

UNICEF Bureau Régional de l’Afrique Centrale et de  
l’Ouest

Evaluation  
Prise en Charge  
de la  
Malnutrition Aiguë

**CAMEROUN**

20 août – 1 septembre 2012

Yvonne Grellety  
Hélène Schwartz

## **REMERCIEMENTS**

Nous tenons à remercier tout particulièrement Inès Lezama, Anna Louise Kellett et Kouhin Nea Dore ainsi que toute l'équipe UNICEF pour leur accueil, leur professionnalisme, leur connaissance de la région et leur appui continu lors de cette évaluation. Un remerciement particulier à Robert Tah Esibe, le chauffeur qui nous a accompagnés tout au long de cette mission et qui nous a permis de nous rendre à Kousseri sain et sauf malgré l'état de la route.

Nos remerciements chaleureux à toutes les autorités gouvernementales notamment la Direction de la Promotion de la Santé (DPS) et en son sein le Service Diététique et Intervention Nutritionnelle (SDIN) avec Madeleine Hore Togoue et Augustin Ndongmo Nanfack. On ne pourrait oublier les personnes des agences des Nations Unies (Haut-Commissariat aux Réfugiés : Blaise Bathondoli, Programme Alimentaire Mondial : Amadou Boukari) et les partenaires qui nous ont accompagnées sur le terrain.

Nous tenons enfin à remercier Félicité Tchibindat et Mame Thiaba Drame, pour leur aide et leur appui continu au bon déroulement de cette mission.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>5</b>
<b>TERMES DE REFERENCES DE LA MISSION D’EVALUATION .....</b>	<b>7</b>
<b>METHODOLOGIE.....</b>	<b>7</b>
<b>EVALUATION DES PROGRAMMES DE PCIMA.....</b>	<b>9</b>
<b>Vue d’ensemble du programme .....</b>	<b>9</b>
<b>Partie 1 : le protocole – les outils – les posters – les modules de formation .....</b>	<b>11</b>
1.1 Le protocole .....	11
2.2 Les Outils .....	12
2.3 Les posters .....	13
2.4 Modules de Formation .....	14
<b>Partie 2 : Prise en charge de la malnutrition aiguë.....</b>	<b>15</b>
2. 1 Organisation au niveau central.....	15
2.1.1. La Direction de la Promotion de la Santé (DPS).....	15
2.1.2. Division des Etudes et des Projets (DEP) .....	16
2. 1.3 La Direction de Lutte contre les Maladies (DLM) .....	18
2.1.4 Programme National de Sécurité Alimentaire (PNSA).....	18
2.1.5. Formation .....	19
2.1.6 Recommandations sur l’organisation au niveau central .....	20
2.2 Organisation au niveau régional – district – aire de santé – communautaire.....	21
2.2.1. Région .....	21
2.2.2 Districts Sanitaires (DS).....	22
2.2.3 Aire de santé/CSI pour les CNA MAS et MAM.....	22
2.2.4 Communauté .....	22
2.2.5 Recommandations .....	23
2.3. Visites terrain (voir carte 2) .....	23
2.3.1. Visites de la Région de l’Est et de l’Adamaoua .....	25
2.3.2 Visite de la région Nord et Extrême Nord.....	31
<b>EN CONCLUSION.....</b>	<b>40</b>
<b>RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>40</b>
<b>Recommandations générales .....</b>	<b>40</b>
<b>Recommandations spécifiques sur la PCIMA.....</b>	<b>42</b>
Au niveau des NU .....	44
Au niveau des ONG .....	44
<b>ACRONYMES.....</b>	<b>46</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUE.....</b>	<b>48</b>

<b>ANNEXES.....</b>	<b>49</b>
<b>Annexe 1 : Termes de Référence .....</b>	<b>49</b>
<b>Annexe 2 : Agenda.....</b>	<b>51</b>
<b>Annexe 3 : Liste des contacts.....</b>	<b>53</b>

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1 : Résultats des enquêtes nutritionnelles, 2011 .....	6
Tableau 2 : Vue d'ensemble de la couverture géographique de la prise en charge et sites visités.....	9
Tableau 3 : ONGs soutenant les acteurs communautaires .....	23
Tableau 4 : Récapitulatif des disparités entre régions Est/Adamaoua et Nord/Extrême Nord	24
Tableau 5 : Partenaires dans la région de l'Est et de l'Adamaoua, Août 2012 .....	25
Tableau 6 : Visite du CNA de Garoua Boulai dans la région de l'Est et du CNA de Lokoti dans la région de l'Adamaoua .....	26
Tableau 7 : Récapitulatif de la prise en charge en CNTI .....	28
Tableau 8 : Distribution « Blanket feeding » des produits nutritionnels par le PAM .....	36
Tableau 9 : Visites des CNA des régions Nord et Extrême-Nord .....	36
Tableau 10 : Visites des CNTI des régions Nord et Extrême-Nord .....	37

## INTRODUCTION

Le programme de Prise en Charge Intégré de la Malnutrition Aiguë (PCIMA) au Cameroun a été initié courant 2007 suite à un atelier d'élaboration du protocole national de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère, suivi d'une réunion de consensus. A cet atelier, étaient présents une grande partie des pédiatres du Cameroun, notamment de Yaoundé, ainsi que les médecins et points focaux nutrition des régions et les responsables des sections PTME (Prévention et Transmission Mères Enfants) et Nutrition de l'UNICEF<sup>1</sup>. Du fait de l'afflux massif de réfugiés Centrafricains dans les régions de l'Est et de l'Adamaoua, la PCIMA a été introduite en priorité dans ces deux régions par la DPS avec l'appui du HCR, de l'UNICEF et de leurs partenaires.

De 2008 à 2009, le programme s'est étendu dans ces deux régions et des supervisions formatives conjointes DPS-UNICEF ont été organisées de façon régulière afin de réajuster les éventuelles erreurs commises et suivre de près la mise à l'échelle. Ceci a probablement eu un effet positif sur la qualité de la prise en charge.

Le programme de PCIMA a ensuite été introduit dans les régions du Nord et de l'Extrême Nord en 2010 avec toutefois des supervisions beaucoup moins régulières que ce qui avait été fait dans le passé.

En ce qui concerne le protocole national PCIMA, la version 2006 a été révisée fin 2010 afin d'y introduire la partie ambulatoire de la prise en charge. Cette dernière version n'a cependant jamais été éditée et diffusée. Des changements progressifs ont ensuite été introduits, notamment en ce qui concerne les outils de suivi mais sans concertation particulière avec le terrain. La remontée des données du niveau communautaire et structures de santé vers les districts, les régions et le niveau central s'en est certainement trouvé affecté.

En 2012, les régions Est, Adamaoua, Nord et Extrême Nord comptent 394 Centres de Nutrition Ambulatoire (CNA) et 44 Centres de Nutrition Thérapeutique Intensif (CNTI) fonctionnels, les CNTI se trouvant pour la majorité au niveau des hôpitaux de district et de région et les CNA au niveau des CSI (voir tableau 2).

---

<sup>1</sup> Voir Nutrition report UNICEF Cameroun, Septembre 2006, Golden MHN & Grellety Y



## **TERMES DE RÉFÉRENCES DE LA MISSION D'ÉVALUATION**

- Analyser les documents clés: (i) protocole national; (ii) modules de formation, (iii) outils de suivi et évaluation
- Faire des recommandations afin d'assurer que tous les documents soient en accord avec les standards internationaux et les dernières innovations scientifiques, et donner des indications pour la révision du protocole national de PCIMA
- Revoir toutes les composantes des programmes de prise en charge de la MAS et de la MAM, y compris les flux d'informations, la couverture et l'acceptabilité (à travers des visites de terrain et des interviews avec les informateurs clés y compris les ONG et agences des Nations Unies)
- Fournir des informations sur les plans ou stratégies de développement des capacités (s'il en existe), évaluer les compétences et pratiques acquises à travers des interviews des formateurs et du personnel en place et l'observation des activités principales de la prise en charge de la malnutrition aiguë (dépistage, admission, traitement et décharge)
- Faire des recommandations afin d'améliorer la qualité de la prise en charge.

## **MÉTHODOLOGIE**

La mission d'évaluation de la prise en charge de la malnutrition aiguë s'est déroulée du 20 août au 1<sup>er</sup> septembre 2012. La préparation de la mission a consisté à faire une revue bibliographique des documents mis à disposition par l'équipe du Cameroun (DPS, UNICEF, PAM) et à élaborer les questionnaires pour l'évaluation des programmes de PCIMA. Quatre questionnaires ont ainsi été créés afin de couvrir les différents niveaux impliqués dans la prise en charge, à savoir : responsable programme/point focal nutrition/ONGs – Centre de Nutrition Thérapeutique Intensif (CNTI) – Centre de Nutrition Ambulatoire (CNA) qui incluent la prise en charge des MAS et des MAM. Un questionnaire destiné aux acteurs communautaires a également été créé, mais n'a pu être administré faute de temps.

Le calendrier de la visite a été élaboré par la DPS en collaboration avec l'UNICEF. Dans chacune des quatre régions évaluées, le principe était de rencontrer les points focaux nutrition au niveau régional et/ou district, d'évaluer la prise en charge au niveau des CNTI et des CNA (appuyés ou non par des partenaires) et de visiter les stocks d'intrants au niveau des régions, des districts et des centres de santé afin de comprendre la dynamique d'approvisionnement des intrants et des médicaments.

Après la visite de terrain, un compte rendu de la mission a eu lieu en présence des différents partenaires UN et ONGs impliqués dans la PCIMA.

Les documents collectés et analysés lors de notre mission comportent le protocole national PCIMA version 2010, les outils de suivi, les modules de formation et posters, les registres et fiches de suivi individuelles des centres visités, ainsi que les documents officiels (Politique Nationale d'Alimentation et de Nutrition (2006), le décret portant sur le Programme National de Sécurité Alimentaire (2009), et autres documents sur la stratégie de croissance et de l'emploi et la stratégie sectorielle de santé (2001-15)).

### Contraintes rencontrées

- Un certain nombre d'événements nous ont contraints à réduire les visites terrain de deux jours par rapport à l'agenda préétabli.
- La prise en charge de la MAM au niveau des CNA a pu être évaluée uniquement dans l'Est et l'Adamaoua pour les enfants de 6 à 59 mois ; nous n'avons pas eu l'occasion d'assister à une prise en charge nutritionnelle des femmes enceintes et allaitantes.
- Il a été extrêmement difficile d'analyser les données et rapports pour plusieurs raisons : les trames des rapports rencontrées variaient suivant les régions, les CNA avaient connu de nombreuses ruptures de produits nutritionnels, aussi bien thérapeutiques que supplémentaires, et pour finir, les définitions des termes utilisés étaient variables d'une région à une autre.
- Il faut ajouter à cela la difficulté de vérifier la conformité du traitement nutritionnel et médical dans les CNA. Ceci était dû d'une part aux contraintes logistiques : les visites de CNA n'ont pas pu toutes se faire le jour de la prise en charge ; d'autre part, à l'absence de fiches de suivi individuelles des patients MAS, ce qui a limité considérablement notre analyse ; seuls les registres ne contenant uniquement le suivi anthropométrique ont pu être consultés.

## EVALUATION DES PROGRAMMES DE PCIMA

### Vue d'ensemble du programme

Le tableau 2 donne une vue d'ensemble de la couverture géographique de la prise en charge dans les quatre régions évaluées et le nombre de centres visités lors de cette mission.

Comme mentionné précédemment la PCIMA a été mise en œuvre d'abord dans les districts de l'Est et de l'Adamaoua couplée à des supervisions formatives régulières. Courant 2010, cette prise en charge a été étendue aux régions du Nord et de l'Extrême Nord. Fin 2011, 15 districts de santé de la région Nord et 30 de la région Extrême Nord ont reçu une formation PCIMA, dispensée par des techniciens du niveau central. Sur les 45 districts de santé formés, seuls 20 ont mis le programme en œuvre, les 23 autres districts de santé faisant face à des problèmes de disponibilité d'intrants et de matériel anthropométrique.

Tableau 2 : Vue d'ensemble de la couverture géographique de la prise en charge et sites visités

Région	District	CSI°/ Aire santé	Population	CNA		CNTI		Visite CNA	Visite CNTI	NU/ ONG visités
				Nb fonct.*	Couv. géog **	Nb fonct.*	Couv géog **			
<b>Extrême Nord</b>	30	245	3 690 624	176	72%	20	71%	4	2	CRF PAM UNICEF
<b>Nord</b>	15	147	2 135 371	143	97%	14	93%	-	1	PAM UNICEF
<b>Adamaoua</b>	8	75	1 015 622	21	30%	4	50%	1	1	IMC HCR PAM
<b>Est</b>	14	106	801 698	54	50%	6	43%	1	2	HCR PAM FICR AHA <sup>4</sup> IMC ASAD
<b>Total</b>	67	573	7 643 315	394	69%	44	68%	6	6	

\*Nb fonct. : Nombre fonctionnel CSI : Centre de Santé Intégré

\*\* Couv Géog : Couverture Géographique

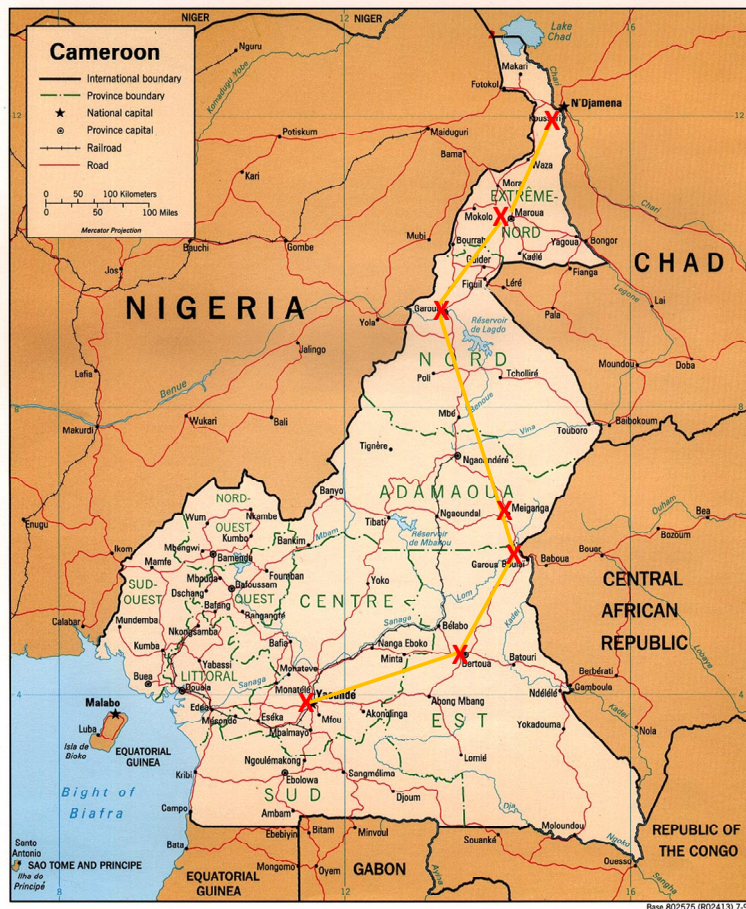
### Visites effectuées

Au total, 12 centres de prise en charge de la malnutrition aiguë (CNTI/CNA) ont été visités dont un CNTI situé dans une structure privée (CNTI de Garoua Boulai situé dans l'hôpital Protestant).

<sup>4</sup> Vue uniquement lors de la réunion organisée par le HCR

Autant de CNTI que de CNA ont été évalués alors que le nombre de CNA est beaucoup plus important que celui des CNTI. Ceci s'explique en partie par la situation géographique des CNA et CNTI et en partie par les horaires de consultation. En effet, les CNTI se situent en général au niveau des hôpitaux régionaux des différentes villes que nous avons traversé et fonctionnent 24 heures sur 24. Quant aux CNA, la majorité se situent en dehors des villes et des axes routiers, sont fermés le samedi et dimanche et ont des jours fixes pour la prise en charge de la malnutrition aiguë. Par faute de temps et d'accessibilité, les CNA visités ont donc été ceux qui se trouvaient soit en ville, soit sur notre route. Ceci introduit très certainement un biais de représentativité mais le but de cette mission était avant tout de faire le point sur la prise en charge dans son ensemble sans aller dans l'analyse plus approfondie des données.

