traités, de meilleurs résultats thérapeutiques et moins de décès.

Sur ces mots, la Secrétaire Permanente a déclaré ouverts les travaux de l'atelier.

(ii) Mot de bienvenue Coordonnateur Regional DRAFT TB : Le Directeur Exécutif de l'ONG DRAFT TB a pris la parole pour situer l'atelier dans son contexte programmatique et opérationnel. Il a rappelé que le projet RESPECT s'inscrit dans la vision d'UNITAID de promouvoir des approches centrées sur les personnes et dirigées par les communautés, avec pour finalité d'améliorer la détection et la prise en charge des cas de TB-MR au Cameroun.

Il a reconnu que la mise en œuvre du projet a connu quelques délais liés à l'écosystème institutionnel, des procédures de validation technique devant être bouclées au niveau national avant de lancer les activités centrales. Il a précisé que l'atelier en cours constitue précisément l'activité pivot : la formation des Champions TB, qui seront les leviers communautaires de la génération de la demande de soins.

Le Directeur Exécutif a présenté les deux dimensions complémentaires du projet :

- Au niveau global : appui sur des outils innovants, notamment OneImpact-CLM pour le suivi communautaire, et promotion des bonnes pratiques en matière de protection sociale et de plaidoyer ;
- Au niveau national : série d'activités ciblées au Cameroun : ateliers de renforcement des capacités, élaboration de stratégies de plaidoyer et production de livrables stratégiques (cadre de suivi-évaluation communautaire, feuille de route pour l'engagement de la société civile, messages clés pour le plaidoyer).

Il a insisté sur l'importance de la participation communautaire dans les instances décisionnelles et rappelé l'objectif ultime du projet : obtenir une représentation effective des communautés dans tous les comités liés à la lutte contre la TB-MR. Il a aussi fixé un horizon opérationnel concret dès début avril, les TB-Champions devront être dynamisés et les premières évidences de création de la demande visibles au niveau du programme national.

En guise de conclusion, il a souhaité la bienvenue à toutes les parties prenantes et appelé à des échanges fructueux, affirmant que cet atelier doit déboucher sur une feuille de route commune pour amplifier l'impact du projet et améliorer significativement la vie des communautés affectées par la TB-MR.

IV. B. SESSION 1 et 2 : Présentation du projet RESPECT et Situation Epidémiologique de la TB-MR

(i) Présentation du projet RESPECT

La Chargée de Projet a présenté le cadre global du projet RESPECT (**« Resilient, People-centered, Community-led Responses to End Drug-Resistant Tuberculosis »**), financé par UNITAID et mis en œuvre par un consortium international coordonné par Stop TB Partnership, avec la participation de DRAF-TB, Club des Amis Damien, REACH, PAS et DOPASI Foundation. Au Cameroun, l'ONG DRAFT TB assure le rôle de chef de file national, en étroite collaboration avec le PNLT.

Le projet vise à renforcer la riposte contre la tuberculose pharmacorésistance à travers une approche centrée sur les personnes et portée par les communautés. Il s'articule autour de trois axes complémentaires : **(i)** la création de la demande à travers les Champions TB et les Agents de Promotion de la Santé (APS), **(ii)** le suivi communautaire de la qualité des services via l'outil OnImpact-CLM, et **(iii)** le plaidoyer ainsi que l'engagement des médias pour lever les barrières structurelles.

Au niveau national, le projet fixe des cibles ambitieuses, notamment la formation de 100 Champions/survivants, la sensibilisation de 68 000 personnes sur la TB-MR et les droits aux soins, ainsi que l'engagement de 2 000 personnes dans le mécanisme de suivi communautaire OnImpact.

Par ailleurs, plusieurs outils stratégiques, développés et contextualisés pour le Cameroun, ont été présentés. Il s'agit notamment du module « Activité Champion », du cadre de protection sociale, du module de plaidoyer et d'engagement des médias, ainsi que du cadre des droits humains. L'ensemble de ces outils a été validé par le PNLT avant leur déploiement.

(ii) Situation Epidémiologique de la TB-MR

Le Chef d'Unité TB-MR au GTC du PNLT, a présenté les données épidémiologiques nationales. La tuberculose multirésistante (TB-MR) est définie comme une forme grave de tuberculose caractérisée par une résistance simultanée à la rifampicine (R) et à l'isoniazide (H), les deux médicaments majeurs du traitement classique. La résistance à la rifampicine seule (TB-RR) est traitée de la même manière.

Sur le plan infrastructurel, le Cameroun dispose actuellement de 387 Centres de Diagnostic et de Traitement (CDT), 12 sites de prise en charge TB-MR, 85 appareils GeneXpert et 25 Truenat. Les données récentes indiquent que 174 patients ont été dépistés (75 nouveaux cas et 99 cas de retraitement) et 148 mis sous traitement, soit un gap de 15% par rapport aux cibles et ce, dans un contexte où les estimations nationales évaluent à environ 650 le nombre de cas attendus annuellement.

Sur le plan clinique, les symptômes de la TB-MR sont identiques à ceux de la TB sensible (toux productive de plus de 3 semaines, expectorations parfois teintées de sang, essoufflement, fièvre, sueurs nocturnes, perte d'appétit, amaigrissement). Le diagnostic bactériologique repose sur trois outils complémentaires : la bacilloscopie (très accessible mais peu sensible, ne détecte pas la résistance), le Xpert MTB/RIF (premier test diagnostique automatisé de la résistance, rapide et spécifique), et la culture avec antibiogramme (gold standard pour le suivi de l'efficacité thérapeutique).

Deux régimes thérapeutiques sont disponibles : le protocole court de 6 mois BPaLM (Bédaquiline + Prétomanide + Linézolide + Moxifloxacine, en phase pilote à l'Hôpital Jamot) et le protocole standard de 9-11 mois comprenant une phase intensive de 4 mois (Bédaquiline, Moxifloxacine, Prétionamide, Ethambutol, Clofazimine) suivie d'une phase de continuation de 5 mois. Le traitement est entièrement gratuit et accessible sur l'ensemble du territoire national.

Message central de la présentation : « La maladie est guérissable si le malade suit bien son traitement. Tout le monde peut attraper la TB-MR ; l'essentiel est que le malade soit bien sensibilisé sur la prise régulière de son traitement pour éviter d'évoluer vers la pré-ultrarésistante ou l'ultrarésistante. »

(iii) Mécanismes de résistance et traitement

Le Responsable du site de PEC de la TB-MR Hôpital Jamot a approfondi les notions de résistance en les rendant accessibles à l'ensemble des participants. Il a expliqué que le bacille tuberculeux, comme tout organisme vivant, cherche à survivre face aux agressions médicamenteuses. Lorsqu'un traitement est pris de manière irrégulière ou incomplète, les bacilles les moins sensibles survivent et se multiplient, développant des mécanismes de résistance.

Il a distingué deux grandes catégories de résistance :

- La résistance primaire (ou résistance chez un nouveau malade) : transmise directement par un patient ayant déjà une TB-MR, sans qu'il y ait eu de traitement antérieur ;
- La résistance acquise (ou résistance chez un malade traité antérieurement) : résulte d'une prise irrégulière ou de doses insuffisantes de médicaments, permettant au bacille de s'adapter et de développer des mécanismes d'échappement.

Il a présenté la classification des résistances : monorésistance (résistance à un seul médicament), multirésistance (résistance à rifampicine + isoniazide), pré-ultrarésistance (multirésistance + résistance à un fluoroquinolone) et ultrarésistance (forme la plus grave, avec très peu d'alternatives thérapeutiques disponibles au Cameroun). Il a insisté sur le danger de l'utilisation non contrôlée des fluoroquinolones dans les formations sanitaires pour des pathologies banales, pratique qui crée un terrain de résistance compromettant les traitements TB futurs.

Le Responsable PEC TB-MR a également abordé la complexité du traitement : les patients TB-MR doivent avaler un nombre élevé de comprimés quotidiennement pendant 9 à 11 mois dans le protocole standard, avec des effets secondaires fréquents et pénibles. Il a conclu en soulignant que le taux de succès du traitement TB-MR à l'Hôpital Jamot est de 95 à 98%, bien au-dessus de la moyenne mondiale (60%), grâce au suivi communautaire rigoureux. « Si on ne fait pas quelque chose maintenant, c'est notre avenir qui est mis en jeu. »

(iv) Discussions et échanges

Les discussions ont été particulièrement animées lors de cette session, avec de nombreuses interventions de participants issus aussi bien du corps médical que des rangs des communautés.

- Un participant a interrogé la nature exacte de la différence entre résistance naturelle et résistance acquise. Le facilitateur a clarifié que la TB-MR visible à la microscopie présente les mêmes caractéristiques que la TB sensible, seul un test moléculaire (GeneXpert ou culture) permet de la distinguer. La résistance acquise survient lorsqu'un traitement est interrompu prématurément, laissant les bacilles les plus résistants se multiplier.
- Un participant a demandé les signes cliniques permettant de suspecter une TB-MR. Le facilitateur a répondu qu'il n'existe pas de signes spécifiques : les symptômes sont identiques à ceux de la TB sensible. Ce qui doit éveiller la suspicion, c'est le contexte du patient : a-t-il déjà été traité pour TB ? A-t-il abandonné son traitement ? A-t-il été en contact avec un cas connu de TB-MR ? Ces éléments justifient le recours systématique au GeneXpert plutôt qu'à la seule bacilloscopie.
- Un troisième échange a porté sur la gestion du suivi thérapeutique : comment savoir si le traitement est efficace ? Le facilitateur a expliqué que c'est la culture mensuelle qui détermine l'évolution. Une culture positive au 4ème mois entraîne une prolongation de la phase intensive de deux mois supplémentaires. C'est au terme de la négativation bactériologique que l'on peut passer à la phase de continuation.

