



BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE NUTRITION



POINT FORT

Revue des données de nutrition

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

Par **Dr HASSAN BEN BACHIRE**, Directeur de la Promotion de la Santé

SOMMAIRE

- I. Contexte
- II. Initiation de l'allaitement maternel
- III. Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aigue Sévère (PCIMAS)
- IV. Supplémentation en Vitamine A en routine
- V. Activités phares de nutrition
- VI. Défis et perspectives

Chers décideurs, partenaires, collaborateurs et acteurs de santé publique,

La nutrition est un pilier essentiel de la santé et du développement. Elle renforce l'immunité, favorise une croissance harmonieuse et réduit la vulnérabilité aux maladies. La surveillance des carences, de la malnutrition, des maladies non transmissibles et des risques alimentaires demeure cruciale pour orienter les actions de prévention et de réponse.

Ce bulletin épidémiologique présente les dernières données et tendances sur la situation nutritionnelle au Cameroun.

Nous remercions les acteurs de terrain et les partenaires pour leur engagement dans la collecte et le partage des données, qui renforcent notre système de surveillance. Nous vous invitons à consulter ce bulletin et à poursuivre la collaboration qui soutient la santé nutritionnelle de nos populations.

Ensemble, continuons à œuvrer pour un meilleur état nutritionnel au Cameroun.

CONTEXTE

Triple fardeau de la malnutrition et Sécurité Sanitaire des Aliments: enjeux, défis et pistes d'actions

Au Cameroun, le triple fardeau de la malnutrition est une réalité croissante. On citera la dénutrition (émaciation ou malnutrition aigüe, insuffisance pondérale et malnutrition chronique ou retard de croissance), la surnutrition (le surpoids, l'obésité) et la carence en micronutriments ou « faim cachée » liée à l'apport insuffisant en micronutriments.

Ce phénomène est aggravé par une Sécurité Sanitaire des Aliments encore fragile, où les contaminations biologiques et chimiques représentent un risque constant, notamment dans les marchés, les cantines scolaires et les circuits informels.

Selon le **rapport annuel de nutrition 2023**, plus de **81 000** enfants ont été admis dans les centres de prise en charge pour la Malnutrition Aigüe Sévère (MAS). Les conséquences sur les plans économique, social, et sanitaire sont lourdes et durables pour les individus, les familles et la nation entière.

En 2025, 06 des 10 régions continuent de bénéficier des ressources nécessaires pour la Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aigüe (PCIMA). Il s'agit des régions de l'Extrême-Nord, du Nord, de l'Adamaoua, de l'Est, du Nord-Ouest et du Sud-Ouest.

L'année 2024 a été marquée par des défis persistants en matière de nutrition au Cameroun. Bien que des efforts aient été déployés pour prendre en charge la malnutrition aigüe, les performances sont restées mitigées, notamment dans certaines régions confrontées à des contextes sécuritaires et/ ou climatiques difficiles.

De plus, les couvertures des interventions nutritionnelles de routine, telles que la Supplémentation en vitamine A, sont restées sous optimales dans plusieurs régions. Des ruptures de stocks d'intrants et des difficultés de mobilisation des populations cibles vers les soins adéquats ont entravé les progrès.

Les chiffres parlent d'eux-mêmes:

- **29 % des enfants de moins de 5 ans souffrent de retard de croissance (EDSC 2018)**
- **47 % des femmes en âge de procréer présentent une carence en fer (PMC, 2019)**
- **14 % des femmes âgées de 15 à 49 ans sont en situation d'obésité, en hausse constante (EDSC, 2018)**
- **1 Camerounais sur 2 consomme des aliments potentiellement à risque (non lavés, mal conservés ou frelatés) (ccsenet.org)**



Face à ces constats, il est crucial de poursuivre les efforts pour améliorer la situation nutritionnelle au Cameroun par le renforcement de l'éducation nutritionnelle, la formation des acteurs de la chaîne alimentaire, la sensibilisation aux bonnes pratiques d'hygiène, et la coordination des efforts multisectoriels (santé, agriculture, eau, industrie, commerce, éducation) pour garantir un environnement alimentaire sûr et nutritif pour tous, principalement les groupes vulnérables.

