



**ANALYSE CONJOINTE DU PAYSAGE DES INTERVENTIONS
DES PROGRAMMES WASH ET DE LUTTE CONTRE LES
MALADIES TROPICALES NÉGLIGÉES AU CAMEROUN**

Consultants

Pr ZOUNG-KANYI BISSEK Anne Cécile

NDIÉ Justin

ELOUNDOU ONGUENE Guy Christophe

KETCHAJI Alice



SOMMAIRE

SOMMAIRE	I
RÉSUMÉ EXÉCUTIF	II
LISTE DES ABRÉVIATIONS, ACRONYMES ET SIGLES	IV
LISTE DES TABLEAUX	VII
LISTE DES FIGURES	X
CHAPITRE 1 : CONTEXTE GÉNÉRAL DE L'ÉTUDE	1
CHAPITRE 2 : MÉTHODOLOGIE	3
CHAPITRE 3 : RÉSULTATS.....	12
CHAPITRE 4 : DISCUSSION.....	64
CONCLUSION	71
RECOMMANDATIONS	72
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	73
ANNEXES.....	I
TABLE DE MATIÈRES	XLI

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Contexte : Les Maladies Tropicales Négligées (MTN) sévissent au sein des populations pauvres dans le monde et constituent un fardeau à la fois sanitaire et économique pour ces dernières. Au Cameroun, bien que les MTN figurent parmi les priorités de santé du Gouvernement, elles restent géographiquement réparties dans certains districts de santé avec une forte endémicité des géohelminthiases dans tous les districts de Santé. Les facteurs favorables étant d'une part, le faible accès aux services de base (eau potable et installations sanitaires), l'insuffisance de la pratique des règles d'hygiène individuelle, collective et environnementale et la faible intégration des activités du programme WASH dans la prévention et la prise en charge des MTN d'autre part.

Objectif : L'objectif de l'étude était de faire une analyse conjointe du paysage relative aux interventions des programmes WASH et de lutte contre les maladies tropicales négligées au Cameroun.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude qualitative déroulée du 10 juillet au 20 septembre 2019 qui a impliquée les acteurs intervenant dans les activités de mise en œuvre du WASH et lutte contre les MTN du niveau Central, Régional, Périphérique de 04 départements ministériels et les Partenaires Techniques et Financiers. L'étude s'est déroulée en trois principales phases notamment la réunion avec les parties prenantes, la revue documentaire et les entretiens individuels approfondis avec les différents informateurs clés. La collecte de données s'est déroulée du 15 au 26 juillet 2019 et s'est focalisée sur trachome, géohelminthiases, schistosomiasis, filariose lymphatique et onchocercose pour ce qui est des MTN. L'éthique de la recherche en santé humaine a été respectée dans le cadre de cette étude.

Résultats : L'analyse situationnelle du paysage des interventions des programmes WASH et de lutte contre les MTN a montré que :

Tous les districts de santé du Cameroun sont endémiques à au moins une MTN. Les géohelminthiases sont présentes dans tous les districts de santé, la filariose lymphatique dans 152 districts, l'onchocercose dans 113 districts, la schistosomiasis dans 85 districts et le trachome dans 17 districts de santé de 02 Régions (Nord et Extrême-Nord). Près de 18% des ménages utilisaient l'eau provenant des puits ou sources non protégées et l'accès à l'eau dans les écoles était resté très faible (18%) dans les Régions de l'Adamaoua, de l'Est, de l'Extrême-Nord et du Nord. La défécation à l'air libre était davantage pratiquée au sein des populations très pauvres (28,5%). Seulement 47,1% d'établissements préscolaires et 44,1% d'établissements primaires disposaient d'ouvrages d'assainissement des excréta.

- ***Quelques points positifs*** : l'existence d'un comité national de coordination et de suivi de l'initiative WASH au MINEE ; l'existence d'un plan directeur de lutte contre les MTN intégrant les thématiques liées au WASH au MINSANTE et des bonnes pratiques d'intégration des activités WASH et de lutte contre les MTN
- ***Quelques faiblesses*** : la faible collecte des données de routine sur le WASH et les MTN, la faible harmonisation, centralisation et actualisation des données sur le WASH et les MTN, la non fonctionnalité du comité national de coordination et de suivi de l'initiative WASH au MINEE, la forte dépendance des activités WASH et de lutte contre les MTN par rapport au financement extérieur, l'absence d'un plan de communication WASH/MTN, la verticalité de la mise en œuvre des activités WASH et de lutte contre les MTN dans chaque secteur et la rareté des activités conjointes du WASH et de lutte contre les MTN.
- ***Quelques opportunités*** : la création et la mise en fonctionnement du Ministère de la Décentralisation et du Développement Local.

Recommandations :

▪ **Appui technique et financier au MINSANTE pour :**

- Mettre en œuvre le plan directeur ;
- Mobiliser les fonds additionnels pour la mise en œuvre du plan directeur ;
- Élaborer un plan de communication conjoint WASH et de lutte contre les MTN.

▪ **Appui technique et financier au MINEE pour :**

- Réviser de l'arrêté portant organisation du comité national de coordination WASH ;
- Rendre fonctionnel le cadre de coordination conjoint des interventions WASH et de lutte contre les MTN ;
- Mettre en place d'une banque de données sur les acteurs et PTF de mise en œuvre des activités conjointes des programmes MTN et WASH.

▪ **Appui technique et financier transversal**

- Former au plaidoyer commun du programmes WASH et de lutte contre les MTN ;
- Explorer les possibilités offertes par le MINDDEVEL pour une mise en œuvre conjointe des activités du WASH et de lutte contre les MTN.

LISTE DES ABRÉVIATIONS, ACRONYMES ET SIGLES

ADRA : Adventist Development and Relief Agency

AMM : Administration de Masse des Médicaments

AEP : Approvisionnement en Eau Potable

AP2D : Association pour la Promotion du Développement Durable

ATPC : Assainissement Total Piloté par la Communauté

BDSP : Base de Données de Santé Publique

CAP : Connaissances, Attitudes et Pratiques

CDBPSH : Centre de Développement des Bonnes Pratiques en Santé Humaine

CDMT : Cadre de Dépenses à Moyen terme

CHAST : Child Hygiene And Sanitation Training

DAL : Défécation à l'Air Libre

DEP : Direction des Études et la Planification

DGRE : Direction de la Gestion des Ressources en Eau

DHIS : District Health Information System

DLMEP : Direction de la Lutte contre les Maladies, les Épidémies et les Pandémies

DMRE : Directeur de la Mobilisation des Ressources en Eau

DOVAS : Direction de l'Orientation, de la Vie et de l'Assistance Scolaires

DPS : Direction de la Promotion de la Santé

DROS : Division de la Recherche Opérationnelle en Santé

DRSP : Délégation Régional de la Santé Publique

DS : District de Santé

DSCE : Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi

EDS : Enquête Démographique et de Santé

FDAL : Fin de la Défécation à l'Air Libre

FOSA : Formation Sanitaire

iA : Innovation Africa

IMC : International Medical Coprs

IRC : International Rescue Committee

M.A. SANTE : Meilleures Accès aux Soins de Santé

MICS : Multiple Indicators Cluster Survey

MINATD : Ministère de l'Administration Territoriale et de la Décentralisation

MINDDEVEL : Ministère de la Décentralisation et du Développement Local

MINEDUB : Ministère de l'Éducation de Base

MINEE : Ministère de l'Eau et de l'Énergie

MINEPAT : Ministère de l'Économie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire

MINEPDED : Ministère de l'Environnement, de la Protection de la Nature et du Développement Durable

MINSANTE : Ministère de la Santé Publique

MINSEC : Ministère des Enseignements Secondaires

MTN : Maladies Tropicales Négligées

NRC : Norwegian Refugee Committee

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONSP : Observatoire National de Santé Publique

ONSP : Observatoire National de Santé Publique

PHAST : Participatory Hygiene And Sanitation Transformation

PCD : Plan Communal de Développement

PDS : Plan de Développement Sanitaire de District

PLAN : Plan International Cameroon

PNDP : Programme National de Développement Participatif

PNDS : Plan National de Développement Sanitaire

PNLCe : Programme National de lutte contre la Cécité

PNLSHI : Programme National de Lutte contre la Schistosomiase et le Helminthiases Intestinales

PTF : Partenaires Techniques et Financiers

PUI : Première Urgence International

RGPH : Recensement Général de la Population Humaine

SDAL : Sous-Direction de l'Assainissement Liquide

SDHA : Sous-Direction de l'Hygiène et Assainissement

SDPLMTN : Sous-Direction de la lutte contre le Paludisme et les Maladies Tropicales Négligées

SDSS : Sous-Direction de la Santé Scolaire

SI : Solidarités International

SSS : Stratégie Sectorielle de Santé

TF/TI : Inflammation trachomateuse folliculaire/Inflammation trachomateuse intense

TT : Trichiasis trachomateux

UNHCR : Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés

UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund

UNOADD : Union des Organisations d'Appui au Développement Durable

WASH : Water, Sanitation and Hygiene

WHO : World Health Organisation

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Sites de collecte de données	3
Tableau II : Distribution des informateurs clés par niveau, ministères et services	7
Tableau III : Évolution de quelques indicateurs démographiques de base de 2013 à 2017... 13	
Tableau IV : Évolution de la population du Cameroun de 2013 à 2017	13
Tableau V : Données sur la mobilité de la population par Région (entretiens avec des informateurs clés).....	14
Tableau VI : Régions/zones à risque d'épidémie et de transmission des maladies liées à l'eau (informateurs clés).....	15
Tableau VII : Évolution de la population scolarisable du préscolaire au supérieur par sexe et par niveau de 2005 à 2020.....	16
Tableau VIII : Évolution des élèves par niveau d'enseignement et par sexe de l'année scolaire 2013-2014 à 2015-2016 (MINEDUB, 2016)	17
Tableau IX : Répartition des élèves de l'Enseignement Secondaire Général et Technique par ordre, sexe et région	17
Tableau X : Données sur la scolarisation des populations par Région (MICS, 2014).....	18
Tableau XI : Couverture d'administration de masse de médicaments chez les enfants (Rapport PNSHI, 2017)	23
Tableau XII : Couverture d'administration de masse de médicaments par Région en 2017 (Rapport DLMEP, 2017).....	23
Tableau XIII : Traitement de masse contre le trachome dans la région de l'Extrême-Nord en 2011 (PNLCé)	24
Tableau XIV : Traitement de masse contre le trachome dans la région de l'Extrême-Nord en 2012 (PNLCé)	24
Tableau XV : Traitement de masse contre le trachome dans la région de l'Extrême-Nord en 2013 (PNLCé)	25
Tableau XVI : Traitement de masse contre le trachome dans la région de l'Extrême-Nord en 2014 (PNLCé)	25
Tableau XVII : Taux de couverture des établissements préscolaires et primaires du Cameroun en ouvrages d'assainissement des excréta (MINEE, 2011).....	29
Tableau XVIII : Pourcentage d'écoles primaires disposant de sources d'approvisionnement en eau par Région (INS, 2012).....	30
Tableau XIX : Accès à l'eau et aux latrines dans les écoles des départements des Régions de l'Adamaoua, de l'Est, du Nord et de l'Extrême Nord (MINEDUB, 2017)	30

Tableau XX : Quelques chiffres clés de mise en oeuvre de l'ATPC au Cameroun (MINEE, 2018).....	31
Tableau XXI : Évolution de la proportion des ménages disposant d'un téléphone (fixe et/ou mobile) suivant le milieu de résidence et la Région de 2005 à 2017 (EESI 2005, ECAM 3, 2007 et ECAM 4, 2015 ; Enquête MINPOSTEL, 2017)	33
Tableau XXII : Évolution de la proportion de ménages possédant une radio par milieu de résidence et par Région entre 2005 et 2017 (EESI 2005, ECAM 3, 2007 et ECAM 4, 2015 ; Enquête MINPOSTEL, 2017)	34
Tableau XXIII : Évolution de la proportion des ménages disposant d'un téléviseur suivant le milieu de résidence et la Région de 2005 à 2017 (EESI 2005, ECAM 3, 2007 et ECAM 4, 2015 ; Enquête MINPOSTEL, 2017)	35
Tableau XXIV : Interventions de Communication pour le Changement de Comportement dans la lutte contre les Maladies Tropicales Négligées (entretiens avec les informateurs clés)	34
Tableau XXV : Interventions de Mobilisation sociale dans la lutte contre les Maladies Tropicales Négligées (entretien avec informateurs clés)	42
Tableau XXVI : Plaidoyer (Parties prenantes)	44
L'analyse documentaire et des propos des informateurs clés ont permis de suggérer des activités relevant du WASH, de la lutte contre les MTN et de la communication, pour lesquelles des intervenants pourraient collaborer. Tableau XXVII : Activités potentielles conjointes (entretien avec les informateurs clés).....	60
Tableau XXVIII : Acteurs potentiels à impliquer dans le Comité National de Coordination WASH-MTN.....	61
Tableau XXIX : Activités convergentes, opportunités et défis de la planification conjointe	62
Tableau XXX : Problèmes/défis à reléver (tableau BEST)	68
Tableau XXXI : livre de codes selon les items.....	I
Tableau XXXII : prévalence et couverture en AMM du trachome par district de santé (DLMEP, 2019).....	III
Tableau XXXIII : prévalence et couverture en AMM des géohelminthiases par district de santé (DLMEP, 2019).....	IX
Tableau XXXIV : prévalence et couverture en AMM de la schistosomiase par district de santé (DLMEP, 2019).....	XIII
Tableau XXXV : prévalence et couverture en AMM de la filariose lymphatique par district de santé (DLMEP, 2019)	XVII

Tableau XXXVI : prévalence et couverture en AMM de l'onchocercose par district de santé (DLMEP, 2019).....	XXI
Tableau XXXVII : Cartographie des intervenants WASH au Cameroun (UNICEF, 2019)	XXXV
Tableau XXXVIII : Liste des membres du Comité national de coordination de l’initiative WASH	XL

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Données démographiques des Régions (DHIS 2, 2019)	12
Figure 2 : Répartition du nombre de districts endémiques selon les MTN (Rapport DMLEP, 2017).....	19
Figure 3 : Proportion de la population ayant accès à l'eau de boisson (OMS/UNICEF, JMP 2017).....	26
Figure 4 : Répartition des sources d'eau de boisson au sein des ménages par (MICS 5, 2014)	27
Figure 5 : Proportion de la population ayant accès au service d'assainissement (OMS/UNICEF, 2017).....	27
Figure 6 : Taux d'accès aux infrastructures d'assainissement en fonction du bien-être économique au Cameroun (MICS, 2014)	28
Figure 7 : Proportion des Villages FDAL et NFDAL de 2009 à 2017 (MINEE, 2018).....	31
Figure 8 : Quelques indicateurs d'assainissement (MICS, 2014).....	32
Figure 9 : Proportion de la population ayant accès au service de base d'hygiène (OMS/UNICEF, 2017).....	32
Figure 10 : Structures clés intervenants dans la lutte contre les MTN.....	XXXIII
Figure 11 : Structures clés intervenants dans le WASH	XXXIV

CHAPITRE 1 : CONTEXTE GÉNÉRAL DE L'ÉTUDE

1. Contexte

Les Maladies Tropicales Négligées (MTN) sont un groupe de maladies transmissibles qui sévissent dans les pays pauvres et sont en grande partie éradiquées dans la plupart des pays développés (OMS, 2017). Dans le monde, plus d'un milliard de personnes souffrent de maladies tropicales négligées dont 40 % vivent en Afrique, principalement les populations des Régions tropicales et subtropicales (OMS, 2017). Les MTN sont endémiques dans 149 pays et territoires et selon l'OMS (2017), on recense actuellement 20 principales maladies tropicales négligées possible d'être prévenues ou éliminées pour la plupart (OMS, 2017). Plus de 70 % des pays et des territoires qui signalent la présence de maladies tropicales négligées sont des pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire (tranche inférieure).

Les MTN forment un ensemble de maladies invalidantes qui touchent d'une manière disproportionnée les communautés les plus pauvres du monde. Bien que ces maladies soient rarement fatales, elles causent une forte morbidité qui compromet la santé, la réussite scolaire et l'opportunité économique des communautés de par le monde. Les enfants et les femmes enceintes sont particulièrement exposés aux maladies tropicales négligées (OMS, 2015). Malgré les souffrances et les incapacités permanentes qu'elles provoquent, elles sont souvent moins visibles que d'autres maladies, reçoivent peu d'attention de la part des gouvernements et sont donc souvent oubliées. Elles sont dans la plupart des cas des grands pourvoyeurs des handicaps à l'instar de la lèpre, l'ulcère de Buruli, la leishmaniose, la filariose lymphatique, l'onchocercose, le trachome, le pian. D'autres comme les géohelminthiases et la schistosomiase provoquent en particulier chez les enfants un retard du développement physique et cognitif. Enfin, certaines comme la trypanosomiase humaine africaine sont des causes de décès.

Elles persistent exclusivement dans les communautés les plus pauvres et les plus marginalisées vivant dans les Régions tropicales et subtropicales. Elles sévissent dans les environnements où l'on ne dispose ni d'eau salubre ni de moyens d'assainissement satisfaisants, où les conditions de logement et d'hygiène sont essentiellement précaires et déplorables ; où l'accès aux soins de santé est limité.

Accroître les services durables d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène (WASH) est un élément central de la prévention, de la lutte et de l'élimination de cinq des MTN (trachome, géohelminthiases, schistosomiase, onchocercose, filariose lymphatique). Au Cameroun, la lutte contre les maladies tropicales négligées figure parmi les priorités de santé du gouvernement. Elles demeurent un problème de santé publique majeur car elles

affectent des millions de personnes (FAIRMED, 2018). Le Cameroun compte 189 districts de santé fonctionnels, parmi lesquels 106 sont endémiques à au moins une des maladies tropicales négligées (OMS, 2017). De par leur impact socio-économique, les MTN constituent un frein au développement du pays. L'objectif du Programme Stratégique Régional sur les MTN 2014-2020 étant d'éliminer des maladies spécifiques tel que le Trachome, la Filariose Lymphatique d'ici 2020.

Le gouvernement camerounais et ses partenaires se sont fortement engagés dans le contrôle et l'élimination de ces maladies. Un plan directeur de lutte contre les MTN a été développé par le Ministère de la Santé Publique avec pour mission de développer et d'assurer une synergie d'actions par une approche intégrée et efficiente de lutte. Cette approche intègre dorénavant outre la composante chimiothérapie, d'autres aspects liés aux activités du programme WASH au Cameroun.

Des efforts clairement harmonisés entre les programmes WASH et de lutte contre les MTN permettront la réduction des prévalences des MTN et d'améliorer le niveau de vie de la population en passant par le changement de comportement. La présente étude avait pour objectif de faire un état des lieux de la situation des interventions du programme de lutte contre les maladies tropicales négligées et du programme WASH au Cameroun.

2. Objectif général

L'objectif général de cette étude était de faire une analyse conjointe du paysage relative aux interventions des programmes WASH et de lutte contre les maladies tropicales négligées au Cameroun.

3. Objectifs spécifiques

- Décrire le profil démographique des populations ;
- Collecter les informations relatives aux maladies tropicales négligées ;
- Collecter les informations relatives au WASH ;
- Collecter les informations relatives aux initiatives, outils et approches pour la communication la lutte contre les MTN et WASH ;
- Collecter les informations relatives à la coordination de la lutte contre les MTN et WASH ;
- Analyser les écarts et les opportunités qui sous-tendent les efforts nationaux de WASH et de la lutte contre les MTN

CHAPITRE 2 : MÉTHODOLOGIE

La méthodologie de cette étude s'appuie sur le guide pratique pour la « Collaboration entre le secteur WASH et le secteur de la santé » de l'OMS et du « Neglected Tropical disease NGO Network (NNN) ».

1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative.

2. Durée de l'étude

Elle s'est déroulée à Yaoundé sur une période de 10 semaines allant du 10 juillet au 25 septembre 2019.

3. Durée de la collecte des données

La phase de collecte de données a duré 10 jours allant du 15 au 26 juillet 2019.

4. Lieu de l'étude

Elle s'est déroulée au niveau central dans 04 départements ministériels (MINSANTE, MINEE, MINESEC et MINEDUB), au niveau régional (Région du Centre), au niveau des démembrements périphériques desdits départements ministériels et chez les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) du MINSANTE et/ou du MINEE.

Tableau I : Sites de collecte de données

Ministères	Niveaux	Structures
Ministère de l'Eau et de l'Énergie (MINEE)	Central	Direction de la Gestion des Ressources en Eau (DGRE) Directeur de la Mobilisation des Ressources en Eau (DMRE) ▪ Sous-Direction de l'Assainissement Liquide (SDAL)
	Régional	Délégation Régionale du MINEE du Centre
	Périphérique	Délégations Départementales du MINEE du Mfoundi, de la Mefou et Afamba et du Nyong et So'o
Ministère de l'Éducation de Base (MINEDUB)	Central	Sous-Direction de la Santé Scolaire (SDSS)
	Régional	Délégation Régionale de l'Éducation de Base du Centre
	Périphérique	Délégations Départementales du MINEDUB de la Mefou et Afamba et du Nyong et So'o
Ministère des Enseignements Secondaires (MINESEC)	Central	Direction de l'Orient, de la Vie et l'Assistance Scolaires (DOVAS)
	Régional	Délégation Régionale des Enseignements Secondaires du Centre
	Périphérique	Délégations Départementales du MINESEC de la Mefou et Afamba et du Nyong et So'o

Ministère de la Santé Publique (MINSANTE)	Central	<p>Directions/Cellules/Programmes</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Direction de la Promotion de la Santé (DPS) ○ Direction de Lutte contre les Maladies, les Épidémies et les Pandémies (DLMEP) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sous-Direction de la Lutte contre le Paludisme et les Maladies Tropicales Négligées ○ Observatoire National de Santé Publique (ONSP) ; ○ Centre de Développement des Bonnes Pratiques en Santé Humaine (CDBPSH) ○ Cellule des Informations Sanitaires ○ Secrétariat du Comité de pilotage de la Stratégie Sectorielle de la Santé <p>Programmes de Santé</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Programme National de Lutte contre la Cécité ; ○ Programme National de Lutte contre la Schistosomiase et les Helminthiases Intestinales ○ Programme National de Lutte contre l'Onchocercose (en charge de l'onchocercose et de la filariose lymphatique)
	Régional	Délégations Régionales de la Santé Publique du Centre (DRSP-Centre)
	Périphérique	02 Districts de Santé endémiques aux MTN (Mbalmayo et Mfou)
Partenaires techniques et financiers	<ul style="list-style-type: none"> • UNICEF • SIGHTSAVERS • PLAN Cameroun • FAIRMED • M.A. SANTÉ 	

5. Méthodes

Dans le cadre de cette étude, trois méthodes ont été utilisées : l'identification et implication des parties prenantes, la revue documentaire et les entretiens individuels approfondis.

5.1. Identification et implication des parties prenantes

Elle a consisté à identifier toutes les parties prenantes intervenant dans le programme WASH, la Communication pour le Changement de Comportement et la lutte contre les MTN d'une part, et d'organiser un atelier de travail les impliquant en vue de la collecte des informations sur les activités WASH, de lutte contre les MTN et de Communication pour le Changement de Comportement en cours d'autre part. Ainsi, les responsables des services ci-après ont été impliqués à l'atelier des parties prenantes :

- Sous-Direction de l'Assainissement Liquide (MINEE) ;
- Sous-Direction de la Santé Scolaire (MINEDUB) ;
- Direction de l'Orientation, de la Vie et l'Assistance Scolaires (MINESEC) ;
- Division de la Recherche Opérationnelle en Santé (MINSANTE) ;
- Sous-Direction de la lutte contre le Paludisme et les Maladies Tropicales Négligées (DLMEP/MINSANTE) ;
- Sous-Direction de l'Hygiène et Assainissement (Direction de la Promotion de la Santé, MINSANTE) ;
- Programme National de Lutte contre la Cécité (DLMEP/MINSANTE) ;
- Programme National de Lutte contre la Schistosomiase et les Helminthiases Intestinales (MINSANTE) ;
- Les organismes et ONG impliqués dans la mise en œuvre et le plaidoyer de WASH et la lutte contre les MTN (UNICEF, SIGTHSAVERS, PLAN).

5.2. Revue documentaire

Elle s'est organisée en deux (02) étapes notamment l'identification et le recensement des documents et l'extraction des données.

5.2.1. Identification et recensement des documents

Les documents à exploiter ont été recensés et classés en fonction des thématiques retenues et des indicateurs tirés des objectifs de l'étude.

❖ Type de documents

- Documents normatifs (directives nationales de prise en charge des MTN et directives nationales WASH) ;
- Documents stratégiques (SSS-Cameroun 2016-2027, CDMT, EDS V, MICS, DSCE, PNDS, PDSD, Stratégie Nationale ATPC) ;
- Rapports (études/enquêtes, supervisions, campagnes de distribution des médicaments, ...)

- Articles scientifiques ;
- Mémoires et thèses.

❖ **Sources de collectes des données**

Les données ont été collectées dans les archives et bibliothèques des institutions et organismes suscités. En outre, les banques de données et bibliothèques électroniques ont été consultés :

- Bases de données (PubMed, Inari, Cochrane, BDSP, WHO, UNICEF, DHIS 2) ;
- Moteurs de recherche (Google scholar, etc) ;
- Journaux et revues scientifiques.

5.2.2. *Extraction des données*

Elle a consisté à extraire à partir des documents recensés, les informations relatives aux programmes WASH et de lutte contre les maladies tropicales négligées, à la communication pour le changement de comportement et au plaidoyer en s'aidant des différentes fiches de collecte.

❖ **Outils de collecte**

Des fiches de collecte de données ont été élaborées et validées. Elles comprenaient les éléments descriptifs notamment le type de document, le titre du document, le nom de l'auteur, l'éditeur, le lieu d'édition, l'année de publication et les informations utiles extraites. Des fiches de collecte adaptées aux divers groupes d'indicateurs ont été également élaborées.

5.3. *Entretien individuel approfondi*

Cette technique a consisté à solliciter un rendez-vous, puis à écouter attentivement chaque informateur clé dument identifié. Bien plus, à veiller à accorder aux éléments du discours la même importance que le sujet leur accorde. Elle a permis d'accéder aux opinions des responsables interrogés autour des items suivants :

- Offre de services dans les programmes de lutte contre les MTN et WASH ;
- Indicateurs des programmes de lutte contre les MTN et WASH ;
- Coordination de la lutte contre les MTN et WASH ;
- Communication pour le changement de comportement dans le cadre du WASH et de la lutte contre les MTN ;
- Plaidoyer dans le cadre de MTN et WASH.

❖ **Outils de collecte**

Un guide d'entretien a été élaboré et utilisé pour collecter les données auprès de chacune des cibles (*cf.* tableau I).

❖ Cibles

Dans le but de saisir les informations relatives aux interventions des programmes WASH, de lutte contre les MTN et à la communication, les entretiens approfondis ont été réalisés comme suit :

Au total, 27 entretiens individuels approfondis ont été réalisés sur 30 prévus. Le responsable du PNLCE, le point focal WASH et MTN du District de Santé de Mbalmayo et le point focal WASH-UNICEF n'ont pas pu être rencontrés du fait de leur indisponibilité lors des différents passages de l'équipe de collecte.

Tableau II : Distribution des informateurs clés par niveau, ministères et services

Niveau	Ministères	Services	Informateur-clé et effectif	
Central	MINEE	Sous-Direction de l'Assainissement Liquide (Ministère de l'Eau et de l'Énergie)	01 Sous-Directeur	
		Directeur de la Gestion des Ressources en Eau	01 Directeur	
		Directeur de la Mobilisation des Ressources en Eau	01 Directeur	
	MINEDUB	Sous-Direction de la Santé Scolaire (Ministère de l'Éducation de Base)	01 Responsable	
	MINESEC	Direction de l'Orientation de la Vie et de l'assistance Scolaires (Ministère des Enseignements Secondaires)	01 Responsable	
	MINSANTE	DPS (Sous-direction de l'Hygiène et Assainissement ; Sous-direction de la prévention et de l'action communautaire)		01 responsable WASH
				01 responsable communication
		DLMEP (Sous-direction de la Lutte contre le Paludisme et les MTN)	01 responsable MTN	
		PNLSHI	01 Responsable	
		PNLCe	01 Responsable	
Régional	MINEE	Délégation Régionale de l'Eau et de l'Énergie du Centre	01 responsable de l'Eau	
	MINESEC	Délégation Régionale des Enseignements Secondaires du Centre	01 Médecin scolaire	
	MINEDUB	Délégation Régionale de l'Éducation de Base du Centre	01 responsable	
	MINSANTE	Délégation Régionale de Santé Publique du Centre		01 responsable WASH
			01 responsable MTN	
			01 responsable communication	
Périphérique	MINEE	Délégation Départementale de l'Eau et de l'Énergie du Mfoundi	01 Délégué départemental	
		Délégation Départementale de l'Eau et de l'Énergie de la Mefou et Afamba	01 Délégué départemental	
		Délégation Départementale de l'Eau et de l'Énergie du Nyong et So'o	01 Délégué départemental	

	MINEDUB	Délégation Départementale de l'Éducation de Base du Nyong et So'o	01 Délégué départemental
		Délégation Départementale de l'Éducation de Base de la Mefou et Afamba	01 responsable
	MINESEC	Délégation Départementale des Enseignements Secondaires de la Mefou et Afamba	01 responsable
		Délégation Départementale des Enseignements Secondaires du Nyong et So'o	01 Délégué départemental
	MINSANTE	District de Santé de Mbalmayo	01 Point focal WASH et MTN
			01 Point focal communication
		District de Santé de Mfou	01 Point focal WASH
			01 Point focal MTN
			01 Point focal communication
Partenaires	UNICEF	Section WASH	01 Point focal WASH
	PLAN	Section WASH	01 Point focal WASH

❖ Critères d'inclusion

- Être impliqué dans le programme WASH et/ou de lutte contre les MTN ;
- Être un responsable du niveau central, régional ou périphérique des différents départements ministériels ciblés ou responsable chez un partenaire technique et financier impliqué ;
- Consentir à participer à l'étude.

6. Mise en œuvre de l'enquête

Elle s'est déroulée en deux phases (phases préparatoire et opérationnelle). La phase préparatoire a pris en compte l'élaboration du protocole et des outils, la validation du protocole de recherche proposé par l'équipe de recherche (consultant et assistants), les procédures administratives ainsi que la formation des enquêteurs. La phase opérationnelle concernait l'enquête proprement dit.

6.1. Validation du protocole et des outils de collecte

Après la rédaction, la validation du protocole a eu lieu entre l'équipe de recherche (consultant et assistants) et une équipe d'experts de SIGTHSAVERS.

6.2. Procédures administratives

Des notes d'autorisation d'enquête du Ministre de l'Eau et de l'Énergie, du Ministre des Enseignements Secondaires et du Ministre de l'Éducation de Base ont été adressées respectivement aux responsables Régionaux, Départementaux et aux responsables des sites de l'étude. En outre, une note d'information signée par le Ministre de la Santé Publique a été

adressée aux responsables régionaux, aux chefs de district des zones d'enquête, aux responsables des sites de l'étude.

6.3. Formation des enquêteurs

Une session de formation d'un (01) jour pour les enquêteurs avait eu lieu à Yaoundé et avait été animée par l'équipe de recherche (consultant et assistants). Le but de la formation était d'outiller les enquêteurs/superviseurs et de leur donner suffisamment d'informations sur la méthodologie et les attitudes à adopter pour la collecte des données de cette étude.

Le guide de formation de l'agent enquêteur s'articulait entre autres autour du contexte de l'étude, les attitudes à adopter sur le terrain, la présentation des outils de collecte (fiches d'extraction des données, guide d'entretien), l'organisation du travail, les règles fondamentales d'enquête, les responsabilités administratives et techniques de tous les intervenants dans le cadre de cette recherche.

Les agents de collecte des données, une fois formés ont été déployés sur le terrain par équipes de quatre (04) personnes chacune. Chaque équipe de région était placée sous la responsabilité d'un superviseur, soit deux (02) superviseurs au total. Chaque équipe d'enquêteurs avait un animateur de l'entretien et un preneur de notes.

6.4. Déroulement de l'enquête

Au début de chaque séance de travail, les enquêteurs se présentaient aux responsables, leur expliquaient le but et l'intérêt de l'étude et leur présentaient les autorisations y relatives. Le responsable de chaque site ou son représentant présentait les enquêteurs à l'informateur clé et sollicitait sa sincère collaboration. Après avoir expliqué l'intérêt de l'étude à l'informateur clé, une fiche d'information était adressée en vue d'obtenir son consentement signé pour la participation à l'étude.

Les données qualitatives ont été recueillies à travers les entretiens individuels approfondis. La participation de chacune des cibles était volontaire.

Chaque superviseur d'équipe était chargé de vérifier et de valider la qualité des données collectées. Ensuite, de transmettre les données collectées à l'équipe de recherche afin qu'elles soient saisies.

7. Gestion et analyse des données

7.1. Données quantitatives

Le traitement des données quantitatives a été fait en trois étapes, notamment : la saisie des données dans des feuilles Excel, l'apurement des données saisies et la production des

tableaux et graphiques. Un plan d'analyse et de tabulation élaboré a permis de générer des tableaux en fonction des objectifs de l'étude.

7.2. Données qualitatives

La gestion et le traitement des données qualitatives s'est faite en deux étapes, notamment la transcription des fichiers audio et la codification et production des verbatim.

Les informations recueillies ont été transcrites, saisies et enregistrés sous format rtf sur le logiciel Word. Un livre de codes a été élaboré pour faire ressortir toutes les thématiques pertinentes et les présenter sous forme de codes tels qu'exprimés par les participants et ce, en fonction de leur fréquence d'apparition dans chacun des groupes et dans l'ensemble. Ensuite, une comparaison a été effectuée entre les groupes de façon à dégager les différences et les convergences. Les données codifiées (Cf. tableau XXXI, annexes) ont permis de générer des verbatim qui reflètent la perception exprimée par les participants et l'analyse de contenu a été faite.

8. Considérations éthiques

L'éthique de la recherche en santé humaine a été respectée dans le cadre de cette étude. Les principes suivants ont été de rigueur au cours des entretiens avec les participants :

- Participation volontaire en prenant soin d'obtenir le consentement éclairé des informateurs clés ;
- Respect à l'égard des personnes interviewées ;
- Confidentialité des informations obtenues.

9. Difficultés rencontrées

Les difficultés rencontrées au cours de cette étude ont été les suivantes :

- Accès difficile aux données de routine et d'enquêtes, rapports d'activités et d'enquêtes des programmes WASH et de lutte contre les MTN lié au manque de culture du partage des données ou à des suspicions diverses de la part de certains responsables ;
- La non-disponibilité des rapports de certaines activités et/ou interventions réalisées notamment les compte-rendu des réunions et coordinations ;
- L'absence des données récentes sur la plupart des indicateurs WASH et MTN ;
- Les données issues de l'enquête MICS (enquête nationale quinquennale) abondamment utilisées dans ce rapport datent de 2014, depuis lors il n'y en a pas eu une autre ;

- L'absence des données récentes sur la population générale (les données du recensement général de la population effectué en 2005 sont disponibles. Cependant, il important de noter qu'elles n'ont été rendues publiques qu'en 2011) ;
- L'absence de données désagrégées sur la population des districts de santé (par sexe et par zone de résidence) ;
- L'absence de données sur le système éducation, le WASH et l'ATPC par district de santé ;
- Le retard dans la transmission des fonds alloués pour la mise en œuvre de la présente étude.

CHAPITRE 3 : RÉSULTATS

1. Informations démographiques

La population totale du Cameroun est estimée à environ 25 415 914 habitants avec une sous-population de moins de 5 ans estimée à 3 998 467 soit 15,7%.

