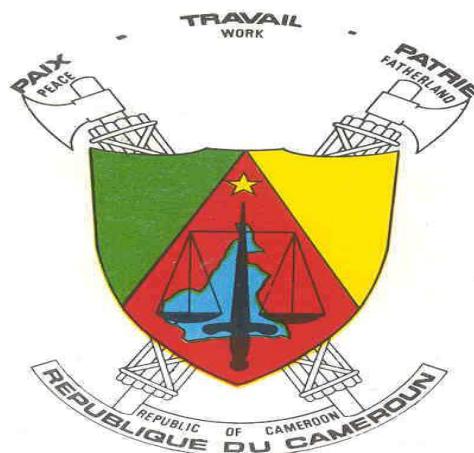


RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN



POLITIQUE NATIONALE D'ALIMENTATION ET DE NUTRITION

2015-2035

DRAFT FINAL

31 Aout 2015

TABLE DES MATIERES

SIGLES/ABBREVIATIONS.....	3
PREAMBULE	6
I. INTRODUCTION.....	7
II. CONTEXTE ET JUSTIFICATION.....	8
III. CADRE LEGAL ET INSTITUTIONNEL	14
IV. BUT ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE NATIONALE.....	16
V. STRATEGIES DE LA POLITIQUE NATIONALE.....	17
VI. RESULTATS ATTENDUS EN LIEN AVEC LES OMD/ODD.....	23
VII. CADRE INSTITUTIONNEL DE MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE.....	23
VIII. SUIVI ET EVALUATION DE LA POLITIQUE.....	24
IX. DOCUMENTS ANNEXES.....	25
X. DOCUMENTS CONSULTES.....	27

SIGLES/ABBREVIATIONS

AEN	Actions Essentielles en Nutrition
AGR	Activités Génératrices de Revenus
AME	Allaitement Maternel Exclusif
ANJE	Alimentation du Nourrisson et du jeune Enfant
CEMAC	Communauté Economique et Monétaire de l'Afrique Centrale
CIN	Conférence Internationale sur la Nutrition
CNLS	Conseil National sur la Lutte contre le SIDA
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CDE	Convention des Droits de l'enfant
CNFNC	National Cameroon Food and Nutrition Council
CONANC	Conseil National de l'Alimentation et de la Nutrition au Cameroun
CRAN	Centre Régional de Recherches en Alimentation et Nutrition
CTPN	Comité Technique Permanent de Nutrition
DPS	Direction de la Promotion de la Santé
DSCE	Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi
ECAM	Enquête Camerounaise Auprès des Ménages
ECD	Equipe Cadre de District
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EDSC	Enquête Démographique et de Santé au Cameroun
EDSM	Enquête Démographique et de Santé au Cameroun
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture
FEFA	Femme Enceinte et Femme Allaitante
FRAT	Fortification Rapid Assessment Tool
HCR	Haut commissariat pour les Réfugiés

IDH	Indice de Développement Humain
IMC	Indice de Masse Corporelle
INS	Institut National de la Statistique
IRA	Infections Respiratoires Aiguës
LMD	Lutte contre les Maladies Diarrhéiques
MA	Malnutrition Aigue
MAM	Malnutrition Aigue Modérée
MAS	Malnutrition Aigue Sévère
MINDUH	Ministère du Développement Urbain et de l'Habitat
MINEDUB	Ministère de l'Education de Base
MINEE	Ministère de l'Eau et de l'Energie
MINEFOP	Ministère de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
MINESEC	Ministère des Enseignements Secondaires
MINESUP	Ministère de l'Enseignement Supérieur
MINEP	Ministère de l'Environnement et de la Protection de la Nature
MINEPAT	Ministère de l'Économie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire
MINEPIA	Ministère de l'Élevage, des Pêches et des Industries Animales
MINFI	Ministère des Finances
MINSAN	Ministère de la Santé Publique
MICS	Enquête en Grappe à Indicateurs Multiples
MNT	Maladies Non Transmissibles
NCD	Non communicable deaseses
ODD	Objectifs pour le Développement Durable
OEV	Orphelins et Enfants Vulnérables
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PDS	Plan de Développement Sanitaire
PEV	Programme Elargi de Vaccinations
PFE	Pratiques Familiales Essentielles
PNAN	Politique Nationale d'Alimentation et de Nutrition
PNSA	Programme National de Sécurité Alimentaire
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PTME	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
PTF	Partenaire Technique et Financier
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
REACH	Renewed Effort Against Child Hunger and Undernutrition
SMART	Standardized Monitoring and Assessments for Relief and Transitions
SRO/ZINC	Solution de Réhydratation Orale associée au Zinc
SUN	Scaling Up Nutrition
TBS	Taux brut de scolarisation
TCI	Troubles de la Carence iodée [^]
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
WASH	Water, Sanitation and Hygiene (Eau, Assainissement et hygiène)

Préambule (Projet à finaliser à la fin)

La malnutrition constitue un problème de santé publique au Cameroun. Les différentes études réalisées (EDS ; MICS ; SMART, STEPS.) ont montré l'ampleur du problème et leurs conséquences directes et indirectes sur la santé et l'économie nationale. Il faut simplement rappeler que la malnutrition contribue à la mortalité infantile juvénile, le mauvais statut nutritionnel des femmes camerounaises, et est responsable en grande partie du taux élevé de mortalité maternelle. Les carences en micro nutriments (vitamines A, iodé, fer) sont responsables de la baisse des performances économiques.

Au Cameroun, la malnutrition chronique fait suite à des apports alimentaires insuffisants à long terme qui entraîne le retard de croissance; elle s'installe tôt, est moins visible et a des effets irréversibles sur le développement physique et mental des sujets affectés, réduisant les capacités d'apprentissage et de travail. Un taux de prévalence du retard de croissance dépassant 30% est très élevé et traduit une urgence chronique.

Face à cette situation et tirant les leçons des différentes interventions pour relever ces défis, le gouvernement du Cameroun, avec l'appui de certains partenaires au développement, s'est engagé à réviser le document de Politique Nationale d'Alimentation et de Nutrition (PNAN) de 2006. Le nouveau document obtenu est un document de consensus élaboré à la suite d'un processus dynamique, interactif et très participatif qui a impliqué les acteurs de tous les secteurs et structures intervenant directement ou indirectement dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition. Il répond à la nécessité urgente d'avoir une vision nationale et des orientations précises dans un domaine complexe et transversal comme la nutrition.

La présente Politique Nationale d'Alimentation et de Nutrition (PNAN) trouve ses fondements dans la DSCE et la «Vision 2035» du Cameroun. Elle se base sur les principes de coordination, de décentralisation, d'intégration, de collaboration intersectorielle et de partenariat, d'équité et de participation des communautés de base. Elle est structurée en trois types d'axes stratégiques que sont les stratégies préventives, curatives et transversales. Il s'agit d'un cadre, un outil de mise en œuvre cohérente des plans et programmes ayant la nutrition et l'alimentation comme domaine d'activités.

Elle est notre œuvre commune et chaque secteur devrait dans les domaines de ses compétences la traduire en plan d'action et la mettre en œuvre. C'est de cette façon qu'on pourra avoir la cohérence, la complémentarité et la synergie d'action tant recherchées. Il me plaît de rappeler à tous les acteurs, qu'ils ont désormais entre leurs mains un outil précieux qui est la PNAN et qu'ils doivent s'en servir au mieux pour que la nutrition retrouve la place qui est la sienne dans les priorités en matière de développement économique et sociale au Cameroun. .

Le Premier Ministre

I. INTRODUCTION

L'élaboration de la Politique Nationale en matière de Nutrition traduit la volonté du gouvernement camerounais de concrétiser les engagements pris lors des conférences internationales sur la nutrition (CIN 1 et CIN 2) tenues à Rome en 1992 et en 2014, et de la résolution 63.23 de la Soixante troisième Assemblée Mondiale de la santé tenue du 17 au 21 mai 2010 à Genève. Le Cameroun a adhéré à l'initiative Mondiale « SUN : Scaling up Nutrition» en mars 2013.

La recherche de la satisfaction des besoins alimentaires et nutritionnels de la population a toujours été l'une des priorités essentielles de tous les plans et programmes de développement économique et social mis en œuvre depuis l'indépendance jusqu'à nos jours au Cameroun. Cependant, en dépit des investissements réalisés et des efforts fournis dans le domaine, la situation alimentaire et nutritionnelle de la population reste encore très précaire notamment dans la partie septentrionale. Cela est dû en grande partie à la dégradation du potentiel de production liée à des facteurs climatiques, socio-économiques et institutionnels. Les conséquences sont la dégradation des milieux naturels et la baisse des productions agricoles dont l'effet induit se manifeste à travers un déficit céréalier structurel (au Nord et Extrême-Nord) et aggravé par la récurrence des épidémies et des urgences humanitaires, par une très faible accessibilité financière des populations aux vivres du fait de leur extrême pauvreté.