INITIATION DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

Situation épidémiologique dans les 10 régions du Cameroun

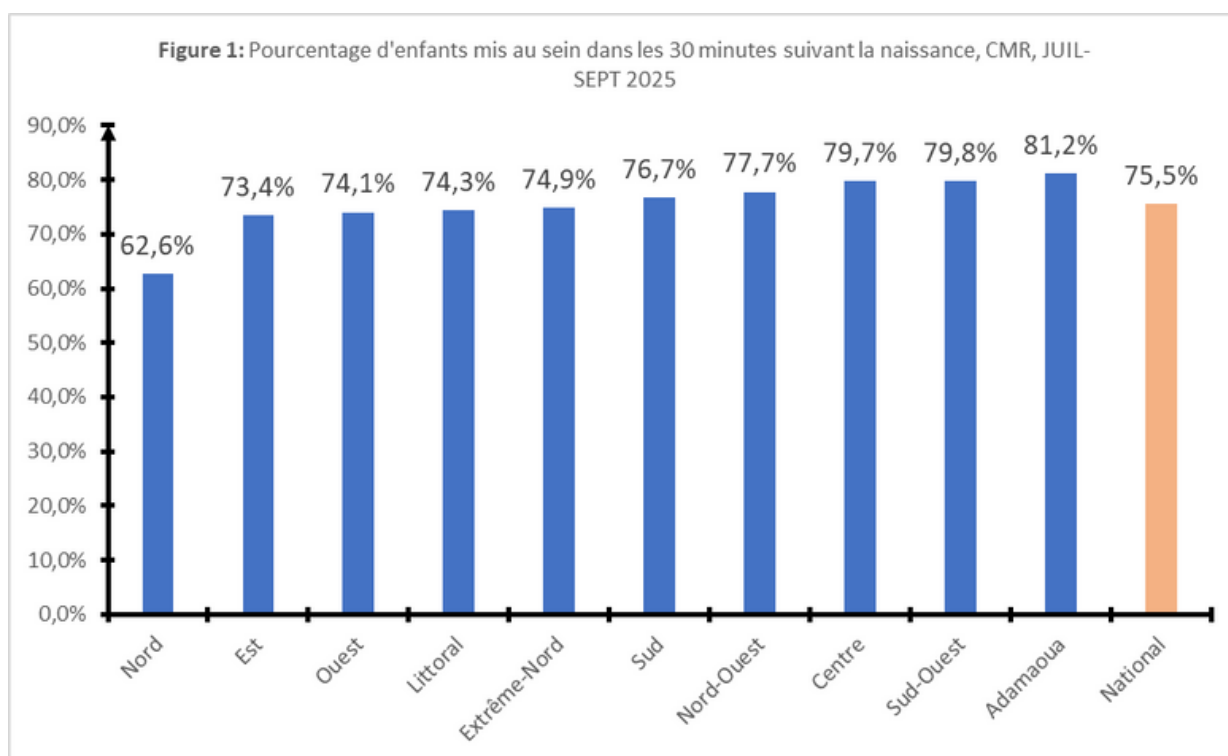
Mise au sein précoce : chaque minute compte, donner le sein dès les premiers instants de vie, c'est sauver des vies.

Mettre le nouveau-né au sein dès la naissance est essentiel pour plusieurs raisons. Cela **favorise** d'abord le **lien affectif mère-enfant** grâce au contact peau à peau et à la chaleur maternelle. Sur le plan nutritionnel, le colostrum, premier lait riche en anticorps, **protège** le bébé **contre les infections** et **renforce** son **système immunitaire**. La tétée précoce stimule aussi la production du lait maternel et aide l'utérus à se contracter, réduisant ainsi le risque d'hémorragie post-partum chez la mère. Enfin, cette pratique favorise une bonne succion et augmente les chances d'un allaitement exclusif réussi.

Ces disparités pourraient s'expliquer par plusieurs facteurs liés notamment à l'état de santé de la mère ou du nouveau-né, aux pratiques obstétricales, aux conditions du lieu d'accouchement et aux comportements culturels. Les nouveau-nés, prématurés ou malades, nécessitant des soins immédiats peuvent voir la tétée retardée. De même, les complications maternelles (fatigue, césarienne, hémorragie) peuvent aussi entraver la mise au sein dans les 30 minutes suivant la naissance. À cela s'ajoutent des pratiques hospitalières inadaptées, le manque de sensibilisation du personnel soignant, ainsi que des croyances culturelles qui conduisent parfois à retarder l'allaitement ou à rejeter le colostrum. Ainsi, même si un enfant naît vivant, il n'est pas toujours mis au sein dès la première heure.