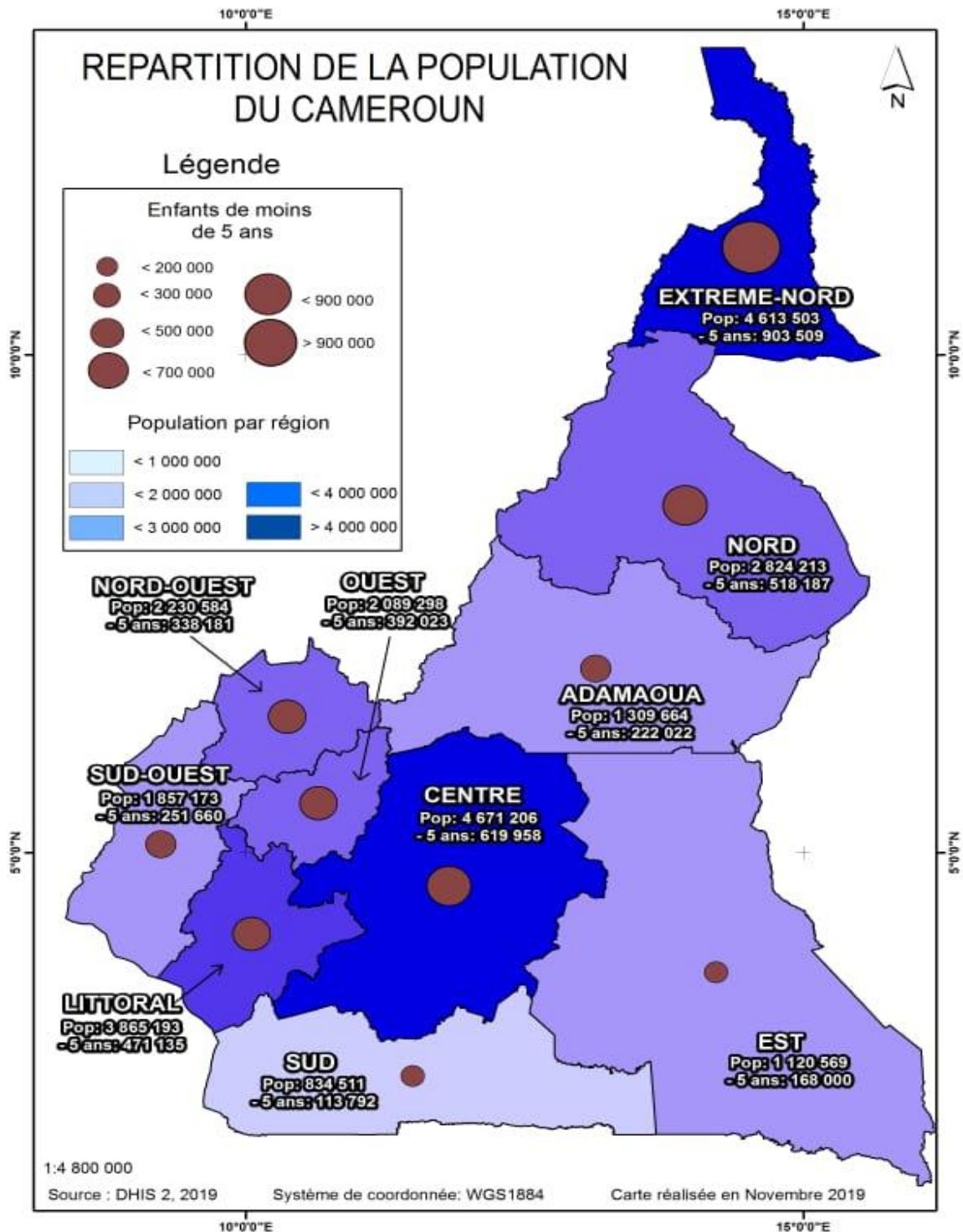


Figure 1 : Données démographiques des Régions (DHIS 2, 2019)

Les données des tableaux III et IV présentent l'évolution de quelques indicateurs démographiques les plus récents, issues des projections du recensement général de la population humaine (RPGH) de 2005. Cependant, à défaut de les faire ressortir par sexe et par zone de résidence, le DHIS 2 (2019) a permis de faire ressortir une repartition de la population par District de Santé (*cf.* annexes tableau XXXII).

La population du Cameroun est en constante augmentation. Cette augmentation était légèrement plus importante chez les femmes que chez les hommes.

Tableau III : Évolution de quelques indicateurs démographiques de base de 2013 à 2017

Indicateurs	2013	2014	2015	2016	2017
Population totale	21 143 237	21 657 488	22 179 707	22 709 892	23 248 044
Masculine	10 445 903	10 699 969	10 955 014	11 216 886	11 482 685
Féminine	10 697 334	10 957 519	11 224 693	11 493 006	11 765 359
Urbaine	/	/	11 605 007	/	/
Rurale	/	/	10 574 700	/	/

Source : RGPH et projections

Le tableau IV présente la répartition de la population selon les régions issues du RPGH et du BUCREP. La population augmentate dans toutes les Régions. Cependant, les Régions du Sud et de l'Est restaient les régions les moins peuplées.

Tableau IV : Évolution de la population du Cameroun de 2013 à 2017

Région	2013	2014	2015	2016	2017
Adamaoua	1 131 978	1 166 246	1 200 970	1 236 148	1 271 781
Centre	3 919 828	4 038 347	4 159 492	4 283 260	4 409 652
Est	824 204	830 039	835 642	841 014	846 156
Extrême-Nord	3 803 138	3 897 577	3 993 007	4 089 430	4 186 844
Littoral	3 174 437	3 264 328	3 354 978	3 446 388	3 538 557
Nord	2 311 179	2 378 489	2 442 578	2 503 445	2 561 091
Nord-Ouest	1 900 547	1 933 358	1 968 578	2 006 210	2 046 251
Ouest	1 865 394	1 892 545	1 921 590	1 952 530	1 985 364
Sud	731 099	740 671	749 552	757 739	765 234
Sud-Ouest	1 481 433	1 515 888	1 553 320	1 593 728	1 637 114
National	21 143 237	21 657 488	22 179 707	22 709 892	23 248 044

Source : BUCREP, RGPH et projections

Les populations nomades ou pastorales sont essentiellement localisées dans les Régions de l'Adamaoua, de l'Est, de l'Extrême-Nord et du Nord. Des mouvements transfrontaliers (échanges commerciaux, déplacements en période de crise sécuritaire) des populations sont surtout observés dans les Régions de : Adamaoua, Est, Extrême-Nord, Nord, Nord-Ouest, Sud et Sud-Ouest. Des migrations saisonnières (pâturage) des populations surviennent régulièrement dans les Régions de : Adamaoua, Est, Extrême-Nord et Nord.

Tableau V : Données sur la mobilité de la population par Région (entretiens avec des informateurs clés)

Région	Populations nomades/pastorales	Mouvements transfrontaliers	Migrations saisonnières
	(Oui/non)	(Oui/non)	(Oui/non)
Adamaoua	Oui	Oui	Oui
Centre	Non	Non	Non
Est	Oui	Oui	Oui
Extrême-Nord	Oui	Oui	Oui
Littoral	Non	Non	Non
Nord	Oui	Oui	Oui
Nord-Ouest	Non	Oui	Non
Ouest	Non	Non	Non
Sud	Non	Oui	Non
Sud-Ouest	Non	Oui	Non

Les zones touchées par des épidémies de maladies d'origine hydrique sont localisées dans les régions de : Adamaoua, Centre, Est, Extrême-Nord, Littoral et Nord. Toutes ces zones, en plus du Nord-Ouest, Ouest et Sud-Ouest et Sud, sont sujettes aux pratiques agricoles spécifiques augmentant le risque de transmission des maladies hydriques tels que l'absence d'équipement adapté pour cultiver (gants, bottes, masques) et usage des fertilisants organiques (fientes, excréments humains, etc.).

Tableau VI : Régions/zones à risque d'épidémie et de transmission des maladies liées à l'eau (informateurs clés)

Région	Zones touchées par des épidémies de maladies liées à l'eau (choléra)	Pratiques agricoles spécifiques augmentant le risque de transmission
	(Oui/non)	(Oui/non)
Adamaoua	Oui	Oui
Centre	Oui	Oui
Est	Oui	Oui
Extrême-Nord	Oui	Oui
Littoral	Oui	Oui
Nord	Oui	Oui
Nord-Ouest	Non	Oui
Ouest	Non	Oui
Sud	Non	Oui
Sud-Ouest	Non	Oui

2. Informations sur l'éducation

Les tableaux VII, VIII, IX et X présentent les données sur le système éducatif par niveau d'éducation au Cameroun. Ces données n'existent pas sous la forme désagrégée pour chaque district de santé.

Les effectifs des élèves et étudiants sont en nette augmentation. Cependant, ils tendent en baisse selon qu'on passe du niveau inférieur au supérieur.

Tableau VII : Évolution de la population scolarisable du préscolaire au supérieur par sexe et par niveau de 2005 à 2020

Année	Sexe	Niveau d'éducation					Ensemble éducation
		Préscolaire éducation (4-5 ans)	Primaire 6-11 ans	Secondaire cycle 1 (12-15 ans)	Secondaire cycle 2 (16-18 ans)	Supérieur 19-24 ans	
2005	Féminin	542 160	1 384 960	852 607	596 043	1 049 695	4 425 465
	Masculin	560 734	1 441 035	890 296	565 754	921 317	4 379 136
	Total	1 102 894	2 825 995	1 742 903	1 161 797	1 971 012	8 804 601
2010	Féminin	585 125	1 548 794	912 842	690 055	1 242 050	4 978 866
	Masculin	601 335	1 610 318	945 103	659 955	1 088 030	4 904 741
	Total	1 186 460	3 159 112	1 857 945	1 350 010	2 330 080	9 883 607
2011	Féminin	599 728	1 587 446	935 623	707 276	1 273 046	5 103 119
	Masculin	616 342	1 650 506	968 690	676 425	1 115 184	5 027 147
	Total	1 216 070	3 237 952	1 904 313	1 383 701	2 388 230	10 130 266
2012	Féminin	614 567	1 626 726	958 774	724 778	1 304 547	5 229 392
	Masculin	631 593	1 691 346	992 660	693 162	1 142 778	5 151 539
	Total	1 246 160	3 318 072	1 951 434	1 417 940	2 447 325	10 380 931
2013	Féminin	629 645	1 666 635	982 295	742 558	1 336 549	5 357 682
	Masculin	647 088	1 732 840	1 017 013	710 168	1 170 815	5 277 924
	Total	1 276 733	3 399 475	1 999 308	1 452 726	2 507 364	10 635 606
2014	Féminin	644 960	1 707 171	1 006 188	760 619	1 369 060	5 487 998
	Masculin	662 826	1 774 986	1 041 748	727 441	1 199 290	5 406 291
	Total	1 307 786	3 482 157	2 047 936	1 488 060	2 568 350	10 894 289
2015	Féminin	652 830	1 728 007	1 023 360	784 785	1 412 554	5 601 536
	Masculin	670 916	1 796 649	1 059 408	750 550	1 237 391	5 514 914
	Total	1 323 746	3 524 656	2 082 768	1 535 335	2 649 945	11 116 450
2016	Féminin	668 436	1 769 312	1 047 823	803 543	1 446 318	5 735 432
	Masculin	686 953	1 839 596	1 084 732	768 492	1 266 970	5 646 743
	Total	1 355 389	3 608 908	2 132 555	1 572 035	2 713 288	11 382 175
2017	Féminin	684 275	1 811 241	1 072 653	822 585	1 480 593	5 871 347
	Masculin	703 232	1 883 189	1 110 436	786 703	1 296 993	5 780 553
	Total	1 387 507	3 694 430	2 183 089	1 609 288	2 777 586	11 651 900
2018	Féminin	700 350	1 853 787	1 097 850	841 909	1 515 374	6 009 270
	Masculin	719 752	1 927 427	1 136 522	805 183	1 327 461	5 916 345
	Total	1 420 102	3 781 214	2 234 372	1 647 092	2 842 835	11 925 615

2019	Féminin	716 660	1 896 957	1 123 417	861 514	1 550 661	6 149 209
	Masculin	736 512	1 972 310	1 162 987	823 933	1 358 374	6 054 116
	Total	1 453 172	3 869 267	2 286 404	1 685 447	2 909 035	12 203 325
2020	Féminin	724 577	1 917 913	1 141 389	887 942	1 598 227	6 270 048
	Masculin	744 649	1 994 100	1 181 454	849 209	1 400 045	6 169 457
	Total	1 469 226	3 912 013	2 322 843	1 737 151	2 998 272	12 439 505

Source : BUCREP, RGPH 2005 et projections pour les années 2010 à 2020

Les effectifs des élèves du préscolaire et du primaire sont en constante augmentation.

Tableau VIII : Évolution des élèves par niveau d'enseignement et par sexe de l'année scolaire 2013-2014 à 2015-2016 (MINEDUB, 2016)

Année	2013-2014			2014-2015			2015-2016		
	G	F	T	G	F	T	G	F	T
Préscolaire	232 966	234 271	467 237	261 396	261 033	522 429	277 941	277 869	555 810
Primaire	2 202 476	1 934 436	4 136 912	2 318 019	2 051 969	4 369 988	2 374 818	2 106 417	4 481 235
Total	2 435 442	2 168 707	4 604 149	2 579 415	2 313 002	4 892 417	2 652 759	2 384 286	5 037 045

Les effectifs des élèves du secondaire sont en constante augmentation.

Tableau IX : Répartition des élèves de l'Enseignement Secondaire Général et Technique par ordre, sexe et région

Année scolaire	2012-2013			2013-2014			2014-2015			2015-2016		
	G	F	T	G	F	T	G	F	T	G	F	T
Adamaoua	19 585	34 423	54 008	40 479	23 669	64 148	42 539	25 416	67 955	44 024	27 025	71 049
Centre	195 549	185 805	381 354	210 748	204 585	415 333	225 310	216 824	442 134	235059	228465	463 524
Est	35 213	25 553	60 766	41 438	29 052	70 490	43 149	31 235	74 384	45403	33273	78 676
Extrême-Nord	108 178	46 364	154 542	122 787	54 518	177 305	131 079	60 409	191 488	139692	65397	205 089
Littoral	167526	160397	327 923	186 939	174 742	361 681	193 799	182 338	376 137	199671	190116	389 787
Nord	66704	33597	100 301	74 093	37 701	111 794	80 406	40 657	121 063	85800	43719	129 519
Nord-Ouest	103843	105315	209 158	110 465	113 848	224 313	114 999	120 163	235 162	124429	126491	250 920
Ouest	146306	140083	286 389	158 871	150 626	309 497	165 284	157 756	323 040	171073	163783	334 856
Sud	46490	39056	85 546	53 490	44 145	97 635	55 222	45 651	100 873	55950	46593	102 543
Sud-Ouest	77983	74879	152 862	87 036	80 844	167 880	90 512	85 531	176 043	92148	87667	179 815
National	967 377	845 472	1 812 849	1 086 346	913 730	2 000 076	1 142 299	965 980	2 108 279	1 193 249	1 012 529	2 205 778

Source : MINESEC, Annuaire Statistique MINESEC 2015-2016

Au niveau national en 2014, le taux de fréquentation scolaire national était de 50%. La Région de l'Adamaoua (28,48%) avait le taux de fréquentation scolaire le plus faible. Seulement 39% d'enfants en âge d'être scolarisé fréquentaient effectivement l'école, soit 41% chez les garçons et 36% chez les filles. Le pourcentage de filles en âge d'être scolarisées qui fréquentaient l'école était plus faible que celui des garçons dans toutes les régions, excepté celle de l'Ouest (63,95%). Dans les régions du Nord, de l'Extrême-Nord et de l'Adamaoua, la différence du taux de fréquentation scolaire entre les deux sexes était plus nette.

Par ailleurs, les Régions de l'Ouest (63,64%), du Sud (47,5%) et du Centre (45,20%) avaient les taux de fréquentation scolaire les plus élevés.

Tableau X : Données sur la scolarisation des populations par Région (MICS, 2014)

Région	Population	Nbre d'enfants en âge d'être scolarisés	% d'enfants en âge scolaire fréquentant l'école	% de garçons en âge scolaire qui fréquentent l'école	% de fille en âge scolaire qui fréquentent l'école	Taux de fréquentation scolaire (%)
Adamaoua	1 309 664	215 409	21,57	26,88	16,33	28,48
Centre	4 671 206	698 038	45,20	45,98	44,43	59,28
Est	1 120 569	131 953	38,43	43,32	33,49	51,87
Extrême-Nord	4 613 503	670 847	23,09	30,28	15,59	29,24
Littoral	3 865 193	534 905	44,51	44,43	44,58	59,46
Nord	2 824 213	399 283	23,31	31,73	14,98	30,46
Nord-Ouest	2 230 584	388 630	45,45	43,52	47,40	54,71
Ouest	2 089 298	360 391	63,64	63,34	63,95	83,54
Sud	834 511	115 065	47,50	49,05	45,85	61,93
Sud-Ouest	1 857 173	277 857	42,05	41,02	43,10	51,58
Total	25 415 914	3 792 377	39	41	36	50

3. Informations sur les maladies tropicales négligées

Tous les districts de santé du Cameroun sont endémiques à au moins une MTN. Les géohelminthiases sont présentes dans tous les districts de santé, la filariose lymphatique dans 152 districts, l'onchocercose dans 113 districts, la schistosomiase dans 85 districts et le trachome dans 17 districts de santé.

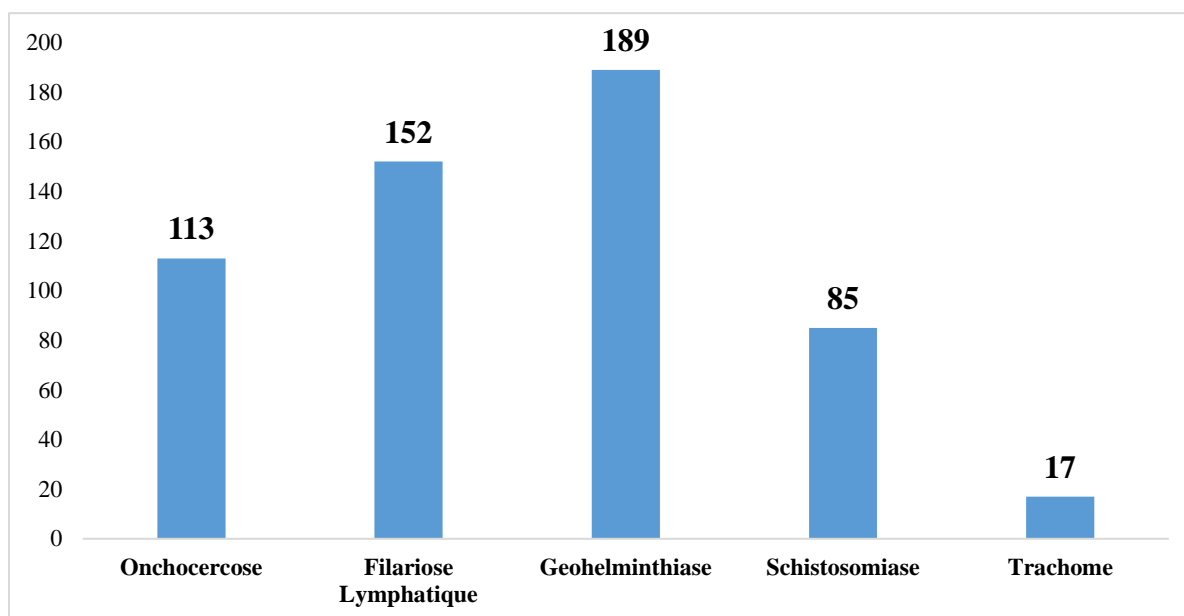


Figure 2 : Répartition du nombre de districts endémiques selon les MTN (Rapport DMLEP, 2017)

4. Gestion des Maladies Tropicales Négligées

4.1. Trachome

Le trachome est présent dans 17 districts de santé des Régions du Nord et de l'Extrême-Nord (Cf. Tableau XXXIII). L'objectif du programme de lutte contre le trachome, coordonné par le PNLCE, est d'éliminer le trachome en tant que maladie cécitante d'ici 2020. La stratégie pour élimination est la Stratégie CHANCE (CH=Chirurgie, A=Antibiothérapie, N=Nettoyage du visage, CE=Changement de l'Environnement).

Entre 2010-2012, il y a eu la Mise en oeuvre d'enquêtes de cartographie dans 54 Districts de Santé répartis dans les régions de l'Extrême-Nord, du Nord et de l'Adamoua avec l'appui financier de USAID dont :

- 05 Districts de Santé : Prévalence TF=0% ;
- 28 Districts de Santé : Prévalence TF<5% ;
- 05 Districts de Santé : Prévalence TF comprises entre 5-9,9% ;
- 16 Districts de Santé : Prévalence TF \geq 10%.

21 Districts de Santé éligibles aux traitements de masse à l'antibiotique. 16/21 Districts de Santé avec TF \geq 10%, 05/21 Districts de Santé avec TF entre 5-9,9% (Moutourwa, Yagoua, Guéré, Maroua 3 et Gazawa). Tous ces 21 districts de santé avaient été traités jusqu'à atteindre les critères d'arrêt de traitement de masse. Ainsi, 3 137 861 n'étaient plus à risque du trachome cécitant.

Pour ce qui est de l'évolution de la prévalence dans les districts, en 2014, 05 Districts de Santé (Bourha, Hina, Koza, Mogode et Roua) avaient atteint les critères d'arrêt de traitement tandis que 02 districts de santé (Meri et Pette) ne les avaient pas atteint. En 2015, 05 districts de santé (Mokolo, Makari, Goulfey, Kousseri et Guidiguis) avaient été planifiés pour une enquête d'impact du traitement. En 2017, 14 Districts de Santé n'avaient pas réalisé de TIS en utilisant le système de collecte de données de « Tropical data » recommandé par l'OMS.

Selon les directives de l'OMS, les enquêtes de surveillance du trachome devraient être effectuées deux ans après qu'un DS ait atteint les critères d'arrêt de traitement. C'est ainsi qu'en 2018, une enquête avait été planifiée dans 7 Districts de Santé : Bourha, Mogode, Hina, Koza, Roua, Mokolo, Guidiguis. De même, en 2019 elle était planifiée dans 14 Districts de Santé : Makari, Goulfey, Kousseri, Meri, Pette, Guere, Maroua rural (Gazawa et Maroua 3), Yagoua, Mourtouwa, Tokombere, Poli, Tchollire et Rey-Bouba.

Les Paternaires de mise en oeuvre de la composante CH et A

- HKI depuis 2011 dans les régions du Nord et de l'Extrême-Nord : soutien technique et financier des DMM contre le trachome dans ;
- SSI depuis 2012 et HKI depuis 2018 dans la région de l'Extrême-Nord : soutien technique et financier des chirurgies du TT
- HKI depuis 2015 dans la région du Nord : soutien technique et financier des chirurgies du TT.

Les Paternaires de mise en oeuvre de la composante N et CE

- Sightsavers Internationale depuis 2012 dans la région de l'Extrême-Nord et du Nord.

4.2. Géohelminthiases

Les géohelminthiases sont présentes dans tous les districts de santé, la filariose lymphatique dans 152 districts de santé (Cf. Tableau XXXIV). La stratégie nationale est de déparasiter de façon systématique en milieu scolaire tous les enfants d'âge scolaire scolarisés ou non. Un déparasitage annuel dans les écoles avec Mebendazole pour les enfants de 5-14 ans, avec l'ajout de Praziquantel dans les zones co-endémiques géohelminthiases/schistosomiases. Pour les enfants d'âge scolaire non inscrits dans une école, ils sont amenés dans un établissement par leurs parents le jour de la distribution de masse de médicaments pour recevoir

un traitement. Pour lutter contre la filariose lymphatique, un deuxième tour de déparasitage est effectué dans les communautés co-endémique filariose lymphatique/géohelminthiases au cours du traitement de masse à l'Ivermectine-Albendazole en milieu communautaire contre.

Les données de cartographie des géohelminthiases et les schistosomiasés de 2010-2012 utilisant les techniques Kato-Katz ont montré que les géohelminthiases sont présentes dans les 10 régions du Cameroun. Les enfants d'âge scolaire sont les plus infectés avec des charges parasitaires élevées. Sur les 189 Districts de santé, 110 avaient une prévalence de 0-19%, 50 Districts de santé de 20% à 49% et 29 Districts de santé $\geq 50\%$ (DLMEP, 2017).

4.3.Schistosomiasés

La schistosomiasé est présente dans 85 districts de santé (Cf. Tableau XXXV). Le PNLSHI prévoit l'élimination des schistosomiasés comme problème de santé publique d'ici 2020 et a opté pour une fréquence de traitement qui ne correspond pas toujours à celle recommandée par l'OMS dans certains districts de santé à cause des insuffisances relevées concernant les ressources financières et la programmation. La stratégie du programme national consiste à administrer annuellement le Praziquantel en milieu scolaire chez les enfants d'âge scolaire dans les districts de santé où la prévalence est supérieure à 10%. Les adultes sont traités lorsque la prévalence est supérieure à 50% dans un district de santé.

Les premiers traitements étaient basés sur les données d'enquêtes épidémiologiques réalisées entre 1985 et 1987. En 2007, le lancement des premières campagnes de déparasitage dans les écoles avec le soutien de Children Without Worms a débuté. La cartographie réalisée en 2010-2012 a montré que 140 districts de santé étaient endémiques (prévalence supérieure à 0%). Il est à noter que les DS de Kouoptamo et de Galim (Région Ouest), ont été ajoutés en 2015 par le programme national en raison d'une augmentation de la prévalence de la schistosomiasé chez les enfants d'âge scolaire. Ainsi, 84 Districts de Santé ont été ciblés et traités pour le déparasitage.

4.4.Filariose lymphatique

La filariose lymphatique est présente dans 152 districts (Cf. Tableau XXXVI). Le Plan Directeur de lutte contre les MTN prévoit la prise en charge d'au moins 80% des patients présentant des éléphantiasis à travers l'administration des soins, d'opérer 80% des hydrocèles dépiquées d'ici 2020 à travers la chirurgie et les soins et l'administration de masse de l'Ivermectine associé à l'Albendazole à travers le TIDC.

En 2008, dans le cadre d'un projet pilote, le traitement de masse contre la FL dans 09 DS du Nord et de l'Extrême-Nord a été mis en œuvre avec le soutien de l'OMS. Actuellement, 137 Districts de Santé auraient atteint les critères d'arrêt de traitement, 38 DS sont entrés dans

la phase de surveillance et près de 16 328 789 personnes ne sont plus à risque de la FL (Rapport des MTN DLMEP, 2017).

En 2010, a débuté l'appui financier de USAID dans le cadre de la lutte contre les MTN.

4.5. Onchocercose

L'onchocercose est présente dans 113 districts (Cf. Tableau XXXVII). Le Plan Directeur de lutte contre les MTN prévoit l'administration de masse de l'Ivermectine et la prise en charge tous les cas d'effet secondaire grave à travers l'administration des soins.

La distribution de masse de l'Ivermectine a débuté en 1987 dans la région du Nord. Entre 1990-1992, il y a eu l'extension de la DMM à travers le traitement à l'Ivermectine à base communautaire dans les régions du Centre et du Sud. En 1993, l'enquête de base avait mis en évidence une prévalence moyenne nationale de 40% et 113 Districts de Santé endémiques repartis dans les 10 régions. En 1999, les activités de contrôle de l'onchocercose s'étaient étendues à 05 autres régions et la stratégie de distribution avait évolué dudu TIBC au TIDC.

En 2017, il y a création du comité national pour l'élimination de l'onchocercose, suivi en 2018, de la mise en place de trois sous-comités :

- Sous-comité chargé de l'élaboration des lignes directrices de l'élimination de l'Onchocercose au Cameroun ;
- Sous-comité chargé de l'assurance qualité des interventions ;
- Sous-comité chargé de la rédaction du plan stratégique national de l'élimination de l'Onchocercose.

5. Contrôle des vecteurs

Le Plan Directeur de lutte contre les MTN prévoit des stratégies de contrôle des vecteurs pour les cas spécifiques de la filariose lymphatique et de l'onchocercose. Ainsi, la distribution effective des moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'action permet de prévenir la transmission de la filariose lymphatique. La lutte antivectorielle prévue pour réduire les nuisances des simulies en même temps que la transmission de l'onchocercose n'est pas mise en œuvre actuellement.

6. Inclusion sociale et lutte contre la stigmatisation

Le Plan Directeur de lutte contre les MTN ne prévoit aucune stratégie d'inclusion sociale et de lutte contre la stigmatisation.

7. Couverture en Administration de Masse de Médicaments

En 2017, environ 6 924 265 enfants scolarisés (primaires et secondaires) avaient été traités parmi lesquels 4 303 334 au Mébendazole et 2 620 931 au Praziquantel. La même année, 464 373 enfants non scolarisés avait été traités dont 262 670 au Mébendazole et 201 703 au Praziquantel.

Tableau XI : Couverture d'administration de masse de médicaments chez les enfants
(Rapport PNSHI, 2017)

	Enfants scolarisés traités						Enfants non scolarisés traités					
	Mébendazole			Praziquantel			Mébendazole			Praziquantel		
	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total
MINEDUB	1 845 621	1 652 711	3 498 332	1 094 420	932 783	2 027 202	85 944	72 446	158 390	61 606	49 976	111 582
MINESEC	430 268	374 734	805 002	324 742	268 986	593 729	54 415	49 865	104 280	47 486	42 635	90 121
Total	2 275 889	2 027 445	4 303 334	1 419 162	1 201 769	2 620 931	140 359	122 311	262 670	109 092	92 611	201 703

En 2017, dans les Régions où les campagnes d'administration de masse de médicaments (AMM) pour les MTN étaient effectives, les couvertures globales étaient de 85,75%, 81,37%, 80,46% et 75,82% pour les géohelminthiases, la filariose lymphatique, l'onchocercose et la schistosomiase respectivement. La couverture en AMM n'était pas effective pour la filariose lymphatique (Nord, Extrême-Nord) et la schistosomiase (Sud). Concernant le trachome, les distributions de masse de médicaments n'ont concerné que 3 Districts de santé de la région de l'Extrême Nord soit 420 174 personnes sur un total éligible de 440 324 personnes, représentant une couverture thérapeutique de 95,42%. Cette couverture en chimiothérapie était de 91,60% en 2015 (DLMEP, 2017).

Tableau XII : Couverture d'administration de masse de médicaments par Région en 2017
(Rapport DLMEP, 2017)

MTN	Adamaoua	Centre	Est	Extrême-Nord	Littoral	Nord	Nord-Ouest	Ouest	Sud	Sud-Ouest	Niveau national
Trachome											
Nbre de DS endémiques	NA	NA	NA	14	NA	3	NA	NA	NA	NA	17
Population traitée	NA	NA	NA	420 174	NA	/	NA	NA	NA	NA	/
Couverture (%)	NA	NA	NA	95,42	NA	/	NA	NA	NA	NA	/
Géohelminthiases											
Nbre de DS endémiques	9	30	14	30	24	15	19	20	10	18	189
Population traitée	259 409	1 004 394	292 375	957 930	685 232	600 413	462 280	561 699	197 139	344 125	5 105 587
Couverture (%)	71,62	86,75	99,69	72,02	95,73	95,57	85,2	92,66	114,63	87,15	85,75
Schistosomiases											
Nbre de DS endémiques	9	10	3	30	4	15	3	5	/	6	85
Population traitée	269 667	543 483	78 101	971 082	281 000	585 564	10 284	152 878	/	152 734	2 522 226
Couverture (%)		84	74	73	39	79	13	90	/	85	75,82
Onchocercose											

Nbre de DS endémiques	9	16	4	3	12	6	19	20	6	18	113
Population traitée	864 311	936 689	106 074	285 255	404 011	695 654	1 470 831	1 797 323	281 441	1 184 783	8 026 372
Couverture (%)	81,06	80,38	80,73	79,45	80,14	73,28	81,78	81,48	80,14	82,06	80,46
Filariose Lymphatique											
Nbre de DS endémiques	6	14	14	/	12	/	19	16	10	16	152
Population traitée	681 852	885 812	106 074	/	404 011	/	1 470 831	1 472 036	281 441	1 085 937	6 387 994
Couverture (%)	81,63	80,35	80,73	/	80,14	/	81,78	81,57	80,14	82,07	81,37

En 2011, dans la Région de l'Extrême-Nord, la couverture thérapeutique contre trachome variait de 54,64% (Tokombéré) à 98,37% (Hina).

Tableau XIII : Traitement de masse contre le trachome dans la région de l'Extrême-Nord en 2011 (PNLCé)

District de santé	Population totale	Population recensée	Population traitée	Couverture thérapeutique (%)
Bourha	74 421	58 695	55062	73,99
Hina	110 775	110 683	108973	98,37
Koza	184 645	145 879	133 124	72,10
Meri	197 201	165 134	155 544	78,88
Mogode	112 274	91 520	84 495	75,26
Pette	51 379	45 092	44 994	87,57
Roua	94 831	89 533	68 349	72,07
Tokombere	149 191	113 708	81 522	54,64
Total	974 717	820 244	732063	75,11

En 2012, dans la Région de l'Extrême-Nord, la couverture thérapeutique contre trachome variait de 51% (Makary) à 100,02% (Bourha).

Tableau XIV : Traitement de masse contre le trachome dans la région de l'Extrême-Nord en 2012 (PNLCé)

District de santé	Village / Communauté	Nombre de ménages	Population totale	Ménages traités	Couverture thérapeutique (%)
Bourha	165	10042	70 899	10 044	100,02
Goulfey	150	6349	28 715	5 316	83,73
Guidiguis	205	17807	146 432	17 807	100,00
Hina	53	16247	110 088	16 247	100,00
Kousseri	233	39514	217 609	39 394	99,70
Koza	200	21219	133 662	20 922	98,60
Makary	364	16392	102 499	8 360	51,00
Meri	99	26791	174 807	26 783	99,97
Mogodé	176	13954	97 002	13 823	99,06
Mokolo	132	29969	207 615	29 451	98,27
Pété	680	6587	49 127	6 532	99,17
Roua	44	13476	90 919	13 435	99,70
Tokombéré	149	17616	106 933	17 116	97,16
Total	2 650	235 963	1 536 307	225 230	95,45

En 2013, dans la Région de l'Extrême-Nord, la couverture thérapeutique contre trachome variait de 64,35% (Kousseri) à 99,86% (Hina).

Tableau XV : Traitement de masse contre le trachome dans la région de l'Extrême-Nord en 2013 (PNLCé)

District de santé	Nbre villages recensés	Nbre villages traités	Pop recensées	Pop traitées	Couverture géographique	Couverture Thérapeutique
Bourha	56	56	70 745	69470	100%	98,20%
Goulfey	206	206	61 459	48341	100%	78,66%
Guidiguis	160	160	148 088	143027	100%	96,58%
Hina	60	60	114070	113 910	100%	99,86%
Kousseri	150	150	201 602	129 725	100%	64,35%
Koza	226	226	149 566	132 396	100%	88,52%
Makary	273	273	126 302	119506	100%	94,62%
Meri	125	125	196 106	182051	100%	92,83%
Mogode	86	86	100 268	94763	100%	94,51%
Mokolo	145	145	221 165	197 495	100%	89,30%
Pette	172	172	49 934	48048	100%	96,22%
Roua	46	46	93 949	85 324	100%	90,82%
Tokombere	166	166	119 468	115040	100%	96,29%
Total	1871	1871	1 653 722	1 479 096	100%	89,49%

En 2014, dans la Région de l'Extrême-Nord, la couverture thérapeutique contre trachome variait de 78,40% (Makary) à 100% (Kousseri).

