

REPUBLIQUE DU CAMEROUN  
Paix-Travail-Patrie

Ministère de l'Economie, de la Planification et  
de l'Aménagement du Territoire



REPUBLIC OF CAMEROON  
Peace-Work-Fatherland

Ministry of Economy, Planning and Regional  
Development

# Etude sur la Traçabilité des Dépenses Publiques dans les secteurs de la Santé, de la Nutrition, de l'Eau-Hygiène-Assainissement et de l'Education

## Rapport principal

### Volet Nutrition

Décembre 2019



Réalisée avec l'appui technique de  
l'Institut National de la Statistique (INS)  
[www.stat.cm](http://www.stat.cm)



# SOMMAIRE

<b>LISTE DES TABLEAUX.....</b>	<b>4</b>
<b>LISTE DES GRAPHIQUES.....</b>	<b>4</b>
<b>LISTE DES ENCADRES.....</b>	<b>4</b>
<b>LISTE DES FIGURES.....</b>	<b>4</b>
<b>SIGLES ET ABREVIATIONS.....</b>	<b>5</b>
<b>AVANT-PROPOS.....</b>	<b>7</b>
<b>RESUME EXECUTIF.....</b>	<b>8</b>
1.1 Contexte et justification de l'étude.....	13
1.2 Objectifs de l'étude.....	14
1.2.1 Objectif général.....	14
1.2.2 Objectifs spécifiques.....	14
1.3 Approche méthodologique de l'étude.....	14
1.3.1 Champ de l'étude.....	14
1.3.2 Unités d'observation.....	14
1.3.3 Echantillonnage.....	15
1.3.4 Méthodes d'observation et de collecte.....	16
1.3.5 Traitement des données et estimation.....	16
1.4 Limites et difficultés rencontrées.....	16
<b>CHAPITRE 2 : ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DE LA PRISE EN CHARGE INTEGREE DE LA MALNUTRITION AIGUË SEVERE AU CAMEROUN.....</b>	<b>18</b>
2.1 Politique nationale de nutrition au Cameroun.....	18
2.1.1. Les axes stratégiques de la politique.....	18
2.1.2. Les résultats escomptés.....	21
2.1.3. Les interventions prioritaires.....	21
2.2 Prise en charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë Sévère.....	22
2.2.1. Objectifs.....	22
2.2.2. Organisation de la PCIMAS.....	22
2.2.3. Mécanismes de mise en œuvre et de suivi évaluation.....	24
2.3 Etat des lieux de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère au Cameroun en 2017.....	25
<b>CHAPITRE 3 : FINANCEMENT DE LA PRISE EN CHARGE INTEGREE DE LA MALNUTRITION AIGUË SEVERE.....</b>	<b>27</b>
3.1 La planification et programmation des activités.....	27
3.1.1. Cadre de coopération UNDAF.....	27
3.1.2. Document programme pays UNICEF.....	27
3.1.3. Plan d'actions du programme pays (CPAP).....	28
3.2 La budgétisation des activités.....	28
3.3 La mobilisation des ressources.....	29
3.4 Les mécanismes de gestion des ressources de la PCIMAS (HACT).....	29
<b>CHAPITRE 4 : GESTION DES RESSOURCES DE LA PCIMAS EN 2017.....</b>	<b>30</b>
4.1 Le circuit des ressources financières, des ATPE et médicaments essentiels.....	30
4.2 Gestion des ressources financières.....	31
4.2.1 Dotation des ressources financières de la PCIMAS.....	31
4.2.2 Utilisation des ressources financières.....	32
4.3 Gestion des aliments thérapeutiques prêts pour l'emploi et des médicaments essentiels.....	33
4.3.1 Dotations en intrants.....	34

4.3.2 La traçabilité dans la gestion des intrants.....	35
4.4 Difficultés, mesures et suggestions dans la gestion des intrants en 2017.....	38
4.4.1 Principales difficultés.....	38
4.4.2 Mesures prises pour pallier les difficultés .....	39
4.4.3 Propositions pour améliorer la gestion des intrants.....	39
<b>CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>41</b>
Principaux problèmes relevés .....	41
Principales recommandations .....	42
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>43</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>I</b>
Annexe 1 : Tableau récapitulatif des principaux indicateurs.....	II
Annexe 2 : Liste des intervenants .....	III

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Taille de l'échantillon des grappes par région .....	15
Tableau 2 : Echantillon des centres nutritionnels et d'ASC par régions .....	16
Tableau 3 : Evolution entre 2016 et 2017 du nombre de centres nutritionnels et de nouvelles admissions de patients pour la PCIMAS .....	25
Tableau 4 : Evolution entre 2016 et 2017 de quelques indicateurs de performances des centres nutritionnels .....	26
Tableau 5 : Montant de ressources financières mises à disposition par l'UNICEF en 2017 selon les niveaux de structures et les lignes de dépenses (en FCFA) .....	32
Tableau 6 : Montant de ressources financières de 2017 justifiées dans les délais par les bénéficiaires selon les niveaux de structures et les lignes de dépenses (en FCFA) .....	33
Tableau 7 : Stocks d'intrants dans les DRSP au 31 décembre 2016 selon la région et le type .....	34
Tableau 8 : Quantité d'intrants fournie par l'UNICEF aux DRSP en 2017 selon la région et le type.....	34
Tableau 9 : Dotations globales d'intrants aux DRSP en 2017 selon la région et le type .....	35
Tableau 10 : Taux de sortie d'intrants des magasins en 2017 selon la région et le type .....	35
Tableau 11 : Taux de sorties justifiées (déchargées) d'intrants des magasins en 2017 selon la région et le type .....	36
Tableau 12 : Quantités ATPE et médicaments déstockées sans justificatifs en 2017 selon la région et le type .....	37
Tableau 13 : Proportion (%) de la dotation globale déstockée et non justifiée en 2017 selon la région et le type .....	37
Tableau 14 : Principales difficultés rencontrées dans la gestion des intrants en 2017 par niveau de structure .....	38
Tableau 15 : Principales mesures prises pour palier aux difficultés inhérentes à la gestion des intrants en 2017 par niveau de structure.....	39
Tableau 16 : Principales suggestions des acteurs du circuit pour l'amélioration de la gestion des intrants en 2017 par niveau de structure.....	40

## LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Montant de ressources financières non justifiées en 2017 dans les délais (en FCFA) .....	33
--	----

## LISTE DES ENCADRES

Encadré 1: critères de référence de la communauté vers le centre nutritionnel.....	24
Encadré 2: Approche d'évaluation des pertes en intrants.....	36

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Circuit normal des ressources financières, des ATPE et des médicaments essentiels .....	30
Figure 2 : Circuit réel des ressources financières, des ATPE et des médicaments essentiels .....	31

## SIGLES ET ABREVIATIONS

ANJE	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
ASC	Agent de Santé Communautaire
ASPE	Aliment de Supplémentation Prêt à l'Emploi
ATPE	Aliment Thérapeutique Prêt à l'Emploi
BSFP	Blanket Supplementary Feeding Program
CAPI	Computed Assisted Personal Interviewing
CNAS	Centre Nutritionnel Ambulatoire pour la malnutrition Aiguë Sévère
CMA	Centre Médical d'Arrondissement
CN	Centre Nutritionnel
CNTI	Centre Nutritionnel Thérapeutique Interne
CPAP	Plan d'Actions du Programme Pays
CSI	Centre de Santé Intégré
CSPRO	Census and Survey Processing System
DPS	Direction de la Promotion de la Santé
DRSP	Délégation Régionale de la Santé Publique
DS	District de Santé
DSCE	Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi
FACE	Funding Authorization and Certification Expenditure
FAD	Fortification Alimentaire à Domicile
FAF	Supplémentation en Fer et Acide Folique
FLE	Fortification alimentaire à Large Echelle
FOSA	Formation Sanitaire
HACT	Approche Harmonisée des Transferts en Espèces
HD	Hôpital de District
INS	Institut National de la Statistique
IPPTE	Initiative Pays Pauvres Très Endettés
ISTEEBU	Institut de Statistiques et d'Etudes Economiques du Burundi
MINADER	Ministère de l'Agriculture et du Développement Rural
MINEDUB	Ministère de l'Education de Base
MINEE	Ministère de l'Eau et de l'Energie
MINEPAT	Ministère de l'Economie, la Planification et de l'Aménagement du Territoire
MINESEC	Ministère des Enseignements Secondaires
MINFI	Ministère des Finances
MINSANTE	Ministère de la Santé Publique
nc	Non concerné
nd	Non disponible
ODD	Objectif de Développement Durable
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale

PAGE	Programme d'Appui à la Gestion Economique
PB	Périmètre Brachial
PCIMAS	Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë Sévère
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PETS	Public Expenditure Tracking Survey
PFN	Point Focal Régional de Nutrition
PNAN	Plan National d'Action pour la Nutrition
PSMT	Plan Stratégique à Moyen Terme
PTF	Partenaire Technique et Financier
PTME	Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
SDAN	Sous Direction de l'Alimentation et de la Nutrition
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SIS	Système d'Information Sanitaire
SMART	Standardized Monitoring and Assessment for Relief and Transition
SNU	Système des Nations Unies
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SSD	Service de Santé de District
SVA	Supplémentation en Vitamine A
TDR	Termes de référence
UNDAF	Plan-Cadre des Nations Unies pour le Développement
UNESCO	Organisation des Nations pour l'Education, la Sciences et la Culture
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VBG	Violence Basée sur le Genre
VIH	Virus d'Immunodéficience Humaine
WASH	Water, Sanitation and Hygiene
ZEP	Zone d'Education Prioritaire

## AVANT-PROPOS

Le Ministère de l'Economie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire (MINEPAT), le Ministère des Finances (MINFI), le Ministère de la Santé Publique (MINSANTE), le Ministère de l'Education de Base (MINEDUB), le Ministère des Enseignements Secondaires (MINESEC) et le Ministère de l'Eau et de l'Energie (MINEE) du Cameroun ont décidé, au titre de l'année 2018, de conduire une étude sur la traçabilité des dépenses publiques dans les secteurs de la santé, de la nutrition, de l'eau-hygiène-assainissement et de l'éducation avec l'appui technique et financier de l'UNICEF. L'Institut National de la Statistique, dont l'une des missions est de rendre disponible les données et les indicateurs statistiques nécessaires à la gestion économique et sociale, a été mis à contribution à l'effet d'assurer la coordination technique de ladite étude.

L'étude sur la traçabilité des dépenses publiques vise à fournir au gouvernement camerounais et aux partenaires intervenant dans les secteurs de la Santé, Nutrition, Education et WASH l'information nécessaire pour apprécier objectivement les performances de la dépense publique dans ces quatre secteurs en 2017. Cette étude fait suite aux deux premières réalisées en 2003/2004 et 2010 qui couvraient uniquement les secteurs de la santé et de l'éducation. L'étude PETS3 se veut plus ciblée dans la mesure des lignes budgétaires précises à suivre dans chacun des secteurs susmentionnés qui ont été sélectionnées. Aussi, il est important de souligner que l'étude PETS3 est réalisée dans un contexte marqué par le transfert de certaines compétences en matière d'éducation, de santé et de WASH aux collectivités territoriales décentralisées.

L'étude sur le volet nutrition est réalisée pour la toute première fois au Cameroun qui en devient, de ce fait, le pionnier en Afrique. C'est donc dire toute l'importance que le Gouvernement de la république et ses partenaires au développement accordent aux questions de santé des enfants et des femmes enceintes en général, et celles en rapport avec leur nutrition en particulier.

Ce rapport qui en découle présente une analyse des dotations en ressources financières et en intrants (aliments thérapeutiques prêts pour l'emploi et médicaments essentiels pour la malnutrition aiguë sévère), de leurs utilisations et des pertes qui ont pu être enregistrées en 2017 sur toute la chaîne de gestion de la Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë Sévère (PCIMAS).

La production de cette importante publication, a été conduite par l'Institut National de la Statistique (INS) et rendue possible par l'implication effective et soutenue des principales parties prenantes. Il s'agit notamment des Services du Premier Ministre représentés par un membre du Comité interministériel de lutte contre la malnutrition, du Ministère de la Santé Publique à travers des responsables de sa Sous-Direction de l'Alimentation et de la Nutrition (SDAN) qui assure la coordination nationale de la PCIMAS, du Ministère de l'Economie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire (MINEPAT) représenté dans les travaux par des responsables en charge de la Coopération, du Ministère de l'Agriculture et du Développement Rural (MINADER) représenté par des spécialistes des questions alimentaires, et des experts en nutrition du principal partenaire technique et financier qu'est le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF). Que chacun de ces acteurs trouve en ce travail, la satisfaction personnelle d'une mission bien accomplie et la reconnaissance de l'INS pour les efforts déployés. Qu'ils en soient sincèrement remerciés.

C'est aussi ici l'occasion pour nous de remercier tous ceux qui ont contribué à la collecte des données ayant servi de base à ce travail. Nous voulons ainsi faire allusion aux responsables des services déconcentrés du MINSANTE, fournisseurs de données à savoir : les délégations régionales de l'Extrême-Nord, du Nord, de l'Adamaoua et de l'Est, leurs Services de Santé de Districts, leurs centres de santé comprenant les centres nutritionnels de la PCIMAS ainsi que les Agents de Santé Communautaire qui effectuent un travail fort remarquable auprès des populations locales. Nous pensons également à toute l'équipe de collecte des données et d'encadrement qui a fourni le meilleur d'elle-même pour la réussite du projet.

Cette étude a été entièrement cofinancée par l'Etat et l'UNICEF, son partenaire technique et financier d'hier, d'aujourd'hui et de demain.

**Le Ministre de l'Economie, de la Planification et  
de l'Aménagement du Territoire**

## RESUME EXECUTIF

Les analyses effectuées dans le cadre de cette étude portent principalement sur les ressources mobilisées au cours de l'exercice 2017 pour la Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë Sévère (PCIMAS) qui sont de deux ordres : (i) les ressources financières destinées principalement à la formation du personnel, à l'acquisition de fournitures, aux missions de supervision, et (ii) les ressources matérielles que sont les aliments thérapeutiques prêts pour l'emploi (ATPE) et les médicaments essentiels pour les patients. Il a été question ici d'analyser les utilisations qui en sont faites à la lumière des dotations effectuées.

### **Le circuit des ressources financières, des ATPE et médicaments essentiels**

Les ressources financières sont, à la demande des structures bénéficiaires, débloquées par l'UNICEF et mises à disposition par virement dans un compte de la Sous Direction de l'Alimentation et de la Nutrition (SDAN) ou de la Délégation Régionale de la Santé Publique (DRSP). Une partie des ressources mises à la disposition des DRSP est destinée aux DS couverts. Il peut également arriver que certains DS reçoivent directement des ressources financières de l'UNICEF pour faciliter les transactions.

Concernant les ATPE et médicaments essentiels pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère, les acquisitions sont effectuées par l'UNICEF, sur la base des besoins préalablement exprimés par l'Etat via le Ministère de la Santé Publique (MINSANTE). Les intrants acquis sont transmis aux DRSP qui les stockent directement dans des magasins centraux et/ou annexes situés dans des périphéries pour faciliter la distribution des produits. En fonction des besoins exprimés à travers des requêtes, ils sont trimestriellement mis à la disposition des DS qui les acheminent dans les centres nutritionnels couverts (Centres Nutritionnels Thérapeutiques Interne dans les Hôpitaux de Districts, Centres Nutritionnels Ambulatoire pour la malnutrition Aiguë Sévère dans les Centres Médicaux d'Arrondissement et Centres de Santé Intégré).

### **Gestion des ressources financières**

L'analyse de la gestion des ressources financières de la PCIMAS prend en compte les dotations fournies aux structures centrales et déconcentrées du MINSANTE, ainsi que les utilisations qui en sont faites au cours de l'année 2017.

Pour le compte de l'exercice 2017, plus de 102 millions de FCFA ont été virés dans les comptes dédiés de la SDAN et des DRSP de l'Est, de l'Adamaoua, du Nord et de l'Extrême-Nord en fonction des besoins exprimés. Plus de la moitié de ces ressources (56%) a été allouée aux activités qui s'apparentent aux études (validation des données, analyse des goulots d'étranglement de la PCIMAS, enquêtes, atelier d'analyse, consultation) et principalement réalisées par la structure centrale de coordination de la PCIMAS qu'est la SDAN.