Conscient de la précarité de la situation, le Cameroun a adopté un certain nombre de politiques et stratégies pour atteindre en 2014, l'Objectif du Millénaire pour le Développement numéro 1 (OMD1) l'Objectif numéro 1 à savoir : « Réduire de moitié l'extrême pauvreté et la faim ». Malgré la mise en œuvre des plans et stratégies sectorielles, la situation nutritionnelle notamment la sous nutrition et les maladies chroniques (obésité, diabète, hypertension, insuffisance rénale) engendrées par la surnutrition sont aujourd'hui des préoccupations majeures des autorités. Lutter efficacement contre ces problèmes nutritionnels nécessite la mise en place d'une nouvelle Politique Nationale multisectorielle en matière d'alimentation et de nutrition ; celle de 2006-2011 n'ayant pas atteint tous ses objectifs.

Dans sa phase de mise en œuvre une place de choix devra être accordée au développement des ressources humaines à travers la formation et le recrutement de spécialistes en nutrition (nutritionnistes et Diététiciens) et autres acteurs à tous les niveaux et à la mise en place et/ou le renforcement des structures de coordination chargées de la mise en œuvre des stratégies retenues dans cette nouvelle politique nationale d'Alimentation et de Nutrition (PNAN) pour la période 2015-2035.

II. Contexte général et Justification

2.1. Cadre géographique, physique, climatique et environnemental

Pays d'Afrique Centrale situé au fond du Golfe de Guinée entre les 2ème et 13ème degrés de latitude Nord et les 9ème et 16ème degrés de longitude Est, le Cameroun, avec une superficie de 475.440 Km², s'étend du Sud au Nord sur près de 1.200 kms et sur sa base d'Ouest en Est sur 800 km. Il est limité à l'Ouest par le Nigeria, au Nord-Est par le Tchad, à l'Est par la République Centrafricaine et au Sud par le Congo, le Gabon et la Guinée Équatoriale. Au Sud-Ouest, le pays s'ouvre sur l'Océan Atlantique.

Le milieu naturel est très diversifié avec des écosystèmes multiples: le plateau central a une végétation de forêt dense, un vaste réseau hydrographique, un climat chaud et humide avec des précipitations abondantes. la plaine côtière est une région de très faible altitude où prédomine une végétation de mangroves avec une pluviosité abondante. Les hauts plateaux de l'ouest, une région de terres volcaniques ont une végétation peu dense et un climat frais. Le plateau de l'Adamaoua présente un climat de type soudano-sahélien plutôt tempéré avec des savanes arbustives et des galeries de forêts. La plaine de la Bénoué, dont la végétation dominante est une savane herbeuse parsemée de steppes, a un climat de type sahélien. Le climat devient chaud et sec avec des précipitations raréfiées au fur et à mesure que l'on s'approche du lac Tchad.

2.2. Principaux défis du Cameroun

2.2.1. Sur le plan démographique, la population du Cameroun au 1er janvier 2010 s'élevait à 19.406.100 habitants. Ce chiffre s'appuie sur l'analyse des tendances démographiques observées à partir des recensements de 1976, 1987 et 2005. En 1976, le Cameroun comptait 7 663 246 habitants; en 1987, la population était de 10 493 655 d'habitants. En 2005, les résultats définitifs du 3è RGPH indiquaient 17 463 836 habitants. Cette évolution démographique confirme le maintien d'un fort potentiel humain dans le pays, avec un taux annuel moyen de croissance démographique évalué à 2,8% au cours de la période 1987-2005, et à 2,6% entre 2005 et 2010.

Les caractéristiques de la population camerounaise sont marquées par une forte disparité géographique, une urbanisation galopante et l'extrême jeunesse. Cette situation démographique du Cameroun constitue à la fois un atout pour le pays en termes d'élargissement du marché national de consommation des biens et services. Elle comporte aussi des problèmes de développement en termes de demande sociale à satisfaire (Santé, Alimentation et Nutrition, Éducation, Emploi, Protection sociale, etc.).

2.2.2. Dans le domaine de l'éducation, en 2014 (MICS5) le Taux Brut de Scolarisation (TBS) au primaire était de 56,9% (filles et garçons confondus). Pour le premier cycle du secondaire, il était de 52,7%. Le taux d'achèvement du primaire était de 81,0% et le taux de transition de l'école secondaire de 77,8%. L'indice de parité entre les sexes (niveau primaire- filles/garçons) était de 0,96 tandis que celui du niveau secondaire se situait à 0,92. Les indicateurs du système éducatif Camerounais doivent être améliorés au regard de la jeunesse de la population.

2.2.3 Au plan économique, le Cameroun présente de nombreux atouts, notamment son classement de 8^{ème} PIB d'Afrique Subsaharienne en 2013, une économie croissant à un rythme moyen supérieur à 5% depuis les trois dernières années (entre 2013 et 2015), la stabilité sociopolitique, une grande diversité géographique et climatique et un important potentiel de développement agricole. Cependant, il connaît connait des problèmes d'alimentation et de nutrition qui dépassent les limites de la santé publique. Ces problèmes d'alimentation compromettent significativement la survie et le développement harmonieux des enfants notamment ceux issus de couches vulnérables ainsi que les perspectives de développement économique et humain du Cameroun. Malgré la reprise de la croissance économique, les niveaux de pauvreté restent encore élevés (près de 40% de ménages vivent en-deçà du seuil de pauvreté et plus de 56% d'enfants connaissent au moins deux privations de besoins de base). Les effets des trois décennies de crise économique que le pays a connu (2008 avec la crise alimentaire) ont eu des répercussions sur l'état nutritionnel des groupes vulnérables. Les enfants et les femmes ont particulièrement été affectés.

2.2.4. Dans le domaine de la Sécurité Alimentaire des Ménages (SAM), les résultats de l'analyse globale de la sécurité alimentaire et de la vulnérabilité réalisée en 2011(CFSVA) révélaient que 9,6% des ménages en zone rurale souffraient d'insécurité alimentaire dont 2,2% sous une forme sévère et 7,4% sous une forme modérée. L'insécurité alimentaire sévère touche surtout les régions de l'Extrême-Nord (4,1% des ménages), du Nord (3,7%) et de l'Ouest (3,3%) (Analyse Globale de la Sécurité Alimentaire et de la Vulnérabilité au Cameroun 2011). Selon la même enquête, 6,7% des ménages étaient en insécurité alimentaire en zone urbaine, (0,7% sévère et 6% modérée).. L'insécurité alimentaire sévère est surtout présente à Douala (1,7% des ménages) et marginale à Yaoundé et dans les autres capitales régionales. On note un important déficit céréalier et vivrier (environ 25% des céréales importées) et des crises alimentaires récurrentes dans la bande soudano-sahélienne (Nord et Extrême-Nord). Les stratégies de survie les plus utilisées par la population pour faire face à l'insécurité alimentaire consistent à consommer des aliments moins chers (72,3% des ménages), réduire la quantité de nourriture consommée (44,8%) et réduire le nombre de repas (33%). (Analyse Globale de la Sécurité Alimentaire et de la Vulnérabilité au Cameroun 2011)

En ce qui concerne la **sécurité sanitaire des aliments**, l'accès à des aliments sains et nutritifs en quantité suffisante est essentiel pour maintenir en vie et promouvoir la bonne santé. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, les aliments impropre à la consommation contenant des bactéries, des virus, des parasites ou des résidus des produits phytosanitaires/vétérinaires ou d'autres substances chimiques nocives provoquent plus de 200 maladies, allant de la diarrhée au cancer. Ces maladies d'origine alimentaire entravent le développement socio-économique en alourdissant les systèmes de soins de santé, et en portant préjudice aux économies nationales, au tourisme et au commerce (Aide-mémoire OMS N°399-Novembre 2014).

2.2.5. S'agissant de la santé, la situation sanitaire reste préoccupante, malgré la volonté politique maintes fois affichée et les efforts déployés depuis des années par le gouvernement camerounais (adoption de la Stratégie sectorielle Santé 2001-2015 qui inclut la Nutrition).. Elle est marquée par la récurrence des épidémies (rougeole, fièvre jaune, poliomyélite, la prédominance de nombreuses maladies transmissibles endémiques et endémo épidémiques (paludisme, choléra, méningite, VIH/SIDA, tuberculose etc) et l'émergence des maladies non transmissibles (hypertension artérielle, diabète, cancers, goutte, obésité

etc). Les niveaux de mortalité infantile, infanto juvénile et maternelle restent encore élevés . Ainsi les taux de mortalité révélés par l'enquête MICS5 (2014) sont: mortalité néonatale (0-30 jours) : 28 %, mortalité infantile :60% (cible OMD4 pour fin 2015: 75,8%) et mortalité infanto-juvénile 103% . De janvier à aout 2015, le Cameroun a enregistré 7000 cas de rougeole avec 32 décès dans 15 districts (données du PEV). S'agissant de la mortalité maternelle, la seule donnée récente disponible est celle de l'EDS-MICS 2011 qui donne un taux de 782%, taux qui semble supérieur à celui de EDS III 2004 qui était de 669%.