Tableau XVI : Traitement de masse contre le trachome dans la région de l'Extrême-Nord en 2014 (PNLCé)

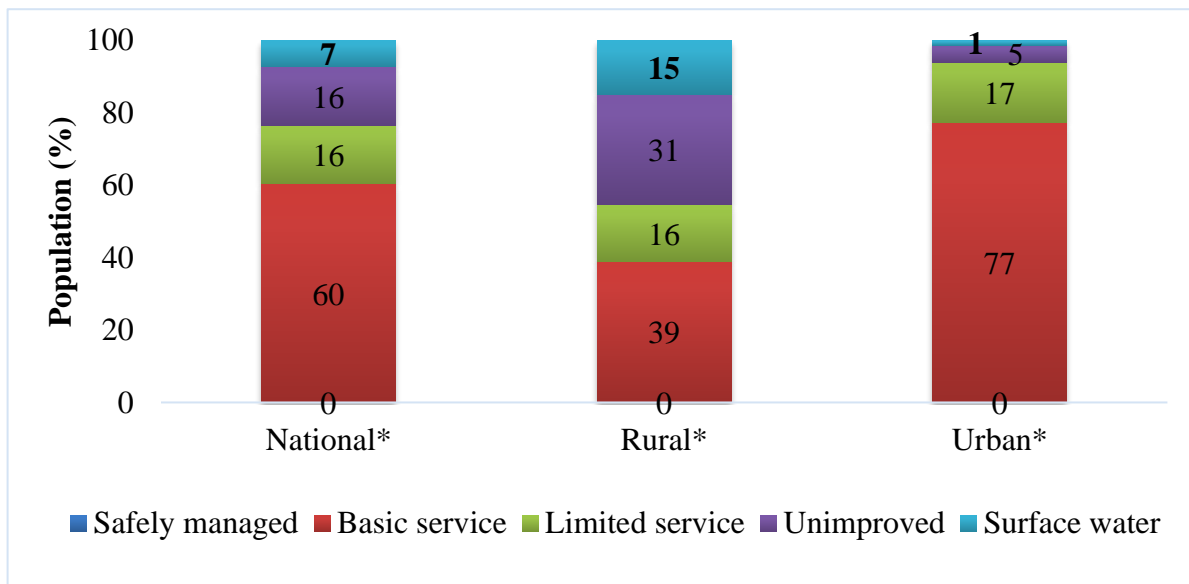
District de santé	Nbre villages récénces	Nbre villages traités	Pop recensées	Pop traitées	Couverture géographique	Couverture Thérapeutique
Goulfey	206	206	73921	55464	100%	75,03%
Guidiguis	160	160	149845	144366	100%	96,34%
Kousseri	150	150	225358	176699	100%	78,40%
Makary	273	273	133251	133251	100%	100%
Mokolo	145	145	223422	215783	100%	92,13%
Tokombere	166	166	125233	114101	100%	91,11%
Région	1100	1100	931030	839664	100%	90,18%

8. Informations sur le WASH

Certaines données plus récentes du WASH sont issues du « Joint Monitoring Programme (JMP) for Water Supply and Sanitation » de l'OMS et UNICEF (2017). Elles résultent de l'enquête nationale MICS (2014) du Cameroun qui est un des principaux documents auxquels s'est référé le JMP. Il est à noter qu'il n'existe pas de cadre mis en place pour l'évaluation des performances du secteur WASH au Cameroun par ailleurs.

8.1. Accès à l'eau de boisson

En 2017, 60% de la population camerounaise avaient accès au service de base (approvisionnement en eau potable). En zones rurale et urbaine respectivement, 15% et 1% utilisaient l'eau de surface (sources, marigots, points d'eau stagnants) comme eau de boisson.



*Safely managed : données non disponibles

Figure 3 : Proportion de la population ayant accès à l'eau de boisson (OMS/UNICEF, JMP 2017)

Les forages/pompes étaient les principales sources d’approvisionnement en eau dans les ménages (disponible dans 25% de ménages) en 2014. Par ailleurs, seulement 23% des ménages avaient accès à l’eau potable à travers un robinet dans le logement/concession. Près de 18% des ménages utilisaient l’eau provenant des puits ou sources non protégées.

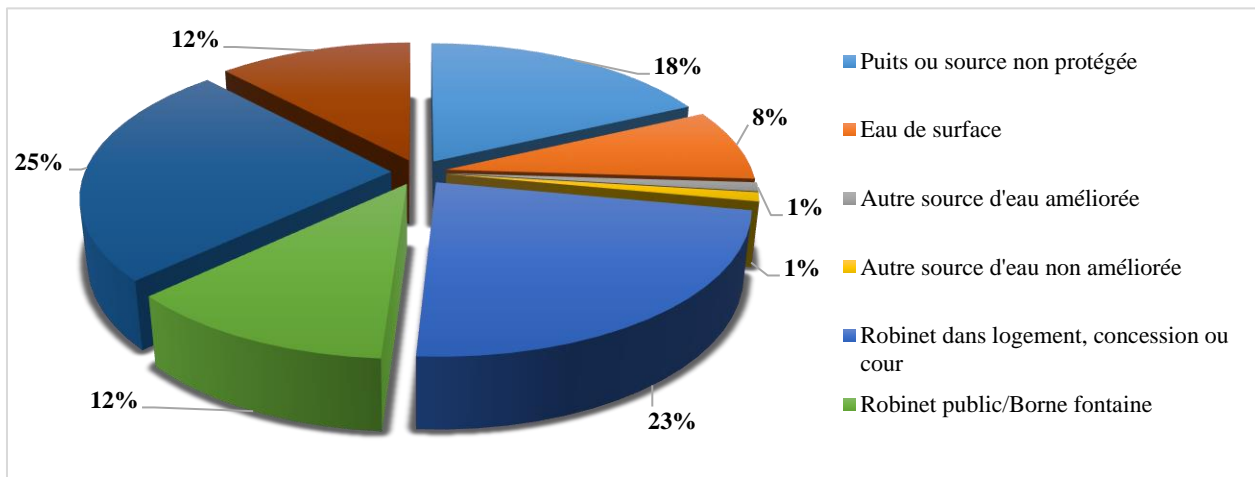
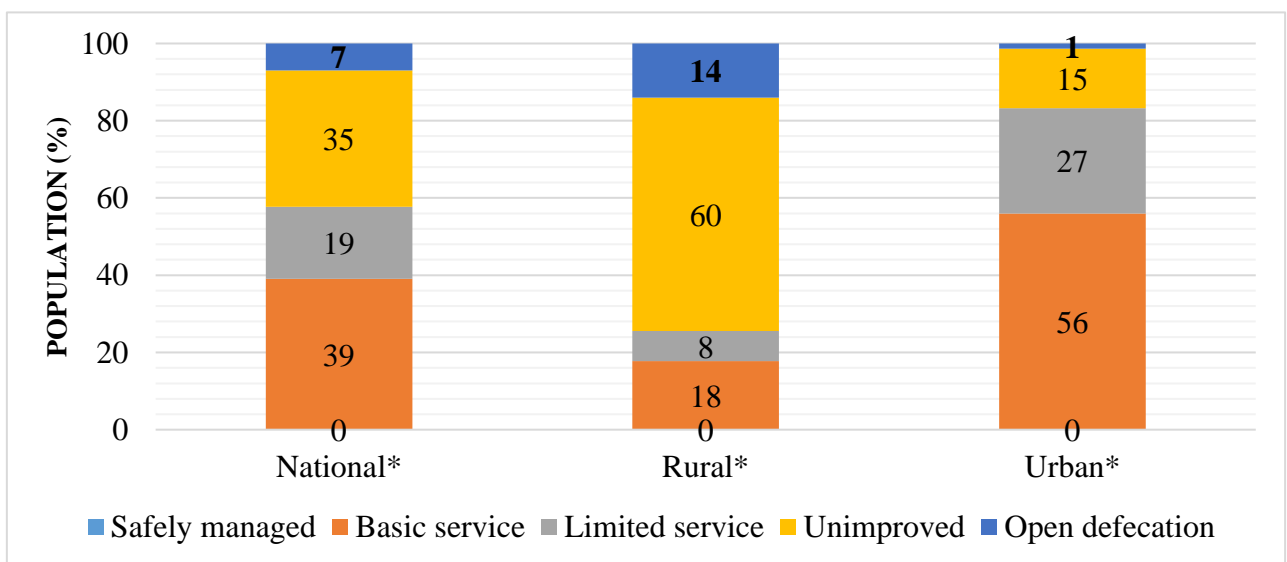


Figure 4 : Répartition des sources d’eau de boisson au sein des ménages par (MICS 5, 2014)

8.2.Assainissement

En 2017, seulement 39% de la population camerounaise avaient accès au service de base d’assainissement (installations sanitaires/latrines). En zones rurale et urbaine respectivement, 14% et 1% pratiquaient la défécation à l’air libre.



* Safely managed : données non disponibles

Figure 5 : Proportion de la population ayant accès au service d'assainissement (OMS/UNICEF, 2017)

Plus de la moitié des populations très pauvres ou du second quintile de bien-être économique utilisaient des toilettes non améliorées. En outre, plus de la moitié des populations très riches ou du quatrième quintile de bien-être économique étaient pourvues de toilettes améliorées. Il est à noter que la défécation à l'air libre était davantage pratiquée au sein des populations très pauvres (28,5%).

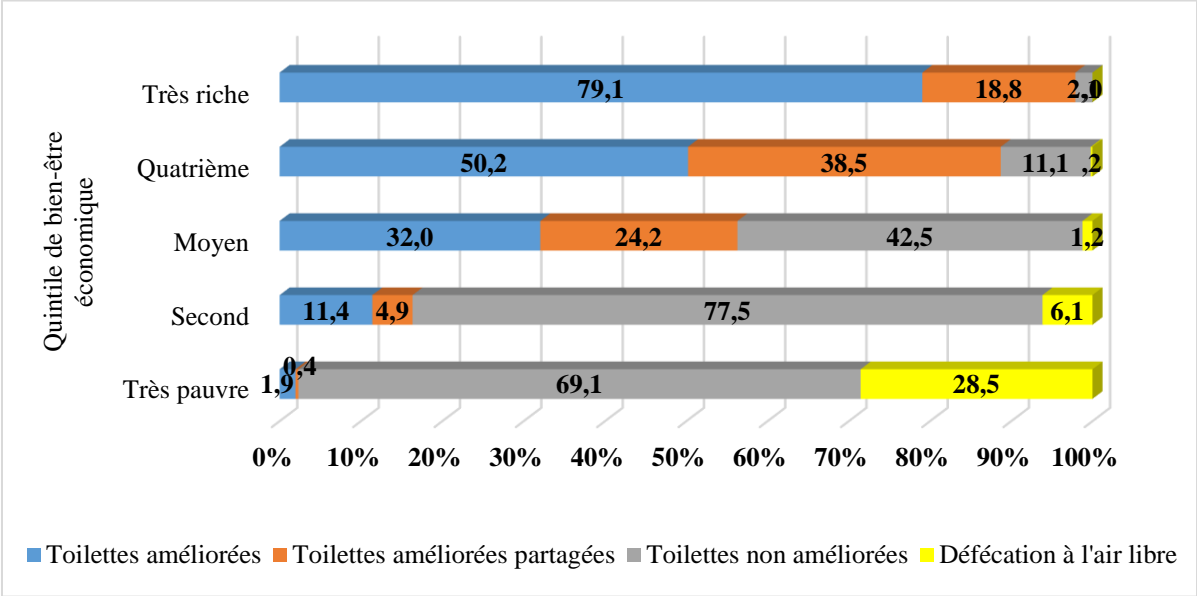


Figure 6 : Taux d'accès aux infrastructures d'assainissement en fonction du bien-être économique au Cameroun (MICS, 2014)

Au niveau national, seulement 47,1% d'établissements préscolaires et 44,1% d'établissements primaires disposaient d'ouvrages d'assainissement des excréta. Les établissements préscolaires du Nord-Ouest (70%) et du Nord (32%) présentaient respectivement la plus forte et la plus faible couverture en ouvrages d'assainissement des excréta. En outre, la plus forte et la plus faible couverture en ouvrages d'assainissement des excréta dans les établissements primaires étaient observées respectivement au Nord-Ouest (71%) et l'Adamaoua (23%).

Tableau XVII : Taux de couverture des établissements préscolaires et primaires du Cameroun en ouvrages d'assainissement des excréta (MINEE, 2011)

Région	Établissements préscolaires		Établissements primaires	
	Nombre d'écoles	Taux de couverture (%)	Nombre d'écoles	Taux de couverture (%)
Adamaoua	56	39	626	23
Centre	452	48	1628	46
Est	116	43	680	42
Extrême- Nord	66	41	1557	26
Littoral	194	56	648	57
Nord	65	32	872	39
Nord -Ouest	158	70	978	71
Ouest	307	50	1203	55
Sud	190	25	699	29
Sud-Ouest	165	47	725	53
Total national	1769	47,1	9616	44,1

En 2012, très peu d'écoles primaires disposaient de sources d'approvisionnement en eau dans les Régions de l'Adamaoua (21,8%), de l'Est (24,3%), de l'Extrême-Nord (25,9%) et du Nord (26,6%). Les forages (39,1%) étaient plus fréquents tandis que les sources (5,9%) étaient plus rares.

Tableau XVIII : Pourcentage d'écoles primaires disposant de sources d'approvisionnement en eau par Région (INS, 2012)

Région	Écoles primaires	Sources d'approvisionnement en eau				
		CDE	Puits	Forages	Marigots	Sources
Adamaoua	21,4	5	2,8	9	4	1
Est	24,2	3,4	2,2	10,2	4,8	3,7
Extrême-Nord	24,7	4,8	8,8	8,8	3	0,5
Nord	26,3	4,8	7,9	11,1	2,4	0,4

En 2017, l'accès à l'eau dans les écoles était resté très faible (18%) dans les Régions de l'Adamaoua, de l'Est, de l'Extrême-Nord et du Nord. En outre, une latrine était disponible pour environ 259 élèves.

Tableau XIX : Accès à l'eau et aux latrines dans les écoles des départements des Régions de l'Adamaoua, de l'Est, du Nord et de l'Extrême Nord (MINEDUB, 2017)

Région	Départements	Nombre écoles	% écoles avec accès à l'eau	Ratio élèves/latrine
Adamaoua	Djerem	107	5	160
	Faro et Déo	112	10	136
	Mayo-Banyo	197	4	279
	Mbere	135	12	224
	Vina	288	8	195
Est	Boumba et Ngoko	142	5	198
	Haut Nyong	310	15	116
	Kadey	210	12	211
	Lom et Djerem	205	26	134
Extrême-Nord	Diamare	327	18	246
	Logone et Chari	337	24	306
	Mayo-Danay	441	40	355
	Mayo-Kani	352	24	352
	Mayo-Sava	181	13	436
	Mayo-Tsanaga	411	16	349
Nord	Benoué	521	24	257
	Faro	100	17	382
	Mayo-Louti	315	16	318
	Mayo-Rey	302	13	453
Total		4993	18	259

Entre 2009 et 2017, le nombre de villages déclenchés à l'ATPC a augmenté tout comme le nombre de villages FDAL. Ainsi, le taux d'accroissement de la disponibilité des latrines s'est amélioré d'environ 51 % dans l'ensemble des localités de mise en oeuvre de l'ATPC du Cameroun (MINEE, 2017).

Tableau XX : Quelques chiffres clés de mise en oeuvre de l'ATPC au Cameroun (MINEE, 2018)

Année	Villages Déclenchés	Ménages déclenchés	Population totale	Latrines avant déclenchement	Latrines construites	Villages FDAL
2009	30	3 921	25 714	1 216	2 205	10
2010	26	4 597	34 057	3 723	4 920	26
2011	206	43 733	250 482	22 700	34 340	128
2012	175	26 217	116 330	14 369	20 730	118
2013	92	12 197	62 268	1 024	11 811	68
2014	245	14 125	94 524	2 367	9 292	57
2015	566	213 530	65 203	2 080	6 397	378
2016	504	33 673	452 514	29 254	33 451	415
2017	610	31 767	187 849	17 493	34 566	551
Total	2 454	383 760	1 288 941	97 226	157 712	1 751

Source : Rapports de Livelihood (2011), SNV (2011), ACDDI (2001) FBM (2016/17), PC (2017), ACDC (2017), MUTCARE (2014/15), ADRA (2015, 2016, 2017), Synthèse de l'UNICEF (2009-2017) cité par MINEE (2018)

Entre 2009 et 2017, seulement 29% de villages au plan national avaient atteint la fin de la défaction à l'air libre dans les villages déclenchés.

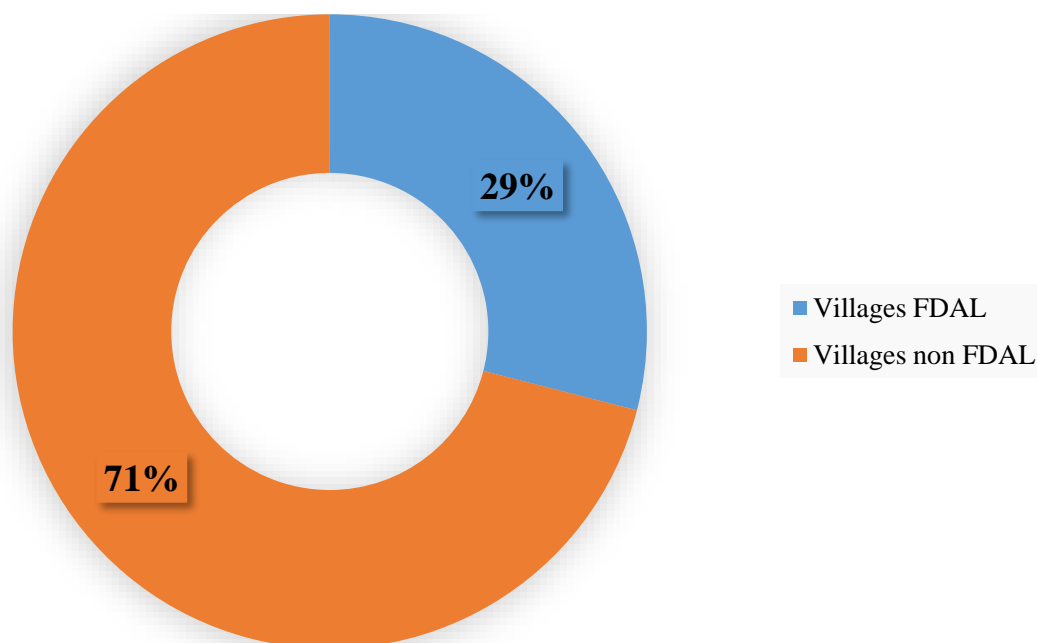


Figure 7 : Proportion des Villages FDAL et NFDAL de 2009 à 2017 (MINEE, 2018)

En 2014, seulement 14,90% de ménages disposaient d'un endroit précis pour le lavage des mains. Par ailleurs, 82,30% de ménages disposaient de savon et d'autres produits de nettoyage au point de lavage des mains et 34,90% de membres des ménages utilisaient des installations sanitaires améliorées non partagées.

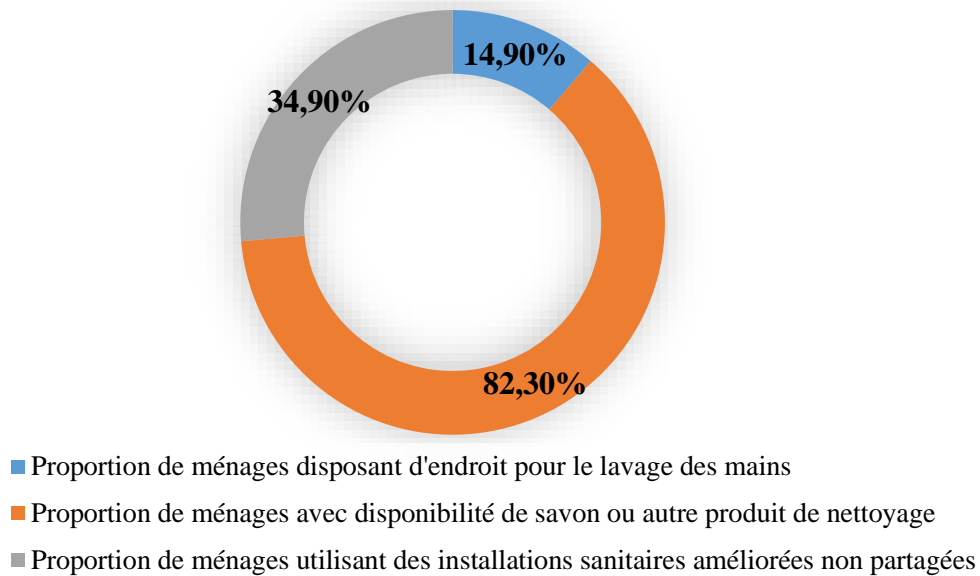


Figure 8 : Quelques indicateurs d'assainissement (MICS, 2014)

8.3.Hygiène

En 2017, seulement 9% de la population camerounaise avaient accès au service de base d'hygiène (hygiène individuelle et de l'habitat). En zones rurale et urbaine respectivement, 3% et 15% avaient accès au service de base d'hygiène.

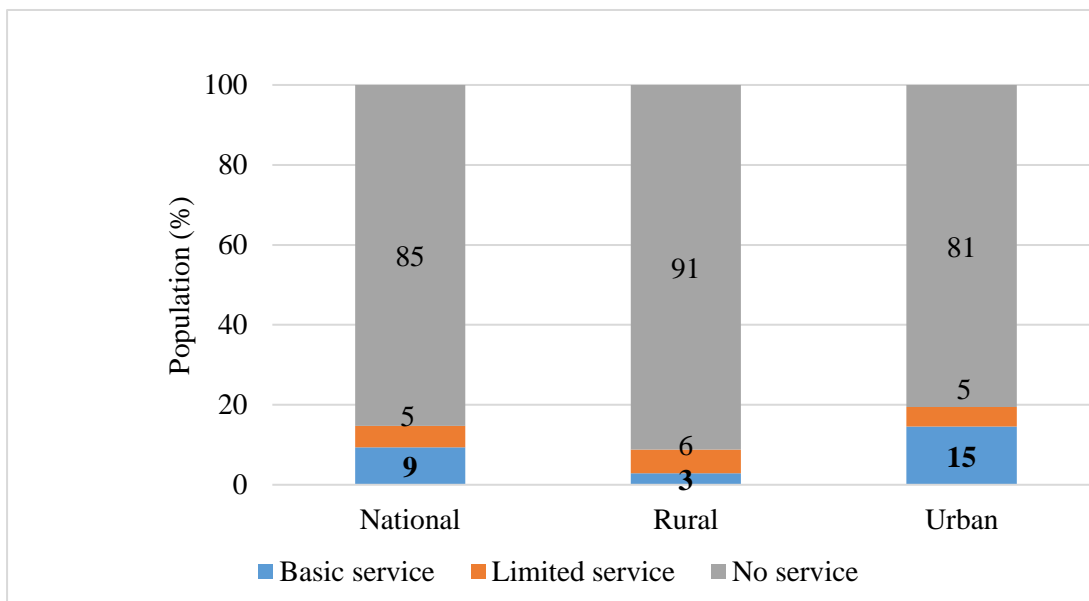


Figure 9 : Proportion de la population ayant accès au service de base d'hygiène (OMS/UNICEF, 2017)

9. Informations sur la communication

9.1. Canaux médiatiques

▪ Proportion des ménages disposant d'un téléphone

La proportion des ménages disposant d'un téléphone avait considérablement augmenté, passant de 30,2% à 89,4% entre 2005 et 2017. Cette augmentation était plus importante en zone rurale (de 12,9% à 83,9%) qu'en zone urbaine (de 61,1% à 97,9%).

En 2017, respectivement les Régions du Littoral (98,7%), de l'Ouest (98,1%) et du Sud-Ouest (94,2%) avaient les proportions les plus élevées de ménages disposant d'un téléphone. À l'inverse, les Régions de l'Extrême-Nord (71,0%) et de l'Est (65,0%), avaient les proportions les plus faibles.

Tableau XXI : Évolution de la proportion des ménages disposant d'un téléphone (fixe et/ou mobile) suivant le milieu de résidence et la Région de 2005 à 2017 (EESI 2005, ECAM 3, 2007 et ECAM 4, 2015 ; Enquête MINPOSTEL, 2017)

	2005	2006	2007	2010	2011	2014	2017
Milieu de résidence							
Urbain	61,1	59	81,7	92,6	88	96,4	97,9
Rural	12,9	9,5	23,6	51,6	45,9	63,5	83,9
Région							
Douala	69,6	76,3	87,2	95,6	96,9	97,3	99,4
Yaoundé	75,3	83,3	92	95,5	94,1	97,6	97,8
Adamaoua	18,2	25	27,9	64	61,4	81,6	90,2
Centre	33,3	23	40,5	62,3	73,6	77,6	89,6
Est	15,7	14,6	23,6	46,9	48,3	59,7	65,3
Extrême-Nord	5,6	10,5	14,8	34,4	36	47,5	71
Littoral	30,2	34	55,8	81	77,4	87,6	98,7
Nord	7,4	10,8	17,6	38,9	41,5	51,6	82,9
Nord-Ouest	23,6	18	32,5	71,1	66,8	82,3	90,4
Ouest	24,5	32,4	53,2	76,7	81,1	85,6	98,1
Sud	25,2	25,5	43,7	68,2	63,9	78,1	89,4
Sud-Ouest	31,9	36,5	37,2	75,9	75,8	84	94,2
Ensemble	30,2	34,3	45,1	68,7	67,4	78,1	89,4

* : Villes à forte à densité de population, assimilées à des Régions

▪ **Proportion de ménages possédant une radio**

Entre 2005 et 2017, la proportion de ménages possédant un poste radio avait diminué, passant de 62,3% à 46,6%. Cet indicateur était passé de 55,1% à 43,2% en zone rurale et de 75% à 51,9% en zone urbaine. La Région de l'Adamaoua (31,5%) était restée celle ayant la plus faible proportion.

Tableau XXII : Évolution de la proportion de ménages possédant une radio par milieu de résidence et par Région entre 2005 et 2017 (EESI 2005, ECAM 3, 2007 et ECAM 4, 2015 ; Enquête MINPOSTEL, 2017)

	Année						
	2005	2006	2007	2010	2011	2014	2017
Milieu de résidence							
Urbain	75	75,4	59,6	62,8	64,4	39,8	51,9
Rural	55,1	49,1	43,4	52,7	47,5	25,4	43,2
Région							
Douala*	79,4	81,9	57,8	58,4	65,7	37,6	55,3
Yaoundé*	77,5	84,4	61,5	64,3	69,1	41	48,5
Adamaoua	60,8	64,4	54,7	65	55,8	26,3	31,5
Centre	77,4	70,3	65,5	62,7	62	44,5	48,2
Est	66,4	55,8	38,3	56,3	47,6	25,6	53,7
Extrême- Nord	41,5	39,6	37,6	52,8	41,9	19	36,7
Littoral	65,1	64	58,4	59,6	56,6	29,4	55,1
Nord	52,8	50,9	43,7	49,8	43,3	25,2	36,8
Nord-Ouest	53,7	53,9	33,5	53,6	59,8	31,3	51,9
Ouest	66,5	59,1	54,7	57,6	60,2	35,8	54,9
Sud	75	67,8	53,8	60,4	64,4	48,6	48,2
Sud-Ouest	58,1	67,2	45,3	48,3	58,2	24,7	38,8
Ensemble national	62,3	62,3	49,4	56,9	56,1	31,8	46,6

* : Villes à forte densité de population, assimilées à des Régions

▪ **Proportion des ménages disposant d'un téléviseur**

La couverture des ménages en poste téléviseur avait augmenté de 26,0% en 2005 à 54,6% en 2017. Elle était passée de 10,1% à 34,3% en zone rurale et de 54,4% à 86,7% en zone urbaine. La Région de l'Extrême-Nord, avec 17,7%, restait la Région ayant la plus faible couverture.

Tableau XXIII : Évolution de la proportion des ménages disposant d'un téléviseur suivant le milieu de résidence et la Région de 2005 à 2017 (EESI 2005, ECAM 3, 2007 et ECAM 4, 2015 ; Enquête MINPOSTEL, 2017)

	Année						
	2005	2006	2007	2010	2011	2014	2017
Milieu de résidence							
Urbain	54,4	52,4	64,6	79,5	72,8	80,8	86,7
Rural	10,1	6,9	10,8	23,3	17,3	23,8	34,3
Région							
Douala*	61,9	68,0	71,5	86,7	87,5	84,8	93,7
Yaoundé*	64,9	73,8	76,3	87,3	88,0	87,9	88,5
Adamaoua	17,9	23,5	19,3	37,9	37,1	31,7	30,8
Centre	24,7	17,7	22,3	36,0	53,6	53,0	52,9
Est	10,6	16,0	15,8	27,0	38,7	31,0	36,4
Extrême-Nord	5,4	7,7	6,3	10,4	10,9	12,0	17,7
Littoral	26,5	26,2	32,4	58,7	51,1	53,5	75,4
Nord	7,5	8,3	8,8	15,3	18,2	15,6	23,6
Nord-Ouest	17,4	16,8	16,8	34,9	34,4	37,6	45,6
Ouest	19,9	26,0	29,1	46,2	44,1	47,6	55,8
Sud	25,2	28,6	39,9	50,5	52,3	55,2	56,8
Sud-Ouest	29,2	31,4	22,4	46,3	50,9	52,0	64,9
Ensemble national	26,0	29,8	30,7	46,7	45,6	49,2	54,6

* : Villes à forte à densité de population, assimilées à des Régions

9.2. Communication pour le Changement de Comportement

La Communication pour le Changement de Comportement fait partie intégrante de la lutte contre les MTN au Cameroun. Ainsi, deux techniques de communication sont utilisées à savoir la communication interpersonnelle et celle de masse. Dans l'ensemble, les objectifs visent à informer et à éduquer les populations sur les mesures de prévention des MTN. L'essentiel des activités consiste au renforcement des capacités des acteurs de terrain sur les techniques de communication et de sensibilisation. Les mesures d'hygiène individuelle et collective sont couramment abordées. Les affiches, les dépliants, les plaquettes et les spots sont régulièrement utilisés pour la sensibilisation des cibles. L'appropriation des messages par ces dernières, l'extension de la couverture à d'autres bénéficiaires et le suivi/évaluation des activités restent des défis majeurs. Toutefois, les ressources sont limitées pour la mise en œuvre de cette activité.

Tableau XXIV : Interventions de Communication pour le Changement de Comportement dans la lutte contre les Maladies Tropicales Négligées (entretiens avec les informateurs clés)

MTN	Techniques	Objectif de communication	Activités	Cibles	Thématiques abordés	Supports	Défis	Observations	Partenaires techniques et financiers
Trachome	Communication interpersonnelle	Amener au moins 80% de la communauté à adopter les bonnes pratiques d'hygiène	Renforcement des capacités des acteurs de terrain sur les techniques de communication Tenue des causeries éducatives	Élèves, enseignants et parents	Lavage quotidien des mains et du visage avec de l'eau propre et du savon	Affiches, dépliants et autocollants	Appropriation des messages par la cible	Insuffisances des supports	UNICEF OMS Sightsavers CHAI Breakthrough Action Concernant leurs zones d'action (cf. tableau Tableau XXXVIII en annexes)
Schistosomiase	Communication interpersonnelle	Éduquer sur la prévention de la maladie	Renforcement des capacités des acteurs de terrain sur les techniques de communication Tenue des causeries éducatives	Parent, élèves, enseignants	Importance de la prévention (lavage des mains, utilisation et entretien des latrines, lutte contre la défécation à l'air libre, risques liés à de la baignade dans les eaux souillées)	Dépliants, affiches, plaquettes d'informations	Étendre la cible à toute la communauté éducative (leaders religieux et traditionnelles, organisations de la société civile, autorités administratives, etc.)	Ressources très limitées	
Géohelminthiase									
Filariose lymphatique et Onchocercose	Communication interpersonnelle	Informer les populations sur les moyens de prévention et la prise en charge	Visite à domicile	Patients et proches, populations	Lavage des membres infectés	Affiches, dépliants, livrets	Suivi/évaluation des visites ; extensions des visites à d'autres DS endémiques	Rapport projet MMDP (Gestion de la morbidité et la prévention des incapacités)	

Trachome	Communication de masse	Informers les populations sur les moyens de prévention et la prise en charge	Renforcement des capacités des acteurs de terrain sur les techniques de communication Diffusion des messages clés	Mères/gardiens d'enfant en âge scolaire ; toutes la population	Lavage quotidien des mains et du visage avec de l'eau propre et du savon	Spot audio (radio communautaire)	Suivi/évaluation	Ressources très limitées
Schistosomiase et Géohelminthiase	Communication de masse	Informers la population sur les mesures de prévention/PEC	Diffusion des spots audiovisuels	Grand public : population des zones endémiques,)	Importance du déparasitage, importance des mesures d'hygiène	Dépliants, affiches, plaquettes d'informations, spots audiovisuels, documentaires	Atteindre une large proportion de la cible	
Filariose lymphatique et Onchocercose	Communication de masse	Informers la population sur les mesures de prévention/PEC	Diffusion des spots audiovisuels	Grand public : population des zones endémiques,)	Importance du déparasitage, importance des mesures d'hygiène	Dépliants, affiches, plaquettes d'informations, spots audiovisuels, documentaires	Atteindre une large proportion de la cible	

La Communication pour le Changement de Comportement est également abordée dans le cadre de l'éducation en milieu scolaire.

Chaque rentrée, il y a la sensibilisation dans les écoles sur le choléra et autres maladies (...). WASH-MTN-EA-NC-MINEDUB

Il en existe. Puisque je vous ai parlé notamment de la circulaire portant organisation de la police sanitaire en milieu scolaire. Donc au niveau des Régions et même pratiquement au niveau central lors de ces journées, il y a toujours des campagnes de sensibilisation. WASH-MTN-EA-NC-MINESEC

(...) Je vous ai parlé de WASH à l'école, tout ce que nous faisons s'aligne avec ce qui a été défini en termes de stratégie nationale WASH in school. C'est véritablement ça notre approche de travail. Tout ce que nous faisons sur le terrain trouve toujours un encrage institutionnel sur le terrain. WASH-MTN-EA-NC-PTF-PLAN

La Communication pour le Changement de Comportement est aussi abordée dans le cadre de la mise en œuvre de l'Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC).

Je vous parlais de l'ATPC. Tout ce que nous faisons en termes de communication s'aligne avec ce qui a été défini depuis le niveau national dans ce sens-là. WASH-MTN-EA-NC-PTF-PLAN

Il est à noter que les communications se font généralement pendant les événements spéciaux notamment la journée mondiale de lavage des mains, la journée mondiale de l'eau et la journée mondiale des toilettes. Aussi, l'intégration de la CCC dans les programmes scolaires se fait à travers les activités planifiées par les responsables des clubs (environnement et santé). Les informateurs clés le soulignent ainsi :

Il y a trois campagnes qui sont des campagnes classiques : la journée mondiale de l'eau (22 mars), la journée mondiale du lavage de mains (15 septembre), la journée mondiale des toilettes (19 novembre). WASH-MTN-EA-NC-MINEE

Bien évidemment, puisque je dis qu'il y a une journée qui s'insère dans le programme scolaire qui est la journée du lavage des mains il y a également des activités dans le cadre des clubs culturels dans les établissements scolaires pour amener les enfants à changer de comportement. WASH-MTN-EA-ND-MINESEC-MEAF

Il y a notamment un club environnement, ce sont eux qui s'occupent notamment de la propreté, de sensibiliser leurs camarades sur la nécessité de laver les mains au

sortir des toilettes, de garder les toilettes propres. WASH-MTN-EA-NC-MINESEC

9.2.1. Techniques de communication pour le changement de comportement

En matière d'approche de communication, il est à noter que la communication interpersonnelle (visites à domicile et entretiens) et de masse (médias et causeries éducatives) sont celles utilisées dans le secteur santé. Dans l'ensemble, ces techniques visent à informer et à éduquer les populations sur les mesures les mesures d'hygiène individuelle et collective et la de prévention des MTN.

Il y a également des causeries éducatives où on réunit la population, on les amène eux-mêmes à identifier le problème et à trouver les solutions. WASH-MTN-EA-NC-MINSANTE-DPS

Comme activités, généralement on organise des causeries éducatives. WASH-MTN-EA-NC-MINSANTE-DPS

9.2.2. Initiatives, outils et approches pour le changement de comportement

Généralement, le lavage régulier des mains et du visage avec de l'eau et du savon, l'importance du déparasitage, l'importance des mesures d'hygiène individuelle et collective, l'importance de la prévention et de la PEC des MTN sont abordées pendant la sensibilisation. Les affiches, les dépliants, les plaquettes, les boîtes à image, etc. sont régulièrement utilisés comme outils de la CCC.

Nous avons des affiches chaque année. Voilà par exemple un lot d'affiches je ne sais plus de quelle année ? Donc, on a des affiches de sensibilisation des populations. WASH-MTN-EA-NC-MINEE

Pour les campagnes de masse, on utilise : les flyers, les banderoles, les affiches, les T-shirts. WASH-MTN-EA-NC-MINEE

Les affiches, les animations, c'est-à-dire la musique, les jeux concours. Nous organisons souvent des quiz lors des campagnes de sensibilisation de masse, nous avons des affiches, les boîtes à outils (images qu'on distribue à la population). Et puis, vous avez ce qui est message radiophonique. WASH-MTN-EA-NC-PTF-PLAN

Les affiches, la sensibilisation par les affiches et les projections cinématographiques lors des séances de regroupement. Le club journal avec les journaux au niveau des établissements qui s'occupent de l'aspect communication et ils produisent des supports. WASH-MTN-EA-ND-MINESEC-MEAF

9.2.3. Inclusion d'une approche médiatique pendant la Communication pour le Changement de Comportement

En ce qui concerne l'inclusion d'une approche médiatique pendant les séances de communication pour le changement des comportements, certains informateurs ont déclaré utiliser les spots télé et radio comme outils de communication dans leurs zones respectives.