Au troisième trimestre 2025, **121 348** naissances vivantes ont été enregistrées dans les formations sanitaires dont 91 633 (75,5%) ont bénéficié des mises au sein dans les 30 minutes suivant l'accouchement (*Figure 1*).

Malgré cette performance globale, de fortes disparités régionales subsistent. Seule la région de l'Adamaoua observe un écart réduit correspondant à 81,2% mis au sein dans les 30 minutes qui suivent la naissance. Tandis que celles de du Nord enregistre le plus grand écart correspondant à 62,6% d'enfants. Les autres régions sont autour de 70% d'enfants. Il important de rappeler que l'objectif c'est d'atteindre 100% d'enfants naissants vivants qui ont été mis au sein dans les 30 minutes qui suivent l'accouchement.



PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION AIGUE SEVERE

Situation épidémiologique dans les régions de l'Extrême-Nord, du Nord, de l'Adamaoua, de l'Est, du Sud-Ouest et du Nord-Ouest.

Au troisième trimestre de l'année 2025 (T3_2025), **22 663** nouveaux cas de malnutrition aigüe sévère (MAS) ont été admis dans les centres de prise en charge des 06 régions (Adamaoua, Est, Extrême-Nord, Nord, Nord-Ouest et Sud-Ouest) soit **2440** cas de moins qu'au troisième trimestre 2024 (T3_2024) mais **11 232** cas de plus par rapport au deuxième trimestre 2025 (T2_2025). La *figure 2* ressort les disparités par région.

Cette situation s'explique par le fait que le troisième trimestre coïncide avec la période de soudure dans les régions de l'Adamaoua, de l'Est, de l'Extrême-Nord et du Nord. L'on note aussi une légère prédominance féminine avec un **ratio H/F de 0,89** (Source de données : DHIS2, Octobre 2025).

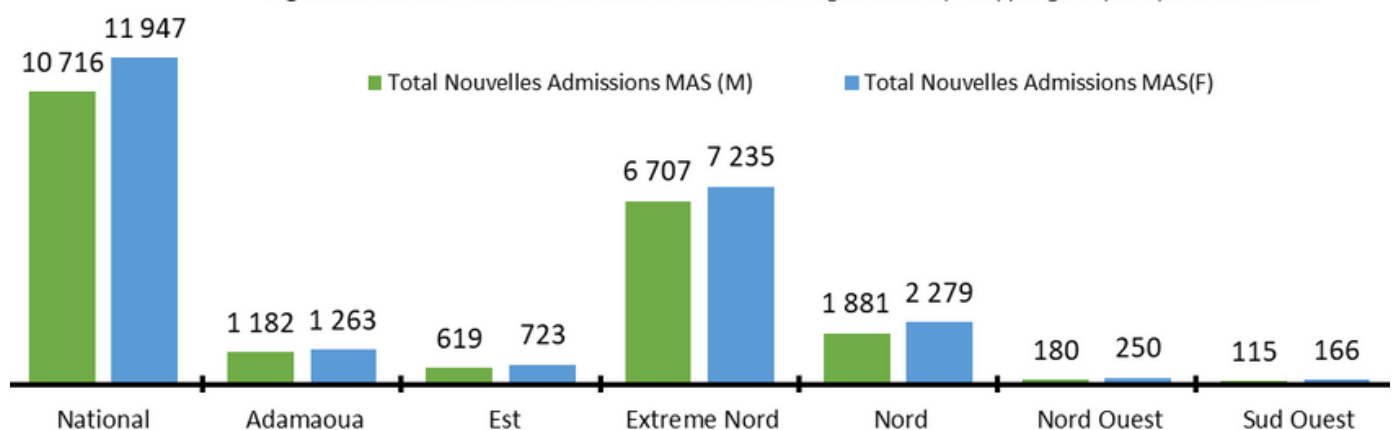
L'augmentation observée du nombre de cas enregistrés ne traduit pas nécessairement une aggravation de la situation nutritionnelle, mais pourrait être en grande partie attribuée à l'intensification des dépistages réalisés par certains partenaires sur le terrain.

En effet, ces campagnes de dépistage exhaustif ont permis de couvrir un plus grand nombre de communautés et de détecter davantage d'enfants souffrant de malnutrition, y compris ceux qui échappaient auparavant au système de surveillance.

Cette amélioration de la détection contribue ainsi à une meilleure visibilité de la situation réelle et au renforcement des interventions de prise en charge.