Carte 2 : Trajet de la mission d'évaluation, Cameroun Août 2012



Le travail réalisé peut se décomposer en deux parties, une partie centralisée sur la revue du protocole et des outils de référence pour la PCIMA et une partie sur l'analyse des visites en capital et sur le terrain

## Partie 1 : le protocole – les outils – les posters – les modules de formation

### 1.1 Le protocole

Mis à jour fin 2010, le protocole actuel intègre la prise en charge ambulatoire des cas de malnutrition aiguë modérés et sévères et les normes OMS 2006. Les principaux chapitres/sections abordés sont : la mobilisation communautaire et le dépistage actif, le dépistage passif en centre de santé, le triage avec le test de l'appétit et la prise des mesures anthropométriques, la prise en charge ambulatoire avec le diagnostic sur les non réponses au traitement, la prise en charge en hospitalisation avec en phase 1 les complications médicales incluses et le lien entre les patients souffrant du VIH-SIDA et Tuberculose, les moins de 6 mois et leur prise en charge, le suivi – évaluation avec les rubriques des registres, fiches de suivi et rapports mensuels. Il n'y a cependant aucune information au niveau du CNTI sur les critères de passage de la phase 1 à la phase de transition, de la phase de transition à la phase de réhabilitation et sur la prise en charge dans ces deux dernières phases. Les critères de sortie pour les patients œdémateux ne sont pas précisés. Les définitions de certains termes, comme par exemple les « perdus de vue » et les « abandons » nécessitent d'être redéfinis afin d'être en accord avec les définitions internationales.

Le traitement médical systématique mériterait également d'être revu. La section VIH et Nutrition occupe une place importante dans le protocole mais ne renseigne pas suffisamment sur les procédures de prise en charge des Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH) et souffrant de malnutrition aiguë sévère. Enfin, le chapitre « Suivi-Evaluation », qui joue un rôle capital dans la qualité et le flux des données, mériterait d'être plus développé.

Cette version du protocole n'a été ni éditée, ni diffusée : elle n'est présente dans aucune structure de santé. Par contre, les modules de formation, tirés plus ou moins de cette version, sont disponibles et font office d'aide-mémoire pour la prise en charge ambulatoire des MAS et des MAM sans inclure toutefois la prise en charge en CNTI (exception faite du CNTI de Maroua où la CRF a mis à disposition le chapitre CNTI du protocole 2010).

Un bon protocole est un élément nécessaire mais insuffisant pour une bonne prise en charge. La présence de celui-ci ne veut pas forcément dire une bonne prise en charge, car encore faut-il qu'il soit diffusé, lu, compris, accepté et accessible pour les soignants en charge des malnutris aigus. Toutefois, c'est le point de départ nécessaire pour permettre l'amélioration des conduites à tenir. Des aide-mémoires et posters doivent être tirés du protocole afin de s'assurer que les informations clés seront présentes au niveau des centres de santé.

## *Recommandations*

Le protocole actuel doit faire l'objet d'une révision rapide. Il est fortement recommandé que cette révision se base sur le protocole générique v.6.6.2 utilisé dans la région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre depuis 2011, incluant les dernières recommandations internationales et les dernières avancées scientifiques.

## *2.2 Les Outils*

Les outils que l'on retrouve dans le protocole national de 2010 et/ou dans les modules de formation sont 1) pour le CNA au nombre de 2 registres : un pour les Modérés et un pour les Sévères et un seul rapport mensuel qui regroupe les MAM et les MAS. 2) pour le CNTI, il existe la fiche de suivi A3, la fiche sur l'interrogatoire et examen médical et le rapport mensuel CNTI pour MAM et MAS.

Pour le suivi de l'enfant, il existe la carte du bénéficiaire conservée par l'accompagnant jusqu'à la fin du traitement.

Sur le terrain, nous avons découvert plusieurs versions d'outils :

- Fiches Poids pour Taille (P/T) : l'une utilisée uniquement pour calculer le poids cible de sortie (P/T à -2Z et -1,5Z), ce dernier étant conforme au critère de sortie validé lors de la réunion de consensus de Dakar (décembre 2010), une autre permettant de mesurer le P/T à l'admission ainsi que le P/T à la sortie (P/T à 0Z, -1Z, >=-2Z, <-2Z et >=-3Z, <-3Z), et une troisième ayant encore les anciens critères NCHS
- Registres : unique pour les MAS et les MAM ou séparé pour les MAS et les MAM.
- Rapports mensuels : des versions différentes par région utilisant des termes différents.

Ce problème nous a terriblement handicapés pour la vérification des données et nous avons été dans l'impossibilité de faire une analyse approfondie, au risque de tirer de fausses conclusions.

Le suivi de la MAS en CNA se fait uniquement sur un registre sans fiche de suivi individuelle. Or les MAS ont un risque de mortalité bien supérieur aux MAM et nécessitent un suivi rapproché avec des informations sur leur état clinique, le traitement médical et nutritionnel reçus. Ceci a pour but de pouvoir ajuster le traitement suivant la gravité de l'état du patient et de pouvoir rétrospectivement évaluer la qualité de la prise en charge individuelle. Cette prise en charge est forcément plus détaillée que la prise en charge des

MAM, où le suivi médical est le même qu'un enfant au statut nutritionnel normal (cf PCIME).

Les patients MAS, une fois les critères anthropométriques MAM atteints, sont transférés dans le programme MAM. Théoriquement ces patients ne sortent donc jamais guéris des programmes MAS, dans l'hypothèse, où leur prise en charge continue dans le programme MAM.

Or, un patient MAS sévèrement émacié reste physiologiquement perturbé tout au long de son épisode de malnutrition et nécessite un traitement thérapeutique jusqu'à atteinte des critères de sortie, même s'il a atteint le P/T ou le PB d'un patient souffrant de MAM. Il en est de même pour les MAS non émaciés avec présence d'œdèmes : la littérature démontre qu'il faut que ces patients restent sous traitement thérapeutique 14 jours après le début de la fonte des œdèmes pour qu'ils soient considérés comme guéris.

Dans l'état actuel des choses, il semble difficile de pouvoir analyser les données des centres du fait de la diversité des outils employés sur le terrain, l'absence de certains outils indispensables (notamment les fiches de suivi individuelles) et la confusion sur le suivi des patients MAS en CNA.

### *Recommandations*

Il serait important lors de l'introduction du protocole révisé et des nouveaux outils de s'assurer que les outils non conformes soient retirés afin d'éviter toutes ces confusions. Il s'agit non seulement des rapports, mais aussi les fiches P/T (à remplacer par une seule et unique fiche P/T) et des registres.

Ce changement doit se faire de manière progressive ; ceci exige des supervisions formatives très rapprochées, afin d'éviter d'éventuelles confusions. Les bases de données devront, elles aussi, être remises à jour. Ceci est une étape très importante lors du passage à l'échelle de la PCIMA.

### *2.3 Les posters*

Il existe 9 posters que l'on a retrouvé tout au cours de notre mission terrain dans les centres : le résumé de la stratégie de prise en charge de la malnutrition aiguë, les critères d'admission pour le CNTI, la préparation de la ration sèche MAM avec CSB ou recettes locales, le test de l'appétit, la quantité d'ATPE à donner pour une semaine, le traitement systématique pour les MAM, les critères d'admission en CNTI et le traitement systématique pour les MAS. Ces deux derniers sont à revoir (par exemple, le chloramphénicol ne s'utilise pas en traitement systématique pour les MAS).

## *Recommandations*

Il est important de bien faire le tri sur le terrain lors de l'introduction des nouveaux posters, afin de ne garder que ceux qui sont conformes au protocole révisé.

### *2.4 Modules de Formation*

Les modules de formation, au nombre de 9 pour le CNA et de 12 pour le CNTI, ont été faits en s'appuyant principalement sur les diapositives du Pr Golden donnés lors de la formation de 2007. Cependant il n'a jamais été possible de connaître leur utilisation pratique au Cameroun.

Les cinq premiers modules sont communs aux deux formations CNA et CNTI. Le 1<sup>er</sup> module sensibilise les soignants à la malnutrition, le 2<sup>ème</sup> porte sur les notions de base en nutrition (lipides, glucides, protides et nutriments), le 3<sup>ème</sup> sur les types de nutriments et les causes de la malnutrition en s'appuyant sur le cadre conceptuel de la malnutrition de l'UNICEF, le 4<sup>ème</sup>, sur l'évaluation de l'état nutritionnel et le 5<sup>ème</sup> sur les généralités de la prise en charge.

#### *Pour le CNA MAM et MAS*

Le module 6 porte sur le dépistage actif en communauté ; le 7<sup>ème</sup>, sur le CNA MAM ; le 8<sup>ème</sup>, sur le CNA MAS et le 9<sup>ème</sup>, sur le manque de réponse au traitement MAM et MAS.

A cela s'ajoute un aide-mémoire utilisé uniquement dans les CNA.

#### *Pour le CNTI MAS et MAM*

Le module 6 porte sur la différence entre les principales caractéristiques de la physiopathologie de la malnutrition sévère, kwashiorkor et marasme. Les modules 7, 8, 9, 10, 11 et 12 parlent de la prise en charge en CNTI des malnutris aigus, qu'ils soient sévères ou modérés, en reprenant les diapositives de Pr Golden, **MAIS** en changeant les critères d'admission, en faisant des nouveaux diagrammes tirés des informations du protocole générique, sans que l'auteur (Pr Golden) n'en soit informé<sup>5</sup>

Les modules de formation pour le CNTI ont également inclus des notions tirées du protocole 2010 qui mentionne la prise en charge de la malnutrition aiguë modérée et sévère avec complication en CNTI, ce qui n'a jamais été une recommandation internationale. Il y est également mentionné que les patients MAS, une fois les critères anthropométriques MAM

---

<sup>5</sup> Par exemple, pour la dilatation gastrique, la façon d'avoir écrit : « Chlorure de Potassium IV 20 mml/l » peut être mal interprété et ne doit jamais être donné en IV direct. Il vaut mieux écrire : Ringer Lactate IV avec l'ajout de 20 mml de Chlorure de Potassium dans la perfusion !)

atteints, sont transférés dans le programme MAM, ce qui là encore ne fait pas parti des recommandations internationales.

Extrait du protocole version 2010 :

« la valeur du z-score de l'indice poids-taille indiquera quel est le traitement à mettre en œuvre au CNA au cours du traitement :

- *Malnutrition aiguë sévère sans complications (jusqu'à un PT <-3 z-scores)*
- *Malnutrition aiguë modérée sans complications (lorsque le MAS atteint un PT >= -3 z-scores) »*

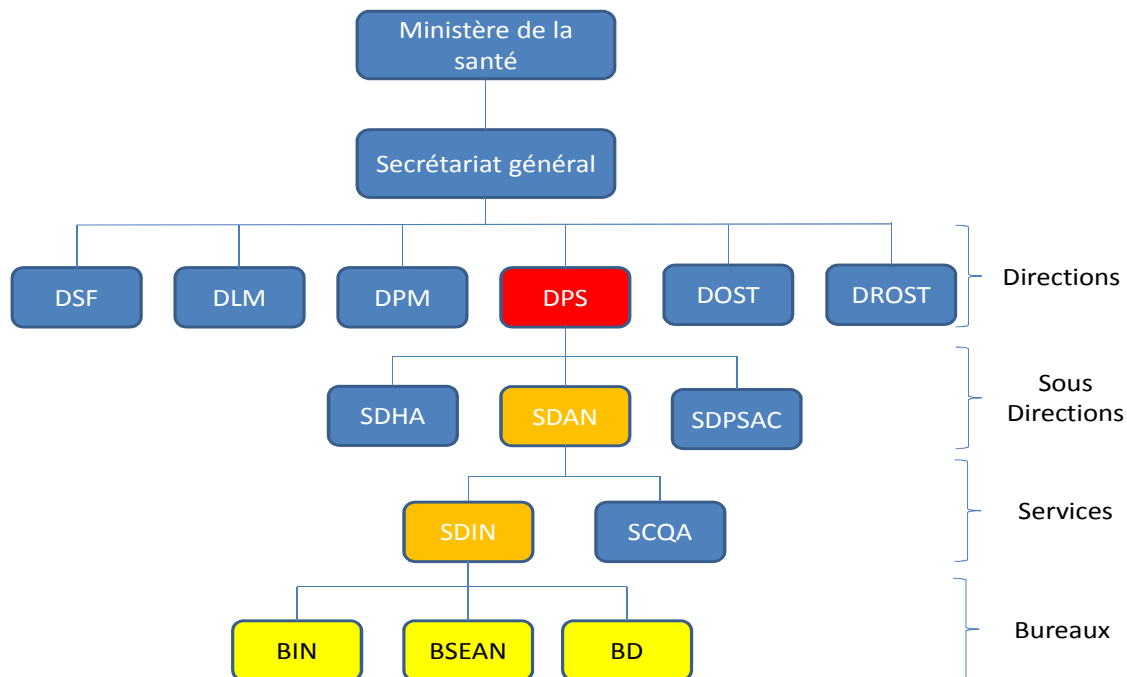
### Recommandations

Il est important que les modules de formation soient validés par des experts indépendants avant utilisation afin de limiter l'introduction d'erreurs. Si ceux-ci sont dérivés des modules du Pr Golden, il est primordial de respecter le « copyright » des auteurs (c'est-à-dire de signaler tout changement introduit dans les modules) afin d'éviter des erreurs d'interprétation au détriment d'une bonne prise en charge des patients malnutris.

## Partie 2 : Prise en charge de la malnutrition aiguë

### 2.1 Organisation au niveau central

#### 2.1.1. La Direction de la Promotion de la Santé (DPS)



**DPS** = Direction de la Promotion de la Santé  
**BIN** = Bureau des interventions Nutritionnelles  
**BSEAN** = Bureau de Suivi/Evaluation des Activités Nutritionnelles

**BD** = Bureau de Diététique  
**SDAN** = Sous-Direction de l'Alimentation et la Nutrition  
**SDIN** = Service de Diététique et Interventions Nutritionnelles

La DPS englobe la Sous-Direction de l'Alimentation et de la Nutrition (SDAN), qui à son tour se divise en plusieurs services, dont le Service de diététique et des interventions nutritionnelles (SDIN) Ce Service s'occupe de la mise en œuvre de la PCIMA avec l'appui du Bureau Suivi – Evaluation des Activités Nutritionnelles (BSEAN), du Bureau des Interventions Nutritionnelles (BIN) et du Bureau de Diététique (BD).

La SDAN a élaboré en 2006 un document intitulé « Politique Nationale d'Alimentation et de Nutrition 2007 – 2011 ». Il y ait fait mention de l'élaboration d'un programme PRONANUT qui aurait comme fonction de mettre en place cette politique nutritionnelle ; il n'est question nulle part dans le document de PCIMA.

### *Recommandations*

La PCIMA sous la direction de la DPS, est un programme qui relève plus du volet curatif que préventif. Il est indispensable que ce programme, s'il doit être révisé, puisse prendre plus d'expansion et bénéficier d'une certaine autonomie budgétaire, afin qu'une collaboration plus efficace s'instaure entre UNICEF – PAM – HCR – Partenaires.

#### *2.1.2. Division des Etudes et des Projets (DEP)*

La DEP est responsable du système d'information sanitaire. La trame du formulaire de recueil de données pour le rapport mensuel d'activités des formations sanitaires du 1<sup>ier</sup> et 2<sup>ième</sup> échelon (RAM 1 et 2) comporte chacune un nombre important d'indicateurs (44 pages). La malnutrition se trouve répertorié sous deux rubriques :

- 1) la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) pour les MAS entre 12 et 23 mois qui répertorie les nouveaux cas, les référés et les décès
- 2) la Prévention Primaire de la Malnutrition pour les cas de retard de taille (Taille pour Age) et d'insuffisance pondérale (Poids pour Age)

Il existe un Plan stratégique de renforcement du système d'information sanitaire 2009-2015, qui pourrait être une opportunité pour intégrer et harmoniser les indicateurs nutritionnels en incluant les données de Dépistage et Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë. Ceci pourrait aussi renforcer la part que joue la nutrition dans le paquet minimum d'activités (PMA).