La quasi-totalité des ressources financières consacrées à la PCIMAS en 2017 a été utilisée/justifiée par les bénéficiaires (plus de 101 millions de FCFA soit 99%) dans les délais, ce qui peut effectivement dénoter que les besoins exprimés étaient bien réels et ont été satisfaits. Le fait que les dépenses soient enclenchées à partir des "Funding Authorization and Certification Expenditure" (FACE) et qu'il y ait une réelle obligation pour les bénéficiaires de rendre directement compte au bailleur, sont assurément des arguments qui conduisent à des taux de consommation de ressources financières très élevés.

Les ressources non justifiées dans les délais, soient 557 830 FCFA, ont été effectivement utilisées par les bénéficiaires dans les lignes dédiées. Il s'agit précisément de 474 830 FCFA pour des enquêtes SMART<sup>1</sup> (Standardized Monitoring and Assessment for Relief and Transition) réalisées par la SDAN et de la tenue de l'atelier de validation des données de la PCIMAS de la région de l'Adamaoua. Cependant, les pièces justificatives les concernant n'ont été rendues disponibles qu'après les délais.

### **Gestion des aliments thérapeutiques prêts pour l'emploi et des médicaments essentiels**

La gestion des ATPE (plumpynut, lait thérapeutique F75, lait thérapeutique F100) et des médicaments essentiels (amoxicilline) pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère est analysée sous l'angle de leur dotation et de leur utilisation dans la chaîne de distribution nationale.

L'analyse des dotations globales en intrants montre que pour les aliments thérapeutiques, le système sanitaire a bénéficié de quantités importantes et suffisantes de plumpynut (7 531 462 sachets de 92g soit 50 210 cartons), de lait thérapeutique F75 (333 052 sachets de 102,5g soit 2 775 cartons) et de lait thérapeutique F100 (247 126 sachets de 114g soit 2 746 cartons).

Cependant, la région de l'Extrême-Nord à elle seule cumule plus de la moitié des dotations en intrants, soit 58,4% de plumpynut, 84,7% de lait F75 et 90,5% de lait F100. Il en est de même pour le médicament "amoxicilline" où environ 75,8% des 84 023 boîtes oral (sus 125mg/5ml/BOT-100ml) disponibles sont affectées à cette même région.

Dans l'ensemble, 2 586 897 sachets (17 246 cartons) de plumpynut sont sortis sous décharge. L'analyse des données montre que la différence entre la dotation globale et les stocks en 2017 ne correspond pas à la quantité déchargée. Les écarts observés sont interprétés comme des pertes.

### **Evaluation des pertes**

Les pertes sont perçues comme étant les différences observées entre les intrants déstockés et les intrants déchargés. Il s'agit d'intrants non justifiés et analysés tel quel.

Contrairement à ce qu'on attendrait, et indépendamment des produits et même des régions, les quantités d'intrants déchargées ne correspondent pas toujours aux quantités sorties.

Le dépouillement des fiches de décharge effectué par les points focaux des DRSP laisse apparaître que dans l'ensemble, près de 80% de plumpynut sortis des magasins ont été déchargés par les bénéficiaires.

Les laits thérapeutiques F75 et F100 sortis des magasins ont été très peu déchargés surtout dans les régions de l'Extrême-Nord et de l'Adamaoua où l'on enregistre, respectivement pour le lait F75 et le lait F100, environ 13% et 17% à l'Extrême-Nord, 29% et 19% dans l'Adamaoua.

S'agissant de l'amoxicilline, près de 55% des sorties effectuées dans la région de l'Extrême-Nord en 2017 n'ont pas été justifiées.

L'analyse des données fournies par les points focaux PCIMAS des DRSP laisse transparaître quelques cas de pertes d'intrants au niveau des magasins régionaux. S'il est difficile d'apporter une appréciation objective sur les pertes de certains intrants dans certaines régions (en raison principalement de la qualité des données de stocks et des données sur les décharges), on peut cependant relever des pertes relativement importantes.

---

<sup>1</sup> Il s'agit d'une méthode d'enquête rapide, standardisée, économique et simplifiée, qui produit des résultats solides et reconnus sur le plan international, grâce à une saisie quotidienne des données anthropométriques qui permettent d'améliorer la qualité des données pendant leur collecte. Les résultats obtenus sont représentatifs des populations camerounaises pour chacune des régions étudiées.

Il apparaît que 1 296 812 sachets (8 645 cartons) de plumpynut déstockés en 2017 n'ont pas été déchargés. Au regard de la dotation globale, on observe que les régions de l'Est et de l'Extrême-Nord ont chacune sorti, sans justificatifs, environ 22% de cet aliment.

Pour le lait thérapeutique F75, les « pertes » en valeur absolue s'évaluent à 64 695 sachets (539 cartons) dont 44 699 (372 cartons) dans l'Extrême-Nord. Cependant, elles sont relativement plus importantes dans les régions de l'Adamaoua (57,2%) et de l'Est (51,5%).

Concernant le lait thérapeutique F100 et l'amoxicilline, l'évaluation de la perte n'a pas été effectuée pour la région du Nord en raison de la très mauvaise tenue des statistiques sur les déstockages et les décharges de ces produits.

En valeur absolue, les pertes les plus volumineuses sont enregistrées dans la région de l'Extrême-Nord : 45 426 sachets (505 cartons) pour le lait thérapeutique F100 et 25 411 boîtes pour l'amoxicilline. Relativement aux dotations globales, si le phénomène est plus préoccupant dans cette région pour l'amoxicilline (39,9%), il est plus prononcé dans la région de l'Adamaoua pour ce qui est du lait F100 (46,9%).

### **Difficultés rencontrées dans la gestion des intrants et suggestions des responsables pour l'amélioration**

La difficulté la plus récurrente est liée à des ruptures de stocks, notamment au niveau des structures opérationnelles de distribution des intrants aux patients.

Une délégation régionale sur deux relève des problèmes dans le transport des intrants, notamment une absence de matériel roulant pour la distribution secondaire dans des conditions minimales, et une faible capacité du véhicule destiné à transporter les intrants. Cette même proportion de délégations régionales exprime également des difficultés liées à un manque de personnels qualifiés pour la manipulation des intrants, ce qui peut compliquer la gestion et induire des retards dans la transmission.

Les difficultés de transport sont inhérentes au manque de moyens de locomotion, aux coûts élevés de transport, aux mauvais états des routes, aux longues distances pour atteindre les villages cibles et à l'enclavement.

En vue d'améliorer la gestion des intrants, les principaux acteurs proposent les mesures suivantes : (i) la distribution des intrants selon les besoins des centres nutritionnels, (ii) l'instauration des fiches de contrôle pour la gestion des stocks des intrants, (iii) le renforcement des capacités des ressources humaines, (iv) le renforcement des conditions de stockage des intrants, (v) le renforcement des moyens financiers et logistiques pour le transport des intrants, et (vi) le renforcement de la sensibilisation et la supervision qui contribuera à une meilleure traçabilité des différents flux de stocks d'intrants utilisés.

En conclusion, il ressort que la question du développement du capital humain pour soutenir la croissance du pays reste une préoccupation majeure du Gouvernement qui bénéficie d'un appui important de ses nombreux partenaires notamment celui de l'UNICEF qui l'accompagne particulièrement pour la lutte contre la malnutrition des couches les plus vulnérables que sont les enfants et les femmes enceintes.

De nombreux centres nutritionnels sont fonctionnels dans les quatre régions concernées et offrent des services satisfaisants aux patients détectés et référés par les agents de santé communautaire. Les aliments thérapeutiques et les médicaments essentiels parviennent auxdits centres, même si quelquefois, ils enregistrent des ruptures en raison des retards observés dans l'approvisionnement.

Concernant les pertes en intrants, bien que celles enregistrées entre les DRSP et les centres nutritionnels soient globalement contenues au regard des dotations initiales, il y a lieu de se

préoccuper d'avantage des pertes éventuelles qui seraient enregistrées entre les centres nutritionnels et les patients, lesquelles n'ont pas été estimées dans cette étude.

Pour ce qui est du financement des autres actions concourant à l'atteinte des objectifs de la PCIMAS, le problème de la disponibilité des ressources ne se pose pas. Leur traçabilité est beaucoup plus aisée et précise en raison, principalement, des procédures de virement et des contraintes d'apurement des dépenses dans un délai formel.

### **Principaux problèmes identifiés**

Sur un plan général, les deux principaux problèmes portent sur :

- L'accès difficile à l'information de gestion de même qu'à l'information statistique en raison principalement (i) du refus/absence ou insuffisance d'archivage de l'information de gestion, (ii) de la faiblesse du dispositif d'information statistique et (iii) des appréhensions que les fournisseurs d'informations ont sur l'utilisation des données individuelles collectées par les structures en charge des statistiques.
- Le circuit de distribution des intrants, observé sur le terrain qui s'écarte sensiblement du circuit normal. Il est prévu que les intrants parviennent aux centres nutritionnels en transitant par la DRSP et les DS. Cependant, pour des besoins de facilitation de la distribution, eu égard au problème de logistique, plusieurs centres nutritionnels sont directement approvisionnés par leur DRSP de rattachement.

Sur le plan financier

- le package d'activités dites régaliennes des DRSP (la formation du personnel, la coordination des activités, les travaux de compilation des données statistiques) n'est pas pris en charge pour toutes les régions.

Sur le plan de la gestion des intrants

Pour ce qui est de la gestion des aliments thérapeutiques et des médicaments essentiels pour la malnutrition aiguë sévère, les principales difficultés sont en rapport avec :

- le fait que plusieurs structures intermédiaires ont de la peine à acheminer les intrants dans les centres nutritionnels. Tous les moyens sont exploités, y compris les opportunités de logistique offertes par des programmes de santé parallèles et quelques fois par des particuliers. Dans certains cas, les responsables des centres nutritionnels se déplacent à leurs frais pour se faire servir au niveau des points de ravitaillement (DRSP, DS).
- des cas de ruptures fréquentes de stocks d'intrants dans certains centres nutritionnels bien que les magasins régionaux disposent de réserves suffisantes en fin d'année.
- des cas de pertes d'intrants du fait de la destruction involontaire pendant les manipulations, des dates de péremption dépassées, des vols etc.

Au regard des constats et des difficultés sus évoqués, et dans la perspective de l'amélioration du suivi des dépenses publiques dans le volet nutrition de la santé, quelques recommandations sont formulées, principalement à l'endroit du MINSANTE, et leur mise en œuvre est vivement souhaitée.

### **Principales recommandations**

1. Mettre en place un véritable sous système d'information statistique relatif à la PCIMAS.
2. Revoir le circuit de distribution des intrants en l'adaptant aux réalités du terrain et en favorisant son application effective.

3. Faire jouer à la Direction de la Promotion de la Santé du MINSANTE, un rôle de coordination effective des activités des structures déconcentrées en rapport avec la PCIMAS.
4. Renforcer les capacités des structures déconcentrées du MINSANTE à la tenue des statistiques.
5. Renforcer les conditions de conservation et le dispositif de contrôle des stocks d'intrants et de suivi des fiches individuelles des patients.
6. Renforcer les moyens financiers et logistiques pour le transport des intrants.
7. Développer une base de données interactive avec possibilités d'archivage et de récupération des données au niveau de la coordination centrale via un serveur.

# CHAPITRE 1 : PRESENTATION DE L'ETUDE

## 1.1 Contexte et justification de l'étude

Le Ministère de l'Economie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire, le Ministère des Finances ainsi que les ministères en charge des questions de santé, d'éducation de base, des enseignements secondaires et d'eau et énergie du Cameroun ont décidé, au titre de l'année 2018, de conduire une étude de traçabilité des dépenses publiques dans les secteurs de la santé, de la nutrition, de l'eau-hygiène-assainissement et de l'éducation avec l'appui de l'UNICEF.

L'objet de cette étude est de suivre pas à pas le flux des ressources à tous les niveaux de l'administration publique (centrale et déconcentrée), de même qu'au niveau des communes, afin de pouvoir quantifier la part des ressources budgétaires qui parvient effectivement aux prestataires finaux. En collectant et en comparant les données à plusieurs niveaux (depuis l'administration centrale jusqu'aux niveaux les plus périphériques comme les centres de santé et les écoles en passant par les administrations déconcentrées et locales), le PETS (Public Expenditure Tracking Survey) permet de déterminer les ressources déviées de leurs destinations initiales.

Le Cameroun a déjà réalisé deux enquêtes PETS dans les secteurs de la santé et de l'éducation. La première opération du genre, PETS 1, commanditée par le gouvernement, a été réalisée au Cameroun en 2003/2004, par l'INS. Elle faisait partie des déclencheurs pour l'atteinte du point d'achèvement de l'initiative d'allègement de la dette publique des Pays Pauvres Très Endettés (IPPTE). La deuxième opération, PETS 2, s'est inscrite dans le cadre de la mise en application de la loi n°2007/006 du 26 décembre 2007 portant régime financier de l'Etat, opérationnalisant le passage à la Gestion Axée sur les Résultats (GAR). En rapport avec cette loi, qui consacre les principes de sincérité et de transparence dans la tenue des comptes publics, le PETS2 s'est positionné comme un instrument de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre de ce nouveau régime financier.

Compte tenu de l'importance des questions de gouvernance dans la politique du Gouvernement, laquelle est soutenue par la gestion axée sur les résultats, il a été recommandé au vu des résultats de ces premières enquêtes PETS, qu'une telle opération soit généralisée à tous les secteurs et domaines prioritaires et réalisée périodiquement, pour évaluer l'efficacité de la dépense publique et le niveau de satisfaction des bénéficiaires. C'est dans la dynamique de mise en œuvre de cette recommandation que s'inscrit l'étude PETS 2018/2019, qui a élargi le champ aux secteurs de la nutrition, de l'eau-hygiène-assainissement, tout en maintenant les secteurs de la santé et de l'éducation.

Pour ce qui est du secteur de la nutrition, l'étude PETS3 s'est appuyée sur les éléments de diagnostic existants, notamment les formes de malnutrition rencontrées au Cameroun, à savoir : la malnutrition chronique, la malnutrition aiguë, l'insuffisance pondérale, la carence en micronutriments, le surpoids et obésité. Pour faire face à ces problèmes, le gouvernement a mis en place une quinzaine de programmes (préventifs et curatifs) fonctionnels en rapport avec la nutrition.

Au rang des programmes préventifs, il existe, entre autres, la Supplémentation en Vitamine A (SVA) et Déparasitage, la Fortification Alimentaire à Domicile (FAD), l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE), la Supplémentation en Fer et Acide Folique (FAF), le programme d'iodation du sel, le Blanket Supplementary Feeding Program (BSFP) et la Fortification Alimentaire à Large Echelle (FLE). Concernant les programmes curatifs, il s'agit principalement de la Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë Sévère (PCIMAS), financée par les fonds mobilisés par l'UNICEF et l'Etat, dans une formule de 80-20 et consistant en une prise en charge médicale et nutritionnelle des enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère pendant une certaine période, au niveau de certaines formations sanitaires publiques.

De l'analyse de tous ces programmes, il ressort que le plus important suivant son étendue et son niveau de financement reste la PCIMAS. Elle couvre les régions de l'Extrême-Nord, du Nord, de l'Adamaoua et de l'Est qui présentent le plus de cas de malnutrition. Elle concentre à elle seule, 5 millions de dollars sur les 7 millions investis dans la nutrition, soit plus de 70%. En moyenne, 60 000 enfants sont pris en charge chaque année dans l'ensemble des 4 régions depuis 2012.

## **1.2 Objectifs de l'étude**

Les études PETS, promues à l'origine par la Banque Mondiale, permettent de suivre les traces des dépenses publiques dans un secteur donné, à travers divers niveaux administratifs (niveau central, régional, départemental, arrondissement/commune, unités prestataires, bénéficiaires) de circulation des ressources à l'effet de déterminer la part de ces ressources qui initialement allouées (humaines, financières, en nature), parviennent au prestataire final. Autrement dit, le PETS est une méthode utile pour détecter les goulots d'étranglement, la déperdition de fonds et les problèmes de déploiement des ressources humaines, matérielles et financières.