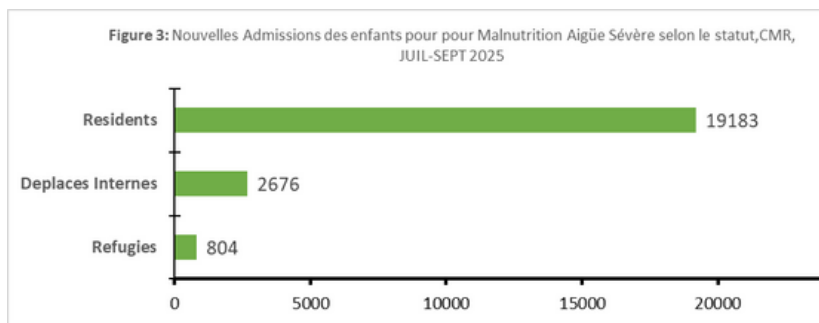
Figure 2: Total des nouvelles Admissions Malnutrition Aigüe Sévère (MAS) par genre,CMR,JUIL-SEPT 2025



PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION AIGUE SEVERE

Situation épidémiologique dans les régions de l'Extrême-Nord, du Nord, de l'Adamaoua, de l'Est, du Sud-Ouest et du Nord-Ouest.

Entre le deuxième et le troisième trimestre, le nombre total d'enfants admis dans le programme PCIMA est passé de 9 804 à **19 183** parmi les populations **résidentes (autochtones)**, de 452 à **804** chez les **réfugiés**, et de 1 174 à **1 673** parmi les **déplacés internes**.



Ces hausses pourraient s'expliquer par la combinaison de plusieurs facteurs :

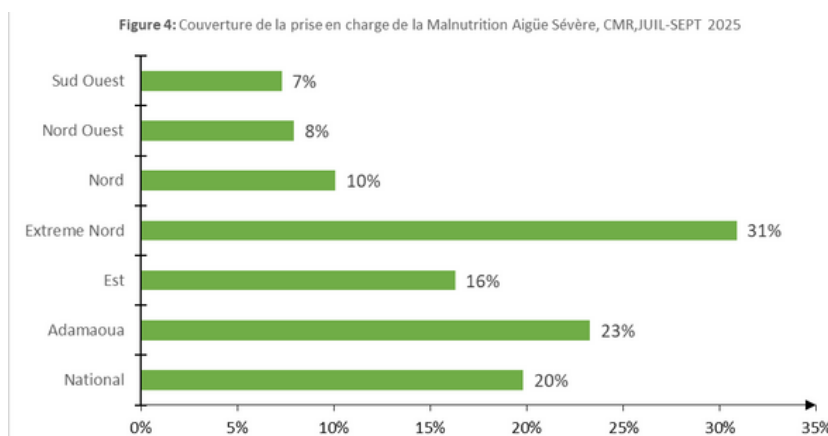
- 1) **une amélioration du dépistage actif** et de la couverture communautaire entraînant une meilleure détection des cas ;
- 2) **une détérioration de la sécurité alimentaire** liée à la période de soudure ou à la hausse des prix des denrées ;
- 3) **la résurgence de maladies infantiles** (paludisme, diarrhées, infections respiratoires) qui aggravent l'état nutritionnel ;
- 4) **des mouvements de population** (arrivées de ménages vulnérables chez les résidents ou réfugiés).

Par ailleurs, des facteurs liés à l'offre de services — comme l'augmentation de la capacité d'accueil, la disponibilité des intrants nutritionnels ou des campagnes ciblées — pourraient également expliquer tout ou une partie de ces augmentations.

Sur le plan national, le nombre **d'enfants cibles Malnutris Aigus Sévères attendus en 2025** est de **114 315**.

Arrivée au mois de septembre 2025, plus de 50% d'enfants attendus devraient déjà être pris en charge dans le programme PCIMA. Malheureusement, nous notons une couverture d'enfants cibles au total admis de **43%** avec **20%** d'enfants qui ont été admis uniquement à T3_2025.

Cette couverture reste encore faible au vu des efforts consentis par le Gouvernement et ses partenaires pour assurer la prise en charge de tous les enfants malnutris aigus sévères attendus.