### *Recommandations*

Si le SIS doit intégrer les données des rapports mensuels, il est indispensable après révision des outils, que le système de communication soit amélioré entre région, district et centre de

santé, d'autant plus qu'une partie du Cameroun (le Nord et l'Extrême Nord) se trouve entièrement enclavé pendant la saison des pluies qui dure généralement entre 3 et 6 mois

Le bureau régional de l'UNICEF avait initié, en collaboration avec le bureau pays et la DPS, un projet de Rapid-SMS permettant d'envoyer par SMS les données des rapports mensuels des Centres de Santé Intégrés directement au niveau districts, régions et central. Ce système pouvait également faire un retour d'information à l'expéditeur et lui indiquer, par exemple, une erreur dans les données envoyées ou confirmer que les données envoyées semblent correctes.

La DPS a préféré opter pour le projet de flotte téléphonique mis en place par l'OMS et piloté par la DLM.

La différence entre ces deux projets est la suivante : le projet « rapid-SMS » permet une liaison directe entre CSI et districts et permet ainsi d'avoir un état des lieux précis et régulier de la prise en charge (ce système est particulièrement avantageux et vital pour les CSI inaccessibles lors de la saison des pluies) ; le projet de « flotte téléphonique » permet une communication uniquement à partir des districts. L'envoi des données des CSI vers les districts reste donc un challenge à surmonter.

Carte 3 : Couverture téléphonique au Cameroun

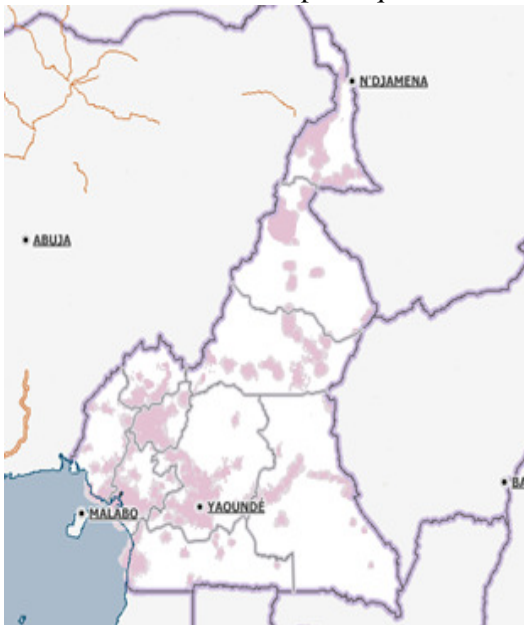
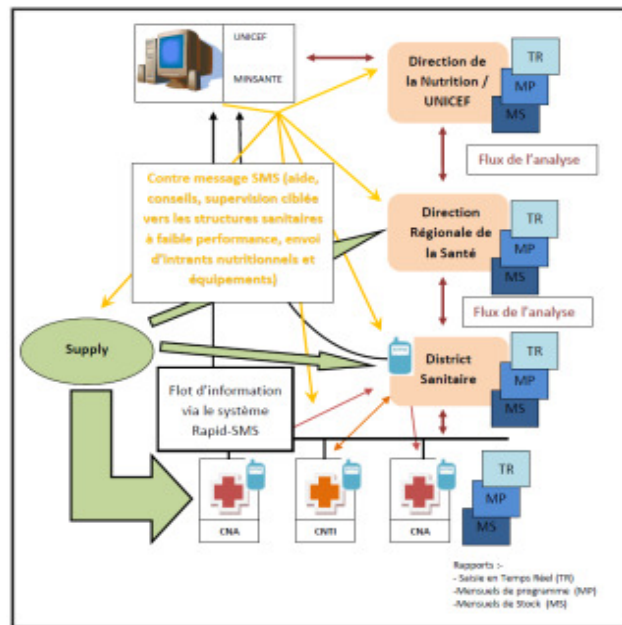


Figure 1 : Organigramme pour rapid sms



Il est donc regrettable que le projet « rapid-SMS » ne puisse pas voir le jour. Il paraît difficile sans cet outil de pouvoir gérer les ruptures d'intrants et de faire la remontée des données en temps opportun, tous deux indispensables à la bonne marche du programme.

### **2.1.3 La Direction de Lutte contre les Maladies (DLM)**

La DLM est responsable de la surveillance épidémiologique avec la *Sous-direction des Maladies non Endémiques* et ses *Services des Maladies Transmissibles non Endémiques, des Maladies non Transmissibles non Endémiques* et *d'Epidémiologie*. Ce dernier assure le suivi hebdomadaire des Maladies à Potentiel Epidémiques (MAPE), grâce à l'utilisation de téléphones portables mis à disposition par l'OMS, en partenariat avec la firme « Orange ». Une flotte de 159 téléphones portables a été mise en place dans tous les districts de santé des régions du Centre, de l'Extrême Nord, du Littoral, de l'Ouest et du Sud-Ouest. Depuis février 2012, cette flotte a été étendue aux régions de l'Adamaoua et du Nord avec respectivement 11 et 18 téléphones. Les prochaines régions qui bénéficieront de ce système de surveillance seront les régions de l'Est, du Nord-Ouest et du Sud. Cette flotte permet la communication en temps réel et sans contraintes des données de surveillance des maladies et autres informations nécessaires pour la prise rapide de décision dans le cadre d'une réponse.

La malnutrition pourrait faire partie de ce système de surveillance, mais les informations collectées restent limitées et la problématique concernant l'envoi des données des CSI vers les districts reste entière.

### **Recommandations**

La DLM inclut la malnutrition dans la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME). Il est par conséquent, important qu'une coordination rapprochée soit faite entre la DPS et la DLM, non seulement entre PCIME et PCIMA, mais aussi en ce qui concerne les programmes VIH-SIDA et tuberculose.

### **2.1.4 Programme National de Sécurité Alimentaire (PNSA)**

Le décret N° 2009/0045 ratifié en 2009, détaille l'organisation du cadre institutionnel d'exécution du Programme National de la Sécurité Alimentaire (PNSA) avec un Comité Interministériel de la Sécurité Alimentaire directement sous le Premier Ministre. La sécurité alimentaire soutenue par la FAO occupe le premier rôle pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Cependant la nutrition est mentionnée sous la rubrique du sous-programme V. Ce programme a été élaboré en collaboration étroite avec la FAO.

## *Recommandations*

Il paraît indispensable qu'une communication plus étroite soit établie entre la FAO et les Comités concernés par ce programme afin de mieux comprendre son processus d'action et la place réelle de la nutrition sur le terrain.

### *2.1.5. Formation*

#### **2.1.5.1 Enseignement médical**

##### ***CHU de Yaoundé***

Si le protocole de 2010 n'a pas été diffusé, le protocole de 2006 a été le seul utilisé pour l'enseignement universitaire. L'Université de Yaoundé a commencé à dispenser des cours sur la physiopathologie du marasme, et les signes cliniques et la prise en charge à partir de 2010, aux étudiants de 3<sup>ème</sup> année et 4<sup>ème</sup> année de médecine respectivement. Le volume horaire est de deux après-midi par an pour la 3<sup>ème</sup> année et une après-midi par an pour la 4<sup>ème</sup> année. Ces cours sont délivrés par Nelly Kamgaing, pédiatre et référent VIH-SIDA, qui a suivi la formation dispensée par le Pr Golden en 2006. Nous n'avons cependant pas eu connaissance du matériel utilisé pour la formation universitaire.

Les étudiants en médecine peuvent ensuite faire un stage au niveau du service de pédiatrie du CHU, qui prend en charge les cas de malnutrition aiguë sévère avec complication. Cependant, cette prise en charge n'étant pas intégrée dans le système de santé à proprement parlé (les programmes de prise en charge ont été officiellement mis en place dans les régions de l'Est, de l'Adamaoua, du Nord et de l'extrême Nord), ce service ne bénéficie pas de l'approvisionnement gratuit en produits thérapeutiques et médicaments systématiques de l'UNICEF. La prise en charge est donc faite très souvent via des préparations locales de lait et ceci engendre un coût pour les patients et sûrement des difficultés de prise en charge.

Il existerait sur Yaoundé un autre CNTI au niveau de l'hôpital gynéco-obstétrique, où la prise en charge serait de meilleure qualité, mais faute de temps nous n'avons pu visiter aucun de ces CNTI. Les autres universités existantes sont à Douala (Dr Penda Ida) et à Buea (nouvellement ouvert). Cette dernière ne bénéficie d'aucun enseignement sur la MAS.

#### **2.1.5.2 Enseignement Infirmier**

Le protocole et la prise en charge de la malnutrition aiguë ne fait toujours pas partie du curricula des écoles d'infirmiers. Des modules de formation avaient été conçus en 2008 mais ceux-ci doivent être révisés.

### *Recommandations*

Le protocole révisé devrait être instauré dans les CHU pour faciliter la formation universitaire des nouveaux médecins. Pour cela, un plaidoyer au niveau ministériel doit être fait tant au niveau des facultés de médecine que des écoles d'infirmières qu'elles soient publiques ou privées. Ceci demande une collaboration étroite entre Ministère de la Santé Publique et Ministère de l'Enseignement Supérieur pour les facultés de médecine. Il est plus facile dans un premier temps d'instaurer l'enseignement au niveau des écoles publiques d'infirmiers, celles-ci dépendant en général uniquement du Ministère de la Santé Publique.

Afin de compléter la formation par des stages pratiques, la DPS doit instaurer une prise en charge dans les districts des grandes villes, soit dans un premier temps Yaoundé et Douala et dans un deuxième temps Buea. En effet, l'enseignement ne peut se faire sans une collaboration étroite entre la DPS, qui dirige les structures attenantes au niveau des districts (centres de santé et hôpitaux de district) et des CHU. L'association de pédiatrie (SOLAPED) devrait participer pleinement à ce plaidoyer.

#### *2.1.6 Recommandations sur l'organisation au niveau central*

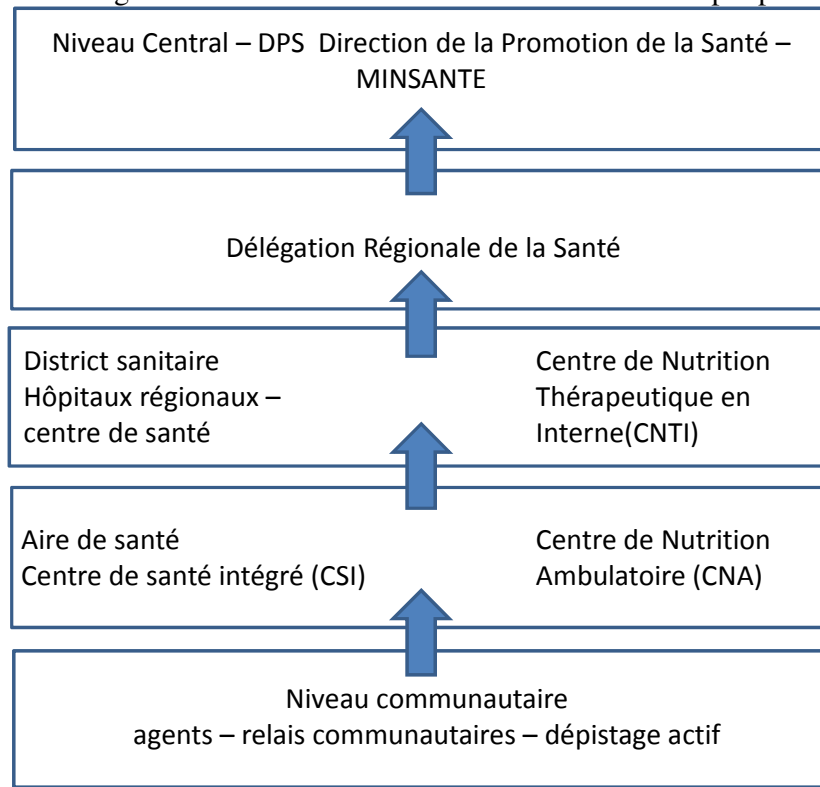
Si la place de la nutrition est écartelée dans l'organigramme de la santé, entre la DPS et la DLM, elle l'est aussi dans le domaine de l'agriculture et de la sécurité alimentaire. Tirillée entre le préventif et le curatif, la sécurité alimentaire et l'agriculture, cette discipline a du mal à se situer. Si essentiellement la PCIMA repose sur le Ministère de la Santé Publique, le Ministère de l'Enseignement Supérieur doit aussi être impliqué afin de favoriser l'intégration de façon formelle du protocole dans le curriculum des étudiants en médecine et le Ministère de la Santé Publique favoriser au plus vite la Prise en charge intégré dans les districts sanitaires environnants des universités de médecine (Yaoundé – Douala – Buea).

Une plus grande mise en commun des différents systèmes en place, en collaboration étroite avec tous les partenaires sans oublier les Organisations des Nations Unies et Organisations Non Gouvernementales nationales ou internationales, impliqués dans la mise en œuvre de la PCIMA, devrait avoir un impact sur l'efficacité des programmes et des ressources. Il ne faut en aucun cas négliger les donateurs (USAID et délégation européenne dont ECHO).

L'initiative REACH (Renewed Efforts Against Child Hunger) dans ce contexte pourrait certainement être une voie d'approche pour une meilleure harmonisation des ressources.

## 2.2 Organisation au niveau régional – district – aire de santé – communautaire

Organigramme 1 : Organisation de la DPS du niveau central au niveau périphérique



### 2.2.1. Région

Au niveau de la Direction Régionale de la Santé Publique (DRSP), il existe, en général, dans les régions où la PCIMA a été implantée, un Point Focal Nutrition (PFN) chargé de collecter les données des districts et responsable de la gestion et du transport des intrants vers les districts. Il est sous l'autorité directe de la DRSP.

#### **Organisation de l'acheminement et stockage des intrants**

L'UNICEF achemine les produits thérapeutiques (F75 – F100 – ATPE) ainsi que les médicaments qui entrent dans le traitement systématique jusqu'à la DRSP ; cette dernière est alors en charge du stockage et de l'approvisionnement de ces intrants vers les districts de santé.

Le PAM, en charge de l'acheminement des produits nutritionnels MAM assure leur livraison directement au niveau des CSI.

**Remarque** : Pour les régions de l'Est et de l'Adamaoua, dans les régions où le HCR assure la coordination au niveau des réfugiés Centrafricain, l'UNICEF achemine les produits

thérapeutiques jusqu'au bureau du HCR (Bertoua), qui lui assure, à son tour, la livraison directement aux partenaires en charge de la PCIMAS.

Pour les districts non appuyés par les partenaires du HCR, la DRSP est responsable de l'approvisionnement jusqu'aux CSI.

### **Organisation de la collecte des rapports mensuels**

Le PFN, en collaboration avec le spécialiste nutrition de l'UNICEF, est chargé de la collecte des rapports mensuels et de leur saisie dans une base de données.

#### ***2.2.2 Districts Sanitaires (DS)***

L'équipe de district sanitaire comprend en général 1) un médecin, chef du bureau santé du district, 2) un administrateur et financier, 3) un PFN formé ou non à la PCIMA et en charge de l'acheminement des intrants vers les CSI et de la collecte des rapports mensuels<sup>6</sup>, 4) un point focal communication et 5) le directeur de l'hôpital de district

#### ***2.2.3 Aire de santé/CSI pour les CNA MAS et MAM***

Le CSI a, en général, une personne formée à la PCIMA. Elle est responsable de :

- 1) la prise en charge des MAS et des MAM
- 2) la gestion du stock des intrants nutritionnels (pour MAS et MAM), des médicaments utilisés pour le traitement systématique et des commandes, en temps opportun, pour éviter toute rupture de stock.
- 3) la rédaction des rapports mensuels et leur acheminement au niveau du PFN du district sanitaire.