### **1.2.1 Objectif général**

L'étude vise à fournir au Gouvernement camerounais et aux partenaires intervenant dans le secteur de la Nutrition, l'information nécessaire pour apprécier objectivement les performances dans la gestion de la dépense publique au cours de l'exercice 2017.

### **1.2.2 Objectifs spécifiques**

De manière spécifique, l'étude a pour objectifs :

- i) d'effectuer la traçabilité dans la gestion des ressources financières relatives au suivi de la mise en œuvre de la PCIMAS ;
- ii) d'effectuer la traçabilité dans la gestion des Aliments Thérapeutiques Prêts à l'Emploi (ATPE) ;
- iii) d'effectuer la traçabilité dans la gestion des médicaments essentiels pour la malnutrition aiguë sévère.

## **1.3 Approche méthodologique de l'étude**

L'étude s'appuie sur une collecte de données qui a couvert toutes les zones d'intervention du programme. Les données et informations collectées concernent principalement les ressources financières et les intrants acquis pour l'année 2017. Elles servent au suivi de la dépense publique effectuée dans le cadre de la PCIMAS tout au long de la chaîne, d'un intervenant à un autre.

### **1.3.1 Champ de l'étude**

Sur le plan géographique, le volet nutrition de l'étude couvre essentiellement les régions de l'Extrême-Nord, du Nord, de l'Adamaoua et de l'Est qui présentent le plus de cas de malnutrition, et vers lesquelles les principaux projets/programmes de développement en rapport avec la nutrition sont orientés.

Tous les niveaux hiérarchiques du MINSANTE et les prestataires de services de santé que sont les formations sanitaires sont concernés.

### **1.3.2 Unités d'observation**

Les données sont collectées auprès des différents maillons de la chaîne de distribution des ressources financières, des ATPE et des médicaments essentiels pour la PCIMAS. Ainsi, de manière graduelle on a :

- les agents de santé communautaire (ASC) qui assurent la détection des patients éligibles au programme ;
- les formations sanitaires offrant les services de PCIMAS en ambulatoire (CNAS) et celles offrant les services de PCIMAS en interne (CNTI) ;
- les Districts de Santé (DS) ;
- les Délégations Régionales de la Santé Publique (DRSP) ;
- le service central du MINSANTE (Sous Direction de l’Alimentation et de la Nutrition) ;
- le Fonds des Nations Unies pour l’Enfance (UNICEF).

### 1.3.3 Echantillonnage

L’étude couvrant plusieurs secteurs dont celui de la nutrition, le plan de sondage retenu a permis d’obtenir un échantillon pour chaque secteur. Le tirage commun à tous les secteurs a été celui des communes. A partir des communes, chaque secteur dérive son échantillon. Les unités échantillonnées sont les centres nutritionnels (CNAS et CNTI).

Le type de sondage retenu est un sondage stratifié et par grappe, la grappe étant la commune. La stratification a consisté à répartir l’échantillon dans chacune des 4 régions, et pour chaque région avoir des communes ainsi que des communes d’arrondissement.

#### 1.3.3.1 Base de sondage pour le tirage des communes (grappes)

La base de sondage est constituée de l’ensemble des 122 unités communales, dont 111 communes et 11 communes d’arrondissement.

#### 1.3.3.2 Taille et répartition de l’échantillon

Le nombre de communes dans chaque région concernée par le volet nutrition prend en compte la répartition territoriale des centres nutritionnels dans ces régions. Le tableau suivant présente les détails de la répartition de l’échantillon des grappes dans les régions concernées.

**Tableau 1** : Taille de l’échantillon des grappes par région

Régions	Communes		Communes d’arrondissement		Ensemble	
	Total	Echantillon	Total	Echantillon	Total	Echantillon
Adamaoua	18	2	3	1	21	3
Est	31	3	2	1	33	4
Extrême-Nord	44	5	3	1	47	6
Nord	18	2	3	1	21	3
<b>Total National</b>	<b>111</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>4</b>	<b>122</b>	<b>16</b>

Source : INS

#### 1.3.3.3 Méthode de tirage de l’échantillon des grappes

La méthode de tirage des grappes est le tirage aléatoire simple à partir de la liste des communes par type et par région, la taille étant déjà connue.

Une fois la commune sélectionnée, l’on procède au balayage systématique de l’ensemble des CNAS et CNTI qu’elle contient. Toutes les structures déconcentrées couvrant les CNAS et CNTI sélectionnés sont enquêtées. Par ailleurs, trois ASC de la PCIMAS, tirés au hasard sur la liste des agents de chaque centre nutritionnel échantillonné sont interrogés.

**Tableau 2** : Echantillon des centres nutritionnels et d'ASC par régions

Régions	CNAS	CNTI	ASC
Adamaoua	21	1	52
Est	19	3	53
Extrême - Nord	23	2	72
Nord	52	4	154
<b>Cameroun</b>	<b>115</b>	<b>10</b>	<b>331</b>

Source : INS

### 1.3.4 Méthodes d'observation et de collecte

Il est utilisé sur le terrain la méthode d'interview en face à face. Le personnel de collecte se rend dans une structure-échantillon et mène des interviews avec les responsables, interviews relatifs au circuit de la dépense. Ces interviews sont alimentées par les archives relatives à la gestion des ressources et intrants mobilisés par le programme PCIMAS. Toute information pertinente pouvant émerger lors de ces échanges est également enregistrée pour une exploitation ultérieure.

La collecte se fait par ordinateur (Computed Assisted Personal Interviewing ou CAPI). Toutefois, un jeu de questionnaires sur support papier a été imprimé afin de faire face à toutes les éventualités.

### 1.3.5 Traitement des données et estimation

Les données ont été collectées avec un support électronique. Les traitements sont effectués à trois niveaux :

- un premier niveau pendant la collecte de données, effectué par l'agent lui-même, permettant de corriger directement d'éventuelles erreurs ;
- un deuxième niveau effectué par l'équipe d'encadrement de la collecte, permettant de relancer l'agent de collecte pendant qu'il est encore sur le terrain pour des corrections ;
- un troisième niveau dit d'apurement, effectué par l'équipe informatique. C'est à ce niveau que des contrôles de cohérence globale sont effectués, ainsi que d'autres traitements.

Plusieurs logiciels sont utilisés notamment CPro pour la collecte et les premiers traitements, SPSS pour l'apurement et la production des tableaux, Excel pour la production des graphiques et le calcul de certains indicateurs, Word pour la rédaction du rapport d'analyse.

Les analyses ont porté, entre autres, sur les pertes en ressources financières et en intrants dans toute la chaîne de distribution.

## 1.4 Limites et difficultés rencontrées

Le volet nutrition de l'étude n'a pas couvert tous les aspects pris en compte dans les différents projets et programmes mis en œuvre par le gouvernement, conformément à la politique nationale de nutrition. Comme cela a été mentionné précédemment, seule la prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë sévère a été suivie compte tenu de son poids important dans le secteur.

Au cours de la collecte des données, le problème d'archivage s'est posé avec acuité à tous les niveaux de collecte et tout particulièrement au niveau des structures déconcentrées que sont les DRSP, les DS et les centres nutritionnels. La forte mobilité du personnel à la tête de ces services, doublée de la faible culture de sécurisation systématique de la documentation, n'a pas permis de disposer des informations complètes sur toutes les variables sollicitées. Il apparaît que les archives sont considérées comme des documents personnels et ne sont pas toujours mises à la disposition du service, encore moins des successeurs aux postes.

L'équipe projet a dû assurer une collecte de données complémentaire auprès des points focaux régionaux de la PCIMAS en poste dans les quatre régions. Les résultats qui restent cependant mitigés ont permis de faire des analyses des dotations et des utilisations des ATPE et de quelques médicaments essentiels.

Par ailleurs, la présente étude fait une estimation partielle des pertes en intrants sur toute la chaîne de distribution. La perte enregistrée entre les centres nutritionnels et les patients (le dernier niveau de distribution) n'a pas été estimée. Il aurait fallu dépouiller les dossiers des patients pour le calcul de cet indicateur, ce qui ne pouvait pas être fait par les agents enquêteurs pendant la phase de collecte des données.

## CHAPITRE 2 : ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DE LA PRISE EN CHARGE INTEGREE DE LA MALNUTRITION AIGUË SEVERE AU CAMEROUN

Ce chapitre présente de façon sommaire, la stratégie nationale de réduction de la malnutrition et l'organisation de la Prise en charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë Sévère (PCIMAS) au Cameroun, tout en insistant sur les rôles des principaux acteurs et leurs interactions.

### 2.1 Politique nationale de nutrition au Cameroun

La Politique Nationale de Nutrition s'inscrit dans le cadre référentiel de développement global du Cameroun, défini dans sa vision de développement à long terme et qui considère l'amélioration de l'état nutritionnel des populations à la fois comme un objectif de développement social et un objectif de croissance économique.

Elle a pour but de garantir à la population camerounaise, en particulier aux groupes les plus vulnérables, un état nutritionnel optimal leur permettant de jouir des capacités intellectuelles, physiques et psychoaffectives, pour mener une vie active, productive et contribuer à réduire les taux de morbidité et de mortalité chez les enfants, les adolescents, les femmes en âge de procréer, les adultes et les personnes du troisième âge.

Elle vise principalement à :

- contribuer à la réduction des niveaux de sous-nutrition ;
- contribuer à réduire la morbidité et la mortalité dues aux maladies non transmissibles liées à l'alimentation et au mode de vie ;
- accroître la production et la consommation des aliments sains et à haute valeur nutritive, y compris dans les zones écologiques les plus vulnérables aux catastrophes naturelles (sécheresse, inondation...) afin d'assurer une sécurité alimentaire durable des populations camerounaises à l'horizon 2030 ;
- garantir la mise en place d'un système unique et durable de coordination des actions d'alimentation et de nutrition menées dans les différents secteurs et à différents niveaux ;
- veiller à l'intégration des considérations alimentaires et nutritionnelles dans les différents plans et programmes de développement, y compris l'allocation des ressources conséquentes à tous les niveaux.

Les interventions sont mises en œuvre en synergie avec tous les secteurs concernés à savoir la santé, l'éducation, l'eau-hygiène-assainissement, l'agriculture et l'élevage, la recherche, la promotion de la femme et de la famille, le social, le secteur privé, avec un accent particulier sur la participation communautaire.

#### 2.1.1. Les axes stratégiques de la politique

La Politique Nationale de Nutrition se décline en onze axes stratégiques.

##### **Axe 1. Promotion de l'alimentation du nourrisson, du jeune enfant, et de la nutrition de la femme enceinte et allaitante.**

Il s'agit dans cet axe, de :

- contribuer à la survie, la croissance et le développement de l'enfant par l'amélioration de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ainsi que celle de la nutrition de la femme enceinte et allaitante au Cameroun d'ici 2030 ;
- renforcer l'environnement législatif et réglementaire pour protéger, soutenir et encourager l'alimentation infantile.

Les stratégies à développer portent d'une part, sur la promotion, le soutien, la protection et l'encouragement de l'alimentation de la mère et de l'enfant de la conception jusqu'à 5 ans, y compris en situations spéciales, et d'autre part, sur la promotion des pratiques familiales essentielles (PFE).

## **Axe 2. Lutte contre la sous-nutrition et les carences en micronutriments**

Il est question de :

- réduire les prévalences du retard de croissance, de l'insuffisance pondérale et des carences en micronutriments en dessous des seuils définis par l'OMS comme problème de santé publique ;
- réduire les prévalences de la malnutrition aiguë globale dans les zones les plus touchées (prévalence supérieure à 5%) ;
- promouvoir l'accès des personnes âgées à une nutrition appropriée.

Pour y arriver, la stratégie consiste en la promotion d'un paquet d'interventions intégrées sur la lutte contre les sous-nutritons, notamment la malnutrition chronique, l'accroissement des apports en micronutriments et la promotion de la surveillance nutritionnelle, notamment à assise communautaire.

## **Axe 3. Prévention et prise en charge de la maladie chez l'enfant, la femme enceinte ou allaitante**

Les objectifs de cet axe sont de :

- contribuer à l'amélioration de l'état nutritionnel par la réduction de l'incidence des maladies courantes chez les enfants et les femmes enceintes ;
- promouvoir une synergie d'actions entre les programmes de nutrition et les autres programmes de santé ;
- assurer les soins nutritionnels spécifiques aux enfants malades.

La stratégie consiste à assurer la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) clinique et communautaire, et à effectuer des campagnes de masse.

## **Axe 4. Sécurité alimentaire des ménages**

Cet axe ambitionne de :

- assurer le bien-être nutritionnel et sanitaire des populations camerounaises en garantissant la disponibilité quantitative et qualitative des denrées alimentaires pour lutter contre la faim et la pauvreté ;
- promouvoir la consommation des aliments à fortes valeurs nutritives par les groupes vulnérables, et autres groupes spécifiques dans le pays ;
- assurer la production, la disponibilité et la consommation des denrées alimentaires et l'accès à la nourriture à chaque Camerounais en quantité et qualité adéquates.

Pour ce faire, la stratégie consiste en (i) l'accroissement, la diversification et l'intensification de manière durable, des productions agricoles, animales et halieutiques, (ii) le renforcement de la capacité nationale à constituer des stocks de sécurité, à la transformation et à la conservation des aliments, (iii) la redynamisation du système de veille et d'intervention en vue de réduire les effets de l'insécurité alimentaire conjoncturelle et (iv) la promotion de la production et de la consommation des denrées alimentaires à haute valeur nutritive.

## **Axe 5. Sécurité sanitaire des aliments**

Les objectifs ici sont de :

- assurer une bonne qualité microbiologique, chimique et organoleptique des aliments consommés au Cameroun ;
- garantir le respect des normes et standards nationaux et internationaux en matière de production, de distribution et de commercialisation des denrées alimentaires.

Les stratégies à développer dans le cadre de l'axe 5 portent sur le renforcement du cadre législatif, normatif et réglementaire pour le contrôle de la qualité des denrées alimentaires, et sur le renforcement du système de surveillance de la qualité des aliments sur le marché et au niveau des sites de production, de transformation, de distribution et de la consommation.

### **Axe 6. Eau, hygiène et assainissement**

Dans cet axe, il est question de :

- contribuer à l'amélioration de l'état nutritionnel par l'accès des ménages à l'eau potable et l'assainissement de base, y compris les services d'hygiène ;
- assurer une synergie d'actions entre les programmes de nutrition et le programme Eau, Hygiène et Assainissement.

A cet effet, les stratégies à développer consistent au renforcement de la politique d'approvisionnement en eau potable et assainissement en milieu rural et dans toutes les régions du pays, au renforcement du partenariat public-privé dans le domaine du WASH, au renforcement des actions de «WASH in Nutrition» et au renforcement des capacités des intervenants de nutrition dans le domaine du WASH.

### **Axe 7. Lutte contre la surnutrition et les maladies liées à l'alimentation et au mode de vie**

Les objectifs ici sont de (i) contribuer à la réduction de la prévalence des maladies liées à la nutrition et au mode de vie et (ii) assurer la prise en charge diététique des personnes souffrant des maladies liées à la nutrition et au mode de vie. Les stratégies à développer sont focalisées sur la promotion des comportements et modes de vie favorables à la santé, y compris chez les enfants de moins de 18 ans, le dépistage et la prise en charge globale des maladies non transmissibles dans les formations sanitaires et au niveau de la communauté, la surveillance des maladies liées à l'alimentation et au mode de vie.

### **Axe 8. Préparation et réponse aux urgences et résilience des communautés.**

Cet axe vise à :

- contribuer à sauver des vies en cas de crises et de catastrophes et répondre aux besoins humanitaires dans le pays ;
- développer et mettre en place des mécanismes de résilience à tous les niveaux.

A ce titre, les stratégies portent sur la coordination de tous les intervenants dans la préparation et la réponse aux urgences, le renforcement de la préparation aux urgences et à la prise en charge des victimes, l'amélioration des capacités opérationnelles des intervenants et des communautés et l'implication des collectivités locales décentralisées dans la préparation et la gestion des crises.

### **Axe 9. Recherche, formation et renforcement des capacités dans le domaine de la nutrition**

L'objectif de cet axe est de mettre à la disposition de la communauté nationale, des professionnels de tous les niveaux et des évidences scientifiques pour la résolution des problèmes nutritionnels.

