

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

CENTRE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALES EN
SCIENCES HUMAINES, SOCIALES ET
EDUCATIVES

UNITE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN
SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES



THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

POST GRADUATED SCHOOL FOR
SOCIAL AND EDUCATIONAL
SCIENCES

DOCTORAL RESEARCH UNIT FOR
HUMAN AND SOCIAL SCIENCES

**POLITIQUES DE SANTE ET LUTTE CONTRE LE
CHOLERA AU CAMEROUN : CAS DE LA VILLE
DE DOUALA (DISTRIT DE SANTE DE DEIDO)**

*Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de Master en sociologie à vocation
professionnelle*

OPTION : Recherche-Action en systèmes de santé en Afrique

Présenté par :

Marie Fely Erica MESSINA

Licenciée en sociologie

Sous la direction de :

Joseph-Marie ZAMBO BELINGA

Professeur



Juin 2023

DEDICACE

*À mon papa Monsieur NKOH YEBE
Joseph*

REMERCIEMENTS

Le présent travail n'aurait jamais vu le jour sans l'aide et le soutien de nombreux acteurs qui n'ont ménagé aucun effort, pour mettre à notre disposition ce dont nous avons besoin au moment opportun. Nos grands remerciements vont à l'endroit des personnes qui nous ont aidé à la réalisation de ce mémoire.

Nous remercions notre Directeur de mémoire le Professeur Joseph-Marie ZAMBO BELINGA dont la rigueur scientifique et l'exigence toujours renouvelées d'un travail bien fait, nous ont permis de nous surpasser à chaque reprise. Les critiques apportées, les conseils, les ouvrages recommandés et parfois mis à notre disposition, nous ont été d'une grande importance.

Nos remerciements vont également à l'endroit du Pr. Armand LEKA ESSOMBA, notre chef de département.

Nous remercions l'ensemble de nos enseignants qui ont largement contribué à notre formation. Nous remercions particulièrement le Professeur Yves Bertrand DJOUDA FEUDJIO notre responsable académique.

Nous exprimons toute notre reconnaissance aux Docteurs Moustapha NSANGOU, Salomon ESSAGA et Raphaël AKA'A qui ont été d'un grand apport dans la rédaction de ce mémoire.

Que tous nos informateurs qui nous ont permis de collecter des données sur ce sujet, reçoivent ici l'expression de notre profonde gratitude. Car sans eux, cette étude aurait été impossible.

Toute notre gratitude va à l'endroit de Madame Rose-Danielle NGOUMOU qui s'est toujours rendue disponible pour nous et dont les remarques, conseils ont servi à l'enrichissement de ce travail.

Nous remercions également les Docteurs Patricia MENDJIME et Armelle NGOMBA et Monsieur Jean-Marie ONGOLO de la Direction de la Lutte contre la Maladie, les Epidémies et les Pandémies qui nous ont fourni des documents stratégiques relatifs à notre thème de recherche.

Un merci particulier à mon frère Marcien AVELE MANGA, à ma mère Jeanine EBO'O et au Révérend Raphael AYISSI pour leurs conseils, leurs encouragements et leurs prières.

SOMMAIRE

DEDICACE	i
REMERCIEMENTS	ii
SOMMAIRE	iii
LISTE DES TABLEAUX	iv
LISTE DES FIGURES	vi
LISTE DES IMAGES	vii
LISTE DES ACRONYMES	viii
LISTE DES SIGLES	ix
ABSTRACT	xi
INTRODUCTION GENERALE	2
I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION	2
II. PROBLÈME	3
III. REVUE DE LITTERATURE	4
IV. QUESTIONS DE RECHERCHE	12
V. HYPOTHÈSES DE RECHERCHE	12
VI. OBJECTIFS DE LA RECHERCHE	13
VII. CADRE THÉORIQUE	13
VIII. CADRE CONCEPTUEL	15
IX. MÉTHODOLOGIE	18
X. CONTRAINTES RENCONTRÉES ET LIMITES DE L'ÉTUDE	26
XI. PLAN DE L'ÉTUDE	26
PREMIERE PARTIE :	28
CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE DU CHOLERA AU CAMEROUN : CAS DE DOUALA	30
CHAPITRE 2 : PRESENTATION DE LA POLITIQUE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LE CHOLERA : LE PLAN NATIONAL DE CONTINGENCE DE PRÉVENTION ET DE LUTTE CONTRE LE CHOLERA	41
CHAPITRE 3 : LES DYNAMIQUES DE LA LUTTE CONTRE LE CHOLÉRA SELON L'APPROCHE MULTISECTORIELLE DE LA POLITIQUE DE SANTE	57
DEUXIEME PARTIE	80
CHAPITRE 4 : LES DÉTERMINANTS EXOGENES DE L'AFFAIBLISSEMENT DES POLITIQUES DE LUTTE CONTRE LE CHOLERA DANS LA VILLE DE DOUALA	81
CHAPITRE 5 : LES DÉTERMINANTS ENDOGENES DE L'AFFAIBLISSEMENT DES POLITIQUES DE LUTTE CONTRE LE CHOLERA DANS LA VILLE DE DOUALA ...	114
CONCLUSION GENERALE	132
BIBLIOGRAPHIE	135
ANNEXES	143
TABLE DES MATIERES	162

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Températures et précipitations moyennes à Douala - altitude : 17 m – latitude : 4°03' N	31
Tableau 2: Arrondissements de la ville de Douala	32
Tableau 3: Evolution démographique de Douala de 1916 à 2020 . Erreur ! Signet non défini.	
Tableau 4: Population de Douala par DS et AS.....	34
Tableau 5 : Données de la situation épidémiologique du choléra par District dans la région du Littoral au 10/10/ 2022.....	37
Tableau 6 : Résumé en chiffre de la situation épidémiologique du choléra dans la ville de Douala au 10/10/2022	39
Tableau 7 : Nombre de cas de choléra par année de 2018 à 2022	40
Tableau 8: Processus de triage des cas	53
Tableau 9: Quantité de SRO à administrer pour maintenir l’hydratation	54
Tableau 10: antibiothérapie des complications de déshydratation sévère	55
Tableau 11 : Différentes définitions des cas de choléra standards utilisés sur le terrain	64
Tableau 12 : Nombre de personnes ayant été informées de la présence du choléra et des mesures préventives par les autorités religieuses.....	65
Tableau 13 : Nombre de personnes ayant été informées de la présence du choléra et des mesures préventives par les autorités sanitaires.....	66
Tableau 14 : Nombre de personnes ayant été informées de la présence du choléra par les ASC.....	66
Tableau 15 : Nombre de personnes ayant été informées de la présence du choléra par les ASC.....	67
Tableau 16: Données partielles recueillies auprès du service de santé de District de Deido pour le mois de Septembre 2022.....	75
Tableau 17 : Ressource humaine disponible dans le DS de Deido dans le cadre de la lutte contre le choléra.....	73
Tableau 20 : Symptomatologie du choléra selon les enquêtés.....	84
Tableau 21 : Pourcentage des personnes reconnaissant le mode de transmission du choléra par les aliments souillés et l’eau non potable.....	86
Tableau 22 : Catégorisation de la vulnérabilité au choléra selon les enquêtés	87
Tableau 24 : Relativité de la dangerosité du choléra du choléra par rapport à d’autres affections.....	90
Tableau 25 : Premiers reflexes de recours aux soins en cas de suspicion du choléra.....	91
Tableau 26 : Appartenance religieuse des répondants	92
Tableau 27 : Tableau croisé dynamique des perceptions de la nature et l’origine du choléra liées à la religion des répondants	94
Tableau 28 : Relativité des croyances en l’efficacité des mesures de prévention et de lutte contre le choléra dans la ville de Douala	97
Tableau 29 : Croyances en l’efficacité des mesures de prévention et de lutte contre le choléra selon le niveau d’instruction	98
Tableau 30 : Raisons de la non croyance en l’efficacité des politiques préventives et de lutte contre le choléra..... Erreur ! Signet non défini.	
Tableau 32 : Taux de personnes qui potabilisent leur eau avant consommation.....	103
Tableau 33 : Nombre de personnes ne disposant pas de latrines dans leur ménage.....	108

Tableau 34 : Impact du niveau d'instruction sur la pratique du lavage des mains après usage des latrines	111
Tableau 35 : Vues d'affiches à un lieu quelconque à Douala.....	119
Tableau 36 : Lieux où des affiches parlant du choléra ont été vues	120
Tableau 37 : Quantités (en tonnes) des déchets ménagers collectés à Douala de 2004 à 2006.	121

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Cas et décès de choléra de 2018 à 2022	38
Figure 2: Courbe épidémiologique du choléra de 2018 à 2022	39
Figure 3: Algorithme de management dans le CTC.....	53
Figure 4 : Courbe épidémiologique du cholera par Semaine épidémiologique dans la région du Littoral de SE 46 (2021) à SE 40 (2022)	59
Figure 5 : Circuit de notification des cas de choléra	63
Figure 6 : Taux de personnes ayant déjà entendu parler du choléra dans la ville de Douala selon les canaux de communication.....	67
Figure 7: Exemple d'organigramme de gestion de l'épidémie de choléra.....	69
Figure 8 : Cycle de gestion de l'information adapté à la riposte contre le choléra dans le District de santé de Deido	71
Figure 9 : Répartition des enquêtés par sexe.....	82
Figure 10 : Tranche d'âge des enquêtés	83
Figure 11 : Définitions du choléra selon les enquêtés.....	83
Figure 12 : Les symptômes du choléra selon les enquêtés.....	85
Figure 13 : Origine du choléra selon les enquêtés	86
Figure 14 : Représentation graphique des perceptions de la dangerosité du choléra par rapport à d'autres affections	90
Figure 15 : Représentations graphique des perceptions de la dangerosité et de la sévérité des conséquences du choléra.....	91
Figure 16 : présentation graphique des religions selon les enquêtés.....	93
Figure 17: Niveau d'instruction des enquêtés	97
Figure 18 : Préférence des sources d'eau.....	Erreur ! Signet non défini.
Figure 19 : Potabilisation de l'eau selon les différentes techniques	104
Figure 20 : Proportion de personnes ayant reçu ou pas des informations sur les techniques de potabilisation.....	105
Figure 21 : Proportion des personnes ayant et n'ayant pas de latrines dans leur ménage	108
Figure 22 : Représentation graphique de l'usage commun des latrines	109
Figure 23: Situation du lavage des mains des populations avant repas dans le DS de Deido	110
Figure 24 : Présentation graphique du pourcentage de possession de dispositif de lavage des mains selon les enquêtés	110
Figure 25 : Dispositifs de lavage des mains des enquêtés.....	111
Figure 26 : Représentation graphique des vues d'affiches à des lieux quelconques.....	119

LISTE DES IMAGES

Image 1 : Localisation de la ville de Douala	31
Image 2 : Déshydratation sévère chez un individu adulte : persistance d'un pli cutané (cliché de gauche) après pincement de la peau de l'abdomen (cliché de droite)	52
Image 4 : Tableau communiquant sur la campagne de vaccination contre le choléra en poste fixe à Bepanda omnisport	60
Image 5 : Vaccination porte à porte en stratégie avancée dans l'Aire de santé de Bepanda omnisports le 21 Août 2022	60
Image 6 : Notre immersion dans l'univers de recherche	60
Image 7 : Recherche active des cas de choléra à la clinique Padre Pio dans le District de santé de Deido	62
Image 10 : Ouverture des latrines canaux d'évacuation dans un petit drain	106
Image 9 : Petit drain dans lequel sont souvent vidés les déchets	106
Image 11 : Van d'évacuation des déchets humains ouverte en plein air	106
Image 12 : Latrine commune construite sur un marécage.....	107
Image 13 : Une initiative individuelle d'hygiène et assainissement.....	117
Image 14 : Dépôt sauvage d'ordures sur la route de Beedi.....	122
Image 15 : Obstruction des canalisations à la suite d'un dépôt sauvage d'ordures à Beedi...	123
Image 16 : Canalisations obstruées en plein centre de ville lieu-dit rond-point salle des fêtes d'Akwa	123

LISTE DES ACRONYMES

- **CAMWATER** : Cameroon Water corporation
- **CERPLE** : Centre Régional de la Prévention et la Lutte contre les Epidémies
- **CLUVA**: Climate change and Urban Vulnerability in Africa
- **CREC** : Communication des Risques et Engagement Communautaire
- **DCOOP**: Division de la coopération
- **HiAP**: Health in All Policies
- **MINATD** : Ministère de l'Administration Territoriale et la Décentralisation
- **MINCOMMERCE** : Ministère du Commerce
- **MINDEF** : Ministère de la Défense
- **MINEE** : Ministère de l'Eau et de l'Energie
- **MINEDUB** : Ministère de l'Education de Base
- **MINESEC** Ministère de l'Enseignement Secondaire
- **MINESUP** : Ministère de l'Enseignement Supérieur
- **MINFI** : Ministère des Finances
- **MINHDU** : Ministère de l'Habitat et du Développement Urbain
- **MINJUSTICE** : Ministère de la Justice
- **MINPOSTEL** : **Ministère des Postes et Télécommunications**
- **MINSANTE** : **Ministère de la santé**
- **MINTRANSPORTS** : **Ministère des Transports**
- **OCEAC** : Organisation de Coordination pour la lutte contre les Endémies en Afrique Centrale
- **PAM** : Programme Alimentaire Mondial
- **SIMR** : Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte
- **UNICEF**: United Nation International Children's Emergency Fund
- **VIH/SIDA** : Virus de l'Immunodéficience Humaine/ Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
- **WASH**: Water, Sanitation and Hygiene

LISTE DES SIGLES

- **AS** : Aire de santé
- **ASC** : Agents de Santé Communautaires
- **CTC/ UTC** : Centre de Traitement du Choléra/ Unité de Traitement du Choléra
- **CDC** : Central disease control
- **CUD** : Communauté Urbaine de Douala
- **C4D** : Communication pour le développement
- **DHIS 2** : District Health Information's System
- **DHS** : Déshydratation sévère
- **DPS** : Direction de la promotion de la santé
- **EIIR** : Equipes d'Intervention et d'Investigation Rapide
- **DLMEP** : Direction de la Lutte contre la Maladie, les Epidémies et les Pandémies
- **DS** : District de santé
- **FAO** : Food and Agriculture Organization
- **FISCR** : Fédération international des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge
- **FRPS** : Fond Régional pour la Promotion de la Santé
- **HBM** : Health Belief Model ou modèle de croyances sur la santé
- **IMC**: International Medical Corp
- **MSF** : Médecins sans frontière
- **OMS** : Organisation Mondiale de la santé
- **PEC** : Prise En Charge
- **PFE** : Pratiques Familiales Essentielles
- **PNCPLC** : Plan National de Contingence de prévention et de lutte contre le Cholera
- **PUD** : Plan d'Urbanisme de Douala
- **RL** : Ringer Lactate
- **SDAU** : Schéma Directeur d'Aménagement et d'Urbanisme
- **SRO** : Solution de Réhydratation Orale
- **TA** : Taux d'Attaque
- **TDR +** : Test de Diagnostic Rapide positif
- **UNFPA**: United Nations Fund for Population Activities
- **UNHCR**: United Nation High Commissioner for Refugees
- **VCO** : Vaccins anticholériques Oraux

RESUME

Le présent travail de mémoire pose le problème de l'affaiblissement des politiques publiques de santé, dans la lutte contre le choléra en contexte Douala. L'objectif était de comprendre les dynamiques de mise en œuvre des politiques de lutte contre le choléra dans la ville de Douala. Comment la lutte contre le choléra permet-elle de comprendre la mise en œuvre des politiques publiques de santé au Cameroun ? Tel est la question de recherche ayant servi de fil conducteur de cette étude. Il a été émis l'hypothèse principale selon laquelle l'expérience de la lutte contre le choléra révèle que les politiques publiques de santé plus urgentistes et préalablement formulées par l'OMS, sont implémentées sans prendre en compte les réalités socioculturelles communautaires en conflit avec les règles universelles édictées. Deux théories ont été mobilisées à savoir : l'approche systémique pour analyser les dynamiques du système de santé dans la mise en œuvre des directives nationales de lutte contre le choléra à Douala ; et le modèle de croyances relatives à la santé (HBM), pour analyser les déterminants socio-culturels de l'affaiblissement des mesures gouvernementales de lutte contre le choléra et la persistance des épidémies dans la ville. Les résultats présentés ont été obtenus à partir des observations directes, des entretiens semi-directifs, de l'administration de questionnaires, de la recherche documentaire et des entretiens non-programmés. Sur la base d'une enquête mixte réalisée auprès des acteurs de la lutte contre le choléra du District de Santé de Deido, des communautés et des leaders religieux, il ressort de l'analyse des résultats que les politiques de lutte contre le choléra sont affaiblies du fait de la persistance des déterminants socioculturels (perceptions et croyances individuelles relatives au choléra, les comportements et pratiques des populations défavorables à la santé) preuve de l'échec de la socialisation sanitaire malgré le contexte pandémique à COVID-19. Cet affaiblissement est également dû au manque d'engagement des pouvoirs publics dont la quasi-totalité des activités demeurent théoriques et ineffectives sur le terrain. La promotion de l'approche intersectorielle de la santé qui engage les autres secteurs publics, pourrait permettre d'agresser efficacement les déterminants directs du choléra et éventuellement, atteindre l'objectif d'élimination du choléra sur le territoire camerounais d'ici 2030 comme prévu dans la Stratégie Sectorielle de Santé et dans la feuille de route du GTFCC de l'OMS pour la région africaine.

Mots clés : Choléra, Politique de santé, Epidémies, Déterminants exogènes, Déterminants endogènes, Approche multisectorielle, Approche intersectorielle.