Les maladies infectieuses restent prédominantes chez les enfants et contribuent à maintenir ou aggraver la malnutrition dans un cercle vicieux. On note qu'il y a une recrudescence des épidémies de rougeole (données au PEV) qui augmentent le risque de carence en vitamine A. et de malnutrition.

Les données de MICS 2014 indiquent que les maladies diarrhéiques touchent 20% d'enfants de moins de cinq ans dont 25,2% ont recherché des soins et seulement 5,2% ont été traités avec le SRO/Zinc. Pour ce qui est de la fièvre, elle a affecté 25,6% des enfants et 54,8% de ces derniers ont dormi sous une moustiquaire imprégnée. Ce taux est de 52,3% chez les femmes enceintes. Seulement 26,0% des femmes enceintes ont pris trois doses de traitement préventif intermittent du paludisme pendant la dernière grossesse. Les infections respiratoires aiguës ont affecté 4% des enfants, dont 40,7% ont été traité avec un antibiotique.

2.2.6. Sur le plan nutritionnel, la situation du retard de croissance se dégrade au fil des années. En 1991, 24,4% des enfants de moins de 5 ans en souffraient, comparé aux 30,4% en 2006. Ils étaient 33% en 2011 (EDS/MICS 2011) et 31,7% en 2014 (MICS 2014). Le Cameroun fait partie des 36 pays les plus touchés par la malnutrition chronique. Près de 44% d'enfants malnutris chroniques en zone CEMAC vivent au Cameroun. Par ailleurs, 5,2% d'enfants de moins de 5 ans souffrent de malnutrition aigüe en 2014 contre 6% en 2011 et 14,8% souffrent d'insuffisance pondérale en 2014 contre 15% en 2011 (EDS-MICS 2011 et MICS 2014). La malnutrition sous toutes ses formes constitue un problème de santé publique au Cameroun plus particulièrement dans les régions septentrionales et à l'Est du pays.

L'état nutritionnel des femmes- Au Cameroun (selon l'EDS-MICS 2011), la valeur moyenne de l'indice de masse corporelle (IMC) chez les femmes est de 23,9. 7% des femmes présentent une maigreur légère et 2% sont en situation de maigreur sévère. C'est parmi les femmes les plus jeunes (15-19 ans) que le niveau de déficit énergétique chronique est le plus élevé (10%). La prévalence du déficit énergétique chronique est nettement plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (10% contre 5%). En outre, elle varie d'un minimum de 2% à l'Ouest à un maximum de 17 % dans l'Extrême-Nord et l'Adamaoua. La prévalence du déficit énergétique chronique baisse lorsque le niveau d'instruction augmente, passant de 16% chez les femmes sans niveau d'instruction à 2% pour les femmes de niveau d'instruction du secondaire.

Obésité des femmes: selon l'EDS-MICS 2011, environ une femme sur trois (32%) a un indice de masse corporelle (IMC) élevé (25,0 ou plus) et rentre dans la catégorie des femmes en surpoids ou obèses: 22% sont en surpoids (IMC de 25,0-29,9) et 11% sont obèses (IMC de 30 ou plus).

Les carences en micronutriments au Cameroun- Au Cameroun, les carences en micronutriments (Vitamine A, Iode, Fer/Folates, zinc) ont toujours constitué une préoccupation de santé publique.L'enquête nationale sur les carences en micronutriments et les habitudes de consommation des aliments fortifiés menée en 2009 au Cameroun a montré que dans toutes les régions et zones

écologiques, la carence en vitamine A, affecte 35% d'enfants âgés de 1 à 5 ans. Cette prévalence est quatre fois supérieure au seuil de 10% défini par International Vitamine A Consultative Group (IVACG), au-delà duquel la malnutrition devient selon l'OMS, un problème de santé publique. Les régions les plus touchées sont le Nord (62,7%), l'Extrême-Nord (47,7%) et l'Adamaoua (40,5%).

La prévalence de l'anémie a été en constante augmentation chez les enfants de moins de 5 ans ces dernières années, passant de 38,1% en 1978 à 56,9% en 2000 et 68,3% en 2004. Les résultats de l'enquête EDS/MICS de 2011 ont montré une légère baisse de la prévalence à 60%,. Sur le plan régional, 68,2% des enfants de l'Extrême-Nord sont anémiés, 63,5% pour le Nord 61,9% pour l'Adamaoua et 66,8% (250 000) pour la région de l'Est.

La carence en iodé- Selon l'enquête MICS5 (2014), seulement 85,9% de ménages consomment du sel iodé alors que cette proportion était de 91% en 2011.

En ce qui concerne la déficience en zinc, les résultats de l'enquête nationale sur les carences en micronutriments et les habitudes de consommation des aliments fortifiables menée en 2009 montrent que près de 70% d'enfants au Cameroun présentent un déficit en zinc et 77% de femmes en âge de procréer. Ce taux est supérieur au seuil critique de 20% fixé par *International Zinc Nutrition Consultative Group*. Un enfant sur huit dans la région septentrionale est touché par cette carence. Quand on connaît les évidences scientifiques sur l'efficacité du traitement de la diarrhée avec du zinc, nul ne doute que le programme de lutte contre les maladies diarrhéiques (LMD) avec l'utilisation du zinc, doit être redynamisé au Cameroun pour le bien-être des enfants.

Les maladies non transmissibles (MNT) (obésité, diabète et maladies cardio-vasculaires...): Au Cameroun selon l'enquête STEPS 2004, la prévalence du diabète était de 6% et pour l'hypertension artérielle (HTA) 24%. Les facteurs de risque les plus incriminés sont l'inactivité physique (90% de personnes affectées sont physiquement inactives, sans pratique du sport) et l'alimentation inappropriée (consommation des huiles et graisses, d'alcools, sel, sucre). Les facteurs socioculturels et économiques et la faible disponibilité des soins de qualité sont des obstacles à la prise en charge efficace des malades, ce qui entraîne des complications invalidantes voire désastreuses. La dernière enquête MICS5 de 2014 a révélé une prévalence de l'obésité de 6,7% chez les enfants de moins de 5 ans. Bien que les données épidémiologiques sur ces maladies (non transmissibles MNT/NCD) ne soient pas encore bien documentées, on note cependant une fréquence inhabituelle des cas de ces maladies longtemps considérées comme réservées aux pays riches.

S'agissant **du cancer**, selon les estimations faites en 2002 par le ministère de la santé, 12 000 nouveaux cas de cancer sont enregistrés au Cameroun chaque année avec 25.000 personnes vivant avec la maladie. Ces chiffres pourraient doubler d'ici 2020 si rien n'est fait. Les cancers les plus fréquents sont ceux du sein, du col de l'utérus, de la prostate et du foie. Plus de 80% des personnes atteintes se font dépister à un stade très avancé de la maladie et la plupart décèdent dans les 12 mois qui suivent le diagnostic.

2.2.7. La situation en matière d'eau, d'hygiène et d'assainissement(WASH)

L'accès à l'eau potable et aux infrastructures d'assainissement de base en milieu rural a toujours été limité. D'après la MICS 2011, le taux d'accès des populations à une source d'eau potable était de 69%. Il a connu

une légère amélioration de 2% entre 2006 et 2011. Toutefois, la proportion des populations ayant accès à une source d'eau potable en milieu urbain (90%) est quasiment le double de ceux vivant en milieu rural (50%). Pour ce qui est du taux d'accès aux toilettes améliorées pour les ménages, il est passé de 33 à 36% entre 2006 et 2011 avec une avancée significative en milieu rural (de 15% à 26%). Le taux des ménages pratiquant la défécation à l'air libre a stagné à 7% avec des pics de plus de 20% dans les régions du Nord et de l'Extrême Nord où les taux de malnutrition chronique sont plus élevés.

Les données de MICS5 (2014) indiquent: i) utilisation de sources d'eau de boissons améliorées 72,9%; ii) utilisation de toilettes améliorées 34,9%; iii) évacuation hygiénique des excréments d'enfants 70,6%; iv) ménages ayant un lieu spécifique pour le lavage de main (avec savon et autres) 14,9% et v) disponibilité pour les ménages, du savon ou tout autre produit pour se laver 82,3%. Rappelons que le faible accès à l'eau potable et à l'assainissement de base figurent parmi les causes sous-jacentes des diarrhées et par conséquent de la malnutrition.