Les actions à mettre en œuvre portent sur l'intégration de l'enseignement de la nutrition à tous les niveaux (maternel, primaire, secondaire et supérieur) en tenant compte des réalités nutritionnelles du pays, sur le renforcement du volet de la recherche d'intervention dans le domaine de la nutrition orientée vers les priorités nationales et vulgarisation des résultats, sur le plaidoyer pour l'allocation

des ressources, le recrutement des professionnels en nutrition et la création de leur corps de métier au niveau de la Fonction publique, et sur le renforcement des capacités des différents acteurs en nutrition.

## **Axe 10. Accompagnement alimentaire et nutritionnel des personnes socio-économiquement vulnérables**

Les objectifs poursuivis sont :

- améliorer l'accessibilité des groupes socio-économiquement défavorisés à une alimentation et des soins nutritionnels adéquats ;
- développer au sein de ces groupes des projets de résilience couvrant les secteurs clés.

Pour y arriver, la politique prévoit le renforcement de l'offre alimentaire et des soins en nutrition et santé et la mise en place de filets sociaux tels que les transferts en espèces, les coupons (conditionnés ou non) et l'assistance financière contre travail.

## **Axe 11. Éducation et communication pour le développement**

Cet axe stratégique vise principalement à :

- améliorer les capacités, les connaissances, les attitudes et les pratiques sur l'alimentation et la nutrition à travers toutes les techniques de communication connues et utilisées ;
- créer un environnement favorable au changement social à tous les niveaux en faveur de la nutrition.

Les stratégies à développer dans ce cadre sont de trois ordres : (i) la planification, le développement et la mise en œuvre du plaidoyer en faveur de la nutrition, (ii) la promotion de la mobilisation sociale et de la participation communautaire et (iii) le renforcement de la communication pour le changement de comportements et de la communication sociale en matière d'alimentation et nutrition.

### **2.1.2. Les résultats escomptés**

Les résultats attendus du Plan National d'Actions pour la Nutrition (PNAN) au Cameroun sont la réduction des taux de mortalité néonatale, infantile et infanto-juvénile liée à la sous-nutrition et à la surnutrition (ODD 2 et 3). La mise en œuvre de la Politique Nationale de Nutrition permettra à l'horizon 2030 de réduire les taux de morbidité et de mortalité liés à la sous-nutrition et la surnutrition chez les enfants, les adolescents, les femmes enceintes ou allaitantes et les personnes âgées, à travers l'amélioration de leur statut nutritionnel conformément à l'Objectif de Développement Durable N°2 : *«éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir l'agriculture durable»*.

### **2.1.3. Les interventions prioritaires**

Les interventions prioritaires du gouvernement en matière de nutrition portent sur :

- la promotion de bonnes pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant à travers l'allaitement maternel précoce et exclusif jusqu'à six mois, l'introduction de l'alimentation de complément à partir de l'âge de six mois et la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à 24 mois ;
- la promotion de la nutrition communautaire dans les aires de santé au niveau national ;
- la prévention des carences en micronutriments, notamment par la supplémentation en vitamine A et déparasitage des enfants de 6 à 59 mois, l'utilisation du zinc dans le traitement de la diarrhée, la supplémentation en fer et acide folique des femmes enceintes

et des femmes allaitantes et la fortification à domicile à l'aide des poudres de micronutriments ;

- la mise en œuvre de l'initiative des hôpitaux amis des bébés ; et
- l'amélioration de la prise en charge de la malnutrition aiguë, notamment par l'application du Protocole national de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë.

## **2.2 Prise en charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë Sévère**

La Prise en charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë Sévère est un programme du Gouvernement conçu et mis en œuvre avec l'appui technique et financier des PTFs dont l'UNICEF. Il s'inscrit dans la stratégie globale de réduction de la malnutrition au Cameroun et cible toutes les personnes affectées par la malnutrition aiguë sévère mais se focalise principalement sur les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes et femmes allaitantes, et les personnes vivantes avec le VIH/Sida ou la tuberculose.

Ce programme s'appuie, entre autres, sur une composante intégrée au niveau des formations sanitaires avec un processus qui part du dépistage passif à l'orientation des cas dépistés. Cette orientation se fait soit vers les Centres Nutritionnels Ambulatoires pour les malnutris Sévères (CNAS) pour la prise en charge des cas de malnutrition aiguë sévère sans complications médicales et avec appétit, soit alors vers les Centres Nutritionnels Thérapeutiques Interne (CNTI) qui assurent la prise en charge des cas de malnutrition aiguë sévère avec complications médicales et/ou manque d'appétit ainsi que les nourrissons de 0 à 6 mois présentant un problème nutritionnel.

La PCIMAS couvre les régions de l'Adamaoua, de l'Est, de l'Extrême-Nord et du Nord. Elle est structurée de manière à atteindre les cibles les plus éloignées possibles.

### **2.2.1. Objectifs**

Les objectifs poursuivis par la PCIMAS à travers sa mise en œuvre sont de quatre ordres :

- impliquer la communauté locale dans la sensibilisation, la prévention, le dépistage précoce, la référence et le suivi des cas de malnutrition ;
- décentraliser les points de contacts entre les patients et les structures de santé, facilitant ainsi leur prise en charge et leur suivi afin d'améliorer la couverture ;
- utiliser des aliments prêts à l'emploi (ATPE, ASPE) qui facilitent le traitement en ambulatoire ;
- intégrer la PCIMAS dans le paquet d'activités de routine des structures de soins.

### **2.2.2. Organisation de la PCIMAS**

La PCIMAS est organisée autour des services centraux et déconcentrés du ministère de la santé publique qui interagissent avec les communautés locales.

#### **2.2.2.1. Organisation de la PCIMAS au niveau central**

Au niveau central, la PCIMAS est organisée autour de la Direction de la Promotion de la Santé (DPS) et plus particulièrement de la Sous-Direction de l'Alimentation et de la Nutrition (SDAN) du Ministère de la Santé Publique. Dans le cadre de ce programme, la SDAN est appelée, entre autres, à (i) développer et disséminer les protocoles, les outils et les directives nationales, (ii) organiser les formations de formateurs, (iii) assurer les commandes en intrants nutritionnels, définir le circuit d'approvisionnement et de distribution des intrants, le rendre opérationnel et assurer son suivi, (iv) créer le cadre de concertation et de coordination, (v) réaliser des supervisions spécifiques biannuelles, (vi) tenir une base de données à jour rassemblant notamment tous les

noms des structures offrant un service de PCIMAS, et (vii) collecter et classer les rapports des régions sanitaires, les compiler et les incorporer au niveau du Système d'Information Sanitaire (SIS).

#### **2.2.2.2. Organisation de la PCIMAS au niveau déconcentré**

Au niveau déconcentré, la PCIMAS est organisée autour des délégations régionales du MINSANTE, des districts de santé, des aires de santé et au niveau de la communauté.

##### **1. Au niveau des délégations régionales**

Un Point Focal Nutrition formé et responsable de la PCIMAS est désigné au sein de la délégation régionale pour planifier, mettre en œuvre, organiser, coordonner et gérer le programme dans la région. Il est appelé à organiser des réunions mensuelles de coordination au niveau régional avec tous les superviseurs de CNAS et de CNTI, évaluer les besoins du programme et faire le nécessaire en terme d'approvisionnement, assurer le flux des produits thérapeutiques et supplémentaires du niveau central vers le district, veiller au stockage des intrants au niveau du district et leur acheminement du district vers les CNAS et les CNTI, assurer des supervisions régulières de la qualité du service fourni par les agents de santé de la région, organiser des formations continues des personnels selon les besoins, tenir à jour une base de données Mapping des centres nutritionnels, compiler les rapports mensuels CNAS et CNTI et les soumettre au niveau central, soutenir la stratégie de mobilisation communautaire et faciliter les activités des Agents de Santé Communautaires (ASC).

##### **2. Au niveau des districts de santé**

Tout comme au niveau régional, un point focal nutrition est désigné au niveau du district par le chef de service de santé de district. Travaillant sous l'autorité de ce dernier, il a pour missions de : évaluer les besoins des Centres nutritionnels en ATPE et médicaments et transmettre les informations au point focal nutrition du niveau régional, assurer des supervisions formatives, compiler les rapports mensuels CNAS et CNTI et les soumettre au point focal nutrition au niveau régional, soutenir la stratégie de mobilisation communautaire et faciliter les activités des ASC, assurer le flux des intrants, leur stockage au niveau du district et leur acheminement du district vers les CNAS, assurer l'approvisionnement des CNTI en coordination avec le Médecin chef de l'hôpital.

##### **3. Au niveau des CNAS**

Les responsables de FOSA, outre la mise en œuvre pratique des activités de prise en charge, doivent : organiser la stratégie de mobilisation communautaire et faciliter les activités des ASC et autres volontaires communautaires, assurer la gestion et l'entretien du magasin pour le stockage des intrants et matériels du programme, assurer le suivi de l'état des stocks pour anticiper les commandes et ainsi éviter les ruptures de stock, assurer le rapportage mensuel (complétude et promptitude) des activités vers le niveau du district sanitaire et assurer le suivi et la formation continue des personnels de santé et volontaires travaillant dans le centre de santé.

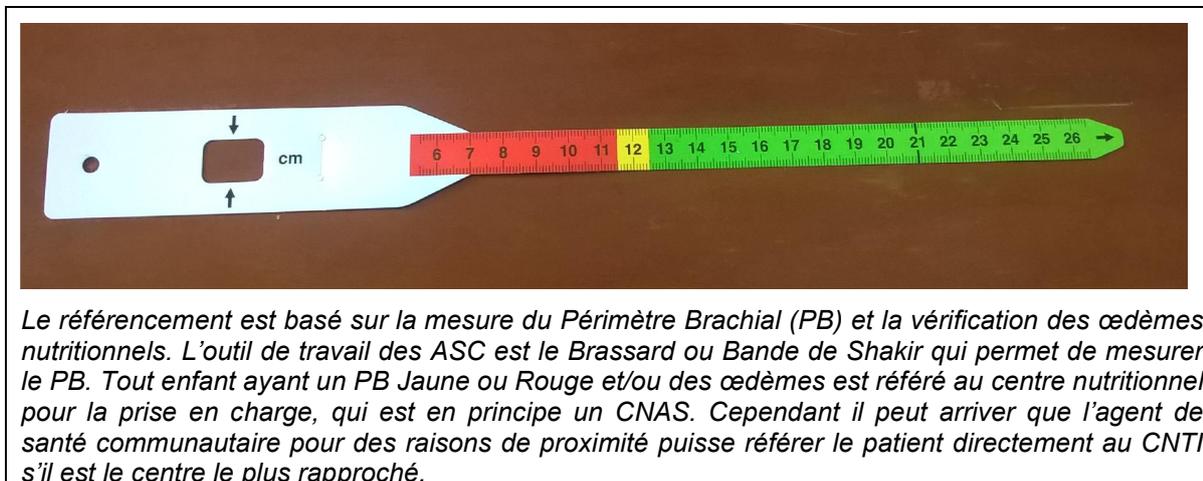
##### **4. Au niveau des CNTI**

Les responsables des CNTI, outre la mise en œuvre pratique des activités de prise en charge, doivent : assurer le suivi de l'état des stocks pour anticiper les commandes et ainsi éviter les ruptures de stock, assurer le rapportage mensuel (complétude et promptitude) des activités au niveau du CNTI et assurer la gestion et le stockage des intrants et matériels du programme PCIMAS.

##### **5. Au niveau des communautés**

Il s'agit à ce niveau du dépistage régulier (en général une fois par mois) de la population cible du programme. Il est assuré par les Agents de Santé Communautaire (ASC) qui sont des hommes et des femmes appartenant au système de santé, choisis, soutenus par la communauté et formés pendant une courte durée pour s'occuper des problèmes de santé sous la supervision des services de santé. Une fois dépisté suivant des critères précis, les patients sont référés par les agents de santé vers les centres nutritionnels adéquats.

**Encadré 1:** critères de référence de la communauté vers le centre nutritionnel



### **2.2.2.3. Organisation de l'acheminement et le stockage des ATPE et médicaments prêts pour l'emploi**

Le district de santé est chargé de collecter les besoins de chaque centre (CNAS, CNTI) pour transmission au niveau du Point focal nutrition de la région. Celui-ci pourra alors se coordonner avec le niveau central (SDAN et UNICEF) pour la commande et l'approvisionnement de ces intrants. Les intrants nutritionnels et les médicaments sont commandés par l'UNICEF et acheminés dans les magasins centraux et annexes des DRSP. Un fonds est alloué aux différents points focaux régionaux qui se chargent d'acheminer ces produits dans les districts de santé. Ces derniers, à leur tour, les acheminent vers les formations sanitaires suivant les différentes commandes.

L'UNICEF s'assure de la mise à la disposition d'un magasin régional, du district et des FOSA adapté au stockage et à la conservation des intrants nutritionnels du programme PCIMAS (la taille du magasin doit permettre le stockage intermédiaire de tous les intrants pour l'ensemble des DS pour ce qui est de la région, et des CNAS et CNTI pour ce qui est du district de santé), ainsi que la nomination d'un personnel en charge de la gestion et de l'entretien du magasin.

Au niveau du magasin les intrants et médicaments conservés dans des cartons sont stockés sur des palettes.

### **2.2.3. Mécanismes de mise en œuvre et de suivi évaluation**

L'intégration de la prise en charge de la malnutrition aiguë dans le système de santé implique également une intégration de ses mécanismes de suivi-évaluation. Ces mécanismes doivent permettre d'interpréter les résultats du programme et d'identifier les points faibles et goulots d'étranglement. Les données récoltées sont importantes pour planifier les activités, commander les intrants nutritionnels et les médicaments, le matériel nécessaire, et prévoir les besoins en formation ou support technique. Le suivi-évaluation fait aussi partie du système de surveillance pour évaluer l'état nutritionnel de la population.

## 2.3 Etat des lieux de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère au Cameroun en 2017

Le MINSANTE, en partenariat avec l'UNICEF, met en œuvre depuis 2008, le programme de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë sévère au sein des formations sanitaires avec des CNAS et des CNTI pour la prise en charge des enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère avec complications médicales. En 2017, plus de 800 formations sanitaires proposaient déjà des services de PCIMAS dans les 4 régions prioritaires (Adamaoua, Est, Extrême-Nord et Nord). Entre 2016 et 2017, on a relevé une augmentation du nombre de nouvelles admissions (plus de 9000) probablement due à la hausse de l'offre de CNAS. Les régions les plus demandeuses restent l'Extrême-Nord et le Nord qui concentrent à elles seules près de 68% de centres nutritionnels et 82% de nouvelles admissions en 2017.

**Tableau 3** : Evolution entre 2016 et 2017 du nombre de centres nutritionnels et de nouvelles admissions de patients pour la PCIMAS

	CNAS		CNTI		CNAS + CNTI		Nouvelles admissions	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
<b>Adamaoua</b>	68	133	7	7	75	140	4471	5927
<b>Est</b>	99	110	14	14	113	124	4592	6181
<b>Extrême-Nord</b>	291	324	28	28	319	352	33866	41006
<b>Nord</b>	163	194	13	13	176	207	16962	16047
<b>Ensemble</b>	<b>621</b>	<b>761</b>	<b>62</b>	<b>62</b>	<b>683</b>	<b>823</b>	<b>59891</b>	<b>69161</b>

Source: MINSANTE/SDAN

La dernière révision du protocole national de prise en charge date de 2013. A l'issue de cette révision, 1174 personnels des formations sanitaires dans les 4 régions avaient été formés sur le nouveau protocole. Cependant le niveau de mise en œuvre et les méthodes de supervision ainsi que la forte rotation du personnel n'ont pas permis d'améliorer significativement la qualité du programme. En moyenne, les taux de guérison sont régulièrement au-dessus des standards acceptables de 75%, mais ces résultats cachent quelques disparités entre les régions. De plus, les taux d'abandon restent un problème majeur du programme avec des taux régulièrement au-dessus des 15% surtout dans les CNAS qui accueillent le plus de patients pour un traitement en externe. Ces abandons peuvent être considérés comme des sources de pertes des ATPE et des médicaments car le traitement des patients doit être repris entièrement en cas de retour dans le programme. Concernant les décès, il apparaît clairement qu'ils sont plus amplement relevés dans les CNTI. Cela s'explique par le fait que les patients internés souffrent déjà de malnutrition aiguë sévère avec des complications médicales et des difficultés à s'alimenter convenablement. Cependant, avec les efforts conjugués de l'Etat et de ses partenaires, les taux de décès restent en-dessous du seuil acceptable de 10%.