ABSTRACT

The present research is focused on the fight against cholera in Cameroon and in Douala in particular. This dissertation poses the problem of the weakening of public health policies in the fight against cholera in the Douala context. The objective was to understand the dynamics of the implementation of cholera control policies in the city of Douala. How does the experience of the fight against cholera help to understand the implementation of public health policies in Cameroon? This is the research question that served as a guideline for this study. The main hypothesis was put forward according to which the experience of the fight against cholera reveals that the more urgent public health policies previously formulated by the WHO are implemented without taking into account the socio-cultural community realities in conflict with the universal rules enacted. Two theories were mobilized, namely: the systemic approach to analyze the dynamics of the health system in the implementation of national guidelines for the fight against cholera in Douala; and the Health Belief Model (HBM), to analyze the socio-cultural determinants of the weakening of government measures to combat cholera and the persistence of epidemics in the city. The results presented were obtained from direct observations, semi-structured interviews, the administration of questionnaires, documentary research and unscheduled discussions. On the basis of a joint survey carried out among actors in the fight against cholera in the Deido Health District, communities and religious leaders, it emerges from the analysis of the results that the weakening of public health policies in the fight against cholera, is due to the persistence of socio-cultural determinants (individual perceptions and beliefs relating to cholera, unhealthy behaviors and practices of populations) proof of the failure of health socialization despite the COVID pandemic context -19. This weakening is also due to the lack of commitment of the public authorities, almost all of whose activities remain theoretical and ineffective on the ground. The promotion of the intersectoral approach to health, which engages the others public sectors, could make it possible to effectively attack the direct determinants of cholera and possibly achieve the objective of eliminating cholera in Cameroonian territory by 2030 as foreseen the Health Sector Strategy and in the WHO GTFCC roadmap for the African region.

Key words: Cholera, Health policy, Epidemic, Exogenous determinants, endogenous determinants, Multisectoral approach, Intersectoral approach.

INTRODUCTION GENERALE

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Le choléra est connu depuis l'antiquité grecque et s'est répandu dans le monde au 19^{ème} siècle en réalisant sept pandémies. C'est un fléau d'ampleur mondiale qui figure parmi les maladies les plus anciennes et les plus dramatiques de l'humanité. Il est la première maladie à faire l'objet d'une surveillance internationale dès le 19^{ème} siècle et reste d'actualité dans le monde (Bompangue, 2009). Après avoir été ravagés par les six premières pandémies, les pays du Nord (Europe et Etats-Unis d'Amérique) ont réussi, dans un contexte de développement et d'amélioration de la situation de vie globale des populations, à éliminer cette maladie comme un problème de santé publique ceci, par des actions d'assainissement et d'amélioration de l'accès à l'eau potable qui empêchent aujourd'hui son explosion en occident (Heyerdhal, 2019 ; Mudekereza et al, 2019 ; Bourdelais, 2003). Sauf encore quelques cas importés, dans les pays occidentaux le choléra ne trouve plus l'environnement adéquat pour se transmettre et créer des problèmes sérieux (Pedrini et Tomasini, 2014). Mais il constitue dans le Sud global un phénomène persistant avec en 2018, 120 652 cas dont 2 436 décès en Afrique, soit un taux de létalité de 2,0 % (Aubry et Gaüzrière, 2019) et 55 087 cas de choléra et 872 décès associés soit une létalité de 1,6% en 2019 (OMS,2020a).

Le Cameroun, un pays d'Afrique centrale avec une population de près de 26 134 495 habitants en 2019 (MINSANTE, 2020a), comme la plupart des pays en voie de développement, n'échappe pas à ce fléau. Le pays a connu une nette recrudescence de la maladie au fil des périodes épidémiques : 2000 cas en 1971, 4000 cas en 1991, 5786 en 1996, 8000 en 2004, 10 759 cas en 2010, 23 152 cas et 843 décès en 2011 avec une létalité de 3,6% (MINSANTE, 2018). En 2012, on a enregistré 125 cas soit une létalité de 3,2% ; 29 cas en 2013 ; 3355 cas et 184 en 2014 soit une létalité de 5,5% et 228 cas et 10 décès en 2015 soit une létalité de 4,4% ; 78 cas et 01 décès soit une létalité de 1,3% en 2016 ; 993 cas et 58 décès soit une létalité de 5,8% en 2018 ; 1168 cas en 2019, 14 décès et une létalité de 9,8% ; 1885 cas et 80 décès soit une létalité de 4,2 % à la 50^{ème} semaine épidémiologique 2020 (MINSANTE, 2020a). Le choléra est endémique dans la ville de Douala depuis 1971, date d'apparition des premiers cas de choléra au Cameroun (Akoachere et al, 2013).

Notre recherche intitulée « *Politiques de santé et lutte contre le choléra au Cameroun : Cas de la région du Littoral (Douala)* » est une contribution à l'analyse des causes de la persistance des épidémies de choléra au Cameroun à travers le cas spécifique de la ville de Douala. Le choix de ce sujet est justifié d'une part, par la nécessité scientifique de comprendre le comportement du système de santé camerounais dans la lutte contre le choléra ; d'analyser à

partir du cas de la ville de Douala, la nature des interactions qui naissent et existent entre les acteurs impliqués dans la lutte contre le choléra et la communauté au sein de laquelle s'implémentent les politiques ; ainsi que l'influence des attitudes et comportements de ces populations sur l'implémentation de ces politiques. D'autre part, ce thème a été choisi par curiosité, doublé d'un souci de comprendre et expliquer la persistance du phénomène des épidémies de choléra dans la ville de Douala alors que de nombreuses dispositions ont été prises et mises en œuvre tant au niveau national, régional que mondial pour éliminer cette maladie.

Par ailleurs, le choix de la ville de Douala comme environnement social d'observation de la réalité de l'implémentation des politiques de santé dans la lutte contre le choléra est lié au fait qu'il s'agit d'une localité à risque des épidémies de choléra. Depuis 1971, la ville de Douala a été la porte d'entrée du choléra au Cameroun (UNICEF, 2010). Les récentes épidémies de choléra enregistrées à Douala suscitent à nouveau un intérêt pour l'analyse de la mise en œuvre des politiques de santé mises en œuvre pour lutter contre le choléra dans la ville dans un contexte marqué par la pandémie de la COVID-19.

II. PROBLÈME

L'éradication du choléra est un réel défi pour le Cameroun comme pour tous les pays de l'Afrique Sub-saharienne. L'ambition d'éradication du choléra est exprimée dans la Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) à travers l'Objectif spécifique n°2.2 de l'axe stratégique de la prévention : « *D'ici 2030, réduire dans au moins 90% des districts de santé, les risques de survenues d'évènements de santé publique majeurs et des maladies à potentiel épidémique, y compris les zoonoses* » (MINSANTE, 2020, p.150). Face à la recrudescence des épidémies de choléra dans le pays, le Gouvernement avec l'appui de ses partenaires au développement, a mis en œuvre une batterie de mesures parmi lesquelles l'élaboration en 2015, d'un plan national de contingence de prévention et de lutte contre le choléra et l'adoption de la feuille de route. De manière générale, il s'agit pour le ministère de la santé, d'anticiper sur toute manifestation du choléra afin de minimiser les conséquences humaines potentielles à travers : le renforcement du système de surveillance épidémiologique, l'amélioration de la prévention, et le renforcement de la préparation et de la riposte prompt, efficace et coordonnée.

Cependant, ni la mise en œuvre de ces stratégies, ni les fonds mobilisés par les partenaires techniques et financiers n'ont encore empêché une résurgence des épidémies de choléra au Cameroun. L'épidémie de choléra qui s'est déclenchée sur le territoire camerounais en 2018 a duré plus d'un an en réalisant en moins d'un an, 58 décès, 82 cas confirmés et un taux de létalité

de 5,8% (MINSANTE, 2019). Le plan national de réponse à l'épidémie de choléra élaboré par le MINSANTE en 2018, renseignait sur toutes les stratégies à déployer, ainsi que le budget alloué à la riposte, soit une somme de 1 759 890 500 Fcfa (MINSANTE, 2018) révélant par-là, le caractère onéreux de la lutte contre le choléra. La stratégie « *bouclier et coup de poing* »¹ entreprise par le Ministère de la santé dans le cadre de cette lutte, aurait permis d'observer une brève période d'accalmie. Mais avec l'arrivée de la pandémie à coronavirus, on a constaté une recrudescence des cas tels que nous les avons présentés plus haut. Il est évident, même si la situation semble s'améliorer, qu'il reste un écart à combler. Car, alors que la SSS cherche à « *Amener la population à adopter des comportements sains et favorables à la santé* », l'absence d'hygiène des mains et des aliments même en ce contexte de COVID 19, ainsi que la défécation à l'air libre perdurent encore au sein des communautés. Ces comportements continuent de nourrir les interactions conflictuelles qui existent entre l'homme et son environnement, qui donnent naissance au choléra, et limitent les efforts de l'Etat qui à travers ses politiques de santé cherche à les réconcilier l'un à l'autre. Cette situation est d'autant plus préoccupante qu'une étude sociologique permettrait de comprendre le phénomène de la recrudescence du choléra au Cameroun et dans la ville de Douala en particulier.

III. REVUE DE LITTERATURE

1. Généralités sur les politiques de sante

- *L'émergence des politiques de santé*

Les études sur les politiques de santé dans le monde et particulièrement dans les pays en voie de développement datent de depuis des décennies lorsque la santé fait irruption dans le champ de la politique. La santé aurait en effet été la grande absente du débat politique d'où la nécessité de donner la place et la visibilité qui revenaient à la santé publique dans le débat national et l'intégrer pleinement dans le processus de décision politique (Poirot-Mazères, 2016). Garenne (1996) révèle que le concept de contagion a été à l'origine des premières politiques de santé que sont l'isolement des malades contagieux et les quarantaines ; de même que les différents essais de contrôle de l'épidémie notamment la technique du cordon sanitaire appliquée jusqu'au 19^{ème} siècle en Europe contre le choléra.

¹**Le coup de poing** est une réponse en phase épidémique dès la confirmation des premiers cas, basée sur une préparation en amont qui permet un faible délai de réponse et une réactivité importante pour une action précoce dans les zones affectées. **Le bouclier** est caractérisé par des interventions Eau, Hygiène et Assainissement préventives durables en dehors des périodes épidémiques, dans les zones prioritaires, définies comme spécifiquement à risques pour le choléra.

- ***Les politiques de santé dans les pays en développement***

Selon Barbieri et Cantrelle (1991), l'émergence des politiques de santé dans les pays en voie de développement a eu lieu dès le début des années soixante à l'aube des indépendances politiques quand plusieurs pays en voie de développement se sont dotés de plans de développement à l'intérieure desquels les premiers éléments d'une politique de santé sont inscrits. Cependant en pratique, la politique formulée ne demeurait qu'« *un vœu pieux non suivi d'action* » (Barbieri et Cantrelle, 1991 :59). Devant la faible efficacité des systèmes de santé des pays africains, les gouvernements ont été amenés à adopter la stratégie des Soins de Santé Primaires (SSP) définie lors de la conférence tenue en 1978 à Alma-Ata, en Union soviétique et organisée sous l'égide des Nations unies (Barbieri et Cantrelle, 1991) et qui concernait singulièrement les pays du Sud en général, et l'Afrique en particulier (Ridde, 2005). L'échec de cette première politique de santé dans l'atteinte de ses objectifs a conduit à la mise en œuvre de la politique de l'Initiative de Bamako (IB) de 1987 au Mali (Ibid) dont l'échec dans l'atteinte de ses objectifs d'équité a eu pour conséquence, la recrudescence des inégalités de santé en territoire africain (Djouada, 2018).

Les politiques de santé des pays en développement sont le reflet direct de décisions prises à l'échelon international. On pourrait parler comme Fassin (1997) de l'internationalisation des politiques de santé ; ou comme Haurey (2011) de l'« *européanisation* » des politiques de santé. Mais Haurey lui, ira plus en profondeur pour explorer les différents mécanismes de ce processus d'européanisation qui selon lui sont : la coercition, la comparaison et la coopération. Pendant ce temps, Ela (1998 :) attirait l'attention sur le fait que « *les modèles d'intervention qui tendent à s'imposer échouent à répondre aux problèmes qui se posent dans les situations concrète des pays d'Afrique* ». Car, comme le disaient Ridde et Olivier de Sardan: « *One of the greatest challenges facing the global health community is how to take proven interventions and implement them in the real world* » (Ridde et Olivier de Sardan, 2017: 6).

- ***Les causes de l'échec des politiques de santé des pays en développement d'Afrique***

Plusieurs hypothèses ont été avancées Pour expliquer cet échec. En effet, les politiques publiques de santé des Etats de l'Afrique s'inscrivent dans un modèle de système de santé standard imposé de l'extérieur par l'OMS, un modèle trop rigide pour être capable de prendre en charge les problèmes de santé publiques tels qu'ils se posent en Afrique (Brunet-Jailly, 2000 ; Eboko, 2005). Dans cette même lancée, Olivier de Sardan et Ridde (2014) ont fait un récapitulatif des spécificités des politiques de santé dans ces pays :

- des décisions subites et mal préparées, prises en partie sous pressions ou incitations internationales, mais intégrant des préoccupations politiques (ou politiciennes) internes ;

- des partenaires techniques et financiers non coordonnés, souvent ignorant des réalités locales, parfois absents dans des domaines où leur intervention serait nécessaire, non redevables des conséquences des mesures qu'ils préconisent ;

- une architecture élaborée et mise en place dans la précipitation par les techniciens nationaux centraux souvent surpris par les décisions politiques ;

- une absence de planification réaliste, sans phase pilote évaluée (ou sans prendre en compte les évaluations quand elles existent) ce qui compromet toute anticipation des difficultés ;

- une information tardive et insuffisante auprès des catégories concernées (personnels de santé, comités de santé, autorités locales, usagers) ;

- des personnels chargés d'appliquer la nouvelle politique qui lui sont souvent hostiles et qui sont généralement démotivés ; pas de cohérence dans la mise en œuvre, et des mesures improvisées, aux contours imprécis, insuffisantes, au coup par coup, qui s'ajoutent souvent aux dispositions existantes sans que l'articulation soit organisée ;

- une absence de suivi fiable, de rétroaction et de remontée des informations sur les problèmes rencontrés ;

- l'absence d'une architecture de recherche pour évaluer et accompagner les politiques publiques, et une absence de prise en compte des données de recherche dans la mise en place des politiques ;

- une tendance à la recentralisation des dispositifs alors que le processus de décentralisation est à peine entamé (Olivier de Sardan et Ridde, 2014 : 21).

Toutefois, ils émettent des réserves en soulignant : « Toute politique publique se veut en principe cohérente et efficace. Cependant, aucune ne l'est totalement, dans aucun pays du monde, mais l'incohérence et l'inefficacité sont souvent plus grandes en Afrique qu'en Europe » (Olivier de Sardan et Ridde, 2014 : 16).

On accuserait également l'insuffisance de ressources attribuées au secteur de la santé dans le budget national renforcé par un désengagement des gouvernements africains (Barbieri et Cantrelle, 1991). De même, on constate que les questions de santé ne s'invitent réellement sur la scène politique nationale que lorsque des crises de santé surviennent. Pourtant, la politique de santé est en réalité « une responsabilité réitérée » de l'Etat pour reprendre les termes de Poirot-Mazère (2016). En d'autres termes, cela veut dire que l'Etat doit constamment évaluer sa politique de santé afin de s'assurer de son efficacité dans la protection de la santé des communautés. Selon elle, une bonne politique de santé doit réunir les conditions ci-après : sa définition par l'Etat et son orientation vers la priorisation de la prévention de la maladie et de l'action sur les déterminants de la santé.

Cependant, la gestion des crises sanitaires devrait en réalité être une responsabilité partagée entre les pouvoirs publics en général et non celle du secteur de la santé seul (Tabuteau, 2007). Il s'agit là en effet d'adopter une approche HiAP² qui promeut l'action intersectorielle ou l'intégration de la santé dans toutes les politiques publiques et qui permet de s'attaquer simultanément aux déterminants macro-économiques et macrosociaux de la santé (Renahy *et al.*, 2016).

2. Lutte contre le choléra

- ***Modèles actuels de lutte contre le choléra dans le monde***

Comme souligné plus haut en ce qui concerne les politiques de santé dans les pays en développement, les modèles actuels de lutte contre le choléra dit européens de santé publique sont transposés avec plus ou moins de succès dans les pays en développement ; et peuvent se heurter aux résistances des traditions paysannes et au manque de moyens ou à la pauvreté (Chemouilli, 2004 : 110).

En 2019, Heyerdhal explorait une fenêtre d'action contre le choléra au 21^{ème} siècle « à l'exception de l'eau ». Cet auteur nous fait comprendre que la lutte contre le choléra se situe actuellement dans un entre-deux, et se pense comme une période de transition. En attendant l'émergence économique qui serait à même de financer les infrastructures en eau et en assainissement en mesure de parer aux épidémies de choléra, la lutte contre le choléra doit être pensée en termes d'interventions intermédiaires dans un contexte de ressources limitées (Heyerdhal, 2019 :54). Il ajoute que ces interventions sont largement imaginées, financées et évaluées sur la base du cadre conceptuel et méthodologique de la médecine des preuves portant sur la quantification des maux et de l'efficacité des interventions et dont le modèle de l'essai randomisé contrôlé³ constitue l'étalon-or (Adams, 2013 ; cité par Heyerdhal, 2019 :54). Elles prennent la forme de dispositifs de surveillance et de contrôle des épidémies qui se veulent innovants et qui opèrent comme des « *modèles voyageurs* » (Ibid). Ces dispositifs innovants mis en place pour lutter contre le choléra et déployés sur la base d'une « *success-story* », participent à la standardisation d'interventions faites au détriment de la prise en compte des contextes d'intervention (Brives *et al.*, 2016 ; Olivier de Sardan, 2018 ; Behrends, Park et Rottenburg, 2014 ; cités par Heyerdhal, 2019 :55).

² HiAp : Health in All Policies

³ Un **essai randomisé contrôlé** est un protocole expérimental ayant pour but d'évaluer l'efficacité d'une thérapie, d'une action de prévention ou d'un médicament.

Toutefois, les interventions dans ce domaine sont plus urgentistes (visent la réduction de la mortalité lors des épidémies), sont non durables et impliquent trop peu la population qui ne se les approprie pas et ne les transforment pas en actions plus durables de lutte contre le choléra. Elles disparaissent en situation d'accalmie, ne laissant aucune place à des stratégies visant à améliorer l'accès à l'eau potable, l'hygiène et l'assainissement, ainsi qu'à renforcer le système de santé, sans compter la faible adéquation entre les stratégies mises en œuvre sur le terrain et celles prévues dans la politique de Santé (Mudekereza *et al.*, 2019).