Le passage de microprogramme de temps à autre à la CRTV, dont des documentaires. WASH-MTN-EA-NC-MINSANTE-PNLSHI

On utilise beaucoup plus les radios communautaires. Parce que les radios communautaires nous ouvrent la possibilité de toucher notre cible en sa langue. WASH-MTN-EA-NC-MINSANTE-DPS

Il y a tous les médias qu'on connaît, la télé, la radio, les affiches dans les établissements, les annonces ; c'est comme ça que ça se passe. WASH-MTN-EA-NC-MINESEC

Très souvent on contacte les médias, surtout les radios communautaires (...), on peut avoir une session de briefing si le thème est nouveau ou alors leur donner les messages essentiels qu'ils vont diffuser (...). Très souvent il y a eu des émissions, des programmes parfois des spots également. Quand les moyens le permettent souvent, les émissions interactives dans les médias. WASH-MTN-EA-NR-MINSANTE-PF-COM

Quand il y a les ressources disponibles et surtout quand c'est appuyé par l'UNICEF. On avait contractualisé à un moment 12 radios qui menaient des activités de sensibilisation qui s'étendaient sur 6 mois. WASH-MTN-EA-NC-MINEE

Oui ! Je prends le cas du choléra en ce moment. On a développé des spots radio qui sont passés pendant quatre mois dans la Région du Nord lorsqu'on avait le pic du choléra l'année dernière. C'est également passer dans la Région de l'Extrême-Nord. Présentement, on est en train de relancer dans les Régions du Nord et de l'Extrême Nord vu que le choléra essaye de refaire surface. PTF-PLAN-CAM

D'autres responsables par contre, à l'instar du MINEDUB, niveau Central n'utilise pas l'approche media dans la sensibilisation scolaire à cause de l'absence des ressources financières.

Approche médiatique ? que qui a payé ? (...) WASH-MTN-EA-NC-MINEDUB

9.2.4. Disponibilité des ressources pour la Communication pour le Changement de Comportement

L'absence des ressources est la difficulté majeure de la mise en œuvre de la CCC. À ces propos, les informateurs déclarent :

(...) bien sûr, (...) le manque de financement. En principe, on pouvait le faire tous les jours. WASH-MTN-EA-NC-MINEDUB

Faciliter le travail des collaborateurs qui interviennent dans ces domaines-là. Si je prends le cas de l'infirmier scolaire qui est chargé de l'hygiène, disons du suivi, il faudrait mettre à sa disposition des moyens nécessaires pour que le travail puisse être mené, pour moi c'est davantage l'implication de tout le monde, je vais dire de tous ceux qui interviennent sur cette chaîne. WASH-MTN-EA-NR-MINESEC

9.2.5. Insertion de la Communication pour le Changement de Comportement dans les activités au niveau communautaire

La CCC est également utilisée dans les activités de prévention et de lutte contre les MTN au niveau communautaire. Elle implique les organisations en vue d'informer et sensibiliser le plus grand nombre des populations bénéficiaires desdites activités. Les thématiques les plus souvent abordées sont celles portant sur la promotion de la santé et la prévention des MTN.

Le MINSANTE à travers le programme PBF a prévu des visites à domicile en vue de sensibiliser ou d'accompagner des ménages dans un élan de promotion de la santé, d'information et même de soins. WASH-MTN-EA-ND-MINSANTE-PFC-MF

Si c'est l'eau, on sensibilise les populations à potabiliser l'eau à domicile dans les zones où elles n'ont pas accès à l'eau potable. Si c'est en milieu urbain, on leur dit que par exemple voilà ce que vous devez faire. Par exemple, vérifier le taux de chlore et les enjeux de l'approvisionnement en eau et même souvent les défis à relever pour que tout le monde ait de l'eau. C'est une question de sensibilisation. Si c'est la problématique du lavage des mains, c'est la même chose. WASH-MTN-EA-NC-MINEE

Bien sûr ! Elle se fait généralement dans les campagnes. Je dis que ce soient les campagnes classiques, ce sont des campagnes de proximité. C'est-à-dire on va vers une cible communautaire. WASH-MTN-EA-NC-MINEE

9.2.6. Inclusion d'une approche de marketing social et d'assainissement

L'approche de marketing social et d'assainissement consiste à relayer l'information reçue auprès des bénéficiaires, à stimuler les populations à exprimer leurs besoins et à se doter du matériel et des infrastructures en promotion telle que décrite par les informateurs ci-dessous :

*Le marketing de l'assainissement consiste à créer un marché où ces populations qui ont décidé de changer de comportement en facilitant leur accès aux produits d'assainissement par des mécanismes appropriés. **WASH-MTN-EA-NC-MINEE***

*Peut-être on ne l'appelle pas ainsi. Nous ne l'appelons pas marketing social mais, quand vous le dites comme ça, nous travaillons parfois avec des leaders communautaires qui doivent en fait, porter le message. C'est dans ce sens par exemple qu'on a eu des campagnes (...) chercher à l'échiquier national certaines femmes qui ont réussi et qui pouvaient servir de modèle pour pouvoir porter le message et influencer les comportements. **WASH-MTN-EA-NC-PTF-PLAN***

*Nous formons des formateurs dans les communautés qui prennent par la suite leur destin en main et nous les accompagnons. C'est ça l'ATPC (...). **WASH-MTN-EA-NC-MINEE***

*Dans la communauté oui parce que nous pensons que la CCC doit être orientée dans l'intérêt commun. **WASH-MTN-EA-ND-MINSANTE-PFC-MF***

9.2.7. Pilotage par la communauté (le cas de l'assainissement total)

Pour certains informateurs, les activités de communication sont pilotées par les membres de la communauté. C'est le cas des activités de mise en œuvre de l'ATPC.

*L'assainissement total piloté par la communauté (ATPC) est déjà intégré dans la stratégie nationale. Ce que nous avons fait, c'est la création des comités locaux constitués par les personnes que les communautés elles-mêmes ont désignées (...) suite au déclenchement **WASH-MTN-EA-NC-PTF-PLAN***

*La majeure partie de nos activités est pilotée par les communautés, c'est-à-dire qu'ici à la délégation, on a des activités, mais on s'appuie sur les points focaux communication de district et sur les COSA (...). **WASH-MTN-EA-NR-MINSANTE-PFC***

*Mais, le programme WASH, nous n'avons pas intervenu directement, il a été piloté par le ministère des enseignements secondaires par le service d'hygiène et salubrité du Ministère. **WASH-MTN-EA-NR-MINESEC***

*La communauté est impliquée surtout en ce qui concerne l'assainissement. Il y a aussi les communes qui nous aident beaucoup plus dans la réfection des latrines des lieux publics (...). **WASH-PF-NC-MINEE***

9.2.8. *Intégration de l'éducation pour la santé et l'hygiène dans les programmes de formation des enseignants et des élèves*

*Il y a parfois des formations spécifiques à l'endroit des enseignants qui des fois avec des outils CHAST peuvent présenter certaines images. Comme ce sont des petites cartes qu'on fait pour que les enfants puissent identifier quelles sont les bonnes ou les mauvaises pratiques. **WASH-MTN-EA-NC-PTF-PLAN***

*Dans la programmation scolaire, ils ont déjà des modules, je ne suis pas spécialiste de l'éducation mais je sais qu'ils ont des modules où on apprend aux enfants l'hygiène vestimentaire. Il faut venir à l'école propre, se brosser les dents avant et après les repas. **WASH-MTN-EA-NC-PTF-PLAN***

*Non, mais lors des épidémies on l'a fait parce que c'était à la veille de la rentrée scolaire, il fallait sensibiliser (...). (...) on a impliqué le ministère de la Jeunesse. (...) on a également des séminaires avec les directeurs d'écoles primaires privées ou publiques, (...) il y avait un représentant de l'OMS et le délégué Régional de l'éducation de base. **WASH-MTN-EA-NR-MINSANTE-PF***

9.3. Mobilisation sociale

La mobilisation sociale est également utilisée dans les activités de prévention et de lutte contre les MTN. Elle implique les organisations et les Hommes de médias en vue d'informer et sensibiliser le plus grand nombre des populations bénéficiaires desdites activités. Outre l'importance de la prévention et de la prise en charge, le rôle des organisations et des Hommes de médias est aussi la thématique abordée. En termes de défis, on note : l'extension de l'approche ATPC dans les zones non couvertes, le maintien du réflexe de lavage régulier des mains et du visage avec de l'eau propre et du savon, l'approvisionnement en eau potable en quantité suffisante, l'appui financier des organisations et l'implication d'un grand nombre d'Hommes de médias.

Tableau XXV : Interventions de Mobilisation sociale dans la lutte contre les Maladies Tropicales Négligées (entretien avec informateurs clés)

MTN	Objectif de communication	Activités	Cibles	Thématiques abordés	Supports	Défis	Partenaires techniques et financiers
Trachome	Mobiliser les organisations et les associations dans la mise en œuvre des activités de lutte contre la maladie	Sensibilisation	Organisations (ONG, OBC et autres associations), leaders communautaires, enseignants ; leaders traditionnels, ASC, distributeurs communautaires (DC)	Lavage quotidien des mains et du visage avec de l'eau propre et du savon	Dépliants, affiches, plaquettes et à boîtes images	Maintien du réflexe de lavage quotidien des mains et du visage avec de l'eau propre et du savon chez l'ensemble des populations Approvisionnement en eau potable en quantité suffisante Étendre l'approche ATPC dans les zones non couvertes	UNICEF OMS CHAI Breakthrough Action
Schistosomiase Geohelminthiase Filariose lymphatique	Mobiliser les organisations et les associations dans la mise en œuvre des activités de lutte contre la maladie	Sensibilisation	Organisations (ONG, OBC et autres associations), leaders communautaires, enseignants ; leaders traditionnels, ASC, DC	Importance de la prévention et de la PEC Rôle des organisations et des leaders	Affiches, plaquettes, dépliants, etc.)	Appui financier d'un plus grand nombre d'organisations, d'associations, de leaders communautaires et des ASC dans certaines Régions	Concernant leurs zones d'action (cf. tableau Tableau XXXVIII en annexes)

<p>Onchocercose</p>	<p>Mobiliser les Hommes de média dans la mise en œuvre des activités de lutte contre la maladie</p>	<p>Briefing Sensibilisation</p>	<p>Hommes des médias</p>	<p>Importance de la prévention et de la PEC Rôle des Hommes de médias</p>	<p>Dossiers de presse</p>	<p>Implication davantage d'Hommes de média dans les actions de prévention et de prise en charge de la maladie Implication les Hommes de média dans la diffusion du plan de communication Implication des Cellules de communications des administrations partenaires</p>	
----------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---	---------------------------	---	--

Les activités de la mobilisation sociales consistent à inciter les organisations (ONG, OBC et autres associations), leaders communautaires, enseignants, leaders traditionnels, ASC et Distributeurs Communautaires (DC) à s’investir dans la mise en œuvre des activités de lutte contre les MTN (Trachome, Schistosomiase, Geohelminthiases, filariose et onchocercose) à travers la sensibilisation et le renforcement des capacités des populations au niveau des communautés. Elle permet d’atteindre une large proportion de la cible.

On peut dire les personnalités notamment les autorités. On envisage également mobiliser les artistes pour qu’ils deviennent des ambassadeurs. WASH-MTN-EA-NC-MINSANTE-DLMEP

Certains secteurs attendent plutôt la sollicitude des organisations, au lieu d’aller vers elles pour les mobiliser. Comme le relèvent les propos de cet informateur :

Il y a quelques rares associations qui sollicitent le MINESEC, mais c'est rare. WASH-MTN-EA-NC-MINESEC

9.4. Plaidoyer concernant le WASH et la lutte contre les MTN

Le plaidoyer constitue une autre stratégie de communication. Il est utilisé en vue de solliciter auprès des autorités locales leur implication effective dans les interventions de prévention et la prise en charge des MTN. L'importance de la prévention/la prise en charge des MTN ainsi que le rôle à jouer par ces autorités constituent les thématiques généralement abordées. Toutefois, l'implication d'un nombre important d'autorités et l'intégration des activités/interventions dans le Plan Communal de Développement restent des défis à relever.

Tableau XXVI : Plaidoyer (Entretien avec les informateurs clés)

MTN	Objectif de communication	Activités	Cibles	Thématiques abordés	Supports	Défis	Observations
Trachome	Impliquer les autorités administratives, religieuses, traditionnelles et les leaders communautaires dans la prévention et la prise en charge des MTN	Réunions d'information Réunions de plaidoyer	Les autorités administratives, religieuses, traditionnelles et les leaders communautaires	Rôle de l'autorité dans les activités de prévention Importance de la prévention et la prise en charge des MTN	Kit de plaidoyer (documents stratégiques, rapports d'activités) Supports de communication	Impliquer un nombre important d'autorités Amener les autorités à intégrer les activités de prévention et de lutte contre les MTN dans leurs agendas Intégrer les activités dans le PCD	Ressources très limitées
Schistosomiase Géohelminthiase	Impliquer les autorités dans la mobilisation sociale	Réunions d'information Réunions de plaidoyer	Autorités administratives, traditionnelles et religieuses	Rôle de l'autorité dans les activités de prévention Importance de la prévention et de la PEC	Kits de plaidoyer (documents stratégiques, rapports d'activités) Supports de communication	Amener les autorités à intégrer les activités de prévention et de lutte contre les MTN dans leurs agendas Intégrer les activités dans le PCD Mobiliser 80% des autorités pour l'implication dans la lutte contre la schistosomiase et les géohelminthiases	

Filariose lymphatique Onchocercose	Impliquer les autorités administratives, religieuses, traditionnelles et les leaders communautaires dans la prévention et la prise en charge des MTN	Réunions d'information Réunions de plaidoyer	Les autorités administratives, religieuses, traditionnelles et les leaders communautaires	Rôle de l'autorité dans les activités de prévention Importance de la prévention et la prise en charge des MTN	Kits de plaidoyer (documents stratégiques, rapports d'activités) Supports de communication	Amener les autorités à intégrer les activités de prévention et de lutte contre les MTN dans leurs agendas Intégrer les activités dans le PCD Mobiliser 80% des autorités pour l'implication dans la lutte contre la filariose lymphatique et l'onchocercose
---	--	---	---	--	---	---

Certains acteurs dans le cadre des interventions des programmes WASH et de lutte contre les MTN utilisent le plaidoyer pour solliciter l'implication des autorités et des organisations. Les outils et supports de plaidoyer utilisés sont régulièrement le Kit de plaidoyer, les documents stratégiques, les rapports d'activités et les supports de communication.

Pour ce qui est du plaidoyer, on a souvent essayé d'organiser au niveau de la Région des activités de plaidoyer avec les communes et villes unies et ça impliquait les maladies tropicales négligées et c'est au cours de ce moment qu'on sollicite leur appui, leur soutien et leur engagement dans les activités de mise en œuvre des MTN.

WASH-MTN-EA-NR-MINSANTE-PFC

De manière générale, quand on fait la stratégie on souhaite que les moyens suivent. Nos plaidoyers envers les bailleurs et même les dirigeants c'est de mettre plus de moyens dans le financement des activités WASH. **WASH-MTN-EA-NC-MINSANTE-DPS**

Oui particulièrement pour le WASH. **DP-MINEDUB-MEAF**

(...) auprès des maires auprès des autorités, nous avons fait ça de façon traditionnelle presque toutes les années mais ça ne suit pas, ce que nous sollicitons souvent c'est l'appui des collectivités décentralisées (...). **WASH-MTN-EA-NR-MINSANTE-PFMTN**

Par contre, initier un plaidoyer par certains acteurs en vue de la mise en œuvre des activités du WASH et de lutte contre les MTN n'a pas d'importance en l'absence du financement alloué auxdites activités. Les propos de cet informateur du niveau central le soulignent clairement :

Je n'ai même pas initié. Tu vas initier quelque chose qui n'a pas de ligne budgétaire validée par l'assemblée nationale ? **WASH-MTN-NC-MINEDUB**

9.4.1. Existence d'un plaidoyer commun dans le cadre du WASH et de la lutte contre les MTN

Il est à noter que les acteurs des deux programmes quel que soit le secteur, ne mènent pas des activités communes de plaidoyer. Les propos des informateurs sont suffisamment illustratifs :

Pas du tout. **WASH-MTN-EA-NC-MINSANTE-PNLSHI**

Un plaidoyer commun au MTN et WASH, non ! mais WASH uniquement. **PF-WASH-MINEE-MEAF**

Non, jusqu'ici non, (...). **WASH-MTN-EA-NR-MINSANTE-PFMTN**

Certains acteurs importants, pensent qu'initier et adresser un plaidoyer ne leur incombent pas. Ils estiment que c'est le rôle du secteur de la santé. Les assertions de cet informateur l'illustrent :

La réalité c'est que ce sont des services spécialisés au niveau médical qui sont aptes pour faire des plaidoyers puisque que nous portons les problèmes à leur niveau. Nous nous occupons de l'aspect purement pédagogique et pour des sujets médicaux on s'adresse aux services concernés voilà le problème. WASH-MTN-EA-ND-MINESEC-MEAF

10. Niveau de priorité accordé aux programmes concernant le WASH et la lutte contre les MTN

10.1. Existence des plans actuels de lutte contre les MTN et de mise en œuvre du WASH

Au Ministère de la Santé Publique, il existe un plan directeur de lutte contre les maladies tropicales négligées (2016-2020) conduit par l'unité de coordination des Programmes de lutte contre les MTN. Il fait suite des résolutions du plan stratégique pour la lutte contre les MTN pour la Région africaine (2014-2020). Ce plan directeur s'est traduit au niveau opérationnel en plan d'action (Plan d'action, 2017) comme le soulignent les propos des informateurs :

Il y a un plan de lutte intégré au niveau de la coordination de lutte contre les MTN, mais je ne sais pas s'il a été complètement validé ou mis à jour. Il y'a normalement des axes stratégiques qui sont prévus (...) WASH-MTN-EA-NC-MINSANTE-PNLSHI

J'avoue que depuis un an nous avons un plan d'action (...). Toutes les activités sont définies et donc on connaît tout ce qu'on doit faire pour l'année. C'est à partir de là donc que nous rédigeons notre plan d'action. C'est sur la base de ce document qu'on devrait élaborer notre plan, sinon il y'a les plans d'action. WASH-MTN-EA-NR-MINSANTE-PF-MTN

Dans notre plan d'action, nous avons intégré le volet lutte contre les MTN à savoir qu'on sait à quelle période on peut rencontrer les membres de la communauté éducative. Très souvent on cible les réunions de rentrée avec les assemblées de parents ainsi de suite. WASH-MTN-EA-NR-MINESEC

L'un des objectifs stratégiques du plan directeur était de promouvoir la santé et de prévenir les maladies tropicales négligées à travers l'élaboration d'un plan de promotion de la santé et de la prévention des MTN.

Les acteurs s'accordent à dire qu'il existe une faible mise en œuvre des interventions de promotion de l'assainissement de l'environnement du fait de l'inexistence d'un plan de promotion de la santé et de prévention des MTN prévu dans le plan.

*Le plan que nous avons actuellement, il y a un plan qui a été élaboré au niveau de la Sous-Direction de l'Alimentation et de la Nutrition (SDAN). Il y a également un plan relatif à la gestion du choléra. Mais vraiment un plan de communication à MTN ou pour le WASH je pense que non. **WASH-MTN-EA-NC-MINSANTE-DPS***

Les activités de lutte contre les MTN sont fortement dépendantes du financement extérieur comme l'attestent les informateurs clés :

*Je sais qu'il y a UNICEF qui est là, bon je sais que d'autres par exemple peuvent arriver si on contacte. À l'exemple peut-être de l'OMS qui intervient aussi... Chaque partenaire agit selon sa convenance et dans le domaine impliqué. Vous savez que généralement UNICEF finance les activités de communication. **WASH-MTN-EA-NC-MINSANTE-DPS***

*Actuellement on a un partenaire GOODNEIGHBOUR qui a mis en œuvre des activités d'interventions en plus du WASH. Ils veulent faire beaucoup dans le WASH dans la Région du Centre. Donc actuellement après l'évaluation du projet, on pourra peut-être intensifier voire même étendre la stratégie... Les partenaires aussi nous appuient avec les outils et c'est eux qui financent la production de ses outils. **WASH-MTN-EA-NC-MINSANTE-DLMEP***

*(...) SightSavers est en train de prendre en charge un certain nombre de régions... Maintenant, dans la région du Centre, l'appui de notre partenaire GOODNEIGHBOUR, on envisage la construction de quelques forages. **WASH-MTN-EA-NC-MINSANTE-PNLSHI***

*(...) c'est un programme qui est financé par les partenaires des bailleurs extérieurs ; c'est eux qui apportent le financement chaque année sous forme de subvention. C'est vrai qu'on attend la grande partie de l'état, ce n'est pas évident. Nous ne fonctionnons qu'avec le financement extérieur c'est pour ça aussi que nos interventions sont presque conditionnées... avec un nouveau partenaire il a décidé de financer les composantes dans le déparasitage scolaire sur 3 ans ; c'est un nouveau partenaire qui vient d'arriver de Corée. (...) c'est un projet donc avec lui il y aura ces interventions de WASH, mais jusqu'ici il n'y a jamais eu de WASH dans le MTN. **WASH-MTN-EA-NR-MINSANTE-PF-MTN***

La mise en œuvre des interventions du programme WASH au MINEE n'est pas sous-tendue par l'existence d'un plan national. Toutefois, plusieurs documents de politique et de stratégie servent de cadre pour la planification, le suivi et l'évaluation de interventions, parmi

lesquels : la loi sur l'eau adoptée en 1998, la politique d'approvisionnement en eau et d'assainissement en milieu rural (2007), la lettre de politique du secteur de l'hydraulique urbaine (2007), stratégie nationale pour la gestion des eaux usées (2011), la stratégie sectorielle de l'eau et de l'énergie (2012), la stratégie nationale pour l'assainissement en milieu rural (2014), la stratégie WASH in School (2015), la stratégie nationale d'Assainissement total piloté par le communauté (ATPC, 2015).

Les plans stratégiques de certains PTF accorde une priorité au programme WASH.

Le niveau de priorité est élevé. La preuve, on a un conseiller dédié au WASH à PLAN. WASH-MTN-EA-NC-PTF-PLAN

Ce qu'il faut dire c'est qu'on suit la stratégie nationale WASH in School (...). Il y a une stratégie nationale Wash in school qui a été développée l'année passée je crois qu'elle est validée aujourd'hui. Et dans la stratégie WASH in school parmi les approches connues, vous avez par exemple ce qu'on appelle le CHAST ou PAHST qui sont des approches qui permettent de travailler avec les enfants pour qu'ils soient des acteurs de la promotion des bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissements dans leur milieu. WASH-MTN-EA-NC-PTF-PLAN

Dans les faits, ces acteurs se réfèrent au Plan de Travail Annuel du MINEE élaboré à partir du programme WASH-UNICEF, 2017-2020.

En général, le programme WASH a une planification des activités... et là c'est le partenaire UNICEF...donc il y a tout un plan de travail annuel si on peut dire comme ça parce qu'actuellement nous sommes sous le programme 2017-2020, il y a donc un programme de travail toutes les trois années et chaque année il y a donc un plan de travail annuel. MTN-EA-NC-MINEE-DGRE

La plupart des responsables ont déclaré ne pas avoir à leur connaissance un plan conjoint de lutte contre les MTN et de mise en œuvre du WASH

(...) Mais vraiment un plan de communication pour la lutte contre les MTN ou pour le WASH je pense que non. WASH-MTN-EA-NC-MINSANTE-DPS

10.2. Financement des plans actuels de lutte contre les MTN et de mise en œuvre du WASH

Concernant le budget, certains responsables du niveau central du MINEE et même ceux d'autres secteurs (MINSANTE, MINEDUB) ont déclaré que les activités du WASH et de lutte contre les MTN ne sont pas budgétisées dans leurs plans de travail annuels respectifs, tandis

que ceux des niveaux les plus périphériques ne se préoccupent pas de ces aspects.

*Je ne sais pas puisque nous ne sommes pas des gestionnaires (...). Il n'y a véritablement pas des moyens conséquents pour ces activités. **ND-MINEDUB-MEAF***

*Quand on parle de budget, c'est trop dire, il n'existe pas, il n'y a pas de budget pour cela. Mais quand il y a une activité prévue, vous recevez un petit financement du MINEE à l'exemple de la journée mondiale du lavage des mains. **PF-WASH-MINEE-MEAF***

*Non ! le budget est défini au niveau central. En ce qui concerne les MTN c'est un programme de prise en charge de masse car les MTN sont sous surveillance. **PF-COM-DS-MFOU***

Toutefois, seul un responsable du MINESEC a déclaré la prise en compte de la budgétisation des activités WASH dans leur plan de travail.

*Ces projets ont une place de choix dans la politique du MINESEC. Parce que chaque année est inscrite dans le budget d'investissement public la construction de ces latrines et les points d'eau. Mais malheureusement ce sont les moyens qui ne suivent pas toujours, en fonction des moyens c'est planifié. Sinon cela a une place de choix. Les inspecteurs médico-scolaires sont très impliqués dans la mise en œuvre des textes et des consignes en milieu scolaires. **WASH-MTN-EA-NC-MINESEC***

Le financement des activités planifiées est fortement dépendant des fonds mobilisés par les PTF.

*Dans notre stratégie, le programme WASH est très faiblement financé. S'il fallait l'améliorer, ce serait une bonne chose. C'est difficile, il n'y a pas d'ordre de priorité. Je peux dire que c'est au bas de l'échelle. **PF-WASH-NC-MINEE***

10.3. Plaidoyer en faveur des plans actuels de lutte contre les MTN et de mise en œuvre du WASH

Les données recueillies auprès des différents informateurs clés montrent que le plaidoyer en faveur des plans actuels de lutte contre les MTN et mise en œuvre du WASH n'est pas effectif. Aussi, chaque programme adresse de façon cloisonnée son plaidoyer.

*De manière générale, quand on fait le plan stratégique on souhaite que les moyens suivent. Nos plaidoyers envers les bailleurs et même les dirigeants c'est de mettre plus de moyens dans le financement des activités WASH. **WASH-MTN-EA-NC-MINSANTE-DPS***

*(...) ce que nous sollicitons souvent c'est l'appui des collectivités décentralisées, qu'avec les lignes qui sont employées, des lignes santé soient ajoutées dans les communes (...). **WASH-MTN-EA-NR-MINSANTE-PF-MTN***

*Non, mais lors de nos rapports de terrain nous prenons toujours une page pour ressortir des problèmes qui peuvent être traduits en stratégies ou en plan. À l'exemple du problème d'hygiène. **DP-MINEDUB-MEAF***

*Ma foi non. On ne l'a pas encore fait mais je vous rassure que ce sera fait. Parce qu'actuellement on a un partenaire GOODNEIGHBOUR qui a mis en œuvre des activités d'interventions en plus du WASH. Ils veulent faire beaucoup dans le Wash dans la Région du Centre. **NC-DLMEP-MINSANTE***

10.4. Autres initiatives sollicitant un appui dans le cadre des activités concernant le WASH et les MTN

De façon générale, il est à noter que les acteurs de mise en œuvre du WASH et de lutte contre les MTN (Districts, communautés et ménages) sollicitent une extension des interventions. Cependant, d'après un informateur clé, la stratégie du financement basé sur la performance (PBF) en cours de mise œuvre pourrait servir de point d'entrée aux programmes WASH et de lutte contre les MTN.

*Nous avons fait notre entrée dans le PBF mais nous avons encore beaucoup de difficultés ; en réalité, il y a des collaborateurs dans les communautés et dans le cadre du PBF qui font des visites à domicile avec sensibilisation sur le WASH. On ne devrait plus avoir besoin d'un financement extérieur si ce volet était payé. **PF-COM-DS-MFOU***

11. Coordination du WASH et de la lutte contre les MTN

Au niveau national, il n'existe pas une coordination formelle entre les interventions des secteurs WASH et de lutte contre les MTN. Toutefois, le lien entre ces interventions a été analysé à partir des activités de l'unité de coordination des programmes de lutte contre les MTN et de la mise en œuvre du plan directeur de lutte contre les MTN par le MINSANTE d'une part et du fonctionnement du Comité National de Coordination et de suivi de l'initiative WASH porté par le MINEE d'autre part. En effet, différents secteurs collaborent de façon ponctuelle

dans la mise en œuvre d'interventions incluant des aspects du WASH et de lutte contre les MTN.

Il n'existe pas une coordination WASH/MTN. NC-PF-WASH-MINEE

Ça n'existe pas à ma connaissance. WASH-MTN-EA-NC-MINSANTE-DLMEP

Non, il n'y a pas souvent de réunion, je vous ai dit que c'est quelque chose que quand il n'y a pas de cas de nécessité, on est là, bon. WASH-MTN-EA-NR-MINSANTE-PF-WASH

11.1. *Coordination des interventions de lutte contre les MTN en lien avec le WASH au MINSANTE*

Les interventions de lutte contre les MTN sont menées sous la Coordination institutionnelle de l'Unité de Coordination des programmes de lutte contre les MTN au MINSANTE, avec l'accompagnement des différents partenaires techniques et financiers engagés dans la lutte contre ces maladies au Cameroun.

Cette coordination s'articule autour : du renforcement du cadre institutionnel et de la capacité opérationnelle de l'Unité de coordination ; de la tenue de réunions de coordination statutaires périodiques ; de l'élaboration et la diffusion des documents normatifs et stratégiques.

11.2. *Existence d'une unité de coordination des programmes de lutte contre les MTN et d'un plan directeur des programmes de lutte contre les MTN*

Au Cameroun, il existe une unité de coordination des programmes de lutte contre les MTN (*Arrêté N°1611/A/MINSANTE/CAB/SG/DLM du 21 Octobre 2013 du Ministre de la Santé Publique*). La coordination des interventions de lutte contre les MTN est sous-tendue par l'existence d'un plan directeur pour la période 2016-2020. Elle fait suite aux résolutions du plan stratégique pour la lutte contre lesdites maladies pour la région africaine 2014-2020 (OMS, 2013). La mise en place, le suivi et l'évaluation dudit plan sont portés par une Unité de Coordination Nationale qui existe depuis 2013 et est logée à la Direction de la Lutte contre les Maladies, les Épidémies et les Pandémies du MINSANTE (Rapport technique annuel des activités de lutte contre les MTN, 2017).

11.3. Implication des autres secteurs dans la mise en œuvre des interventions MTN en lien avec le programme WASH

La participation aux interventions intégrées liées au WASH et à la lutte antivectorielle est une intervention phare du plan d'action annuel 2017 issue du Plan Directeur 2016-2020 de la lutte contre les MTN.

Depuis 2006, le MINSANTE, le MINEDUB et le MINESEC, avec l'appui de divers partenaires techniques et financiers, collaborent dans des activités : du WASH composante « Hygiène » à travers la promotion du lavage des mains, le nettoyage du visage et l'hygiène des soins ; du WASH composante « Eau » par la promotion de l'utilisation de l'eau potable. Ces activités contribuent à la prévention de la schistosomiase, des géohelminthiases et du trachome.

L'unité de coordination des programmes de lutte contre les MTN est composée des Responsables des programmes de lutte contre les MTN, des partenaires clés à tous les niveaux, d'un comité de pilotage des MTN, des groupes techniques de lutte contre les MTN, de la cellule régionale de lutte contre les MTN, du personnel des districts de santé. Mais il n'existe pas un département ou alors une équipe en charge du WASH. Toutefois, c'est à partir de ces groupes que des équipes ponctuelles sont constituées pour des interventions incluant le WASH. Ces équipes incluent les points focaux MTN des autres niveaux de la pyramide sanitaire ainsi que ceux des autres administrations sus citées.

Les propos des acteurs ci-dessous le confirment que les équipes de mise en œuvre des activités ponctuelles de lutte contre les MTN sont généralement multisectorielles :

*Non, il n'y a pas une équipe WASH de telle sorte. Mais c'est les responsables du programme avec leurs collaborateurs. Mais pour dire qu'il y a un département WASH et tout ça là il n'y a pas. **WASH-MTN-EA-NC-MINSANTE-DLMEP***

*(...). En effet, pour mettre en œuvre une intervention ponctuelle de lutte contre les MTN incluant de composantes WASH, des équipes se constituent pour travailler ensemble lorsqu'il y a vraiment un travail à faire, c'est comme ça qu'on travaille. Il n'y a pas que telle équipe s'occupe du WASH, que telle équipe s'occupe de ceci. **WASH-MTN-EA-NC-MINSANTE-DPS***

*L'équipe d'intervention WASH à proprement parler n'existe pas, c'est une activité ponctuelle. En cas d'intervention au niveau du District de Santé, nous avons un point focal communication. Donc une équipe permanente d'intervention en tant que telle c'est non. **WASH-MTN-EA-ND-MINSANTE-PFC-MF***

*Non il n'existe pas d'équipe type d'intervention ni pour le WASH ni pour les MTN mais en cas d'intervention à faire une pseudo équipe est faite en fonction des disponibilités du personnel du service des activités post et périscolaires. **WASH-MTN-EA-ND-MINESEC-MEAF***

11.4. Réunions de coordination de l'unité de coordination des programmes de lutte contre les MTN

Des réunions statutaires périodiques sont prévues à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Au niveau central on distingue : les réunions de l'Unité de Coordination Nationale avec tous les programmes (4 fois par an) ; les réunions de coordination avec les partenaires clés (deux fois par an) ; les assemblées générales du comité de pilotage de MTN (deux fois par an) ; les réunions du Groupe Technique National de lutte contre le MTN (deux fois par an) ; des réunions de revue nationale des MTN (deux fois par an). Au niveau régional sont prévues : des réunions de cellule régionale de lutte contre le MTN (une fois par an) ; les réunions de coordination du programme MTN au niveau de DS (une fois par an) [Cf. Plan directeur, 2016-2020].

Certains acteurs ont confirmé la tenue de quelques-unes de ces réunions de l'unité de coordination des programmes de lutte contre MTN à différents niveaux de la pyramide sanitaire.

(...) le programme a mis en place des réunions des coordinations..., mais comme j'ai dit on fait des réunions trimestrielles aussi de coordination (...) on peut faire des réunions de coordination à mi-parcours, ou de cadrage. Ce n'est pas systématique mais ça nous arrive de faire des réunions (...) **WASH-MTN-EA-NC-MINSANTE-DLMEP**

(...) Dans la réunion là, les partenaires et les chefs de programmes sont conviés (...) **WASH-MTN-EA-NC-MINSANTE-DLMEP**

La réunion annuelle de planification de toutes les activités (...) se tient... ça s'appelle la réunion de revue de planification des activités à effectuer (...) C'est une réunion où on évalue les activités passées et on planifie celles de l'année à venir (...) Donc Il y a les évaluations qui se font à la fin. Au départ, on planifie les actions... **WASH-MTN-EA-NC-MINSANTE-DLMEP**

(...) ça fait partie des réunions qui se sont même tenues d'abord au niveau national avec mes bailleurs et avec les points focaux des régions dans lesquelles ils comptaient implémenter le projet. **WASH-MTN-EA-NC-MINSANTE-PNLSHI**

On participe aux réunions qu'on mène à la délégation, qui impliquent tous les services et même durant ces réunions, on a difficilement abordé les questions relatives au WASH. **WASH-MTN-EA-NR-MINSANTE-PFC**

Les collaborateurs les plus proches dont on peut retrouver chaque mois pour des réunions de coordination sont autant de bonnes pratiques. Il y a souvent les séances pratiques sur le WASH. **WASH-MTN-EA-ND-MINSANTE-PFC-MF**

11.5. Existence d'un comité national de coordination et de suivi de l'initiative WASH

Il existe un comité national de coordination et de suivi de l'initiative WASH (*Arrêté N°200/CAB/PM du 28 novembre 2011 portant d'un Comité National de coordination et de suivi "Water Sanitation and Hygiene"*). Ce comité est chargé :

- d'apporter un appui multiforme aux diverses administrations qui la constituent, pour que le secteur de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement puisse jouer son rôle stratégique dans la lutte contre la pauvreté ;
- d'assurer le plaidoyer auprès du Gouvernement, des Institutions nationales et internationales et des opérateurs économiques pour un appui aux activités qu'il mène ;
- de mener des réflexions sur les points stratégiques de la politique nationale en matière d'eau, assainissement et hygiène ;
- de concevoir, élaborer et valider les outils d'information, d'éducation et de communication dans les domaines de l'approvisionnement en eau, l'assainissement et l'hygiène ;
- d'examiner et de valider le plan d'action de l'Initiative WASH.