**Tableau 4 :** Evolution entre 2016 et 2017 de quelques indicateurs de performances des centres nutritionnels

		Type de centres	Taux de Guérison	Taux d'abandon	Taux de décès
2016	Adamaoua	CNTI	86.9	5.2	7.9
		CNAS	79.7	19.7	0.6
	Est	CNTI	82.7	7.9	9.5
		CNAS	69.9	29.0	1.2
	Extrême-Nord	CNTI	92.1	3.3	4.6
		CNAS	81.6	17.6	0.8
	Nord	CNTI	82.4	8.9	8.7
		CNAS	79.1	19.9	0.9
2017	Adamaoua	CNTI	87.5	6.4	6.1
		CNAS	77.5	21.7	0.8
	Est	CNTI	86.8	4.8	8.3
		CNAS	83.8	15.0	1.2
	Extrême-Nord	CNTI	92.9	2.9	4.2
		CNAS	81.8	17.7	0.6
	Nord	CNTI	84.3	9.4	6.3
		CNAS	76.8	22.6	0.6

Source: MINSANTE/SDAN

Au début de chaque mois les rapports mensuels des centres nutritionnels sont envoyés au niveau du district de santé. Ils sont élaborés sur la base des rapports mensuels que chaque ASC adresse au responsable du centre sur le déroulement de ses activités sur la période. Le Point Focal Nutrition (PFN) du district (ou à défaut la personne en charge du suivi des activités nutritionnelles) est alors en charge de la compilation des rapports dans une base de données informatique. Cette base est transférée au niveau du PFN de la région qui compile les données dans une base régionale.

## CHAPITRE 3 : FINANCEMENT DE LA PRISE EN CHARGE INTEGREE DE LA MALNUTRITION AIGUË SEVERE

### 3.1 La planification et programmation des activités

#### 3.1.1. Cadre de coopération UNDAF

Le Plan cadre des Nations Unies pour l'Assistance au Développement (UNDAF) est un des instruments clés de la réforme du Système des Nations Unies (SNU). A ce titre, il décrit la réponse collective, coordonnée, cohérente et intégrée du SNU aux priorités nationales de développement. Il constitue également le cadre de référence de l'ensemble des interventions du SNU dans un pays pour la durée du cycle de coopération.

Le plan en vigueur en 2017 a couvert la période 2013-2017. Son élaboration est intervenue après l'entrée en exécution depuis 2010 du DSCE axé sur l'accélération de la croissance et la création d'emplois décents.

Aussi, pour accompagner le pays vers l'émergence souhaitée, l'équipe pays du SNU au Cameroun a choisi d'exprimer sa réponse aux priorités nationales formulées dans le DSCE dans le cadre d'un UNDAF intitulé « Pour une Croissance Inclusive et la Protection des Personnes Vulnérables ». Ce choix, qui, à tout le moins, place l'être humain au cœur de la problématique de développement du pays, tient compte des avantages comparatifs du SNU au Cameroun. Il s'inscrit en droite ligne de la volonté du gouvernement de disposer d'un capital humain fort et capable de soutenir la croissance.

Un des effets majeurs, attendus en 2017 était que les populations, hommes et femmes, en particulier les plus vulnérables aient un accès accru et équitable et utilisent efficacement les services de soins, de prévention, de santé et d'éducation de qualité. Pour ce faire, les communautés dans les zones d'intervention devaient bénéficier des paquets de services de prévention et soins de santé de qualité incluant la Santé de Reproduction Recentrée, la nutrition, le VIH/SIDA/PTME, l'eau et l'assainissement, ainsi que de prévention des pratiques néfastes et des violences basées sur le genre (VBG).

#### 3.1.2. Document programme pays UNICEF

Le programme vise à accélérer les progrès vers la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) devenus Objectifs de Développement Durables (ODD) confirmés comme prioritaires par le DSCE et l'UNDAF, avec une attention particulière à la survie, au développement et à la protection intégrée des enfants, notamment les plus vulnérables.

Un ensemble de cinq effets concourt à la poursuite de ce but et s'inscrit dans le cadre des priorités du Plan Stratégique à Moyen Terme (PSMT) de l'UNICEF, tout en étant fortement lié aux effets de l'UNDAF. Il s'agit de :

- (i) les interventions à haut impact sur la santé, la nutrition et l'eau et l'assainissement pour contribuer à la réduction de la mortalité et de la morbidité chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes et allaitantes ;
- (ii) l'augmentation dans les ZEP, de la proportion d'enfants vulnérables, en particulier les filles, issus du préscolaire qui accèdent et complètent une éducation de base de qualité ;
- (iii) la protection des enfants, des adolescents et de leurs parents contre le VIH/Sida et le bénéfice d'une prise en charge globale et équitable dans les districts de santé où intervient le programme ;

- (iv) le système de protection de l'enfance contre les abus, la violence et l'exploitation renforcée et l'accès à la citoyenneté et aux services judiciaires amélioré ;
- (v) la prise en compte dans les politiques nationales, sectorielles et locales du socle de protection sociale et la dimension équité en faveur des plus vulnérables, notamment les enfants et les femmes.

### **3.1.3. Plan d'actions du programme pays (CPAP)**

Le Plan d'Actions du Programme de Pays 2013-2017 englobe tous les programmes et activités dans lesquels l'UNICEF a été appelé à coopérer durant la période allant du 1er janvier 2013 au 31 décembre 2017 et a remplacé tous les plans d'opérations antérieurs conclus entre le Gouvernement et l'UNICEF.

Le Programme de Coopération 2013-2017 est constitué de quatre composantes programmes sectoriels dont le Programme Survie du Jeune Enfant et d'une composante transversale. Les cinq programmes sont construits respectivement autour de cinq effets. Il était attendu que le Programme de Coopération apporte un appui à la réponse aux situations d'urgence conformément aux «principaux engagements collectifs pour les enfants en situation d'urgence».

La composante programme Survie du Jeune Enfant, définie en cohérence avec la Stratégie Sectorielle de Santé et le Programme National de Développement Sanitaire, contribue à l'amélioration de la survie de l'enfant et de la mère par la réduction de la morbidité et de la mortalité infanto-juvénile et maternelle. Cette composante intervient à travers un volet politique qui vise à influencer les orientations stratégiques pour la prise en compte des priorités du jeune enfant et un volet opérationnel pour produire des évidences et adresser les problèmes prioritaires des plus vulnérables en tenant compte de l'approche équité. La composante Survie du Jeune Enfant compte trois sous-composantes Programme : i) Santé de l'enfant et de la mère, ii) Nutrition et iii) Eau, assainissement et hygiène. Ces différentes sous-composantes agissent en synergie et/ou en complémentarité en faveur de la survie de l'enfant, notamment à travers la mise en œuvre de l'approche intégrée à base communautaire.

Concernant la sous-composante nutrition, elle a pour objectif de contribuer à l'amélioration de l'état nutritionnel dans le continuum de services des soins de nutrition auprès des femmes enceintes, des nouveau-nés, des jeunes enfants et des enfants de moins de 5 ans dans les zones d'intervention, choisies sur des critères fédérateurs (vulnérabilité alimentaire, vulnérabilité nutritionnelle, densité de la population, accès à des services etc.) par les interventions préventives et curatives. Les résultats visent à ce qu'en fin 2017, i) au moins 80% des enfants de 6-59 mois souffrant de malnutrition aiguë sévère soient pris en charge selon le protocole national dans les régions de l'Adamaoua, de l'Est, de l'Extrême-Nord et du Nord ; ii) au moins 85 % des enfants de 6-59 mois au niveau national soient supplémentés en vitamine A, 85 % des enfants de 12-59 mois déparasités et 20 % des femmes enceintes de 5 districts de santé de la région du Nord reçoivent des suppléments de fer et acide folique ; iii) l'amélioration des connaissances et des pratiques d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les quatre régions ; et iv) le positionnement institutionnel et stratégique de la nutrition soit effectif.

## **3.2 La budgétisation des activités**

En début de chaque année il est organisé un atelier de planification des activités au cours duquel les budgets sont élaborés. Cet atelier regroupe l'ensemble des acteurs impliqués dans la mise en œuvre du programme. Par la suite, un arbitrage est fait au niveau de l'UNICEF en fonction des ressources disponibles et des priorités. Il en ressort un plan de travail annuel assorti des activités budgétisées et d'un chronogramme détaillé de mise en œuvre.

### **3.3 La mobilisation des ressources**

Dans le cadre de son programme de coopération avec le Gouvernement camerounais, l'UNICEF mobilise des ressources pour le financement des activités spécifiques consignées dans le Plan de Travail Glissant y compris pour les activités de la PCIMAS.

Ce plan de travail glissant se décline chaque année en Plan de Travail Annuel issu de la planification des activités avec les différents partenaires des secteurs concernés.

Les ressources financières mobilisées sont alors utilisées pour la mise en œuvre des activités planifiées à travers les différents partenaires d'exécution.

### **3.4 Les mécanismes de gestion des ressources de la PCIMAS (HACT)**

L'UNICEF met à la disposition du partenaire d'exécution les fonds sollicités pour la conduite des activités planifiées sur la base d'une requête matérialisée par l'outil FACE (Funding Authorization and Certification Expenditure). Depuis 2015 où le HACT (Harmonize Approach to Cash Transfert) est devenu effectif, les demandes de financement des activités et le rapport financier sont faits à travers cet outil.

Après la mise en œuvre des activités et la justification, le partenaire est tenu de conserver les pièces justificatives pendant une période de 5 ans. Il est tenu de se soumettre à des spots check périodiques pour le suivi de l'effectivité et de la qualité de la dépense en rapport avec l'atteinte des résultats planifiés.

Des visites programmatiques sont organisées pour l'appréciation du niveau d'atteinte des objectifs fixés.

Pour ce qui est du financement de la PCIMAS, le principal partenaire est le MINSANTE. Les ressources financières sont mises à la disposition soit de la SDAN/MINSANTE, soit des délégations régionales de la santé publique suivant le niveau où les activités spécifiques sont mises en œuvre. La majorité des financements alloués au MINSANTE est faite à destination des DRSP.

Après validation des besoins annuels en intrants pour la prise en charge, l'UNICEF assure l'achat via les fonds mobilisés auprès des bailleurs de fonds. Les intrants sont rétrocédés aux partenaires du MINSANTE au niveau des magasins régionaux des DRSP qui assurent leurs distributions secondaires à travers les fonds mis à disposition par l'UNICEF.

## CHAPITRE 4 : GESTION DES RESSOURCES DE LA PCIMAS EN 2017

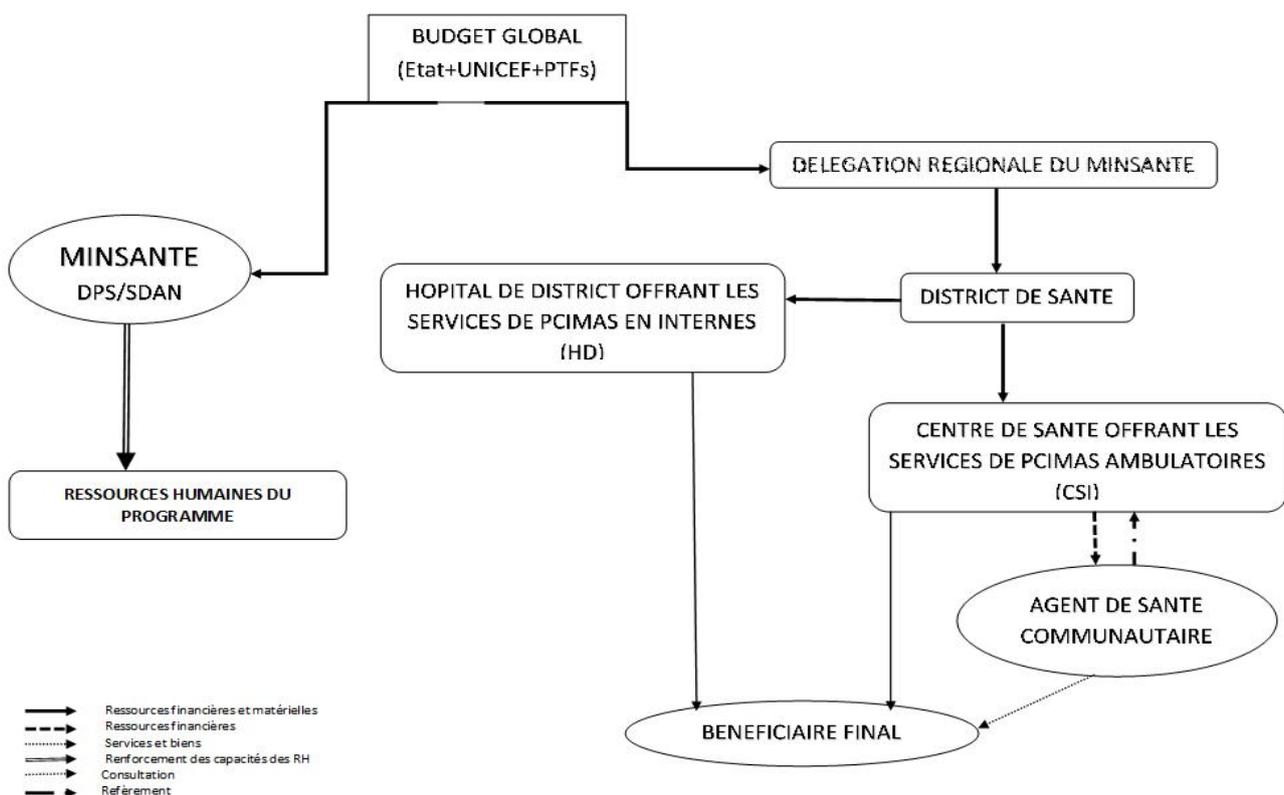
Les ressources mobilisées pour la PCIMAS sont de deux ordres : (i) les ressources financières destinées principalement à la formation du personnel, à l'acquisition de fournitures, aux missions de supervision, et (ii) les ressources matérielles que sont les ATPE et les médicaments essentiels pour les patients. Dans ce chapitre on analyse les utilisations qui en sont faites à la lumière des dotations effectuées.

### 4.1 Le circuit des ressources financières, des ATPE et médicaments essentiels

Les ressources financières sont, à la demande des structures bénéficiaires, débloquées par l'UNICEF et mises à disposition par virement dans un compte de la SDAN ou de la DRSP. Une partie des ressources mises à la disposition des DRSP est destinée aux DS couverts pour les besoins des centres nutritionnels.

Concernant les ATPE et médicaments essentiels pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère, les acquisitions sont effectuées par l'UNICEF, sur la base des besoins préalablement exprimés par l'Etat via le MINSANTE. Les intrants acquis sont transmis aux DRSP qui les stockent directement dans des magasins centraux et/ou annexes situés dans des périphéries pour faciliter la distribution des produits. En fonction des besoins exprimés à travers des requêtes, ils sont trimestriellement mis à la disposition des DS qui les acheminent dans les centres nutritionnels couverts (CNTI dans les HD, CNAS dans les CMA et CSI).