- La question du nombre de comprimés à avaler a suscité une vive réaction dans la salle. Le facilitateur a confirmé la réalité : certains patients doivent avaler jusqu'à 14 comprimés par jour lors de la phase intensive. Cette réalité illustre pourquoi l'abandon du traitement est si fréquent, et pourquoi le rôle des APS et des Champions TB qui encouragent quotidiennement les patients est absolument central pour le succès thérapeutique.
- Un participant a soulevé la problématique des ruptures de stock de médicaments, phénomène récurrent qui force parfois à distribuer le traitement en deux ou trois jours seulement, compromettant l'observance. Le facilitateur a reconnu ce problème structurel et a plaidé pour une gestion des stocks de sécurité (6 mois au niveau national, 3 mois au niveau régional) qui n'est pas encore systématiquement respectée. « Si un malade commence son traitement, il doit pouvoir le finir. Ce n'est pas négociable. »
- Enfin, un échange sur les séquelles post-traitement a permis de rappeler que la guérison bactériologique ne signifie pas toujours la disparition de tous les symptômes. Les patients guéris peuvent conserver des lésions pulmonaires résiduelle ou des séquelles cardiaques. Le conseil donné aux Champions TB : orienter ces patients vers les spécialistes (pneumologues, cardiologues) plutôt que de conclure à une rechute.

IV. C. SESSION 3 : Rôle APS et Soutien psychosocial dans la lutte contre la TB

(i) Présentation

Cette session a été assurée par l'infirmière major de l'Hôpital Jamot de Yaoundé, qui a structuré son exposé autour des fondements de la stratégie End TB et des déterminants de l'adhérence au traitement.

a. Piliers de la stratégie End TB 2035

Le pilier 1 de la stratégie End TB — « Soins et prévention intégrés, centrés sur le patient » — est celui qui fonde le travail des APS et des Champions TB. Il comprend : le diagnostic précoce (tests universels de pharmaco-sensibilité), le dépistage systématique des sujets contacts et des groupes à haut risque, le traitement de tous les malades y compris la TB résistante avec un soutien psychosocial explicite, les activités de collaboration VIH/TB, et le traitement préventif pour les personnes à haut risque.

b. Facteurs influençant l'adhérence thérapeutique

La réussite du traitement TB-MR repose sur deux conditions indissociables : choisir le bon régime thérapeutique et garantir l'adhérence du patient jusqu'au terme du traitement. La seconde condition est relativement plus difficile pour la TB-MR que pour la TB sensible. Cinq catégories de facteurs sont en jeu :

- Facteurs socio-économiques : la pauvreté contraint souvent les patients à reprendre une activité professionnelle avant la fin du traitement, entraînant des abandons ;
- Facteurs liés au système de santé : rotation trop rapide du personnel soignant (rupture de la relation thérapeutique), insuffisance de formation et de supervision, attitude paternaliste (le traitement perçu comme une faveur), manque de ressources pour le suivi des patients irréguliers ;
- Facteurs liés à la maladie : gravité perçue au moment du diagnostic, rapidité de l'amélioration clinique (risque d'arrêt prématuré dès que le patient se sent mieux), comorbidités (VIH, diabète, malnutrition) ;
- Facteurs liés au traitement : nombre élevé de comprimés, durée longue et pénible (9 à 11 mois), effets secondaires fréquents (troubles auditifs, nausées, perturbations psychiatriques), incapacité à exercer une activité professionnelle pendant la phase intensive ;

- Facteurs liés au patient : niveau d'éducation, croyances culturelles et religieuses, conditions familiales, isolement social dû à la stigmatisation.

c. Interventions combinées pour l'adhérence

L'adhérence au traitement TB-MR n'est pas le résultat d'une intervention unique mais d'un paquet intégré d'actions combinées, représenté sous forme de quatre composantes interdépendantes :

- Information-Éducation-Communication (IEC) : délivrée dès le moment du diagnostic, mais aussi lors de chaque visite de suivi. La checklist d'informations à communiquer systématiquement comprend : durée et lieu du traitement, informations sur les médicaments et leurs effets indésirables, rythme des contrôles biologiques, contacts d'urgence auprès du personnel soignant, informations sur le soutien social disponible ;
- Soutien social aux patients : surveillance gratuite des effets indésirables, médicaments auxiliaires gratuits, prise en charge des frais de déplacement, support nutritionnel, visites à domicile et conseils aux familles. Ce soutien doit être fondé sur les droits humains, les standards éthiques et la protection contre les risques financiers catastrophiques ;
- TDO adapté au contexte : phase intensive en ambulatoire (soins quotidiens à la FOSA) pour les patients en bonne condition clinique, hospitalisation pour les cas sévères ; phase de continuation avec suivi mixte (ambulatoire + visites à domicile) ;
- Décentralisation des soins : le modèle mixte (hospitalier + ambulatoire + communautaire) est recommandé, adapté à la situation clinique et géographique de chaque patient. Les soins ambulatoires ont un meilleur rapport coût-efficacité et sont plus acceptables pour les patients.

(ii) Discussion et Echanges

- Les participants ont réagi avec beaucoup d'intérêt à la question du nombre de comprimés, en lien direct avec les difficultés d'observance. Une participante a demandé si une forme en sirop ne pourrait pas être développée pour faciliter la prise des médicaments. La présentatrice a reconnu que des réflexions sont en cours sur les combinaisons fixes de médicaments, mais que la complexité pharmaco chimique des molécules utilisées rend cette évolution difficile à court terme.
- Un participant a posé une question sur la détection des échecs thérapeutiques avant le terme du traitement. La réponse apportée : la culture bactériologique mensuelle est l'outil de référence. Si le patient ne négative pas entre 4 et 6 mois en phase intensive, cela signe un échec et justifie un changement de protocole. Sans culture régulière, le risque est de continuer un traitement inefficace en aggravant la résistance.
- La conclusion partagée par l'ensemble des participants a été unanime : le soutien social et financier n'est pas un accessoire mais une condition sine qua non de la réussite thérapeutique dans le contexte socio-économique camerounais. Un patient qui n'a pas de quoi manger ne peut pas prendre régulièrement des médicaments. « Dans notre contexte, un soutien social financier est indispensable. »

IV. D. SESSION 4 : Modèle Champion TB -De survivant à ambassadeur

(i) Présentation

Cette session a été conduite par le Coordonnateur national DRAFT TB. Il a posé les fondements conceptuels et opérationnels du modèle Champion TB avant d'entrer dans les critères de sélection et les principes d'engagement.

a. Clarification conceptuelle et terminologique

Le facilitateur a ouvert la session par un exercice de clarification terminologique, précisant que les mots utilisés pour désigner les personnes touchées par la tuberculose ont un impact direct sur leur dignité et leur engagement. Il a établi un cadre terminologique précis :

- **Engagement communautaire** : collaboration de l'intégralité d'une communauté pour résoudre des problèmes affectant son bien-être. Cette définition est inclusive : le médecin, le patient, l'APS, le fonctionnaire tout acteur travaillant autour de la tuberculose fait partie de la communauté TB et y a sa légitimité ;
- **Communauté touchée par la tuberculose** : groupe de personnes directement affectées, incluant les malades actifs, les familles, les survivants et les professionnels de santé au quotidien ;
- **Personnes vivant avec la tuberculose** : personnes actuellement sous traitement ;
- **Personnes ayant survécu à la tuberculose** (ou ayant fait l'expérience de la maladie ») : personnes ayant terminé avec succès leur traitement, potentiels Champions TB.

Ce recadrage terminologique vise à donner à chaque acteur une légitimité pleine et entière dans la réponse, quelle que soit sa fonction. Comme l'a dit le facilitateur : « Je me rappelle qu'on avait souvent une discussion avec un ancien Secrétaire Permanent qui se demandait 'qu'est-ce qu'un communautaire ?'. Vous n'avez pas besoin de vous défendre vous êtes tous des communautaires. »

b. Pourquoi introduire le modèle Champion TB ?

Le facilitateur a dressé un état des lieux historique : pendant très longtemps, la riposte à la tuberculose a été exclusivement biomédicale, donnant la légitimité aux seuls médecins pour parler de tous les aspects de la réponse. Les personnes touchées survivants, APS, membres des communautés n'étaient pas reconnues comme des partenaires légitimes, malgré leur expertise unique.