De l'avis de certains acteurs institutionnels du niveau central, la mise en place du Comité National de coordination visait à favoriser la collaboration intersectorielle en réduisant au maximum les chevauchements dans les interventions liées au WASH au niveau opérationnel. Cependant, les partenaires gouvernementaux impliqués manquent cruellement de moyens logistiques pour s'y adonner et chacun travaille de son côté.

11.6. Existence d'une équipe de coordination nationale multisectorielle

Les acteurs interviewés reconnaissent l'existence des membres du comité national de coordination de l'initiative WASH. L'administration de l'équipe de coordination est assurée par un Coordonnateur national et un Secrétaire permanent (sous l'autorité du Président), un Administrateur financier et un Secrétaire-Comptable (sous l'autorité du Secrétaire permanent). Seuls les rôles et responsabilités de ces responsables sont précisés dans l'arrêté (*Cf. arrêté*). Les attributions de coordination, l'ancrage institutionnel et le rôle des acteurs de différents groupes sectoriels n'y figurent pas. La composition de l'équipe est constatée par décision du Ministre chargé de l'Eau, Président dudit Comité. L'équipe est composée de représentants de : secteurs de l'administration, organismes de développement international, associations à caractère religieux, organismes non gouvernementaux de développement, entreprises parapubliques et de la société civile (*cf. tableau xxiv, annexe*). Le représentant du MINSANTE assure la Vice-présidence. Le Coordonnateur national et le Secrétaire permanent sont nommés par décision du

Ministre chargé de l'eau (après avis conforme du Water Supply and Sanitation Collaborative Council) de même pour l'Administrateur financier et le Secrétaire comptable (après appel à candidatures). Les autres membres du Comité sont désignés par les Administrations ou organismes auxquelles ils appartiennent.

Le comité WASH qui a été mis sur pied par le premier ministre. WASH-MTN-EA-NC- MINEE-DMRE

En 2011, sous l'égide du WSSCC, le Premier Ministre a signé un arrêté pour la mise en place d'un comité de coordination du Wash... porté par le MINEE WASH-MTN-EA-NC- MINEE-DGRE

Le comité WASH c'est un comité qui a son équipe. C'est un comité qui est composé d'une certaine façon, et c'est tous ces acteurs-là qui vont se mettre ensemble pour travailler WASH-MTN-EA-NC- MINEE-DMRE

Quand il nous est arrivé de travailler en tant que comité, quelle était l'équipe ? C'est l'équipe du comité qui avait le MINEE à sa tête, le MINSANTE comme vice-président, qui avait le MINEDUB, le MINESEC, en tout cas les ministères de l'éducation, il y avait le Ministère de l'environnement, en tout cas des finances et le MINEPAT, voilà, la primature même était représentée à ce comité là euhh c'était aussi la société civile, voilà il y avait, bon il y'avait les partenaires des nations Unies, est ce qu'on peut vraiment les classer dans la société civile , donc il y avait les partenaires du système des nations unies, il y avait la société civile donc je pense une ou deux associations de consommateurs qu'en général on allait écouter WASH-MTN-EA-NC- MINEE-DMRE

Cependant, les acteurs font remarquer les dysfonctionnements de ce comité.

(...) mais dans l'application, cet arrêté a été dissout parce que euhh... au niveau gouvernemental, les rôles n'étaient pas clairement définis... et puis on a créé un conseil, un secrétariat permanent. WASH-MTN-EA-NC- MINEE-DGRE

C'est vrai que ..après on s'était euhh.... cette façon de faire avait du mal à être formalisée ; bon en tout cas dans les niveaux déconcentrés, le texte avait une insuffisance, le texte ne prévoyait pas des représentations des démembrements, des représentations à d'autres niveaux, donc ils avaient du mal à rendre ce travail vraiment officiel on va dire ça comme ça. Voilà bon c'est un peu ça la structure. WASH-MTN-EA-NC- MINEE-DMRE

La deuxième difficulté c'est que cet arrêté n'a pas prévue de démembrements au niveau local. Or il y a un besoin réel, et même plus qu'au niveau national, de coordination au niveau local, parce que beaucoup d'organismes, surtout les ONG qui développent des activités dans le cadre du WASH, le font au niveau local... et les Délégués du MINEE voudraient bien assurer, et ils le font même mais sans avoir un fondement juridique. WASH-MTN-EA-NC- MINEE-DGRE

*On sait qu'il y a un truc national qui lui-même ne marche pas, il est bien vrai qu'on a créé une cellule régionale ou départementale, mais qui ne peut pas parce que le le la cellule, l'organe national n'a pas prévu de démembrement et nous avons préparé. **WASH-MTN-EA-NC- MINEE-DGRE***

11.7. Multiplicité des intervenants au MINEE pour la mise en œuvre des activités WASH

Les différentes étapes de la mise en œuvre des activités du WASH (planification, définition des termes de référence, mise en œuvre, suivi, etc.) impliquent plusieurs intervenants au MINEE parfois sans concertation. Ainsi, les termes de référence des interventions sont élaborés principalement par le point focal WASH au niveau de la Direction de la Prospective et de la Coopération. Selon les cas, il sollicite l'assistance technique de la Direction de la Gestion des Ressources en Eau ou de la Direction de la Mobilisation des Ressources en Eau.

Les termes de référence développés sont fonction des interventions WASH à mener et sont validés avec le PTF (généralement l'UNICEF) tels que le soulignent les informateurs suivants :

*C'est nous même qui construisons nos TDR et ça se co-valide avec le bailleur... Nos TDR sont généralement des TDR des consultants. J'ai les TDR d'un consultant qui est en train de faire les TDR du marketing de l'assainissement. On fait les TDR on arrête et puis on envoie, on publie pour recruter un consultant. **WASH-MTN-EA-NC-MINEE***

*Généralement les TDR sont ceux des activités, par exemple il y a ceux des ateliers qui doivent se dérouler, c'est la DPC qui souvent ...la complication au MINEE c'est que les directions en charge ou en activités techniques comme je vous l'ai dit c'est la DGRE et la DMRE, ... Je dis que les termes de références tel que je vois c'est spécifiques sur des activités, c'est-à-dire qu'il y a une activité, un atelier, ils préparent les TDR et ça fait l'objet d'une invitation et puis hein...si le point focal était logé dans ma direction, c'est lui qui planifierait en fait tout ce qui est comme activité...bon maintenant, moi je reçois, on me dit..il y a ... préparez un atelier, je dis à mes collaborateurs prépare moi l'atelier là ..vous voyez que je ne suis pas les activités tel que le plan annuel...ce qui fait que je ne peux pas intégrer ça dans le... puisse que ce n'est pas moi qui porte, mais techniquement c'est moi qui porte parce qu'on me dit que ...de produire les éléments ...Donc je porte les ateliers, les formations, la supervision et puis il y a la supervision et parfois les évaluations...je dis bien techniquement parce que si je donne les orientations... lorsqu'il y a déjà un atelier technique, ceux de la DEPC, ceux de la DEPC conçoivent leurs TDR, parfois, ils me l'envoient ou bien ils viennent chercher des éléments chez moi hein pour alimenter, mais nous ne sommes pas compétents pour ... **WASH-MTN-EA-NC-MINEE-DGRE***

11.8. Réunions de coordination ou de suivi des interventions conduites par les directions techniques du MINEE

Des réunions de coordination sont prévues dans le fonctionnement du Comité national de coordination du WASH et devraient se tenir une fois par semestre.

Cependant, de l'avis de certains informateurs impliqués, ces réunions ne se tiennent plus depuis environ trois ans. En réalité, il n'existe pas de ligne budgétaire permettant d'organiser celle-ci comme le souligne cet informateur :

(...) c'est tous ces acteurs-là qui vont se mettre ensemble pour travailler c'est vrai le mot souvent m'inquiète un peu parce que...ce comité travaille souvent ou bien qu'il tient ses réunions, qu'il ait des actions euhh je veux dire mises en cohérence souvent sinon d'ailleurs ça fait même un certain nombre d'années depuis longtemps que... 'on n'a même plus organisé des assises du comité WASH...oui je crois là on est même à trois ans voilà...du coup c'est difficile à dire .. mais avant que le comité WASH facilitait un peu plus ce volet là...dans le sens de réunir les partenaires techniques et financiers en général c'est ceux-là qu'on mettait sur la table pour réfléchir un peu sur comment les choses peuvent se passer en tout cas au niveau du Cameroun et je veux dire que c'est.. en tout cas le comité WASH donnait un souffle à cette mission-là.. qui est vraiment la mission régalienne du DMRE ? Mais bon ?

WASH-MTN-EA-NC- MINEE-DMRE

En revanche, dans le cadre des activités régaliennes du MINEE, d'autres réunions de coordination impliquant les PTF se tiennent à un rythme mensuel au sein des directions techniques du MINEE (ex : réunions de coordination mensuelles à la Sous-Direction de l'assainissement Liquide - DGRE), et consistent à faire un compte rendu, auprès des PTF des activités WASH (assainissement) menées. D'autres réunions de coordination sont menées au niveau des comités régionaux WASH.

11.9. Bonnes pratiques issues de la mise en œuvre des interventions intégrant le WASH et la lutte contre les MTN

Quelques bonnes pratiques permettant de relever la nécessité de mener la réflexion sur l'intégration du WASH et des MTN sont en cours de mise en œuvre au niveau opérationnel.

(...) L'hygiène de l'environnement scolaire, l'hygiène des ventes des denrées alimentaires, l'hygiène des lieux de vente, l'approvisionnement en eau potable, la police, la création et l'utilisation des WC dans les latrines, la collection et la gestion des ordures.

WASH-MTN-EA-NC-MINEDUB

Il y a d'ailleurs une circulaire portant police sanitaire dans les établissements secondaires publics privés qui date de 2005 et qui a été révisée en 2010. Donc il y a un minimum de règles qui ont été exigées notamment pour l'entretien des latrines, pour des besoins en eau potable, pour la vente des denrées alimentaires en milieu scolaire. **WASH-MTN-EA-NC-MINESEC**

Le WASH qui se fait dans la lutte contre le trachome avec la (...). Il y'a le nettoyage du visage et la sensibilisation pour le changement de comportement. Il y'a la prise en charge des complications des MTN. Parce que la prise des médicaments contre les MTN peuvent être prise dans le sens de la prévention ou dans le sens de la prise en charge. Maintenant pour la schistosomiase on prévient quand l'enfant n'a pas encore la maladie, mais on sait que la zone est endémique. On traite les enfants tout le temps. **WASH-MTN-EA-NC-MINSANTE-DLMEP**

On combat la Défécation à l'air libre (DAL), on encourage le lavage des mains et les bonnes pratiques d'hygiène. Quand je dis bonnes pratiques ici c'est vis-à-vis de l'eau par exemple s'assurer qu'on a des récipients propres. On travaille aussi sur des questions d'hygiène vestimentaire savoir qu'il faut se laver et garder ses vêtements propres. **WASH-MTN-EA-NC-PTF-PLAN**

Chaque début d'année scolaire nous descendons dans les établissements scolaires du département. Dans ces établissements scolaires on est accompagné de responsables des établissements qui mobilisent les élèves et déjà, ça se passe les mercredis dans l'après-midi et par voie téléphonique on les informe de notre arrivée pour une séance de lavage des mains. **WASH-MTN-EA-ND-MINEE-MEAF**

A l'occasion d'une cérémonie de lavage des mains, c'est en ce moment qu'on a mis la main sur le lavage, sur le WASH, c'était de mettre à disposition les outils nécessaires pour que l'enfant puisse laver les mains. Vous savez on a des établissements qui n'ont pas de point d'eau vous aurez beau marteler pour laver les mains après avoir été aux toilettes, s'il n'a pas d'eau, il ne va pas le faire. **WASH-MTN-EA-NR-MINESEC**

-
- *Inclusion de l'éducation pour la santé et de l'hygiène dans le programme scolaire*

Dans la programmation scolaire ils ont déjà des modules je ne suis pas spécialiste de l'éducation mais je sais qu'ils ont des modules où on apprend aux enfants l'hygiène vestimentaire. Il faut venir à l'école propre, se brosser les dents avant et après les repas. Il y'a des cours d'hygiène qui réussissent à introduire. **WASH-MTN-EA-NC-PTF-PLAN**

12. Activités potentielles conjointes et acteurs à impliquer dans la coordination WASH et MTN

L'analyse documentaire et des propos des informateurs clés ont permis de suggérer des activités relevant du WASH, de la lutte contre les MTN et de la communication, pour lesquelles des intervenants pourraient collaborer. **Tableau XXVII** : Activités potentielles conjointes (entretien avec les informateurs clés)

WASH	Activités potentielles conjointes	MTN	Plateforme de coordination
Eau	Vulgarisation des techniques de potabilisation de l'eau	Trachome	Comité National, Régional et Local de Coordination WASH-MTN
	Promotion de l'utilisation de l'eau potable	Schistosomiase	
	Promotion des techniques simples de potabilisation d'eau	Geohelminthiases	
	Construction des forages	Filariose lymphatique Onchocercose	
Hygiène	Promotion de l'hygiène individuelle, collective et environnementale	Trachome Schistosomiase Geohelminthiases	
	Hygiène autour des soins		
	Campagnes d'hygiène et de salubrité au niveau des collectivités territoriales décentralisées		
	Promotion des pratiques familiales essentielles (lavage des mains, lavage du visage)		
	Promotion de l'hygiène environnementale (épandage, pulvérisation intradomiciliaire, hygiène de l'habitat, gestion des déchets ménagers)		
	Promotion de l'utilisation des latrines		
Assainissement	Construction, utilisation et l'entretien des latrines		
	Promotion de l'ATPC pour mettre fin à la défécation à l'air libre (construction, utilisation et l'entretien des latrines)	Trachome Schistosomiase	
Activités transversales	Pulvérisation intra domiciliaire	Geohelminthiases	
	Distribution de masse de médicaments à base communautaire	Trachome Schistosomiase	
	Renforcement des capacités des acteurs	Geohelminthiases	
	Mobilisation communautaire, communication pour le changement de comportement et plaidoyer	Filariose lymphatique Onchocercose	

L'analyse documentaire et des propos des informateurs clés ont permis de suggérer des acteurs relevant du WASH, de la lutte contre les MTN et de la communication qui pourraient mener des activités collaboratives.

Tableau XXVIII : Acteurs potentiels à impliquer dans le Comité National de Coordination WASH-MTN

Structures	Acteurs
Secteurs de l'administration (niveaux central et déconcentrés)	<ul style="list-style-type: none"> • MINEE • MINSANTE • MINEDUB • MINESEC • MINDDEVEL • Ministère de l'Administration Territoriale • Ministère charge de l'Environnement, de la Protection de la Nature et du Développement Durable • Ministère du Développement Urbain et de l'Habitat
Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD)	<ul style="list-style-type: none"> • Communes • Communautés Urbaines • Conseils Régionaux • Parlementaires
Organismes de développement international	<ul style="list-style-type: none"> • Fond de Nation Unie pour l'Enfance -Cameroun • Organisation Mondiale de la sante • Banque Africaine de Développement • Union Européenne • United states Agency for International Development
Associations à caractère religieux	<ul style="list-style-type: none"> • Base et Caritas de l'Église Catholique au Cameroun • Conseil des Églises Protestante du Cameroun • Association Culturelle Islamique du Cameroun
Organismes non gouvernementaux de développement	<ul style="list-style-type: none"> • Plan Cameroun • Care International
Entreprises parapubliques	<ul style="list-style-type: none"> • Cameroon Water Utility Corporation • Camerounaise des Eaux • Fond Spécial d'Équipement et d'Intervention Intercommunale
Des organismes de développement communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Deutsche Gesellschaft Für Internationale Zusammenarbeit • Programme National de Développement Participatif • Organisation Néerlandaise de Développement • Association de commune et ville du Cameroun
Société civile	<ul style="list-style-type: none"> • Société civile spécialisée dans le WASH

4. Identification des opportunités de planification conjointe

Les intervenants dans le cadre de la mise en œuvre des interventions du WASH et de lutte contre les MTN sont pratiquement les mêmes. Il s'agit des Administrations et PTF. Plusieurs domaines d'intérêts ont été identifiés au niveau des intervenants. Ils concernent la promotion de l'utilisation de l'eau potable, des mesures d'hygiène et d'assainissement. De plus, quelques expériences locales de coordination et de suivi/évaluation ont aussi été relevées. S'il n'existe pas encore une coordination au niveau national des interventions WASH et de lutte contre les MTN, on note toutefois des expériences de coordination tant au niveau national que local notamment : l'existence d'une Plateforme nationale WASH, la fusion de certains programmes de lutte contre les MTN et le processus de décentralisation en cours. Cependant, des défis majeurs restent à relever pour atteindre l'objectif de mise en place d'une coordination des interventions. Il s'agit de l'élaboration d'un plan stratégique conjoint, des directives conjointes et d'un plan de communication conjoint.

Tableau XXIX : Activités convergentes, opportunités et défis de la planification conjointe

MTN	Intervenants	Domaines d'intérêt convergents	Opportunités de planification conjointe	Défis de la planification conjointe
Trachome	MINSANTE MINEE MINESEC MINEDUB MINDDEVEL PTF (Sightsavers, UNICEF, PLAN, CARE, Cooperation Japonaise)	<ul style="list-style-type: none"> • Eau <ul style="list-style-type: none"> ▪ Construction des points d'eau (forages, etc.) ▪ Entretien des points d'eau ▪ Potabilisation de l'eau ▪ Sensibilisation sur l'hygiène de l'eau (puisage, transport et conservation) ▪ Construction utilisation et entretien des aires de lavage • Hygiène <ul style="list-style-type: none"> ▪ Promotion des pratiques familiales essentielles (hygiène individuelle, 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plateforme nationale WASH (<i>Arrêté N°200/CAB/PM du 28 novembre 2011 portant creation d'un Comité National de coordination et de suivi "Water Sanitation and Hygiene"</i>) ▪ Fusion Schistosomiase/ Géohelminthiase et onchocercose/filariose lymphatique en 2 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Élaboration d'un plan stratégique conjoint de mise en œuvre des interventions du WASH et de lutte contre les MTN ▪ Élaboration des directives conjointes des interventions du WASH et de lutte contre les MTN ▪ Élaboration d'un plan de communication conjoint
	MINSANTE MINEDUB			

<p>Schistosomiase Géohelminthiases</p>	<p>MINESEC Sigthsavers HKI Perspectives IEF Goodneighbours</p>	<p>sécurité sanitaire des aliments, hygiène de l'eau, construction, utilisation et entretien des latrines, gestion des déchets ménagers et hygiène de l'habitat)</p>	<p>programmes prioritaires MINSANTE (Arrêté N°1611/A/MINSANTE/CAB/SG/DLM du 21 Octobre 2013)</p>	<p>Planification conjointe de la mise en œuvre des interventions convergentes des ministères et PTF</p>
<p>Filariose lymphatique Onchocercose</p>	<p>MINSANTE MINEE MINESEC MINEDUB MINDDEVEL PTF (FEICOM, FAIRMED, PNDP, BAD, Banque Mondiale)</p>	<p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Promotion de l'hygiène individuelle et collective <ul style="list-style-type: none"> • Assainissement ▪ Promotion ATPC (construction, utilisation et entretien des latrines, dispositif de lavage des mains) ▪ Hygiène environnement (lutte antivectorielle, gestion des déchets ménagers et hygiène de l'habitat) ▪ Promotion de salubrité de l'environnement <ul style="list-style-type: none"> • Expériences de coordination et de suivi/évaluation ▪ Rationalisation de la répartition des équipements et autres interventions (Expérience de la DRSP-Est) ▪ Maintenance (Expérience communautaire) ▪ Gestion communautaire de la distribution de masse de médicaments </p>	<p>Expérience d'une plateforme interministérielle de gestion du choléra et ses démembrement régionaux (CERPLE) : <i>Décision N°0817/MINSANTE/CAB/SG/DL M/DAJC du 11 juin 2012 portant Création, Organisation et Fonctionnement des Centres Régionaux de Prévention et de Lutte contre les Épidémies</i></p> <p>Décentralisation et création MINDDEVEL (<i>Décret PRC N°2018/449 du 1^{er} août 2018 portant organisation MINDDEVEL, TDR inscrits dans organigramme</i>)</p>	<p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cartographie conjointe des zones d'intervention des ministères et PTF ▪ Harmonisation des équipements (points d'eau, latrines, dispositifs de lavage de mains, etc.) ▪ Maintenance des équipements ▪ Harmonisation de la communication sur le WASH et la lutte contre les MTN ▪ Pérennisation des interventions à travers l'inscription dans le budget des administrations concernées et les collectivités territoriales décentralisées ▪ Mise la mise en place d'une base de données des acteurs du WASH et de lutte contre les MTN </p>

CHAPITRE 4 : DISCUSSION

Ce chapitre analyse les écarts et les opportunités qui sous-tendent les efforts de WASH et de la lutte contre les MTN.

1. Problèmes sous-jacents à la prévalence des maladies tropicales négligées

Au Cameroun, malgré les efforts consentis par les pouvoirs publics et les partenaires techniques et financiers dans la lutte contre les MTN et l'atteinte des critères qui déterminent l'arrêt de traitement dans certains districts de santé, tous les districts de santé restent encore endémiques à au moins une MTN. La prédominance des géohelminthiases et de la filariose lymphatique dans la plupart des districts de santé nécessite un renforcement des stratégies de prévention et de prise en charge de ces maladies tropicales. En outre, la surveillance et le contrôle doivent demeurer permanents afin d'identifier les nouveaux cas.

Les facteurs favorisant la survenue des maladies tropicales négligées au sein des communautés et des établissements scolaires comprennent le faible accès à l'eau potable, la rareté des ouvrages d'assainissement pour la gestion des excréta, la précarité des latrines en quantité et en qualité, mais surtout la défécation à l'air libre dans les communautés pauvres et l'observation insuffisante des règles d'hygiène. Toutefois, le renforcement des capacités des communautés en faveur du changement social et des comportements demeure une priorité. Par ailleurs, la grande ampleur du nomadisme et des mouvements migratoires saisonniers au sein des communautés pastorales rend difficile le contrôle des maladies tropicales négligées dans les Régions de l'Adamaoua, l'Est, l'Extrême-Nord et du Nord. Le même risque potentiel existe dans les Régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest qui sont ces derniers temps, sujettes aux déplacements des populations suite à une crise sociopolitique. L'amélioration de la communication permettrait de sensibiliser les populations sur les mesures préventives des MTN et d'augmenter la couverture d'AMM lors des campagnes de lutte contre les MTN. Par ailleurs, la couverture en administration de masse de médicaments non effective dans certaines régions se justifie par des insuffisances relevées dans la planification et au niveau des ressources.

Le taux de disponibilité (89,4%) d'au moins un téléphone dans les ménages et la couverture exhaustive de tous les districts de santé par la radio nationale ou une radio locale constituent un atout de communication pour la lutte contre les maladies tropicales négligées. Cependant, le faible taux de scolarisation implique une adaptation des messages de communication aux us et coutumes locaux.

Concernant l'inclusion sociale (accessibilité aux services), la majeure partie des ouvrages d'approvisionnement en eau potable (forage, robinet d'eau courante) et assainissement (installations sanitaires/latrines) réalisés par les différents acteurs de mise en œuvre ne permettent pas de desservir les besoins de toutes les couches sociales. Bien que l'équité d'accès aux services de base soit prescrite par le document « Cameroun Vision 2035 » (MINEPAT, 2009) et est déclinée dans la stratégie nationale de l'assainissement total piloté par la communauté (MINEE, *sd.*). Pour prévenir l'exclusion sociale et la stigmatisation et le risque accru de contracter des MTN, l'on gagnerait à prendre en compte le concept de « l'inclusion sociale » au cours de la réalisation d'ouvrages d'approvisionnement en eau et d'assainissement.

2. Principaux acteurs de mise en œuvre et leurs zones d'intervention prioritaires

Les principaux acteurs de mise en œuvre des interventions du programme WASH ou de la lutte contre les MTN sont essentiellement constitués du gouvernement (budget d'investissement publique), des Organisations Non gouvernementales, du Mouvement de la Croix Rouge et des agences des Nations Unies.

Excepté le gouvernement qui a le souci d'une couverture nationale pour la réalisation des ouvrages, les autres acteurs ont des zones d'intervention prioritaires généralement localisées dans les Régions de l'Adamaoua, de l'Est, de l'Extrême-Nord et du Nord. Cette concentration des acteurs de mise en œuvre dans ces régions s'explique par : le fait que la plupart des indicateurs socioéconomiques et de santé sont les plus faibles dans lesdites régions ; l'accès des populations à l'eau potable et aux infrastructures d'assainissement est faible. Le ciblage des zones prioritaires par la plupart des PTF est tributaire des données sanitaires nationales et régionales agrégées qui ne permettent pas l'appréciation fine de l'ampleur des problèmes de santé par district voire par aire de santé. Une désagrégation des données sanitaires par villages/communautés permettrait d'avoir une vue synoptique des besoins non couverts et offrirait une nouvelle cartographie des zones prioritaires.

3. Communication en faveur des programmes WASH et de lutte contre les MTN

La communication est primordiale pour la mise en œuvre des activités de prévention et prise en charge en santé. L'implication de la communauté constitue le principal facteur de succès des programmes au Cameroun. Cependant, il n'existe ni de plan de communication de lutte contre les MTN au MINSANTE ni de plan de communication pour le programme WASH au MINEE et encore moins un plan de communication conjoint. Cette situation entraîne forcément une incohérence communicationnelle lors de la mise en œuvre des activités et le rôle

à jouer par la communauté n'est pas bien défini. Ainsi, l'élaboration d'un plan de communication conjoint pour lesdits programmes est un impératif.

Les communications conjointes du WASH et de lutte contre les MTN se font généralement pendant les évènements spéciaux (journées mondiales de lavage des mains, de l'eau et des toilettes) et à travers les activités planifiées et ponctuelles alors que la sensibilisation devrait être continue, en s'aidant des nouvelles technologies de l'information et de la communication.

L'accès élargi à la radio, à la télévision et au téléphone constitue autant d'opportunités pour mener à bien toutes les stratégies de communication et susciter la demande chez les communautés.

Les données recueillies auprès des différents informateurs clés ont montré que le plaidoyer en faveur des plans actuels de lutte contre les MTN et mise en œuvre du WASH est timide et relève de l'initiative individuelle. Par ailleurs, il n'est pas envisagé un plaidoyer conjoint MTN-WASH qui susciterait l'intérêt pour les MTN et partant, la mobilisation des partenaires techniques et financiers. Le plan de communication de communication conjoint WASH et de lutte contre les MTN devraient intégrer le renforcement des capacités en matière de plaidoyer.

4. Coordination du WASH et de la lutte contre les MTN

Le cloisonnement des acteurs, le manque de coordination intra et intersectoriel limite probablement la mise en œuvre efficace de certaines interventions conjointes. Pourtant, au sein du MINEE, un Comité National de coordination et de suivi WASH est créé depuis 2006 pour faciliter la collaboration intersectorielle autour du WASH. Bien que les missions du comité national aient été définies dans l'arrêté le mettant en place, des faiblesses dans l'encadrement juridique des acteurs ont été constatées et les domaines suivants manquent de précisions : le rôle des acteurs des différents groupes sectoriels ; les modalités d'exercice des compétences en matière de WASH transférées aux services déconcentrés et aux communes, ainsi que le cahier de charge y afférent.

Dans le cadre de la mise en fonctionnement du MINDDEVEL, la réalisation des infrastructures est désormais transférée aux communes, ce qui confère à celles-ci et à la société civile une grande responsabilité dans l'utilisation efficace et la gestion durable des infrastructures. De tels acteurs devraient désormais être pris en compte dans le cadre d'un nouvel arrêté précisant les dispositions qui régissent les interventions du WASH chez les acteurs des niveaux intermédiaires, opérationnels et décentralisés.

La superposition des missions du comité WASH avec les missions régaliennes de certaines Directions techniques du MINEE et la faible collaboration intra sectorielle constituent autant d'obstacles au bon fonctionnement et à l'efficacité et l'efficience du comité national de coordination et du suivi de l'initiative WASH. À cela s'ajoute le fait que les activités/interventions des programmes WASH et de lutte contre les MTN ne constituent pas toujours des priorités dans les plans nationaux quel que soit le secteur (MINSANTE, MINEE, etc.) et à tous les niveaux (Central, Régional et opérationnel). Ceci justifiant l'absence de budget de l'État réservé à cet effet, et la prépondérance des financements des PTF qui orientent les interventions selon leurs préférences. Par exemple, une priorité donnée dans le plan de travail du partenaire PLAN International au concept « WASH in School » n'est pas budgétisé par l'État du Cameroun.

La mise sur pied d'un cadre de coordination du WASH est une occasion unique de favoriser la mutualisation des efforts de lutte contre les MTN.

Tableau XXX : Problèmes/défis à reléver (tableau BEST)

Thèmes	Problèmes/défis clés à régler
Le comportement	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pratiques d'hygiène insuffisantes ✓ Pratiques d'hygiène de l'eau insuffisantes ✓ Pratiques d'hygiène de l'habitat insuffisantes ✓ Manque de lavage des mains avec du savon ✓ Manque de nettoyage du visage ✓ Manque de chaussures à disposition ✓ Insécurité sanitaire des aliments vendus dans les établissements scolaires ✓ Mauvaise gestion des déchets ménagers ✓ Consommation de l'eau de puits ou de sources non protégées ✓ Défécation à l'air libre ✓ Baignade, nage, lavage de linge dans des eaux de surface insalubres ✓ Pratiques agricoles spécifiques augmentant à risque de transmission des maladies hydriques (non port des équipements de protection individuelle et usage de la fertilisation organique)
L'environnement	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Manque d'accès et d'utilisation des installations sanitaires et latrines (communautés et écoles) ✓ Reproduction des vecteurs près/dans les points d'eau mal gérés ✓ Mauvaise maintenance des infrastructures d'assainissement ✓ Utilisation des toilettes non améliorées ✓ Manque de dispositif de lavage des mains ✓ Mauvais entretien des latrines ✓ Lieux de vente des denrées alimentaires non hygiéniques ✓ Manque d'accès aux services de base d'hygiène (hygiène individuelle et de l'habitat) ✓ Manque d'accès à l'eau potable à travers un robinet dans le logement/concession ✓ Manque d'accès aux ouvrages d'assainissement des excréta ✓ Mauvaise hygiène de l'habitat
Les traitements et les soins	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Manque d'approvisionnement en eau potable dans les formations de santé pratiquant des interventions chirurgicales ✓ Manque d'eau pour les soins personnels

5. Analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces

L'analyse des résultats issus de cette étude a permis de dégager les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces.

Forces	Faiblesses	Opportunités	Défis	Menaces
Existence d'un comité national de coordination et de suivi de l'initiative WASH au MINEE	Non fonctionnalité du comité national de coordination et de suivi de l'initiative WASH au MINEE (rôles des acteurs du niveau central, intermédiaire et périphérique non prise compte)	Création du Ministère de la Décentralisation et du Développement Local (MINDDEVEL) Révision en cours de l'arrêté portant création et organisation du comité national de coordination et de suivi de l'initiative WASH au MINEE	Création d'un cadre favorable à l'intégration des interventions WASH et MTN Mobilisation des financements additionnels à partir du budget de l'état	Insécurité dans les zones prioritaires d'intervention des PTF (Adamaoua, Est, Extrême-Nord et Nord) Us et coutumes des populations Inaccessibilité de certaines zones Crise sociopolitique dans le Nord-Ouest et le Sud-Ouest
	Activités WASH et de lutte contre les MTN faiblement intégrées dans le budget de l'État			
	Forte dépendance des activités WASH et de lutte contre les MTN par rapport au financement extérieur			
	Absence de plan de communication WASH/MTN, incohérence communicationnelle et plaidoyer inexistant			
	Faible coordination intra sectorielle des interventions du WASH et/ou de lutte contre les MTN			
Existence d'un plan directeur de lutte contre les MTN intégrant les thématiques liées au WASH au MINSANTE	Absence d'un plan directeur du programme WASH			
	Absence du plan de promotion de la santé et de la prévention des MTN			
Quelques bonnes pratiques d'intégration : activités WASH « Eau » et « hygiène » menées conjointement lors de « la journée mondiale du lavage des mains » depuis 2008	La verticalité de la mise en œuvre des activités WASH et de lutte contre les MTN dans chaque secteur Rareté des activités conjointes du WASH et de lutte contre les MTN			

	Pas de cartographie des besoins non couverts en eau et ouvrages d'assainissement au MINEE			
--	---	--	--	--

CONCLUSION

L'analyse situationnelle du paysage des interventions des programmes WASH et de lutte contre les MTN a permis de relever des forces notamment : l'existence d'un comité national de coordination et de suivi de l'initiative WASH au MINEE, l'existence d'un plan directeur de lutte contre les MTN intégrant les thématiques liées au WASH au MINSANTE et des bonnes pratiques d'intégration des activités WASH et de lutte contre les MTN. Cependant, quelques faiblesses susceptibles d'altérer les performances des deux ont été relevées : la non fonctionnalité du comité national de coordination et de suivi de l'initiative WASH au MINEE, la forte dépendance des activités WASH et de lutte contre les MTN par rapport au financement extérieur, l'absence d'un plan de communication WASH/MTN, la verticalité de la mise en œuvre des activités WASH et de lutte contre les MTN dans chaque secteur et la rareté des activités conjointes du WASH et de lutte contre les MTN. Néanmoins, quelques opportunités permettent d'envisager d'un cadre favorable à l'intégration des deux programmes, la création et la mise en fonctionnement du Ministère de la Décentralisation et du Développement Local.

RECOMMANDATIONS

Les recommandations suivantes ont été formulées :

- **Appui technique et financier au MINSANTE pour :**
 - Mettre en œuvre le plan directeur ;
 - Mobiliser les fonds additionnels pour la mise en œuvre du plan directeur ;
 - Élaborer un plan de communication conjoint WASH et de lutte contre les MTN.
- **Appui technique et financier au MINEE pour :**
 - Réviser de l'arrêté portant organisation du comité national de coordination WASH ;
 - Rendre fonctionnel le cadre de coordination conjoint des interventions WASH et de lutte contre les MTN ;
 - Mettre en place d'une banque de données sur les acteurs et PTF de mise en œuvre des activités conjointes des programmes MTN et WASH.
- **Appui technique et financier transversal**
 - Former au plaidoyer commun du programmes WASH et de lutte contre les MTN ;
 - Explorer les possibilités offertes par le MINDDEVEL pour une mise en œuvre conjointe des activités du WASH et de lutte contre les MTN.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BUCREP. (2017). *Projections démographiques. 3ème RGPH. Vol. 3 Tome 3.* . Service Informatique/BUCREP.
- DLMEP. (s.d.). *Plan directeur de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées au Cameroun, 2016-2020.* Yaoundé-Cameroun.
- INS. (2015). *Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS 5).* Yaoundé, Cameroun, Institut National de la Statistique.
- INS. (2017). *Annuaire Statistique du Cameroun.* Yaoundé.
- MINEDUB. (2015). *Annuaire statistique 2014-2015.* Yaoundé.
- MINEDUB. (2016). *Annuaire statistique 2015 - 2016.* Yaoundé.
- MINEDUB. (2017). *Stratégie nationale de promotion de l'approvisionnement en eau potable, l'hygiène et l'assainissement en milieu scolaire au Cameroun.* Yaoundé.
- MINEE. (2010). *Cartographie des systèmes d'approvisionnement en eau potable et d'assainissement de base dans six arrondissements (04 dans la région de l'Est et 02 dans la région de l'Adamaoua).* Yaoundé.
- MINEE. (2011). *Enquête sur la Cartographie des Systèmes d'Approvisionnement en Eau Potable et d'Assainissement de base couplée aux maladies diarrhéiques dans onze (11) Districts de Santé (05 Départements) de la Région de l'Extrême Nord.* Yaoundé.
- MINEE. (2011). *Stratégie Nationale d'Assainissement Liquide au Cameroun.* Yaoundé.
- MINEE. (2017). *Stratégie nationale de l'assainissement total piloté par la communauté-ATPC pour le Cameroun.* Yaoundé.
- MINEE. (2018). *L'ATPC au Cameroun : Des raisons pour y investir.* Yaoundé.
- MINEE. (s.d.). *Stratégie nationale de l'assainissement total piloté par la communauté.* Yaoundé.
- MINEPAT. (2009). *Cameroun Vision 2035.* Yaoundé.
- MINESEC. (2016). *Annuaire Statistique MINESEC 2015-2016.* Yaoundé.
- MINPOSTEL. (2017). *Annuaire statistique des Télécommunications et TIC au Cameroun.* Yaoundé-Cameroun.
- MINSANTE. (2013, octobre 21). Arrêté N°1611/A/MINSANTE/CAB/SG/DLM du 21 Octobre 2013 portant création de l'unité nationale de coordination des programmes de lutte contre les maladies tropicales négligées. Yaoundé-Cameroun.