#### ***2.2.4 Communauté***

La communauté, en fonction des acteurs impliqués, tient deux rôles principaux dans la prise en charge de la malnutrition aiguë. Un rôle de sensibilisation grâce notamment à un réseau de mamans-lumières et un rôle de soutien et de suivi des cas de malnutrition aiguë sévère en charge dans le programme. Dans ce cas précis, ils effectuent notamment des visites à domicile pour essayer d'identifier les causes de non-réponse au traitement.

Tous ces acteurs communautaires sont soutenus par des ONGs nationales et internationales.

---

<sup>6</sup> Les PFN ne sont présents que dans certains districts. Dans le Nord et l'Extrême Nord, il y a des PFN uniquement au niveau régional et non district.

Tableau 3 : ONGs soutenant les acteurs communautaires

REGION	EST			ADAMAOUA	NORD	EXTREME NORD
<b>Partenaires</b>	FICR	FICR	AHA	IMC		CRF
<b>Mobilisation communautaire</b>	FICR	ASAD	AHA	IMC	OFSAD PLAN Cameroun	CRF Plan Cameroun
<b>Relais communautaires</b>	Volontaires	Mamans lumières	Relais	Relais	Relais	Volontaires
<b>Paiement</b>	Oui	Non	oui	non	non	Oui
<b>Nombre</b>	?	2800	40 à 100	180	583	469

### 2.2.5 Recommandations

Le district sanitaire est certainement l'unité clé pour la bonne marche du programme PCIMA. Pour cela, il est particulièrement important qu'un PFN au niveau du district se consacre à ce programme. Choisi suivant les pré-requis nécessaires, il doit ensuite être formé et assurer la bonne marche du programme dans son ensemble : acheminement des intrants – collecte des données - supervision formative.

### 2.3. Visites terrain (voir carte 2)

La visite terrain s'est déroulée sur dix jours (du 20 au 31 août) où l'on a successivement visité des centres de prise en charge dans la région de l'Est, puis de l'Adamaoua, du Nord et de l'Extrême Nord. Au total 6 CNTI et 6 CNA ont été visités, 7 partenaires (UN et ONG mélangés) ont été rencontrés ainsi que les points focaux régionaux.

Des similitudes et des disparités existent entre les 4 régions. Les similitudes ou points communs sont les suivants :

- Absence de protocole, de conduite à tenir pour les complications
- Absence de registre de PCIME dans les CSI
- Absence de numéro unique et de fiche de transfert à l'exception de la CRF
- Problème de mètre ruban défectueux au niveau des toises et absence de critères pour la mesure de la taille debout ou couchée
- Balance électronique présentes mais absence de balance de précision (10 à 20g près).
- Absence de nourriture pour accompagnants dans les CNTI
- Problème de reconstitution de petites doses de F75 et F100 avec absence de dosette
- Test de l'appétit soit disant fait mais non retranscrit
- Absence de la gratuité des soins sauf si appui de partenaires (IMC, AHA, CRF, FICR)
- Carnet de santé payant et obligatoire pour noter le traitement
- Traitement du paludisme simple gratuit – Présence de Moustiquaires dans tous les CNTI

Mais de fortes disparités distinguent la prise en charge de la MA dans les régions de l'Est et de l'Adamaoua d'une part, et les régions du Nord et de l'Extrême Nord d'autre part.

Le tableau ci-dessous recense ces disparités.

Tableau 4 : Récapitulatif des disparités entre régions Est/Adamaoua et Nord/Extrême Nord

REGIONS	EST ET ADAMAOUA	NORD ET EXTREME NORD
<b>Accessibilité</b>	Facile	Très difficile en saison des pluies
<b>Climat</b>	Savanes Limitrophes avec la RCA	Sahélien – Régions inondables – Migrations – Limitrophe avec Nord Nigéria et Tchad
<b>PCIMA</b>	Implantée en 2007	Implantée en 2010
<b>Urgence nutritionnelle confirmée par enquête SMART</b>	2007 : Afflux de réfugiés Centre Africains	2008 : Afflux de réfugiés Tchadiens dans le Logone-et-Chari 2011 : Insécurité alimentaire dans le Logone-et-Chari
<b>Supervision rapprochée</b>	2008 – 2009	
<b>Table P/T</b>	Fille et Garçons différencié	Unisex
<b>CNA et CNTI Protocole</b>	Critères de sortie pour la MAS : P/T≥-3Z puis suite du traitement dans les programmes MAM	Critères de sortie pour la MAS : P/T≥-2Z puis suivi au niveau des programmes MAM
<b>CNA outils</b>	Registre UNIQUE pour MAS/MAM	2 registres différents pour MAM et MAS
<b>CNA Intrants nutritionnels MAM et MAS</b>	-Rupture de rations pour Femmes Enceintes et Allaitantes (FE-FA) -Rupture de F100 – F75 – RéSomal (Janvier à Mars 2012) -Reconstitution de RéSomal à base de Solution de Réhydratation Orale	-Rupture de rations MAM (FE-FA- <5ans) -Rupture d'ATPE dans districts inaccessibles en saison des pluies -Rupture de F100 et F75 en mars-avril 2012 pour Extrême Nord (Kousseri)
<b>Gratuité du traitement &amp; nourriture pour accompagnants</b>	-Absence de Gratuité sauf si présence du HCR -Nourriture pour accompagnants	-Soins payants sauf si présence de la CRF. -Absence de nourriture pour accompagnant sauf si présence de la CRF
<b>Intrants UNICEF</b>	Transit par le HCR pour réfugiés	Transit par la région
<b>Rapport mensuel</b>	2 modèles un pour le HCR et un pour la DPS	Plusieurs modèles existant
<b>Volontaires</b>	En appuie au CNTI	Pas d'appui particulier
<b>UN</b>	HCR (Bertoua) – PAM (Bertoua) – UNICEF (sous- bureau Ngaoundere mais absent sur l'Est)	PAM (Maroua – Garoua – Kousseri) UNICEF (Garoua – sous-bureau Maroua)
<b>MOU</b>	PAM UNICEF International	
<b>Appui ONG CNA- CNTI</b>	AHA – IMC – FICR	CRF

<b>Appui REco</b>	AHA – ASAD – IMC - FICR	OFSAD – CRF
<b>Programme d'urgence PAM 2012</b>		Distribution Générale PAM (450g Mais/75g Haricots/25gHuile/5g Sel iodé) et Blanket-Feeding (6-23 mois) : ½ sachet Plumpy'sup/jr – Supercéréral (FE et FA) Août – Oct. dans 4 départements du Logone-et-Chari

### 2.3.1. Visites de la Région de l'Est et de l'Adamaoua

#### Réunion avec le HCR, le PAM et les partenaires

Cette réunion nous a permis de voir à quel point la présence de l'UNICEF était demandée par tous les partenaires, aussi bien NU qu'ONG, dans la région de l'Est. Pour la région de l'Adamaoua, la section nutrition de l'UNICEF est représentée par un Volontaire des Nations Unies (VNU), Moussa Gaye, nutritionniste basé au niveau de sous-bureau de N'Gaoundéré. Chaque partenaire a donné un bref aperçu de la PCIMA et de leur problème en insistant sur le nombre important d'abandons et de rupture d'intrants nutritionnels affaiblissant considérablement le programme.

Tableau 5 : Partenaires dans la région de l'Est et de l'Adamaoua, Août 2012

PARTENAIRES	REGION	DEBUT DES ACTIVITES	ACTIVITE	RELAIS	CNA (MAS-MAM)	CNTI
<b>HCR</b>	Est Adamaoua	2007	Coordinateur PCIMA pour les réfugiés		46 CNA (21 Adamaoua et 25 Est)	7 CNTI (2 Adamaoua et 5 Est)
<b>OBSERVATIONS :</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Demande l'appui d'UNICEF pour le programme hors réfugiés</li> <li>- Livraison des ATPE directement aux partenaires ou au niveau des délégations régionales dans les districts non appuyés</li> <li>- Problème de rupture F75 / F100</li> <li>- Manque d'outils standards pour collecte des données</li> <li>- Problème de qualité des données</li> <li>- Manque de personnel dans les CNA, un seule infirmier pour toutes les activités du CSI</li> <li>- Manque d'appropriation des activités PCIMA par le gouvernement</li> <li>- Problème de remontée des informations dans les districts non couverts par le HCR</li> </ul>						
<b>PAM</b>	Est Adamaoua	2007	MAM (enfants de moins de 5 ans et FEA)		72 CNA MAM (19 Adamaoua et 53 Est)	
<b>OBSERVATIONS :</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rupture CSB, huile, sucre depuis mai 2012. Ravitaillement prévu en octobre 2012</li> <li>- Taux d'abandons élevés dus principalement aux ruptures d'intrants</li> <li>- Livraison au niveau des CSI une fois tous les trois mois</li> <li>- Aliments de Supplémentation Prêts à l'Emploi (ASPE) disponibles depuis juin 2012</li> <li>- Distribution ration alimentaire pour les accompagnants dans les CNTI</li> <li>- Evaluation des programmes du PAM en réalisée en janvier 2012</li> </ul>						

<b>IMC</b>	Adamaoua		PCIMA	Approche déviance positive	21 CNA	2 CNTI
<b>AHA</b>	Est	2011	PCIMA	13 responsable santé/nutrition 52 ASC	13 CNA	2 CNTI
<b>FICR</b>	Est		PCIMA	Volontaires payés	10 CNA	3 CNTI
<b>ASAD</b>	Est		Mobilisation communautaire	2800 Mamans lumières formées sur les AEN	CNA – MAM dans 3 districts de santé	-
<b>OBSERVATIONS :</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux d'abandon élevé dans les programmes de prise en charge (CNA et CNTI) dû aux ruptures d'intrants, à l'accessibilité (longue distance entre les formations sanitaires et les bénéficiaires), population nomade.</li> <li>- Rémunération des Agent de Santé Communautaire (ASC) par AHA (rémunération mensuelle basée sur la performance) et FICR (rémunération mensuelle) alors qu'IMC ne les rémunère pas</li> <li>- La prise en charge est gratuite dans les centres (CNA et CNTI) appuyés par AHA et FICR. Dans les centres appuyés par IMC, seul le traitement dans les CNTI est gratuit</li> <li>- La FICR fait un dépistage systématique du VIH pour les patients admis en CNTI</li> </ul>						

### **Points focaux au niveau de la région :**

Nous avons eu l'occasion de rencontrer la PFN de la région Est très brièvement. Celle-ci a tenu à nous mettre en contact avec l'ONG nationale ASAD, qui forme des « mamans lumière ».

### **Visites des structures de prise en charge**

Nous avons essayé de résumer dans des tableaux les différentes caractéristiques que nous avons notées lors de notre visite dans les centres. Nous étions accompagné par l'ONG chargée d'appuyer les centres et du coordinateur du HCR.

### ***Visites des CAN de Garoua Boulai dans la région Est et de Lokoti dans la région de l'Adamaoua***

Tableau 6 : Visite du CNA de Garoua Boulai dans la région de l'Est et du CNA de Lokoti dans la région de l'Adamaoua

<b>CARACTERISTIQUES</b>	<b>CNA DE GAROUA BOULAI</b>	<b>CNA DE LOKOTI</b>
<b>Activité le jour de la visite</b>	oui	non
<b>Partenaire</b>	FICR	IMC
<b>Personnel</b>	2 au CNA	3 au CNA
<b>Formation</b>	2 (2007 et 2010)	3 (juillet 2012)
<b>Copie du Protocole</b>	Non existant	Non existant
<b>Suivi MAS</b>	Guéri si PB>125mm et atteinte du poids cible	Guéri si PB>115mm et admission MAM jusqu'au PB >125 mm
<b>Suivi MAM</b>	Guéri si PB>125mm ou P/T>-2Z	Guéri si PB>125mm ou P/T>-2Z
<b>Fréquence des visites</b>	1 fois par semaine pour les MAS Toutes les 2 semaines pour les	1 fois par semaine Toutes les 2 semaines pour MAM

	MAM	
<b>Posters</b>	Traitement systématique MAM et MAS Schéma de prise en charge	Test de l'appétit – traitement systématique – préparation de ration sèche
<b>Critères d'admission</b>	Table P/T fille et garçon PB seuil 115mm	Table P/T fille et garçon – prise de la taille couchée uniquement PB : seuil 115mm
<b>Matériel anthropométrique</b>	En bonne état sauf toise à changer	Ok
<b>Education de la santé</b>	Boite à image (AEN)	Boite à image (AEN)
<b>Registre – fiche de suivi – carte du bénéficiaire</b>	Registre MAM sans date de visite donc impossibilité de repérer les absents – absents non notés sur carte du bénéficiaire – traitement médical dans le carnet de santé	Abandon non répertorié– traitement médical dans le carnet de santé
<b>Stock</b>	Fiche de stock présente mais absence de date de péremption Condition de stockage à revoir (pas de palette, ATPE entreposés dans un petit débarras au milieu d'autres items)	Fiche de stock présente, mais absence de date de péremption Présence importante de charançons Sachets d'ASPE contaminés et non mis à part
<b>Eau potable</b>	Forage mais eau non potable	Forage testé par Première Urgence (PU)
<b>Observations</b>	8 bénéficiaires MAS en charge 8 bénéficiaires MAM en charge	Eloignement = problème
<b>Rapport mensuel</b>	Rempli et transmis au PFN Qualité des données à revoir	Rempli et transmis au PFN Qualité des données à revoir

Photo 1 et Photo 2 : Stockage d'ASPE et ATPE du CNA de Lokoti



Nous avons pu malheureusement visiter qu'un CNA en fonction (c'est-à-dire le jour du suivi des enfants MAS), celui de Garoua Boulai ; le CNA de Lokoti avait surtout des problèmes de stockage.

**Visites des CNTI de Bertoua, Garoua Boulai et Meiganga**

Tableau 7 : Récapitulatif de la prise en charge en CNTI

CARACTERISTIQUES	CNTI DE BERTOUA	CNTI DE GAROUA BOULAI	CNTI DE MEIGANGA
<b>Région</b>	Est	Est	Adamaoua
<b>Public/Privé</b>	Public	Privé (Protestant)	Public
<b>Partenaires en charge</b>	FICR et ASAD pour la mobilisation communautaire	FICR mais relations difficiles	IMC
<b>Ouverture</b>	2007	2007	2007
<b>CNA de référence</b>	17	?	14
<b>Salle urgence/trie</b>	Pas de dépistage PB mais uniquement clinique	?	Non visité, hôpital en réhabilitation – Présence de PB avec le Dr de garde
<b>Nb de malnutris /Nb de personnel</b>	2/2	2 bénéficiaires absents /2 et 2 volontaires non payés	2/3 personnes de l'état et 2 volontaires non payé
<b>Admission</b>	Gratuite sauf pour les examens complémentaires et médicaments	?	Gratuit sauf examens complémentaires
<b>Critères d'admission</b>	PB<125mm et/ou PT<-2Z par sexe OMS2006	Idem	Idem et en plus patients VIH (test payé par IMC)
<b>Critères de sortie</b>	Si absence de complications	Idem	Idem
<b>Matériel</b>	Absence de : dosettes - balance bébé - table P/T Toise à changer Moustiquaires présentes	Ok Présence de l'aide-mémoire CNA – Table PT filles et garçons	Absence de balance bébé - Moustiquaires présents -
<b>Traitement systématique</b>	Amoxicilline chez le directeur de l'hôpital (Vol récent) –Gentamycine - Ampicilline en pharmacie Médicaments présents : Mébendazole – Arthéméter – Phénobarbiturique – 1 Sonde naso Gastrique (SNG)	Amoxicilline sirop – Nystatine	Amoxicilline - coartésiane sirop
<b>Test de l'appétit</b>	Poster - Pas traçabilité si le test de l'appétit est fait ou non sauf sur la carte du patient	?	Fait mais non retranscrit
<b>Intrants</b>	Rupture de F100 – Résomal Rupture PPN jusqu'à fin juin 2012.	Rupture de F75 et F100 de janvier à mars – fiches de stock non remplies	Résomal – F75 – F100 – PPN
<b>Préparation</b>	Par la mère	?	Ok sauf pas de dosette
<b>Formation</b>	1Point focal absent – 2 présents non formés – non motivation des formés	?	2010 avec module de formation
<b>Date de</b>	Juin 2012	?	2010

<b>formation/supervision</b>			
<b>Posters</b>	Critères – Test de l'appétit – Table pour les repas de F75 et F100	Idem	Idem mais rien sur la conduite à tenir (CAT) pour les complications
<b>Outils</b>	Fiches de suivi et registre Pas de fiche de transfert	Pas de fiche de suivi depuis 1 an – registre	Fiche de suivi et registre
<b>Remplissage des fiches de suivi A3</b>	La partie surveillance non remplie	La partie surveillance non remplie Prescription médicale dans le carnet de santé de la mère	Bien rempli, mais il semble que la Conduite à Tenir (CAT) de la réhydratation non suivi : RéSoMal donné mais non noté sur la fiche de suivi
<b>Nourriture pour accompagnants</b>	Oui	?	Fournit la nourriture pour les mères
<b>Traitement des &lt;6mois</b>	Non-application du traitement	?	?
<b>Rapport mensuel</b>	Format HCR	Format UNICEF	Nombreux abandons et décès. Format HCR
<b>Conclusion</b>	Peu de patients – revoir le point focal	Peu de patients et pas de fiche de suivi – la FICR semble avoir des difficultés de supervision	Pas mal de décédés Mai : 2/8 sorties – Juin : 3/8 sorties Par contre les dossiers sont bien tenus et le matériel est présent sauf les balances de précision

Photo 3 : Toise du CNTI de Bertoua



Toise fabriquée localement et le mètre ruban se décolle.