**Figure 1** : Circuit normal des ressources financières, des ATPE et des médicaments essentiels

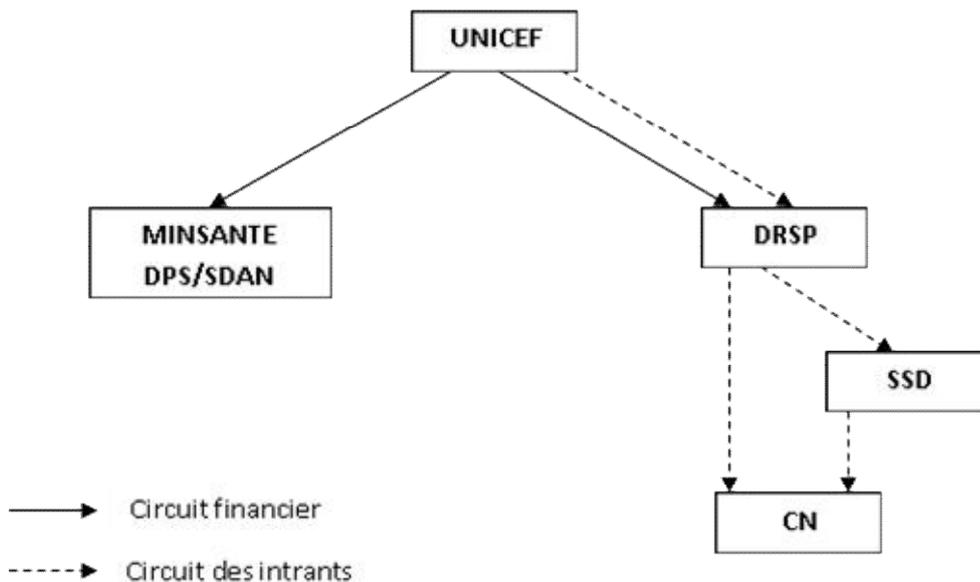


Le constat révèle qu'en 2017, aucune ressource financière n'a été transférée des DRSP vers les DS et encore moins de ces derniers vers les centres nutritionnels tel que le prévoit la réglementation. Toutes les charges inhérentes à la distribution des intrants et au renforcement des capacités ont été assurées par les délégations régionales. Aucun point focal ne reçoit des ressources financières pour l'acheminement des intrants; ce qui est contraire aux recommandations du protocole.

Il y a lieu de relever qu'en 2017, les ASC n'ont bénéficié d'aucune prise en charge financière liée à la PCIMAS.

Contrairement à la réglementation, il a été constaté sur le terrain que certains CN ont reçu leurs intrants directement de la DRSP sans passer par les DS. D'autres par contre ont effectivement été approvisionnés via les DS.

**Figure 2** : Circuit réel des ressources financières, des ATPE et des médicaments essentiels



## 4.2 Gestion des ressources financières

L'analyse de la gestion des ressources financières de la PCIMAS prend en compte les dotations fournies aux structures centrale et déconcentrées du MINSANTE, ainsi que les utilisations qui en sont faites au cours de l'année 2017. Un accent particulier est porté sur les délais de justification des dépenses effectuées par les bénéficiaires.

### 4.2.1 Dotation des ressources financières de la PCIMAS

Chaque année, l'UNICEF mobilise pour le compte de l'Etat, des ressources financières pour assurer des résultats satisfaisants à la lutte contre la malnutrition aiguë sévère. Ces ressources sont généralement partagées entre le renforcement des capacités humaines, le suivi de la mise en œuvre des actions et les études d'évaluations.

Pour le compte de l'exercice 2017, plus de 102 millions de FCFA ont été virés dans les comptes dédiés de la SDAN et des DRSP de l'Est, de l'Adamaoua, du Nord et de l'Extrême-Nord en fonction des besoins exprimés. Plus de la moitié de ces ressources (56%) a été destinée aux activités qui s'apparentent aux études (validation des données, analyse des goulots d'étranglement de la PCIMAS, enquêtes, atelier d'analyse, consultation) et principalement réalisées par la structure centrale de coordination de la PCIMAS qu'est la SDAN.

Il y a lieu de noter qu'aucune ressource n'a été fournie aux DRSP de L'Est et de l'Adamaoua pour les réunions de coordination régionale des activités. De même, la DRSP de l'Extrême-Nord n'a bénéficié d'aucune ressource pour la formation du personnel et les travaux de validation des

données de la PCIMAS. En réalité, aucune requête relative à ces activités n'a été adressée à l'UNICEF par ces régions.

Si l'on peut comprendre, pour le cas des formations, que la région de l'Extrême-Nord en ait beaucoup bénéficié en 2016, il semble cependant disproportionné que les activités qui paraissent comme courantes pour les DRSP ne soient pas réalisées pendant toute une année. Pour ce qui est des réunions de coordination, il se pourrait que les DRSP de l'Est et de l'Adamaoua les tiennent sur fonds propres ou avec les ressources d'autres bailleurs de fonds.

**Tableau 5** : Montant de ressources financières mises à disposition par l'UNICEF en 2017 selon les niveaux de structures et les lignes de dépenses (en FCFA)

Rubriques	Structure centrale SDAN	Structures déconcentrées				Total
		Est	Adamaoua	Nord	Extrême-Nord	
Formation du personnel	0	3 192 870	6 700 340	2 990 780	0	12 883 990
Distribution des intrants	0	3 797 406	2 275 420	5 687 800	9 718 700	21 479 326
Missions de supervision	910 000	581 434	2 779 700	4 095 000	1 485 000	9 851 134
Réunions de coordination	361 340	0	0	56 000	399 500	816 840
Validation des données	0	3 025 600	799 000	1 402 500	0	5 227 100
Analyse des goulots d'étranglement de la PCIMAS	0	0	0	0	2 412 000	2 412 000
Enquêtes SMART	37 684 700	0	0	0	0	37 684 700
Enquêtes profil des mères	0	0	2 123 508	3 565 614	3 236 404	8 925 526
Atelier PB - Mère	1 612 500	0	0	0	0	1 612 500
Service de consultation	1 520 779	0	0	0	0	1 520 779
<b>Total</b>	<b>42 089 319</b>	<b>10 597 310</b>	<b>14 677 968</b>	<b>17 797 694</b>	<b>17 251 604</b>	<b>102 413 895</b>

Source: UNICEF

#### 4.2.2 Utilisation des ressources financières

L'utilisation des fonds mis à la disposition des services centraux et déconcentrés du MINSANTE pour la PCIMAS doit se faire suivant les procédures du bailleur. Des délais sont enclenchés dès le virement des fonds dans les comptes bancaires des structures gouvernementales bénéficiaires. Les éléments justificatifs devraient être rendus disponibles dans un délai maximum de 3 mois à travers un rapport FACE adressé l'UNICEF.

La quasi-totalité des ressources financières consacrées à la PCIMAS en 2017 a été utilisée/justifiée par les bénéficiaires (plus de 101 millions de FCFA soit 99%) dans les délais, ce qui peut effectivement dénoter que les besoins exprimés étaient bien réels et ont été satisfaits. Le fait que les dépenses soient enclenchées à partir des "FACE" et qu'il y ait une réelle obligation pour les bénéficiaires de rendre directement compte au bailleur, sont assurément des arguments qui conduisent à des taux de consommation de ressources financières très élevés.

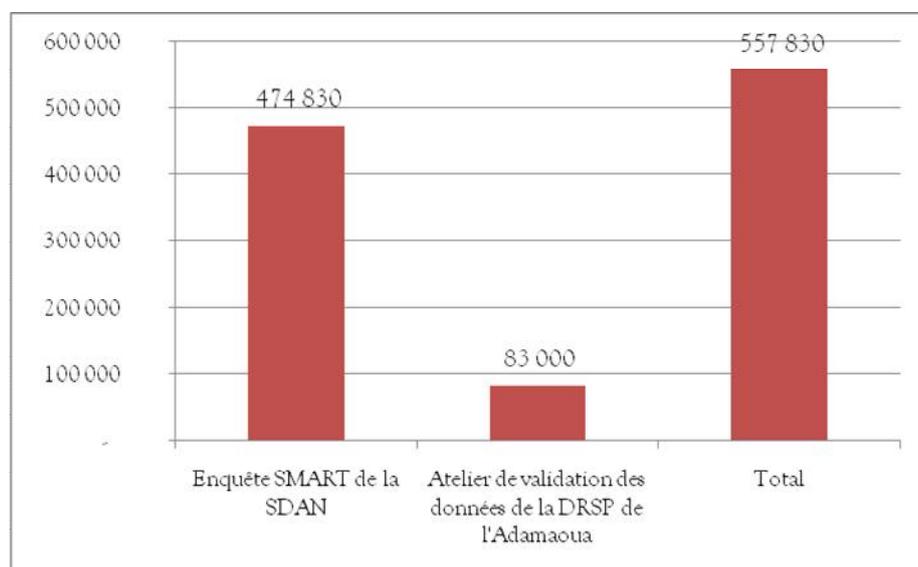
**Tableau 6** : Montant de ressources financières de 2017 justifiées dans les délais par les bénéficiaires selon les niveaux de structures et les lignes de dépenses (en FCFA)

Rubriques	Structure centrale SDAN	Structures déconcentrées				Total
		Est	Adamaoua	Nord	Extrême-Nord	
Formation du personnel	0	3 192 870	6 700 340	2 990 780	0	12 883 990
Distribution des intrants	0	3 797 406	2 275 420	5 687 800	9 718 700	21 479 326
Missions de supervision	910 000	581 434	2 779 700	4 095 000	1 485 000	9 851 134
Réunions de coordination	361 340	0	0	56 000	399 500	816 840
Validation des données	0	3 025 600	716 000	1 402 500	0	5 144 100
Analyse des goulots d'étranglement de la PCIMAS	0	0	0	0	2 412 000	2 412 000
Enquêtes SMART	37 209 870	0	0	0	0	37 209 870
Enquêtes profil des mères	0	0	2 123 508	3 565 614	3 236 404	8 925 526
Atelier PB - Mère	1 612 500	0	0	0	0	1 612 500
Service de consultation	1 520 779	0	0	0	0	1 520 779
<b>Total</b>	<b>41 614 489</b>	<b>10 597 310</b>	<b>14 594 968</b>	<b>17 797 694</b>	<b>17 251 604</b>	<b>101 856 065</b>

Source: UNICEF

Les ressources non justifiées dans les délais, soient 557 830 FCFA, ont été effectivement utilisées par les bénéficiaires dans les lignes dédiées. Il s'agit précisément des enquêtes SMART (474 830 FCFA) réalisées par la SDAN et de la tenue de l'atelier de validation des données de la PCIMAS de la région de l'Adamaoua. Les pièces justificatives y relatives ont été rendues disponibles hors délais (entre 3 et 6 mois).

**Graphique 1** : Montant de ressources financières non justifiées en 2017 dans les délais (en FCFA)



Source: UNICEF

### 4.3 Gestion des aliments thérapeutiques prêts pour l'emploi et des médicaments essentiels

Tout comme pour les ressources financières, la gestion des ATPE et des médicaments essentiels pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère est analysée sous l'angle de leur dotation et de leur utilisation dans la chaîne de distribution nationale. Les intrants suivis dans le cadre de l'étude sont : le plumpynut livré en cartons de 150 sachets de 92g, le lait thérapeutique F75 livré en cartons de 120 sachets de 102.5g, le lait thérapeutique F100 livré en cartons de 90 sachets de 114g et l'amoxicilline livré en boîtes.

### 4.3.1 Dotations en intrants

La dotation globale de 2017 en ATPE et en médicaments essentiels pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère tient compte des stocks relevés en fin d'année 2016 et des acquisitions faites tout au long de l'année 2017.

Les derniers décomptes annuels effectués au mois de décembre 2016, ont présenté des réserves non négligeables en intrants dans les différents magasins (centraux et annexes) des DRSP des quatre régions d'étude.

**Tableau 7** : Stocks d'intrants dans les DRSP au 31 décembre 2016 selon la région et le type

	Adamaoua*	Est	Extrême-Nord	Nord	Total
<b>Aliments thérapeutiques (ATPE)</b>					
Plumpynut ( <i>sachet de 92g</i> )	76 350	26 400	103 262	82 500	<b>288 512</b>
Lait thérapeutique F75 ( <i>sachet de 102.5g</i> )	120	15 480	230 452	17 400	<b>263 452</b>
Lait thérapeutique F100 ( <i>sachet de 114g</i> )	2 300	5 340	168 656	5 130	<b>181 426</b>
<b>Médicament essentiel</b>					
Amoxicilline ( <i>oral sus 125 mg/5ml/BOT-100 ml</i> )	2 661	240	17 600	5 045	<b>25 546</b>

Source: DRSP, \* stock au 28/12/2016

**Tableau 8** : Quantité d'intrants fournie par l'UNICEF aux DRSP en 2017 selon la région et le type

	Adamaoua	Est	Extrême-Nord	Nord	Total
<b>Aliments thérapeutiques (ATPE)</b>					
Plumpynut ( <i>sachet de 92g</i> )	420 000	1 065 600	4 337 900	1 419 450	7 242 950
Lait thérapeutique F75 ( <i>sachet de 102.5g</i> )	5 400	9 600	51 600	3 000	69 600
Lait thérapeutique F100 ( <i>sachet de 114g</i> )	4 500	3 600	54 900	2 700	65 700
<b>Médicament essentiel</b>					
Amoxicilline ( <i>oral sus 125 mg/5ml/BOT-100 ml</i> )	2 370	4 857	46 100	5 150	58 477

Source: UNICEF

L'analyse des dotations globales en intrants montre que pour les aliments thérapeutiques, le système sanitaire a bénéficié de quantités importantes et suffisantes de plumpynut (7 531 462 sachets de 92g), de lait thérapeutique F75 (333 052 sachets de 102,5g) et de lait thérapeutique F100 (247 126 sachets de 114g).

On relève que la seule région de l'Extrême-Nord a cumulé plus de la moitié des dotations en intrants, soit 58,9% de plumpynut, 84,7% de lait F75 et 90,5% de lait F100.

Le constat est le même pour le médicament "amoxicilline". 84 023 boîtes oral sus 125mg/5ml/BOT-100ml ont été disponibles pour l'ensemble des quatre régions dont près de 75,8% pour la région de l'Extrême-Nord.

Les besoins étant formulés sur la base de la demande de soins par les patients, les données disponibles montrent qu'en 2017, les populations ont été plus demandeuses dans la région de l'Extrême-Nord. Cela peut s'expliquer par le fait que cette région est la plus peuplée du pays mais également la plus pauvre selon ECAM4 (74,3% de taux de pauvreté pour une moyenne nationale de 37,5%). Cet état de pauvreté est accentué par les exactions de la secte Boko Haram qui y sévit depuis quelques années. Par ailleurs, frontalière au Tchad et au Nigéria voisins, elle accueille de nombreux réfugiés en quête de paix, d'éducation, de santé et surtout de nutrition. On peut donc comprendre cette forte orientation des dotations en intrants.

**Tableau 9** : Dotations globales d'intrants aux DRSP en 2017 selon la région et le type

	Adamaoua	Est	Extrême -Nord	Nord	Total
<b>Aliments thérapeutiques (ATPE)</b>					
Plumpynut ( <i>sachet de 92g</i> )	496 350	1 092 000	4 441 162	1 501 950	7 531 462
Lait thérapeutique F75 ( <i>sachet de 102.5g</i> )	5 520	25 080	282 052	20 400	333 052
Lait thérapeutique F100 ( <i>sachet de 114g</i> )	6 800	8 940	223 556	7 830	247 126
<b>Médicament essentiel</b>					
Amoxicilline ( <i>oral sus 125 mg/5ml/BOT-100 ml</i> )	5 031	5 097	63 700	10 195	84 023

Source : Nos calculs (stocks décembre 2016 + dotations UNICEF 2017)

### 4.3.2 La traçabilité dans la gestion des intrants

#### 4.3.2.1 Distribution des intrants

L'analyse de la distribution se base ici sur les sorties d'intrants des magasins. Une bonne gestion de stocks voudrait que chaque sortie soit matérialisée par une fiche de décharge. Il serait alors logique que les quantités sorties soient équivalentes aux quantités déchargées par les bénéficiaires.

Pour mieux approcher le phénomène, un indicateur est analysé. Il s'agit du taux de sortie d'intrants qui rapporte les quantités d'intrants sorties des magasins (dotations globales 2017 – stocks au 31/12/2017) aux dotations globales de 2017.

Concernant les aliments thérapeutiques, si l'on peut globalement se satisfaire du taux de sortie du plumpynut (88,8%), il y a cependant lieu de s'inquiéter de ceux des laits F75 et F100 qui sont en deçà de 30%. Il se pourrait que ces deux derniers qui sont destinés aux cas de malnutrition les plus préoccupants, aient été moins sollicités tout au long de l'année 2017, surtout dans la région de l'Extrême-Nord qui est la plus touchée par le phénomène de malnutrition. Seulement 18,3% de lait F75 et 24,6% de lait F100 ont été envoyés dans les centres nutritionnels dans cette région. C'est donc dire que beaucoup de cas de malnutrition arrivent sûrement à être traités/contenus au niveau des CNAS (réduction des complications).