Trois raisons majeures justifient aujourd'hui l'introduction du modèle Champion :

- La complexité de la TB-MR exige une approche centrée sur la personne : les effets psychologiques du traitement (dont les effets secondaires traumatisants, notamment chez les enfants) ne peuvent être pris en charge uniquement par le corps médical. Un enfant de neuf ans sous traitement TB-MR, traumatisé par ses médicaments, a besoin de l'empathie et du témoignage de quelqu'un qui l'a vécu ;
- Les survivants sont les mieux placés pour rassurer, mobiliser et accompagner : leurs témoignages ont démontré lors de la Journée Mondiale contre la TB un impact de mobilisation sans équivalent plusieurs participants ont annoncé vouloir s'engager davantage après avoir entendu des témoignages ;
- La stratégie End TB de l'OMS (et les leçons de la COVID-19) consacre explicitement le rôle des patients et des survivants comme défenseurs essentiels de la riposte. Ce modèle est désormais approuvé au plus haut niveau, et le PNLT l'a validé pour le contexte camerounais.

c. Définition officielle et critères de sélection

Un Champion TB est officiellement défini comme : « toute personne ayant survécu à la TB (ou TB-MR), infectée ou affectée par la TB, formée et mobilisée pour jouer un rôle actif dans la riposte communautaire soutien par les pairs, sensibilisation, plaidoyer et suivi communautaire. »

À l'échelle mondiale, le terme « Champion de la lutte contre la tuberculose » désigne également les personnes particulièrement engagées à faire entendre leur voix, qu'il s'agisse de personnalités publiques, d'ambassadeurs, de bailleurs de fonds ou d'investisseurs. Dans le cadre du projet RESPECT, les Champions sont recrutés parmi :

- Les patients en cours de traitement ;
- Les survivants TB et TB-MR ;
- Les APS (Agents de Promotion de la Santé) ;

- Les ASC (Agents de Santé Communautaires) ;
- Les membres d'organisations TB (TB-People, etc.) ;
- Les KVP (Key and Vulnerable Populations) directement affectées.

Le recrutement utilise plusieurs canaux : recommandations du PNLT ou des CDT, identification par les OSC, mobilisation des réseaux de survivants existants, appels à candidatures via médias et réseaux sociaux, et bouche-à-oreille communautaire.

(ii) Discussion et Echanges

- La session a donné lieu à un exercice participatif où le facilitateur a posé la question ouverte : « Qui est, selon vous, un Champion TB ? » Les réponses collectées ont convergé autour de trois critères : être affecté par la tuberculose (directement ou indirectement), être formé et engagé dans la lutte, et accompagner activement les malades. La définition consensuelle obtenue a confirmé celle du projet.
- Un participant a relevé l'importance du langage : pendant longtemps, on qualifiait les malades de « suspects » ou de « cas index », des termes qui stigmatisent. Le facilitateur a approuvé et présenté le document de « mots adaptés » développé par le projet, qui propose des formulations valorisantes : on dit « personne présumée TB » plutôt que « suspect », « personne ayant fait l'expérience de la maladie » plutôt que « ancien malade ». Il a encouragé les Champions à changer leur vocabulaire : « On peut changer de paradigme. On peut commencer à trouver des mots suffisants, des mots qui permettent de valoriser. »
- Une participante a interrogé sur la légitimité des APS qui n'ont pas eux-mêmes vécu la maladie. Le facilitateur a été clair : la légitimité ne découle pas uniquement de l'expérience vécue de la maladie, mais de l'engagement quotidien au service des communautés touchées. Les APS, ASC et professionnels de santé sont des personnes touchées par la tuberculose à leur niveau, et font partie intégrante de la communauté.

IV. E. SESSION 5 : Création de la demande et mobilisation communautaire

(i) Présentation

Cette session a été assurée par le représentant de la Direction de la Promotion de la Santé (DPS) pour les plans stratégiques nationaux.

a. Concepts-clés de la demande communautaire

Le représentant de la DPS a posé la distinction fondatrice : la demande communautaire n'est pas une demande passive. Elle implique la participation active des populations pour identifier, hiérarchiser et résoudre leurs propres besoins de santé. Elle passe d'une demande latente (besoin ressenti mais non exprimé) à une demande exprimée et communiquée. Pour y parvenir, la démarche s'appuie sur six piliers fondamentaux :

- Participation et engagement communautaire : implication directe à toutes les étapes-diagnostic des problèmes, planification, mise en œuvre et évaluation ;
- Renforcement des capacités (empowerment) : valorisation et développement des compétences locales pour trouver des solutions autonomes-ce n'est pas simplement « donner des ressources », c'est permettre aux gens de se les approprier ;
- Appropriation (ownership) : sentiment de responsabilité et d'investissement dans la pérennité des projets ;
- Dialogue et collaboration : mécanismes d'échange entre les communautés et les acteurs externes pour des interventions adaptées aux réalités locales ;
- Approche holistique : prise en compte de la globalité des besoins-santé, éducation, moyens de subsistance, environnement ;

- Équité et inclusivité : attention particulière aux groupes marginalisés pour s'assurer que personne ne soit laissé pour compte.

b. Mobilisation sociale vs mobilisation communautaire : une distinction stratégique

Le facilitateur a insisté sur une distinction souvent négligée mais stratégiquement déterminante :

- La mobilisation sociale est une approche ponctuelle et verticale, centrée sur la diffusion d'informations par communication descendante, avec des actions à court terme. Les communautés y sont des bénéficiaires passifs ;
- La mobilisation communautaire est un processus continu et horizontal, fondé sur l'appropriation locale des enjeux, le leadership communautaire actif, la création de réseaux durables. Les communautés sont des acteurs du changement.

c. Les plans stratégiques nationaux de santé communautaire

Le représentant de la DPS a présenté le cadre réglementaire national qui fonde l'action de santé communautaire au Cameroun. Le Plan Stratégique National de la Santé Communautaire 2021-2025 est articulé autour de cinq axes stratégiques :

- Axe 1 : Renforcement de l'institutionnalisation et de la gouvernance des ISDC ;
- Axe 2 : Amélioration de l'offre de services de santé communautaire de qualité ;
- Axe 3 : Communication pour le développement en faveur de la santé communautaire ;
- Axe 4 : Suivi-évaluation et recherche opérationnelle sur les ISDC ;
- Axe 5 : Accès des populations clés et vulnérables aux soins de santé communautaire, en intégrant le genre et les droits humains.

Le Plan Stratégique de Mobilisation Communautaire en Santé 2026-2028, présenté comme document complémentaire, est aligné avec la Stratégie Nationale de Développement 2030 et les ODD. Il repositionne la mobilisation communautaire comme maillon essentiel de la Couverture Santé Universelle, en tirant les leçons de la COVID-19 qui a révélé le rôle irremplaçable des acteurs communautaires dans les ripostes sanitaires.

Le PSNSC 2026-2030 est actuellement en gestation et vise à corriger les insuffisances identifiées dans les plans précédents, notamment les défis financiers qui ont limité la mise en œuvre complète des activités prévues.

(ii) Discussion et Echanges

Les échanges qui ont suivi ont permis de faire le lien entre les stratégies nationales et les activités concrètes du projet RESPECT.

- Un participant a interrogé le DPS sur les acteurs communautaires reconnus dans la stratégie nationale. La réponse : le système camerounais reconnaît plusieurs niveaux d'acteurs au niveau national, une Task Force et la DPS assurent la coordination ; au niveau régional, les Gouverneurs et DRSP ; au niveau district, les Sous-Préfets, CDS et COSADI ; et au niveau communautaire, les COSA, COGE, ASC, et OBC/OSC.
- Un débat animé a émergé sur la qualité réelle de l'engagement des ONG sur le terrain. Le facilitateur a reconnu que beaucoup d'organisations sont enregistrées mais peu sont actives de manière substantielle et mesurable. Il a plaidé pour que chaque organisation partenaire du projet RESPECT formule des activités concrètes avec des indicateurs précis : « si vous savez ce que vous voulez faire, combien d'activités, combien d'indicateurs-alors on peut avancer. »
- La question des numéros verts a été soulevée comme un outil sous-utilisé : le numéro vert du CSU permet déjà de capter des plaintes et des barrières de manière anonyme. Le représentant DPS a rappelé que ce type d'outil facilite l'engagement des populations qui ont peur de dénoncer leur situation. Il a encouragé les Champions TB à diffuser ce numéro activement dans leurs communautés.

IV. F. SESSION 6 : Droits humains, équité et accès aux soins TB-MR

(i) Présentation

Cette session a été assurée par un représentant de la Commission des Droits de l'Homme du Cameroun (CDHC / CHRC). Créée par la Loi N° 2019/014 du 19 juillet 2019, la CDHC est une institution nationale indépendante de promotion et protection des droits humains, accréditée au statut A selon les Principes de Paris (SCA/GANHRI), avec son siège à Yaoundé et 10 antennes régionales couvrant l'ensemble du territoire national.

a. Droits fondamentaux des personnes affectées par la TB-MR

Le représentant de la CDHC a ancré la présentation dans le cadre juridique applicable : au plan national, la Constitution camerounaise (préambule) et la loi-cadre de protection sociale des personnes vulnérables ; au plan international, la DUDH (Art. 25), la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (Art. 16), le PIDESC (Art. 12 : « Toute personne a droit au meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint ») et les directives OMS sur la tuberculose et les droits humains.