Photo 4 : Cuisine du CNTI de Meigenga



Utilisation du gaz pour faire bouillir l'eau. Attention aux ruptures.

Photo 5 : Reconstitution de F75 par une mère (CNTI Bertoua)



Voici un exemple de cuillère utilisée pour reconstituer des petites quantités de lait thérapeutique en l'absence des dosettes rouges spécifiées « Nutriset » qui ne se trouvent plus dans les cartons de F75.

Or il est strictement déconseillé de laisser les accompagnants préparés le lait thérapeutique et qui plus est sans dosette précise. En procédant ainsi on augmente considérablement le risque de provoquer un syndrome hyper-osmolaire qui pourrait être fatal pour l'enfant.

La seule façon de reconstituer de petite quantité de lait sans dosette adéquate est l'utilisation de balance de cuisine pour mesurer avec précision le poids de la poudre de lait.

### *Recommandations*

- Il semble stratégiquement important que l'UNICEF se repositionne dans la région de l'Est et joue un rôle actif dans la prise en charge de la malnutrition aiguë. Ceci permettrait non seulement de répondre à une requête des agences des NU (HCR et PAM) mais aussi de diminuer les disparités entre les aires de santé appuyées par le HCR et ses partenaires et les aires de santé non appuyées par le HCR.
- Il est surprenant de constater le peu d'enfants dans les CNA et CNTI par rapport aux prévalences de MAG et MAS de l'enquête de 2011. Y a-t-il un problème de qualité de l'enquête ou d'accessibilité des CNA/CNTI avec une population périphérique importante ? Nous n'avons pas été en mesure de répondre à ces questions, mais très certainement une enquête anthropométrique et de mortalité en dehors de la période de soudure et une cartographie des deux régions avec une grille spécifiant l'accessibilité (pourcentage de population fixe / périphérique, distance CNTI/CNA/ villages couverts) aiderait à mieux comprendre la situation. A moyen et long terme, une enquête de couverture pourrait permettre de faire le point sur l'avancée de la prise en charge.
- La présence d'ONGs dans les régions de l'Est et de l'Adamaoua est un atout considérable qu'il faut exploiter au maximum. Les ONGs partenaires devraient se focaliser sur des visites de supervision formatives, ce qui leur permettrait de détecter les points à corriger et de mettre en place une action corrective. Les CSI soutenus par des partenaires devraient servir de modèle pour les autres CSI. Mais cela ne peut se faire qu'après évaluation des activités d'appui des partenaires.

- Une évaluation suivie d'actions immédiates sur le stockage des produits nutritionnels serait sûrement utile pour les agences PAM – UNICEF – HCR et les ONGs en charge d'appuyer ces structures. Ceci est surtout valable pour les CNA où les produits utilisés pour la MAM représentent une partie beaucoup plus importante que les produits thérapeutiques.

### *2.3.2 Visite de la région Nord et Extrême Nord*

#### **2.3.2.1 Point focal de la région du Nord, entretien à Garoua**

L'entretien avec le PFN de la DRSP et la responsable Nutrition de l'UNICEF de la région Nord n'a pu se faire du fait de la menace éminente des inondations sur la ville de Garoua et environs. La majorité des acteurs étaient occupés à préparer la réponse à une possible urgence.

Faute de temps également de notre part, nous n'avons pu visiter que le CNTI de Garoua.

#### **2.3.2.2 Direction régionale : Entretien avec la Directrice Régionale de la DRSP de la région Extrême Nord et son PFN à Maroua**

Dr Rebecca Djor nous a reçus en la présence de Mr Danbe, le point focal nutrition. Tous les deux ont admis qu'il était très difficile de faire un point sur la situation vu le problème de communication, notamment sur les zones inondées. Il ne faudrait pas abandonner le projet de « rapid-SMS » au profit du projet initié par l'OMS si l'on veut rendre effective la communication entre CSI et district. L'approvisionnement en produits thérapeutiques/nutritionnels (ATPE/ASPE) se fait très difficilement. Si le PAM a choisi d'acheminer les intrants directement au niveau des CNA, l'UNICEF les achemine à la région et sur Kousseri, où ils sont alors déposés au stock du district dans des conditions précaires (cf photo 7). La région est ensuite censée approvisionner les districts mais pour des raisons logistiques (indisponibilité de voitures, manque d'essence, etc.) ce bout de la chaîne d'approvisionnement ne fonctionne pas. Les médecins chef de district peuvent également venir s'approvisionner directement à la région en même temps qu'ils viennent chercher les médicaments, mais peu le font, très souvent par manque de motivation.

#### **2.3.2.3 Partenaire : Entretien avec Patricia, infirmière médico-nutritionniste de la Croix-Rouge française à Maroua**

La CRF est la seule ONG Internationale présente depuis mars 2012 dans l'Extrême-Nord du Cameroun pour l'appui des programmes de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère. Elle soutient uniquement les CSI faisant de la prise en charge des MAS dans 4 districts couvrant ainsi 39 CNA-MAS sur 41 et un CNTI. Ces programmes sont entièrement financés

par ECHO. Ces financements étant des financements d'urgence, ils ne sont pour le moment assurés que jusque mars 2013.

La CRF travaille avec une coordinatrice expatriée infirmière positionnée à Maroua avec son assistante et un superviseur de la Croix Rouge Camerounaise (CRC) par district (voir commentaires de la prise en charge des MAS CNA et CNTI). Deux volontaires de la CRC par CNA se chargent des visites à domicile, de la recherche des abandons, du dépistage dans la communauté, et du soutien des activités CNA. Ces volontaires sont payés à raison de 3000 FCFA par jour.

La CRF prend en charge l'approvisionnement des ATPE vers les CSI, le coût des médicaments et des examens médicaux pour les bénéficiaires et la nourriture des accompagnants. Elle assure également le transport des bénéficiaires de la communauté vers le CNTI et lors des transferts d'un centre vers un autre. La prise en charge des bénéficiaires est donc totalement gratuite ce qui expliquerait le nombre élevé de bénéficiaires dans le CNTI de Maroua comparé aux autres CNTI de la région et le taux d'abandon relativement bas.

Elle a également mis en place des supervisions conjointes avec les médecins de district qui en contrepartie reçoivent une prime de 15 000 FCFA par jour de supervision.

Les remarques suivantes ont été faites par rapport au CNA MAS qu'ils appuient

- La boîte à image AEN n'est pas très adaptée au contexte de ces deux régions : un projet de recherche avec un linguistique est en cours, afin d'adapter les images au contexte de la région de l'Extrême Nord – une autre possibilité est de demander à l'UNICEF Tchad un exemplaire de leur boîte à image au moins pour le district de Kousseri) ;
- Absence de système de réquisition ;
- Rupture d'amoxicilline au Centre d'Approvisionnement Pharmaceutique ;
- Fiche de stock à revoir ;

#### **2.3.2.4 La zone de Kousseri et les difficultés d'accès**

Atteindre Kousseri de Maroua en pleine saison des pluies est une activité sportive ! Les 40km de route qui séparent Maltam de Kousseri sont dans un état de détérioration avancée. Des trous de taille considérable parsèment la chaussée entourée de champs marécageux. Il est également à noter que ce tronçon de route est extrêmement fréquenté par des camions, étant le seul moyen routier pour rejoindre le Nigéria et le Tchad.

Photo 6 : Les 40 km de route entre Maltam et Kousseri



Il s'ensuit qu'en moyenne un camion sur cinq se retourne ou tombe en panne en plein milieu de la route, bloquant ainsi entièrement la circulation.

Arrivée à Kousseri, il n'a pas été simple non plus de se rendre dans les 2 CNA visitées, les routes pour y accéder étant inondées.

### ***Recommandations***

Ceci donne un aperçu des difficultés d'accessibilité de la zone et remet à l'ordre du jour les initiatives telles l'envoi des données par Rapis-SMS. Une cartographie précise de la zone avec les moyens d'accès possible en période d'inondation est indispensable pour la mise en œuvre et le suivi du programme.

#### **2.3.2.5 District sanitaire de Kousseri : Point focal nutrition et PAM**

La prise en charge de la malnutrition aiguë dans le Logone-et-Chari a débuté fin avril 2008 avec l'appui du HCR, du PAM, de Première Urgence (PU) et de la Croix Rouge Espagnole, suite à l'arrivée des réfugiés Tchadiens.

Les 4 districts sanitaires du Logone-et-Chari ont ainsi été formés à la prise en charge de la malnutrition aiguë. Cette formation a été suivie d'une formation sur les AEN en 2009. Les réfugiés ont ensuite été déplacés dans la région du Nord pour diminuer la proximité avec le Tchad et ainsi limiter la venue de Tchadiens.

En 2010, le PAM s'est positionné dans la région de l'Extrême Nord avec comme partenaire principal HKI. Les programmes de prise en charge de la MAM ont débuté en juin 2011 avec une interruption d'août à novembre pour cause de rupture de stock de CSB.

Suite à une évaluation réalisée en novembre 2011 par le PAM, un programme de distribution de supplément nutritionnel pour tous les enfants de moins de 2 ans (« blanket feeding ») a été planifié dans les 4 districts du Logone-et-Chari en parallèle à une distribution alimentaire générale sur la période de soudure (avril à septembre 2011). A la date de notre visite, la « blanket feeding » à base d'ASPE type Plumpy'Sup n'avait toujours pas commencé mais les

premières formations du personnel ont commencé à la fin du mois d'août. La distribution alimentaire générale a commencé partiellement dans la ville de Kousseri en juin 2012.

Trois zones autour de Kousseri sont complètement coupées pendant la saison des pluies, il s'agit de : Zina, Zimado et Ngodeni ; elles comptabilisent au total 36 600 habitants. Pour ces trois zones, les bénéficiaires

Le point focal nutrition a pris ses fonctions en mars 2011. Il n'a jamais été réellement formé sur la prise en charge de la malnutrition aiguë sauf sur les outils de suivi. Cependant, le taux de complétude des rapports mensuels avoisinent les 20% pour le mois précédent.

Photo 4: Entrepôt des produits thérapeutiques à Kousseri ville



Nous avons pu visiter l'entrepôt où se trouvent les stocks de produits nutritionnels à Kousseri.

Une action urgente doit être entreprise afin de réorganiser cet entrepôt. En effet, l'UNICEF a livré des ATPE à Kousseri en juin 2012, trop tardivement pour pouvoir être livrés dans tous les districts avant les inondations. Sept districts sur douze avaient été approvisionnés le jour de notre visite mais cinq d'entre eux n'avaient reçu que 15 cartons d'ATPE.

### *Recommandations*

Il est absolument indispensable qu'un plan d'approvisionnement des CSI soit mis œuvre avant le début de la saison des pluies. Le PAM a pour politique de délivrer les ASPE directement au niveau des CSI ce qui limite considérablement les ruptures de stock au niveau des CSI quand les intrants sont disponibles dans le pays ; une discussion doit être entreprise le plus rapidement possible et formalisée soit par la ratification d'un MOU national entre UNICEF Cameroun et le PAM Cameroun afin de pallier aux problèmes d'accessibilité dans cette zone. Une livraison combinée des ATPE et ASPE directement aux CSI pourrait être entreprise afin d'éviter ce genre de situations. En effet les ATPE représentent, en général, peu de volume par rapport aux ASPE. Ceci pourrait à ce moment-là être également une opportunité pour collecter les rapports mensuels et échanger des informations.

Si un tel accord n'est pas possible, l'UNICEF se doit d'appuyer les délégations régionales pour la livraison des CSI et si nécessaire s'occuper directement de l'approvisionnement de ceux-ci.

### **2.3.2.6 Entretien avec le sous bureau du PAM à Kousseri**

Un entretien avec les personnes en charge de l'urgence EMOP sur le Logone-et-Chari nous ont fait prendre conscience des difficultés d'accès de la zone et du peu de moyens efficaces à disposition.

Une bonne description de l'organisation de l'aide d'urgence qui est en train d'être déployée par le PAM fait de nouveau ressortir l'extrême difficulté de travailler dans cette zone.

Le PAM venait tout juste de recevoir les intrants pour la distribution générale ciblant 122 867 bénéficiaires soit 18 204 ménages dans toute la région de l'Extrême-Nord. Les rations distribuées sont composées de 450g de maïs, 75g d'haricots, 25g d'huile et 5 g de sel iodé. En parallèle, la distribution « blanket feeding » qui cible uniquement les 6 - 23 mois (ASPE) et les femmes enceintes et allaitantes (Supercereal, huile et sucre) n'aura lieu que dans les districts de Goulfey, Kousseri, Mada et Makary.

L'acheminement est prévu par tous les moyens disponibles (routier, maritime) en partenariat avec ADESA. Pour les districts non accessibles, les bénéficiaires viennent directement au niveau du magasin pour chercher les vivres et reçoivent en contrepartie un dédommagement pour le transport.

Le comité de gestion des crises est géré par le Ministère de l'Agriculture et du Développement Rural (MINADER).