- ***Le traitement du choléra***

La prise en charge thérapeutique des cas de choléra, bien codifiée, repose essentiellement sur la réhydratation orale pour tous les patients et intraveineuse pour ceux qui sont le plus sévèrement déshydratés. Certaines épidémies accusent une létalité bien supérieure, pouvant atteindre 15% et même dépasser 50 %, en rapport avec une préparation insuffisante et des pratiques de réhydratation inadaptées (Guévert *et al.*, 2007). L'utilisation des antibiotiques est également importante dans la réduction de la durée de la maladie, du volume des selles et le traitement des cas graves (Chaignat, 2011). Toutefois ils ne sont pas nécessaires à la survie des patients cholériques et la chimioprophylaxie⁴ de masse et la mise en place de cordons sanitaires ne sont pas des mesures adéquates pour contenir une flambée épidémique (Chaignat, 2011 : 249). Cependant, la généralisation de l'utilisation d'antibiotiques en prophylaxie et en traitement a entraîné l'émergence de souches résistantes aux antibiotiques (Akoachere et al, 2013). Mais dans certains contextes, le traitement du choléra implique couper les faire bouillir des racines ou des feuilles et faire boire la décoction (Edward C. Green, Jurg et Djedje, 1994 : 12).

- ***La surveillance épidémiologique***

Selon Zacher (1999) cité par Heyerdahl (2019), c'est la plus importante des dispositifs innovants car elle constitue la base des interventions en santé publique. Il est question ici de décompter les occurrences du mal, de relever le nombre de personnes affectées par la maladie, le nombre de morts qu'elle entraîne, de jours de maladie et de handicap. Dans le temps, elle sert des objectifs à court, moyen et long terme (Heyerdahl, 2019 : 55).

- ***Eau, hygiène et assainissement***

⁴ **La chimioprophylaxie** est une technique de prophylaxie consistant à administrer à un individu des médicaments, des vitamines, des minéraux ou autres produits afin de diminuer son risque de développer une maladie donnée.

L'approvisionnement en eau potable en quantité et de qualité suffisante ainsi que l'assainissement de l'environnement, constituent les points critiques pour enrayer la propagation de *Vibrio cholerae* et les flambées épidémiques. Ces recommandations classiques fondées sur des mesures d'hygiène et d'assainissement de base sont efficaces lorsqu'elles sont convenablement appliquées. Cependant, leur mise en œuvre est difficile, malgré de nombreux efforts entrepris dans le monde au cours des dernières décennies (Chaignat, 2011 : 249).

De ce fait, de nouvelles stratégies ont été recherchées, afin de compléter les mesures de prévention traditionnelles.

- ***La politique vaccinale : « prévenir vaut mieux que guérir »***

Comme la surveillance épidémiologique, la vaccination constitue un autre dispositif innovant de la lutte contre le choléra. Heyerdhal (2019) décrit en effet la longue marche du vaccin contre le choléra et montre que les vaccins anticholériques sont contemporains à l'identification du bacille par Robert Koch. Le premier vaccin anticholérique est un vaccin injectable dit parentéral. Mais très vite avec l'évolution des études, la victoire du vaccin parentéral sera de courte durée puisqu'il va à son tour accumuler des réserves à son encontre (ibid). Bien qu'inventés en fin du 19^{ème} siècle, les vaccins oraux contre le choléra ne se sont taillés une place dans la réponse aux épidémies qu'à partir des années 2010 (Chaignat, 2011).

- ***La chloration des puits***

Elle fait partie des mesures généralement recommandées en cas d'épidémie de choléra. Mais il existe peu d'études sur les techniques de chloration dont l'efficacité n'a pas encore été prouvée et l'on ne sait toujours pas si elle doit se faire en une seule fois, ou si elle doit être quotidienne, ou continue (Guévert *et al*, 2008).

3. Importance des compréhensions locales du choléra et pratiques de recherche de santé dans la lutte contre le choléra

Dans une large revue de littérature, Ripoll et Wilkinson (2018) ont exploré l'importance ou la place des compréhensions locales du choléra liées aux pratiques de recherche de santé dans différents contextes, dans la lutte contre le choléra.

- ***Place de la taxonomie populaire de la diarrhée dans la lutte contre le choléra***

Selon ces auteurs, pour une riposte adéquate au choléra et un engagement réussi avec les communautés, il y a besoin de vérifier la taxonomie populaire de la diarrhée. Dans cette revue de littérature extensive, Ripoll et Wilkinson révèlent qu'il est essentiel d'utiliser un libellé local dans la communication sur le choléra afin qu'il soit conforme aux typologies locales des

symptômes de la diarrhée et les connotations de risque qu'ils véhiculent afin que l'urgence du choléra soit rapidement perçue par les populations locales et qu'un traitement soit recherché auprès de différents prestataires de soins (Ripoll et Wilkinson, 2018). En effet, l'utilisation inappropriée de certains termes élucidant le choléra ou la diarrhée pourrait entraîner une incompréhension et un retard dans le recours aux soins (Carruth, 2011 : 219 ; Mull et Mull, 1988 ; cités par Ripoll et Wilkinson, 2018).

- ***Place des croyances étiologiques et des perceptions du choléra dans la lutte contre le choléra***

La croyance étiologique est à la base des actions prises vis-à-vis de la maladie car c'est elle qui détermine s'il faut banaliser ou prendre au sérieux une maladie et surtout, comment la gérer. Dans certains contextes, le choléra n'est pas toujours considéré comme une maladie normale ou naturelle liée à un microbe ou une bactérie et à de mauvaises conditions de vie. Il est fortement associé à la sorcellerie et serait causé par des démons (Staro, 2011 ; Blanc, 1999). Dans différents contextes, le choléra est considéré comme une maladie individuelle c'est-à-dire qui « *attrape la personne* » au détriment de la reconnaissance de son caractère épidémique, qui ne concerne pas la communauté, et qui peut être soignée par des traitements adéquats, sans reconnaître l'importance de l'engagement collectif ; ou comme une maladie sociale ou collective qui implique toute la communauté (Staro, 2011 ; Janny, 2009 ; Chemouilli, 2004 ; Blanc, 1999).

En période épidémique, on note des attitudes de déni de la maladie et de toute relation avec la consommation d'eaux souillées et des mains sales, ainsi que la honte liée à la stigmatisation chez les personnes atteintes (Nsangou, 2011 ; Guimier, 2011 ; Blanc, 1999). La peur est le sentiment le plus répandu de tous et peut avoir de nombreuses conséquences psychologiques et sociales (Guimier, 2011 :).

Ces représentations sociales et ces attitudes individuelles constituent un véritable frein dans la lutte contre le choléra (Staro, 2011 ; Cantrelle et Locoh, 1990) et jouent un rôle important dans la dynamique des épidémies (Piarroux et Bompangue, 2006). Pourtant, que ce soit des patients, des agents de santé ou des autorités sanitaires, les représentations sociales du choléra peuvent également favoriser une faible létalité du choléra (Amaah, 2014 ; Akpa et al, 2011). Il apparaît qu'une riposte sociale est nécessaire pour rompre les chaînes de diffusion de cette pathologie, en mettant l'accent sur l'éducation pour le changement de comportements (Bonono, 2011). Cependant, celle-ci pourrait être perçue comme une lutte contre la culture

surtout qu'il s'agit par-là, de davantage imposer la culture des acteurs aux populations (Marqui, 2014 : 67).

- ***Recours aux soins et itinéraires thérapeutiques du choléra***

Comme signalé plus haut, le choléra est une maladie qui peut générer la peur et la stigmatisation, et cela peut se traduire par différents schémas de recherche de traitement. Amaah (2014) a signalé des personnes au Cameroun qui ont refusé de transporter les membres de leur famille au centre médical par crainte d'être infectés, et les personnes et les ménages touchés qui refusaient de demander de l'aide par crainte de la stigmatisation. De même, Nations et Monte (1996) rapportent que des personnes cachent leurs symptômes aux autorités sanitaires du Nord-Est du Brésil, car certains ont minimisé le risque ou même l'existence de la maladie, et ils se sentaient traités comme des chiens par les autorités sanitaires et ont manifesté une résistance marquée et un retard dans la recherche de services biomédicaux (Nations et Monte, 1996 : 1020 ; cité par : Ripoll et Wilkinson, 2018 : 18). Par ailleurs, d'autres facteurs peuvent affecter l'accès au traitement. Notamment, le niveau de revenu et le niveau d'éducation des ménages (Kirby, 2001 ; cité par : Ripoll et Wilkinson, 2018 :18) et les conflits ou les émeutes qui peuvent empêcher les personnes d'atteindre les cliniques et causer des pénuries de SRO pour le traitement oral et intraveineux en raison des perturbations dans leur approvisionnement (Ripoll et Wilkinson, 2018 :18). La prise de décision au sein du ménage détermine également le recours aux soins et la trajectoire thérapeutique. En effet, la famille ou le chef de famille peut décider si et quand un traitement doit être recherché, ce qui peut entraîner un retard dans le recours aux soins et avoir des conséquences importantes sur les résultats (Ibid). Cependant dans d'autres contextes, le processus décisionnel qui aboutit à la décision d'amener le malade à l'hôpital n'est pas toujours conditionné par les différences de genre à l'intérieur de la famille (Staro, 2011).

Lorsqu'il y a résistance de la communauté, des attaques peuvent être dirigées contre les unités et centres de traitement du choléra (UTC et CTC) bien qu'étant un puissant symbole de la réponse. De même, dans des contextes particuliers, ces UTC et CTC peuvent contribuer à la marginalisation des victimes de choléra qui peuvent alors se sentir comme des chiens (Nations et Monte, 1996).

Dans de nombreux contextes dans lesquels le choléra peut émerger, il existe une multitude de prestataires de soins de santé. Les trajectoires thérapeutiques peuvent aller des remèdes maison, herboristes, guérisseurs traditionnels, les cliniques biomédicales publiques et privées, les agents de santé communautaires et les vendeurs de médicaments. Ces options thérapeutiques coexistent souvent. Les gens font recours à ces différents fournisseurs en

fonction du type de diarrhée et d'autres symptômes qu'ils voient, ainsi que l'explication causale qu'ils lui attribuent. Les citoyens sont plus susceptibles de se faire soigner dans les centres biomédicaux que les populations des zones rurales bien que cela puisse varier selon le contexte (Ripoll et Wilkinson, 2018). Ripoll et Wilkinson (2018 :20) ont établi une liste non exhaustive de prestataires de soins alternatifs de choléra : guérisseurs traditionnels, vendeurs de médicaments, remèdes maison et utilisation de plantes médicinales, les guérisseurs religieux ; et ont montré qu'ils peuvent jouer un rôle très important dans la lutte contre cette maladie en collaboration avec la biomédecine.

La revue de littérature ci-dessus élaborée, est bien loin d'être exhaustive. Toutefois, elle révèle que jusqu'ici, les aspects les plus développés par les chercheurs sont d'une part les raisons de l'échec des politiques de santé dans les pays en voie de développement en général. Seulement une poignée d'auteur a abordé l'aspect des politiques de lutte contre le choléra dans le monde. Très peu de réflexions scientifiques sur les politiques de lutte contre le choléra ont été menées au Cameroun. La présente étude nous permettra de comprendre les causes de l'inefficacité des politiques de santé dans la lutte contre le choléra en contexte camerounais.

IV. QUESTIONS DE RECHERCHE

1. Question principale

Comment l'expérience de la lutte contre le choléra permet-elle de comprendre la mise en œuvre des politiques publiques de santé au Cameroun ?

2. Questions spécifiques

- Comment les pouvoirs publics pensent-ils la lutte contre le choléra la ville de Douala ?
- Quels sont les déterminants externes et internes contribuant à l'affaiblissement des politiques publiques de santé et ayant favorisé la résurgence des crises sanitaires de choléra dans la ville de Douala de 2018 à 2022 ?

V. HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

1. Hypothèse principale :

La lutte contre le choléra révèle que les politiques publiques de santé plus urgentistes sont implémentées sans prendre en compte les réalités socioculturelles communautaires.

2. Hypothèses secondaires :

- La lutte contre le choléra dans la ville de Douala est pensée par les pouvoirs publics selon une approche multisectorielle de la politique de santé.

- Les déterminants externes et internes contribuant à l'affaiblissement des politiques publiques de santé et ayant favorisé la résurgence des crises sanitaires de choléra dans la ville de Douala sont : le défaut d'intersectorialité, la persistance des comportements défavorables à la santé, l'échec de la communication pour le changement de comportement, l'absence de loi régissant le code de l'hygiène publique ainsi que l'insuffisance de la promotion de la santé.

VI. OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

1. Objectif principal :

Comprendre la mise en œuvre et les déterminants de l'affaiblissement des politiques de lutte contre le choléra au Cameroun.

2. Objectifs spécifiques :

Il s'agira dans cette étude de :

- Analyser la mise en œuvre des politiques publiques de lutte contre le choléra dans la ville de Douala.
- Décrire les déterminants externes et internes aux politiques de santé contribuant à la persistance des crises sanitaires d'épidémies de choléra dans la ville de Douala de 2018 à 2022.

VII. CADRE THÉORIQUE

La théorie est un construit qui, de manière générale, permet d'avoir une meilleure lecture de la réalité sociale. C'est une grille de lecture des phénomènes sociaux qui permet de les rattacher à un modèle explicatif. Selon Ferréol (1995), la théorie a pour mission

« De faire une synthèse des résultats obtenus, d'en présenter un tableau rationnel permettant non seulement d'interpréter ce qui est connu, mais dans la mesure du possible, de prévoir ce qui est encore inconnu ».

Nous avons convoqué pour cette étude : d'approche systémique et le modèle de croyances relatives à la santé ou Health belief model.

1. L'approche systémique

C'est un champ interdisciplinaire relatif à l'étude des objets dans leur complexité. Elle consiste en une attitude holistique selon laquelle tous les aspects d'un problème sont abordés à la fois d'un point de vue général (global) et local (approfondissement des détails). Par une meilleure compréhension des caractéristiques fondamentales d'un système, elle permet de saisir

avec davantage de précision comment les systèmes fonctionnent et se comportent (Campbel, 2009).

L'approche systémique met en perspective l'impossibilité d'une interprétation causale unique et univoque de l'étiologie du choléra ; celui-ci étant considéré comme une réalité complexe à la double identité naturelle et sociale. Les processus impliqués dans la production des épidémies de choléra sont considérés comme des interactions entre les déterminants de natures différentes qui tendent à rompre un équilibre et permettant l'apparition et la propagation de l'épidémie. L'approche systémique permet de tenir compte de la complexité de l'objet d'étude dans une perspective multidimensionnelle qui considère qu'il n'y a pas une cause, un effet, mais un ensemble de facteurs interagissant (Janny, 2004).

La pensée systémique ici nous fournit également une compréhension approfondie du comportement et du fonctionnement du système mis en place pour lutter contre le choléra. Considérant les différents déterminants des épidémies de choléra au Cameroun, elle permettra de déterminer l'action des politiques de santé sur les déterminants favorisant l'inefficacité des politiques de lutte contre le choléra et la persistance de ce dernier dans la ville de Douala. Ce travail tente de mettre en perspective par cette approche, les facteurs limitant l'impact de la politique de santé dans la lutte contre le choléra, évite une interprétation causale unique et univoque de l'incapacité de la politique de santé à mettre fin aux épidémies de choléra de manière définitive et permet de comprendre le fonctionnement de la lutte contre le choléra au Cameroun.

2. Le modèle de croyances sur la santé ou le Health belief model

Le HBM repose sur le fait que chaque individu est capable de choisir des actions susceptibles de prévenir une maladie du fait qu'il possède des connaissances en ce qui concerne sa santé, et ceci dans la mesure où il considère la santé comme un aspect important pour sa qualité de vie. Par conséquent, il examine les influences cognitives sur le comportement à partir de quatre types de croyances qui augmentent la probabilité d'entreprendre l'action recommandée en rapport avec une condition de santé ou une maladie : la perception de sa vulnérabilité ; la perception de la sévérité des conséquences ; la perception des menaces engendrées par l'apparition de la maladie et la croyance en l'efficacité de l'action préventive (Becker & Maiman, 1975). Les individus évaluent l'utilité d'une action et son coût et n'agissent qu'en cas de balance « coût-utilité » favorable. La menace perçue est issue du produit de deux variables indépendantes l'une de l'autre : la gravité perçue (ou sévérité perçue) et la vulnérabilité perçue. La gravité perçue se réfère à la connaissance d'un danger et à la valeur

personnelle que le sujet accorde aux dommages issus de ce danger. La vulnérabilité perçue renvoie à l'estimation par le sujet de la probabilité des dommages qu'il encourt.

Dans le HBM, plusieurs facteurs influencent la construction de la menace perçue comme les variables démographiques (âge, sexe, ethnie...), les variables socio-psychologiques (personnalité, classe sociale, pressions exercées par les pairs et groupe de référence...) ou encore les incitations à l'action : campagnes médiatiques, exemples, conseils... Les incitations à l'action constituent parfois des « moments catalytiques » qui permettent un « déclic » ou le déclenchement d'une action. Par conséquent, si l'on souhaite calculer la probabilité d'action pour un sujet ou un groupe d'individus, il faut prendre en compte la menace perçue et les résultats de l'évaluation coût-utilité. Rosenstock (1974) suggère que la probabilité qu'une personne adopte un comportement de prévention dépend de l'évaluation des construits importants : la menace perçue ; la croyance en l'efficacité de l'action préventive et les indices d'action. Le HBM postule qu'un individu adopte un comportement de prévention ou observe un comportement de soin s'il est conscient de la gravité du problème, s'il se sent concerné ou en danger, si le comportement à adopter présente pour lui plus d'avantages que d'inconvénients et s'il croit qu'il est capable de le réaliser.

Le HBM mobilisé dans le cadre de ce travail nous a permis de mettre en relief des croyances socioculturelles qui déterminent ou influencent les comportements des populations doualaises face à la santé dans un contexte marqué par la pandémie de COVID-19.