- MINSANTE. (2016). *Plan National de Développement Sanitaire, PNDS 2016-2020*. Yaoundé.
- MINSANTE. (2017). *Rapport technique annuel des activités de lutte contre les maladies tropicales négligées 2017*. Yaoundé: DLMEP.
- MINSANTE, & MINEE. (2011). *Enquête sur les Connaissances, Attitudes et Pratiques des populations de l'Extrême-Nord, du Nord, de l'Adamaoua, de l'Est et d'une partie du Littoral en matière d'eau, d'hygiène et d'assainissement*. Yaoundé.
- MINSANTE, & OMS. (2018). *Rapport de suivi des 100 indicateurs clés de santé au Cameroun en 2017*. Yaoundé: ONSP.
- Ogden, S., Gallo, K., Davis, S., McGuire, C., Meyer, E., & David Addiss, D. H. (2013). *WASH et les Maladies tropicales négligées : un manuel à l'intention des responsables de la mise en œuvre du programme WASH*. Atlanta, États-Unis.
- OMS. (2013). *Plan stratégique pour la lutte contre les maladies tropicales négligées dans la Région africaine 2014-2020*. Brazzaville. 2013: Bureau régional de l'Afrique.
- OMS, & Neglected Tropical disease NGO Network. (2019). *Collaboration entre le secteur WASH et le secteur de la santé : guide pratique à l'intention des programmes de lutte contre les maladies tropicales négligées*. Genève: Organisation mondiale de la Santé.
- OMS/UNICEF. (2019). *Joint Monitoring Programme for Water Supply, Sanitation and Hygiene*. Cameroon: Updated June 2019.
- ONSP. (2018). *Rapport de suivi des 100 indicateurs clés de santé au Cameroun en 2017*. MINSANTE-OMS: Yaoundé-Cameroun.
- PM. (2011, novembre 28). Arrêté N°200/CAB/PM du 28 novembre 2011 portant création d'un Comité National de coordination et de suivi "Water Sanitation and Hygiene". Yaoundé-Cameroun.
- PNLSHI. (2017). *Rapport d'activités*. Yaoundé-Cameroun.
- UNICEF. (2017). *Evaluation de la composante WASH du Programme de coopération Cameroun-UNICEF 2013-2017*. Yaoundé. 2017.
- UNICEF. (2019). *Base de données des intervenants dans le WASH au Cameroun*. Yaoundé.
- WHO. (2017). *Neglected tropical diseases*. https://www.who.int/neglected_diseases/diseases/en/.

ANNEXES

Tableau XXXI : livre de codes selon les items

N°	Codes	Intitulé de l'item
1	Intv-MP-LC- MTN	Intervention mises en place dans le cadre de la lutte contre les MTN
2	Gest-Morb-Comntés-Ets	Gestion de la morbidité dans les communautés et établissements
3	Incl-Soc-Prev-Ctr-Stg	Inclusion sociale et prévention contre la stigmatisation
4	Prog-Ctrl-Vects	Programme de contrôle des vecteurs
5	Prog-Ctrl-Vects	Interventions de santé publique vétérinaire et contrôle des zoonoses
6	Intrv-Atr-Admin-Mas-Med	Interventions autres que l'administration de masse du médicament
7	Dispon-Eq-Coord-Intv-MTN-WASH	Disponibilité d'une équipe de coordination ou d'intervention dans le cadre des MTN et du WASH
8	Exist-TDR-Mbre-Eq-Coord-Intv	Existence des termes de référence pour les membres de l'équipe de coordination ou d'intervention
9	Méca-Assur-Dirct-Eq-Coord-Intv	Mécanisme pour assurer la direction de l'équipe de coordination ou d'intervention
10	Méca-Sust-Adhé-Mbre-Eq-Coord-Intv	Mécanisme pour susciter l'adhésion des membres de l'équipe de coordination ou d'intervention
11	Réun-Coord-Suiv-Intv-MTN-WASH	Réunion de coordination ou de suivi des interventions dans le cadre des MTN et du WASH
12	Util-Calend-Plan-Actv-LC-MTN-WASH	Utilisation d'un calendrier de planification des activités de lutte contre les MTN et du WASH
13	Dispos-Sourc-Finan-Actv-MTN-WASH	Disposition d'une source de financement des activités de MTN et du WASH
14	CCC-Inst-Prog-Sco	Communication pour le changement de comportement et insertion dans la programmation scolaire
15	CCC-Inst-Prog-Actv-Comnt	Communication pour le changement de comportement et insertion dans la programmation des activités communautaires
16	CCC-Incl-Appr-Médttq	Communication pour le changement de comportement et inclusion d'une approche médiatique
17	CCC-Incl-Appr-Mark-Soc	Communication pour le changement de comportement et inclusion d'une approche marketing social
18	Exist-Campg-CCC-WASH	Existence des campagnes de communication pour le changement de comportements liés à WASH
19	Pilot-Intv-CCC-Comnté	Pilotage des interventions de communication pour le changement de comportement par la communauté
20	Intv-CCC-Prog-Sens-Snté	Intervention de communication pour le changement de comportement et les programmes de sensibilisation à la santé
21	Matrl-Util-CCC	Matériel utilisé dans la communication pour le changement de comportement
22	Niv-Prio-Accd-Intv-MTN-WASH-Strg	Niveau de priorité accordée aux interventions des MTN et WASH dans la stratégie
23	Niv-Prio-Accd-Intv-MTN-WASH-Budgt	Niveau de priorité accordée aux interventions des MTN et WASH dans le budget
24	Niv-Prio-Accd-Intv-MTN-WASH-Financt-Extr	Niveau de priorité accordée aux interventions des MTN et WASH dans le financement extérieur
25	Conn-Atr-Init-Solli-Financt-MTN-WASH-Méng	Connaissance d'autres initiatives qui sollicitent le financement dans le cadre le cadre des activités des MTN et WASH au niveau des ménages
26	Conn-Atr-Init-Solli-Financt-MTN-WASH-Comnté	Connaissance d'autres initiatives qui sollicitent le financement dans le cadre le cadre des activités des MTN et WASH au niveau de la communauté

27	Conn-Atr-Init-Solli-Financt-MTN-WASH-Dist-Nat	Connaissance d'autres initiatives qui sollicitent le financement dans le cadre le cadre des activités des MTN et WASH au niveau du district ou National
28	Plaid-Adres-Cdr-WASH-MTN	Plaidoyer adressé dans le cadre du WASH et des MTN
29	Dfis-Cdr-LC-MTN-WASH	Défis à relever dans le cadre de la lutte contre les MTN et le WASH
30	Exist-Pl-Act-LC-MTN-MO-WASH	Existence des plans actuels de lutte contre les MTN et la mise en œuvre du WASH
31	Exist-Méca-Suiv-Eval	Existence des mécanismes de suivi et évaluation
32	Intv-Lead-Poltq-Comnt	Intervention des leaders politiques ou communautaires
33	Atr-Pers-Eng-Prog-WASH-MTN	Autres personnalités engagées dans les programmes WASH et ou MTN
34	Act-Infl-Niv-Nat	Acteurs influents au niveau national
35	Act-Infl-Niv-Rég	Acteurs influents au niveau Régional
36	Act-Infl-Niv-Comnt	Acteurs influents au niveau Communautaire
37	Impl-Act-Infl-LC-MTN-Niv-Méng	Implication des acteurs influents dans la lutte contre les MTN au niveau des ménages
38	Impl-Act-Infl-LC-MTN-Comnt	Implication des acteurs influents dans la lutte contre les MTN au niveau des communautés
39	Impl-Act-Infl-LC-MTN-Niv-Rég-Dist	Implication des acteurs influents dans la lutte contre les MTN au niveau National /Régional/District
40	Compo-Eq-Intv-Sect-WASH	Composition de l'équipe d'intervention dans le secteur du WASH
41	Indic-Eval-Perf-Sect-WASH	Indicateurs pour évaluer les performances du secteur du WASH
42	Conn-Rech-CAP-Mat-Assmt-Hyg-05-Der-Ann	Connaissance des recherches ayant trait aux connaissances, attitudes et pratiques en matière d'assainissement, hygiène menée au cours des 05 dernières années
43	Str-Sys-Educ-Nat	Structure du système de l'éducation nationale
44	Incl-Educ-Snté-Hyg-Prog-Scol-Prim	Inclusion de l'éducation pour la santé et de l'hygiène dans le programme scolaire
45	Form-Ensg-Mat-Hyg-Persnl	Formation des enseignants en matière d'hygiène personnelle
46	Boe-Prtq-MO-Intgr-WASH-MTN	Bonnes pratiques mises en œuvre qui intègrent le WASH et les MTN

NC = Niveau central

NR= Niveau Régional

ND= Niveau Départemental

EA= Entretien approfondi

MF= Mfou

MEAF= Mefou Afamba

MFDI= Mfoundi

NYSO= Nyon et So'o

MBYO=Mbalmayo

PTF=Partenaire technique et financier

PFC= Point focal communication

RWASH= responsable WASH

RMTN= Responsable MTN

RCOM=Responsable communication

Tableau XXXII : Population par District de Santé (DHIS 2, 2019)

Région	Districts de Santé	Population Totale
Adamoua	District Banyo	151 117
	District Bankim	109 868
	District Djohong	57 919
	District Meiganga	155 476
	District Ngaoundal	85 425
	District Ngaoundere Rural	219 772
	District Ngaoundere Urbain	302 850
	District Tignere	124 092
	District Tibati	103 145
Centre	District Akonolinga	86 233
	District Awae	27 958
	District Ayos	42 044
	District Bafia	166 758
	District Biyem Assi	375 731
	District Cite Verte	419 995
	District Djoungolo	861 709
	District Ebebda	22 121
	District Efoulan	427 194
	District Elig Mfomo	16 777
	District Eseka	82 888
	District Esse	26 528
	District Evodoula	20 776
	District Mbalmayo	124 163
	District Mbandjock	60 437
	District Mbankomo	31 971
	District Mfou	105 164
	District Monatele	50 106
	District Nanga Eboko	65 172
	District Ndikinimeki	45 997
	District Ngog Mapubi	54 940
	District Ngoumou	44 656
	District Nkolbisson	171 230
	District Nkolndongo	858 062
	District Ntui	132 532
	District Obala	131 089
	District Okola	56 691
	District Sa'a	72 128
	District Soa	46 269
	District Yoko	43 887
Est	District Abong Mbang	86 179

Région	Districts de Santé	Population Totale
	District Batouri	107 484
	District Bertoua	286 792
	District Betare Oya	110 648
	District Doume	51 326
	District Garoua Boulai	63 856
	District Kette	64 725
	District Lomie	35 997
	District Mbang	31 523
	District Messamena	28 592
	District Moloundou	46 104
	District Ndelele	63 269
	District Nguelemendouka	36 300
	District Yokadouma	107 774
Etrême-Nord	District Bogo	123 090
	District Bourha	79 284
	District Fotokol	69 478
	District Gazawa	72 710
	District Goulfey	104 499
	District Guere	125 764
	District Guidiguis	178 090
	District Hina	136 520
	District Kaele	117 673
	District Kar Hay	131 598
	District Kolofata	127 274
	District Kousseri	371 896
	District Koza	198 495
	District Mada	157 231
	District Maga	186 034
	District Makary	145 704
	District Maroua 1	183 615
	District Maroua 2	189 818
	District Maroua 3	153 155
	District Meri	152 309
	District Mindif	60 595
	District Mogode	119 494
	District Mokolo	243 566
	District Mora	270 777
	District Moulvoudaye	148 993
District Moutourwa	53 468	
District Pette	59 963	
District Roua	94 525	
District Tokombere	149 615	

Région	Districts de Santé	Population Totale
	District Vele	111 372
	District Yagoua	296 898
Littoral	District Abo	30 119
	District Bangue	332 492
	District Boko	366 094
	District Bonassama	532 716
	District Cite Des Palmiers	292 696
	District Deido	495 640
	District Dibombari	21 825
	District Edea	129 525
	District Japoma	149 234
	District Logbaba	239 186
	District Loum	53 639
	District Manjo	37 513
	District Manoka	19 821
	District Mbanga	65 457
	District Melong	78 038
	District Ndom	26 043
	District New Bell	368 054
	District Ngambe	10 579
	District Njombe Penja	49 758
	District Nkondjock	21 626
	District Nkongsamba	89 116
	District Nylon	428 095
District Pouma	13 211	
District Yabassi	14 716	
Nord	District Bibemi	164 097
	District Figuil	102 576
	District Garoua I	280 047
	District Garoua II	319 089
	District Gaschiga	136 931
	District Golombe	63 657
	District Guider	250 404
	District Lagdo	209 755
	District Mayo Oulo	142 429
	District Ngong	258 388
	District Pitoa	162 127
	District Poli	110 986
	District Rey Bouba	176 740
	District Tchollire	178 331
District Touboro	268 656	
Nord-Est	District Ako	58 861

Région	Districts de Santé	Population Totale
	District Bafut	60 842
	District Bali	37 104
	District Bamenda	429 417
	District Batibo	95 151
	District Benakuma	60 794
	District Fundong	158 245
	District Kumbo East	149 511
	District Kumbo West	113 507
	District Mbengwi	56 469
	District Ndop	275 603
	District Ndu	95 915
	District Njikwa	23 018
	District Nkambe	147 966
	District Nwa	65 600
	District Oku	101 536
	District Santa	101 175
	District Tubah	69 998
District Wum	129 872	
Ouest	District Bafang	81 968
	District Baham	38 662
	District Bamendjou	41 823
	District Bandja	29 258
	District Bandjoun	89 128
	District Bangangte	98 788
	District Bangourain	44 945
	District Batcham	85 982
	District Dschang	229 616
	District Foumban	238 585
	District Foubot	109 261
	District Galim	49 107
	District Kekem	42 231
	District Kouoptamo	57 288
	District Malantouen	128 583
	District Massangam	47 677
	District Mbouda	193 958
	District Mifi	370 845
	District Penka Michel	80 855
	District Santchou	30 738
Sud	District Ambam	94 792
	District Djoum	43 251
	District Ebolowa	213 163
	District Kribi	152 024

Région	Districts de Santé	Population Totale
	District Lolodorf	42 871
	District Meyomessala	57 421
	District Mvangan	38 472
	District Olamze	15 956
	District Sangmelima	131 970
	District Zoetele	44 591
Sud-Ouest	District Akwaya	58 245
	District Bakassi	35 206
	District Bangem	25 481
	District Buea	177 298
	District Ekondo Titi	57 466
	District Eyumodjock	42 539
	District Fontem	125 412
	District Konye	133 030
	District Kumba	371 681
	District Limbe	202 831
	District Mamfe	83 811
	District Mbonge	92 276
	District Mundemba	21 908
	District Muyuka	115 958
	District Nguti	32 821
	District Tiko	154 690
	District Tombel	80 691
District Wabane	45 829	
		25 415 914

Tableau XXXIII : prévalence et couverture en AMM du trachome par district de santé
(DLMEP, 2019)

District	Endémicité		Prévalence (%)				Couverture AMM (%)			
	1. Oui	0. Non	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016
Extrême-Nord										
Bogo	0									
Bourha	1		0,37				67,88			90,62
Gazawa	0									
Goulfey	1		0,42				76,78	87,07		
Guere	1					0,35				
Guidiguis	1			1			97,04	95,90		
Hina	1		0,9				98,31			
Kaele	0									
Kar Hay	0									
Kolofata	1									
Kousseri	1		0,06				65,68	78,35		
Koza	1		0,28				88,52			
Mada	0									
Maga	0									
Makary	1		1,38				94,69	99,87		
Maroua 1	0									
Maroua 2	1					0,05				
Maroua 3	1				8,8	0,05				90,62
Meri	1					1,63	92,83		96,30	
Mindif	0									
Mogode	1		0				94,51			
Mokolo	1			1,7			89,25	95,57		
Mora	0									
Moulvoudaye	0									
Moutourwa	1				6,6	0,3				80,80
Pette	1					0,96	96,22		97,06	
Roua	1		0,29				90,82			
Tokombere	1					2,5	96,29	88,60	94,74	
Vele	0									
Yagoua	1				5,1	0,38				104,90
Nord										
Bibemi	0									
Figuil	0									
Garoua I	0									
Garoua II	0									
Gaschiga	0									
Golombe	0									
Guider	0									
Lagdo	0									
Mayo-Oulo	0									
Ngong	0									
Pitoea	0									
Poli	1					1,17	80,03	66,63	93,51	
Rey bouba	1					0,15	79,16	84,33	91,58	
Tchollire	1					0,36	85,07	97,25	73,87	
Toubo	0									

Tableau XXXIV : prévalence et couverture en AMM des géohelminthiases par district de santé (DLMEP, 2019)

District	Endémicité		Prévalence (%)				Couverture AMM (%)			
	1. Oui	0. Non	2012	2014	2017	2018	2014	2015	2016	2017
Adamaoua										
Djohong	1		6,83		6,83		81,59	72,60	82,35	103
Meiganga	1		11,57		11,57		82,71	93,71	86,23	96,27
Ngaoundal	1		21		21		72,16	74,69	68,01	57,8
Ngaoundere rural	1		5,39		5,39		96,68	92,39	82,94	80,62
Ngaoundere urbain	1		3,77		3,77		87,22	82,79	87,65	78,48
Tibati	1		15,32		15,32		55,35	54,05	95,54	52,14
Tignere	1		15,32		15,32		79,08	85,80	64,90	71,86
Centre										
Akonolinga	1		58,3		58,3		142,59	124,75	161,70	68,75
Awae	1		38,4		38,4		121,76	147,48	169,20	143,9
Ayos	1		26,8		26,8	100	126,69	120,54	114,34	109,6
Bafia	1		16,3		16,3	5,61	89,82	106,89	93,26	119,7
Biyem assi	1		23,1		23,1	5	59,94	48,23	45,25	98,5
Cite verte	1		22,3		22,3	0,63	34,66	27,36	27,85	19,78
Djoungolo	1		16,5		16,5	2,38	63,33	55,42	52,22	107,5
Ebebda	1		20,8		20,8		75,86	78,20	111,77	104,2
Efoulan	1		16,4		16,4	6,99	54,04	45,80	38,39	95,87
Elig mfomo	1		34,7		34,7		89,18	93,97	104,82	93,98
Eseka	1		16		16	14,29	75,53	64,33	70,22	64,86
Esse	1		47,7		47,7		112,73	99,41	159,31	90,91
Evodoula	1		29,5		29,5		93,38	96,66	145,77	78,82
Mbalmayo	1		36,2		36,2	42,11	88,52	101,09	108,56	120,6
Mbandjock	1		17,8		17,8		114,01	139,67	125,87	89,51
Mbankomo	1		32,5		32,5	7,8	119,93	172,50	155,59	107,9
Mfou	1		44,8		44,8	44,9	151,17	139,11	132,04	0
Monatele	1		45,3		45,3		91,50	87,24	103,51	105,1
Nanga eboko	1		27,8		27,8		92,70	101,20	98,29	0
Ndikinimeki	1		26,8		26,8	62,5	89,42	100,80	86,04	0
Ngog mapubi	1		18,8		18,8		98,79	96,92	108,26	84,31
Ngoumou	1		34,7		34,7	20,75	86,77	156,80	102,80	92,89
Nkolbisson	1		22,3		22,3	9,38	96,93	78,53	71,43	61,81
Nkolndongo	1		23,3		23,3	24,14	49,74	53,85	46,23	84,4
Ntui	1		15,1		15,1	20,34	94,87	88,16	121,65	64,35
Obala	1		36,1		36,1		94,79	90,16	99,74	65,89
Okola	1		20,3		20,3	10,64	89,02	86,80	98,27	111,6
Saa	1		25,9		25,9		85,69	80,86	80,21	78,22
Soa	1		18,4		18,4		104,82	114,09	123,41	18,5
Yoko	1		24		24		96,31	96,86	108,20	108,3
Est										
Abong mbang	1		41,7		41,7		107,07	0,00	125,86	103,5
Batouri	1		25,8		25,8		111,00	0,00	100,26	109,6
Bertoua	1		29,6		29,6	30,72	100,84	0,00	81,38	95,1
Betare oya	1		11,6		11,6		69,52	0,00	46,10	117,8
Doume	1		43,2		43,2	70,68	103,75	0,00	118,08	110
Garoua boulai	1		4,5		4,5		120,08	0,00	80,52	124,1
Kette	1		6		6	39,49	91,17	0,00	129,91	67,79
Lomie	1		89,6		89,6		134,98	0,00	71,88	123,5
Mbang	1		79		79		111,77	0,00	125,42	116,3
Messamena	1		70,8		70,8		49,48	0,00	89,28	119,5
Moloundou	1		83,7		83,7		77,65	0,00	99,44	110,5
Ndelele	1		41,7		41,7	56,86	101,73	0,00	115,74	84,38

District	Endémicité		Prévalence (%)				Couverture AMM (%)			
	1. Oui	0. Non	2012	2014	2017	2018	2014	2015	2016	2017
Nguelemendouka	1		61		61		107,65	0,00	96,35	101
Yokadouma	1		82,2		82,2		121,94	0,00	113,93	93,16
Extreme-nord										
Bogo	1		1,28		1,28		57,14	56,34	115,51	69,12
Bourha	1		1,22		1,22		109,43	107,30	94,10	110,7
Gazawa	1		23		23		0,00	183,99	61,76	89,87
Goulfey	1		0,83		0,83		94,43	45,18	128,33	70,08
Guere	1		6,83		6,83		89,47	64,89	104,34	98,3
Guidiguis	1		2,85		2,85		113,91	149,37	152,24	104,3
Hina	1		22		22		80,97	58,37	76,56	63,46
Kaele	1		21		21		109,13	101,57	96,78	124
Kar hay	1		5,33		5,33		127,67	120,16	73,97	140,1
Kolofata	1		1,22		1,22		54,13	10,77	50,49	61,12
Kousseri	1		0,81		0,81		83,25	118,66	111,40	51,63
Koza	1		2,4	0	2,4		117,21	108,46	70,65	69,7
Mada	1		22		22		72,06	31,21	74,30	57,65
Maga	1		1,21		1,21		58,72	85,64	64,97	183,5
Makary	1		24		24		69,67	33,59	71,40	72
Maroua 1	1				25		0,00	172,13	76,23	68,24
Maroua 2	1				22		99,75	152,85	107,73	83,03
Maroua 3	1		25		21		345,80	149,59	75,60	81,32
Meri	1		2,43		2,43		48,01	51,58	50,10	72,73
Mindif	1		1,6		1,6		65,93	63,19	65,14	85,94
Mogode	1		5,6		5,6		93,26	92,61	93,21	172,9
Mokolo	1		1,22		1,22		131,21	124,14	128,19	141,7
Mora	1		2,86		2,86		89,39	52,87	86,32	65,8
Moulvoudaye	1		81		81		54,88	63,97	57,94	74,28
Moutourwa	1		3,2		3,2		112,72	118,96	85,37	87,45
Pette	1		2,02		2,02		98,16	86,52	96,16	81,43
Roua	1		3,21	0,3	3,21		73,93	64,57	72,60	94,07
Tokombere	1		8,1		8,1		70,81	68,22	70,90	85,47
Vele	1		0,41		0,41		267,55	127,22	104,99	127,3
Yagoua	1		1,2		1,2		86,17	93,15	73,02	79,97
Littoral										
Abo	1		26		26		64,81	87,87	80,73	116,5
Boko	1		20,95		20,95		174,12	125,22	99,72	62,05
Bonassama	1		8,7		8,7		122,79	101,59	83,72	57,59
Cite palmiers	1		6		6		0,00	58,83	103,21	52,91
Deido	1		8,9		8,9		42,90	43,40	47,29	30,5
Dibombari	1		0		0		141,31	167,65	216,44	111,8
Edea	1		11,9		11,9	2,61	60,25	71,43	75,27	79,3
Japoma	1		21,5		49,5		0,00	42,74	60,84	65,38
Logbaba	1		4,2		21,5		80,99	238,44	52,97	44,52
Loum	1		23,5		4,2		81,80	112,94	92,87	85,14
Manjo	1		57		23,5	6,71	92,02	616,54	95,70	110,4
Manoka	1		40		57		80,10	12,29	217,43	28,42
Mbanga	1		24		24		100,93	107,84	105,65	81,03
Mbangué	1		25,5		40		0,00	273,16	134,47	127,1
Melong	1		61		25,5		95,24	306,98	101,17	106,1
Ndom	1		7,96		61	6,44	71,18	8,32	80,33	91,54
New bell	1		8,3		7,96		50,02	837,58	52,43	47,94
Ngambe	1		7,1		8,3		63,42	26,13	61,35	82,11
Njombe penja	1		21		7,1		96,57	157,44	103,98	82,66
Nkondjock	1		10		21	5,16	79,11	18,25	92,54	107,9
Nkongsamba	1		49,5		10		53,68	73,28	61,25	84,87
Nylon	1		4,5		4,5		121,52	66,36	49,53	76,75

District	Endémicité		Prévalence (%)				Couverture AMM (%)			
	1. Oui	0. Non	2012	2014	2017	2018	2014	2015	2016	2017
Pouma	1		8		8		61,39	69,75	62,71	67,9
Yabassi	1		26		26		70,49	103,43	107,27	131,5
Nord										
Bibemi	1		4,42		4,42		114,15	88,78	100,73	107,3
Figuil	1		23		23		80,55	76,03	77,87	80,8
Garoua i	1		3,24		3,24		54,11	47,44	52,90	50,81
Garoua ii	1		0,4		0,4		54,66	45,58	46,24	0
Gaschiga	1		0,41		0,41		124,40	105,71	137,13	127
Golombe	1		0,81		0,81		85,66	89,94	102,15	111,6
Guider	1		23		23		68,44	116,71	86,10	94,57
Lagdo	1		25,25	0	25,25		91,18	91,83	102,71	119,4
Mayo oulo	1		0,4		0,4		74,86	82,73	74,96	79,76
Ngong	1		2,44		2,44		92,76	97,26	86,57	99,95
Pitoea	1		0,4		0,4		56,21	64,39	57,83	61,12
Poli	1		7,69		7,69		120,45	85,57	109,51	145
Rey bouba	1		4,8		4,8		143,00	112,87	109,57	77,07
Tchollire	1		1,6		1,6		112,00	107,82	93,34	110,8
Toubo	1		4,8	0	4,8		65,48	82,61	89,97	76,8
Nord-Ouest										
Ako	1		14		14	5,66	90,61	107,27	122,63	67,42
Bafut	1		68		68		70,06	81,20	73,75	67,22
Bali	1		12		12		82,42	82,58	76,26	67,07
Bamenda	1		6		6		61,81	77,12	71,44	65,61
Batibo	1		82		82		138,53	144,13	69,90	74,96
Benakuma	1		22,4		22,4		117,26	114,91	119,01	101,5
Fundong	1		22		22		135,30	142,59	124,34	77,69
Kumbo east	1		12,2		12,2	1,21	117,47	100,16	115,06	103,6
Kumbo west	1		40		40		105,71	103,96	111,58	79,93
Mbengwi	1		12,5		12,5		104,57	108,20	117,02	103,6
Ndop	1		84		84		104,87	96,98	91,43	76,74
Ndu	1		8,2		8,2	2,18	100,13	103,97	97,81	75,55
Njikwa	1		10		10		143,71	133,25	133,19	111,5
Nkambe	1		58		58		85,68	88,62	76,34	73,49
Nwa	1		58		58		119,46	125,31	128,82	139,9
Oku	1		40		40		101,65	101,86	93,88	91,94
Santa	1		50		50		107,16	142,21	45,79	52,62
Tubah	1		4,1		4,1		98,94	104,54	100,06	72,34
Wum	1		64		64		109,03	96,72	102,31	99,46
Ouest										
Bafang	1		15,3		15,3		78,13	95,80	78,34	100,6
Baham	1		10,1		10,1		130,27	117,15	91,65	127,4
Bamendjou	1		26,5		26,5		178,34	108,59	95,89	116,8
Bandja	1		8		8		81,27	84,09	81,93	109,5
Bandjoun	1		7,6		7,6		101,99	111,98	86,09	97,62
Bangangte	1		14,5		14,5		97,86	99,56	81,78	114,4
Bangourain	1		12		12		173,18	178,98	146,44	105,7
Batcham	1		12,2		12,2		112,37	128,77	105,14	114,7
Dschang	1		14,2		14,2		112,04	129,48	126,45	90,11
Foumban	1		2,4		2,4	7,25	138,80	141,36	129,98	95,86
Foumbot	1		7,1		7,1	4,32	150,20	174,42	157,84	95,4
Galim	1		7		7	17,91	131,03	148,02	86,21	148,5
Kekem	1		21,7		21,7	2,22	112,22	118,24	93,45	97,6
Kouoptamo	1		1		1	5,18	126,71	126,81	101,53	99,66
Malentouen	1		7,1		7,1	7,47	130,91	160,01	106,32	94,78
Massangam	1		7,9		7,9		171,90	234,69	146,26	78,8
Mbouda	1		8,5		8,5		70,78	86,22	31,80	102,2

District	Endémicité		Prévalence (%)				Couverture AMM (%)			
	1. Oui	0. Non	2012	2014	2017	2018	2014	2015	2016	2017
Mifi	1				6,3		174,95	188,23	107,05	103,1
Penka michel	1		34		34		113,73	145,01	116,66	138,6
Santchou	1		15,2		15,2		195,85	188,58	146,46	124,3
Sud										
Ambam	1		60,4		60,4		84,05	96,05	98,23	88,87
Djoum	1		57,1		57,1		100,19	115,21	106,48	94,17
Ebolowa	1		46,4		46,4		85,90	104,63	107,17	95,07
Kribi	1		29,5		29,5		76,50	86,68	95,95	78,47
Lolodorf	1		72,9		72,9		83,39	92,49	88,50	133,9
Meyomessala	1		69,1		69,1		84,00	50,19	49,44	80,76
Mvangan	1		75,5		75,5		96,56	115,24	106,01	122,7
Olamze	1		95,9		95,9		52,01	76,46	67,42	85,28
Sangmelima	1		55,1		55,1		90,00	96,05	113,27	103,3
Zoetele	1		33,7		33,7		72,05	76,45	81,09	61,11
Sud-Ouest										
Akwaya	1		48,89		48,89		0,00	66,83	62,11	90,79
Bakassi	1		59,2		59,2		120,48	78,14	101,12	44,13
Bangem	1		16		16		120,67	119,70	118,14	88,01
Buea	1		41,7		41,7	14,29	0,00	66,17	70,02	67,5
Ekondo titi	1		62,6		62,6		28,57	56,96	60,52	71,03
Eyumodjock	1		42,2		42,2		82,56	86,11	84,06	84,15
Fontem	1		48		48		0,00	62,73	59,07	93,74
Konye	1		83,3		83,3		81,52	83,74	84,18	58,18
Kumba	1		73,9		73,9	15,91	53,72	54,24	57,68	68,28
Limbe	1		47,9		47,9		62,75	73,64	72,80	67,45
Mamfe	1		56		56		87,94	111,61	123,03	79,94
Mbonge	1		22		22		37,45	77,24	87,17	74,89
Mundemba	1		35,3		35,3		190,85	136,30	137,29	74,14
Muyuka	1		16		16	1,61	28,66	60,58	59,67	76,7
Nguti	1		26		26		302,17	98,28	97,28	76,67
Tiko	1		21,3		21,3	2,59	56,64	70,31	70,98	72,8
Tombel	1		64		64		77,06	86,22	84,16	73,69
Wabane	1		84		84		95,68	99,54	101,96	76,32

Tableau XXXV : prévalence et couverture en AMM de la schistosomiase par district de santé (DLMEP, 2019)

Région/ District	Endémicité		Prévalence (%)				Couverture AMM (%)				
	1. Oui	0. Non	2012	2014	2016	2017	2014	2015	2016	2017	2018
Adamaoua											
Bankim	1		6	x	0	x	88,95	99,14	70,3	94,22	0,00
Banyo	1		14,86		0		73,63	70,88	56,99	77,56	70,38
Djohong	1		4,4				77,02	69,89	148,8	100,17	0,00
Meiganga	1		7,35			0	79,23	91,34	81,9	96,56	0,00
Ngaoundal	1		15				67,16	72,12	64,82	64,54	0,00
Ngaoundere rural	1		11,37		0		89,16	92,51	80,44	80,31	87,80
Ngaoundere urbain	1		4,35			0	83,13	80,79	61,58	74,47	0,00
Tibati	1		3,72				53,63	55,35	82,84	54,50	0,00
Tignere	1		28		0		75,07	83,35	78,96	77,14	90,10
Centre											
Akonolinga	1		3,02		0						
Awae	0		0		0		10,40	0,00	0	0,00	0,00
Ayos	1		3,18		0		142,39	98,37	81,33	122,16	0,00
Bafia	1		6,35		X		88,10	123,07	65,68	53,07	97,59
Biyem-Assi	1		5,59								
Cite-verte	1		25,6				142,28	0,00	9,424	17,65	0,00
Djoungolo	1		19				9,65	33,95	5,816	115,71	0,00
Ebebda	0		0		0						
Efoulan	1		11,74				15,01	43,47	15,68	226,40	0,00
Elig Mfomo	0		67								
Eseka	1		2,29								
Esse	0		0			0,64					
Evodoula	0		0		0						
Mbalmayo	1		14,77			0	92,63	96,42	131,1	144,31	0,00
Mbandjock	0		0,71		0,3						
Mbankomo	1		12,3		0		143,92	5,12	100,8	121,95	0,00
Mfou	1		1		0		0,00	10,57	0	0,00	0,00
Monatele	0		0		0						
Nanga Eboko	0		0,83			0					
Ndikinimeki	1		40,46		0		98,28	140,03	46,34	154,74	91,21
Ngog Mapubi	0		2,09			0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Ngoumou	1		1,55		0		0,00	0,00	81,37	0,00	0,00
Nkolbisson	1		25,6				47,25	73,75	43,46	120,18	40,26
Nkolndongo	1		18,33								
Ntui	1		1,08		0						
Obala	0		0,5		X						
Okola	0		0,68			0					
Saa	0		1,73		1,6						
Soa	1		2,63		0						
Yoko	0		0		X						
Est											
Abong mbang	0		0		0						
Batouri	0		2,07		0						
Bertoua	1		6,46			0	47,30	100,71	68,56	67,58	44,43
Betare oya	0		1,23			0					
Doume	1		8,06		0		49,54	91,04	100,6	107,74	0,00
Garoua-Boulai	0		0,5		0						
Kette	1		3,61		0		89,76	109,33	88,57	77,52	0,00
Lomie	0		0,8			0					
Mbang	0		0,5		0						
Messamena	0		0		0						