Six droits fondamentaux ont été détaillés pour les personnes touchées par la TB-MR :

- Droit à la santé : accès universel au diagnostic et au traitement TR-TB, sans condition de ressources ;
- Droit à la vie privée : confidentialité absolue du statut TB, protection des données de santé personnelles ;
- Non-discrimination : égal accès aux soins sans distinction de genre, d'ethnie, de statut social ou de statut TB ;
- Droit à l'information éclairée : communication complète sur le traitement, les droits et les recours disponibles ;
- Droit à la participation : implication des communautés et des personnes touchées dans la conception et l'évaluation des programmes de riposte ;
- Droits socio-économiques : maintien de l'emploi, accès à l'éducation, protection sociale pendant la durée du traitement.

b. Barrières d'accès et leur impact sur la chaîne de prise en charge

La CDHC a présenté des données préoccupantes : 71% des personnes attendues en TB-MR ne sont pas diagnostiquées (données PNLT 2024). Quatre catégories de barrières structurent ce déficit :

- Genre : inégalités femmes-hommes dans l'accès aux soins, charge des soins familiaux pesant disproportionnellement sur les femmes, manque de prestataires de santé féminins dans certaines zones ;
- Stigmatisation : rejet social et familial des malades TB, peur du regard communautaire, auto-exclusion des personnes symptomatiques qui préfèrent se taire plutôt qu'être stigmatisées ;
- Discrimination : refus de soins par certains prestataires de santé, exclusion professionnelle et scolaire, pratiques médicales coercitives ;
- Barrières structurelles : coûts directs et indirects du traitement (transports, alimentation), distance aux centres de prise en charge, horaires inadaptés des formations sanitaires.

Ces barrières s'enchaînent et se renforcent mutuellement, produisant : une sous-détection massive (71% non diagnostiqués), des retards au diagnostic et à la mise sous traitement, un abandon fréquent du traitement (taux de mise sous traitement : 70,7% des cas détectés), et une transmission communautaire non maîtrisée.

c. L'approche droits humains dans la riposte TB-MR — rôle de la CDHC

L'approche droits humains appliquée à la lutte TB-MR repose sur trois critères évaluant la qualité de l'accès aux soins : disponibilité (services de diagnostic et de traitement accessibles en quantité suffisante), accessibilité (accès physique, financier et sans discrimination pour tous), et acceptabilité (services respectueux des personnes, de leur culture et de leur genre).

La CDHC contribue à la riposte TB-MR via quatre fonctions complémentaires : réception et traitement des plaintes liées aux violations de droits dans le contexte TB, investigation et enquête sur les conditions d'accès aux centres de prise en charge, documentation et publication des cas de discrimination avérés, et recommandations au gouvernement et aux partenaires pour des réformes en faveur de l'équité dans l'accès aux soins.

La ligne verte gratuite 1523 est accessible 7j/7 pour tout signalement de violation de droits liée à la TB-MR. Les plaintes peuvent être déposées de façon anonyme, oralement ou par écrit. La CDHC garantit la confidentialité de toute saisine.

« La tuberculose multirésistante n'est pas qu'un défi médical -c'est un défi de droits humains. La CDHC s'engage à être un partenaire actif du projet RESPECT pour zéro discrimination et un accès universel aux soins. »

(ii) Discussion et Echanges

La session a généré un vif débat autour de situations concrètes vécues par les participants

- Une participante a soulevé le cas d'une femme hospitalisée pour TB-MR dont le mari refusait de la laisser poursuivre son traitement, entraînant des interruptions répétées. Le représentant de la CDHC a analysé cette situation sous l'angle des droits constitutionnels : si la personne le souhaite, elle peut dénoncer cette situation auprès de la CDHC, qui engagera une démarche de médiation ou, si nécessaire, saisira les autorités compétentes. La Constitution protège le droit de chaque individu à accéder aux soins, indépendamment de son statut matrimonial.
- Un participant a interrogé sur la notion de stigmatisation vs discrimination : quelle différence pratique ? La CDHC a précisé : la stigmatisation est un regard social négatif qui peut exister sans acte posé (on vous évite, on vous exclut socialement), tandis que la discrimination est un acte concret portant atteinte à un droit (refus de soins, licenciement, exclusion scolaire). La discrimination est juridiquement répréhensible et peut faire l'objet d'une plainte à la CDHC.
- La question de la confidentialité des dossiers médicaux a été longuement débattue. Un participant a demandé : « si je suis malade TB-MR, mon employeur peut-il être informé sans mon accord ? » La réponse a été claire : non. Le statut TB d'une personne est une information médicale strictement confidentielle, protégée par le secret médical. Divulguer cette information sans le consentement du patient constitue une violation grave des droits du patient, passible de sanctions.
- Un échange final a porté sur le processus pratique de traitement d'une plainte par la CDHC : réception (orale ou écrite, anonyme possible), investigation (enquête sur la situation rapportée), qualification (la plainte est-elle fondée ?), et suite donnée (médiation, saisine des responsables du service concerné, ou renvoi devant les autorités judiciaires si violation grave avérée). La CDHC a été encouragée à renforcer sa présence dans les districts sanitaires disposant de sites TB-MR.

Synthèse du Jour 1-Orientations pour le Jour 2

En fin de journée, les rapporteurs ont présenté une synthèse des cinq sessions. Ils ont relevé quatre messages transversaux forts :

- La TB-MR est guérissable, mais sa prise en charge exige un engagement collectif continu et soutenu ;
- Le soutien social et financier des patients n'est pas un bonus — c'est une condition de réussite du traitement ;
- Chaque acteur présent — qu'il soit clinicien, APS, Champion ou représentant institutionnel — est légitime et indispensable dans la réponse ;

- Les Champions TB sont le maillon communautaire manquant pour combler l'écart entre les cas attendus et les cas détectés.

Pour le Jour 2, les participants ont été invités à venir avec une situation concrète de barrière d'accès aux soins observée dans leur pratique, afin de la traiter à travers l'outil OnelImpact lors de la session 7.

JOUR2

La deuxième journée a débuté par la lecture et la validation du rapport du Jour 1 par les rapporteurs désignés. Les participants ont validé le compte-rendu sans modification substantielle, marquant ainsi la continuité et la cohérence des travaux entre les deux journées.

IV. G. SESSION 7 : Plaidoyer et redevabilité sociale

(i) Présentation

Cette session a été assurée par la Chargée de Plaidoyer. L'objectif était de renforcer le leadership des Champions TB comme acteurs de plaidoyer communautaire.

a. Présentation bases du plaidoyer stratégique

La présentatrice a posé une définition fondamentale : le plaidoyer est un processus délibéré pour influencer les décideurs afin de changer les politiques, les pratiques et les budgets. Il est stratégique (basé sur des preuves et des objectifs clairs), politique (vise les structures de pouvoir) et collectif (porté par l'ensemble de la communauté TB-MR). Elle a insisté sur la distinction entre trois notions voisines :

- Plaidoyer : destiné aux décideurs (maires, ministres), avec pour but de changer les politiques, les lois ou les budgets pour améliorer la vie des patients ;
- Sensibilisation : destinée au grand public, avec pour but de changer les mentalités et les comportements au sein de la communauté ;
- Communication : destinée à tout le monde, avec pour but de partager des informations claires et vérifiées.

b. L'urgence du plaidoyer pour la TB-MR

La présentatrice a présenté trois urgences qui justifient le plaidoyer actif des Champions TB:

- Manque de financement : les programmes communautaires sont souvent les derniers servis dans la répartition des budgets sanitaires. Le plaidoyer doit exiger une allocation budgétaire juste et proportionnelle au fardeau de la TB-MR ;
- Inégalités d'accès : les zones rurales et périurbaines manquent de médicaments et d'équipements de diagnostic rapide (GeneXpert). L'équité géographique doit être exigée par le plaidoyer communautaire ;
- Droits humains : le refus de soins, le manque de confidentialité, la stigmatisation institutionnelle sont des violations réelles et documentées. Les Champions TB, via OnelImpact, doivent les signaler et les soumettre aux décideurs compétents.

c. Stratégies de terrain : du problème à la solution

La méthode de plaidoyer présentée suit quatre étapes séquentielles :

- **IDENTIFICATION** : être précis sur le problème. Exemple : « Rupture de stock d'intrants TB-MR au district de Djoungolo depuis 10 jours. » Pas une généralité, un fait documenté, daté et localisé ;
- **ANALYSE** : identifier qui a le pouvoir de décider (médecin-chef, maire, DPS) et qui peut nous aider (leaders religieux, journalistes, autorités traditionnelles) ;
- **MESSAGES S.M.A.R.T.** : Spécifiques, Mesurables, Atteignables, Réalistes, Temporels. Formuler une demande claire avec une échéance précise ;

- **ACTION** : rencontrer le décideur, lui remettre une note de plaidoyer d'une page, mobiliser le réseau si nécessaire.