2.2.8. Pratiques d'alimentation y compris chez le nourrisson et le jeune enfant

Allaitement maternel

Au Cameroun la quasi-totalité des enfants est allaités (95,8%), mais seulement 31,2 % des enfants sont mis au sein dans l'heure qui suit la naissance. Seulement 28,2 % des enfants ont été allaités exclusivement au sein jusqu'à l'âge de 6 mois (MICS 2014). Cette situation est la résultante de pratiques d'allaitement maternel inappropriées qui sont principalement: i) la non-consommation du colostrum dès la naissance par le nouveau-né ; ii) le retard dans l'initiation à l'allaitement ; iii) l'introduction de l'eau ainsi que d'autres boissons parfois dès la naissance ou quelques jours seulement après la naissance (lait de vache ou de chèvre-non bouillie parfois, eau, eau sucrée, huiles de cuisson...) ; iv) l'introduction précoce des aliments de complément avant l'âge de 6 mois; v) l'arrêt définitif et précoce de l'allaitement maternel.

Alimentation de complément

Selon EDS/MICS 2011, l'introduction de liquides autres que le lait maternel et d'aliments solides ou semi-solides dans l'alimentation des enfants a lieu très tôt, avant l'âge de 6 mois. Ainsi, chez les enfants de moins de 2 mois qui ont été allaités, 9 % avaient reçu d'autres liquides, 14 % avaient reçu du lait autre que le lait maternel et 4 % des préparations pour bébé. Chez les derniers-nés de 4-5 mois, 32 % avaient déjà consommé des aliments à base de céréales et 7 % avaient déjà pris des aliments solides à base de poissons, volailles ou viandes.

À 6-8 mois, âges auxquels tous les enfants devraient déjà consommer des aliments de compléments en plus du lait maternel, 83% ont reçu des aliments solides ou semi-solides (MICS 2014). Dans le groupe d'âges 6-23 mois, on note que seulement 39 % des enfants ont reçu des aliments des 4 groupes ou plus. Et 14 % des enfants de 0-3 mois sont alimentés au biberon (MICS 2014). En résumé, les problèmes liés à l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant au Cameroun sont : i) fréquence insuffisante des repas ; ii) faible diversification alimentaire ; iii) Faible consommation des aliments riches en micronutriments et d'aliments d'origine animale riches en protéines et iv) consommation d'aliments infantiles dont la Sécurité sanitaire n'est pas garantie.

Pratiques alimentaires chez l'enfant d'âge scolaire, chez l'adolescent et chez l'adulte

La malnutrition a des répercussions néfastes sur les performances scolaires. C'est pour quoi l'enfant d'âge scolaire est une cible prioritaire, dans le cadre du continuum de soins nutritionnels, d'amélioration des conditions des individus, des familles et des sociétés. Les principales actions à entreprendre sont (i) la révision et l'adoption des documents de politique existants et leur mise en œuvre en se basant sur

l'existant et en accordant la priorité aux régions les plus vulnérables pour mettre en œuvre un paquet intégré d'interventions montées autour des cantines scolaires et les aliments vendus à l'école. (ii) Il est opportun que les deux départements en charge de la santé et de la nutrition scolaire (Education et Santé) mettent en synergie leurs efforts pour l'adoption d'un document unique de politique de santé scolaire intégrant toutes ses composantes. (iii) De même, des manuels d'enseignement de la nutrition à l'attention des enseignants des différents ordres d'enseignements seront développés. Si cela est bien executé , les adolescents et les adultes bénéficieront de l'impact positif de la sensibilisation dans les écoles; (iv) Pour les adultes et les personnes agées , il faut élaborer des guides diététiques et intensifier les campagnes de sensibilisation pour une bonne nutrition pour la santé et encourager la pratique du sport..

2.3.Les principales causes de la malnutrition au Cameroun

Les causes de la malnutrition sont multiples et multifactorielles. Elles sont regroupées en causes immédiates, causes sous-jacentes et causes structurelles.

Au nombre des **causes immédiates** de la malnutrition au Cameroun se retrouvent les pratiques inadéquates (qualité et quantité) d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et la maladie (le paludisme, la diarrhée, la rougeole et les Infections respiratoires aigües IRA).

Les causes sous-jacentes s'articulent autour: de l'irrégularité de la production liée à la sécheresse (Nord et Extrême-Nord) et diverses autres calamités qui entraînent une insuffisance d'accès aux aliments dans les ménages. Il y a aussi de la surcharge de travail des femmes associée à une insuffisance de connaissance sur les pratiques adéquates d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Le faible accès physique aux soins infantiles par les ménages en raison de la faible couverture sanitaire, constitue aussi une cause sous-jacente de la survenue de la malnutrition.

De point de vue structurel, la pauvreté illustrée par l'indicateur du Développement humain (près de 40%), l'insuffisance des ressources et leur gestion, les effets du changement climatique et environnemental, la forte croissance démographique ainsi que le contexte socioculturel du pays, constituent les principaux facteurs qui influencent les causes sous-jacentes de la malnutrition au Cameroun.

2.4. Principales interventions et leçons apprises du passé:

Au cours des 10 dernières années, les interventions suivantes ont été mises en œuvre:

- La mise en place de la Semaine d'Action de Santé et de Nutrition Infantile et Maternelle (SASNIM) qui intègre la supplémentation en vitamine A et le déparasitage des enfants de moins de 5 ans.
- La fortification alimentaire en iode, vitamine A, Fer, Zinc et autres micronutriments, comme stratégie à long terme pour la résolution des carences en micronutriments dans notre pays.
- Prise en charge de la malnutrition aigüe surtout dans la partie sahélienne du pays
- Promotion de l'allaitement maternel au niveau national
- La création d'un cadre de concertation permanente (Groupe de Travail sur la Nutrition) sur les activités de nutrition dans notre pays

Des progrès variables ont été enregistrés pour chacune de ces interventions. Les principales contraintes observées tout au long de la mise en œuvre de ces activités ont été :

- l'insuffisance des ressources humaines, matérielles et financières pour la mise en œuvre effective du PNAN 2006-2011

- La faible multisectorialité

S'agissant des leçons apprises: elles se résument ainsi:

- Le plaidoyer a suscité un engagement de haut niveau (chef de l'Etat, parlementaires, secteur privé, société civile, adhésion du Cameroun au mouvement SUN en 2013) et d'autres acteurs se sont engagés
- La bonne coordination des urgences a permis une meilleure réponse

III. Cadre Légal de la politique d'Alimentation et de Nutrition au Cameroun

1. Fondements

La politique nationale d'alimentation et de nutrition s'inscrit dans le cadre référentiel de développement global du Cameroun, défini dans sa vision de développement à long terme. Ce cadre vise notamment à créer, d'une part, un environnement structurant favorable à la croissance, à l'amélioration de la compétitivité de l'économie et, d'autre part, les conditions de participation effective des populations à la réalisation de cette croissance, tout en mettant l'accent sur l'amélioration de leurs revenus et de leur accès aux services sociaux de base. Ainsi, la politique d'alimentation et de nutrition s'appuie sur la volonté affirmée du Gouvernement de : i) Réduire la pauvreté à un niveau socialement acceptable ; ii) Promouvoir un développement durable inclusif ; iii) Devenir un pays à revenu intermédiaire ; iv) Atteindre le stade de Nouveau Pays Industrialisé ; v) Renforcer l'unité nationale et consolider la démocratie en promouvant les idéaux de paix, de liberté, de justice, de progrès social et de solidarité nationale.

Cette politique trouve ses fondements dans les textes nationaux, notamment :

i) la Constitution du Cameroun qui garantit l'égalité des droits fondamentaux pour tous, notamment du droit à l'alimentation et à la nutrition ; ii) le Code Pénal dont les dispositions protègent la famille, la femme et la petite fille, ainsi que les mineurs, contre toutes formes de violence . Elle tient par ailleurs compte des principes énoncés dans les Chartes et autres instruments juridiques de l'Organisation des Nations Unies et de l'Union Africaine: i) Déclaration Universelle des Droits de l'Homme ; ii) les traités internationaux relatifs aux droits civils et politiques ainsi qu'aux droits économiques sociaux et culturels (1996) ; iii) la Convention relative aux droits de l'enfant et ses Protocoles facultatifs ; iv) la Charte Africaine des Droits et du Bien-être de l'Enfant ; v) la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples ainsi que son Protocole relatif aux droits des femmes; vi) la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes; vii) la Déclaration de Malabo sur la sécurité nutritionnelle pour une croissance économique inclusive et un développement durable en Afrique au cours de la vingt-troisième session ordinaire de la Conférence de l'Union Africaine 26-27 juin 2014 Malabo (Guinée Equatoriale) viii) Déclaration d'Addis-Abeba du 16 juillet 2015 sur le financement du Développement au cours duquel le Cameroun a pris part et a fait une déclaration sur son engagement en faveur de la Nutrition. ix) Déclaration de Rome sur la Nutrition et sur le Cadre d'action sur la Nutrition 2014 (CIN2-19-21 novembre 2014).