VIII. CADRE CONCEPTUEL

En 1895, Durkheim posant les bases de la sociologie énonçait dans ses *Règles de la méthode sociologique* : « la première démarche d'un sociologue doit donc être de définir les choses dont il traite, afin que l'on sache et qu'il sache bien de quoi il est question » (Durkheim, 1895 :34). Ainsi, toute recherche scientifique sur un objet ou phénomène nécessite dès le départ une clarification conceptuelle. C'est une étape qui s'impose dans la recherche scientifique car, elle permet au chercheur de donner un sens explicite aux concepts qu'il utilise, afin d'éviter de tomber dans la confusion. La construction du cadre conceptuel est utile pour saisir le sens et le contenu que le chercheur donne aux concepts utilisés dans ses recherches. La définition des concepts opératoires dans le cadre de cette étude, concernera cinq concepts clés que sont : politiques de santé, choléra, épidémie, endémie et pandémie.

1. Politiques de santé

On entend par politiques de santé les documents, règles et directives officiels et écrits qui présentent les décisions prises par les responsables de leur élaboration sur les actes jugés légitimes et nécessaires pour renforcer les systèmes de santé et améliorer la santé (Gilson, 2013). Une politique de santé peut être définie comme l'attitude officielle, exprimée par le gouvernement lors de déclarations solennelles dans domaine de la santé ou au sein de documents de planification. Le processus de formulation d'une politique de santé inclut l'identification de priorités, la détermination d'objectifs, le choix d'instruments pour servir à la politique ainsi définie, la mise en place d'une infrastructure institutionnelle et une allocation spécifique de fonds. Plus concrètement, il s'agit de déterminer quels sont les problèmes de santé les plus importants et d'établir des programmes d'action et des prévisions en fonction, d'une part, de cet état de santé et, d'autre part, des moyens disponibles (Barbieri et Cantrelle, 1991). Il s'agit également de mesurer l'effet de ces activités pour corriger, si nécessaire, les orientations qui ont été prises. La mise en œuvre d'une politique de santé suppose que l'on dispose d'informations sur le potentiel des services, sur leurs activités, sur l'état de santé des populations, les facteurs de risque et les sous-groupes les plus vulnérables, le tout de façon continue (Ibid).

2. Choléra

Le cholera est une maladie infectieuse, diarrhéique due à l'ingestion de *Vibrio Cholerae* qui se manifeste par l'émission de selles afécales couleur eau de riz (Image.1) hydriques très fréquentes déterminant une situation endémo-épidémique catastrophique. Il se manifeste principalement par des vomissements spontanés, une diarrhée brutale abondante et aqueuse entraînant une déshydratation extrême, une perte d'électrolytes et une augmentation de l'acidité sanguine et éventuellement la mort si rien n'est fait. La durée d'incubation est courte, de moins d'un jour à cinq jours. Le choléra est une maladie ancienne, identifiée dans des récits datant de plus de deux millénaires et originaire du delta du Bengale (actuel Bangladesh). Au 19^{ème} siècle, l'Afrique a été affectée à plusieurs reprises mais de manière temporaire, et ce n'est qu'à partir de 1970 que l'endémisation du choléra a débuté sur ce continent.

3. Epidémie

Selon l'OMS (1993), une épidémie se définit en général comme l'apparition dans une communauté ou une région de cas de maladie en excès par rapport à la situation habituelle. En d'autres termes, c'est la survenue d'une maladie dont le nombre de cas est supérieur au nombre attendu pendant une période donnée et en un lieu donné. Une épidémie est également définie par la croissance rapide de l'incidence d'une maladie dans une région

donnée et pendant une période donnée (Thom, 2020). le choléra est dit épidémique lorsqu'il est difficile à prévoir dans l'espace et dans le temps. À noter qu'un pays endémique peut voir l'apparition d'un choléra épidémique sur son territoire (Dunoyer, 2013).

4. Endémie :

Une endémie est une maladie enracinée dans une région, un pays, un continent, voir la terre entière. Cet enracinement est dû à la présence d'un réservoir de germes qui fixe l'agent pathogène en une zone donnée, permet sa conservation et auprès duquel l'homme se contamine. Une maladie endémique est une maladie enracinée⁵ (Thom, 2020). Par ailleurs, l'endémie se définit par la présence habituelle d'une maladie, en général infectieuse, dans une population déterminée ou une région précise avec une incidence stable. Le choléra est endémique quand la maladie réapparaît de manière fréquente dans le temps et l'espace. De manière concrète, une région d'endémie du choléra est une zone où des cas de choléra confirmés ont été détectés pendant trois des cinq dernières années, une transmission locale étant établie c'est-à-dire que les cas ne sont pas importés. Les pays de grande taille ne sont pas touchés dans leur entièreté, on parlera alors d'endémicité du choléra pour certaines zones seulement, (Dunoyer, 2013). Selon l'OMS, un cas de choléra confirmé est égal à une épidémie de choléra.

5. Pandémie

Du grec « *pan* » qui veut dire « tout » et « *demos* » qui veut dire « peuple », une pandémie est définie comme une épidémie qui s'étend à la quasi-totalité d'une population d'un continent, voire dans certains cas de la planète⁶. Une pandémie est également définie comme étant une épidémie qui s'étend au-delà des frontières internationales, soit à un continent, à un hémisphère ou au monde entier, et qui peut toucher un très grand nombre de personnes, lorsqu'elles ne sont pas immunisées contre la maladie ou quand la médecine ne dispose d'aucun médicament pour traiter les malades (Solidarités International, 2018). Le monde a vécu 6 grandes épidémies qui ont eu pour origine le sous-continent indien ou l'Asie du Sud-est. Actuellement le monde est dans la 7^{ème} pandémie, partie de la mer des Célèbes, en Indonésie en 1961. Au 19^{ème} siècle, les épidémies se sont développées sous forme de pandémies qui ont atteint le Moyen Orient, l'Europe et le continent américain. Les pays du Nord ont réussi à supprimer les flambées épidémiques par des actions d'assainissement et d'accès à l'eau potable

⁵ <https://www.vocabulaire-medical.fr/encyclopedie/141-endemie-epidemie-epidemiologie-pandemie> consulté le 05 mai 2021 à 13h 10

⁶ <https://www.futura-sciences.com/sante/definitions/medecine-pandemie-3838/> consulté le 05 mai 2021 à 14h 35

associées à une amélioration globale du niveau de vie des populations et du système de santé (Bompangue, 2009).

Les équivoques et les préjugés ainsi levés sur les concepts, à travers la littérature sur le sujet, nous pouvons aisément entrer dans la recherche sachant très bien de quoi il est question. Comme le dit si bien Bachelard (1986 : 229) : « *La définition des concepts est la première opération qui permet d'éviter justement de tomber dans le langage courant, les imprécisions, les incertitudes et de faciliter la saisie de l'objet de recherche* ». Cette partie de notre travail avait pour ambition de lever toute confusion qui pourrait surgir afin de nous permettre de lire objectivement le phénomène étudié.

IX. MÉTHODOLOGIE

Dans cette section, il est question de montrer le cheminement emprunté pour la collecte, le traitement, l'analyse et l'interprétation des données.

1. La collecte des données

La collecte des données est une étape de la recherche scientifique qui consiste à recueillir les informations utiles et nécessaires pour comprendre le phénomène étudié. Le travail consiste ici à sélectionner les instruments qui permettront de recueillir des données nécessaires à l'étude, délimiter les champs d'observation et enfin, sélectionner les unités d'observation à l'intérieur des champs délimités. Pour la réalisation de cette collecte de données, des descentes (4) ont été faites dans la ville de Douala, notre zone d'étude.

- **Champ d'observation et délimitation spatiotemporelle de l'étude**

La collecte de donnée de terrain s'est effectuée dans le district de santé de Deido dans la ville de Douala en Juillet et Août 2022. Nous avons choisi ce site car, faisant partie des districts de santé de la ville de Douala les plus peuplés et où le choléra est recrudescit depuis 2018. Les données de la situation épidémiologique dans la ville de Douala de 2018 à 2020 ont été collectées à partir du DHIS2.

- **Population d'étude**

Le champ d'observation circonscrit, il convient pour une étude sociologique de procéder à la sélection des unités d'observation. Il s'agit en effet, des personnes qui sont au contact des informations et qui sont capables de nous éclairer sur la problématique de la recherche. Il s'agit des acteurs actifs (chargés de la mise en œuvre des politiques de santé au niveau opérationnel) et passifs (qui subissent les politiques et sont directement touchés par le choléra : la population

générale) de la lutte contre le choléra dans le DS de Deido. Nous nous sommes donc rapprochés d'un responsable du District de Santé de la Cité de Deido affecté à la lutte contre le choléra ; 10 agents de santé communautaires (ASC) et 02 responsables religieux. Ces personnes ont été choisies pour des entretiens sur la base du critère de l'implication dans la lutte contre le choléra à Douala.

Nos critères de sélection étaient : être impliqué dans la lutte contre le choléra aux niveaux intermédiaire ou opérationnel, résider dans le District de santé de Deido, être majeur en âge, accepter de répondre aux questions et être un leader religieux dans le DS de Deido. Ont été exclues de cette étude les personnes résidant hors du District de santé de Deido, les personnes mineures en âge, les personnes ayant refusé de participer à notre étude.

- **Type d'étude : étude quantitative et qualitative**

Une recherche mixte repose sur une visée compréhensive et descriptive cherchant à répondre aux questions pourquoi et comment ? Elle analyse des actions et interactions en tenant compte des intentions des acteurs. Il s'agit d' « *un type de recherche dans lequel un chercheur ou une équipe de recherche combine des aspects des méthodes qualitatives et quantitatives (c.-à-d. les postulats, les outils de collecte de données, l'analyse, les techniques d'inférence) à des fins d'approfondissement et de corroboration* » (Johnson et al., 2007, p. 123 ; cités par Briand et Larivière, 2014).

Selon Creswell et Plano Clark (2011), les méthodes mixtes s'inscrivent dans un courant ou paradigme de recherche dans lequel on incorpore au sein d'une même étude (dans sa conceptualisation, son devis ou son type de données recueillies et analysées) des composantes des méthodes quantitatives et qualitatives. Les méthodes de recherche mixtes découlent de l'idée de la triangulation des résultats de recherche, c'est-à-dire que plusieurs résultats d'expérimentations différentes sont combinés pour mieux cerner un phénomène et assurer la validité des conclusions. Déjà dans les années 1950-1960, certains auteurs parlaient de « multiple operationalism » ou de « between-methods triangulation » pour nommer cette combinaison de méthodes et d'expérimentations, et pour penser autrement la production des nouvelles connaissances (Johnson et al., 2007).

- **Technique d'échantillonnage**

L'échantillonnage fait référence au choix d'une partie représentative d'une population à étudier. Il s'agit d'un échantillonnage non probabiliste guidé essentiellement par les commodités ou la facilité et non pas par le souci de représentativité : l'échantillonnage par convenance. Cela consiste à interroger la première personne rencontrée qui accepte de répondre

et qui est capable de fournir des informations sur le sujet à étudier. Dans un échantillonnage par convenance, il est important de situer les répondants par rapport à la personnes cible. Le groupe de répondant appelé population impliquée, peut être plus vaste ou plus étroit que le groupe de personnes concernées encore appelé population cible. L'utilité de l'échantillon de convenance dépend donc de l'importance de l'écart entre population cible et la population impliquée. L'avantage majeur de ce genre d'échantillonnage est la facilité de recueil d'information. Toutefois, elle a pour inconvénient de ne pas pouvoir décrire la population impliquée qu'à postériori. Ainsi, on ne peut pas être sûr que l'écart entre la population impliquée et la population cible n'est pas important, car le choix de l'échantillon a été fait d'une manière subjective. Cette technique d'échantillonnage a été choisie car elle est un moyen rapide pour obtenir des données et peu couteuse. Également, ce travail a été effectué avec les personnes disponibles, celles trouvées sur le site et ayant bien accepté de répondre aux questions. Le calcul de la taille de l'échantillon s'est fait calculée en ligne grâce à un site de calcul SurveyMonkey où le niveau de confiance déterminé est de 80% et une marge d'erreur de 5% pour une population de 623766 habitants (MINSANTE, 2022). La taille de l'échantillon était donc de 165 personnes. Dans la population générale, la saturation a été atteinte à la 94^{ème} personne ; ce qui a ramené la taille de l'échantillon à 107 personnes dont 94 personnes de la population générale résidant à dans le District de santé de Deido ; 13 personnes ressources dont 10 ASC, 1 responsable de la lutte contre le choléra dans le DS de Deido et 02 responsables religieux (des pasteurs d'église).

- **Techniques et outils de collecte des données**

- *L'observation documentaire*

L'observation documentaire est indispensable dans toute recherche scientifique dans la mesure où, lorsqu'un chercheur entame un travail, il est fort probable que de nombreux autres chercheurs avant lui aient abordé le sujet. Il est alors impératif pour un chercheur de consulter les travaux antérieurs sur le sujet afin de mieux formuler sa problématique. S'inscrivant dans cette démarche, la consultation des documents scientifiques, des archives d'administration, les textes de lois, les rapports d'étude et autres documents administratifs et des organisations privées ont été d'une grande importance dans le processus de collecte de données. Aussi, dans le cadre de cette recherche, elle a consisté en l'exploitation des ouvrages, articles, mémoires, thèses, et journaux et magazines périodiques d'informations dans les centres de documentation et des sites d'internet, rapports de recherches produits par les ONG, et rapports d'activités produits par le MINSANTE à différents niveaux et les ONGS permettant de bien définir le

problème de recherche, afin d'avoir ainsi des idées précises et plus larges sur l'état passé et actuel des connaissances sur le sujet et susceptibles d'approfondir les analyses sur le thème et de circonscrire la problématique. L'observation documentaire a ainsi permis de faire le tour des documents physiques ou numériques sur les questions du choléra et des politiques de santé en général et de la politique nationale de lutte contre le choléra en particulier pour mieux approfondir nos analyses sur le thème de recherche qui est le nôtre et la circonscription de notre problématique.

- ***L'observation directe***

L'observation directe est une technique de collecte des données qui permet au chercheur de se rendre compte de la réalité du terrain en les observant de plus près. C'est une observation externe désengagée. L'observateur, étranger au phénomène reste extérieur pendant toute la durée de l'observation et en est seulement le spectateur. Comme le précise LOUBET (2000), ici, la réalité est observée par des chercheurs qui n'appartiennent pas au milieu étudié, qui ne participent pas au phénomène étudié, qui lui sont étrangers. L'observation directe revêt des dimensions objective et subjective ou interactive de l'observation. Il s'agit de l'enregistrement des actions perceptibles dans leur contexte naturel et consiste pour le chercheur à être témoin des comportements sociaux d'individus ou de groupes dans les lieux mêmes de leurs activités ou de leurs résidences, sans en modifier le déroulement ordinaire (Laperrière, 2009). Le recours à l'observation directe dans ce travail se justifie par la nécessité de rassembler l'ensemble des faits qui se présentent successivement dans la ville de Douala, et au niveau du District de santé de Deido. Faits permettant d'apprécier les déterminants de la recrudescence du choléra dans ville de Douala et les obstacles à la mise en œuvre efficace des politiques de lutte contre le choléra dans la ville de Douala. Notre grille d'observation est alors constituée à travers l'analyse de l'implémentation des stratégies de lutte contre le choléra par des acteurs à Douala, des réalités socioculturelles communautaires et l'état des infrastructures d'assainissement et de diffusion d'eau dans la ville de Douala.

- ***Les entretiens semi-directifs***

L'entretien est une méthode de recherche par laquelle l'enquêteur cherche à obtenir des informations sur les attitudes, les comportements, les représentations d'un ou de plusieurs individus dans la société. Selon Quivy et Campenhoudt (2011), elle permet « *l'analyse du sens que les acteurs donnent à leurs pratiques et aux événements auxquels ils sont confrontés : leurs systèmes de valeurs, leurs repères normatifs, leurs interprétations des situations conflictuelles ou non, leurs lectures de leurs propres expériences* ».

En d'autres termes, l'entretien est « *un procédé d'investigation scientifique utilisant un processus de communication verbale pour recueillir des informations en relation avec un sujet ou un thème* » (Madeleine Grawitz, 1990 :644). Dans ce travail, nous avons eu recours à un entretien semi-directif qui est une technique qualitative de recueil d'informations permettant de centrer le discours des personnes interrogées autour de thèmes définis préalablement et consignés dans un guide d'entretien (série de questions ouvertes, organisées en thématique, ou en sous-thématique et administrées aux individus d'une population étudiée). Contrairement à l'entretien directif, l'entretien semi-directif n'enferme pas le discours de l'interviewé dans les questions prédéfinies ou un cadre fermé car l'enquêteur lui laisse la possibilité de développer et d'orienter son propos, les différents thèmes devant intégrer dans le fil discursif de l'enquêté. Il permet de recueillir des informations de différents types : des faits, des vérifications de faits, des opinions, et des points de vue, des analyses, des propositions des réactions aux premières hypothèses et des conclusions des évaluateurs. Le motif du choix de ce type d'entretien est qu'il admet des questions formulées et ou non à l'avance, ouvertes et celles fermées et garantit une certaine marge de liberté aux répondants tout en écartant l'enquête du risque de dispersion et d'égarement. Il permet également dans l'interaction se créant entre l'enquêteur et l'enquêté d'obtenir des clarifications des réponses floues et aux enquêteurs d'étudier et de comprendre les attitudes et comportements de l'enquêté durant l'interview. Les entretiens semi-directifs dans le cadre de cette étude ont concerné les personnes ressources : Chef de la lutte contre le choléra au DS, les responsables religieux (02), et les agents de santé communautaire (10). Notre guide d'entretien était structuré autour de plusieurs thématiques dont :

- La coordination et le partenariat
 - Evaluation des risques à partir des quatre dernières épidémies
 - Surveillance (alerte et détection)
 - Communication et sensibilisation
 - Prise en charge
- ***L'enquête par questionnaire***

L'enquête par questionnaire est une démarche systématique qui consiste à recueillir sur la base d'un questionnaire des données quantifiables sur les attitudes, les opinions, les comportements et situation de vie des individus.