La méthode en 3 étapes pour structurer le message de plaidoyer :

- **LE CONSTAT** (les faits) : « Dans notre quartier, 5 patients TB-MR ont interrompu leur traitement faute de moyen de transport pour se rendre à la FOSA. »
- **L'IMPACT** (les conséquences) : « Ces interruptions risquent de créer des résistances de niveau supérieur et de propager la maladie dans la communauté. »
- **LA SOLUTION** (la demande) : « Nous demandons la prise en charge des frais de transport de ces 5 patients dans un délai de deux semaines. »

d. Les outils du plaidoyer

- **Onelmpact** : outil numérique de documentation des barrières. Chaque barrière signalée génère une preuve factuelle et traçable permettant de convaincre les autorités ;
- **Notes de plaidoyer** : document d'une page structuré en trois parties (problème + faits + demande), à laisser systématiquement au décideur après chaque rencontre ;
- **Témoignages de patients** : récits personnels (anonymisés si besoin) qui humanisent les statistiques et créent de l'empathie chez les décideurs. « Vous êtes la preuve vivante que la TB-MR peut se guérir. Votre témoignage est votre outil le plus puissant. » ;
- **Coalitions et réseaux** : travailler en réseau et en coalition avec d'autres organisations- l'union fait la force face aux décideurs.

(ii) Discussion et Echanges

Les échanges issus de la discussion ont été particulièrement riches.

- Une participante a demandé la distinction entre plaidoyer auprès du Ministère de la Santé et plaidoyer auprès du Fonds mondial ou d'UNITAID. La réponse : le plaidoyer interne (vers les décideurs nationaux) vise les politiques et les budgets du programme national ; le plaidoyer externe (vers les bailleurs) vise à maintenir ou augmenter les financements, à plaider pour l'inclusion de nouvelles composantes, et à démontrer la performance du programme pour justifier les investissements.
- Un participant a posé la question de la stigmatisation comme cible du plaidoyer : comment plaider contre quelque chose d'aussi diffus et culturel ? La facilitatrice a présenté le cas pratique de médiation : un survivant TB-MR licencié abusivement. L'action recommandée est une médiation conduite par un ASCP et un leader local auprès de l'employeur, expliquant la non-contagiosité après guérison, avec l'objectif de réintégration et d'une session de sensibilisation pour l'ensemble du personnel. Le cas pratique a permis de montrer que le plaidoyer peut être micro (cas individuel) ou macro (politique nationale).
- Un échange important a porté sur la peur des Champions TB de « se confronter » aux décideurs. La facilitatrice a rassuré : « Je ne vous demande pas de devenir des experts de haut niveau en plaidoyer. Je vous demande d'avoir quelques bases sur les discours que vous devez tenir lorsque vous discutez avec quelqu'un qui a le pouvoir d'influencer ce qui concerne la TB-MR. Soyez simples, centrés sur l'humain, et appuyez-vous sur des faits réels documentés dans Onelmpact. »
- Les messages clés retenus à l'issue de la session : le plaidoyer n'est pas une plainte, c'est une proposition de solution ; l'union fait la force-travaillez en réseau et en coalitions ; la persévérance est la clé du succès face aux décideurs ; et la devise du projet : « RIEN POUR NOUS SANS NOUS ! »

IV. H. SESSION 8 : Genre, équité et inclusion dans la lutte contre TB-MR

(i) Présentation

L'assistante Chargée des projets a introduit la session en la reliant aux enjeux du projet RESPECT : plus de la moitié des cas présumés TB-MR passent à travers les mailles du système de santé sans être identifiés, en raison des abandons, des perdus de vue et des personnes jamais entrées dans le circuit de soins. Le projet RESPECT cherche précisément à rattraper ces populations ciblées, et le plaidoyer est l'un des outils pour créer les conditions systémiques permettant cette amélioration.

Elle a rappelé que la notion de genre souvent réduite à « une question de femmes » est en réalité une dimension transversale qui concerne tous les acteurs et tous les niveaux de la réponse.

a. L'approche CRG : Communauté, Droits et Genre

Le module CRG (Communauté, Droits et Genre) est une approche développée et promue par Stop TB Partnership qui promeut le renforcement des systèmes communautaires, le respect des droits humains et l'égalité des sexes dans la riposte à la tuberculose. Elle donne la priorité aux populations les plus touchées et les place au centre de toutes les décisions programmatiques.

En Afrique de l'Ouest et du Centre (projets RECAP TB au Bénin, Cameroun, Niger, RDC et Gabon), les données documentent un classement des populations les plus vulnérables à la tuberculose : les prisonniers et personnes ayant un historique d'incarcération arrivent en tête avec les scores de risque les plus élevés, suivis des personnes en situation de rue, des migrants, des personnes vivant avec le VIH, et des professionnels du sexe.

b. Le genre dans la lutte TB-MR : définition et enjeux pratiques

Le genre détermine ce qui est attendu, permis et valorisé chez une femme, une fille, un homme ou une personne transgenre dans une société donnée. Ce n'est pas la biologie — c'est la construction sociale et culturelle des rôles attribués à chacun. Cette construction influence directement l'accès aux soins de santé de multiples façons :

- Pour les femmes : dépendance financière à l'égard du conjoint pour les décisions de santé, charge des soins familiaux (les femmes reportent leurs propres soins pour soigner les autres), mariage précoce limitant l'autonomie, croyances culturelles sur la « honte » d'être malade qui empêchent de consulter ;
- Pour les hommes : culture du comportement « fort » incompatible avec la reconnaissance de la maladie, rôle de chef de famille et de pourvoyeur de revenus qui pousse à reprendre le travail avant la fin du traitement, stigmatisation particulière dans les communautés patriarcales.

Les obstacles structurels qui perpétuent ces inégalités de genre dans l'accès aux soins TB-MR comprennent : les lois discriminatoires ou simplement inopérantes, le manque de prestataires de santé féminins dans certaines zones, le manque de confidentialité dans les formations sanitaires (les dossiers TB sont visibles de tous), la violence conjugale comme barrière à la poursuite du traitement, et les horaires et localisations des FOSA inadaptés aux contraintes des femmes.

c. Transformer les obstacles en opportunités de plaidoyer

La facilitatrice a présenté le message clé de cette session : si on évalue, contrôle, identifie et élimine systématiquement les obstacles liés aux droits humains et au genre dans les services TB-MR-en mettant l'accent sur les populations clés et vulnérables, et en utilisant une approche fondée sur la communauté, le Cameroun peut réduire considérablement l'écart de notification actuel. Les données désagrégées par sexe et par âge ne sont pas un luxe administratif : elles sont une nécessité pour une programmation efficace.

Les Champions TB ont un rôle de premier plan dans ce travail : en documentant via OnelImpact les situations de discrimination ou de violation liées au genre (femme refusée aux soins sans accompagnant masculin, homme empêché de prendre son traitement pendant ses heures de travail), ils génèrent les preuves sur lesquelles sera fondé le plaidoyer pour des services plus équitables.

(ii) Echanges et Discussion

- La présentatrice a conduit la discussion finale de cette session. Elle a rappelé l'erreur fréquente de réduire le genre à une question de femmes : « Personne ici ne pensait que le genre c'est une langue de la femme on ne va pas travailler qu'avec les femmes en genre. » Le genre concerne aussi les hommes, les adolescents, et toutes les personnes dont l'accès aux soins est affecté par des constructions sociales de rôles.
- Un participant a demandé comment aborder concrètement la dimension genre lors d'une causerie éducative avec un groupe mixte. La réponse de Bernadette : commencer par interroger les participants sur ce qu'ils savent des obstacles vécus dans leur communauté sans imposer une grille préconçue. Les exemples locaux sont toujours plus impactants que les statistiques nationales. Ensuite, proposer des solutions concrètes et accessibles : les Champions TB peuvent, par exemple, proposer des visites à domicile à des heures adaptées aux femmes qui ne peuvent pas se déplacer seules.
- Un échange a porté sur la question des inégalités dans les zones septentrionales du Cameroun, où les dynamiques de genre sont particulièrement marquées. Il a été rappelé que l'absence du père dans le foyer pour des raisons de déplacement professionnel peut rendre impossible la prise de décision de santé pour la mère et les enfants. Les Champions TB dans ces zones doivent inclure les leaders communautaires masculins comme alliés du plaidoyer pour la santé familiale.

La session s'est conclue sur un appel à l'action : chaque Champion TB doit identifier dans son district au moins un obstacle lié au genre dans l'accès aux soins TB-MR, le documenter dans OnelImpact, et en faire le sujet de sa première note de plaidoyer auprès du médecin-chef ou du responsable CDT référent.

IV. G. SESSION 9 : Outil OnelImpact DR-TB

(i) Présentation

Cette session pratique a été assurée par la Chargée Suivi-Évaluation. Elle a alterné présentation théorique et exercices pratiques.

a. Contexte et justification du CLM

Chaque année, des millions de personnes touchées par la TB passent à travers les mailles des systèmes de santé en raison des obstacles aux soins, des violations des droits humains, de la stigmatisation et du manque de services de soutien. Au Cameroun, sur 47 000 nouvelles personnes TB attendues annuellement, seulement environ 50% sont diagnostiquées. Les données actuelles sont principalement biomédicales ; les obstacles vécus par les patients sont peu documentés, les violations des droits et la stigmatisation demeurent largement invisibles dans les statistiques officielles.