Région/ District	Endémicité		Prévalence (%)				Couverture AMM (%)				
	1. Oui	0. Non	2012	2014	2016	2017	2014	2015	2016	2017	2018
Moloundou	0		0,4		0						
Ndelele	1		1,62		0						
Nguelemendouka	0		0,54		0						
Yokadouma	0		1,01		0						
Extrême-Nord											
Bogo	1		11,25				55,29	57,61	79,5	67,23	0,00
Bourha	1		12				101,62	87,36	90,6	107,53	0,00
Gazawa	1		14				0,00	80,80	91,3	87,30	0,00
Goulfey	1		2,4				46,44	87,30	64,93	68,07	0,00
Guere	1		18,4				69,51	80,68	0	95,49	0,00
Guidiguis	1		20,4				159,37	105,71	88,77	101,36	0,00
Hina	1		26				68,26	86,84	0	54,44	0,00
Kaele	1		10,4				107,95	97,42	114	120,42	0,00
Kar hay	1		18,07				138,02	56,36	90,49	97,36	0,00
Kolofata	1		2,4				31,15	38,44	47,29	59,37	0,00
Kousseri	1		11,69				86,99	108,38	61,07	50,15	0,00
Koza	1		16,4	0			171,98	69,67	69,29	67,47	0,00
Mada	1		31,33				46,11	45,78	53,04	56,00	0,00
Maga	1		28,4		X		79,22	64,28	65,68	178,29	44,19
Makary	1		3,2				79,51	24,10	65,82	64,61	0,00
Maroua 1	1						0,00	0,00	47,69	66,30	0,00
Maroua 2	1						134,31	137,66	72,21	79,09	0,00
Maroua 3	1		13				326,84	270,85	77,08	79,06	0,00
Meri	1		29,32				46,92	50,02	67,56	70,39	0,00
Mindif	1		4,4				64,44	60,58	77,39	82,87	0,00
Mogode	1		14,8				87,82	90,44	91,41	84,16	0,00
Mokolo	1		24				127,75	121,23	108,7	137,64	45,18
Mora	1		15,2		0,3		87,36	42,33	64,05	63,92	0,00
Moulvoudaye	1		24		0		53,63	63,13	60,98	71,41	0,00
Moutourwa	1		8		X		110,95	115,58	62,86	85,85	0,00
Pette	1		25,7		X		80,09	84,49	85,47	81,43	0,00
Roua	1		9,2	0,3			72,25	76,48	85,78	91,38	0,00
Tokombere	1		6,8		0		69,20	67,99	74,84	83,02	0,00
Vele	1		41,77		0		265,17	105,85	86,05	121,95	164,22
Yagoua	1		34		0		84,21	116,98	0	77,68	84,91
Littoral											
Abo	0		0		0						
Boko	1		4								
Bonassama	1		2		0						
Cite palmiers	1		4								
Deido	1		2								
Dibombari	0		0		0						
Edea	1		2,2		0,9		57,51	59,00	0	78,29	102,72
Japoma	1		2				0,00	0,00	0	0,00	
Logbaba	1		2		0						
Loum	1		20,99		0		92,83	93,01	0	52,34	71,11
Manjo	1		3		X						
Manoka	0		0								
Mbanga	1		8		X						
Mbangué			3								
Melong	1		23,7		1,3		265,39	72,19	0	0,00	0,00
Ndom	0		1,92		0		4,19	0,00	0	0,00	0,00
New bell	0		0				0,00	0,00	0	0,00	0,00
Ngambe	1		0		X		15,55	0,00	0	0,00	0,00
Njombe penja	1		30		0		114,79	96,57	0	79,99	0,00
Nkondjock	0		0		X						

Région/ District	Endémicité		Prévalence (%)				Couverture AMM (%)				
	1. Oui	0. Non	2012	2014	2016	2017	2014	2015	2016	2017	2018
Nkongsamba	0		0		0		0,00	0,00	0	30,49	0,00
Nylon	0		0		0		0,00	0,00	0	0,00	0,00
Pouma	0		0		X		47,93	0,00	0	0,00	0,00
Yabassi	1		4		0						
Nord											
Bibemi	1		13,65				110,17	105,04	87,31	106,50	0,00
Figuil	1		5,22				78,61	73,23	66,75	77,74	41,77
Garoua I	1		4,03				54,67	46,32	42,67	48,97	0,00
Garoua II	1		9,6				46,51	41,47	24,57	0,00	0,00
Gaschiga	1		9,6				120,55	95,21	120,8	127,12	0,00
Golombe	1		22,4				82,94	87,83	133,5	108,06	0,00
Guider	1		20,4				66,24	124,09	87,75	92,11	69,24
Lagdo	1		35,6	0			89,97	89,68	79,55	115,05	50,35
Mayo-Oulo	1		21,6				78,08	82,70	65,7	90,16	0,00
Ngong	1		13,2				91,61	95,25	82,33	97,96	0,00
Pitoa	1		22				47,91	62,88	59,19	61,32	0,00
Poli	1		35,2				116,65	103,07	86,1	141,31	0,00
Rey bouba	1		22,8				153,51	111,11	49,58	77,15	62,71
Tchollire	1		19,2				107,60	105,29	76,65	106,82	0,00
Touboro	1		28,8	0			59,29	83,88	55,57	75,92	0,00
Nord-ouest											
Ako	1		86		X		90,24	108,84	100,2	66,43	8,11
Bafut	1		2		0						
Bali	0		0								
Bamenda	1		2		0						
Batibo	0		0		0						
Benakuma	1		4,2		0						
Fundong	0		0		0						
Kumbo east	1		12,2		0		116,17	94,71	100,9	102,05	0,00
Kumbo west	0		0		X						
Mbengwi	0		0		X						
Ndop	0		0		X						
Ndu	1		10,2		0		99,42	100,91	89	74,45	0,00
Njikwa	0		0								
Nkambe	1		2		0						
Nwa	0		0		0,3						
Oku	0		0		X						
Santa	1		2		0						
Tubah	0		0		X						
Wum	1		6		0						
Ouest											
Bafang	0		0,57		X						
Baham	0		0,5		X						
Bamendjou	0		0		X						
Bandja	0		0,5		0						
Bandjoun	0		0		0,3						
Bangangte	0		0,52		0,3						
Bangourain	0		1,01		X						
Batcham	1		1		0						
Dschang	0		0		0,3						
Foumban	1		3,81				140,32	138,05	101,2	94,71	0,00
Foumbot	1		18,37				150,97	170,33	92,19	94,25	0,00
Galim	1		55		0		132,45	144,56	136,8	146,72	147,69
Kekem	1		1,73		0,3						
Kouoptamo	1		55				124,60	123,84	48,83	98,47	116,40
Malentouen	1		38,17		0,3		132,34	156,26	84,23	93,64	92,26

Région/ District	Endémicité		Prévalence (%)				Couverture AMM (%)				
	1. Oui	0. Non	2012	2014	2016	2017	2014	2015	2016	2017	2018
Massangam	1		3,37		0		3,15	0,00	0	0,00	0,00
Mbouda	1		1,03		0		0,63	0,00	0	0,00	0,00
Mifi	1				0		2,22	0,00	0	0,00	0,00
Penka Michel	0		1,06		0		8,96	0,00	0	0,00	0,00
Santchou	0		0				6,07	0,00	0	0,00	0,00
Sud											
Ambam	0		0		0,6						
Djoum	0		0		0						
Ebolowa	1		1,03		0						
Kribi	0		1,1		0						
Lolodorf	0		0		0						
Meyomessala	0		0,7								
Mvangan	0		0		0						
Olamze	1		2		X						
Sangmelima	0		0		X						
Zoetele	0		0		1,3						
Sud-ouest											
Akwaya	0		0			2,9					
Bakassi	0		0								
Bangem	0		0		X						
Buea	1		37,5		0		0,00	64,60	62,36	66,03	0,00
Ekondo titi	1		67,77		0,3		27,90	55,63	92,93	69,48	0,00
Eyumodjock	1		2,2		X						
Fontem	0		0		0						
Konye	1		8,3		X						
Kumba	1		47,5		0		51,65	52,97	45,02	66,79	0,77
Limbe	0		0		0						
Mamfe	0		0		0		63,76	0,00	0	0,00	0,00
Mbonge	1		82		0,3		2,63	75,41	77,54	73,25	0,00
Mundemba	0		0		0,3						
Muyuka	1		0		X		0,00	0,00	0	75,03	0,00
Nguti	1		18		0		0,00	95,98	71,18	75,00	0,00
Tiko	1		0		0						
Tombel	0		0								
Wabane	0		0								

Tableau XXXVI : prévalence et couverture en AMM de la filariose lymphatique par district de santé (DLMEP, 2019)

District	Endémicité		Prévalence (%)		Couverture AMM (%)			
	1. Oui	0. Non	2016	2017	2014	2015	2016	2017
Adamaoua								
Bankim	1		0		81,2402	82,63	82,236	82,445
Banyo	1		0		81,654	80,01	75,18	78,5
Djohong	0							
Meiganga	1			0	80,55	83,59	86,94	84,85
Ngaoundal	0							
Ngaoundere rural	1		0		90,801	79,27	79,3	80,36
Ngaoundere urbain	1			0	75,629	78,99	86,14	83,62
Tibati	0							
Tignere	1		0		77,476	81,68	79,9	80,86
Centre								
Akonolinga	0		0					
Awae	0		0					
Ayos	0		0					
Bafia	1		X		83,05	80,07	79,34	81,44
Biyem assi	0							
Cite verte	0							
Djoungolo	0							
Ebebda	1		0		77,644	80,35	78,99	81,2
Efoulan	0							
Elig mfomo	0							
Eseka	0							
Esse	1			0,64	78,38	77,91	78,91	79,79
Evodoula	1			0	80,235	79,72	80,02	81,1
Mbalmayo	0			0				
Mbandjock	1		0,3		79,254	80,86	81,21	81,23
Mbankomo	0		0					
Mfou	0		0					
Monatele	1		0		80,386	80,29	81,21	80,68
Nanga eboko	1			0	78,692	80,12	78,52	79,18
Ndikinimeki	1		0		77,698	80,64	80,97	80,48
Ngog mapubi	1			0	79,317	83,41	83,31	82,08
Ngoumou	0		0					
Nkolbisson	0							
Nkolndongo	0							
Ntui	1		0		78,693	82,83	81,08	80,66
Obala	1		X		80,795	80,95	80,89	80,9
Okola	1			0	20,136	79,95	77,86	74,62
Saa	1		1,6		74,927	80,53	77,86	78,81
Soa	0		0					
Yoko	1		X		76,236	77,31	75,37	74,61
Est								
Abong mbang	0		0			80,27		
Batouri	0		0					
Bertoua	1			0	81,777	80,70	80,69	
Betare oya	1			0	80,05	76,35	81,55	
Doume	0		0					
Garoua Boulai	0		0					
Kette	0		0					
Lomie	1			0	80,954	80,70	80,89	
Mbang	0		0					

District	Endémicité		Prévalence (%)		Couverture AMM (%)			
	1. Oui	0. Non	2016	2017	2014	2015	2016	2017
Messamena	1		0		83,712	77,84	78,03	
Moloundou	0		0					
Ndelele	0		0					
Nguelemendouka	0		0					
Yokadouma	0		0					
Extrême-Nord								
Bogo	1				80,686	81,65	81,67	
Bourha	1				79,624	76,84	82,62	
Gazawa	1				77,632	81,88	81,89	
Goulfey	1				74,782	71,07	76,19	
Guere	1				82,46	82,27	74,39	
Guidiguis	1				81,224	79,75	78,23	
Hina	1				76,703	76,70	75,9	
Kaele	1				76,475	81,01	81,28	
Kar hay	1				78,245	78,14	79,74	
Kolofata	1				77,665	76,61	70	
Kousseri	1				78,695	67,59	78,94	
Koza	1				77,348	86,85	83,52	
Mada	1				74,728	71,86	75,83	
Maga	1		X		78,854	79,03	80,61	
Makary	1				79,292	78,16	78,16	
Maroua 1	1				82,777	76,54	80,44	
Maroua 2	1				82,777	80,86	74,12	
Maroua 3	1				77,632	83,03	81,06	
Meri	1				83,642	83,13	80,78	
Mindif	1				73,577	92,00	77,83	
Mogode	1				75,781	75,22	82,18	
Mokolo	1				77,156	77,57	80,88	
Mora	1		0,3		75,264	76,31	73,85	
Moulvoudaye	1		0		79,969	73,88	69,15	
Moutourwa	1		X		79,084	81,45	80,92	
Pette	1		X		86,781	80,25	80,44	
Roua	1				81,408	81,21	76,66	
Tokombere	1		0		79,963	78,48	79,5	
Vele	1		0		80,599	80,60	81,52	
Yagoua	1		0		80,118	72,53	81,05	
Littoral								
Abo	0		0					
Boko	0							
Bonassama	0		0					
Cite palmiers	0							
Deido	0							
Dibombari	0		0					
Edea	0		0,9		76,73	76,11	76,93	82,44
Japoma	1							
Logbaba	0		0					
Loum	0		0		79,97	79,82	81,22	80,5
Manjo	1		X		79,22	81,51	82,78	80,55
Manoka	1							
Mbanga	0		X		79,39	81,43	82,71	81,77
Mbangue	1							
Melong	1		1,3		78,49	81,80	80,67	77,09
Ndom	1		0		77,34	78,63	79,81	73,02
New bell	0							
Ngambe	1		X		82,68	83,83	83,23	84,38
Njombe penja	1		0		79,97	82,81	84,33	83,6

District	Endémicité		Prévalence (%)		Couverture AMM (%)			
	1. Oui	0. Non	2016	2017	2014	2015	2016	2017
Nkondjock	1		X		81,54	82,10	80,1	76,87
Nkongsamba	1		0		77,92	83,20	82,79	79,37
Nylon	0		0					
Pouma	1		X			80,52	80,80	82,44
Yabassi	1		0			84,18	82,03	81,2
Nord								
Bibemi	1				73,43	79,71	79,82	
Figuil	1				80,98	82,62	80,82	
Garoua i	1				78,28	82,04	81,7	
Garoua ii	1				85,80	73,03	81,34	
Gaschiga	1				81,36	80,43	82,85	
Golombe	1				79,55	81,42	80,74	
Guider	1				80,36	82,17	81,2	
Lagdo	1				69,95	78,99	82,63	
Mayo oulo	1				80,73	79,42	78,76	
Ngong	1				86,91	80,18	84,22	
Pitoea	1				79,31	81,51	96,82	
Poli	1				65,40	77,13	78,78	
Rey bouba	1				72,43	77,25	75,93	
Tchollire	1				80,13	74,36	80,97	
Toubo	1				80,88	79,64	78,97	
Nord-ouest								
Ako	1		X		80,28	79,93	80,07	81,24
Bafut	1		0		87,07	82,18	85,84	84,23
Bali	1				83,36	85,19	86,52	86,24
Bamenda	1		0		82,05	85,98	83,41	80,68
Batibo	1		0		82,81	82,96	84,72	84,05
Benakuma	1		0		85,24	84,23	84,19	83,92
Fundong	1		0		82,30	80,63	82,2	78,42
Kumbo east	1		0		80,55	81,99	80,64	79,01
Kumbo west	1		X		81,04	77,81	83,19	81,73
Mbengwi	1		X		83,69	83,16	84,11	84,16
Ndop	1		X		81,73	74,86	78,59	83,44
Ndu	1		0		81,52	83,04	81,05	83,52
Njikwa	1				84,47	84,85	84,58	82,46
Nkambe	1		0		79,37	79,27	81,02	80,46
Nwa	1		0,3		82,32	81,51	82,04	76,57
Oku	1		X		78,61	74,24	82,31	84,19
Santa	1		0		82,33	75,55	81,85	80,78
Tubah	1		X		83,98	83,28	83,64	85,4
Wum	1		0		81,50	82,41	82,44	83,3
Ouest								
Bafang	1		X		81,12	84,36	83,83	81,29
Baham	1		X		82,31	82,49	82,79	82,38
Bamendjou	1		X		82,33	82,89	83,15	81,99
Bandja	1		0		83,29	83,01	83,49	83,27
Bandjoun	1		0,3		82,48	82,70	83,12	83,02
Bangangte	1		0,3		83,47	79,21	83,28	81,15
Bangourain	1		X		81,96	82,85	81,99	81,77
Batcham	1		0		82,79	82,90	83,34	82,44
Dschang	1		0,3		81,70	82,50	82,36	81,7
Foumban	0							
Foumbot	0							
Galim	1		0		82,84	79,51	83,29	80,51
Kekem	1		0,3		83,07	84,41	81,29	80,82
Kouoptamo	0							

District	Endémicité		Prévalence (%)		Couverture AMM (%)			
	1. Oui	0. Non	2016	2017	2014	2015	2016	2017
Malentouen	1		0,3		79,66	82,92	82,04	82,25
Massangam	1		0		80,74	79,47	81,95	73,71
Mbouda	1		0		81,73	81,69	83,83	81,58
Mifi	1		0		80,09	80,70	82	81,07
Penka michel	1		0		82,09	82,78	81,83	83,61
Santchou	0							
Sud								
Ambam	1		0,6		80,23	80,83	80,88	80,43
Djoum	1		0		80,82	81,46	81,26	80,03
Ebolowa	0		0					
Kribi	0		0					
Lolodorf	0		0					
Meyomessala	1				80,16	80,37	81,6	79,82
Mvangan	0		0					
Olamze	1		X		82,22	82,49	83,08	81,87
Sangmelima	1		X		79,75	80,43	82,37	80,19
Zoetele	1		1,3		79,94	80,62	82,43	79,53
Sud-Ouest								
Akwaya	1			2,9	83,13	81,58	82,39	81,59
Bakassi	0							
Bangem	1		X		83,31	83,60	82,7	82,37
Buea	1		0		72,38	81,52	81,99	80,4
Ekondo titi	1		0,3		81,24	82,43	83,63	84,78
Eyumodjock	1		X		83,32	81,85	82,57	82,61
Fontem	1		0		83,62	82,21	82,94	83,26
Konye	1		X		80,96	82,68	82,4	78,71
Kumba	1		0		82,37	82,36	82,41	82,43
Limbe	1		0		81,61	81,52	81,29	81,71
Mamfe	1		0		83,15	83,37	82,33	82,15
Mbonge	1		0,3		82,05	81,64	83,78	80,6
Mundemba	1		0,3		78,67	83,32	82,84	80,83
Muyuka	1		X		82,84	82,76	83,51	84,12
Nguti	1		0		82,15	82,95	83,2	79,51
Tiko	1		0		83,03	83,00	82,77	82,93
Tombel	0						81,72	
Wabane	0							

Tableau XXXVII : prévalence et couverture en AMM de l'onchocercose par district de santé (DLMEP, 2019)

District	Endémicité		Année	Prévalence (%)	Couverture AMM (%)				
	1. oui	2. Non			2014	2015	2016	2017	2018
Adamaoua									
Bankim	1		2012	5,90	81,24	82,63	82,24	82,44	82,44
Banyo	1		2012	0,61	81,65	80,01	75,18	78,50	78,50
Djohong	1		Avant 2005	56,67	79,45	79,11	80,18	80,57	
Meiganga	1		2012	6,77	80,55	83,59	86,94	84,85	84,85
Ngaoundal	1		Avant 2005	38,00	77,26	82,28	72,59	78,35	
Ngaoundere rural	1		Avant 2005	80,00	90,80	79,27	79,30	80,36	80,36
Ngaoundere urbain	1		Avant 2005	70,00	75,63	78,99	86,14	83,62	83,62
Tibati	1		Avant 2005	51,92	77,26	81,49	77,74	78,34	
Tignere	1		2012	1,21	77,48	81,68	79,90	80,86	80,86
Centre									
Akonolinga	0		Avant 2005	53,33					
Avae	0		Avant 2005	39,53					
Ayos	0		Avant 2005	0,39					
Bafia	1		2011	71,63	83,05	80,07	79,34	81,44	81,44
Biyem-Assi	0								
Cite verte	0		Avant 2005	1,57					
Djoungolo	0								
Ebebda	1				77,64	80,35	78,99	81,20	81,20
Efoulan	0								
Elig Mfomo	1		Avant 2005	75,00	79,49	79,28	80,77	80,84	
Eseka	1		Avant 2005	27,27	79,96	81,55	80,54	80,74	
Esse	1				78,38	77,91	78,91	79,79	79,79
Evodoula	1				80,23	79,72	80,02	81,10	81,10
Mbalmayo	0		Avant 2005	25,00					
Mbandjock	1		Avant 2005	81,82	79,25	80,86	81,21	81,23	81,23
Mbankomo	0		Avant 2005	0,00					
Mfou	0		Avant 2005	0,00					
Monatele	1				80,39	80,29	81,21	80,68	80,68
Nanga eboko	1		Avant 2005	64,71	78,69	80,12	78,52	79,18	79,18
Ndikinimeki	1		2011	60,76	77,70	80,64	80,97	80,48	80,48
Ngog mapubi	1		Avant 2005	45,45	79,32	83,41	83,31	82,08	82,08
Ngoumou	0		Avant 2005	0,00					
Nkolbisson	0								
Nkolndongo	0								
Ntui	1		2011	71,38	78,69	82,83	81,08	80,66	80,66
Obala	1		Avant 2005	76,67	80,80	80,95	80,89	80,90	80,90
Okola	1		Avant 2005	20,00	78,95	79,95	77,86	74,62	74,62
Saa	1		Avant 2005	72,00	74,93	80,53	77,86	78,81	78,81
Soa	0		Avant 2005	59,46					
Yoko	1		Avant 2005	41,67	76,24	77,31	75,37	74,61	74,61
Est									
Abong-Mbang	0		Avant 2005	62,16					
Batouri	0		Avant 2005	53,85					
Bertoua	1		Avant 2005	43,14	81,78	80,30	80,69	80,86	
Betare oya	1		Avant 2005	35,71	80,05	78,94	81,55	80,65	
Doume	0		Avant 2005	27,27					
Garoua-Boulai	0		Avant 2005	27,59					
Kette	0		Avant 2005	58,33					
Lomie	1		Avant 2005	72,73	80,95	80,97	80,89	81,87	
Mbang	0								

District	Endémicité		Année	Prévalence (%)	Couverture AMM (%)				
	1. oui	2. Non			2014	2015	2016	2017	2018
Messamena	1		Avant 2005	41,40	83,71	77,84	78,03	80,07	
Moloundou	0		Avant 2005	0,00					
Ndelele	0		Avant 2005	28,57					
Nguelemendouka	0		Avant 2005	6,67					
Yokadouma	0		Avant 2005	9,25					
Extrême-Nord									
Bogo	0								
Bourha	0		Avant 2005	2,00					
Gazawa	0								
Goulfey	0								
Guere	0								
Guidiguis	0								
Hina	0								
Kaele	0								
Kar hay	0								
Kolofata	0		Avant 2005	10,00					
Kousseri	0		Avant 2005	6,67					
Koza	1		Avant 2005	30,30	77,35	86,85	83,52	76,51	
Mada	0								
Maga	0								
Makary	0								
Maroua 1	0		Avant 2005	0,00					
Maroua 2	0								
Maroua 3	0								
Meri	0		Avant 2005	0,00					
Mindif	0								
Mogode	0								
Mokolo	1		Avant 2005	60,87	77,16	77,57	80,88	80,62	
Mora	0		Avant 2005	5,71					
Moulvoudaye	0								
Moutourwa	0								
Pette	0		Avant 2005	5,71					
Roua	1		Avant 2005	15,38	81,41	81,21	76,66	81,21	
Tokombere	0		Avant 2005	6,67					
Vele	0								
Yagoua	0								
Littoral									
Abo	0		Avant 2005	18,75					
Boko	0								
Bonassama	0		Avant 2005	3,33					
Cite palmiers	0		Avant 2005	40,00					
Deido	0		Avant 2005	10,71					
Dibombari	0								
Edea	0		Avant 2005	5,75		76,11	76,93	82,44	
Japoma	1								
Logbaba	0								
Loum	0		Avant 2005	73,08	79,97	79,82	81,22	80,50	
Manjo	1		Avant 2005	60,61	79,22	81,51	82,78	80,55	
Manoka	1								
Mbanga	0		Avant 2005	60,00	79,39	81,43	82,71	81,77	
Mbangué	1								
Melong	1		Avant 2005	86,67	78,49	81,80	80,67	77,09	
Ndom	1		2011	69,35	77,34	78,63	79,81	73,02	
New bell	0								
Ngambe	1		2011	50,53	82,68	83,83	83,23	84,38	
Njombe penja	1		Avant 2005	73,08	79,97	82,81	84,33	83,60	

District	Endémicité		Année	Prévalence (%)	Couverture AMM (%)				
	1. oui	2. Non			2014	2015	2016	2017	2018
Nkondjock	1				81,54	82,10	80,10	76,87	
Nkongsamba	1				77,92	83,20	82,79	79,37	
Nylon	0								
Pouma	1		2011	43,20	78,58	80,52	80,80	82,44	
Yabassi	1		2011	65,18	80,55	84,18	82,03	81,20	
Nord									
Bibemi	0		Avant 2005	15,79					
Figuil	0		Avant 2005	80,00					
Garoua I	0		Avant 2005	5,40					
Garoua II	0		Avant 2005	22,22					
Gaschiga	0		Avant 2005	40,00					
Golombe	0								
Guider	0		Avant 2005	12,90					
Lagdo	1				70,15	78,99	82,63	76,94	
Mayo oulo	0		Avant 2005	33,33					
Ngong	1		Avant 2005	66,67	79,00	80,18	84,22	80,70	
Pitoea	0		Avant 2005	6,06					
Poli	1		Avant 2005	56,67	65,40	77,13	78,78	74,80	
Rey bouba	1		Avant 2005	58,82	62,79	77,25	75,93	74,35	
Tchollire	1		2010	32,84	80,13	74,36	80,97	79,85	
Toubo	1		2010	12,20	80,88	79,64	78,97	65,89	
Nord-Ouest									
Ako	1				80,28	79,93	80,07	81,24	
Bafut	1		Avant 2005	41,09	87,07	82,18	85,84	84,23	
Bali	1				83,36	85,19	86,52	86,24	
Bamenda	1				82,05	85,98	83,41	80,68	
Batibo	1		Avant 2005	54,54	82,81	82,96	84,72	84,05	
Benakuma	1				85,24	84,23	84,19	83,92	
Fundong	1				82,30	80,63	82,20	78,42	
Kumbo east	1				80,55	81,99	80,64	79,01	
Kumbo west	1		Avant 2005	34,88	81,04	77,81	83,19	81,73	
Mbengwi	1				83,69	83,16	84,11	84,16	
Ndop	1				81,73	74,86	78,59	83,44	
Ndu	1		Avant 2005	12,27	81,52	83,04	81,05	83,52	
Njikwa	1		Avant 2005	27,27	84,47	84,85	84,58	82,46	
Nkambe	1		Avant 2005	40,00	79,37	79,27	81,02	80,46	
Nwa	1				82,32	81,51	82,04	76,57	
Oku	1				78,61	74,24	82,31	84,19	
Santa	1				82,33	75,55	81,85	80,78	
Tubah	1		Avant 2005	3,22	83,98	83,28	83,64	85,40	
Wum	1		Avant 2005	8,82	81,50	82,41	82,44	83,30	
Ouest									
Bafang	1		2011	4,84	81,12	84,36	83,83	81,29	
Baham	1		2011	8,88	82,31	82,49	82,79	82,38	
Bamendjou	1				82,33	82,89	83,15	81,99	
Bandja	1		2011	20,39	83,29	83,01	83,49	83,27	
Bandjoun	1				82,48	82,70	83,12	83,02	
Bangangte	1		2011	16,42	83,47	79,21	83,28	81,15	
Bangourain	1				81,96	82,85	81,99	81,77	
Batcham	1				82,79	82,90	83,34	82,44	
Dschang	1		Avant 2005	38,23	81,70	82,50	82,36	81,70	
Foumban	1		2011	0,00	82,40	80,96	82,67	81,04	
Foumbot	1		2011	38,55	77,01	84,14	81,98	81,79	
Galim	1				80,00	68,14	79,51	83,29	80,51
Kekem	1		2011	3,83	83,07	84,41	81,29	80,82	
Kouoptamo	1		2011	2,60	69,35	80,97	83,07	80,06	

District	Endémicité		Année	Prévalence (%)	Couverture AMM (%)				
	1. oui	2. Non			2014	2015	2016	2017	2018
Malentouen	1		2011	7,60	79,66	82,92	82,04	82,25	
Massangam	1		Avant 2005	100,00	80,74	79,47	81,95	73,71	
Mbouda	1		Avant 2005	79,49	81,73	81,69	83,83	81,58	
Mifi	1		Avant 2005	83,33	80,09	80,70	82,00	81,07	
Penka Michel	1		2011	2,97	82,09	82,78	81,83	83,61	
Santchou	1				83,16	83,22	82,45	82,01	
Sud									
Ambam	1		Avant 2005	26,31	80,23	80,83	80,88	80,43	
Djoum	1		Avant 2005	64,70	80,82	81,46	81,26	80,03	
Ebolowa	0		Avant 2005	23,07					
Kribi	0		Avant 2005	23,53					
Lolodorf	0		Avant 2005	11,11					
Meyomessala	1		Avant 2005	66,67	80,16	80,37	81,60	79,82	
Mvangan	0		Avant 2005	6,06					
Olamze	1		Avant 2005	47,83	82,22	82,49	83,08	81,87	
Sangmelima	1		Avant 2005	43,75	79,75	80,43	82,37	80,19	
Zoetele	1		Avant 2005	40,00	79,94	80,62	82,43	79,53	
Sud-Ouest									
Akwaya	1		Avant 2005	57,50	83,13	81,58	82,39	81,59	
Bakassi	1				84,15	83,23	83,40	81,76	
Bangem	1		Avant 2005	59,46	83,31	83,60	82,70	82,37	
Buea	1		2012	14,80	72,38	81,52	81,99	80,40	
Ekondo Titi	1		2012	0,00	81,24	82,43	83,63	84,78	
Eyumodjock	1		2012	18,59	83,32	81,85	82,57	82,61	
Fontem	1		Avant 2005	24,00	83,62	82,21	82,94	83,26	
Konye	1		2012	8,72	80,96	82,68	82,40	78,71	
Kumba	1		2012	5,20	82,37	82,36	82,41	82,43	
Limbe	1		Avant 2005	76,00	81,61	81,52	81,29	81,71	
Mamfe	1		2012	41,20	83,15	83,37	82,33	82,15	
Mbonge	1		2012	45,45	82,05	81,64	83,78	80,60	
Mundemba	1		2012	0,00	82,18	83,32	82,84	80,83	
Muyuka	1		2012	12,26	82,84	82,76	83,51	84,12	
Nguti	1		Avant 2005	83,33	82,15	82,95	83,20	79,51	
Tiko	1		Avant 2005	41,93	83,03	83,00	82,77	82,93	
Tombel	1		2012	17,61	80,29	81,91	81,72	81,35	
Wabane	1		Avant 2005	68,63	75,56	81,86	81,95	82,69	

Tableau XXXVIII : Activités en cours MTN_WASH (Entretiens avec les informateurs clés)

MTN	WASH	Piliers	Activités	Période	Région	Districts	Indicateurs	Documents existants	Source de financement	Appui en ressources		Observations
										Matérielles	Humaines	
Schistosomiase	WASH/Eau	Prévention	1 point d'eau potable construit		Centre	Ndikinimeki	*	*	commune de Makene dans le cadre d'une convention			
			Vulgarisation des techniques de potabilisation de l'eau chaque année depuis	Depuis 2014	Extrême-Nord; Centre, Littoral; Nord	CENTRE (DS Ndikinimeki, Nkolbisson, Nkolndongo) LITTORAL (Njombe Penja), Extreme-Nord (Maroua), Nord (Garoua)	*	Confère Documents de l'OMS sur les méthodes de potabilisation de l'eau (disponible à l'UNICEF et la DPS), rapports d'activités SDSS/MINEDUB	MINEDUB, UNICEF, OMS	Kit WASH (Seau, chlore, Aquatab, Pure Water, savon, etc)	Personnel du MINEDUB	Ressources limitées en vue d'étendre l'intervention
			Renforcement des capacités des superviseurs de la chaîne pédagogique	Depuis 2014	Extrême-Nord; Centre, Littoral; Nord	CENTRE (DS Ndikinimeki, Nkolbisson, Nkolndongo) LITTORAL (Njombe Penja), Extreme-Nord (Maroua), Nord (Garoua)	Nombre de superviseurs à former	*	MINEDUB	Kit WASH (Seau, chlore, Aquatab, Pure Water, savon, etc)	Personnels du MINEDUB et du MINSANTE	Ressources limitées en vue d'étendre l'intervention
		Promotion de l'utilisation de l'eau potable	Depuis 2006	Toutes les régions	Tous les Districts du Cameroun	Proportion d'enfants déparasités chaque année	rapports d'enquête d'impact du PNLSHI	MINEDUB, MINSANTE, SIGHTSAVERS, USAID/HKI, OMS	Dépliant et affiches sur la potabilisation de l'eau	Personnels du MINEDUB et du MINSANTE	Ressources limitées en vue d'étendre l'intervention	

	Suivi	*	*	*	*	*	*	*	*	*	Aucune enquête n'a été menée pour identifier d'autres acteurs.
WASH/Assainissement	Prévention	Construction des latrines avec dispositif de lave-main	Depuis 2006	Adamaoua, Nord, Extrême-Nord, Nord et Est (Zones à éducation prioritaires)	Mada, Mokolo, Meri, etc.		Confère rapports d'évaluation finale du programme WASH/UNICEF 2013 et 2016 (disponible)	UNICEF, International Plan	Matériaux de construction	Personnel du MINEDUB (2006) ou entreprises	Ressources limitées en vue d'étendre l'intervention
		Promotion de l'utilisation des latrines	Depuis 2006	Adamaoua, Nord, Extrême-Nord, Nord et Est (Zones à éducation prioritaires)	*	*	Confère rapports annuel ATPC de 2009 à 2018 du MINEE	UNICEF, Cameroun, Première Urgence Plan Care IMC,	Dépliant et affiches sur l'utilisation des latrines	Membres de la communauté (enseignants, parents d'élèves, crieurs, leaders communautaires, etc.)	Ressources limitées en vue d'étendre l'intervention,
	PEC	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	Suivi	*	*	*	*	*	*	*	*	*	Aucune enquête n'a été menée pour identifier d'autres acteurs.
WASH/Hygiène	Prévention	Promotion du lavage des mains	Chaque année (en 2018 on a célébré la 11eme édition de la journée internationale du lavage des mains)	Toutes les régions	Tous les Districts du Cameroun	Nombre d'école ayant un dispositif WASH	Confère rapports d'évaluation finale du programme WASH/UNICEF 2013 et 2016 (disponible) et MINEE	MINEE, MINEDUB, MINSANTE, UNICEF, Cameroun, Première Urgence Plan Care IMC,	Kit de lavage des mains, dépliants, affiches	Personnel du MINESEC, MINEDUB, MINEE, MINSANTE, etc.	Ressources limitées en vue d'étendre l'intervention
	PEC	Hygiène au cours des soins	Depuis 2006	Toutes les régions sauf le Sud	Les Districts concernés	Proportion d'enfants déparasités chaque année	Confère rapport de déparasitage	MINEDUB, MINSANTE,		Personnel du MINESEC, MINEDUB,	Ressources limitées

								annuel des enfants d'âge scolaire (PNLSHI),	SIGHTSAVERS, USAID/HKI, OMS		MINSANTE	
		Suivi	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Geohelminthiases	WASH/Eau		1 point d'eau potable construit		Centre	Ndikinimeki	*	*	commune de Makene dans le cadre d'une convention	*	*	*
		Prévention	Vulgarisation des techniques de potabilisation de l'eau chaque année depuis	Depuis 2014	Extrême-Nord; Centre, Littoral; Nord	CENTRE (DS Ndikinimeki, Nkolbisson, Nkolndongo) LITTORAL (Njombe Penja), Extrême-Nord (Maroua), Nord (Garoua)	*	Confère Documents de l'OMS sur les méthodes de potabilisation de l'eau (disponible à la DPS)	MINEDUB	Kit WASH (Seau, chlore, Aquatab, Pure Water, savon, etc.)	Personnel du MINEDUB	Ressources limitées en vue d'étendre l'intervention
			Renforcement des capacités des superviseurs de la chaîne pédagogique	Depuis 2014	Extrême-Nord; Centre, Littoral; Nord	CENTRE (DS Ndikinimeki, Nkolbisson, Nkolndongo) LITTORAL (Njombe Penja), Extrême-Nord (Maroua), Nord (Garoua)	Nombre de superviseurs à former	Confère rapports d'activités du DREB/Centre	MINEDUB	Kit WASH (Seau, chlore, Aquatab, Pure Water, savon, etc.)	Personnels du MINEDUB et du MINSANTE	Ressources limitées en vue d'étendre l'intervention
		PEC	Promotion de l'utilisation de l'eau potable	Depuis 2006	Toutes les régions	Tous les Districts du Cameroun	Proportion d'enfants déparasités chaque année	Confère rapports d'enquête d'impact du PNLSHI 1984, 1986, 2010, 2012, 2018, plan	MINEDUB, MINSANTE, SIGHTSAVERS, USAID/HKI, OMS	Dépliant et affiches sur la potabilisation de l'eau	Personnels du MINEDUB et du MINSANTE	Ressources limitées en vue d'étendre l'intervention