« Elle consiste à poser à un ensemble de répondants, le plus souvent représentatif d'une population, une série de questions relatives à leur situation sociale, professionnelle ou familiale, à leurs opinions, à leur attitude à l'égard d'options ou

d'enjeux humains ou sociaux, à leurs attentes, à leur niveau de connaissance ou de conscience d'un événement ou d'un problème » (Quivy et Campenhoudt, 2006 : 171).

C'est l'outil de collecte par excellence des données quantifiables. Il consiste en une série de questions prédéfinies, standardisées, claires et précises administrées aux individus représentant la population mère. Son objectif est de recueillir des informations numériques sur des phénomènes jugés subjectifs comme les motivations, les attentes, les opinions ou systèmes de représentations (enquête descriptive) ou le recueil des informations tels que les données socio-économiques (le niveau d'étude, niveau socio-professionnel, le niveau du salaire, etc.) ou encore les informations sur le degré de satisfaction ou d'insatisfaction ou encore sur la quantité, etc. Un premier questionnaire aux questions mixtes (fermées et ouvertes) a été administré à la population générale en vue d'analyser leurs comportements, perceptions et croyances sociales relatifs au choléra dans le District de santé de Deido. Ce questionnaire était structuré autour de plusieurs points :

- Connaissances et perceptions sociales du choléra en contexte de COVID 19
- Communication
- Pratiques des mesures familiales essentielles
- Facteurs de risque
- Perceptions sur les politiques publiques de santé et croyances en l'efficacité des mesures de prévention et de lutte contre le choléra

Un second questionnaire a été administré au Chef bureau de la lutte contre le choléra au niveau du Service de santé du district de santé de Deido. Celui-ci portait sur les thématiques suivantes :

- Coordination et partenariat
- Évaluation des risques
- Surveillance (alerte et détection)
- Communication et sensibilisation
- WASH (Eau, hygiène et assainissement)
- Prise en charge

2. Traitement et analyse des données : techniques et outils d'analyse

- *Analyse qualitative du contenu qualitatif*

Comme le dit Mucchielli (1984 :17)

Tout document parlé, écrit ou sensoriel contient potentiellement une quantité d'informations

sur la personne qui est l'auteur, sur le groupe auquel elle appartient, sur des faits et événements qui y sont relatés, sur les effets recherchés par la présentation de l'information sur le monde et sur le secteur du réel dont il est question.

Ce document bien qu'étant un potentiel porteur d'informations peut être sujet à la spontanéité et à la subjectivité des informations qu'il contient. Il est donc nécessaire de souscrire à l'analyse de contenu qui revient à refuser « *l'illusion de la transparence des faits sociaux* » et à tenter de s'écarter systématiquement des « *dangers de la compréhension spontanée* » (Bardin, 1998 :31). Autrement dit, elle consiste à dépasser la pseudo transparence des savoirs spontanés et à lutter contre l'évidence des savoirs subjectifs. L'analyse de contenu serait donc une technique visant le traitement systématique et objectif d'un/des message(s)/ d'une/des communication(s) dans le but d'en dégager le sens ou la signification et de produire les inférences sur les conditions conduisant à la production de ces significations (Bardin, 1998). Par ailleurs, c'est une technique de recherche qui repère, classe, analyse et interprète les données brutes et retranscrites d'un entretien et celles des questions ouvertes d'un questionnaire dans le but d'en extraire ou de découvrir le sens ou la signification cachée. Selon Berelson (1971 :18) cité par Bonville (2000 : 9),

L'analyse de contenu est une technique de recherche servant à la description objective, systématique et quantitative du contenu manifeste des communications. En d'autres mots, l'analyse de contenu permet de retracer, de quantifier, voire d'évaluer, les idées ou les sujets présents dans un ensemble de documents : le corpus.

Sabourin (2009) quant à lui, soutient que l'analyse de contenu a pour but de connaître la vie sociale à partir de cette dimension symbolique des comportements humains. Selon lui,

Elle procède de traces mortes, de documents de toutes sortes, pour observer des processus vivants : la pensée humaine dans sa dimension sociale. Cette pensée peut être appréhendée à l'échelle individuelle ou collective et conceptualisée, notamment, dans une théorie des idéologies ou, encore, dans une théorie des représentations sociales (Sabourin, 2009 :).

Relevant de la sémantique, elle sert à décrire et déchiffrer le (s) sens ou la/les signification(s) d'une communication écrite ou orale. Elle cherche à rendre explicite le contenu d'un message, d'un document, d'une communication et d'en comprendre la signification (interprétation) en réduisant son contenu (Résumé). Ce travail passe par la construction et la mise en œuvre des règles et procédures d'analyse donnant à l'analyse de contenu son caractère « objectif » à l'analyse de contenu de dépasser ses simples « intuitions » (Sabourin, 2009 :). Pour Mucchielli (1984 :17), « *Analyser le contenu (d'un document ou d'une communication), c'est, par des méthodes sûres...rechercher les informations qui s'y trouvent,*

d'en dégager le sens ou les sens de ce qui y est présenté, formuler et classer tout ce que « contient » ce document ou cette communication ».

Pour ce travail de recherche, l'analyse de contenu mobilisée est qualitative. En effet, elle consiste comme le dit Leray (2008), à scruter en profondeur un corpus en fouillant systématiquement, au moyen de fines catégorisations, tous les éléments de son contenu que le chercheur s'oblige à retracer, à classer, à comparer et à évaluer.

Selon Hsieh H.F. et Shannon S.E. cité par L. Dany (2016 :9), « *l'analyse qualitative de contenu est une méthode de recherche pour l'interprétation subjective du contenu des données d'un texte par un processus de classification systématique de codage ou l'identification de thèmes ou patterns* ». Elle consiste donc à faire des descriptions, des commentaires, des interprétations des données qualitatives recueillies soit lors d'un entretien ou d'un discours soit dans un document.

Dans le cadre de notre travail, cette technique a été utilisée pour aider à dégager les problèmes de la politique nationale de santé en qui concerne la lutte contre le choléra dans la ville de Douala. Il s'agira d'analyser le contenu de la retranscription des différents entretiens réalisées sur la question auprès des populations et des agents de santé communautaires, les réponses aux questions ouvertes du questionnaire ainsi que le contenu des documents stratégiques et administratives portant sur les politiques de santé ou le système de santé surtout en ce qui concerne la lutte contre le choléra au Cameroun.

La grille d'analyse utilisée dans le cadre de cette analyse est en effet, un court document récapitulant l'ensemble des éléments de contenu que l'on désire retracer dans le corpus retenu pour étude. Elle était structurée autour des thématiques suivantes :

- Relation entre les déterminants socioculturels du choléra et des politiques publiques de santé mises en œuvre pour lutter contre le choléra
- Approche intersectorielle de la lutte contre le choléra
- Recommandations nationales et internationales de lutte contre le choléra
- Activités ou initiatives de lutte contre le choléra dans la ville de Douala
- Difficultés rencontrées dans le cadre de la lutte contre le choléra

- ***La transcription***

En définition, la transcription est la restitution fidèle, compréhensible et respectueuse des propos d'un interviewé (Rioufreyt, 2016). La sociologie privilégie le contenu des énoncés des enquêtés en le rapportant au contexte discursif et inter-discursif propres à une époque et/ou à un groupe social donnés. Il s'agit d'étudier les informations manifestes contenues dans les

propos de l'enquêté pour par exemple en savoir plus sur un événement, un phénomène ou le fonctionnement d'un groupe. Il peut s'agir également d'étudier plutôt le sens, y compris le contenu latent, comme les schèmes de représentation et de perception, les catégories que mobilise l'enquêté (Rioufreyt, 2018). La transcription des données recueillies lors des entretiens s'est faite suite à une écoute attentive de fichiers audios.

- ***L'analyse statistique des données quantitatives***

L'analyse statistique des données convient pour toutes les recherches axées sur l'étude des corrélations entre des phénomènes susceptibles d'être exprimés en variables quantitatives. Dès lors, elle s'applique généralement très bien aux recherches menées dans une perspective d'analyse causale. Mais ce n'est guère exclusif. Elle s'impose dans tous les cas où ces dernières sont recueillies à l'aide d'enquêtes par questionnaire (Campenhoudt et Quivy, 2011). Dans le cadre de cette recherche, le logiciel SPSS, le google sheet et le logiciel Excel ont été utilisés pour avoir des données significatives par analyse quantitative.

X. CONTRAINTES RENCONTRÉES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

Ne pouvant pas prendre à charge les frais de transport et autres commodités liées au déplacement des personnes pour la réalisation des focus groups, un questionnaire a été administré aux répondants et leurs avis ont été recueillis séparément. Il s'est également posé un problème d'indisponibilité des personnes ressources du CERPLE Littoral. Ce qui a conduit au simple contentement des documents et rapports fournis au niveau du service de santé du District de Deido. De même, l'indisponibilité des personnes ressources au niveau du Service de santé de District pendant les deux premières semaines a constitué un problème au respect de la période prévue pour la collecte des données.

XI. PLAN DE L'ÉTUDE

Le présent travail s'articule autour de trois grandes parties. Premièrement, il s'agira pour nous de présenter la situation globale du choléra au Cameroun. Cette partie sera subdivisée en trois chapitres : le chapitre 1 portera sur la problématique du choléra au Cameroun plus précisément le cas de la ville de Douala ; le chapitre 2 portera sur la présentation de la politique nationale de lutte contre le choléra ; et le chapitre 3 portera sur l'approche multisectorielle de la lutte contre le choléra au Cameroun mise en œuvre particulièrement dans la ville de Douala et plus spécifiquement dans le District de santé de Deido. Ce chapitre présente de manière claire le système de lutte contre le choléra et son fonctionnement à partir du cas du District de

santé de Deido. La deuxième partie porte enfin sur les déterminants endogènes et exogènes de l'affaiblissement des politiques de lutte contre le choléra, empêchent au Gouvernement Camerounais d'atteindre ses objectifs dans le cadre de l'élimination de la maladie, et qui sont à l'origine de la persistance du choléra dans la ville. Elle est donc subdivisée en deux chapitres. Le chapitre 4 porte sur une analyse des déterminants exogènes au système de santé contribuant à affaiblir les politiques de santé élaborées et mises en œuvre pour lutter contre le choléra dans la ville de Douala et qui favorisent la persistance du choléra dans la ville. Le chapitre 5 aborde enfin, les déterminants endogènes au système de santé contribuant à affaiblir les politiques de santé élaborées et mises en œuvre pour lutter contre le choléra dans la ville de Douala et qui contribue également à la persistance du choléra dans la ville.

PREMIERE PARTIE :

SITUATION GLOBALE DU CHOLERA AU CAMEROUN

L'approche systémique mobilisée ici permet de comprendre et de décrire la mise en œuvre des politiques publiques de santé dans le processus de lutte contre le choléra dans la ville de Douala à partir du cas concret du District de santé de Deido. Il s'agit également dans cette partie, de montrer comment la politique nationale de lutte contre le choléra est mise en œuvre par axes stratégiques dans le district de santé de Deido. Ceci est en réalité, une vue globale de la lutte contre le choléra au Cameroun en général selon l'approche multisectorielle préconisée par le Cameroun et l'Organisation Mondiale de la Santé. Ici, sont également analysées les interactions entre les différents éléments d'un système à différents niveaux de la mise en œuvre des politiques de lutte contre le choléra. Comme signalé dans le plan de ce mémoire, cette première partie est donc constituée de trois chapitres. Le premier porte sur la problématique du choléra au Cameroun plus précisément dans le District de santé de Deido ; la deuxième porte sur la présentation de la politique nationale de lutte contre le choléra ; et la troisième détaille les initiatives de lutte contre le choléra selon l'approche multisectorielle.

CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE DU CHOLERA AU CAMEROUN : CAS DE DOUALA

Douala est la première agglomération camerounaise à subir le processus d'occidentalisation. La ville est née de la colonisation européenne. Tout commence avec la signature du traité germano-douala en 1884 par les rois Akwa et Bell. La ville de Douala s'est de manière singulière, construite à partir de villages. Elle est traversée de multiples artères (avenues, esplanades, rues) qui déterminent son urbanité et illustrent sa trajectoire historique et socio-économique. La construction de la ville de Douala démarre en 1899 sous l'administration allemande avec Brauchitsch, considéré comme le constructeur de la ville de Douala. En effet, il aurait transformé le village africain traditionnel en ville moderne avec le traçage de larges rues, l'assèchement du marécage de Bonaku, l'amélioration et l'agrandissement du port, construction de la digue (passage surélevé) entre Joss et Akwa, assèchement du marécage entre Akwa et Deido, début de la canalisation et de l'eau courante. Après plus de 9 ans d'administration Brauchitsch est remplacé par son adjoint Rohm le 27 septembre 1908 qui continuera son œuvre. Il élaborera un vaste plan d'urbanisme avec les principes d'expropriation et de réinstallation au-delà d'une zone libre. Au moment de la guerre son adjoint, le Dr. Wieneke, le 28 avril 1914 lui succéda et signa avec le lieutenant Nothnagel la reddition de la ville aux Anglais, le 27 septembre 1914 (Gouellain, 1973). Selon Gouellain (1973), trois facteurs auraient favorisé le développement de la ville de Douala dont : le fleuve Wouri qui est à la hauteur de la ville et constituant un excellent port naturel grâce à sa largeur et à ses eaux profondes et calmes ; l'emplacement de la ville du point de vue de l'hygiène : les agglomérations tant des Blancs que des indigènes se trouvent sur un plateau s'élevant à 16 mètres environ au-dessus du niveau de la mer, emplacement très dégagé et partant, accessible à la brise ; et la relation commerciale des habitants de la ville avec les populations de l'intérieur et les Européens faisant de la ville la porte d'entrée et de sortie, le port principal et le point de départ des lignes de chemin de fer du Cameroun. Cependant en s'étendant, Douala se peupla d'abord sans plan préconçu, sans ordre, sauf à Joss, le premier quartier que se réserva le colonisateur. Le premier plan d'urbanisme de Douala conçu en 1896, plus précisément du plateau de Joss, montre clairement ce qui y avait été réalisé en douze ans : résidences, palais, casernes, logements de fonctionnaires, hôpitaux.

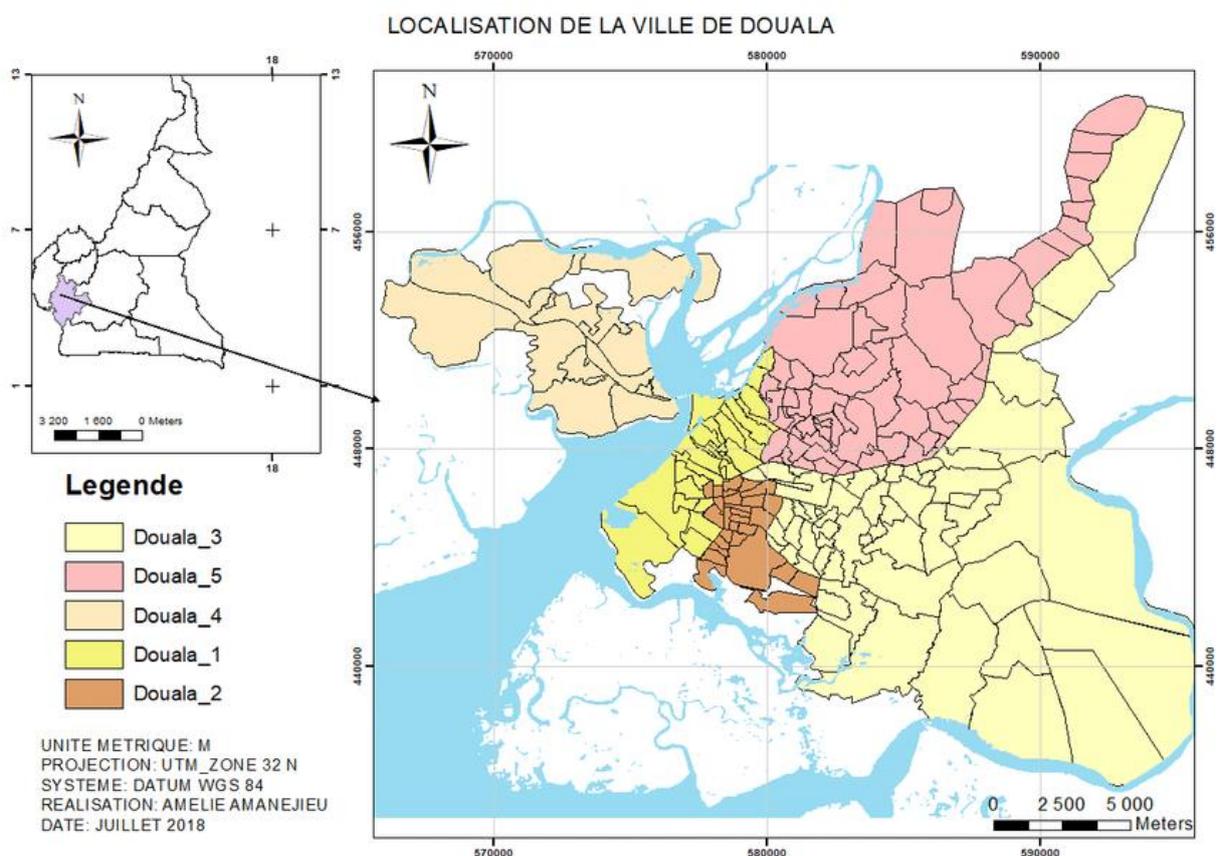
I. DESCRIPTION DE LA VILLE DE DOUALA

Cette partie présente de manière succincte et générale, la situation géographique, administrative, économique, démographique et sanitaire de la ville de Douala.

1. Situation géographique

La ville de Douala est située dans la région du Littoral, en bordure de l'océan Atlantique, au fond du golfe de Guinée, à l'embouchure du fleuve Wouri et s'étend sur une superficie de 210 km². Ses limites territoriales sont celles du département du Wouri.

Image 1 : Localisation de la ville de Douala



Source : *Amelie AMANEJIEU, 2019*

Le climat de Douala est de type tropical : il se caractérise par une température à peu près constante, autour de 26°, et des précipitations très abondantes, particulièrement pendant la saison des pluies, de juin à octobre. L'air est presque constamment saturé d'humidité : 99 % d'humidité relative en saison des pluies, mais 80 % en saison sèche, saison sèche « relative », d'octobre à mai (www.climate-data.org consulté e 20 mai 2022).