La perspective de développement du pays considère l'amélioration de l'état nutritionnel des populations à la fois comme un objectif de développement social et un objectif de croissance économique. Le Gouvernement compte atteindre les objectifs de la PNAN à travers la mise en œuvre de stratégies sectorielles (Santé, Agriculture, Eau, Social...) en conformité avec les OMD (2015) et/ou les Objectifs du

Développement Durable (ODD) qui visent, entre autres, à réduire d'un tiers (30%) la charge morbide chez les pauvres et les populations les plus vulnérables, de deux tiers (2/3) la mortalité des enfants de moins de 5 ans et de trois quarts (3/4) la mortalité maternelle, de 50% la prévalence du VIH/SIDA et ramener le taux de décès associés au paludisme à moins de 10%.

Les référentiels et opportunités à prendre en compte pour le succès de la PNAN

i) l'adhésion du Cameroun au SUN en 2013; ii) l'adoption de la Politique Nationale d'Alimentation et de Nutrition de 2006; iii) la Création d'un Comité Interministériel de lutte contre la malnutrition dans les régions septentrionales et de l'Est en 2014; iv) la création d'un Comité Interministériel de Sécurité Alimentaire en 2010; v) l'adoption en 2014 de la Politique Nationale Genre 2011-2020.

2. La Vision

Le gouvernement a élaboré un document de vision partagée de développement (Vision 2015) au Cameroun à l'horizon 2035. Il s'intitule «**LE CAMEROUN : UN PAYS EMERGENT, DEMOCRATIQUE ET UNI DANS SA DIVERSITE**». La volonté de devenir un pays émergent, démocratique et uni dans sa diversité intègre quatre objectifs généraux à savoir: (i) réduire la pauvreté à un niveau socialement acceptable ; (ii) devenir un pays à revenu intermédiaire ; (iii) atteindre le stade de Nouveau Pays Industrialisé et ; (iv) renforcer l'unité nationale. Pour atteindre ce rêve à l'horizon 2035, en matière de nutrition et d'alimentation, il s'agira de faire en sorte que :«Chaque camerounais jouisse d'une nutrition adéquate pour son épanouissement personnel et sa pleine participation au développement du pays»

A travers cette vision, la PNAN se propose de réduire significativement l'exposition des populations camerounaises aux facteurs de risques de malnutrition. Il s'agira d'un Cameroun où l'alimentation adéquate et sûre est disponible pour tous ; où l'eau potable est accessible ; où les populations adoptent des comportements alimentaires et des modes vie favorables au bien-être physique, mental et social. Un Cameroun où les personnes en situation de vulnérabilité, jouissent d'égalité de chance pour l'accès à une alimentation adéquate et où tous les obstacles à l'autonomisation de ces groupes de population au sein de nos sociétés auront été levés.

3. Principes directeurs

A partir des fondements et vision sus énoncés, la *Politique Nationale d'Alimentation et de Nutrition 2015-2035* est sous-tendue par les huit (08) principes directeurs suivants :

La complémentarité : tous les acteurs doivent œuvrer en parfaite harmonie pour une meilleure satisfaction des besoins nutritionnels et d'alimentation des populations et notamment un meilleur encadrement des personnes vulnérables

La décentralisation : les communautés de base doivent être dotées des instruments adéquats pour une meilleure efficacité d'intervention et une satisfaction appropriée des besoins nutritionnels de leurs membres.

L'approche genre : la prise en compte de la dimension genre est au centre des préoccupations de nutrition en vue de réduire tout type de disparités d'accès, souvent observées entre les hommes et les femmes dans les différents domaines tels que la santé, l'éducation et l'alphabétisation, l'accès aux ressources productives (crédit, terre, intrants), la participation à la vie politique nationale et l'information sur les bonnes pratiques nutritionnelles.

L'égalité des chances : dans toute société, il existe des différences humaines qui peuvent être liées à des facteurs tels que l'appartenance à une région, le niveau des richesses, l'âge, le sexe, l'invalidité, etc. Les êtres humains étant en principe égaux, les discriminations fondées sur ces facteurs sont inacceptables. Il appartient à la société de tenir compte de ces différences en adoptant des mesures appropriées et des attitudes tolérantes et constructives.

La participation : la promotion de l'alimentation et la nutrition est d'abord et avant tout une question d'engagement personnel et une prédisposition à changer résolument sa situation. Le principe de participation est fondamental pour la réussite des programmes de nutrition et d'alimentation. Ainsi, la participation des bénéficiaires à la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des actions entreprises en leur faveur doit être privilégiée et valorisée.

L'intersectorialité et le partenariat : Les acteurs des secteurs public et privé, de la société civile ainsi que les partenaires techniques et financiers doivent œuvrer en synergie pour l'organisation et le développement des services et interventions de nutrition.

La communication active : la mobilisation des ressources humaines, matérielles, techniques, technologiques et financières constitue un facteur d'efficacité de communication pour une saine nutrition.

La coordination sous la responsabilité de la Primature sera inclusive, dynamique et s'appuiera sur les leçons tirées du passé.

La mise en œuvre des programmes d'alimentation et de nutrition a aussi montré qu'il est possible d'améliorer la situation nutritionnelle de la population Camerounaise en capitalisant les expériences acquises et en accélérant les efforts de mise à échelle des interventions à haut impact.

IV. Le but et les objectifs de la politique nationale

But: Garantir à la population camerounaise, en particulier aux groupes les plus vulnérables, un état nutritionnel optimal leur permettant de jouir des capacités intellectuelles, physiques, psychoaffectives, pour mener une vie active, productive et contribuer à réduire les taux de morbidité et de mortalité maternelle, infantile et infanto-juvénile.

Objectifs :

Contribuer à la réduction des niveaux de sous-nutrition.

1. Contribuer à réduire la morbidité et la mortalité dues aux maladies non transmissibles dans toutes les couches de la population

2. Accroître la production et la consommation des aliments sûrs et à haute valeur nutritive, y compris dans les zones écologiques les plus vulnérables aux catastrophes naturelles (sécheresse, inondation, invasion acridienne, etc.) afin d'assurer une sécurité alimentaire durable des populations camerounaises à l'horizon 2035.
3. Garantir (assurer) la mise en place d'un système durable pour la coordination des actions d'alimentation et de nutrition menées dans les différents secteurs et à différents niveaux.
4. 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 les autres interventions des secteurs de la santé (lutte contre le paludisme, vaccination, Prise en Charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME ; PNLP ; programme de lutte contre le VIH/SIDA ; etc.), de l'Education, de l'Hydraulique de l'Agriculture et de l'Elevage, avec un accent particulier sur la participation communautaire.

V. Stratégies de la Politique

La présente Politique Nationale d'Alimentation et de Nutrition (PNAN) du Cameroun se décline selon les dix axes stratégiques ci-après :

5. 1.Promotion de l'Alimentation du Nourrisson, du Jeune Enfant, et de la nutrition de la femme enceinte et allaitante.

Au Cameroun, la quasi-totalité des enfants sont allaités (95,8%), mais seulement 31,2 % des enfants sont mis au sein dans l'heure qui suit la naissance et 28,2 % des enfants sont exclusivement allaités au sein jusqu'à l'âge de 6 mois (MICS 2014). Dans le groupe d'âges 6-23 mois, on note que seulement 39 % des enfants ont reçu des aliments des 4 groupes d'aliments ou plus, et 14 % des enfants de 0-3 mois sont alimentés au biberon (MICS 2014). Cette situation est la résultante de pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant inappropriées.

Objectifs

- Contribuer à la survie, la croissance et au développement de l'enfant par l'amélioration de l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant et à l'amélioration de la nutrition de la femme enceinte et allaitante au Cameroun d'ici 2035
- Renforcer l'environnement législatif et réglementaire pour protéger, soutenir et encourager l'alimentation infantile

Stratégies

- Promotion, soutien, protection et encouragement de l'alimentation de la mère et de l'enfant de la conception jusqu'à 5 ans, y compris en situations spéciales.
- Promotion des pratiques familiales essentielles (PFE)

5.2. Lutte contre la sous-nutrition et les carences en micronutriments

Au Cameroun, la sous-nutrition sous toutes ses formes constitue un problème de santé publique, plus particulièrement dans les régions septentrionales et à l'Est du pays. Le retard de croissance reste élevé, 31,7% selon MICS 2014. Par ailleurs, 5,2% d'enfants de moins de 5 ans souffraient de malnutrition aigüe et 14,8% souffrent d'insuffisance pondérale (*MICS 2014*).

La carence en vitamine _affecte 35% d'enfants âgés de 1 à 5 ans (FRAT 2009). Les régions les plus touchées sont le Nord 62,7%, l'Extrême-Nord 47,7% et l'Adamaoua 40,5%. Les troubles de la carence iodée (TCI), les carences en fer et la carence en zinc sont présentes dans la plupart des régions du Cameroun. Chez les femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) les carences en zinc et l'anémie sont respectivement de 76,9% et 38,8%. Chez les enfants âgés de 12 à 59 mois, les carences en zinc et l'anémie sont de 69,1% et 57,6%, respectivement (FRAT 2009).

Objectifs

- Réduire les prévalences du retard de croissance de l'insuffisance pondérale et les carences en micronutriments en dessous des seuils définis par l'OMS comme problème de santé publique.
- Réduire les prévalences de la malnutrition aigüe globale dans les zones les plus touchées (prévalences supérieure à 5%).