Photo 5 et Photo 6 : Distribution générale à Kousseri par le PAM



Tableau 8 : Distribution « Blanket feeding » des produits nutritionnels par le PAM

Types de Bénéficiaires	Commodités	Rations (g/jour)	Rations par mois
Enfants (6 - 23 mois)	PlumPy'sup	46 g (1/2 sachet)	690 g (15 sachets)
Femmes Enceintes & Femmes Allaitantes	Supercérééal	250 g	4 paquets soit 6 kg
	Huile	25 g	750 g
	Sucre	15 g	450 g

### 2.3.2.7 Prise en charge en CNA MAS (rupture d'intrants MAM au moment de la visite)

Tableau 9 : Visites des CNA des régions Nord et Extrême-Nord

Caractéristiques	CNA D'AMCHIDERE	CNA CPFF DE KOUSSERI	CNA DE MALTAM ET DABANGA
<b>Année d'ouverture</b>	2008	2011	
<b>Activité le jour de la visite</b>	oui	Non	non
<b>Partenaire</b>	Aucun	-	Aucun
<b>Personnel</b>	2 (CNA)	11 personnels dont 2 affectés au CNA	1 pour chaque CNA
<b>Formation</b>	oui, novembre 2011		
<b>Copie du Protocole</b>	non	Non	non
<b>Suivi MAS</b>	Guéri quand atteinte des critères MAM puis prise en charge MAM		Confus
<b>Suivi MAM</b>	Guéri quand poids cible atteint		Confus
<b>Fréquence des visites</b>	Hebdomadaire - MAS Tous les 15 jours - MAM	Hebdomadaire - MAS Tous les 15 jours - MAM	Hebdomadaire - MAS Tous les 15 jours - MAM
<b>Posters</b>	non		non
<b>Critères d'admission</b>	PB<115mm, œdèmes pris en charge au CNTI		P/T<-3Z ou PB<115mm et/ou présence d'œdèmes
<b>Matériel anthropométrique</b>	ok sauf PB mauvais état	Ok	Toise, balance électronique Seca, PB avec seuil 110 et 115mm, table P/T OMS et NCHS
<b>Education de la santé</b>	Boîte à image		
<b>Registre – fiche de suivi – carte du bénéficiaire</b>	Présence registre mais absence de fiche de suivi et carte du bénéficiaire (rupture)		Registres présent mais pas très bien remplis
<b>Stock</b>	ok mais manque de palettes Rupture trt anti-palu enfant	Ok, bien entretenu Absence de traitement systématique	ATPE stocké à même le sol, rupture de médicaments systématiques
<b>Eau potable</b>	non. Les bénéficiaires sont obligés d'en acheter sur le marché à côté. Le test de l'appétit se fait donc sans eau !	Oui	non
<b>Observations</b>	Le traitement médical systématique est à revoir La majorité des médicaments sont		Nous n'avions pas prévenu le CNA de Maltam de notre visite. Ils sont en rupture d'ATPE et ASPE depuis le

	payants (SRO : 400FCFA, Sulphate de Zinc (2000F la boîte), amoxicilline : 300F, mebendazole : 5F/cp		mois de mai. Le CNA de Dabanga au courant de notre visite a pu se procurer une 20aines de cartons d'ATPE mais la prise en charge a été stoppée de janvier à juin 2012 faute d'intrants
<b>Rapport mensuel</b>	Rempli et transmis au PFN	Rempli et transmis au PFN	Rempli

### Prise en charge en CNTI

Tableau 10 : Visites des CNTI des régions Nord et Extrême-Nord

Caractéristiques	CNTI DE GAROUA/6 CNA	CNTI DE MAROUA	CNTI DE KOUSSERI
<b>Région</b>	Nord	Extrême Nord	Extrême Nord
<b>Public/Privé</b>	Public	Public	Public
<b>Partenaires en charge</b>	Aucun	CRF	Aucun
<b>Date d'Ouverture</b>	12.06.2010	06.2012	2008
<b>Salle urgence/trie</b>	Les enfants sont directement envoyés en pédiatrie Pas de perfusion	Les enfants sont directement envoyés au CNTI	Les enfants sont directement envoyés en pédiatrie
<b>Nb personnel CNTI/Nb personnel hôpital</b>	2/4	5/10 - Médecin motivée mais débordée	4/16 dont 1 médecin pédiatre et 1 personne volontaire qui s'occupe de la préparation et distribution du lait
<b>Nb de patients le jour de la visite</b>	2	Environ 16 patients	4
<b>Structure</b>	Enfants MAS mélangés avec les autres enfants Manque de place	Service réservé aux MAS uniquement	Enfants mélangés avec les autres enfants Manque de place
<b>Admission</b>	MAM et MAS – patients mélangés avec la pédiatrie. Pas de pièces séparées	MAS uniquement	MAS uniquement
<b>Critères d'admission</b>	PB<125 et PT<-2Z	P/T<-3Z ou PB<115mm et/ou présence d'œdèmes, complications médicales, pas d'appétit	P/T<-3Z ou PB<115mm et/ou présence d'œdèmes, complications médicales, pas d'appétit
<b>Critères de sortie</b>	Fin des complications	Fin des complications	?
<b>Matériel</b>	Table PT unisexe et table pour sortie – Toise Shorr – Balance bébé – électronique – PB – Pas de SNG	Table PT unisexe et table pour sortie – Toise Shorr – Balance bébé (50g près à changer) – électronique – PB	Table PT unisexe – Toise Shorr – Balance électronique en panne – PB
<b>Traitement systématique</b>	Ceftriaxone & gentamycine payés par le patient	Gratuit	Payant
<b>Test de l'appétit</b>	Si l'enfant mange un peu d'ATPE alors c'est ok	Si l'enfant mange 1/4 du sachet alors c'est ok	Si l'enfant mange un peu d'ATPE alors c'est ok
<b>Intrants</b>	Rupture de F100 d'octobre à juin 2012	Rupture de F75&ATPE : Mars & Avril 2012	Rupture de F100 et Resomal pendant 1 mois.

			Présence de produits périmés (ATPE, F100) dans le stock
<b>Préparation</b>	1,5 l de F75 et de F100 pendant 8h pour 2 enfants. Le lait est conserve dans des thermos	Préparation correcte du lait mais utilisation d'eau bouillante non refroidie. Conservation du surplus dans un thermos pendant 6h max	Préparation correcte avec dosette « Nutriset » conservée à partir des cartons antérieurs.
<b>Formation</b>	2 IDE et 2 Dr absents et retraités Sept 2011 (UNICEF – DPS)	Parmi les 5 personnes qui travaillent au CNTI, une seule n'a pas été formée	Dernière formation a eu lieu en 2009
<b>Date de formation/supervision</b>	Juin 2010 et Sep 2011	Supervision régulière faite par CRF	
<b>Posters</b>	Oui dont 3 fait par l'IDE – Protocole mais non vu	Oui	Oui, fiches quantité de lait à distribuer par repas
<b>Outils</b>	Fiche de suivi – registres	Fiche de suivi – registres	Fiches de suivi – registre
<b>Remplissage</b>	Registre CNTI – fiches remplies partiellement avec administration résomal	Ok sauf pour la fréquence respiratoire	A revoir
<b>Nourriture pour accompagnants</b>	Non	Oui – 2 repas/jour	Non
<b>Traitement des &lt;6mois</b>	?	?	?
<b>Rapport mensuel</b>	?	Rempli	?
<b>Conclusion</b>	Patients mélangés et revoir la préparation du lait...en petite quantité.	Prise en charge relativement bien faite	Le CNTI est inséré dans le service de pédiatrie. Les enfants MAS sont mélangés aux autres enfants. La personne volontaire qui s'occupe du CNTI est une personne ressource pour le CNTI. Il faut absolument la former et l'insérer dans l'équipe de pédiatrie

Photo 7 : Préparation des repas au CNTI de Kousseri



Photo 8 : Pédiatrie de Kousseri



La gratuité des soins y compris des examens complémentaires, du transport, de la nourriture des accompagnants dans le CNTI géré par la CRF explique certainement le nombre plus important de MAS hospitalisés dans ce centre ainsi que le taux relativement faible d'abandon comparé aux autres CNTI du pays.

Le CNTI de Kousseri n'a pas de structure propre si ce n'est une pièce consacrée à la préparation des repas. Les patients MAS occupent les lits disponibles dans le service. Il est très difficile de travailler dans ces conditions et le personnel soignant voit d'un mauvais œil ce travail. Le CNTI de Kousseri fonctionne en partie grâce à une personne bénévole formée au début des années 2000 par ACF puis MSF (voir tableau 9)

***Certains problèmes sont à relever pour le bon fonctionnement du programme CNTI - CNA***

- Le traitement du paludisme à base d'arthésunate et d'amodiaquine n'est pas recommandé pour les enfants sévèrement malnutris. Il est préférable d'utiliser la combinaison artémether – luméfantine.
- La fréquence respiratoire au CNTI n'est souvent pas prise du fait de l'absence de montre murale ; il est possible d'utiliser un pendule (cf protocole générique version 6.6.2) ;
- Le F100 est donné systématique en phase de transition.

***Recommandations***

Le district de Kousseri et le Logone et Chari représentent à eux seuls un vrai challenge en termes d'approvisionnement durant la saison des pluies. Si l'UNICEF ne veut pas encore une fois être confronté au même problème d'acheminement que cette année il est indispensable de préparer dès à présent un plan de d'approvisionnement avant que la saison des pluies ne commence afin de pré-positionner suffisamment d'intrants dans les CSI non accessibles durant les 4 à 5 mois de pluie.

Le peu de place disponible dans les structures de santé, et très certainement de personnel dans les hôpitaux régionaux, nous montre à quel point le développement de CNTI décentralisés est important. Mais cela ne peut se faire sans une bonne communication et le projet des rapid-SMS ne devrait pas être négligé dans cette zone.

La gratuité des soins et la nourriture gratuite pour les accompagnants instaurées dans le CNTI de Maroua montre une augmentation de la fréquentation des MAS au CNTI et une diminution des abandons et par conséquent rejoint les estimations des prévalences retrouvées dans les enquêtes nutritionnelles.

## EN CONCLUSION

Cette mission nous a permis d'avoir une image rapide de la situation au Cameroun mais nous ne pouvons prétendre avoir vu de façon approfondie ce programme. Cependant, avant que le programme ne passe à l'échelle nationale, il faut sans aucun doute réviser le protocole et les outils. Le passage à l'échelle doit se faire avec précaution et suivant un plan réaliste prédéfini dans le temps. Un des facteurs important à prendre en compte est la qualité des données collectées et la possibilité de supervision. Si ces deux facteurs ne sont pas réunis le passage à l'échelle se fera au détriment de la qualité de la prise en charge et de son suivi.

Il est important de rassembler son énergie au bon fonctionnement de ce qui existe déjà avant de vouloir étendre les activités. Des mécanismes de coordination doivent être mis en œuvre pour favoriser une politique visant à la mise en œuvre d'un programme pérenne, consenti entre donateurs et gouvernements.

Sans un équilibre entre la formation initiale, la supervision, la formation continue, l'organisation du flux des intrants et l'accord de la pérennité, le passage à échelle risque d'être compromis, étant extrêmement pesant pour le système de santé en place. Si cela s'avère un échec, donateurs et gouvernements ne voudront plus investir dans ce programme, ce qui serait désastreux.

Le programme a en effet de nombreux aspects très positifs : nous pouvons de nos jours traiter un nombre important d'enfants qui, auparavant vivaient difficilement ou décédaient sans aucune interventions. Néanmoins, nous devons rester vigilants et consolider la PCIMA, afin de capitaliser ces gains ; les aspects très positifs devraient encourager les facultés de médecine et les écoles d'infirmières, les Ministères de la Santé et de l'Éducation à voir ces programmes se pérenniser, son succès devant être considéré comme une de leur responsabilité.

## RECOMMANDATIONS

### Recommandations générales

1° Plaidoyer et communication pour assurer la visibilité de la nutrition et des ressources financières suffisantes pour le passage à l'échelle. Les points suivants doivent absolument être abordés :

1.1 Importance de la sécurité nutritionnelle et de la PCIMA. L'élaboration d'une stratégie nationale PCIMA avec ligne budgétaire propre (révision des curricula, approvisionnement

des intrants, supervisions formatives, Responsable/Point Focal Nutrition de district etc.) peut constituer un bon point de départ.

1.2 Gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans souffrant de MAS. Une étude de faisabilité devrait être la première étape de ce processus.

1.3 Importance de la communication entre le niveau central – régional – district – centres de santé pour la remontée des données de prise en charge et de stock.

2° Coordination et partenariat doivent être renforcés en appuyant les structures multisectorielles de nutrition au niveau national.

2.1 Coordination et sensibilisation entre le secteur agricole/sécurité alimentaire (FAO/MINADER) et le secteur nutritionnel/sécurité nutritionnel (MINISANTE- DPS-DLM/UNICEF).

2.2 Coordination et harmonisation de la Politique nutritionnelle au niveau de la santé entre DLM et DPS avec la collaboration de l'OMS et de l'UNICEF aussi bien sur le plan communautaire (motivation des ReCo, intégration de la PCIMA dans la PCIME, etc.) qu'au niveau des structures de santé (PCIME – TB – VIH – introduction de la nutrition dans le paquet minimum)

2.3 Amélioration de la communication et de la collecte des données (SNIS : RAM) avec la DEP et analyse des systèmes de communication possible entre le Ministère de la Santé Publique, l'OMS et l'UNICEF (flotte téléphonique – rapid-SMS – etc.) en promouvant le district sanitaire et son Responsable/PFN comme l'unité clé du passage à l'échelle.

2.4 Amélioration de la coordination au niveau des NU : notamment entre l'UNICEF et la FAO (PNSA, CISA et MINADER) – HCR et PAM et partenaires.

2.5 Etablir des relations entre le Ministère de la Santé Publique et le Ministère de l'Enseignement Supérieur afin de faciliter la formation universitaire des étudiants en médecine.

2.6 Amélioration du partenariat avec les ONG nationales et internationales tant au niveau communautaire que structurelles. Mise en œuvre d'un accord de partenariat.

3° Analyse régulière et mise à jour des gaps et opportunités de passage à l'échelle afin d'instaurer le dialogue nécessaire entre les acteurs des NU.

Ces 3 objectifs font partie de l'approche REACH qui est une initiative visant à soutenir les efforts de passage à l'échelle des interventions nutritionnelles en cours et favoriser le dialogue et le partenariat entre les différents acteurs en nutrition.

## Recommandations spécifiques sur la PCIMA

### 1° Faire un état des lieux complet

1.1 Deux enquêtes nutritionnelles sont prévues pour novembre – décembre (hors période de soudure) couvrant les régions de l'Est et de l'Adamaoua d'une part et les régions du Nord et de l'Extrême-Nord d'autre part; dans un souci d'assurance qualité des données, il serait bon de se focaliser sur les données anthropométriques uniquement et le taux de décès. De nombreuses analyses ont montrées que l'ajout d'indicateurs supplémentaires dans les enquêtes anthropométriques avait indéniablement des répercussions négatives sur la qualité des données.

Les taux de décès préoccupants reportés par l'enquête de 2011 à l'Est montrent que tous les efforts ne doivent pas se concentrer uniquement sur les zones d'urgence du Nord et de l'Extrême Nord.

1.2 Faire une cartographie des CNA/CNTI fonctionnels dans les quatre régions d'intervention en suivant une grille avec des critères prédéfinis : fonctionnalité (équipement – formation – outils) – accessibilité (saison sèche et des pluies) – population cible – introduction de la PCIME – relais communautaires)

1.3 Compléter la liste de qui fait quoi où – au niveau central – régional – district avec une mise à jour régulière notamment lors de l'implantation du programme

### 2° Réviser le protocole national PCIMA et uniformiser les outils de suivi (registres, fiche de suivi, rapports mensuels, etc.)

### 3° Mettre en œuvre la formation

3.1 Elaboration d'une stratégie et d'un plan de formation et budgétisation

3.2 Organiser une formation de formateurs :

- Sélection des participants : ils doivent avant tout être motivés/engagés. Ça peut être des médecins, des infirmiers ou des nutritionnistes
- Conditions pour faire partie du pool de formateurs nationaux : obtenir au moins 80% au post-test de la formation et avoir fait un stage/pratique
- Formations : tant pratique que théorique à dispenser au niveau du district ET des centres de santé.

3.3 Elaborer les outils de formation en se basant sur le Kit de formation générique existant au niveau régional avec pré & post-tests et modules.

Retrait des anciens outils et introduction des nouveaux au cours de la formation formative sous forme de kit ou d'un complément aux outils existants.

Affichage des nouveaux posters

Révision du stock et conditions de stockage (PAM – UNICEF – DPS)

3.4 Organiser la formation au niveau district et CSI avec la mise en place immédiate de supervisions formatives régulières facilitées par la présence de personnes ressources (ONG – UNICEF – PAM – UNHCR, etc.)

3.5 Etablir les démarches nécessaires pour l'institutionnalisation de la formation au niveau des écoles et CHU en collaboration avec le Ministère de l'Enseignement Supérieur et le Ministère de la Santé Publique et en s'appuyant sur les personnes ressources existantes et la SOLAPED.

3.6 Prioriser la mise en œuvre de la PCIMA dans les districts environnants des CHU afin de favoriser la formation pratiques des nouveaux médecins et infirmiers.

4° Faire un plan d'approvisionnement en collaboration avec la DPS – DLM (CAMEG) – PAM – OMS.