Tableau 1: Températures et précipitations moyennes à Douala - altitude : 17 m – latitude : 4°03' N

Mois	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	An
Température minimale moyenne(°C)	24,2	24,5	24,4	24,3	24	23,3	22,8	22,7	22,8	23,1	23,5	24,1	23,6
Température maximale moyenne(°C)	29,9	30,1	29,9	29,6	29,1	27,8	27	26,8	27,5	28,1	28,8	29,5	28,7
Précipitations (mm)	82	107	227	294	313	310	370	358	352	377	271	113	3 174

Source : Tableau climatique de Douala (en °C et mm, moyennes mensuelles) fr.climatedata.org(<https://fr.climatedata.org/afrique/cameroun/littoral/douala890444/#climate-table>) consulté le 20 mai 2022

2. Situation administrative

Chef-lieu de la région du Littoral et du département du Wouri, la ville de Douala a le statut de communauté urbaine depuis 1987 par décret n°87/1366 du 24 septembre 1987 et est partagée en six communes d'arrondissement dotées de conseils municipaux élus selon que le présente le tableau 2 ci-dessous. Les cinq premières sont des zones urbaines alors que la sixième est rurale. De 1967 à 2020, la ville de Douala est dirigée par un Délégué du gouvernement nommé par décret présidentiel. Ainsi, y ont succédé les maires Rodolph TOKOTO ESSOME (1956-1967) et Nicolas EPEE MPONDO (1967), les délégués du Gouvernement auprès de la commune urbaine Jacques BEBEY (1967-1969), André Michel EPEE (1969-1982) et Christian TOBIE KOUOH (1982-1987) ; les délégués du Gouvernement auprès de la communauté urbaine de Douala Joseph POKOSSY NDOUMBE DIPITA (1989-1996), TOBO EYOUM (1996-2001), Edouard ETONDE EKOTO (2001-2006) et Fritz NTONE NTONE (2006-2020). Depuis 2020, la ville de Douala est dirigée par le Maire Roger MASSA NDINE (www.osidimbea.cm consulté le 20 mai 2022).

Tableau 2: Arrondissements de la ville de Douala

Communes d'arrondissement	Chefs-lieux	Date création
Douala I	Bonanjo	1987
Douala II	New Bell	1987
Douala III	Logbaba	1987
Douala IV	Bonassama	1987
Douala V	Bonamoussadi	1992
Douala VI	Manoka	1992

Source : www.osidimbea.cm consulté le 20 mai 2022

3. Situation économique

Douala est la capitale économique et le principal centre d'affaires du Cameroun, en Afrique centrale. Elle est l'une des deux plus grandes villes du pays avec Yaoundé, la capitale politique. La ville se développe à partir de son port de commerce sur l'estuaire du fleuve Wouri ouvert sur le golfe de Guinée.

L'économie urbaine reste profondément liée à sa fonction de « porte d'entrée du Cameroun ». Le transport joue donc un rôle central dans le fonctionnement et le développement des activités de la ville. La ville de Douala s'est imposée comme capitale économique du pays par son port qui a permis le développement de près de 80 % de l'activité industrielle du Cameroun. 75 % des industries du pays y sont installées ainsi que 60 % des PME, 35% des unités de production, 65 % des grandes entreprises, 55 % des moyennes entreprises, 62 % du chiffre d'affaires national et 45 % des emplois offerts par les entreprises (CUD, 2018). À lui seul, le port draine plus de 95 % du trafic portuaire du pays (Wikipédia). Le port de Douala-Bonabéri est jusqu'à ce jour la principale ouverture maritime du Cameroun et de la Communauté économique d'Afrique centrale (CEMAC). Les principaux produits exportés sont le bois (du Cameroun et de Centrafrique), les fruits (notamment les bananes) et le pétrole. Par ailleurs, la ville abrite les sièges sociaux des plus grandes entreprises et industries du Cameroun.

4. Situation socioculturelle

La ville de Douala compte 3 peuples autochtones dont : les Bassa, les Doualas et les Bakokos. C'est une ville cosmopolite⁷ attirant les populations de diverses ethnies camerounaises et d'Afrique centrale. Plusieurs langues vernaculaires⁸ y sont parlées, aux côtés des langues autochtones telles que le douala et le bassa. La population de Douala a triplé en vingt ans de 1980 à 2000 () et attire plus de 100 000 nouveaux arrivants chaque année (CUD, 2009). En 2020, cette population était estimée à 3.322.170 habitants (MINSANTE, 2020 c) et en 2022, elle est estimée à 3.486.066 habitants (MINSANTE, 2022). Douala constitue la plus grande ville du Cameroun et parmi les 25 plus importantes agglomérations d'Afrique. La ville tire son nom de l'ethnie qui l'a fondée, les Doualas. Néanmoins, Douala est aujourd'hui une mosaïque des différentes ethnies qui composent le Cameroun. La ville doit sa croissance à l'exode rural qui a poussé des centaines de milliers de camerounais à quitter leurs campagnes pour s'installer dans les villes.

⁷ Ville accueillant des populations d'origines variées et dans laquelle se mêlent de nombreuses cultures.

⁸ Langues propres au pays.

Le tableau ci-dessous présente la population de la ville de Douala par District de santé et par aire de santé en 2022 :

Tableau 3: Population de Douala par DS et AS

N°	DISTRICTS DE SANTE	AIRES DE SANTE	POPULATION	TOTAL POPULATION DANS LES DS
1	BANGUE	Bonamoussadi	61 528	384 923
		Kotto (Bangue)	52 531	
		Logpom Makepe	74 971	
		Makepe Missoke	54 036	
		Massoumbou	12 140	
		Bangue	61 558	
2	BOKO	Bobongo	46 779	364 151
		Boko Plage	67 752	
		Boko Plateau	49 573	
		Cite Berge	45 015	
		Mbanga Pongo	39 075	
		Newtown Airport	80 602	
		Ngodi Bakoko	35 356	
3	BONASSAMA	Bilingue	38 016	553 427
		Bojongo (Bonassama)	68 765	
		Bonamikano	58 500	
		Bonassama	33 235	
		Bonendale	72 763	
		Djebale	879 22	
		Grand Hangar	46 509	
		Mambanda	125 014	
		Ngwele	61 579	
		Nkomba	9 388	
		Sodiko	38 779	
4	CITE DES PALMIERS	Cite des Palmiers	70 097	338 852
		Dikahe	14 660	
		Genie Madiba	39 712	
		Logbessou	245 053	
		Maneke	26 980	
		Ndogbong-CP	39 925	
		Ndoghem	2 38 435	
		Nyalla-CP	39 707	
		Sodikombo	24 283	
5	DEIDO	Akwa 1	28 313	623 766
		Akwa 2	21 955	
		Akwa 3	28 227	
		Akwa Nord	41 352	
		Bepanda Omnisports	118 822	

		Bepanda TSF	114 936	
		Bessengue	20 263	
		Bonanjo	58 313	
		Cite Sic	54 142	
		Deido	32 199	
		Ndogbong	62 951	
		New Deido	42 293	
6	JAPOMA	Bwang	12 801	182 090
		Japoma	23 977	
		Japoma Mbanga	16 225	
		Japoma Yambon	24 855	
		Nyalla Château	22 233	
		Nyalla Kambo	36 079	
		Nyalla Nkembe	27 984	
		Yassa	17 9361	
7	LOGBABA	Logbaba Centre	24 049	272 564
		Logbaba Plateau	29 609	
		Mboppi	16 411	
		Ndogbati	16 450	
		Ndogpassi 2	44 091	
		Ndogpassi 1	46 351	
		Ndogssimbi	14 523	
		Ndokoti	23 444	
		Nkongui	37 472	
		St Michel	20 164	
8	NEW BELL	Camp Yabassi	29 244	315 646
		Makea	38 413	
		Mbam Ewondo	13 384	
		New-Bell Bamileke	19 899	
		Ngangue	27 842	
		Nkolmitag	23 107	
		Nkololoun	54 110	
		Nkong Mondo	26 167	
		Sebenjongo	26 563	
		Youpwe	56 918	
9	NYLON	Barcelone	77 944	450 647
		Bonadiwoto	37 407	
		Oyack	3 57 717	
		Diboum	85 136	
		Ndogpassi 3 Centre	57 441	
		Ndogpassi 3 ZR	54 430	
		Oyack1	38 065	
		Soboum	42 508	

Source : MINSANTE, Populations cibles prioritaires 2022

Comme précisé plus haut, Douala a un caractère côtier avec la forte présence d'eau et de mangroves notamment dans l'estuaire du fleuve Wouri. Il est fréquent de trouver des habitations entourées d'eau, temporairement ou de façon permanente. La plus grande partie de l'habitat de la ville n'est pas bien planifié et les constructions ne sont pas solides : moins de 8% de la surface est occupée par des copropriétés, des immeubles ou des villas tandis que les constructions mixtes couvrent 23,5% et les constructions en bois ou en boue 20,4%. Ceci indique une population pauvre et une forte pression sur les ressources naturelles et la végétation. Les plantations, les parcs et les terrains agricoles ne couvrent qu'une petite partie de la ville.

5. Situation sanitaire de la ville de Douala

La ville de Douala dispose d'une infrastructure sanitaire importante malgré les disparités dans les Districts de Santé et les problèmes liés à la qualité de service. On y compte plusieurs hôpitaux publics, privés et parapublics. Tel que présenté dans le tableau ci-dessus, la ville de Douala compte 09 Districts de santé et 81 Aires de santé (niveau opérationnel) gouvernés par la Délégation Régionale de la santé du Littoral (niveau intermédiaire) et sous la supervision du Ministère de la santé publique du Cameroun (niveau central).

L'orientation en santé est axée sur la Stratégie Sectorielle de la Santé post 2015 dont les cinq composantes sont la promotion de la santé ; la prévention ; la prise en charge de cas ; le renforcement du système de santé et la gouvernance et pilotage stratégique ; et la mise en œuvre de la « Réorientation des Soins de Santé Primaires » dont les éléments de base sont la participation de la communauté dans le but de son auto responsabilisation, la mise en évidence du lien étroit entre le développement et la santé et le respect des droits de l'homme (Okalla et Le Vigouroux, 2001).

Le profil épidémiologique de la ville de Douala, comme celui de la plupart des villes du pays, est dominé par les maladies infectieuses et parasitaires. Il convient cependant de souligner la tendance à l'augmentation de la prévalence de certaines pathologies telles que l'hypertension artérielle, le diabète sucré, et les cancers. L'automédication et le recours aux praticiens traditionnels sont fréquents en raison des difficultés d'accès aux centres de soins de santé. La situation épidémiologique se trouve aujourd'hui aggravée par la pandémie de l'infection à VIH/SIDA, les infections respiratoires, les dermatoses, les maladies gastro-intestinales qui constituent les principales causes de morbidité après le paludisme dans la population générale (MINSANTE, 2020a).

En ce qui concerne la prise en charge des cas de choléra, il existe plusieurs Centres et unités de traitement du choléra dans la ville de Douala parmi lesquels : l'hôpital de District de

New-Bell, le Centre médical d'arrondissement de Bonassama, l'hôpital de District de Nylon, le Centre médical d'arrondissement de Bangue, l'Hôpital Laquintini de Douala, l'hôpital de District de la cité des palmiers, l'hôpital de District de Deido, l'hôpital de District de Bonamoussadi, le Centre médical d'arrondissement de Logbaba, le Centre médical d'arrondissement de Bepanda, et la Polyclinique Bonanjo.

II. ANALYSE DE LA SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE DU CHOLÉRA DANS LA VILLE DE DOUALA DE 2018 À 2022

Depuis le début de l'épidémie, 5 794 cas de choléra ont été enregistrés dans la région du Littoral, dont 147 décès pour un taux de létalité de 2,44 %. 20 Districts touchés par l'épidémie tel que listé dans le tableau ci-dessous.

Tableau 4 : *Données de la situation épidémiologique du choléra par District dans la région du Littoral au 10/10/ 2022*

District de Notification	Cas suspects	TDR+	Cas confirmés (culture)	Décès
DS Boko	7	4	0	0
DS Bonassama	563	391	25	7
DS Cite des palmiers	597	40	61	7
DS Deido	1340	53	164	51
DS Dibombari	8	0	5	1
DS Edéa	32	8	0	2
DS Japoma	122	27	23	4
DS Logbaba	227	45	25	3
DS Loum	19	10	1	0
DS Manoka	4	2	0	0
DS Mbanga	57	6	7	1
DS Melong	45	5	8	2
DS New-Bell	981	172	62	14
DS Njombe Penja	529	24	14	9
DS Nkongsamba	25	4	1	2
DS Nylon	916	159	82	43
Total	5794	1009	552	147

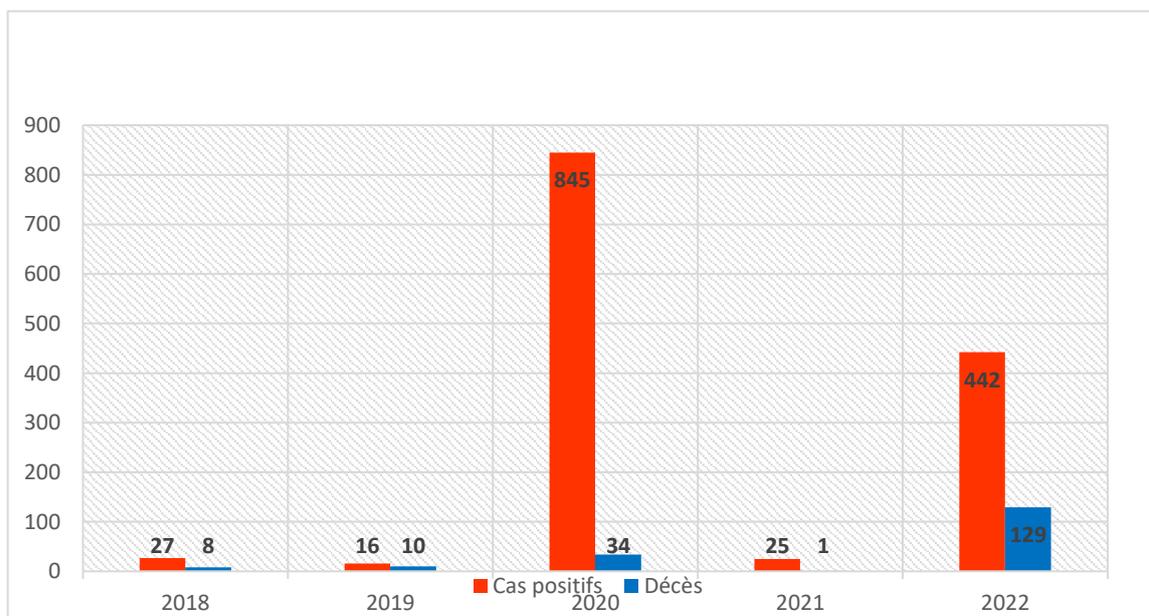
Source : DRSP, Littoral, SitREP n° du 10 octobre 2022

Pendant cinq ans, les épidémies de choléra n'ont cessé de survenir dans la ville de Douala comme dans plusieurs régions du pays. Les données de surveillance épidémiologiques ont révélé une augmentation du nombre de cas de choléra ainsi qu'une croissance du taux de létalité dans la ville. Ainsi à Douala, l'épidémie de choléra s'est localisée dans les dix (10) Districts de Santé. Les données recueillies à partir du DHIS2 et des SitRep de la situation épidémiologique montrent :

- En 2018, il y a eu 27 cas de choléra dans la ville de Douala soit 18 dans le DS de Bonassama, 03 dans le DS de Deido et à 06 cas dans le DS de New Bell.
- En 2019, on a notifié 03 cas dans le DS de Bangue, 09 à Bonassama, 02 à Deido, 02 à Nylon soit un total de 16 cas de choléra et 10 décès dans la ville de Douala en 2019.
- Selon les données collectées à partir du DHIS 2, l'année 2020 a été la plus lourde en ce qui concerne la situation épidémique dans la ville. Tous les Districts de Santé ont été touchés et on y a notifié : 92 cas à Bangue, 12 cas à Boko, 150 cas à Bonassama, 01 cas à la Cité des palmiers, 109 cas à Deido, 14 cas à Japoma 04 cas à Logbaba, 77 cas à Manoka, 313 cas à New Bell et 73 cas dans le DS de Nylon. Au total, 845 cas de choléra et 34 décès de suite de choléra ont été enregistré seulement dans la ville de Douala en 2020.
- En 2021, il y a eu une légère diminution de cas dans la ville dont 25 cas et seulement 01 décès (Figure 1).
- À date, la ville de Douala enregistre en tout 4753 cas suspects parmi lesquels 442 cas confirmés et 129 décès. Le bilan est plus lourd dans le DS de Deido ou on a enregistré 1340 cas suspects parmi lesquels 164 cas confirmés et 51 décès (Tableau 6).

La figure 1 ci-après résume le nombre de cas de choléra enregistré dans la ville de Douala depuis 2018 et le tableau 9 fait un résumé de la semaine épidémiologique du choléra dans la ville de Douala au 10 octobre 2022.