Le Suivi Dirigé par la Communauté (CLM — Community-Led Monitoring) est la réponse systémique à cette invisibilité. Il repose sur un principe simple : donner aux personnes touchées par la tuberculose les moyens de connaître leurs droits, de signaler les obstacles et d'être entendues par les décideurs. OnelImpact est l'outil numérique qui opérationnalise ce CLM.

Une première mise en oeuvre pilote conduite de 2021 à 2022 dans 15 CDT de Yaoundé, Centre et Sud a démontré la faisabilité et l'impact : 3 309 téléchargements, 2 796 inscriptions, et 999 personnes ayant collectivement signalé 3 058 barrières documentées.

b. Fonctionnalités de OnelImpact

OnelImpact est une solution numérique développée par Stop TB Partnership. L'application comporte deux tableaux de bord complémentaires :

- Tableau des usagers (patients et Champions TB) : informations sur la tuberculose, connexion avec la communauté (« Soyez connectés »), géolocalisation des formations sanitaires les plus proches (« Avoir accès »), signalement des obstacles aux soins (« Être impliqué »). L'option 8 désigne spécifiquement les APS et TB-Champions ;
- Tableau des premiers répondants (FOSA, FIS, PNLT) : surveillance des barrières signalées, coordination de la réponse à trois niveaux individuel (patient TB), intermédiaire (formation sanitaire), national (MINSANTÉ/PNLT).
- L'application surveille quatre catégories de barrières :
- Violations des droits humains (refus de soins, violation de confidentialité, corruption) ;
- Stigmatisation dont sont victimes les patients TB et TB-MR ;
- Obstacles aux services de santé (ruptures de stock, délais de diagnostic, manque de personnel) ;
- Obstacles aux services de soutien (absence de soutien nutritionnel, de prise en charge des frais de transport).

c. Exercices pratiques et simulations

Les participants ont procédé à des exercices concrets en temps réel : téléchargement et inscription sur l'application (via Option 8 pour les APS et Champions), enregistrement de patients présumés TB dans le système, simulation de signalement de barrières observées. Chaque barrière signalée doit être résolue dans les 48h via l'application les premiers répondants reçoivent une notification et doivent documenter leur réponse.

Il a également été rappelé que la visibilité dans OnelImpact est un indicateur de performance conditionnel au paiement des Champions TB. L'application génère automatiquement les données d'activité de chaque Champion, permettant une supervision transparente et une redevabilité mutuelle.

(ii) Discussion et Echanges

- Les échanges pratiques autour de l'utilisation de l'application ont permis d'identifier plusieurs difficultés concrètes : accès limité à internet dans certaines communautés, difficultés pour les participants moins familiarisés avec les smartphones, et questions sur la confidentialité des données des patients enregistrés.
- Sur la confidentialité, la présentatrice a rassuré : les données sont pseudonymisées dans l'application. Les Champions ne doivent entrer que le code patient et les données minimales nécessaires aucun nom complet, aucune adresse précise n'est requise. Le superviseur est l'unique accès aux données nominatives en cas de nécessité de suivi.
- Sur la connectivité, la présentatrice a confirmé que l'application peut fonctionner partiellement en mode hors-ligne et synchroniser les données lors de la prochaine connexion. Les Champions sont encouragés à enregistrer les barrières et visites immédiatement après les activités, même si la synchronisation intervient ultérieurement.
- Un participant a posé une question sur la distinction entre signaler une barrière et déposer une plainte auprès de la CDHC. La réponse : les deux démarches sont complémentaires. OnelImpact documente et agrège des données pour le plaidoyer systémique ; la CDHC traite les cas individuels de violation de droits. Un même fait peut justifier les deux actions simultanément par exemple, un refus de soins signalé dans OnelImpact et une plainte individuelle déposée à la CDHC.

IV. H. SESSION 10 : Modalités d'engagement TB-Champions

(i) Présentation

Cette session opérationnelle a été conduite conjointement par la chargée des projets. Elle a constitué la session de clôture des enseignements, posant les bases contractuelles et pratiques de l'engagement des Champions TB dans le projet RESPECT.

a. Les six catégories d'activités attendues

- Sensibilisations : au minimum 1 causerie éducative (CE) ou TB-Club par équipe et par mois, organisée dans les CDT en collaboration avec le Référent. Outils obligatoires : liste de présence et rapport synthétique CE. Les thèmes doivent être validés par le Référent du CDT avant chaque activité ;
- Recherche de PDV, abandons et retraitements : au minimum 1 descente terrain en binôme ou équipe par mois. Toutes les activités de recherche sont initiées par le CDT (Référent), qui met à disposition les cas à rechercher. Outils : fiche de référence/contre-référence RESPECT ;
- Enregistrement et signalement via OnImpact : au minimum 5 patients enregistrés par semaine et 5 barrières signalées et résolues par semaine. Chaque barrière signalée doit être résolue dans les 48h. Le Champion doit faire le suivi de la résolution ;
- Suivi des patients TB-MR de la cohorte assignée : visites à domicile régulières, documentées sur la Fiche APS PNLT (hebdomadaire) ET sur OnImpact ;
- Rapport mensuel : 1 rapport complet par mois, soumis impérativement avant le 30 du mois. La fiche de synthèse mensuelle Champions TB est l'outil de rapportage standardisé. Ce rapport est OBLIGATOIRE pour déclencher le paiement — aucune donnée à zéro n'est acceptée ;
- Participation aux réunions de coordination : 1 réunion mensuelle obligatoire (présentiel ou en ligne) et activité continue sur le groupe WhatsApp de l'équipe pour la communication quotidienne avec le superviseur.

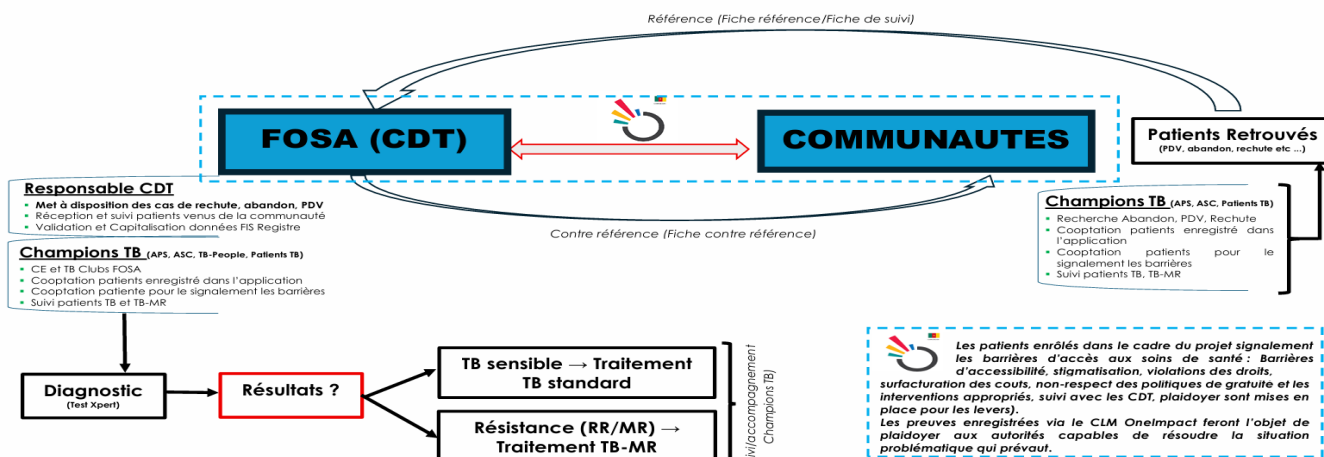
b. Répartition géographique des équipes

Les 20 Champions TB formés sont répartis en 7 équipes couvrant les districts sanitaires de Yaoundé. Chaque équipe est constituée de Champions aux profils complémentaires (APS, ASC, TB-People/survivants TB-MR, KVP) attachés à des CDT référents spécifiques dans les districts de Djoungolo, Efoulan, Odza, Biyem-Assi, Cité Verte et Nkoldongo. Chaque équipe dispose d'un référent au niveau du CDT qui valide les activités et cosigne les rapports mensuels.