4.1 Réaliser une évaluation logistique des entrepôts existants dans le pays et du système d'approvisionnement actuel

4.2 Ratifier un MOU entre l'UNICEF et le PAM pour définir de façon pratique les responsabilités de chacune des agences et les possibilités de collaboration pour l'acheminement des intrants.

4.3 Positionner un logisticien sur Kousseri

## *Au niveau des NU*

### **UNICEF Yaoundé**

Au niveau de l'UNICEF Yaoundé, une personne doit pouvoir se consacrer à la révision du protocole en coordination avec les autorités et enseignants et supporter la DPS à élaborer un plan de formation. Tant qu'il n'existera pas de fond propre gouvernemental, il sera difficile pour le gouvernement de pouvoir mettre en œuvre ce programme sans aide annexe.

Il semble également important de revoir le positionnement des sous-bureaux à l'intérieur du pays. Pour le moment l'UNICEF a un sous-bureau à Maroua qui couvre les régions du Nord et de l'Extrême-Nord ce qui engendre des déplacements longs et fatigants pour le personnel étant donné l'état des routes dans l'Extrême-Nord et un autre sous-bureau à N'Gaoundere avec la seule présence d'un VNU pour la section Nutrition qui est censé couvrir les régions de l'Adamaoua et de l'Est alors que tous les acteurs pour cette partie du pays sont basés à Bertoua dans la région de l'Est.

### **UNICEF – OMS – PAM**

Un plaidoyer doit être fait au niveau du gouvernement pour placée la nutrition en haut de l'agenda politique et en faire une priorité nationale dans le but d'atteindre les OMD 1 et 4 avant 2015. Il est important que la Sécurité Nutritionnelle ne soit pas englobée dans la sécurité alimentaire mais ait une place à part entière afin de replacer la nutrition à sa juste valeur.

La gratuité des soins pour les malnutris de moins de 5 ans est un préalable nécessaire pour limiter les obstacles d'accès aux soins. Une étude de faisabilité devrait être conduite rapidement pour ensuite servir de plaidoyer auprès du gouvernement.

La liste des médicaments prévus dans la commande de l'OMS doit être revue afin de prendre en compte les besoins pour le traitement des patients MAS (cf. protocole générique PCIMA version 6.6.2).

### **UNICEF – PAM – FAO**

La Sécurité nutritionnelle doit être à l'ordre du jour et la FAO devrait faire un plaidoyer de cet ordre afin de favoriser la reconnaissance du programme ainsi que son financement par le gouvernement.

## *Au niveau des ONG*

Les ONGs dans le secteur de la PCIMA sont présentes majoritairement sur les régions de l'Est et de l'Adamaoua avec l'exception de la Croix Rouge Française basée à l'Extrême

Nord. Elles ont un rôle d'appui technique et de supervision pour la prise en charge de la malnutrition. Elles travaillent aussi bien sur le volet communautaire que sur le volet prise en charge.

Pour le moment, seul le HCR a des accords de partenariats avec des ONGs, l'UNICEF n'ayant aucune ONG partenaire sur le terrain. L'UNICEF donne de ce fait un appui direct aux points focaux régionaux et est censé faire des supervisions formatives au niveau des CNA et CNTI. Cependant, par manque de moyen aussi bien matériel qu'humain et faute d'accessibilité des CSI pendant une certaine période, l'appui se résume principalement à un appui institutionnel dans les deux régions du nord.

## ACRONYMES

ACF	Action Contre la Faim
AEN	Activités Essentielles en Nutrition
AHA	Action Humanitaire pour l'Afrique
ASC	Agent de Santé Communautaire
ASPE	Aliment de Supplémentation Prêt à l'Emploi
ATPE	Aliment Thérapeutique Prêt à l'Emploi
BD	Bureau de Diététique
BIN	Bureau des Interventions Nutritionnelles
BSEAN	Bureau de Suivi/Evaluation des Activités Nutritionnelles
CAMEG	Central d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CISA	Comité Interministériel de la Sécurité Alimentaire
CNA	Centre de Nutrition Ambulatoire
CNTI	Centre de Nutrition Thérapeutique Intégré
CPFF	Centre de Promotion de la Femme et de la Famille
CRC	Croix Rouge Camerounaise
CRF	Croix Rouge Française
CSB	Corn Soya Blend : aliment fortifié précuit à base de farine, de maïs et de soja
CSI	Centre de Santé Intégré
DEP	Direction des Etudes et Projets
DLM	Direction de Lutte contre les Maladies
DOST	Direction de l'Organisation des Soins et de la Technologie sanitaire
DPM	Direction de la Pharmacie et du Médicament
DPS	Direction de la Promotion de la Santé
DRSP	Direction Régionale de la Santé Publique
DS	District Sanitaire
DSF	Direction des Statistiques et Finances
ECHO	European Commission's Directorate General for Humanitarian Aid
F75	Lait thérapeutique pour le traitement de la MAS en CNTI
F100	Lait thérapeutique pour le traitement de la MAS en CNTI
FA	Femme Allaitante
FAO	Food and Agricultural Organization
FE	Femme Enceinte
FICR	Fédération Internationale des Croix Rouges
HKI	Helen Keller International
IC	Intervalle de Confiance
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IMC	International Medical Corps
MA	Malnutrition Aiguë
MAG	Malnutrition Aiguë Globale
MAM	Malnutrition Aiguë Modérée
MAPE	Maladie à Potentiel Epidémique
MAS	Malnutrition Aiguë Sévère
MINADER	MINistère de l'Agriculture et du Développement Rural
MOU	Memorandum Of Understanding
MSF	Médecins Sans Frontières
NCHS	National Centre of Health and Statistics

NU	Nations Unies
OFSAD	Organisation des Femmes pour la Santé, la Sécurité Alimentaire et le Développement
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PB	Périmètre Brachial
PCIMA	Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance
PFN	Point Focal Nutrition
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNSA	Programme National de Sécurité Alimentaire
PTME	Prévention de la Transmission Mère Enfant
P/T	Poids pour Taille
PU	Première Urgence
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
REACH	Renewed Effort Against Child Hunger
ReCo	Relais Communautaire
RéSoMal	Solution de Réhydratation pour Malnutris Sévères
SDAN	Sous-direction de l'Alimentation et de Nutrition
SDHA	Sous-Direction de l'Hygiène et de l'Assainissement
SDIN	Service Diététique et Interventions Nutritionnelles
SDPSAC	Sous-Direction de la Promotion de la Santé et de l'Action Communautaire
SIDA	Syndrome de l'Immuno-Déficience Acquise
SMART	Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions
SIS	Système d'Informations et Statistiques
SRO	Solution de Réhydratation par voie Orale
TB	Tuberculose
UNICEF	Organisation des Nations Unies pour l'Enfance
UNHCR	Haut-Commissariat des Nations Unies aux Réfugiés
USAID	US Agency for International Development
VIH	Virus de l'Immuno - Déficience Humaine
VNU	Volontaire des Nations Unies

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUE

Amouzou A, Habi O, Bensaïd K (2012) Reduction in child mortality in Niger: a Countdown to 2015 country case study. *Lancet*. 2012 Sep 19. pii: S0140-6736(12)61376-2. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61376-2. [Epub ahead of print]

Golden MHN, Grellety Y. (2006) Nutrition report

Galindo M, Tchakouté R, Cassard F. (2011) Rapport final d'évaluation de la situation sanitaire, nutritionnelle et de la mortalité des populations réfugiées centrafricaines dans les régions de l'Est et de l'Adamaoua au Cameroun

DPS (2010) Protocole National de prise en charge de la malnutrition

Lezama I. (2012) Rapport d'analyse de la situation nutritionnelle

République du Cameroun (Janvier 2009), Décret Interministériel portant sur l'organisation du cadre institutionnel d'exécution du Programme National de Sécurité Alimentaire (PNSA)

République du Cameroun (2008) Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi

République du Cameroun (Décembre 2007) Programme National de Sécurité Alimentaire (2008 – 2015)

République du Cameroun (2009) Stratégie sectorielle de Santé 2001 – 2015

République du Cameroun (2008) Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi (2008)

# ANNEXES

## Annexe 1 : Termes de Référence

### Termes de Référence Evaluation du programme de prise en charge de la malnutrition aigüe au Cameroun

#### CONTEXTE

Depuis 2007, le Cameroun a initié de manière progressive un programme de prise en charge de la malnutrition aigüe, commençant par l'appui aux refugies dans l'Est et l'Adamaoua en allant vers le nord et l'extrême nord. Ce programme consiste en :

- Protocole nationale de prise en charge de la malnutrition aigüe (version 2007, et version révisée en 2010)
- Modules de formation (in-training) découlant des protocoles en vigueur
- Outils de gestion (suivi et rapportage)- spécifique au programme
- Mise en œuvre d'un programme de continuum de prise en charge de la malnutrition aigüe sévère et modérée (dépistage, CNA, CNTI avec un système de référence et contre-référence...)

Le pays il est dans la mise à l'échelle progressive et actuellement on compte jusqu'au 51 CNTI et 466 CNA dans le pays (Nord, Extrême Nord, Adamaoua, Est). Depuis plus de 5 ans, ce programme est mis en œuvre et a donné des bons résultats malheureusement avec la crise au sahel, les besoins en termes des capacités de prise en charge ont augmenté et il est important d'en faire une revue approfondie de la mise en œuvre, du niveau de passage à l'échelle, des forces et faiblesses afin de faire des recommandations basées sur le contexte et le spécificité du pays, les évidences scientifiques et sur la situation d'urgence actuel (crise au sahel et refugies).

Une mission des experts du bureau régional de l'UNICEF est à organiser pour faire les visites de terrain au Cameroun du 20 aout au 1 septembre 2012.

#### Activités de la mission :

- Analyser les documents clés: (i) protocole national; (ii) modules de formation, (iv) outils de suivi et évaluation
- Faire des recommandations afin d'assurer que tous les documents soient en accord avec les standards internationaux et en ligne avec les innovations scientifiques et donner des indications pour la révision les protocoles nationaux.
- Revoir toutes les composantes des programmes de prises en charge de la MAS et MAM y compris les flux d'informations, la couverture et l'acceptabilité (à travers des visites de terrain et des interviews avec les informateurs clés-y compris les ONG et SNU).
- Fournir des informations sur les plans ou stratégies de développement des capacités (s'il en existe), soit, évaluer les compétences et pratiques acquises à travers des interviews des formateurs et du personnel en place et l'observation des activités principales (dépistage, admission, traitement et décharge)
- Faire des recommandations afin d'améliorer la qualité de la prise en charge.

#### DOCUMENTS A PREPARER

A mettre à la disposition de la mission, si possible en version électronique avant l'arrivée de la mission :

- Stratégie nationale ou plan national de nutrition y compris le budget alloué
- Plan de passage à l'échelle de la prise en charge s'il existe)
- Protocole national de prise en charge de la malnutrition
- Documentation sur la formation et le planning de formation
- Guides de formation sur la mise en œuvre
- Outils de suivi et évaluation ; matériaux/outils utilisés pour la promotion de la sante et la mobilisation communautaire
- Carte avec les activités des partenaires
- Rapports mensuels et base de données existant au niveau national depuis le début de l'activité.

#### EQUIPES POUR L'EVALUATION

Yvonne Grellety et Helene Schwartz UNICEF WCARO

Ines Lezama – UNICEF Yaounde  
 Marie Ludvine Mbala- UNICEF Yaounde  
 Laouali Moussa Gaye - UNICEF Ngaoundéré  
 Anna Louise Kellet- UNICEF Garoua, Kouhin Nea Dore- UNICEF Maroua  
 Augustin Ndongmo- DPS  
 Madeleine Tugoue-DPS  
 George Okala-DPS

## AGENDA PROPOSE

Journée	Activité	Lieu	RespUNICEF/DPS	Autres
<b>Journée 1 : Mardi 21 aout</b>				
10h00	Finalisation du programme avec responsables de nutrition de l'UNICEF (préparation des documents nécessaires, logistique et partenaires pour les visites de terrain)	UNICEF	Nutrition/DPS	
13h00	Réunion avec DPS et Sou Direction de l'Alimentation et la Nutrition	MINSANTE	Nutrition	
14h15	Réunion avec HKI	HKI	Nutrition	
15h45	Réunion avec OMS	OMS	Nutrition	
<b>Journée 2 : Mercredi 22 aout</b>				
9h00	Briefing avec Management	UNICEF	Nutrition	
10h30	Briefing de sécurité	UNDSS	Driver	
14h00	Voyage Yaoundé à Bertoua	Route		
18h 00	Nuit à Bertoua	Hôtel		
<b>Journée 3 : Jeudi 23 aout</b>				
9h00	Rencontre avec le DRSP-EST et le PF Nutrition	DRSP	VNU, Nutrition	
10h00	Visite de CNA- Bazzama	Bazzama	VNU, Nutrition	
11h00	Visite de CNA-Manjou	Manjou	VNU, Nutrition	
12h30	Visite CNTI de Bertoua	Bertoua	Equipe+, UNHCR/DPS	
14h00	Réunion avec UNHCR et autres partenaires (PAM, UNFPA, IMC, FICR, IRD, AHA/ FICR/CRF, etc..)	UNHCR	VNU, Nutrition	UNHCR
18h 00	Nuit à Bertoua	Hôtel		
<b>Journée 4 : Vendredi 24 aout</b>				
8h00	Voyage de Bertoua vers Meinganga	Route	VNU, Nutrition	
10h00	CNA de Garga Sarali	CNA	VNU, Nutrition	
12h00	CNTI de Garoua boulai	CNTI	VNU, Nutrition	
14h00	CNA Lokoti	CNA	VNU, Nutrition	
16h00	Séance de travail avec le DRSP-Adamaoua	DRSP	VNU, Nutrition	
1800	Nuit à Ngaoundere		VNU, Nutrition	
<b>Journée 5 : Samedi 25 aout</b>				
9h	Voyage vers Garoua	Route	Nutrition	PAM
10h	Séance de travail avec le DRSP – Nord et PF nutrition	DRSP	Nutrition+ Staff Garoua	PAM
14h30	Séance dans la communauté et relais communautaire OFSAD à Pitoa et Garoua	Communauté	Nutrition+ Staff Garoua	PAM
18h00	Nuit à Garoua	Hôtel		
<b>Journée 6 : Dimanche 26 aout</b>				
10h00	CNTI Garoua, CNTI de Lainde et CNTI de Djamboutu CNA Foulbere,	CNA et CNTI	Nutrition+ Staff Garoua	PAM
14h30	Voyage à Maroua	Route		PAM
18h00	Nuit à Maroua	Hôtel	Nutrition+Staff Maroua	
<b>Journée 7: Lundi 27 aout</b>				
8h30	Réunion DRSP-EN et PF Nutrition	DRSP	Nutrition+Staff Maroua	PAM
10h00	Visite du CNTI Maroua Rural (CRF)	CNTI	Nutrition+Staff Maroua	PAM
12h00	Voyage vers Kousseri (escorte)	Route	Nutrition+Staff Maroua	PAM
18h00	Nuit à Kousseri	Hôtel		
<b>Journée 8: Mardi 28 aout</b>				
8h	Visite du CNTI et séance de travail avec le CSSD et PF Nutrition	CNTI	Nutrition+Staff Maroua	PAM
10h00	Visite CNA et CNTI-Maltam et autres	CNA et CNTI	Nutrition+Staff Maroua	PAM
18h00	Nuit à Kousseri	Hôtel	Nutrition	
<b>Journée 9: Mercredi 29 aout</b>				
8h00	Voyage vers Maroua et visites de CNA au cours de route (CPFF, Dabanga ...)	CNA	Nutrition+Staff Maroua	PAM
18h00	Nuit à Maroua	Hôtel	Nutrition+Staff Maroua	
<b>Journée 10: Jeudi 30 aout</b>				
10h	Départ pour l'aéroport	Maroua	Nutrition	
12h	Vol Maroua - Yaoundé			
<b>Journée 11: Vendredi 31 aout</b>				
9h00	Réunion avec les responsables de formation de la nutrition au niveau universitaire (médecins et nutritionnistes), école	Fac Médecine Ecole Sante	Nutrition,	

	d'infirmières, formation pratiques/stages.	publique		
11h00	Restitution aux partenaires Gouv, SNU, ONG. Etc.	UNICEF	Nutrition,	Tous
16h00	Debriefing Management	UNICEF	Management	