La non atteinte des **50%** d'enfants cibles à prendre en charge dans le programme PCIMA pourrait s'expliquer par :

- 1) **un retard accumulé dès le premier trimestre concernant le dépistage actif** dans les communautés, lié à un manque d'activités de sensibilisation ou à la faible couverture des acteurs de dépistage.
- 2) **des difficultés d'accès aux structures de santé**, surtout en zones enclavées ou en période de pluies.
- 3) **des ruptures de stocks de produits nutritionnels** (ATPE, suppléments, médicaments) ou
- 4) **une insuffisance de personnel formé**
- 5) **un faible mobilisation communautaire ou méconnaissance des signes de malnutrition par les parents**, entraînant un retard de recours aux soins.
- 6) **un ciblage surestimé**, découlant du calcul du nombre d'enfants attendus sur la base de la prévalence de la malnutrition aigue obtenue à l'issue de l'enquête SMART 2022.

PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION AIGUE SEVERE

Performance de la prise en charge dans les régions de l'Extrême-Nord, du Nord, de l'Adamaoua, de l'Est, du Sud-Ouest et du Nord-Ouest.

Selon les normes sphères, la prise en charge est globalement satisfaisante sur le plan national et dans toutes les régions tant dans les CNAS, que dans les CNTI (tableaux 2 et 3). Ces performances sont en baisse, comparativement au trimestre précédent, mais sont dans les normes sphères (tableau 1).

Néanmoins, il est important de mettre un accent réel sur la qualité des données collectées et reportées tant dans les Rapports Mensuels d'Activités (RMA) que dans le DHIS2. Les variables sont manquantes constituent un réel frein pour une meilleure analyse des données.

Au 3ème trimestre 2025, près de **91% d'enfants** ont été guéris dans les CNAS pour 94% d'enfants traités avec succès dans les CNTI pour malnutrition aiguë sévère, au sein de ces structures de soins soutenues par les partenaires. Depuis l'arrêt des financements américains, on observe une réduction considérable des centres nutritionnels.



Tableau 1 : Normes sphères

Taux de guérison (%)	≥ 75%	< 75%
Taux d'abandon (%)	< 15%	≥ 15%
Taux de décès (%)	< 10%	≥ 10%

Tableau 2 : Performance des CNAS, T3 2025

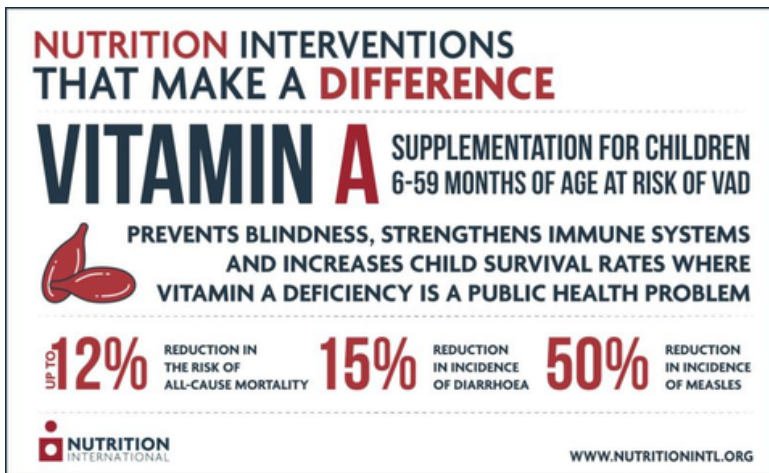
Régions	Taux de guérison(%)	Taux d'abandon(%)	Taux de décès(%)
Adamaoua	90%	8%	2%
Est	86%	13%	1%
Extrême Nord	94%	5%	1%
Nord	90%	10%	0%
Nord-Ouest	90%	8%	2%
Sud-Ouest	89%	10%	1%
National	91%	8%	1%

Tableau 3 : Performance des CNTI, T3 2025

Régions	Taux de traité avec succès (%)	Taux d'abandon(%)	Taux de décès(%)
Adamaoua	96%	3%	1%
Est	88%	9%	3%
Extrême Nord	94%	3%	3%
Nord	96%	2%	2%
Nord-Ouest	98%	1%	1%
Sud-Ouest	97%	1%	3%
National	94%	3%	3%

SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A EN ROUTINE

Intervention préventive en routine dans les formations
sanitaires des 10 régions du Cameroun



Quelques constats majeurs:

- 1) la faible intégration de la supplémentation dans les services de santé de routine (consultations de vaccination, CPN, CPS, etc.);
- 2) le manque d'approvisionnement en capsules par les FOSA;
- 3) la faible supervision du personnel de santé;
- 4) le manque de sensibilisation des parents à demander la supplémentation lors des visites dans les FOSA;
- 5) les ruptures d'intrants pour les enfants de 12-59 mois qui sont dorénavant enrôlés dans les campagnes de masse SASNIM.