	Suivi	*	*	*	*	*	*	*	*	*	Aucune enquête n'a été menée pour identifier d'autres acteurs.
WASH/Assainissement	Prévention	Construction des latrines avec dispositif de lave-main	Depuis 2006	Adamaoua, Nord, Extrême-Nord, Nord et Est (Zones à éducation prioritaires)	Mada, Mokolo, Meri, etc.	*	Confère rapports des activités de l'UNICEF et de Plan International	UNICEF, International Plan	Matériaux de construction	Personnel du MINEDUB ou entreprises	Ressources limitées en vue d'étendre l'intervention
		Promotion de l'utilisation des latrines	Depuis 2006	Adamaoua, Nord, Extrême-Nord, Nord et Est (Zones à éducation prioritaires)			Confère rapports annuel ATPC de 2009 à 2018 du MINEE	UNICEF, Cameroun, Cameroun, Première urgence, ADRA,	Dépliant et affiches sur l'utilisation des latrines	Membres de la communauté (enseignants, parents d'élèves, crieurs, leaders communautaires, etc.)	Ressources limitées en vue d'étendre l'intervention
		Promotion du port des chaussures	Depuis 2003	Toutes les régions	Tous les Districts concernés		Confère rapport Don Japonais	Don Japonais	Chaussures	*	*
	PEC	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	Suivi	*	*	*	*	*	*	*	*	*	Aucune enquête n'a été menée pour identifier d'autres acteurs.
WASH/Hygiène	Prévention	Promotion du lavage des mains	Chaque année (en 2018 on a célébré la 11eme édition de la journée internationale du lavage des mains)	Toutes les régions	Tous les Districts du Cameroun	Nombre d'école ayant un dispositif WASH	Confère rapports de l'UNICEF	MINEE, MINEDUB, MINSANTE, UNICEF, Cameroun, Cameroun, Première urgence, ADRA	Kit de lavage des mains, dépliants, affiches	Personnel du MINESEC, MINEDUB, MINEE, MINSANTE, etc.	Ressources limitées en vue d'étendre l'intervention

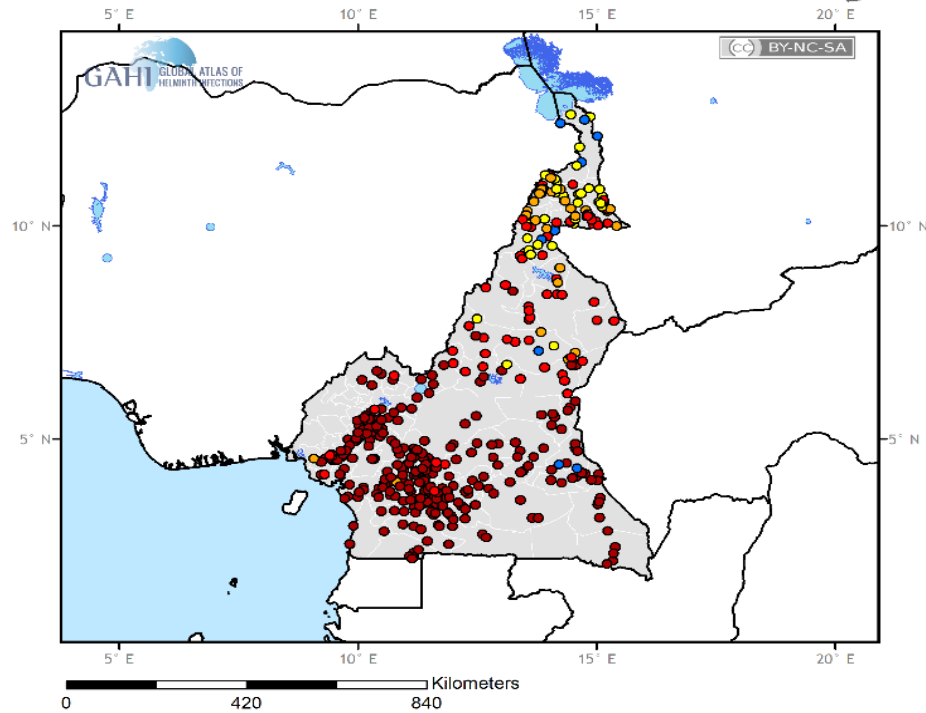
			Hygiène des soins	Depuis 2006	Toutes les régions	Tous les Districts du Cameroun	Proportion d'enfants déparasités chaque année	Confère rapport de déparasitage annuel des enfants d'âge scolaire (PNLSHI)	MINEDUB, MINSANTE, SIGHTSAVERS, USAID/HKI, OMS		Personnel du MINESEC, MINEDUB, MINSANTE	Ressources limitées	
		PEC	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
		Suivi	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
TRACHOME	WASH/Eau	Prévention	Construction des forages	Depuis 2014	Extrême Nord et Nord		Nombre d'ouvrages hydrauliques (forages et adduction d'eau potable opérationnel);	Guide de constructions des ouvrages; Rapports d'activité, rapports d'enquêtes et de suivi	UNICEF, SIGHTSAVERS/ORANGE, BIP, BM	*	*	Absence de synergie d'action entre les acteurs	
	WASH/Assainissement		Promotion de l'ATPC pour mettre fin à la défécation à l'air libre (Construction, utilisation et l'entretien des latrines)	Depuis 2014	Extrême Nord et Nord	Poli, Tcholliré, Touboro (Sightsavers), Rey Bouba, Graoua 1, Guere, Guidiguis, Goulfey, Kar Hay, Kousseri, Meri, Mogodé, Mokolo, Pette, Yagoua	Nbre de village ayant mis fin à la défécation à l'air libre (FDAL);	Rapports d'activité, rapports d'enquêtes et de suivi (UNICEF et SIGHTSAVERS)	UNICEF, CARE CMR, PLAN CMR, IMC, ADRA, PREMIERE URGENCE, ACDC	Kit WASH (Seau, chlore, Aquatab, Pure Water, savon, etc.)	*		Ressources insuffisantes
	WASH/Assainissement		Construction, utilisation et l'entretien des latrine	Depuis 2015	Extrême Nord et Nord	Bourha, Makari, Tokombéré, (Mora, Mokolo)	Nbre de latrines construites	Rapports d'activité, rapports d'enquêtes (SIGHTSAVERS) et de suivi, Rapport SANCAM	UNICEF, banque mondiale, SIGHTSAVERS, ORANGE	*	*		Ressources insuffisantes
	WASH/Hygiène		Promotion des pratiques familiales essentielles (lavage des mains,	Depuis 2014	Extrême Nord et Nord	Poli, Tcholliré, Touboro (Sightsavers), Rey Bouba,	Nbre de campagnes de sensibilisation; Nbre de personnes sensibilisées, Proportion des enfants qui se lavent	Rapports d'activité, rapports d'enquêtes et de suivi (confère	UNICEF, SIGHTSAVERS, MINSANTE, MINESEC, MINEDUB	Kit WASH (Seau, chlore, Aquatab, Pure Water, savon, etc.)	*		Ressources financières insuffisantes

			lavage du visage); promotion des techniques simples de potabilisation d'eau			Graoua 1, Guere, Guidiguis, Goufey, Kar Hay, Kousseri, Meri, Mogodé, Mokolo, Pette, Yagoua	régulièrement le visage avec de l'eau et du savon	Plaquette ATPC, UNICEF, SANCAM)				
	PEC	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	Suivi	Supervision des interventions WASH en rapport avec le Trachome	Voir Rapport SIGHTSAVERS, PNLCE	Voir Rapport SIGHTSAVERS, PNLCE	Voir Rapport SIGHTSAVERS, PNLCE	Voir Rapport SIGHTSAVERS, PNLCE	Voir Rapport SIGHTSAVERS, PNLCE	Voir Rapport SIGHTSAVERS, PNLCE	Voir Rapport SIGHTSAVERS, PNLCE	Voir Rapport SIGHTSAVERS, PNLCE	Voir Rapport SIGHTSAVERS, PNLCE	Voir Rapport SIGHTSAVERS, PNLCE
Suivi des villages ATPC		2013/2017	Extrême Nord et Nord	Poli, Tcholliré, Touboro (Sightsavers), Rey Boubou, Graoua 1, Guere, Guidiguis, Goufey, Kar Hay, Kousseri, Meri, Mogodé, Mokolo, Pette, Yagoua	Nbre de rapport	Rapport de suivi et rapport d'évaluation (UNICEF 2013-2016)	UNICEF, SIGHTSAVERS, CARE CMR, PLAN CM, IMC, PREMIERE URGENCE	*	*	*		
Evaluation des villages FDAL		2013/2018	Extrême Nord et Nord	Poli, Tcholliré, Touboro (Sightsavers), Rey Boubou, Graoua 1, Guere, Guidiguis, Goufey, Kar Hay, Kousseri,	Nbre de villages FDAL et nombre de latrines construites	Plaquette ATPC	UNICEF, SIGHTSAVERS, CARE CMR, PLAN CM, IMC, PREMIERE URGENCE	*	*	*		

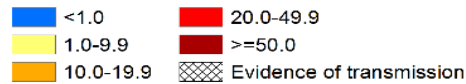
						Meri, Mogodé, Mokolo, Pette, Yagoua							
Filariose lymphatique	WASH/Eau	Prévention	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
	WASH/Assainissement		Pulvérisation intradomiciliaire	PNLP	PNLP	PNLP	PNLP	PNLP	PNLP	PNLP	PNLP	PNLP	PNLP
			Épandage	PNLP	PNLP	PNLP	PNLP	PNLP	PNLP	PNLP	PNLP	PNLP	PNLP
	WASH/Hygiène	Promotion de l'hygiène environnementale	Depuis 2014	Adamaoua, Est, Extrême Nord et Nord	Maiganga, Ndéré Urb, Ndéré Rur,	Nbre de personnes sensibilisées	Rapport UNICEF et Plaquette ATPC	UNICEF, CARE CMR, PLAN CMR, IMC, ADRA, PREMIERE URGENCE, ACDC	*	*		*	
	WASH/Eau	PEC	Construction des forages	Depuis 2014	Adamaoua, Est, Extrême Nord et Nord (MINEE), Autres Régions?	voir Rapport UNICEF et SIGHSAVE RS, MINEDUB, MINESEC, PLAN CMR, CARE, IMC, HCR	Nombre d'ouvrages hydrauliques (forages et adduction d'eau potable opérationnel)	Rapports d'activité, rapports d'enquêtes et de suivi (cartographie Extrême Nord)	UNICEF, SIGHTSAVERS/O RANGE, BIP, BM	*	*	Absence de synergie d'action entre les acteurs	
	Suivi	Non évalué	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
Onchocercose	WASH/Eau	Prévention		*	*	*	*	*	*	*	*	*	
	WASH/Assainissement		Épandage	2018	Ouest	Massagam	*	Rapport d'étude	SIGHTSAVERS, Yaoundé Initiative Foundation	Larvicide	*	*	
			*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
	WASH/Hygiène	PEC	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
		Suivi	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	

Distribution of soil transmitted helminth survey data and average district-level prevalence

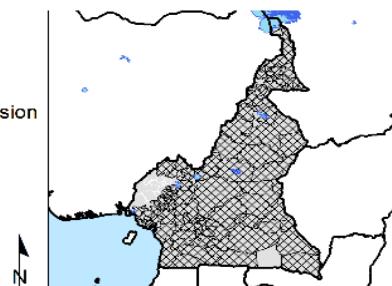
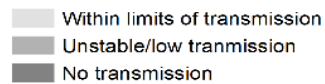
Cameroon



Combined STH prevalence (%)



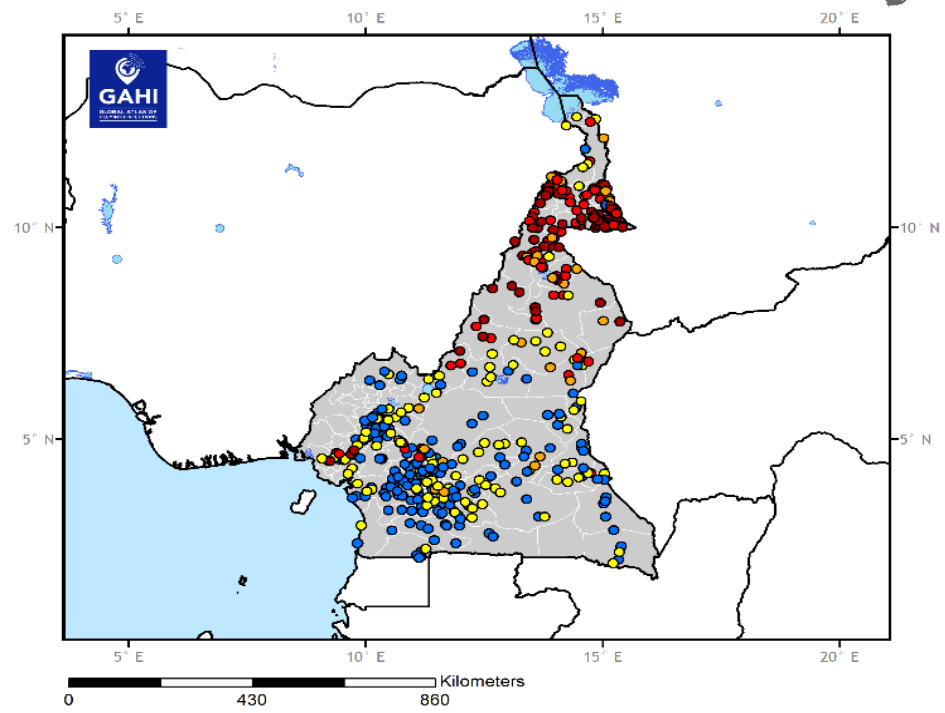
Limits of STH transmission



Copyright: Licensed to the Global Atlas of Helminth Infections (www.thiswormyworld.org) under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>)

Maximum point prevalence of schistosome infection and location of *S. mansoni*, *S. intercalatum* and *S. haematobium* surveys

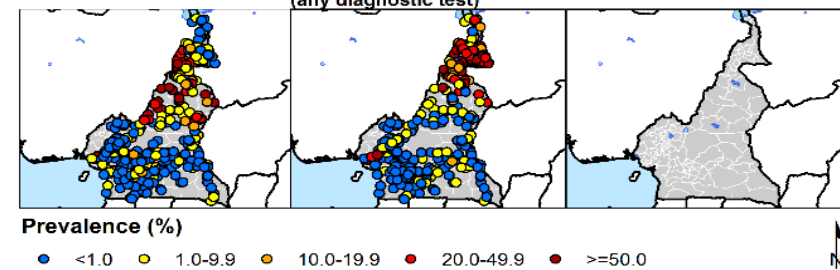
Cameroon



S. mansoni

S. haematobium
(any diagnostic test)

S. intercalatum



Copyright: Licensed to the Global Atlas of Helminth Infections (www.thiswormyworld.org) under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>)

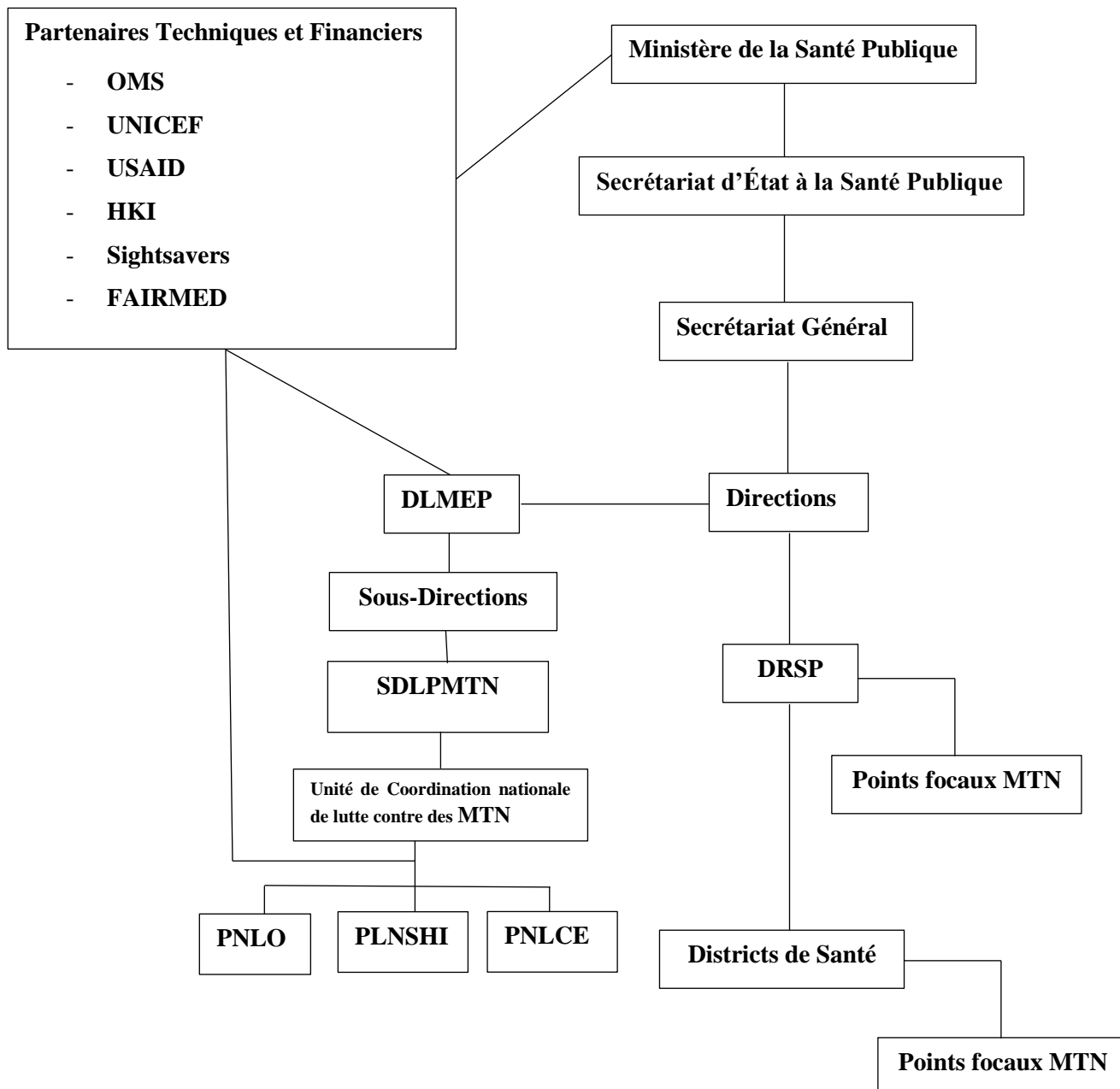


Figure 10 : Structures clés intervenant dans la lutte contre les MTN (tiré du Plan Directeur de lutte contre les MTN et adapté par les auteurs, DLMEP 2017)

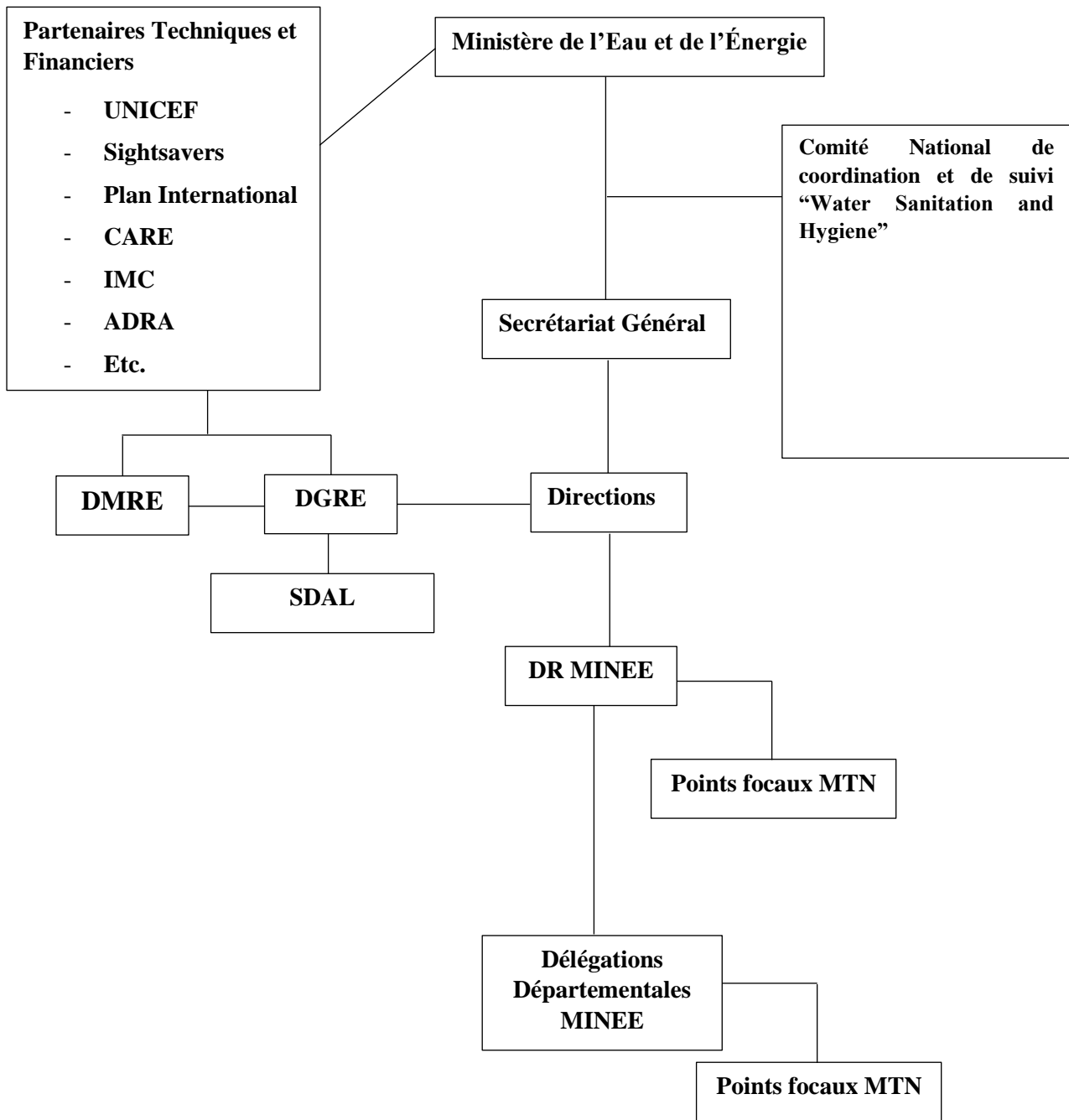


Figure 11 : Structures clés intervenants dans le WASH (adapté par les auteurs)

Tableau XXXIX : Cartographie des intervenants WASH au Cameroun (UNICEF, 2019)

Unités administratives			Sous-secteurs											INTERSECTEURS		Évaluation		
Régions	Départements	Communes	EAU				ASSAINISSEMENT				HYGIENE			WASH in nut	WASH in School			
			Construction forage	Réhabilitation forage	Construction/ Extension mini AEP	Formation COGES	Construction latrines écoles	Construction latrines FOSA	Construction/ rehab latrines urgence dans les camps/sites	ATPC	Promotion hygiène / IEC	Formation ASC/ volontaire	Dsitribution des kits					
Extrême-Nord	Diamare	Bogo	MINEE															
		Dargala	MINEE															
		Gasawa																
		Méfi																
		Maroua 1	MINEE															
		Maroua 2	MINEE															
		Maroua 3	MINEE															
	Ndoukoula	MINEE																
	Pété	MINEE			UNICEF	iA												
	Logone et Chari	Blangoua																
		Darrak	MINEE															
		Fotokol	MINEE															
			SI	IRC				SI	SI	SI					IRC			PUI
			NRC	NRC			NRC								NRC			
		Goulfey	MINEE															
		Hile Alifa	SI	MINEE						SI	SI							
			MINEE															
		Kousseri		PUI			PUI	PUI	UNICEF		PUI							
				CODAS			Codas											
		Logone Birni	MINEE	PUI							PUI		PUI	PUI	PUI			
				MINEE														
		Makari	MINEE	IRC	IRC	NRC						IRC			IRC			
	SI																	
	IRC																	
		NRC	NRC											NRC				
	Waza	MINEE																
	Zina	MINEE							UNICEF									
	Mayo-Danay	Datcheka	MINEE				MINEE											
		Gobo	MINEE				MINEE											
		Guere	MINEE			UNICEF	MINEE				UNICEF							
						iA												
Kalfou		MINEE				MINEE				UNICEF								
Kar Hay	MINEE				MINEE				UNICEF									

	Kay Kay	MINEE			MINEE															
	Maga	MINEE			MINEE															
	Porhi																			
	Tchatibali	MINEE			MINEE															
	Vele	MINEE		UNICEF	MINEE iA		UNICEF													
	Wina	MINEE			MINEE															
	Yagoua	MINEE		UNICEF	MINEE iA		UNICEF													
Mayo-Kani	Dziguilao	MINEE			MINEE															
	Guidiguis	MINEE			MINEE															
	Kaele	MINEE FBM		MINEE UNICEF	MINEE FBM		UNICEF													
	Mindif	MINEE FBM		MINEE	MINEE FBM															
	Montouroua	MINEE FBM			MINEE FBM															
	Moulvouday	MINEE			MINEE															
	Taibong	MINEE		MINEE	MINEE															
	Touloum	MINEE			MINEE															
Mayo-Sava	Kolofata	MINEE	CICR		MINEE	CICR		UNICEF										AGADJAS		
		CICR			iA															
		UNICEF		UNICEF																
	Mora	MINEE	CICR			CICR		UNICEF												Plan
		CICR																		
	UNICEF																			
Tokombere	MINEE																			
	UNICEF						UNICEF													
Mayo-Tsanaga	Bourrah	MINEE																		
	Hina	MINEE																		
	Koza	MINEE	SI			SI			SI											
		SI	Caritas			Caritas														
	Mayo Moskota		ACF		ACF			ACF						ACF					ACF	
	Mogode	MINEE		MINEE																
	Mokolo	MINEE	ACF			Caritas	Plan	UNICEF					IEDA		IEDA					
		Caritas	CICR										ACF		ACF					ACF
			UNHCR	UNHCR								UNHCR	UNHCR	UNHCR						
Mozogo	MINEE	CICR																		
		Caritas			Caritas															

		Soulede Roua	MINEE																		
			SI	SI		SI		SI		SI											
Nord	Mayo-Louti	Figuil				UNICEF				UNICEF											
		Guider																			
		Mayo-Oulo					UNICEF				UNICEF										
	Bénoûé	Bacheo	MINEE																		
		Bardanke	MINEE																		
		Bibemi	MINEE				UNICEF	Plan			UNICEF										
		Dembo	MINEE					Plan													
		Demsa	MINEE				UNICEF	Plan			UNICEF				UNOADD	UNOADD	UNOADD				
		Garoua 1													AP2D	AP2D	AP2D				
															CUD						
		Garoua 2					UNICEF				UNICEF				AP2D	AP2D	AP2D				
															CUD						
		Garoua 3						Plan							UNOADD	UNOADD	UNOADD				
															CUD						
	Lagdo	MINEE																			
	Pitoe	MINEE												ACVIE	ACVIE						
								Plan						UNOADD	UNOADD	UNOADD					
	Tcheboa	MINEE					Plan														
	Touroua	MINEE																			
	Faro	Beka																			
Kontcha																					
Poli																					
Mayo-Rey	Madingring																				
	Rey-Bouba																				
	Tchollire																				
	Touboro					UNICEF				UNICEF											
Adamaoua	Djerem	Ngaoundal																			
		Tibati				UNICEF				UNICEF											
	Faro et Deo	Galim Tignere																			
		Mayo Baleo																			
		Tignere					UNICEF				UNICEF										
	Mayo-Banyo	Bankim					UNICEF				UNICEF										
		Banyo																			
		Mayo Darle																			
	Mbere	Dir																			
		Djohong													ADES	ADES	ADES				
		Meiganga																			
		Ngaoui																			
	Vina	Belel																			
Martap																					
Mbe																					
Nganha																					

		Ngaoundéré 1																			
		Ngaoundéré 2																			
		Ngaoundéré 3																			
		Nyambaka																			
Est	Haut-Nyong	Abong Mbang																			
		Atok																			
		Dimako																			
		Dja																			
		Doume			Plan																
		Doumaintang	PNDP																		
		Lomie																			
		Mboma																			
		Mbouanz																			
		Messamena																			
		Messok																			
		Ngoila																			
		Nguélémdouka	Plan																		
	Somalomo																				
	Boumba et Ngoko	Gari Gombo																			
		Moloundou																			
		Salapoumbé																			
		Yokadouma					ADES			ADES		ADES	ADES	ADES							
	Kadeï	Batouri	UNICEF				UNHCR			UNHCR		UNHCR	UNHCR	UNHCR	UNHCR						
		Bombé																			
		Kétté	ADES				ADES			ADES		ADES	ADES	ADES							
		Mbang									ADRA										
		Mbotoro																			
		Ndélélé																			
	Lom et Djerem	Kentzou					UNHCR			UNHCR		UNHCR	UNHCR	UNHCR	UNHCR						
		Bélabo					ADES			ADES		ADES	ADES	ADES							
		Bétaré Oya																			
		Bertoua 1	PNDP																		
		Bertoua 2																			
Diang																					
Garoua Boulai						SI			ADES		ADES	ADES	ADES	ADES							
Mandjou						ADES															
Ngoura					UNICEF																

ADRA : Adventist Development and Relief Agency
 AP2D : sociation pour la Promotion du Développement Durable
 iA : Innovation Africa
 IMC : International Medical Coprs
 IRC: International Rescue Committee
 MINEE : Ministère de l'Eau et de l'Energie
 NRC : Norwegian Refuge Comitee
 Plan : Plan International Cameroon

PNDP : Programme National de Developpement Participatif
UNHCR : Haut Commissariat des Nations Unies pour les Refugiés
UNICEF: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNOADD Union des Organisation d'Appui au Développement
SI : Solidarités International
PUI : Premiere Urgence International

Gouvernement/Structure Publique	Grey
Organisation Non Gouvernementale	Brown
Mouvement Croix Rouge	Light Orange
Nations Unies	Blue

Tableau XL : Liste des membres du Comité national de coordination de l'initiative WASH

Structures	Acteurs
Secteurs de l'administration	<ul style="list-style-type: none"> • Ministère de l'énergie et de l'eau • MINSANTE • MINEDUB • MINESEC • MINAT • Ministère charge de l'Environnement, de la Protection de la Nature et du Développement Durable • Ministère charge du Développement Urbain
Organismes de développement international	<ul style="list-style-type: none"> • Fond de Nation Unie pour l'Enfance -Cameroun • Organisation Mondiale de la sante • Banque Africaine de Développement • Union Européenne • United states Agency for International Development
Associations à caractère religieux	<ul style="list-style-type: none"> • Base et Caritas de l'Église Catholique au Cameroun • Conseil des Églises Protestante du Cameroun • Association Culturelle Islamique du Cameroun
Organismes non gouvernementaux de développement	<ul style="list-style-type: none"> • Plan Cameroun • Care International
Entreprises parapubliques	<ul style="list-style-type: none"> • Cameroon Water Utility Corporation • Camerounaise des Eaux • Fond Spécial d'Équipement et d'Intervention Intercommunale
Des organismes de développement communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Deutsche Gesellschaft Für Internationale Zusammenarbeit • Programme National de Développement Participatif • Organisation Néerlandaise de Développement • Association de commune et ville du Cameroun
Société civile	<ul style="list-style-type: none"> • Société civile spécialisée dans le WASH

TABLE DE MATIÈRES

SOMMAIRE	I
RÉSUMÉ EXÉCUTIF.....	II
LISTE DES ABRÉVIATIONS, ACRONYMES ET SIGLES	IV
LISTE DES TABLEAUX	VII
LISTE DES FIGURES	X
CHAPITRE 1 : CONTEXTE GÉNÉRAL DE L'ÉTUDE	1
1. Contexte.....	1
2. Objectif général	2
3. Objectifs spécifiques.....	2
CHAPITRE 2 : MÉTHODOLOGIE	3
1. Type d'étude	3
2. Durée de l'étude.....	3
3. Durée de la collecte des données	3
4. Lieu de l'étude	3
5. Méthodes	4
5.1. <i>Identification et implication des parties prenantes</i>	5
5.2. <i>Revue documentaire</i>	5
❖ Type de documents	5
❖ Sources de collectes des données	6
5.2.2. <i>Extraction des données</i>	6
❖ Outils de collecte	6
5.3. <i>Entretien individuel approfondi</i>	6
❖ Outils de collecte	6
❖ Cibles	7
❖ Critères d'inclusion.....	8
6. Mise en œuvre de l'enquête.....	8
6.1. <i>Validation du protocole et des outils de collecte</i>	8

6.2.	<i>Procédures administratives</i>	8
6.3.	<i>Formation des enquêteurs</i>	9
6.4.	<i>Déroulement de l'enquête</i>	9
7.	Gestion et analyse des données	9
7.1.	<i>Données quantitatives</i>	9
7.2.	<i>Données qualitatives</i>	10
8.	Considérations éthiques.....	10
9.	Difficultés rencontrées.....	10
CHAPITRE 3 : RÉSULTATS.....		12
1.	Informations démographiques	12
2.	Informations sur l'éducation.....	16
3.	Informations sur les maladies tropicales négligées	19
4.	Gestion des Maladies Tropicales Négligées.....	19
5.	Contrôle des vecteurs.....	22
6.	Inclusion sociale et lutte contre la stigmatisation.....	22
7.	Couverture en Administration de Masse de Médicaments.....	23
8.	Informations sur le WASH.....	26
8.1.	<i>Accès à l'eau de boisson</i>	26
8.2.	<i>Assainissement</i>	27
8.3.	<i>Hygiène</i>	32
9.	Informations sur la communication.....	33
9.1.	<i>Canaux médiatiques</i>	33
9.2.	<i>Communication pour le Changement de Comportement</i>	34
9.2.1.	<i>Techniques de communication pour le changement de comportement</i>	37
9.2.2.	<i>Initiatives, outils et approches pour le changement de comportement</i>	37
9.2.3.	<i>Inclusion d'une approche médiatique pendant la Communication pour le Changement de Comportement</i>	38

9.2.4.	<i>Disponibilité des ressources pour la Communication pour le Changement de Comportement</i>	39
9.2.5.	<i>Insertion de la Communication pour le Changement de Comportement dans les activités au niveau communautaire</i>	39
9.2.6.	<i>Inclusion d'une approche de marketing social et d'assainissement</i>	40
9.2.7.	<i>Pilotage par la communauté (le cas de l'assainissement total)</i>	40
9.2.8.	<i>Intégration de l'éducation pour la santé et l'hygiène dans les programmes de formation des enseignants et des élèves</i>	41
9.3.	<i>Mobilisation sociale</i>	42
9.4.	<i>Plaidoyer concernant le WASH et la lutte contre les MTN</i>	44
9.4.1.	<i>Existence d'un plaidoyer commun dans le cadre du WASH et de la lutte contre les MTN</i> 46	
10.	<i>Niveau de priorité accordé aux programmes concernant le WASH et la lutte contre les MTN</i>	47
10.1.	<i>Existence des plans actuels de lutte contre les MTN et de mise en œuvre du WASH</i> 47	
10.2.	<i>Financement des plans actuels de lutte contre les MTN et de mise en œuvre du WASH</i> 49	
10.3.	<i>Plaidoyer en faveur des plans actuels de lutte contre les MTN et de mise en œuvre du WASH</i>	50
10.4.	<i>Autres initiatives sollicitant un appui dans le cadre des activités concernant le WASH et les MTN</i>	51
11.	<i>Coordination du WASH et de la lutte contre les MTN</i>	51
11.1.	<i>Coordination des interventions de lutte contre les MTN en lien avec le WASH au MINSANTE</i>	52
11.2.	<i>Existence d'une unité de coordination des programmes de lutte contre les MTN et d'un plan directeur des programmes de lutte contre les MTN</i>	52
11.3.	<i>Implication des autres secteurs dans la mise en œuvre des interventions MTN en lien avec le programme WASH</i>	53
11.5.	<i>Existence d'un comité national de coordination et de suivi de l'initiative WASH</i>	55

11.6.	<i>Existence d'une équipe de coordination nationale multisectorielle</i>	55
11.7.	<i>Multiplicité des intervenants au MINEE pour la mise en œuvre des activités WASH</i>	57
11.8.	<i>Réunions de coordination ou de suivi des interventions conduites par les directions techniques du MINEE</i>	58
11.9.	<i>Bonnes pratiques issues de la mise en œuvre des interventions intégrant le WASH et la lutte contre les MTN</i>	58
12.	Activités potentielles conjointes et acteurs à impliquer dans la coordination WASH et MTN.....	60
4.	Identification des opportunités de planification conjointe	62
CHAPITRE 4 : DISCUSSION.....		64
1.	Problèmes sous-jacents à la prévalence des maladies tropicales négligées.....	64
2.	Principaux acteurs de mise en œuvre et leurs zones d'intervention prioritaires	65
3.	Communication en faveur des programmes WASH et de lutte contre les MTN	65
4.	Coordination du WASH et de la lutte contre les MTN	66
5.	Analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces.....	69
CONCLUSION		71
RECOMMANDATIONS		72
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES		73
ANNEXES.....		I
TABLE DE MATIÈRES		XLI