Figure 1: Cas et décès de choléra de 2018 à 2022



Source : DRSP, Littoral, SitREP n° du 10 octobre 2022

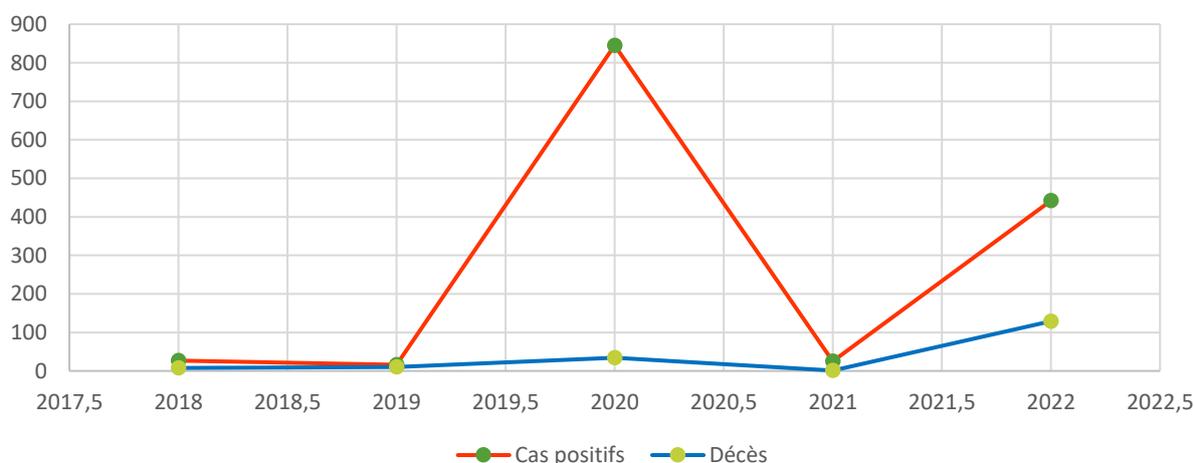
Tableau 5 : Résumé en chiffre de la situation épidémiologique du choléra dans la ville de Douala au 10/10/2022

District de Notification	Cas suspects	TDR+	Cas confirmés (culture)	Décès
DS Boko	7	4	0	0
DS Bonassama	563	391	25	7
DS Cite des palmiers	597	40	61	7
DS Deido	1340	53	164	51
DS Japoma	122	27	23	4
DS Logbaba	227	45	25	3
DS New-Bell	981	172	62	14
DS Nylon	916	159	82	43
Total	4753	891	442	129

Source : DRSP, Littoral, SitREP n° du 10 octobre 2022

La courbe épidémiologique ci-dessous présente l'évolution du choléra dans la ville de Douala de 2018 à 2022 :

Figure 2: Courbe épidémiologique du choléra de 2018 à 2022



Ce graphique montre les tendances des épidémies de choléra ces cinq dernières années avec en rouge, la courbe des cas positifs et en bleu, les cas de décès. La courbe des cas positifs révèle une nette augmentation des cas de 2019 à 2020. Entre 2018 et 2019, on note une faible et une constance des cas. Mais la tendance augmente très rapidement en 2020 où elle atteint un seuil considérable et une rechute rapide en 2021. En 2022, on constate encore une recrudescence de la maladie avec un taux de décès élevé par rapport aux années précédentes. La courbe des décès quant à elle, révèle que la tendance est faible mais elle va très légèrement augmenter en 2020, rechuter en 2021 et ensuite augmenter rapidement en 2022. Le constat fait est que cette

courbe ne suit pas le tracé de la courbe des cas positifs. Ainsi en 2020, on a enregistré une recrudescence des cas et une faible mortalité due au choléra. À l'issue du calcul de la moyenne, la variance et l'écart-type, les résultats obtenus sont les suivants :

Tableau 6 : *Nombre de cas de choléra par année de 2018 à 2022*

Année	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Effectifs	27	16	845	25	442	1355

- Calcul de la moyenne des cas par an : $\bar{x} = \Sigma(x_i)/5 = 271$
- Calcul de la variance : $V^2 = \frac{\Sigma (x_i - \bar{x})^2}{x-1} = 135948,5$

Les écarts entre les différentes périodes épidémiques sont très faibles. Depuis cinq années, les épidémies de choléra ne cessent de surgir sur le territoire camerounais, touchant la ville de Douala dans la quasi-totalité de ses Districts de Santé avec en moyenne, 271 cas de choléra par année. Les mesures de lutte contre le choléra ont permis une réduction des cas de décès, mais n'ont pas empêché une augmentation des cas et en général ou une résurgence des épidémies de choléra dans la ville chaque année. Cette situation montre que les politiques de santé ne sont pas aussi inefficaces qu'on pourrait le croire. Elles sont limitées dans leur élan par la persistance de certains déterminants du choléra qui les affaiblissent en sorte qu'elles ne peuvent atteindre les objectifs du choléra qu'elles comportent sur le territoire camerounais et dans la ville de Douala en particulier.

CHAPITRE 2 : PRESENTATION DE LA POLITIQUE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LE CHOLERA : LE PLAN NATIONAL DE CONTINGENCE DE PRÉVENTION ET DE LUTTE CONTRE LE CHOLERA

La politique camerounaise de lutte contre le choléra est résumée dans son plan national de contingence de prévention et de lutte contre le choléra. En effet, l'éradication du choléra sur l'ensemble du pays est un défi d'une grandeur importante pour le Gouvernement Camerounais de même que ses enjeux pour obtenir des résultats probants et atteindre un objectif aussi ambitieux. Face à la recrudescence de cette épidémie, le Gouvernement avec l'appui de ses partenaires au développement, a mis en œuvre un ensemble de mesures parmi lesquelles l'élaboration d'un plan national de contingence de prévention et de lutte contre le choléra. De manière générale, il s'agit d'anticiper sur toute manifestation du choléra afin de minimiser les conséquences humaines potentielles à travers une préparation, une réponse prompte, efficace et coordonnée. Le plan national de contingence de prévention et de lutte contre le choléra constitue de ce fait, une nouvelle approche de gestion du choléra au Cameroun à partir des mesures préventives et le cas échéant, de prise en charge des malades.

I. OBJECTIFS DU PLAN NATIONAL DE CONTINGENCE DE PRÉVENTION ET DE LUTTE CONTRE LE CHOLERA

De manière générale, l'objectif du PNCPLC est de « *Réduire la morbidité et la mortalité liées au cholera à travers une meilleure gestion des flambées épidémiques* ». Mais plus spécifiquement, il s'agit de réduire le taux d'attaque de choléra de 84 cas /100000 habitants à moins de 1cas /100000 habitants ; réduire le taux de létalité de choléra de 3,7% à moins de 1% ; accroître l'accès à l'eau potable de 1025 personnes par point d'eau potable à 1 point d'eau potable pour 250 personnes dans la communauté ; promouvoir l'utilisation de l'eau potable ; amener au moins 90% de la population à appliquer les mesures de prévention du choléra ; porter de 39,9% à 72% le taux d'accès des populations aux infrastructures d'assainissement amélioré y compris les établissements humains ; accroître la couverture en infrastructures de base et en approvisionnement en eau potable les établissements humains (établissements scolaires, marchés, prisons, casernes militaires, centres de formation, lieux de cultes, agences de voyage, stades, les gares ferroviaires, aéroports ...); et mobiliser les financements pour accroître d'au

moins 20% les budgets des sectoriels alloués aux activités qui concourent à la prévention et la lutte contre le choléra (MINSANTE, 2015).

II. AXES STRATÉGIQUES DU PLAN NATIONAL DE CONTINGENCE DE PRÉVENTION ET DE LUTTE CONTRE LE CHOLERA ET DYSFONCTIONNEMENTS

Pour atteindre les objectifs fixés, le Plan National de Contingence de prévention et de lutte contre le choléra de 2015 repose sur douze principaux axes stratégiques tous complémentaires.

1. Surveillance épidémiologique, alerte précoce et laboratoire

Selon le Ministère de la santé (2015), la surveillance épidémiologique aujourd'hui, est un outil indispensable et déterminant de toute politique de santé publique. En effet, elle permet de mesurer l'état de santé d'une population, d'en cerner les besoins, les priorités et d'identifier les groupes les plus exposés ou les plus vulnérables. La surveillance épidémiologique mesure l'évolution de la maladie dans le temps et les résultats des actions de santé publique mises en place ; elle cerne les facteurs de risque de maladies, les déterminants de la santé et parfois les causes des pathologies ; elle identifie la place des comportements sociaux dans la survenue des phénomènes de santé et autorise ainsi des choix argumentés dans les politiques de santé pour promouvoir la santé de façon efficace, mais aussi efficiente et surtout juste (Astagneau et Ancelle, 2011). L'information issue de la surveillance épidémiologique permet aux décideurs de mieux orienter les politiques de santé publique. En effet, la prévention repose à priori sur la détection et la notification de tous les cas, une analyse continue des données et une prise de décision et des actions promptes. Selon les directives nationales, la surveillance du choléra au Cameroun s'intègre désormais dans la surveillance intégrée de la maladie et la riposte (SIMR) de routine qui devra être renforcée (MINSANTE, 2015). Elle est donc très importante au point qu'aujourd'hui, elle est la seule activité qui persiste même en période d'accalmie. Mais son impact concret dans sa capacité à empêcher une résurgence des cas reste nul. On aura beau surveiller, compter les occurrences, alerter même, il y aura toujours survenue d'épidémie.

2. Renforcement des capacités

L'organisation de la prévention efficace de la lutte contre le choléra nécessite la mobilisation des ressources humaines compétentes en quantité et en qualité, dans différents secteurs et à tous les niveaux y compris au niveau communautaire et de la société civile. Ceci se fera par des formations, des briefings et des recyclages, tant avant l'épidémie que pendant la

gestion de la crise. Les aspects pratiques et opérationnels seront privilégiés et appuyés par des simulations en temps réel (MINSANTE, 2015). Cependant, faut souligner que cette activité ne se fait la plupart des fois qu'en période d'épidémie et ne concerne que le personnel de la santé. Pourtant, les autorités gagneraient à renforcer les capacités des différents acteurs de manière régulière et étendre également cette activité aux acteurs d'autres sectoriels y compris les communautés, pas se limiter seulement au personnel de la santé. Les communautés elles-mêmes doivent être capacitées, formées en ce qui concerne la désinfection et la décontamination régulière de leurs points d'eau et ce, même en période d'accalmie. Cela agirait à titre préventif et éviterait une résurgence de la maladie. Cela permettrait une lutte intersectorielle du choléra.

3. Prise en charge hospitalière

La prise en charge des cas est gratuite dans les formations sanitaires. En cas d'épidémie, les Centres de Traitement de Choléra (CTC) doivent être mis en place (MINSANTE, 2015).

4. Prise en charge communautaire

La prise en charge communautaire vise à briser la chaîne de contamination, à limiter la propagation de l'épidémie et à décontaminer des sources possibles. Elle vise également à créer des points de réhydratation communautaire. Chaque cas de choléra notifié doit bénéficier d'un paquet d'interventions dans son entourage immédiat. Les zones les plus à risques bénéficient des campagnes d'assainissement de masse (MINSANTE, 2015). En réalité, cette prise en charge dans la communauté reste limitée et devrait être faite en amont et de manière régulière. Il ne faudrait pas attendre une épidémie pour décontaminer les sources d'eau.

5. Communication pour le développement (C4D)

La communication pour le développement vise la sensibilisation de proximité et de masse, la promotion des comportements sains (lavage des mains, lavage des fruits et légumes, utilisation des latrines, potabilisation de l'eau etc.), la mobilisation de tous les intervenants, le plaidoyer pour les prises de décision en faveur de la lutte contre le choléra (MINSANTE, 2015). Il s'agit là d'un point très essentiel pas plus que les autres mais vraiment d'une importance capitale dans la lutte contre le choléra et de toute maladie d'ailleurs. S'il est vrai que « la répétition est la mère de la science », celle-ci n'est pas faite de manière en ce qui concerne le choléra. On constate qu'elle s'accroît en période épidémique et même, demeure insuffisante. La communication pour le développement dans le cadre de la lutte contre le choléra souffre d'un manque d'initiative de la part des leaders communautaires. Les données recueillies des enquêtes menées auprès des populations dans le cadre de cette étude révèlent une insuffisance

de la promotion de la potabilisation et de la sécurisation de l'eau. Cette partie sera un peu plus développée dans la suite de ce travail.

6. Approvisionnement en eau potable

Elle vise la promotion de la potabilisation et de la sécurisation de l'eau, l'accroissement des capacités des infrastructures en eau potable et le contrôle de qualité de l'eau de boisson. Le détail des actions à mener est contenu dans l'Annexe N°6 (Composante WASH du PNCC) de ce travail. Cependant, il faut dire que ce volet reste très insuffisamment réalisé. Les données recueillies des enquêtes menées auprès des dans le cadre de cette étude en ce qui concerne révèlent une insuffisance de la promotion de la potabilisation et de la sécurisation de l'eau. De même, les capacités des infrastructures en eau potable restent non accrues. De plus, un grand nombre de personnes

7. Hygiène et assainissement

Elle vise à améliorer le cadre de vie et à corriger les comportements à risque : hygiène corporelle, hygiène de l'eau, hygiène alimentaire, de l'habitat et de l'environnement. Le détail des actions à mener est contenu dans l'Annexe N°6 (Composante WASH du PNCC) de ce travail (MINSANTE, 2015).

8. Vaccination de masse

L'utilisation du vaccin anticholérique parmi les stratégies de lutte contre le choléra constitue l'une des recommandations de l'OMS en 2010. Elle vise à protéger les populations les plus à risque contre le Choléra et contribue à juguler l'épidémie. Cette action se fait en synergie avec toutes les autres mesures de lutte et doit être accompagnée d'autres paquets d'interventions (MINSANTE, 2015).

9. Recherche opérationnelle

Elle vise à mieux comprendre le contexte et les déterminants de survenue du choléra, c'est aussi une stratégie pour évaluer les actions et interventions menées et de suivre l'évolution du choléra dans le pays, afin d'apporter les réponses appropriées à l'élimination du fléau (MINSANTE, 2015).

10. Coordination

La lutte contre le choléra se veut multisectorielle. La coordination décrit les différents mécanismes mis en place à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour impliquer tous les intervenants pour une synergie d'action, une meilleure utilisation des ressources disponibles et une prise de décision adaptée (MINSANTE, 2015).

11. Mobilisation des ressources

La lutte contre le choléra fait appel à différentes ressources (humaines, matérielles et financières). Dans un contexte de ressources limitées, il est important de définir des stratégies et des mécanismes permettant d'assurer une disponibilité suffisante, permanente et prompte des ressources nécessaires, en particulier les financements en mettant un accent sur le partenariat (MINSANTE, 2015).

12. Supervision, suivi et évaluation

Le contrôle de l'épidémie de choléra nécessite une supervision, un suivi et une évaluation des interventions en vue de corriger les insuffisances et améliorer la riposte. Ces activités seront menées à tous les niveaux par les différents comités de lutte (MINSANTE, 2015).

III. ACTEURS IMPLIQUÉS DANS LA LUTTE CONTRE LE CHOLÉRA ET LEURS RÔLES

Dans une approche multisectorielle, la stratégie nationale de lutte contre le choléra permet de discerner plusieurs acteurs de la lutte contre le choléra. Ci-dessous les rôles et responsabilités de chaque acteur de la lutte contre le choléra au Cameroun selon le Plan National de Contingence de Prévention et de Lutte contre le Choléra de 2015.

1. Le Ministère de la Santé publique (MINSANTE)

C'est le niveau central de la lutte contre choléra. Il est responsable de :

- La coordination, suivi et évaluation des activités techniques
- La planification et Mise en œuvre de la réponse santé de l'épidémie
- La Planification et Mise en œuvre de la surveillance épidémiologique
- L'organisation de la recherche opérationnelle
- L'organisation du réseau des laboratoires pour la confirmation des cas
- La promotion de l'utilisation de l'eau potable (à travers la potabilisation de l'eau en communauté)
- La promotion des pratiques familiales essentielles (Lavage des mains ; vaccination ; hygiène alimentaire, potabilisation de l'eau)
- Le contrôle de la qualité bactériologique de l'eau
- La gestion des corps (décédés de suite de choléra)
- L'élaboration et diffusion des outils éducatifs et messages

Le problème au niveau central de la lutte contre le choléra est qu'il n'existe pas une réelle délégation des tâches entre les différentes sectorielles lors d'une épidémie. La lutte contre le choléra est devenue comme son domaine privé or, il s'agit d'une maladie qui implique tous les autres sectorielles ou du moins, la majorité. Par ailleurs, le constat a été fait que le volet prévention est totalement mis en second plan et on est plus concentré à lutter contre la maladie lorsqu'elle est déjà là. Les activités de lutte contre le choléra sont centrées au niveau de la DLMEP. Les autres directions du MINSANTE à savoir la DPS⁹ qui doit intervenir dans la prévention, l'hygiène et l'assainissement restent totalement dépendants de la DLMEP. Tous attendent qu'une épidémie survienne pour entreprendre des actions de lutte. Pourtant, lorsqu'il y a épidémie, c'est la DLMEP qui doit intervenir et eux, leur travail doit se faire en amont beaucoup plus, pour éviter l'apparition des cas. De plus, la DCOOP chargé du suivi de la coopération intersectorielle n'est pas effective dans cette tâche qui lui a été assignée. Raison pour laquelle il existe un engagement très insuffisant des autres sectorielles dans la lutte contre le choléra. Des conflits internes entre la DLMEP et la DPS qui revendique la lutte contre le choléra, explique également leur manque d'engouement dans cette lutte et constituent également un véritable frein à l'élimination même de cette maladie.

2. Le Ministère de l'Administration Territoriale et la Décentralisation (MINATD)

Le MINATD a pour rôle d'assurer la coordination intersectorielle aux niveaux régional, départemental et communal. Il assure le suivi et évaluation des activités des Multisectorielles, appui à la gestion des corps de suite de choléra, à la redynamisation de la campagne d'hygiène et salubrité à séquence hebdomadaire et s'assure de la coordination des interventions des municipalités.

3. Le Ministère de l'Eau et de l'Energie (MINEE)

Son rôle consiste en l'approvisionnement suffisant en eau potable, la cartographie de la Couverture en eau potable, la coordination intersectorielle du WASH (Water, Sanitation and Hygiene), le suivi et Evaluation des activités menées par les organismes rattachés (CAMWATER, CDE, ONG, et autres partenaires) et le contrôle du taux de chloration de l'eau de la CDE. Comme pour toutes les autres sectorielles, le MINEE ne joue pas effectivement ce rôle qui lui a été assigné. L'approvisionnement en eau potable et l'accès des populations à cette eau reste très insuffisant dans la ville de Douala particulièrement. Ceci sera mieux détaillé un peu plus bas dans la suite de ce travail.