Pour contribuer à y remédier, il faudrait renforcer la planification et la supervision à tous les niveaux, sensibiliser le personnel de santé sur l'importance de la Vitamine A pour la survie des enfants, assurer la disponibilité des intrants et mobiliser les communautés pour augmenter la fréquentation des services.

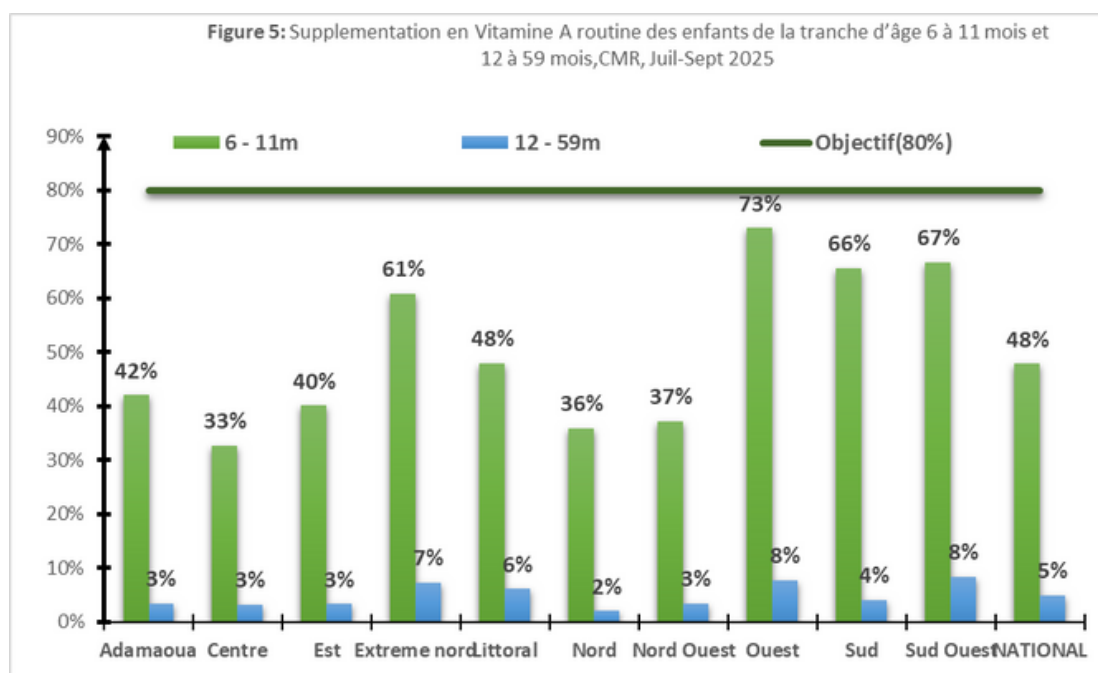


La carence en vitamine A expose les enfants à un risque accru de maladies et de décès précoces et constitue la principale cause de cécité évitable chez l'enfant.

Au troisième trimestre 2025, sur le plan national, **48%** d'enfants de la tranche d'âge de **6 à 11 mois** et **5%** de **12 à 59 mois** sont supplémentés en vitamine A en routine.

Les résultats de la SVA des enfants de **12-59mois** en routine sont en deçà de ceux de la RR2 et du VAP du PEV de routine bien que ces interventions cibles les mêmes groupes d'âge.

La figure 5 résume les disparités de la SVA dans les régions.



ACTIVITES PHARES REALISEES

Réunions de coordination et de planification des activités de nutrition et alimentation

Ces réunions se tiennent à une fréquence hebdomadaire sous la présidence de Madame le Sous Directeur de l'Alimentation et de la Nutrition.

Des réunions et des séances de travail sont tenues avec les représentants des partenaires au développement.