Stratégies

- Promotion d'un paquet d'interventions intégrées sur la lutte contre les sous-nutritions notamment la malnutrition chronique.
- Accroissement des apports en micronutriments
- Promotion de la surveillance nutritionnelle, notamment à assise communautaire.

5.3. Prévention et prise charge de la maladie chez l'enfant, la femme enceinte ou allaitante

Les maladies infectieuses restent prédominantes chez les enfants et contribuent à maintenir ou à aggraver la malnutrition. Selon MICS5 (2014), les maladies diarrhéiques touchent 20% d'enfants de moins de cinq ans dont 25,2% ont recherché des soins et seulement 5,2% ont été traité avec le SRO/Zinc. La fièvre affecte 25,6% des enfants. Un peu plus de la moitié des enfants (54,8%) ont dormi sous une moustiquaire imprégnée. Ce taux est de 52,3% chez les femmes enceintes. Seulement 26,0% des femmes enceintes ont pris trois doses de traitement préventif intermittent pendant la dernière grossesse. Les infections respiratoires aiguës affectent 4% des enfants avec 40,7% qui ont été traités avec un antibiotique.

Objectifs:

- 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

Stratégies

- PCIME clinique et communautaire
- Campagnes de masse

5.4. Sécurité alimentaire des ménages et sécurité sanitaire des aliments

S'agissant de l'insécurité alimentaire des ménages au Cameroun, selon « l'Analyse Globale de la Sécurité Alimentaire et la Vulnérabilité (CFSVA mai 2014) », en zone rurale, 9,6 % des ménages étaient en insécurité alimentaire (2,2% sous une forme sévère et 7,4% sous une forme modérée) et en zone urbaine c'était 6,7% des ménages qui étaient en insécurité alimentaire (0,7% sévère et 6% modérée). Ces ménages ont une consommation alimentaire qui n'est pas satisfaisante. A titre d'exemple, en 2010, la consommation de viande au Cameroun était de 13.3 kg/habitant/an, en deca du standard de la FAO qui est de 42 kg/habitant/an. S'agissant du niveau de disponibilité énergétique par tête d'habitant publié par la FAO, était estimée à 3164 kcal pour le Cameroun en 2008, nettement supérieur au seuil fixé par la FAO (2400 kcal) ». Cependant entre 2012 et 2014 le nombre de personnes sous-alimentées au Cameroun était évalué à 2300000 habitants soit 13.5% de la population totale.

Dans le domaine de la sécurité sanitaire des aliments, le risque de rencontrer sur nos marchés des denrées alimentaires improches à la consommation demeure encore élevé bien que très peu de chiffres existent pour étayer cette affirmation.

Objectifs :

- Assurer le bien-être sanitaire et nutritionnel des populations Camerounaise en garantissant la disponibilité qualitative et quantitative des denrées alimentaires pour lutter contre la faim et la pauvreté(ODM/ODD)
- Promouvoir la consommation des aliments à fortes valeurs nutritives pour les groupes vulnérables, femmes et enfants et autres groupes spécifiques dans le pays
- Assurer une bonne qualité nutritionnelle, microbiologique, chimique et organoleptique des aliments consommés au Cameroun.
- Assurer la production, la disponibilité et la consommation des denrées alimentaires et l'accès à la nourriture à chaque camerounais en quantité et qualité adéquate

Stratégies

- accroissement, diversification et intensification de manière durable, les productions agricoles, animales et halieutiques
- renforcement de la capacité nationale à constituer des stocks de sécurité, à la transformation et à la conservation des aliments
- Redynamisation du système de veille et d'intervention pour réduire les effets de l'insécurité alimentaire conjoncturelle
- promotion de la production et de la consommation des denrées alimentaires à haute valeur nutritive notamment riches en micronutriments
- Renforcement du cadre législatif et réglementaire pour le contrôle de la qualité des aliments ;
- Renforcement du système de la surveillance de la qualité des aliments sur le marché et au niveau des sites de production, de distribution et de restaurations collectives.

5. 5.Eau, Hygiène et Assainissement

Au Cameroun, la situation en matière d'eau, d'hygiène et d'assainissement est préoccupante. En 2010, une enquête menée auprès des ménages (ECAM 3), estimait que qu'un tiers de la population totale avait accès à une installation d'assainissement améliorée, et plus de la moitié à une installation traditionnelle rudimentaire. L'OMS estime qu'au Cameroun les mauvaises conditions d'alimentation en eau,

assainissement et hygiène sont à l'origine de 13,4% des maladies. Il convient de rappeler que le faible accès à l'eau potable et à l'assainissement de base figurent parmi les causes sous-jacentes des maladies hydriques, notamment les diarrhées qui favorisent la malnutrition.

Objectifs

- 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 les autres programmes Eau, Hygiène et Assainissement

Stratégies

- Renforcement de la politique d'approvisionnement en eau potable et assainissement en milieu rural et dans toutes les régions du pays
- Renforcement du Partenariat Public Privé dans le domaine du WASH
- Renforcement des actions de « WASH in Nutrition»
- Renforcement des capacités des agents de nutrition dans le domaine du WASH

5.6. Lutte contre la surnutrition et les maladies liées à l'alimentation et aux modes de vie

Le Cameroun, fait face à l'émergence des maladies chroniques non transmissibles. Ces maladies sont pourtant évitables par des interventions ciblant leurs facteurs de risque communs tels que l'alimentation inadéquate, le tabagisme, les changements des modes de vie, la sédentarité et l'usage abusif de l'alcool.

L'enquête STEPS conduite en 2004, a déterminé une prévalence nationale du diabète de 6% et celle de l'hypertension artérielle à 24% (www.who.int/chp/steps/STEPS_Cameroun.pdf). Selon l'OMS (*Global status report on NCD, 2010*) la prévalence de l'hypertension au Cameroun en 2008 était de 39,6% chez les hommes et 34,2% chez les femmes. Les résultats d'une enquête du Comité National d'Épidémiologie sur la population générale de 2003, révèlent que l'obésité affecte 16% de la population et le surpoids 27%.

La prévalence du surpoids chez les enfants de moins de 5 ans était de 6,2% en 2011(EDS, 2011). Celle-ci est particulièrement élevée chez les enfants dont les mères ont un surpoids (10%), chez les enfants des régions du Littoral, du Nord-Ouest et de l'Ouest (11% dans chacune) et à Yaoundé (8%). En 2014, 6,7% d'enfants de la même tranche d'âge sont obèses. L'enquête MICS 2014 révèle que plus de la moitié des hommes et près du tiers des femmes ont consommé au moins une boisson alcoolisée avant l'âge de 15 ans.

Objectifs :

- Contribuer à la réduction de la prévalence des maladies liées à la nutrition et aux modes de vie.
- Assurer la prise en charge diététique des personnes souffrant des maladies liées à la nutrition et aux modes de vie

Stratégies :

- Promotion des comportements et modes de vie favorables à la santé y compris chez les enfants de moins de 18 ans;
- Dépistage et prise en charge globale des maladies non transmissibles dans les formations sanitaires et au niveau de la communauté;
- Surveillance des maladies liées à l'alimentation et aux modes de vie.

5.7. Préparation et réponse aux urgences et résilience des communautés.

Le Cameroun fait face à des crises de divers ordres (inondations, sécheresse, invasion des criquets, destruction des champs par les pachydermes, éruptions volcaniques, les épidémies récurrentes, insécurité, etc.). Par ailleurs, le Cameroun est entouré des pays qui ont connu une longue période de troubles sociopolitiques et ayant favorisé un afflux important de réfugiés dans son territoire ainsi que des déplacés internes. En juillet 2015 (HCR), le Cameroun héberge plus de 247 596 Réfugiés Centrafricains et 56 800 réfugiés Nigérians et plus 81700 déplacés Internes. Face à la récurrence des crises, les communautés sont souvent mal préparées à apporter des réponses adéquates.

Objectifs :

- Contribuer à sauver des vies en cas de crises et de catastrophes et de répondre à toute aide humanitaire dans le pays.
- Développer et mettre en place des mécanismes de résilience à tous les niveaux

Stratégies

- Coordination de la participation de tous les intervenants dans la préparation et la réponse aux urgences
- Renforcement de la préparation aux urgences et de la prise en charge des victimes
- Amélioration des capacités opérationnelles des intervenants et des communautés
- Implication des collectivités locales décentralisées dans la préparation et la gestion des crises.