## Annexe 2 : Agenda

### AGENDA REVISE

#### AGENDA Mission d'évaluation PECIMA - CAMEROUN

Date	Heure	Activités	Localisation	Région
Dim 19/08	9h45	Arrivée Hélène Yaoundé	Yaoundé	Région Centre
Lun 20/08	11h	Réunion avec Inès et Augustin (MINSANTE)	Yaoundé	
	19h15	Arrivée Yvonne Yaoundé	Yaoundé	
Mar 21/08	9h	Réunion UNICEF (Kouhinea, Belyse, Jeanne) et MINSANTE (Madeleine, Augustin)	Yaoundé	
Mer 22/08	10h	Réunion Section VIH (Claude Kamenga et Valentin Naba)	Yaoundé	
	12h	Réunion chef DPS (Dr Saa)	Yaoundé	
	16h	Réunion CRF (Anne Boemare)	Yaoundé	
Jeu 23/08	9h	Départ pour Bertoua avec Madeleine (DPS) – Arrivée à 14h	Bertoua	Région Est
	14h	Réunion HCR, PAM, AHA, IMC, FICR	Bertoua	
	16h30	Rencontre Délégué Régional et PFN Région	Bertoua	
	17h	Visite du CNTI – Hôpital Régional de Bertoua (appuyé par FICR)	Bertoua	
	18h	Réunion avec ASAD (ONG locale, ReCo)	Bertoua	
Ven 24/08	8h	Visite CNTI Bertoua	Bertoua	Région Adamaoua
	9h30	Départ vers Meingenga		
	14h	Visite CNTI Garoua Boulai (appuyé par FICR) (Yvonne) Visite CNA (MAM et MAS) Garoua Boulai (Helene) Rencontre PFN District Garoua Boulai	Garoua Boulai	
	16h	Visite CNA Lokoti (appuyé par IMC)	Lokoti	
	18h	Arrivée à Meingenga	Meingenga	
	18h	Visite CNTI Meingenga (appuyé par IMC)	Meingenga	
Sam 25/08	7h	Départ vers Ngaoundere		Région Nord
	14h	Retour Madeleine (DPS) a Yaoundé Visite Sous-Bureau UNICEF Ngaoundere	Ngaoundere	
	14h30	Départ pour Garoua		
	16h	Rencontre avec Moussa VNU UNICEF		
	17h	Rencontre avec Lou (responsable Nutrition UNICEF), Iker (communication UNICEF), Dr Bello (PFN Région) et Amadou (PAM)	Garoua	
Dim 26/08	8h	Arrivée Inès et Augustin (DPS)	Garoua	
	9h30	Réunion de courtoisie avec DRSP	Garoua	
	10h	Visite CNTI Hôpital Régional Garoua	Garoua	
	10h45	Débriefing avec DPS	Garoua	
	11h	Départ pour Maroua		

	19h	Arrivée a Maroua – Réunion avec Kouhinea	Maroua	Région Extrême Nord
Lun 27/08	8h30	Réunion avec DRSP et DPS Maroua	Maroua	
	9h30	Visite CNTI Hôpital Régional Maroua (appuyé par CRF)	Maroua	
	11h	Départ pour Kousseri – Arrivée à 18h		
Mar 28/08	8h	Réunion avec PFN district Kousseri et PAM	Kousseri	
	9h30	Visite CNA Amchidere	Kousseri	
	11h	Visite CNA Promotion de la Femme et de la Famille	Kousseri	
	13h	Visite CNTI Hôpital Régional de Kousseri	Kousseri	
	16h	Réunion Sous Bureau PAM	Kousseri	
Mer 29/08	8h	Départ vers Maroua		
	11h	Visite CNA Maltam	Maltam	
	12h	Visite CNA Dabanga	Dabanga	
	16h	Débriefing PFN Régional et son équipe	Maroua	
	18h	Débriefing avec CRF	Maroua	
Jeu 30/02	10h	Aéroport Maroua – Retour sur Yaoundé	Maroua	
	15h	Arrivée Yaoundé	Yaoundé	
Ven 31/08	9h	Réunion avec Dr Nelly (pédiatre CHU Yaoundé)	Yaoundé	
	11h	Débriefing avec DPS, UNICEF, PAM, IMC, CRF, OFSAD	Yaoundé	
	15h	Réunion avec GIZ	Yaoundé	
	20h	Départ Helene	Yaoundé	
Dim 02/09	2h	Départ Yvonne	Yaoundé	Région Centre

### Annexe 3 : Liste des contacts

n	Nom de famille et prénoms	Qualification	Organisation	Poste	Contact (email/tél)
<b>UNICEF YAOUNDE</b>					
1	LEZAMA Ines	Nutritionniste	UNICEF	Responsable Section Nutrition	<a href="mailto:ilezama@unicef.org">ilezama@unicef.org</a> 22 50 54 61 79 52 30 26
2	EJIGUI Jeanne	Nutritionniste	UNICEF	Nutrition Officer	<a href="mailto:jeigui@unicef.org">jeigui@unicef.org</a> 22 22 0 393 74 55 21 65
3	NGUM Belyse Halmata	Médecin	UNICEF	Child Survival Specialist	<a href="mailto:bhngum@unicef.org">bhngum@unicef.org</a>
4	KAMENGA Claude	Médecin	UNICEF- WCARO	Responsable Section VIH	<a href="mailto:ckamenga@unicef.org">ckamenga@unicef.org</a> +221 77 529 88 62
5	AKOUEETHAL E Valentin Noba	Médecin	UNICEF	Responsable VIH	<a href="mailto:vna kouethale@unicef.org">vna kouethale@unicef.org</a> 75 29 59 46
6	GBAGUIDI Suzanne	WASH	UNICEF	WASH Officer	<a href="mailto:sgbaquidi@unicef.org">sgbaquidi@unicef.org</a>
<b>Direction de la Promotion de la Santé (DPS) YAOUNDE</b>					
7	Dr SA'A	Médecin	MINSANTE	Directeur de la DPS	
8	HORE TOGOUE Madeleine		DPS/MINSANTE	Chef du Service diététique et intervention nutritionnelle	<a href="mailto:mafloflo@yahoo.fr">mafloflo@yahoo.fr</a>
9	NDONGMO NANFACK Augustin	Nutritionniste	DPS/MINSANTE	Responsable du suivi/évaluation	<a href="mailto:augndongmo@yahoo.fr">augndongmo@yahoo.fr</a> 99 54 56 54
<b>Partenaires et autres YAOUNDE</b>					
10	BOEMARE Anne		CRF	Chef de Mission	<a href="mailto:Hod-cam.frc@croix-rouge.fr">Hod-cam.frc@croix-rouge.fr</a> 99 49 44 27
11	BRIL Anne-Gaëlle		CRF	Assistante Chef de Mission	<a href="mailto:assit-cam.frc@croix-rouge.fr">assit-cam.frc@croix-rouge.fr</a>
12	Dr. Gerd EPPEL		GIZ	Conseiller Technique Principal Programme Sante	<a href="mailto:gerd.eppel@giz.de">gerd.eppel@giz.de</a> 22 23 93 11 22 23 23 72
13	MBALLA Andre		PAM		<a href="mailto:andre.mballa@wfp.org">andre.mballa@wfp.org</a>
14	NJILIE Francis		PAM		<a href="mailto:francis.njilie@wfp.org">francis.njilie@wfp.org</a>
15	NDJEBAYI Alex		HKI		<a href="mailto:andjebayi@hki.org">andjebayi@hki.org</a>
16	EKOSSO DISSAKE Dorothy		IMC	Technical Coordinator	<a href="mailto:molingi@yahoo.co.uk">molingi@yahoo.co.uk</a> 99 66 71 87

17	Dr SAYANG Collins		PLAN International Cameroun	Country Health Advisor	<a href="mailto:collins.sayang@plan-international.org">collins.sayang@plan-international.org</a>
18	KENFACK Tolevi		OFSAD	Directrice	<a href="mailto:ofsadcameroun@yahoo.fr">ofsadcameroun@yahoo.fr</a>
19	Dr KAMCHAING Nelly	Pédiatre	CHU Yaounde	Enseignante CHU de Yaounde	
<b>Région EST</b>					
20	BATHONDOL I Blaise		UNHCR	Coordinateur Médical	<a href="mailto:BATHONDO@unhcr.org">BATHONDO@unhcr.org</a> 76 51 92 34
21	NGWA Sylvia		PAM		<a href="mailto:Sylvia.ngwa@wfp.org">Sylvia.ngwa@wfp.org</a> 99 22 56 35
22	SEID Yimer		AHA	Nutrition coordinator Batouri	<a href="mailto:ahanutrbatouri@yahoo.com">ahanutrbatouri@yahoo.com</a> 98 99 74 14
23	HAMULI Isaack	Médecin	IMC	Prog Coordinateur Béré	<a href="mailto:IKULIMUSHI@enternationalmmedicalcorps.org">IKULIMUSHI@enternationalmmedicalcorps.org</a> 76 20 19 16
24	MOUTALA Dagirou		IMC	Nutrition supervisor Djohong	<a href="mailto:mdayirou@yahoo.fr">mdayirou@yahoo.fr</a>
25	TCHOUAPE Gabriel		FICR/CRC	Responsable Nutrition Bertoua	<a href="mailto:Gabyolga200@yahoo.fr">Gabyolga200@yahoo.fr</a> 95 79 88 20
26	TAKAM Frédéric	Médecin	FICR/CRC	Coordinateur santé Bertoua	<a href="mailto:takamafogoum@yahoo.fr">takamafogoum@yahoo.fr</a>
27	PATANHA Abanla		ASAD	Promoteur nutrition Bertoua	<a href="mailto:jaelfabrice@gmail.com">jaelfabrice@gmail.com</a>
28	NGANOU Myriam		ASAD	Coordinateur santé Bertoua	<a href="mailto:miryamganou@yahoo.fr">miryamganou@yahoo.fr</a>
29	INAK Rartin		ASAD	Délégué Bertoua	<a href="mailto:inakmartinasad@yahoo.fr">inakmartinasad@yahoo.fr</a>
30	OKET Catherine		DRSP EST	Point Focal Nutrition	<a href="mailto:Cathyoket@yahoo.fr">Cathyoket@yahoo.fr</a>
31	MBARNDU KA Fanta		CNTI Bertoua	Superviseur	
32	DONA Espoir	Infirmière DE	CNTI Bertoua	Infirmière non formée	
33	HAOUA Marietou		CNTI Bertoua	Volontaire	
34	DOOMTOO Viviane		CNTI Bertoua	Volontaire	
35	DJILLA Marguerite		CNTI Bertoua	Volontaire	
36	BEAUNET Flavain	Médecin	Hôpital Régional de Bertoua	Directeur de l'hôpital	22 24 14 99 77 70 45 33

37	LONTSIE Isidor	Infirmier	MINSANTE	Responsable CNA Garoua Boulai	
38	AGHENDIA Alemngu	Infirmier sup	MINSANTE	Assistante Responsable CNA Garoua Boulai	
39	SEWOU Celestin	Infirmier	MINSANTE	PFN District Garoua Boulai	
<b>Région de l'ADAMAOUA</b>					
40	BONEME Marie Julienne	Infirmière	CNTI de Meiganga	Major CNTI	75 78 52 52
41	LALOU GAYE Moussa		Sous bureau UNICEF Ngaoundere	Assistant Nutrition Project officer	<a href="mailto:moussalgaye@yahoo.fr">moussalgaye@yahoo.fr</a>
42	SOUARE Rigobert	Aide-soignant	MINSANTE	RFS	
43	TESSOU Silas	Infirmière DEP	MINSANTE	Chargé du CNA	
<b>Région Nord</b>					
44	Dr BELO	Médecin	DRSP de Garoua	Point focal Nutrition	97 75 62 96
45	KELLET Anna Louise	Emergency nutrition officer	Sous bureau UNICEF Garoua	Coordination des urgences nutritionnelles	<a href="mailto:akellet@unicef.org">akellet@unicef.org</a> 99 02 15 94
46	BOULOUME GNE Gustave	Ingénieur Nutritionniste	CNTI de Garoua		75 22 74 15
<b>Région EXTREME NORD</b>					
47	DORE Kouhin Nea	Médecin	UNICEF	Responsable programme Nutrition Extreme Nord	<a href="mailto:kndore@unicef.org">kndore@unicef.org</a> 99 82 44 06
48	BOUKARI Hamadou	Nutritionniste	PAM Kousseri	Responsable programme nutrition	<a href="mailto:amadou.boukari@wfp.org">amadou.boukari@wfp.org</a> 95 00 27 82
49	BOUBAKARI Bello	FAM	PAM Kousseri		<a href="mailto:bello.boubakary@wfp.org">bello.boubakary@wfp.org</a> 77 39 08 51 95 28 62 22
50	GONI Ibrahima	FAM	PAM Kousseri		<a href="mailto:ibrahima.goni@wfp.org">ibrahima.goni@wfp.org</a> 96 94 32 54
51	RAZENAKOL ONA Arthuro		PAM Kousseri	Chef du Sous- Bureau de Kousseri	<a href="mailto:arthuro.razanacolona@wfp.org">arthuro.razanacolona@wfp.org</a> 76 08 10 78 95 00 16 84
52	YAZEU Frédéric	Informaticien	DRSP - EN	Charge des données Nutrition	<a href="mailto:feuta@yahoo.fr">feuta@yahoo.fr</a> 77 59 02 65 97 22 72 28
53	Jonathan		GIE - ADERSA		<a href="mailto:jonathanmojo@yahoo.fr">jonathanmojo@yahoo.fr</a> 77 39 08 51 95 28 62 22

54	NDONGMO Augustin	Nutritionniste	MINSANTE	Responsable	<a href="mailto:augndongmo@yahoo.fr">augndongmo@yahoo.fr</a> 99 54 56 54
55	FORBUZO Valery	Infirmier Supérieur	SSD Kousseri		<a href="mailto:forbuzovaleryachu@yahoo.com">forbuzovaleryachu@yahoo.com</a> 77 53 12 46
56	Fanta	Aide Sociale	Volontaire Hôpital Kousseri	Responsable CNTI	
57	MISCOUNA Saliou	Inspecteur Affaires Sociales	Ministère de la Promotion de la Femme et Famille	Directeur CPFF Kousseri	22 29 45 00 79 82 60 90
58	MANGOULKI Michael	Aide-Soignant	Ministère de la Promotion de la Femme et Famille	Responsable du centre CPFF Kousseri	
59	NKUSSI Gilbert	Consultant WASH	Sous bureau UNICEF Maroua	Appui aux activités WASH	<a href="mailto:ginkusi2003@yahoo.com">ginkusi2003@yahoo.com</a>
60	ALHADJI Mahamat	Infirmier	MINSANTE	Responsable CNA Amchidere	
61	O'CONNOR Cathal	Standby Partner	Sous bureau UNICEF Maroua	Coordination des activités WASH	
62	ALIAGA Patricia	Infirmière	CRF Sous bureau de Maroua	Déléguée nutritionniste	<a href="mailto:Nut-maroua.frc@croix-rouge.fr">Nut-maroua.frc@croix-rouge.fr</a> 96 54 79 33 22 29 17 88
63	HOULI Suzanne	Infirmière	MINSANTE	Major CNTI Maroua	99 82 29 68
64	PESSER Mana	Infirmier	CSI Maltam Extrême Nord	Chef CSI	76 00 04 50 94 86 57 21
65	ABELE Mahamat Abelek	Infirmier	CSI Maltam Extrême Nord	En charge du CNA	76 26 27 47 93 90 43 71
66	WAKIL Mahamat		CSI Dabanga Extrême Nord	Commis de pharmacie	74 69 82 92
67	ZOLI Joseph	Infirmier	CSI Dabanga Extrême Nord	Chef du centre	75 94 08 94 96 07 47 36