Atelier National de validation des résultats de la SASNIM1 2025

Du **23 au 24 juillet 2025** s'est tenu à la salle de conférence de l'hôtel United à MBANKOMO, l'atelier national d'évaluation des résultats de la SASNIM 1 2025 au Cameroun, organisé par le Ministère de la Santé Publique sous financement Helen Keller International. Y ont pris part : le personnel de la Direction de la Promotion de la Santé, les délégués régionaux du Nord-Ouest, du Sud-Ouest, du Sud, de l'Ouest et du Littoral ainsi que les représentants des délégués régionaux de l'Adamaoua, de l'Est, de l'Extrême Nord, du Nord et du Centre en plus des partenaires au développement.

Atelier de revue et validation des outils techniques et de communication de la SASNIM2 2025

Les **11 et 12 Septembre 2025**, se sont tenus à la salle de conférence de l'hôtel United à MBANKOMO les travaux de revue et de validation des outils techniques et de communication du 2^{ème} tour de la Semaine d'Actions de Santé et de Nutrition Infantile et Maternelle 2025 couplée aux Journées Locales de Vaccination de riposte à l'épidémie de Poliomyélite dans les régions du septentrion et de l'Est.



DEFIS ET PERSPECTIVES

Défis

En dépit des initiatives multisectorielles visant à renforcer la prévention et la prise en charge de la malnutrition sous toutes ses formes, l'efficacité des interventions demeure limitée par des contraintes structurelles et opérationnelles:

- **Insuffisance de ressources financières propres pour l'acquisition régulière des intrants nutritionnels essentiels** (Plumpy'Nut, laits thérapeutiques F100 et F75, Vitamine A, Fer-Acide Folique, poudres de micronutriments, supercéréales et matériel anthropométrique).
- **Financement limité pour la révision du protocole PCIMA**, qui doit être aligné sur les nouvelles directives de l'OMS.
- **Capacités techniques insuffisantes des acteurs impliqués** dans la mise en œuvre du PCIMA, limitant l'efficacité des interventions sur le terrain.
- **faible couverture** de la prise en charge des enfants atteints de malnutrition aiguë modérée (MAM).
- **Occasions manquées de supplémentation en vitamine A**, notamment lors de la vaccination contre la rougeole (RR2).
- **Ruptures fréquentes d'intrants nutritionnels dans les FOSA** affectant la continuité des services de PCIMA et la supplémentation en vitamine A.
- **Non respect du protocole qui privilégie** la mise au sein précoce du nourrisson même en cas de césarienne de la mère.

EQUIPE DE REDACTION

Dr HASSAN BEN BACHIRE, *Directeur de la Promotion de la Santé*

Dr LE KOUNGOU Epse MFEGUE Cathérine laure, *Sous-Directeur de l'Alimentation et de la Nutrition*

Mme NGEDE Epse MAHAMAT Marlyse, *Chef Service de la Diététique et des Interventions Nutritionnelles*

M. BOULOUMEGNE MOUBITANG Gustave, *Chef Bureau du Suivi-Evaluation des Activités Nutritionnelles*

Mme MAHOP Epse MEDJO Estelle Laure, *Chef Bureau des Interventions Nutritionnelles*

M. ILOUGA ILOUGA, *Chef Bureau de la Diététique*

M. YAZEU FEUYAN Frédéric, *Gestionnaire des données*

Faites un tour sur notre site internet: <https://dps.minsante.cm/>

Perspectives et pistes d'amélioration

En vue de contribuer à l'amélioration des indicateurs nutritionnels, les actions suivantes sont à envisager ou à renforcer :

- **Renforcement du plaidoyer pour la mobilisation des ressources nationales et locales** afin de garantir l'achat régulier et durable des intrants nutritionnels.
- **Plaidoyer pour l'allocation de financements dédiés à la révision et à la mise en œuvre du protocole PCIMA** conformément aux nouvelles normes de l'OMS.
- **Renforcement des capacités technique des acteurs à tous les niveaux** (formation, supervision, accompagnement technique) pour améliorer la qualité de la prise en charge.
- **extension de la couverture de la prise en charge nutritionnelle**, notamment pour les cas de MAM, à travers un maillage plus dense et une meilleure intégration communautaire.
- **Optimisation des synergies entre programmes de vaccination et supplémentation en vitamine A**, afin de réduire les occasions manquées.
- **Amélioration de la logistique et de la gestion des stocks** pour assurer la disponibilité continue des intrants essentiels de la PCIMA et des vitamines jusque dans les FOSA.

CONTACTS UTILES

677711392 / 695469606/
697227228

m_ngede@yahoo.com
boulougustave@yahoo.fr
feutap@_yahoo.fr