5.8. Recherche, formation et renforcement des capacités dans le domaine de la nutrition et l'alimentation

Au Cameroun on constate que la nutrition ne figure pas clairement dans les curricula comme matière d'enseignement dans les différents ordres d'enseignements, et notamment dans le système francophone. Dans le cycle supérieur, il existe 5 programmes de nutrition dont 4 au cycle de Licence et un au cycle de Master (Assessment of current capacity for human nut training in Cam, 2014). Le contenu de ces programmes ne tient pas toujours compte des priorités du pays dans le domaine de la nutrition humaine. La plupart des recherches en alimentation et nutrition sont des études descriptives ou transversales avec très peu de travaux d'interventions. Les ressources logistiques, matérielles et financières allouées à la recherche sont insuffisantes. On note également une faible représentativité des spécialistes de nutrition dans les services de santé, l'absence d'un corps de professionnels de nutrition dans le statut de la fonction publique.

Objectif:

Mettre à la disposition de la communauté nationale des professionnels de tous les niveaux et des évidences scientifiques pour la résolution des problèmes nutritionnels.

Stratégies

- Intégration de l'enseignement de l'alimentation et de la nutrition à tous les niveaux (maternel, primaire, secondaire et supérieur) en tenant compte des réalités nutritionnelles du pays
- Renforcement du volet de la recherche d'intervention dans le domaine de l'alimentation et la nutrition orientée vers les priorités nationales et vulgarisation des résultats
- Plaidoyer pour l'allocation des ressources et le recrutement des professionnels en alimentation et nutrition et la création de leur corps de métier au niveau de la fonction publique.
- Renforcement des capacités des différents acteurs en Alimentation et Nutrition

5 .9 . Accompagnement alimentaire et nutritionnel des personnes socio économiquement vulnérables

Malgré la reprise de la croissance économique, les niveaux de pauvreté restent encore élevés. En 2010, le rapport sur le Développement Humain classe le Cameroun parmi les pays les moins nantis du monde (131^{ème} sur 179 pays). Près de 40% de la population vit en-deçà du seuil de pauvreté monétaire. Dans l'ensemble, les niveaux de pauvreté dans les zones rurales sont passés de 52,1% en 2001 à 55% en 2007. (ECAM 2007). Les couches vulnérables sont constituées de :les enfants et les femmes, les personnes âgées, les victimes d'abus physiques, de traite et de trafic, les populations autochtones, les victimes de marginalisation ou d'exclusion sociale, les malades chroniques, les victimes de sinistre et de catastrophe, les victimes des fléaux sociaux, les populations riveraines /affectées par des projets de développement, les personnes nécessiteuses et indigentes, les réfugiés, les déplacés et les orphelins et autres enfants vulnérables (OEV) ...

Par ailleurs, le profil des estimations du VIH au Cameroun dressé par le Comité National de Lutte Contre le SIDA (CNLS) en 2010 situe à 1 203 918 le nombre d'orphelins au Cameroun, dont 25,3% du VIH. (Source : *L'impact du VIH et du SIDA au Cameroun à l'horizon 2020*, CNLS, 2010). Le Rapport Mondial sur le handicap publié en 2010 par l'Organisation Mondiale de la Santé et la Banque Mondiale, situe le handicap au Cameroun à près de deux millions neuf cent dix mille (2 910 000) personnes. Le vécu quotidien de ces catégories de populations est marqué entre autre par un faible accès à une alimentation adéquate et de qualité. Prises ensemble, ces catégories socio économiquement vulnérables constituent une frange importante de la population camerounaise qui ne peut ni participer pleinement à l'effort de développement du pays, ni profiter réellement des fruits de la croissance, sans une stratégie durable d'inclusion sociale et de solidarité nationale en leur faveur, à une prise en compte de leurs besoins dans l'élaboration des politiques nationales.

Objectifs:

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

Stratégies :

- Renforcement l'offre alimentaire et les soins en nutrition et santé ;
- D'autres approches telles que les transferts en espèces, les coupons (conditionnés ou non) et l'assistance financière contre travail peuvent être envisagées.

5.10. Éducation et Communication pour le Développement (ECPD)

La communication pour le développement est l'un des moyens les plus importants d'étendre l'accès aux nouvelles opportunités d'accroître les connaissances dans le domaine de la nutrition. Elle est un processus de changement social fondé sur la promotion du dialogue entre les communautés et les décideurs à l'échelon local, régional et national.

Au Cameroun, le taux d'alphabétisation des jeunes (15-24 ans) est de 67,9% chez les femmes, contre 82,6% chez les hommes (MICS 2014). Par ailleurs, le pourcentage de personnes de 15-49 ans qui, au moins une fois par semaine, lisent un journal ou un magazine, écoutent la radio et regardent la télévision est de 5,7% chez les femmes contre 15,3% chez les hommes.

Or, L'éducation et la communication pour le développement sont fortement tributaires du taux d'alphabétisation pour la mise en œuvre des activités que ce soit au niveau individuel, communautaire,

social et politique pour le changement des comportements. L'accent sera donc mis ici sur le développement de stratégies pour le changement des comportements, le changement social, la mobilisation sociale et le plaidoyer en faveur de la nutrition.

Objectifs

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

Stratégies :

- Planification, développement et mise en œuvre du plaidoyer en faveur de l'alimentation et la nutrition
- Promotion de la mobilisation sociale et participation communautaire
- Renforcement de la Communication pour le changement de comportement et social en matière d'alimentation et nutrition

VI. Résultats attendus en liens avec les OMD/ODD

Les résultats attendus de la PNAN au Cameroun sont la réduction des taux de mortalité néonatale, infantile et infanto juvénile liée à la sous-nutrition et à la surnutrition (OMD 1, 4, 5). Le Cameroun se fixe pour délai l'année 2020 pour voir ces résultats atteints. (cf. tableau des OMD joints en annexe,1).Les trois autres OMD qui figurent dans le tableau impactent positivement sur la réduction de la malnutrition infantile. Parmi les Objectifs du Développement Durables (ODD), figure en deuxième position « Eliminer la faim, assurer la Sécurité alimentaire, améliorer la Nutrition et promouvoir l'agriculture durable». Cet objectif des ODD est en parfaite harmonie avec ceux des OMD dont il est le continuum.

VII. Le cadre institutionnel de mise en œuvre de la PNAN

La mise en œuvre de la politique nationale d'alimentation et de nutrition exigera la mise en place d'un cadre institutionnel souple et crédible permettant de réduire la dispersion des différentes formes d'interventions et la multiplicité de procédures de financement ou de mécanismes de gestion de l'aide octroyée par les différents partenaires au développement.

7.1.Description du cadre institutionnel

En s'inspirant des expériences des autres pays, et tenant compte du fait que le Cameroun s'est engagé dans les initiatives nouvelles (SUN, Vision 2035), et que la réussite de celles-ci exigent la multisectorialité, il est retenu de mettre en place au niveau de :

1. La Primature:un Conseil National de l'Alimentation et de la Nutrition du Cameroun (CONANC) ou Cameroon National Food and Nutrition Council (CNFNC)

Ce conseil National aura pour attributions :

- approuver les politiques et les plans d'action sectoriels et intersectoriels d'alimentation et de nutrition.

- veiller à la prise en compte de la nutrition dans l'ensemble des stratégies nationales (Plan de Développement économique et Social 2015-2020, Vision 2035, Plans de développement communaux, politiques et programmes sectoriels) ;
- suivre la mise en œuvre intersectorielle à travers les bilans annuels ;
- faire le plaidoyer pour une mobilisation importante des ressources en faveur de la nutrition et de l'alimentation

2. Au Niveau National: une structure permanente de coordination sera créée et logée dans les Services du Premier Ministre. Elle sera chargée de la gestion quotidienne des activités et de l'élaboration d'un plan multisectoriel d'alimentation et de nutrition au niveau national au travers des administrations techniques concernées.

3. Au Niveau régional: Les gouverneurs des régions seront chargés de la coordination des activités des différents secteurs à leur niveau au nom de la structure permanente de coordination

4. Au niveau départemental: La structure (Point Focal) sera logée à la préfecture.

5. Au niveau de la commune: Le maire sera chargé de la coordination de la PNAN

VIII. Suivi et Evaluation

Le Conseil National de l'Alimentation et de la Nutrition du Cameroun (CONANC) ou Cameroon National Food and Nutrition Council (CNFNC) assurera le suivi de la politique nationale d'Alimentation et de Nutrition dans son ensemble par sa coordination technique. Les indicateurs de suivi et la périodicité de la collecte des données nécessaires seront consignés dans les plans d'action intersectoriels d'Alimentation et de Nutrition de façon plus détaillée (tableau 1). Pour être efficace et exhaustif, le suivi évaluation de la mise en œuvre de la PNAN exige la pleine participation de tous les acteurs impliqués dans la mise en œuvre du Plan d'action Stratégique de la PNAN.

La coordination technique travaille en étroite collaboration avec les différentes délégations régionales des administrations sectorielles pour le suivi-évaluation axé sur les résultats de la PNAN.

Au niveau déconcentré, les Commissions régionales, départementales et communales assurent le suivi participatif et l'évaluation de la mise en œuvre du Plan d'Action de la Politique.

Les informations sur la situation alimentaire et nutritionnelle et sur les activités mises en œuvre feront l'objet de rapports périodiques deux fois par an.