Districts	CDT	Noms et Prénoms CHAMPIONS	Profils	Binôme/Equipe
Djoungolo	HD Djoungolo (Référent : ESSAMA Paulette)	Mvogo Mvogo Laurelle	Survivants TB-MR	Equipe 1
	CMC Nkolondom (Référent : NGASSA Pélagie)	Nyam Leon	APS	
		BIKOB0 Javeli	TB-People	
	Hop Afrique Future Déo Gracias (Référent : SONG Jeannette)	DIEUDONNEE KELEDJE Charles	Survivants TB-MR	Equipe 2
	Hop Marie Reine ETOUDI (Référent : YANGA Jeanne)	NWATEU Nadège	APS	
		NGO MBE Christine	ASCp	
Djoungolo	Hop Jamot (Référent : Mr LEMA et Mme KEMBOU)	YOMGNI Charles	APS	Equipe 3
	EPC Djoungolo (Référent : Awana Agnes)	EDENDE Françoise	TB-People	
Efoulan	CM Mvolyé (Référent : Mr NYANGADI Lucien)	NJUNO Blanche	Survivants TB-MR	Equipe 4
	HD Efoulan (Référent : Mme OWONA Beatrice)	EDOU Nicole	ASCp	
	HMR1 (Référent : Mr MBILA Franco)	SOUGA Francine	TB-People	
		MELONZIE Daniel	TB-People	
Odza	HD Odza (Référent : Mme NGONO Marcelle)	BANDOLO Irène	ASCp	Equipe 5
	CMA Nkomo (Référent : Mme NDJIE LYDIE)	MANEFOUE Josephine	TB-People	
	CBC Ekoumdoum (Référent : Mme MAIKA Georgean)	Blanche	TB-People	
Biyem-Assi	CHDSMP (Référent : ALIEKOU Laure)	MBATOU M Narcisse	ASCp	Equipe 6
	HD Biyem-Assi (Référent : NDONTJIO Nicole)	NTONG Ryan	KVP	
	CHU (Référent : Mme NGA OWONA)	ABONA Marlyse	TB-People	
	Baptist Etougebe (Référent : LINDA NSANG)	MESSING Zacharie	TB-People	
	CMC Marie Immaculée (Référent : Dr NJOYA)			
Cité Verte	CME FCB (Référent : NJAYON Chantalle)	DJEUGA Hermann	TB-People	Equipe 7
	HD Cité verte (Référent : Mme NGONO Suzy)	NGO SONG Florence	ASCp	
	Hop Bethesda (Référent : Mme DZEUKOU Huguette)	MANGA Emilienne	APS	
	CND Mercil (Référent : Mme FAMPOU Sidonie)			
Nkoldongo	CASS Nkoldongo (Référent : Dr ATEMKENG)	BEP GOUIFE David	Mobilis. Comm	Equipe 7
	HD Nkoldongo (Référent : MAKUNE Maryvonne)			
	Infirmierie prison centrale (Référent : EPALE Pierre)			

c. L'algorithme de mise en œuvre (FOSA ↔ Communauté)

Le fonctionnement du projet repose sur une articulation étroite entre les formations sanitaires (CDT) et les communautés, coordonnée par les Champions TB. La boucle opérationnelle est la suivante : (1) Les Champions TB mènent des causeries éducatives et TB-Clubs en FOSA, et des activités de recherche PDV/abandon dans les communautés ; (2) ils orientent les personnes symptomatiques ou les cas retrouvés vers la FOSA via la fiche de référence ; (3) le CDT réalise le diagnostic (Test Xpert) et oriente vers le régime approprié (TB sensible ou TB-MR) ; (4) le CDT adresse une contre-référence au Champion TB pour le suivi communautaire du patient ; (5) les barrières identifiées à chaque étape sont signalées dans OneImpact pour le plaidoyer systémique.



d. Compensation financière et conditions de paiement

La rémunération des Champions TB est structurée en deux composantes :

- Prime fixe : indemnité forfaitaire de base mensuelle (détails dans les MoU individuels) ;
- Prime de performance : basée sur quatre indicateurs mesurables — nombre de PDV/abandons retrouvés et ramenés en traitement, nombre de rechutes retrouvées et ramenées, nombre de patients enregistrés dans OneImpact, et nombre de patients ayant signalé des barrières résolues.

La condition sine qua non à tout paiement : la soumission du rapport mensuel complet et validé avant le 30 du mois. L'absence de rapport deux mois consécutifs entraîne la suspension de l'indemnité jusqu'à régularisation complète. La visibilité dans OneImpact (activité documentée dans l'application) est également un prérequis.

Messages clés à retenir pour chaque Champion TB :

- 1) Votre rôle n'est PAS médical vous êtes un pont entre la communauté et le système de santé ;
- 2) OneImpact est votre outil principal-documentez tout ;
- 3) Pas de rapport = pas de paiement ;
- 4) La confidentialité est ABSOLUE ;
- 5) Vous êtes la preuve vivante que la TB-MR peut se guérir — votre témoignage est votre outil le plus puissant.

(ii) Discussion et Echanges

La session d'échanges sur les modalités a été très pratique.

- Plusieurs participants ont demandé des clarifications sur les critères de performance et les modalités de calcul des primes. La facilitatrice a confirmé que les détails financiers précis sont contenus dans les MoU individuels signés avec chaque Champion TB, et que la grille

de performance sera communiquée individuellement lors des premières réunions de coordination d'avril.

- Un Champion TB a demandé que se passe-t-il si la barrière signalée dans OnImpact n'est pas résolue dans les 48h par les premiers répondants. La réponse : le Champion doit d'abord relancer via l'application, puis contacter directement son superviseur FIS, qui engagera un processus de plaidoyer auprès du responsable CDT concerné. Si le problème n'est pas résolu dans un délai raisonnable, l'équipe peut l'escalader à la coordination du projet ou à la CDHC selon la nature de la violation.
- La question de la durée de l'engagement a été abordée : les MoU sont établis sur la durée du projet RESPECT année 1.
- Un participant a posé la question de l'intégration future des Champions TB dans le dispositif national de santé communautaire du PNLT. Il s'agit d'un objectif à moyen terme : la performance démontrée par le projet RESPECT constituera le plaidoyer interne le plus convaincant pour formaliser et pérenniser le rôle des Champions TB au-delà du projet.

V. SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS

A l'issue de cet atelier, les recommandations suivantes ont été retenues

Recommandations	Responsable	Délais
1. Garantir la disponibilité des médicaments TB-MR à travers une gestion rigoureuse des stocks de sécurité	MINSANTÉ / PNLT	Continu
2. Accélérer la mise à l'échelle du traitement court BPALM au-delà des sites pilotes	MINSANTÉ / PNLT	D'ici fin 2026
3. Émettre une directive officielle reconnaissant le rôle des Champions TB et encadrant leurs activités	PNLT	Court terme (≤ 3 mois)
4. Renforcer la supervision des CDT Référents pour assurer la recherche des PDV/abandons et le partage des données	PNLT	Continu
5. Assurer un suivi mensuel rapproché des Champions TB (réunions régulières + recyclage trimestriel)	DRAF-TB / FIS / Partenaires	Dès avril 2026 (continu)
6. Capitaliser et documenter les bonnes pratiques et témoignages pour le plaidoyer	DRAF-TB / FIS	Continu
7. Démarrer les activités de sensibilisation dès début avril 2026 avec une première causerie documentée	Champions TB	Avril 2026
8. Utiliser systématiquement OnImpact pour documenter activités et barrières	Champions TB	Continu
9. Soumettre les rapports mensuels complets avant le 30 de chaque mois, sans données manquantes	Champions TB	Mensuel

VI. MOT DE FIN

Le représentant du Ministère de la Santé Publique a procédé à la clôture des travaux en exprimant sa profonde gratitude à l'ensemble des participants pour leur présence active, ainsi que pour la qualité des échanges tout au long de l'atelier. Il a salué l'engagement des partenaires, des facilitateurs et des experts, dont les contributions ont permis d'enrichir les réflexions et de consolider les acquis de la formation.

Dans son propos, elle a rappelé l'importance cruciale de la lutte contre la tuberculose multirésistante (TB-MR) au Cameroun, soulignant que malgré les progrès enregistrés, des défis majeurs persistent, notamment en matière de détection, de prise en charge et d'accès équitable aux soins. Elle a insisté sur la nécessité d'une mobilisation accrue et coordonnée pour accélérer les efforts en vue d'atteindre les objectifs de la stratégie End TB à l'horizon 2030.

Le représentant du MINSANTÉ a également mis en exergue les principaux acquis de l'atelier, notamment la maîtrise de l'outil OnImpact par les participants, désormais capables de documenter les barrières d'accès aux soins, ainsi que le renforcement des capacités des acteurs communautaires et des survivants pour un plaidoyer plus structuré et efficace. Elle a par ailleurs salué le renforcement des synergies entre les différentes parties prenantes, considéré comme un levier essentiel pour le succès du projet RESPECT.

Encourageant les participants à traduire sans délai les connaissances acquises en actions concrètes sur le terrain, elle les a invités à faire preuve de rigueur, d'engagement et de professionnalisme dans la mise en œuvre de leurs activités, tout en assurant un suivi régulier des progrès réalisés.

Enfin, elle a exhorté l'ensemble des acteurs à maintenir cette dynamique collective, en s'inspirant des bonnes pratiques et en consolidant les acquis, afin de renforcer durablement la riposte contre la TB-MR au Cameroun. Sur ces mots, il a déclaré officiellement clos l'atelier, tout en invitant chacun à rester pleinement mobilisé pour les prochaines étapes du projet.