Pour ce qui est de l'amoxicilline, en dehors de la région du Nord, toutes les trois autres régions présentent des taux de sorties d'intrants inférieurs à la moyenne nationale qui est de l'ordre de 73%.

**Tableau 10** : Taux de sortie d'intrants des magasins en 2017 selon la région et le type

	Adamaoua	Est	Extrême -Nord	Nord	Total
<b>Aliments thérapeutiques (ATPE)</b>					
Plumpynut ( <i>sachet de 92g</i> )	49,2	65,3	97,7	92,5	88,8
Lait thérapeutique F75 ( <i>sachet de 102.5g</i> )	80,4	91,9	18,3	84,1	28,9
Lait thérapeutique F100 ( <i>sachet de 114g</i> )	57,6	77,9	24,6	69,0	28,8
<b>Médicament essentiel</b>					
Amoxicilline ( <i>oral sus 125 mg/5ml/BOT-100 ml</i> )	51,1	69,8	72,4	90,3	73,1

Source : Nos calculs

#### 4.3.2.2 Evaluation des pertes

L'évaluation des pertes en intrants s'est faite sur la base des quantités sorties des magasins et des quantités effectivement déchargées auprès des DRSP par les DS et les centres nutritionnels. La perte est donc perçue ici comme étant le cumul des intrants déstockés et non déchargés. Il s'agit évidemment d'un premier niveau de pertes qui ne prend pas en compte les faits enregistrés sur le dernier maillon de la chaîne (les centres nutritionnels et les patients).

Dans les pertes estimées, sont pris en compte la péremption, les vols, les destructions et les utilisations à d'autres fins.

**Encadré 2:** Approche d'évaluation des pertes en intrants

*L'évaluation des pertes en intrants exige de disposer de données complètes et de qualité à tous les niveaux de la chaîne de distribution. Il s'agit notamment des dotations annuelles des DRSP, DS et des centres nutritionnels, de même que les utilisations en termes de transferts aux centres nutritionnels (par les DS) et de distribution aux patients (par les centres nutritionnels).*

*L'évaluation de la perte globale devrait s'adosser sur la formule suivante :*

$$\text{Perte globale} = \text{perte 0} + \text{perte 1} + \text{perte 2}$$

avec :

*Perte 0 = perte entre l'UNICEF et les DRSP*

*Perte 1 = perte entre les DRSP et les DS/Centres nutritionnels*

*= quantité d'intrants sortie des magasins – quantité de sorties justifiée (décharges)*

*Perte 2 = perte entre les Centres nutritionnels et les patients*

*= quantité d'intrants déclarée distribuée par les CN – quantité justifiée (fiches de suivi individuelle).*

*L'étude a révélé une très faible propension pour les principaux acteurs à suivre et à évaluer les intrants utilisés dans la chaîne. Les archives sont inexistantes et lorsqu'on en trouve, elles ne sont pas toujours de bonne qualité en raison notamment de la mauvaise gestion des stocks d'intrants. En conséquence, les données collectées au niveau des CN ne permettent pas de quantifier, même approximativement, la perte entre les centres nutritionnels et les patients.*

Contrairement à ce qu'on attendrait, et indépendamment des produits et même des régions, les quantités d'intrants déchargées ne correspondent pas toujours aux quantités sorties.

Le dépouillement des fiches de décharge effectué par les points focaux des DRSP laisse apparaître que dans l'ensemble, près de 80% de plumpynut sorti des magasins ont été déchargés par les bénéficiaires.

Au sujet des autres produits, les laits thérapeutiques F75 et F100 sortis des magasins ont été très peu déchargés surtout dans les régions de l'Extrême-Nord et de l'Adamaoua où l'on enregistre, respectivement pour le lait F75 et le lait F100, environ 13% et 17% dans l'Extrême-Nord, 29% et 19% dans l'Adamaoua.

S'agissant du médicament "amoxicilline", près de 55% des sorties effectuées dans la région de l'Extrême-Nord en 2017 n'ont pas été justifiées.

**Tableau 11 :** Taux de sorties justifiées (déchargées) d'intrants des magasins en 2017 selon la région et le type

	Adamaoua	Est	Extrême-Nord	Nord	Ensemble
<b>Aliments thérapeutiques (ATPE)</b>					
Plumpynut (sachet de 92g)	80,6	65,2	77,5	98,2	79,9
Lait thérapeutique F75 (sachet de 102.5g)	28,8	44,0	13,4	77,1	19,9
Lait thérapeutique F100 (sachet de 114g)	18,5	76,5	17,4	155,2*	23,9
<b>Médicament essentiel</b>					
Amoxicilline (boîte)	98,0	71,8	44,9	117,1*	58,4

Source: DRSP \* : les archives exploitées montrent que les quantités déchargées sont supérieures aux quantités déstockées. Il s'agit vraisemblablement d'un problème de tenue des statistiques. Il se pourrait que des sorties aient été effectuées sans décharges.

L'analyse des données fournies par les points focaux PCIMAS des DRSP laisse transparaître quelques cas de pertes d'intrants au niveau des magasins régionaux. S'il est difficile d'apporter une appréciation objective sur les pertes de certains intrants dans certaines régions (en raison

principalement de la qualité des données de stocks et des données sur les décharges), on peut cependant relever des pertes relativement importantes.

Il apparaît que 1 296 812 sachets (8 645 cartons) de plumpynut déstockés en 2017 n'ont pas été déchargés. Au regard de la dotation globale, on observe que les régions de l'Est et de l'Extrême-Nord ont chacune sorti, sans justificatifs, environ 22% de cet aliment.

Pour le lait thérapeutique F75, les « pertes » en valeur absolue s'évaluent à 64 695 sachets (539 cartons) dont 44 699 (372 cartons) à l'Extrême-Nord. Cependant, elles sont relativement plus importantes dans les régions de l'Adamaoua (57,2%) et de l'Est (51,5%).

Concernant le lait thérapeutique F100 et le médicament amoxicilline, l'évaluation de la perte n'a pas été effectuée pour la région du Nord en raison de la très mauvaise tenue des statistiques sur les déstockages et les décharges de ces produits.

En valeur absolue, les pertes les plus volumineuses sont enregistrées dans la région de l'Extrême-Nord : 45 426 sachets (505 cartons) pour le lait thérapeutique F100 et 25 411 boîtes pour l'amoxicilline. Relativement aux dotations globales, si le phénomène reste plus criard dans cette région pour le médicament (39,9%), il est plus prononcé dans la région de l'Adamaoua pour ce qui est du lait F100 (46,9%).

**Tableau 12** : Quantités ATPE et médicaments déstockés sans justificatifs en 2017 selon la région et le type

	Adamaoua	Est	Extrême - Nord	Nord	Total
<b>Aliments thérapeutiques (ATPE)</b>					
Plumpynut ( <i>sachet de 92g</i> )	47 376	248 150	976 278	25 007	1 296 812
Lait thérapeutique F75 ( <i>sachet de 102.5g</i> )	3 160	12 907	44 699	3 929	64 695
Lait thérapeutique F100 ( <i>sachet de 114g</i> )	3 192	1 637	45 426	nd	nd
<b>Médicament essentiel</b>					
Amoxicilline (boîte)	51	1 003	25 411	nd	nd

Source: DRSP – Nos calculs

**Tableau 13** : Proportion (%) de la dotation globale déstockée et non justifiée en 2017 selon la région et le type

	Adamaoua	Est	Extrême - Nord	Nord	Total
<b>Aliments thérapeutiques (ATPE)</b>					
Plumpynut ( <i>sachet de 92g</i> )	9,5	22,7	22,0	1,7	17,2
Lait thérapeutique F75 ( <i>sachet de 102.5g</i> )	57,2	51,5	15,8	19,3	19,4
Lait thérapeutique F100 ( <i>sachet de 114g</i> )	46,9	18,3	20,3	nd	nd
<b>Médicament essentiel</b>					
Amoxicilline (boîte)	1,0	19,7	39,9	nd	nd

Source: DRSP – Nos calculs

## 4.4 Difficultés, mesures et suggestions dans la gestion des intrants en 2017

Un aspect important de l'étude a trait à l'identification des difficultés dans l'acheminement des intrants jusqu'aux bénéficiaires, l'idée étant d'adresser ces dernières pour améliorer l'efficacité dans la gestion. Les difficultés ont été enregistrées à chaque niveau de la chaîne de distribution des intrants et les mesures prises par les différents acteurs pour faire face à ces difficultés sont présentées. Ces acteurs se sont également prononcés par rapport à des propositions pour améliorer la gestion des intrants.

### 4.4.1 Principales difficultés

La possibilité a été donnée aux responsables à tous les niveaux de s'exprimer sur les difficultés qu'ils rencontrent dans l'acheminement des intrants. Après traitement de l'information recueillie, cinq principales difficultés ont été recensées. Celles-ci, ainsi que l'intensité avec laquelle chacune d'elles se pose à chaque niveau sont présentées dans le tableau suivant.

**Tableau 14** : Principales difficultés rencontrées dans la gestion des intrants en 2017 par niveau de structure

	CNAS	CNTI	DRSP	DS
Perte/destruction d'intrants	7,8%	40,0%	0/4	0,0%
Manque de personnel qualifié dédié à la manutention des intrants	26,1%	20,0%	2/4	17,6%
Problème de transport des intrants	31,3%	10,0%	2/4	47,1%
Ruptures de stocks d'intrants	73,9%	40,0%	0/4	29,4%
Mauvaises conditions de stockage	7,8%	0,0%	4/4	23,5%

Source : INS, PETS3, 2019

La difficulté la plus récurrente est liée à des ruptures de stocks, notamment au niveau des centres nutritionnels. En effet, près de trois quarts des CNAS ont fait face à des ruptures de stocks. En outre, 4 CNTI sur 10 déclarent avoir connu des ruptures de stocks de lait thérapeutique. Au niveau des services de santé de districts, les unités ayant déclaré des ruptures de stock représentent une proportion de près de 3 sur 10. Les DRSP n'ayant pas connu de rupture de stock, il est logique de penser que celles déclarées par les structures inférieures pourraient être dues aux difficultés d'acheminement bien que des ressources financières soient mis à la disposition des délégués régionaux par l'UNICEF pour le transport des intrants.

Une DRSP sur deux relève des problèmes dans le transport des intrants, notamment une absence de matériel roulant pour la distribution secondaire dans des conditions minimales. De même, 2 délégations sur 4 expriment également des difficultés liées à un manque de personnels qualifiés pour la manipulation des intrants, ce qui peut compliquer la gestion et induire des retards dans la transmission.

Ces difficultés de transport et de manipulation des intrants se retrouvent à tous les niveaux de la chaîne. Les DS et les CNAS dont la tâche dans la chaîne inclut une forte dimension liée au transport (ils reçoivent et acheminent les intrants) connaissent plus ces difficultés. Près d'un DS sur deux (47,1%) est touché par des difficultés de transport, contre 31,3% pour les CNAS. Les CNTI qui reçoivent uniquement les intrants sont concernés à hauteur de 10. Parmi les motifs avancés, il est relevé le manque de moyens de locomotion, les coûts élevés de transport, les longues distances pour atteindre les villages et l'enclavement.

Par ailleurs, les DRSP sont confrontées à des difficultés de stockage des intrants. Toutes les DRSP ont déclaré que les conditions de stockage n'étaient pas bonnes. Les DS sont le niveau le plus touché après les DRSP par les problèmes de stockage, avec près d'un quart d'unités concernées. Les CNTI par contre ne rencontrent pas ce type de problème, mais sont plutôt plus touchés par des pertes d'intrants (40%).

#### 4.4.2 Mesures prises pour pallier les difficultés

Les mesures prises pour pallier les difficultés rencontrées dans l'acheminement des intrants de la PCIMAS ont été collectées à tous les niveaux, auprès de 12 CNAS, 1 CNTI, 2 DRSP et 6 DS.

Les CNAS qui pour quelques uns ont connu des problèmes de péremption, ont opté pour une redistribution des intrants suivant les besoins. Le recours aux motos comme moyen de transport des intrants a également été observé, ceci pour un approvisionnement efficace en termes de dépenses de transport et de praticabilité des routes. Les relais communautaires ont par ailleurs été d'un appui non négligeable. Pour faire face aux pertes d'intrants, la rigueur dans la sécurisation des intrants a été renforcée, et l'utilisation des fiches de stocks pour la gestion a été instaurée.

Le CNTI observé a cité comme mesures prises pour pallier les difficultés, la redistribution des intrants selon le besoin, ainsi que le recrutement des relais communautaires.

Les DRSP, pour la distribution des intrants, utilisent les véhicules des autres programmes allant vers les points de distribution. Comme les CNAS, pour limiter les pertes d'intrants, elles ont renforcé la rigueur dans la sécurisation des intrants, et procédé à l'instauration de fiches de stocks pour la gestion.

**Tableau 15** : Principales mesures prises pour palier aux difficultés inhérentes à la gestion des intrants en 2017 par niveau de structure

	CNAS	CNTI	DRSP	DS
Approvisionnement direct des centres nutritionnels par la DRSP	0	0	0	1
Instauration des fiches de stocks	1	0	1	0
Ouverture des depots secondaires	0	0	0	1
Recours aux motos pour le transport	9	0	0	1
Recrutement des relais communautaires	1	1	0	0
Redistribution des intrants suivants les besoins	6	1	1	3
Securisation des intrants	8	0	1	1
Utilisation des véhicules des autres programmes/structures allant vers les points de distribution	0	0	2	2

Source : INS, PETS3, 2019

#### 4.4.3 Propositions pour améliorer la gestion des intrants

Les avis des principaux intervenants ont été recueillis pour améliorer la gestion des intrants de la PCIMAS. Les acteurs à tous les niveaux se sont livrés à l'exercice : 98 CNAS, 8 CNTI, 4 DRSP et 11 DS.

Parmi ces propositions figurent des mesures qui ont été prises pour faire face aux difficultés, à savoir la distribution des intrants selon les besoins des centres nutritionnels, l'instauration des fiches de contrôle pour la gestion des stocks des intrants, et des questions liées aux capacités humaines. Le renforcement des conditions de stockage des intrants a été proposé par environ la moitié des CNAS. Au regard des difficultés qu'ils éprouvent, près de la moitié des CNAS a suggéré d'améliorer le système de distribution des intrants, notamment en renforçant les moyens financiers et logistiques (proposition faite par 47 CNAS sur 98), ou encore en renforçant les capacités humaines (suggéré par 28 CNAS sur 98). L'expérience avec les relais communautaires semble avoir porté des fruits.

Les éléments sur lesquels portent le plus les préoccupations des CNTI sont le renforcement des moyens financiers et logistiques (5/8) et le renforcement des capacités humaines (4/8), qui contribuent à l'amélioration du système de distribution des intrants, mentionné explicitement par 3 CNTI sur 8.

Les DS sont solidaires avec les centres nutritionnels pour le renforcement des conditions de stockage des intrants (45%), l'amélioration du système de distribution des intrants (36,4%) et le renforcement des moyens financiers et logistiques (27,3%). Toutefois, ils ont mis l'accent sur le renforcement de la sensibilisation et de la supervision (36,4%), qui pourraient permettre d'avoir une meilleure traçabilité des différents flux de stocks d'intrants utilisés.

Enfin, les DRSP quant à elles, prescrivent d'agir sur le renforcement des capacités humaines (3/4), le renforcement des moyens financiers et logistiques (2/4), des éléments qui concourent à l'amélioration du système de distribution des intrants, explicitement proposé par 2 DRSP sur 4.