Les revues de la mise en œuvre de la politique nationale de nutrition se feront et tous les cinq ans. Les revues annuelles sont des évaluations internes basées sur la planification et l'exécution des activités de nutrition et d'alimentation programmées par les secteurs concernés à différents niveaux. Les revues quinquennales sont à la fois internes et externes et prendront en compte aussi bien des indicateurs de résultats que les indicateurs d'impacts (tableau1) en rapport avec les interventions programmées dans les plans intersectoriels. A la fin de chaque évaluation quinquennale, un Forum de réflexion sur les questions d'Alimentation et de Nutrition sera organisée au Cameroun en vue de réorienter et de recadrer les actions dans l'élaboration d'un nouveau Plan d'Action de la Politique nationale pour les cinq années suivantes en rapport avec l'atteinte des Objectifs du Millénaire et du Développement Durable (OMD/ODD).

Conditions de succès de la présente PNAN:

Afin de disposer de structures efficaces pour la mise en œuvre réussie de la politique nationale et du Plan stratégique d'alimentation et de nutrition du Cameroun, un effort particulier doit être déployé par le gouvernement pour renforcer les structures ci-dessus décrites depuis la Primature (CONANC/CNFNC) en passant par le Comité technique et dans les secteurs clés de la Santé, de l'Agriculture, de l'Eau...etc. et jusqu'aux niveaux des régions et des communes. Des allocations budgétaires propres avec des ressources humaines qualifiées sont un gage de succès de la PNAN à l'horizon 2035.

IX ANNEXS

ANNEXE1. Les six principaux OMD qui ont des liens avec l'alimentation et la Nutrition

Objectif	Effet de la malnutrition
OMD 1 : réduire l'extrême pauvreté et la faim	La malnutrition affaiblit le capital humain en provoquant des effets irréversibles et intergénérationnels sur le développement cognitif et physique
OMD 2 : assurer l'éducation primaire pour tous	La malnutrition réduit les chances pour un enfant d'aller à l'école, de rester à l'école et de bien travailler
OMD 3 : promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes	Les préjugés contre les femmes dans le domaine de l'accès aux ressources alimentaires, de santé et de soins peuvent entraîner la malnutrition, et restreindre l'accès des femmes aux actifs. La résolution du problème de la malnutrition autonomise davantage les femmes que les hommes.
OMD 4 : réduire la mortalité infantile	La malnutrition est directement ou indirectement associée à la plupart des décès d'enfants, et elle constitue le principal facteur contribuant à la charge de morbidité dans le monde en développement.
OMD 5 : améliorer la santé maternelle	La santé maternelle est compromise par la malnutrition, qui est associée à la plupart des grands facteurs de risque relatifs à la mortalité maternelle. Le retard de croissance et la carence en fer et en iode chez la mère posent tout particulièrement de graves problèmes.
OMD 6 : combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies	La malnutrition peut accroître le risque de transmission du VIH, compromettre la thérapie antirétrovirale, et accélérer le déclenchement du sida clinique et le décès prématuré. Elle accroît les risques d'infection par la tuberculose, ce qui entraîne la maladie, et elle réduit par ailleurs les taux de survie au paludisme.

Seuls les OMD 1, 4, 5 ont des liens directs avec les activités et objectifs de la PNAN mais les 3 autres ont un impact positif sur le nourrisson et le jeune enfant , améliorant du même coup leur état nutritionnel.

Annexe 2. Tableau 2. : Indicateurs de suivi et d'évaluation de la PNAN au Cameroun

Type d'indicateurs	Indicateurs	PéIODICITÉ de collecte	Sources
Impact	Prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de 6-59 mois	3-5 ans	Enquêtes MICS et EDS
	Prévalence de la malnutrition aiguë chez les enfants de 6-59 mois	3-5 ans	Enquêtes MICS et EDS
	Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de 6-59 mois	3-5 ans	Enquêtes MICS et EDS
	Prévalence de l'anémie chez les enfants de moins de cinq ans, et chez les femmes en âge de procréer	5 ans	Enquêtes MICS et EDS
	Prévalence du déficit énergétique chronique et de surpoids chez les femmes en âge de procréer	3-5 ans	Enquêtes MICS et EDS
	Valeur médiane d'iode urinaire	3-5 ans	Enquêtes TDCI
Pratiques alimentaires	Taux de l'allaitement maternel exclusif chez les nourrissons de moins de six mois	3-5 ans	Enquêtes MICS,EDS
	% d'enfants de 6 à 23 mois avec un régime alimentaire minimal acceptable	3-5 ans	Enquêtes MICS,EDS
	Score de diversité alimentaire des ménages	Avant et après la mise en œuvre des programmes de nutrition et sécurité alimentaire	Enquêtes sécurité alimentaire – vulnérabilité et nutritionnelles
Sécurité alimentaire	Indice de vulnérabilité à la sécurité alimentaire ; les taux de vulnérabilité à l'insécurité alimentaire ; valeur moyenne de la production alimentaire ; Production et Consommation moyenne de protéine ; approvisionnement moyen protéines d'origine animale	Tous les ans	Enquêtes sécurité alimentaire – vulnérabilité et nutritionnelles
WASH	-% de membres de ménages utilisant des sources d'eau de boisson améliorées % de membres de ménages utilisant des toilettes améliorées qui ne sont pas partagées	Tous les 1 à 5ans	Enquêtes MICS et EDS

IX. Documents consultés

1. République du Cameroun - Document de Vision Partagée du Développement au Cameroun à l'horizon 2035- « LE CAMEROUN : UN PAYS EMERGENT, DEMOCRATIQUE ET UNI DANS LA DIVERSITE» cité dans DSCE 2010-2020
2. République du Cameroun: Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi- 2010-2020
3. République du Cameroun: DSRP: Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté 2003
4. République du Cameroun: Feuille de route pour la Réduction de la malnutrition chronique au Cameroun -septembre 2014
5. République du Cameroun: La Population du Cameroun en 2010- 3e RGPH (MINPAT)
6. République du Cameroun : Stratégie GENRE
7. MINSANTE- Stratégie Sectorielle du Secteur Santé (SSS) 2010-2015
8. MINSANTE - Politique Nationale d'Alimentation et de Nutrition 2006-2011
9. MINSANTE - Plan National d'Alimentation et de Nutrition 2006-2011
10. MINSANTE- Protocole National de Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition aigüe 2013
11. MINSANTE -2010- Impact du VIH/SIDA au Cameroun à l'horizon 2020
12. MINSANTE- Enquête STEPS au Cameroun - 2004
13. MINPAT: -INS- Enquêtes Camerounaises des Ménages-ECAM 1, 2, 3,
14. MINADER- Stratégie du Secteur Agricole -2010
15. MINADER- Analyse Globale de la Sécurité Alimentaire et de la Vulnérabilité au Cameroun (CFSAM 2013)
16. MINEE: Stratégie du Secteur EAU
17. MINEE: Stratégie Nationale du Secteur Assainissement
18. MINDUB: Document de Stratégie du Secteur de l'Education et la Formation 2013-2020
19. Assemblée Mondiale de la Santé. Code International de Commercialisation des substituts du laitmaternel. OMS, Genève, 1981.<http://www.who.int/nut/documents/code>
20. UNICEF-2010- La situation de l'Enfant et de la Femme au Cameroun

21. OMS – Enquête pour la surveillance des facteurs de risques de maladies chroniques STEPS) au Cameroun 2004
22. Banque Mondiale-2010-Replacer la Nutrition au cœur du Développement- Stratégie d'intervention à grande Echelle.
23. SUN- Scaling Up Nutrition (2010-USAID, Canada, BanqueMondiale, Japon
24. Renewed Effort Against Child Hunger and under nutrition REACH (OMS. UNICEF, FAO, PAM- 2008)
25. FAO/OMS. Déclarationmondiale et Plan d'action pour l'alimentation. FAO/OMS, Rome, 1992. http://www.who.int/nut/documents/icn_declaration.pdf
26. FAO/OMS. Déclarationmondiale de Rome- Cadre d'Action CIN 2- 21 novembre 2014
27. FAO/OMS. Déclarationmondiale de Rome sur la Nutrition CIN 2 - 19-21 novembre 2014
28. DHS-Cameroun Surveys- 1991-1998 2004
29. Enquête à Indicateurs Multiples MICS-2006 Cameroun
30. Enquête à Indicateurs Multiples MICS-2011 Cameroun
31. Enquête à Indicateurs Multiples MICS5 -2014
32. Enquête Nutritionnelle SMART dans six Régions du Cameroun (Extrême Nord, Nord, Adamaoua, Nord-Ouest, Est et Sud)décembre 2012
33. Enquête Nutritionnelle SMART dans quatre Régions du Cameroun (Extrême Nord, Nord, Adamaoua, et Est),
34. Maternal and Child Under-nutrition. The Lancet Series. 2008 : <http://www.the-lancet.com/collections/séries> – nos 1 à 4