ANNEXES

Annexe 1 : Passages médiatiques

Annexe 2 : Quelques Photos

Annexe 3 : Agenda

Annexe 4 : Liste de Présence

Sonia KANA

Bertrand KAMPOER

Chargée des Projets

DRAFT TB

Coordonnateur Regional

DRAFT TB

Annexe 1 : PASSAGES MEDIATIQUES

1. Dans sa parution de ce vendredi 27 mars 2026 le quotidien à capitaux publics **Cameroon Tribune** a consacré une page entière de la rubrique société au sujet lié au renforcement des capacités des Champions TB



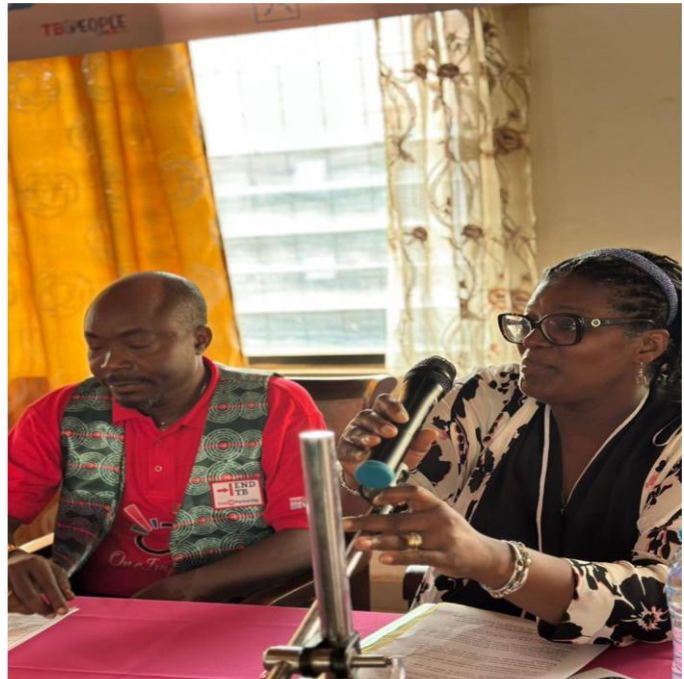
2. Disponible aussi sur leur web <https://santenatureinfos.com/lutte-contre-la-tuberculose-le-plnt-et-fis-cameroun-renforcent-les-barrieres-communautaires/>



3. Echo santé



Annexe 2 : QUELQUES PHOTOS





Annexe 3 : Agenda

Horaires	Activités	Responsables
Jour 1		
08 :30 – 09 :00	Accueil et enregistrement des participants	Secrétariat
09 :00 – 09 :30	Session 0 : Ouverture de l'atelier <ul style="list-style-type: none"> Mots de bienvenue Présentation des participants et adoption de l'agenda Modalités pratiques Désignation Time-Keeper et Rapporteurs Objectifs et résultats attendus de l'atelier 	DE /MINSANTE Chargée des projets
09 :30 -10 :00	Pré-Test	
10 :00 -10 :30	Photo de famille et pause-café	
10 :00 -11 :30	Session 1 : Situation épidémiologique et enjeux de la tuberculose MR au Cameroun <ul style="list-style-type: none"> Données épidémiologiques nationales et régionales (PNLT) Défis structurels, sociaux et communautaires 	Dr MAKONDI PNLT
	Discussion et échanges	
11 :30 -12 :15	Session 2 : Rôle APS et Soutien psychosocial dans la lutte contre la TB au Cameroun <ul style="list-style-type: none"> Rôle APS : soutien, sensibilisation, plaidoyer Facteurs influençant l'adhérence thérapeutique Interventions combinées pour l'adhérence au traitement 	Dr MAKONDI PNLT
	Discussion et échanges	
12 :15 -13 :00	Session 3 : Modèle Champion TB-De survivant à ambassadeur <ul style="list-style-type: none"> Le modèle TB Champion : qui est un Champion TB ? Principes clés : engagement, responsabilisation, Soutien par les pairs dans la lutte contre la TB Critères de sélection et mobilisation des Champions TB 	DE
	Discussion et échanges	
13 :00 -13 :45	Session 4 : Création de la demande et mobilisation communautaire <ul style="list-style-type: none"> Concepts-clés de la demande communautaire pour les services DR-TB Stratégies de mobilisation communautaire éprouvées Bonnes pratiques et études de cas (Cameroun) 	DPS
	Discussion et échanges	
13 :45 -14 :30	Session 5 : Droits humains, équité et accès aux soins TB-MR <ul style="list-style-type: none"> Droits fondamentaux des personnes affectées par la TB Approche centrée sur les droits et l'équité Barrières d'accès : genre, stigmatisation, discrimination 	CDHC

	Discussion et échanges	Tous
14 :30 - 15 :00	Synthèse du Jour 1- orientations Jour 2	Rapporteur
15 :00	Pause déjeuner	
Jour 2		
08 :30 - 09.30	Lecture et validation du rapport J1	Rapporteur J1
09 :30 -10 :00	Pause-café	
10 : 00 -11 :00	Session 6 : Plaidoyer et redevabilité sociale <ul style="list-style-type: none"> • Techniques de plaidoyer auprès des parties prenantes et décideurs • Utilisation des récits personnels comme outil de plaidoyer • Lutter contre la stigmatisation et la discrimination 	Chargée Plaidoyer
	Discussion et échanges	Tous
11 : 00 -13 :30	Session 7 : Outil OnelImpact DR-TB-Présentation et pratique <ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce que OnelImpact ? Fonctionnalités et objectifs CLM • Utilisation pratique : collecte et remontée de données, signalement des barrières • Coordination entre réseaux de survivants, PNLT et acteurs santé 	Chargée SERA
	Discussion et échanges	Tous
13 : 30 -14 :15	Session 8 : Genre, équité et inclusion dans la lutte contre TB-MR <ul style="list-style-type: none"> • Comprendre les obstacles liés au genre dans l'accès aux soins DR-TB • Transformer les obstacles en opportunités de plaidoyer 	DE
	Discussion et échanges	Tous
14 : 15 -14 :45	Session 9 : Modalités d'engagement TB-Champions <ul style="list-style-type: none"> • Comment les champions de la tuberculose seront impliqués, • Ce qui est attendu d'eux, les exigences des rapports, • La compensation financière, etc. 	Chargée des projets Ass Chargée Projet Comptable
	Discussion et échanges	Tous
14 :45 -15 : 15	Post test et évaluation de la formation	Tous les participants
15 :15 -15 :30	Mot de clôture de l'atelier	DRAFT TB/MINSANTE
15 :30	Pause déjeuner	

Annexe 4 : Fiche de présence

FICHE DE PRESENCE						
NOMS ET PRENOMS	Qualité	Email	Téléphone	Genre	Consente ment de prise de photo ou de vidéo	SIGNATURE
W Nardji	DPS Co-facilité	w-nardji@people	679602375	M	OK	
MBOUMI SISSA	CNDHC	mboumi.sissa@nrdh.com	699229493	M	OK	
MAKONDI DORICILE	CU-TBMA	makondidoricile@gmail.com	696246480	F	OK	
DJEUGA HERMANN	C. COM T.B-PEOPLE	hermann.djeuga@gmail.com	691979732	M	OK	
NGO BISOLOKS B.	ACP/FIS	ngobisoloks@gmail.com	650217812	F	OK	
NYAM Léon	ATS/GTR	nyamleon@nyamleon.fr	650334151	M	OK	
Manga E. Rose	APS/GTR	emilienne.manga@leboncoin.com	68864455	F	OK	
Leonela Konne	chargée de plaidoyer	leonela.konne@fiscamessun.org	686780107	F	OK	

FICHE DE PRESENCE						
NOMS ET PRENOMS	Qualité	Email	Téléphone	Genre	Consente ment de prise de photo ou de vidéo	SIGNATURE
NEZINNOU Sonia	chargée de projets	sonia.nezinnou@fiscamessun.org	655972019	F	oui	
MBOUMI SISSA	CNDHC	mboumi.sissa@nrdh.com	699229493	M	OUI	
KEMBOU Niveille	Membre TB-TR HJV	kembou.niveille@gmail.com	677865168	F	OUI	
NWATEU NADEGE	APSTBTR	nwateunadegeg@gmail.com	673271976	f	OUI	
KUABAN ALAEN	Pneumologue HJV	kuabanalin@yahoo.com	696550444	M	OUI	
BIKDO TSANGA J	membre TB people	tsanga.javelia@gmail.com	655361965	F	OUI	
Edende Rosalie française	TRESORIERE TB people	edendefrancoise@gmail.com	691302727	F	OUI	
JOM Gni Charles	APS/TB/MR	jomgni@gmail.com	697793705	M	OUI	

FICHE DE PRESENCE						
NOMS ET PRENOMS	Qualité	Email	Téléphone	Genre	Consente ment de prise de photo ou de vidéo	SIGNATURE
Josephine Mandjone	PCA TBpeople	fofsojo58@gmail.com	696516625	F	OUI	
BIKDO TSANGA	membre TB People	tsanga.javelia@gmail.com	655361965	F	OUI	
Edende Rosalie française	TRESORIERE TB people	edendefrancoise@gmail.com	691302727	F	OUI	
NGO SONG HAZEF.	ASCP	ngosonghazef@gmail.com	697920793	F	OUI	
NGHOKENG MBATOU Narcisse	ASCP	nghokeng1987@yahoo.fr	690604841	M	OUI	
EDOU MENDO NICOLE	ASCP	edoumendo80@gmail.com	631046660	F	OUI	
NGO Biyika Zeb	CA NPI	ngobiyika2014@gmail.com	655894009	F	OUI	
Titahong N Collins	CU&PNLI	titahongcollins@gmail.com	658242515	M	OUI	