**Tableau 16** : Principales suggestions des acteurs du circuit pour l'amélioration de la gestion des intrants en 2017 par niveau de structure

	CNAS	CNTI	DRSP	DS
Améliorer le système de distribution des intrants	48,0%	37,5%	2/4	36,4%
Instaurer des fiches de contrôles des intrants	2,0%	nc	1/4	18,2%
Renforcer la sensibilisation et la supervision	8,2%	12,5%	nc	36,4%
Renforcer les capacités humaines	28,6%	25,0%	3/4	18,2%
Renforcer les conditions de stockage des intrants	51,0%	50,0%	1/4	45,5%
Renforcer les moyens financiers et logistiques	44,9%	62,5%	2/4	27,3%
Tenir compte des besoins réels des centres nutritionnels	13,3%	25,0%	1/4	9,1%

Source: INS, PETS3, 2019

## CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Des analyses qui précèdent, il ressort que la question du développement du capital humain pour soutenir la croissance du pays reste une préoccupation majeure du Gouvernement qui l'exprime dans ses stratégies, plans et programmes de développement. Il bénéficie d'un appui important de ses nombreux partenaires notamment celui de l'UNICEF qui l'accompagne particulièrement pour la lutte contre la malnutrition des couches les plus vulnérables que sont les enfants et les femmes enceintes. De nombreux centres nutritionnels sont fonctionnels dans les quatre régions prioritaires d'intervention et offrent des services satisfaisants aux patients détectés et référés par les agents de santé communautaire. Les aliments thérapeutiques et les médicaments essentiels parviennent auxdits centres, même si quelques fois, ils enregistrent des ruptures de stock en raison des retards observés dans l'approvisionnement.

Concernant les pertes en intrants, bien que celles enregistrées entre les DRSP et les centres nutritionnels soient globalement contenues au regard des dotations initiales, il y a lieu de se préoccuper d'avantage des pertes éventuelles qui seraient enregistrées entre les centres nutritionnels et les patients, et qui n'ont pas été estimées dans cette étude.

Pour ce qui est du financement des autres activités concourant à l'atteinte des objectifs de la PCIMAS, le problème de la disponibilité des ressources ne se pose pas. Leur traçabilité est beaucoup plus aisée et précise en raison, principalement, des procédures de virement et des contraintes d'apurement des dépenses dans un délai formel.

L'étude a permis de mettre en avant, certaines difficultés en rapport avec la question de la traçabilité des intrants et l'organisation de leur distribution jusqu'au niveau des prestataires que sont les centres nutritionnels.

### Principaux problèmes relevés

Sur un plan général, les deux principaux constats portent sur :

- L'accès difficile à l'information de gestion de même qu'à l'information statistique en raison principalement (i) du refus/absence ou insuffisance d'archivage de l'information de gestion, (ii) de la faiblesse du dispositif d'information statistique et (iii) des appréhensions que les fournisseurs d'informations ont sur l'utilisation des données individuelles collectées par les structures en charge des statistiques.
- Le circuit de distribution des intrants, observé sur le terrain et qui s'écarte sensiblement du circuit normal. Il est prévu que les intrants parviennent aux centres nutritionnels en transitant par la DRSP et les DS. Cependant, pour des besoins de facilitation dans la distribution, eu égard au problème de logistique, plusieurs centres nutritionnels sont directement approvisionnés par leur DRSP de rattachement.

Sur le plan financier

- le package d'activités dites régaliennes des DRSP (la formation du personnel, la coordination des activités, les travaux de compilation des données statistiques) n'est pas pris en charge pour toutes les régions.

Sur le plan de la gestion des intrants

Pour ce qui est de la gestion des aliments thérapeutiques et des médicaments essentiels pour la malnutrition aiguë sévère, les principales difficultés sont en rapport avec :

- le fait que plusieurs structures intermédiaires ont de la peine à acheminer les intrants dans les centres nutritionnels. Tous les moyens sont exploités, y compris les opportunités de

logistique offertes par des programmes de santé parallèles et quelques fois par des particuliers. Dans certains cas, les responsables des centres nutritionnels se déplacent à leurs frais pour se faire servir au niveau des points de ravitaillement (DRSP, DS).

- des cas de ruptures fréquentes de stocks d'intrants dans certains centres nutritionnels bien que les magasins régionaux disposent de réserves suffisantes en fin d'année.
- des cas de pertes d'intrants du fait de la destruction involontaire pendant les manipulations, des dates de péremption dépassées, des vols etc.

Au regard des constats et des difficultés sus évoqués, et dans la perspective de l'amélioration du suivi des dépenses publiques dans le volet nutrition de la santé, quelques recommandations sont formulées, principalement à l'endroit du MINSANTE, et leur mise en œuvre est vivement souhaitée.

## **Principales recommandations**

1. Mettre en place un véritable sous-système d'information statistique relatif à la PCIMAS.
2. Revoir le circuit de distribution des intrants en l'adaptant aux réalités du terrain et en favorisant son application effective.
3. Faire jouer à la Direction de la Promotion de la Santé du MINSANTE, un rôle de coordination effective des activités des structures déconcentrées en rapport avec la PCIMAS.
4. Renforcer les capacités des structures déconcentrées du MINSANTE à la tenue des statistiques.
5. Renforcer les conditions de conservation et le dispositif de contrôle des stocks d'intrants et de suivi des fiches individuelles des patients.
6. Renforcer les moyens financiers et logistiques pour le transport des intrants.
7. Développer une base de données interactive avec possibilités d'archivage et de récupération des données au niveau de la coordination centrale via un serveur.

## BIBLIOGRAPHIE

### Ouvrages et publications

1. Politique Nationale d’Alimentation et de Nutrition ;
2. Protocole national de prise en charge intégrée de la malnutrition ;
3. INS-Cameroun, Enquête sur le suivi des dépenses publiques et la satisfaction des bénéficiaires dans les secteurs de l’éducation et de la santé, avril 2004 ;
4. INS, Enquête Camerounaise auprès des Ménages, 2007 ;
5. ISTEERU/PAGE/INS-Cameroun, Enquête sur le suivi des dépenses publiques et le niveau de satisfaction des bénéficiaires dans les secteurs de l’éducation, de la santé et de la justice en république du Burundi, 2008 ;
6. UNESCO, IPE (2011). Enquête de suivi des dépenses publiques dans l’Education : Ouganda, Pérou, Zambie.

## **ANNEXES**

## Annexe 1 : Tableau récapitulatif des principaux indicateurs

N°	Libellé de l'indicateur	Valeur en 2017
1.	Montant des ressources financières allouées au système par l'UNICEF pour la PCIMAS (FCFA)	102 413 895
2.	Proportion des ressources financières allouées pour la PCIMAS et non justifiées dans les délais (FCFA)	0,54%
3.	Dotation en plumpynut (cartons contenant des sachets de 92 g)	50 210
4.	taux de déstockage du plumpynut	88,8%
5.	taux de sortie justifiée de plumpynut	79,9%
6.	Quantité de plumpynut perdue (en cartons)	8 645
7.	Proportion de plumpynut perdue	17,2%
8.	Dotation en lait thérapeutique F75 (cartons contenant des sachets de 102,5 g)	2 775
9.	taux de déstockage du lait thérapeutique F75	28,9%
10.	taux de sortie justifiée du lait thérapeutique F75	19,9%
11.	Quantité de lait thérapeutique F75 perdue (en cartons)	539
12.	Proportion de lait thérapeutique F75 perdue	19,4%
13.	Dotation en lait thérapeutique F100 (cartons contenant des sachets de 114 g)	2 746
14.	taux de déstockage du lait thérapeutique F100	28,8%
15.	Quantité de lait thérapeutique F100 perdue dans les régions de l'Adamaoua, de l'Est et de l'Extrême-Nord (en cartons)	558
16.	Dotation en amoxicilline (oral sus 125mg/5ml/BOT-100ml)	84 023
17.	taux déstockage de l'amoxicilline	73,1%
18.	Quantité d'amoxicilline perdue dans les régions de l'Adamaoua, de l'Est et de l'Extrême-Nord (en boîtes)	26 466

## Annexe 2 : Liste des intervenants

### 1. Groupe technique

**Président** : OUM ELOMA Janvier, Directeur Général de la Planification et de l'Aménagement du Territoire

**Co-Président** : TEDOU Joseph, Directeur Général de l'Institut National de la Statistique

**Rapporteur** : NNANGA Ernest, Chef de la Composante-Programme Inclusion Sociale, Chef de Division de la Prospective et de la Planification Stratégique

**Facilitateurs Techniques** :

- Gustave Nebie : Conseiller Régional Politique Sociale UNICEF/WCARO
- Mohamed El Bechir, Chef de Section Politique Sociale à l'UNICEF
- Serge Zanga, Chef Section Planification et Suivi-Evaluation

**Rapporteurs assistants** :

- TAFOUEDA Baudelaire, Point Focal de l'étude PETS 3 au MINEPAT (Inclusion Sociale)
- MEBARA Sylvain, Spécialiste en Politique Sociale à l'UNICEF

**Membres** :

- TOBENG Richard, Direction chargée du suivi de l'exécution du budget à la DGB/MINFI ;
- HISSOAK O. Marlyse, Direction chargée du suivi de l'exécution du budget à la DGEPIP/MINEPAT ;
- ANDEGUE Luc Florent, Directeur des Ressources Financières et du Patrimoine au MINSANTE ;
- BENE Thérèse, Direction chargée des ressources financières au MINEDUB ;
- DJEULEU TCHKOUADEU Armelle, Direction chargée des ressources financières au MINEE ;
- FORTABOH Theophilus Lekealung, Directeur chargé des ressources financières au MINESEC ;
- KAKANOU Florence, Direction de l'Organisation des Soins et de la Technologie au MINSANTE ;
- AKOMEZOA ATEBA, Secrétariat Technique du Comité de Pilotage de la Stratégie Sectorielle de l'Education ;
- SOULEYMANOU, Directeur de l'Enseignement Maternelle et Primaire au MINEDUB ;
- TABI OMGBA Lionel Arthur, Division des Etudes et de la Planification au MINEE ;
- OKOUDA Barnabé, Chef de Département de la Coordination et de la Recherche Statistique à l'INS ;
- LIBITE Paul Roger, Chef de Département des Statistiques Démographiques et Sociales à l'INS ;
- FOBASSO Jean, Directeur des Affaires Administratives et Financières à l'INS ;
- BITJOKA née NKEME Welly Joelle, Comptable-matières à l'INS ;
- BODO Emmanuel, Ministère de l'Agriculture et du Développement Rural ;
- BOGMIS Marcel, Bureau Central des Recensements et des Etudes des Populations.

### 2. Cellule Opérationnelle

**Coordonnateur Général** : NNANGA Ernest, Chef de la Composante Inclusion Sociale, Chef de Division de la Prospective et de la Planification Stratégique ;

**Co-Coordonnateur Général** : OKOUDA Barnabé, Chef de Département de la Coordination statistique, de la Coopération et de la Recherche à l'INS

**Coordonnateur Technique :** ABANDA Ambroise, Chef de Division de la Coordination Statistique et de la Diffusion à l'INS

**Membres :**

- ESSAMBE BOME Vincent Ledoux, Expert Nutrition, Chargé d'Etude à l'INS
- TALLA Jacques, Expert Nutrition, Chargé d'Etude Assistant à l'INS
- TAME DJOKAM Thierry, Expert Informaticien, Chargé d'Etude Assistant à l'INS
- DZOUNDA FOMANO Arnaud, Traducteur, Chef de Cellule à l'INS
- MBENTY Jacqueline, DCR/INS ;
- MBARGA MEWASSI Georges Eric Bertrand, Inclusion Sociale/MINEPAT ;
- TCHATCHOUANG Garcia, Inclusion Sociale/MINEPAT ;
- ESSOME KOUBOKO Patricia Mirelle, Inclusion Sociale/MINEPAT ;
- ANDJONGO Mathieu, Inclusion Sociale/MINEPAT.

**Groupe thématique Nutrition :**

- NKOUSONGUE Felix, Point Focal Nutrition des Services du Premier Ministre ;
- SIBETCHEU Daniel, Expert en Nutrition en appui au Comité Interministériel de Lutte contre la Malnutrition
- NGO SACK Cécile Patricia, SDAN/MINSANTE
- NTONGA André AGGEE, SDAN/MINSANTE
- ILOUGA ILOUGA, SDAN/MINSANTE
- MOLLUH née NZIE AMINATOU, DGCOOP/MINEPAT
- ABATE NDOUM Thomas, PNSA/MINADER

**Points focaux nutrition des Délégations Régionales de la Santé Publique**

- LAPOBE Thomas (Pf Extreme-Nord)
- NCHANJE Ose (Pf Est)
- BOUBA MONGLO (Pf Nord)
- HADJA MADJIO Brahim (Pf Adamaoua)

**UNICEF**

- Roger SODJINO
- Celine BERNIER
- Martin NANKAP

**3. Equipe d'encadrement régional de l'INS**

N°	Région	Nom et prénoms
1	Adamaoua	DJITUPURI Emmanuel
2	Est	NJOUOM MFOKEU Amadou Achille
3	Extrême-Nord	KWAYEP DIMOU Leonnel
4	Nord	MATENE SOB Angélique

#### 4. Equipe des superviseurs de collecte des données

Région	N°	Nom et prénoms
Adamaoua	1	KAMGUE Max
	2	DJEUKWI Vicky Laure
	3	TCHOUALA TIOBOU Marcial
Est	1	ESSAMBE BOME Vincent Ledoux
	2	TALLA Jacques
	3	GUETSOP Paul Molière
Extrême-Nord	1	MODOU SANDA
	2	TAFOUEDA Beaudelaire
	3	MOUDJIKA René
Nord	1	NGAH Adèle Zoriphie
	2	TAME DJOKAM Thierry
	3	EKOBE EYEM Abel

#### 5. Equipe d'agents enquêteurs et des contrôleurs de collecte des données

Région d'enquête du Nord		Région d'enquête de l'Extrême-Nord	
N°	Nom et prénoms	N°	Nom et prénoms
<b>Contrôleurs</b>		<b>Contrôleurs</b>	
1	DONGMO NGUEGANG Alexis T.	1	ABANDA NDJONO A.
2	HOUARAI BACHIR	2	BAYANG DIKWE V.
3	NEI Marcel	3	SACK III Hans. O.
<b>Enquêteurs</b>		<b>Enquêteurs</b>	
1	ABOUBAKAR MOUMINI	1	ABDOULAYE YAYA
2	ALIOUM MOUSSA HAMADAMA	2	ADAM MARBA
3	ATEBA Athanase J.	3	ASSAKAL Michael A.
4	BADA YALLAH André	4	AWE TAIWE A.
5	BOOBIENE DOUBNE B.W.	5	AZAFOUNKAI Elvis E.
6	DAYANG BOUBA	6	DJENGUE Vanessa B.
7	KEMGOUNG WAMBA Alban	7	FADIMATOU IBRAHIM
8	NDJOULA Pascale	8	GAMAHIN BINA H.T.
9	PAGORE MOUSSA Victor	9	MOUSSA SANDA OUMARA
10	SOBSOUBO DJONEMO Nephtali	10	OUMMOUL DOUBLA
11	TALLA NAOUSSI Lionel	11	SADOU SALI
12	YEDJIE DJELANG Fidèle	12	SOUAIBOU
<b>Région d'enquête de l'Adamaoua</b>		<b>Région d'enquête de l'Est</b>	
N°	Nom et prénoms	N°	Nom et prénoms
<b>Contrôleurs</b>		<b>Contrôleurs</b>	
1	GAMAPOU Laurent	1	KOMBO NDISSARA Yannick
2	TCHAWA SEYA Thierry	2	NSOOMA SOM Achille
		3	SIANDJEU Gaston
<b>Enquêteurs</b>		<b>Enquêteurs</b>	
1	DANMO Jean Pierre	1	TAGWEU Julie Patriciane
2	KUIGOUA NYANDJOU Elodie	2	BIHINA ESSAMA Vigne Paul

### Région d'enquête de l'Adamaoua

N°	Nom et prénoms
3	LEMOKEN KENFACK Aimé
4	MAITCHING MBOUDGA C.
5	MOHAMADOU BASSIROU
6	NDAIROU LEMO
7	NGAIBAI HAMAN
8	SAMIRA MOHAMAN OUMATE

### Région d'enquête de l'Est

N°	Nom et prénoms
3	YEDE NDOUDA Paul
4	MANGA Apollinaire
5	NGOUE BIBOUM Fidèle
6	ABEWE AFIA Lovy
7	FOTOU TCHIDJO Ulrich
8	ABUI ABUI Rigobert
9	DJOTTO MENGAMEGNA Edwige
10	NTOMO Mathieu
11	NTSA Hilaire Paulin
12	NGOUH Dérick

## 6. Equipe d'apurement des données

N°	Nom et prénoms
1	NDEFFO GOUOPE Guy Ferdinand
2	TCHAKOUTE NGOHO Romain
3	TAME DJOKAM Thierry
4	CHOUNDONG JIOFACK Diane
5	NGUENDJIO YOMI Aristide