⁹ DPS : Direction de la Promotion de la Santé

4. Le Ministère de l'Habitat et du Développement Urbain (MINHDU)

Pour lutter efficacement contre le choléra, le MINHDU est appelé à mettre en application les normes en matière d'habitat, d'hygiène, de salubrité, de collecte, de traitement des ordures ménagères, d'assainissement du milieu en zone urbaine. Il est également chargé de mettre en vigueur la réglementation de la gestion des boues de vidange qui peuvent favoriser le développement du *Vibrio cholerae*, élaborer les documents de planification urbaine, et apporter un appui en matériel d'assainissement aux communes et associations impliquées dans la lutte contre le choléra.

5. Les Ministères de l'Education de Base (MINEDUB), l'Enseignement Secondaire (MINESEC) et l'Enseignement Supérieur (MINESUP)

Son rôle consiste en : la promotion de l'hygiène dans la communauté éducative et universitaire (lavage des mains, utilisation des latrines et hygiène des denrées alimentaires), la promotion des activités de l'Initiative WASH dans les établissements scolaires et la contribution à l'élaboration et diffusion des outils éducatifs et messages.

6. Le Ministère de la Communication (MINCOM)

Cette sectorielle est appelée à jouer un grand rôle dans la lutte contre le choléra vu qu'il faut mobiliser tous les médias à la communication pour la lutte contre le choléra, mettre en œuvre du plan média à travers des activités de communication en faveur de lutte contre le choléra. (Spots, débats, tables rondes, encart dans la presse écrite...), mettre en œuvre des stratégies de communication pour le développement en faveur de la prévention et la lutte contre le choléra et développer des kits de communication en fonction des cibles.

7. Le Ministère des Postes et Télécommunications (MINPOSTEL)

Comme le MINCOM, le Ministère des Postes et Télécommunications doit œuvrer dans le cadre de la communication en faveur de la lutte contre le choléra à travers les opérateurs de téléphonie mobile.

8. Le Ministère des Transports (MINT)

Il est appelé à œuvrer dans la promotion de l'hygiène et diffusion des outils éducatifs dans les agences de voyage, aéroports, ports, gares ferroviaires et postes de santé aux frontières (mise en place des toilettes et latrines ; points d'eau ; sensibilisation des voyageurs et des transporteurs) et le renforcement des capacités des syndicats des transporteurs sur la conduite à tenir dans la gestion des cas suspects de cholera survenue en cours de voyage.

9. Le Ministère de la Défense (MINDEF)

Il agit principalement dans : la diffusion des outils éducatifs dans les casernes, la contribution à la cartographie de la couverture en points d'eau et latrines dans les casernes et la promotion de l'hygiène dans les casernes (lavage des mains, utilisation des latrines et hygiène des denrées alimentaires. Le MINDEF apporte également un appui à la distribution des intrants, kits et autres matériels, un appui logistique (transport, désenclavement, approvisionnement en eau potable, sécurité...) et un appui à la prise en charge rapide des cas.

10. Le Ministère de la Justice (MINJUSTICE, administration pénitentiaire)

Il s'agit principalement ici de la diffusion des outils éducatifs et Promotion de l'hygiène dans la communauté carcérale (lavage des mains, utilisation des latrines et hygiène des denrées alimentaires).

11. Le Ministère du Commerce (MINCOMMERCE)

Le rôle de cette sectorielle est d'appliquer la réglementation de la commercialisation de l'eau et denrées alimentaires. Cependant, on constate qu'il ne joue pas effectivement ce rôle tant attendu de lui par le Ministère de la Santé publique. La qualité de l'eau sur le marché reste incontrôlée de même que la qualité des denrées alimentaires et leur conditionnement sur le marché.

12. Le Ministère des Finances (MINFI)

Le ministère des finances intervient dans le déblocage des fonds de financement. Cependant, on constate en effet que ses fonds sont largement très insuffisants pour servir à lutte contre toutes les maladies. La gestion des situations de crise sanitaires comme les épidémies nécessite la mobilisation d'importants fonds de financement à partir de la préparation jusqu'à l'extinction même des flambées. Cette situation rend donc le ministère de la santé totalement indépendant des partenaires au développement.

13. Les Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD)

La coopération décentralisée dans le secteur de la santé en liaison avec les administrations concernées est une tâche qui a été assignée à la DCOOP. Ainsi, dans le souci de la décentralisation de la lutte contre le choléra, les CTD sont appelées à mettre en œuvre l'assainissement en milieu urbain, semi-urbain et rural, mettre en œuvre des activités de promotion de l'Hygiène dans la communauté, apporter leur appui à la collecte, le transport et le traitement des déchets solides et liquides. Elles sont également attendues à mobiliser et activer des comités d'hygiènes dans la communauté, contrôler de manière effective les mesures

d'hygiène dans la communauté, mener des inspections des latrines, coordonner des activités des Comités de Gestion des points d'eau (COGES). Leur contribution à la gestion des corps de suite du choléra est aussi très importante, ainsi que l'application stricte de la réglementation en matière de circulation et vente des denrées alimentaires et de l'eau aux abords des rues et lieux publics. Cependant, il existe aussi à ce niveau des dysfonctionnements qui constituent un frein réel à la lutte efficace contre le choléra dans la ville de Douala particulièrement. Aucun contrôle des latrines n'est fait, l'hygiène et l'assainissement ainsi que leur promotion en milieu urbain restent très insuffisants.

14. La communauté

La communauté est directement affectée par les épidémies de choléra. Une lutte efficace contre le choléra ne saurait se passer de son apport dans ce processus. Elle ne doit pas s'ériger en spectatrice passive qui subit les décisions des autorités publiques, mais elle doit elle-même devenir une véritable actrice du changement en son sein. Elle est donc appelée à contribuer à la lutte contre le choléra à côté des efforts mis en œuvre par les acteurs gouvernementaux. Selon le plan national de contingence de prévention et de lutte contre le choléra, cette contribution consiste principalement en leur application effective des pratiques familiales essentielles (PFE), le signalement des cas suspects de choléra auprès des autorités sanitaires, la mise en œuvre de la surveillance à base communautaire, la prise en charge communautaire des cas suspects de choléra, la communication de proximité dans les ménages et leur adhésion aux directives relatives à la gestion des corps du choléra à moindre risque. Dans la réalité, les communautés, la plupart des temps lorsqu'il y a épidémie de choléra, ne pas toujours impliquées dans l'élaboration des politiques de santé ou dans la prise de décisions en santé les concernant.

15. Les leaders d'opinion

Ceux-ci sont appelés à aider dans la sensibilisation et à participer à la communication en faveur de la lutte contre le choléra. Ils apporter leur appui à la promotion du lavage des mains avec du savon dans les lieux publics pendant la période critique.

16. Les Opérateurs économiques

Leur apport dans la lutte contre le choléra consiste essentiellement en l'appui à la promotion du lavage des mains avec du savon dans les lieux publics pendant la période critique et en la mise à disposition des kits hygiéniques

17. Les partenaires (OMS, UNICEF, UNFPA, UNHCR, FAO, PAM, CDC, MSF, Plan Cameroon, CARE Cameroun, FISCR, Croix Rouge Camerounaise, IMC, OCEAC, EAA Cameroun, Représentations Diplomatiques...)

Ils sont sollicités pour leur appui en ressources techniques, logistiques, financières, matérielles et humaines en faveur de la lutte contre le choléra. Ils aident à la mise à disposition des kits hygiéniques, à l'appui à la désinfection des ménages et contribuent à la réhydratation des malades. Ils ont une place très importante au sein de la lutte contre les maladies dans le pays en général et sont devenus les principaux financements de celle-ci. Cette aide qu'ils apportent est seulement mal orientée et ne vise pas les problèmes réels des communautés. Pour lutter contre le choléra et l'éliminer de manière définitive sur le territoire camerounais, les partenaires feraient mieux, d'investir dans le secteur du WASH. De même, les partenaires d'autres secteurs devraient coopérer ensemble pour la mise sur pied des infrastructures d'eau, d'hygiène et d'assainissement durables. On constate plutôt que chaque partenaire est centré dans son domaine ; ils n'ont pas une vue de coopération réelle avec les partenaires d'autres secteurs publics. Si tel est vrai que les pays du Nord ont réussi à éliminer le choléra sur leur territoire, comment expliquer que depuis 1971, ils n'ont pas encore réussi à le vaincre également en Afrique ? peut-être faudrait-il qu'ils redirigent leurs aides vers la mise en œuvre d'interventions à des fins plus durables et non ponctuelles qui disparaissent sans avoir laissé place à des stratégies visant à améliorer l'accès à l'eau potable, l'hygiène et l'assainissement, ainsi qu'à renforcer le système de santé comme le soutenait Mudekereza et ses collaborateurs en 2019.

IV. LES INDICATEURS DE LA LUTTE CONTRE LE CHOLÉRA SELON LA POLITIQUE NATIONALE

Les indicateurs entrant dans la lutte contre le choléra sont donc ces éléments-là qui aident à évaluer la gravité de la situation, permettre de suivre son évolution. Ils permettent également de mesurer l'efficacité des interventions de lutte contre le choléra.

1. La létalité :

Selon le *dictionnaire médical.fr* (Consulté le 01 juillet 2022), la létalité est un terme d'épidémiologie qui désigne le nombre de patients décédés d'une affection donnée. En d'autres termes, il s'agit de la proportion de décès liés à une affection particulière par rapport au nombre total de cas atteints par cette affection. La létalité est un indicateur très important dans la lutte contre le choléra qui permet de déterminer l'efficacité d'une politique de santé. Le Plan

National de Contingence de Prévention et de Lutte contre le Choléra vise la réduction du taux de létalité de choléra de 3,7% à moins de 1% selon les normes de l'OMS.

2. Le taux d'attaque ou d'incidence

Selon le Plan National de contingence de prévention et de lutte contre le choléra, il s'agit de le réduire de 84 cas /100000 habitants à moins de 1cas /100000 habitants ; accroître l'accès à l'eau potable de 1025 personnes par point d'eau potable à 1 point d'eau potable pour 250 personnes dans la communauté ; promouvoir l'utilisation de l'eau potable ; amener au moins 90% de la population à appliquer les mesures de prévention du choléra ; porter de 39,9% à 72% le taux d'accès des populations aux infrastructures d'assainissement améliorés y compris les établissements humains ; accroître la couverture en infrastructures de base et en approvisionnement en eau potable les établissements humains (établissements scolaires, marchés, prisons, casernes militaires, centres de formation, lieux de cultes, agences de voyage, stades, les gares ferroviaires, aéroports...) ; et mobiliser les financements pour accroître d'au moins 20% les budgets des sectoriels alloués aux activités qui concourent à la prévention et la lutte contre le choléra (MINSANTE, 2015).

V. LA PROCÉDURE DE PRISE EN CHARGE DES CAS DE CHOLÉRA AU CAMEROUN

1. Définition des cas :

La procédure de prise en charge d'un cas de choléra exige tout d'abord de faire une distinction entre cas suspect et cas confirmé. En effet, est cas suspect tout individu présentant des symptômes mais qui n'a pas encore été testé et est cas confirmé tout individu dont le test s'est avéré positif l'examen de dépistage. Ainsi, dans le cas du choléra, on appelle cas suspect tout individu présentant une diarrhée aiguë (≥ 3 selles en 24H), avec ou sans vomissement et un cas confirmé est un cas suspect chez lequel on a isolé *Vibrio cholerae* O1 ou O139 dans les selles par TDR puis par culture au laboratoire (OMS, 2018).

2. Aspects cliniques

Dans 75 % de formes asymptomatiques, on note la présence de la bactérie dans leurs selles de 7 à 14 jours. Pour les cas symptomatiques, on note une diarrhée aqueuse profuse, des vomissements, une évolution rapide de la maladie. Toutefois, la fièvre n'est pas un symptôme du choléra. S'il advient qu'un malade présente la fièvre, il est recommandé de rechercher une autre cause ou une pathologie associée. La période d'incubation varie de quelques heures à 5

jours. La déshydratation peut être en trois degrés : la déshydratation légère (sans déshydratation) la déshydratation modérée et la déshydratation sévère.

Image 2: *Déshydratation sévère chez un individu adulte : persistance d'un pli cutané (cliché de gauche) après pincement de la peau de l'abdomen (cliché de droite)*



Source : Présentation choléra, MINSANTE, 2021

3. Le triage

La première étape du triage consiste à rechercher les signes de danger par le Médecin ou l'Infirmier. Ces signes de danger sont fonction de l'âge. Ainsi, pour les enfants de 5 ans ou plus et les adultes, on a :

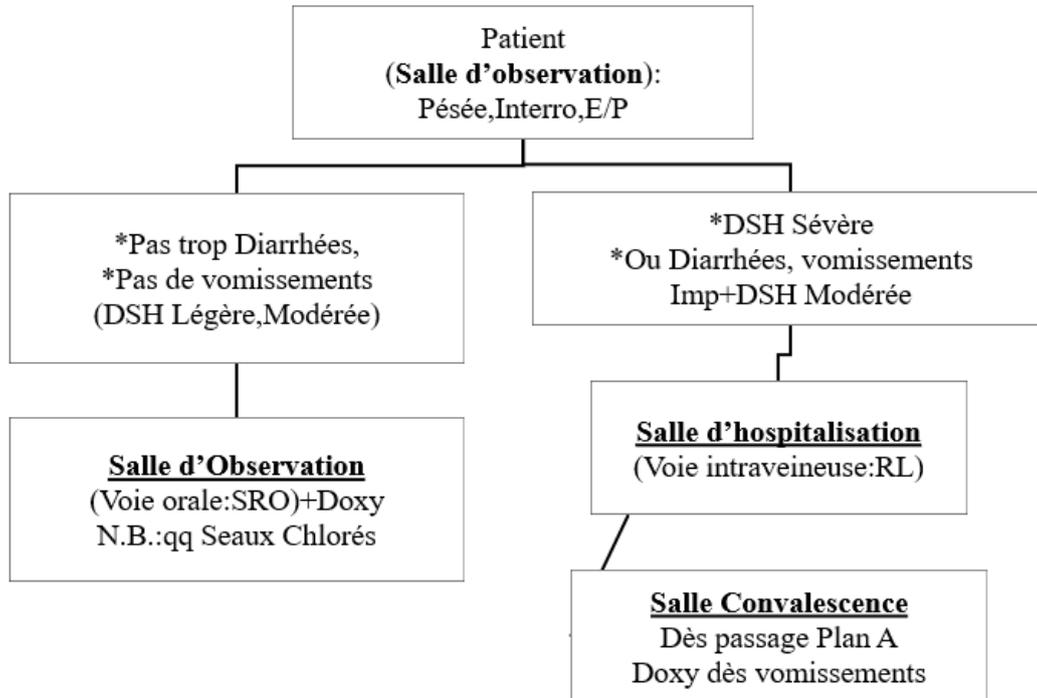
- La perte de conscience (coma) ou trouble de la conscience (léthargie)
- L'absence de pouls ou pouls faible, difficilement palpable
- La respiration très rapide ou haletante ou cyanose

Pour les enfants de 0 à 5 ans, on note une perte de conscience (coma) ou trouble de la conscience et une absence de pouls ou pouls faible, difficilement palpable.

- Respiration très rapide ou haletante ou cyanose
- Différence de température entre le corps et les extrémités ET temps de recoloration capillaire supérieur à 2 secondes
- Fréquence cardiaque en dehors de la norme pour l'âge en l'absence de pathologie expliquant l'anomalie
- Fréquence respiratoire en dehors de la norme pour l'âge en l'absence de pathologie expliquant l'anomalie

En présence d'au moins un signe de danger, il est indiqué de placer aussitôt une voie veineuse et traiter une déshydratation sévère (MINSANTE, 2020b).

Figure 3: *Algorithme de management dans le CTC*



Source : MINSANTE, module de formation sur la prise en charge des cas de choléra, 2021

Le tableau ci-après montre comment s'effectue le triage :

Tableau 7: *Processus de triage des cas*

Conscience	Normal /éveillé	Agité, irritable	Léthargique ou inconscient
Pouls radial	Facilement palpable	Palpable (éventuellement rapide)	Difficile à palper (faible) ou absent
Yeux	Normaux	Creux	Creux
Pli cutané	S'efface rapidement	S'efface lentement (<2 secondes)	S'efface très lentement (>2 secondes)
Soif	Boit normalement	Assoiffé boit avec avidité	Incapacité ou difficulté à boire
Diagnostic	↓ Pas de déshydratation	↓ Déshydratation modérée	↓ Déshydratation sévère
Plan de réhydratation	Plan A	Plan B	Plan C

Source : MINSANTE, module de formation sur la prise en charge des cas de choléra

La prise en charge se fait en fonction du niveau de déshydratation.

4. Prise en charge de la déshydratation légère

Pour les cas à déshydratation légère, le protocole de prise en charge est le suivant : encourager la boisson à volonté, un traitement complémentaire pour les enfants de 0 à 5 ans est prévu, Sulfate de zinc PO. La posologie est la suivante : 1 comprimé par jour pendant 10 jours. Les éléments à surveiller ici sont les enfants de moins de 1 an, les enfants malnutris suspectés ou avérés et les patients qui vomissent.

Tableau 8: *Quantité de SRO à administrer pour maintenir l'hydratation*

Age	Quantité de SRO après chaque selle liquide	Quantité de SRO/jour
Moins de 2 ans	50 à 100 ml (10 à 20c.à c. de 5ml)	500 ml/jour
2 à 10 ans	100 à 200 ml (1/2 verre à 1 verre de 200 ml)	1000 ml/jour
Plus de 10 ans	Au moins 200 à 250 ml (au moins 1 verre de 200 ml)	2000 ml/jour

Source : MINSANTE, module de formation sur la prise en charge des cas de choléra

5. Prise en charge de la déshydratation modérée

Ici, la PEC se fait à base de SRO et/ou de Ringer Lactate en intra veineuse pendant les premières 4 heures. Le protocole de PEC de la déshydratation modérée est le suivant : 75 ml/kg de SRO ou RL à passer en 4 heures. Les éléments à surveiller toutes les heures sont la régression des signes de déshydratation, la quantité de SRO prise et la consommation horaire pour s'assurer que la quantité de liquide prescrite finisse dans les délais, le nombre de selles et de vomissements. Par ailleurs, il serait nécessaire de réévaluer le patient au terme des 4 heures de réhydratation. S'il y a disparition des signes de déshydratation, il faut passer le patient sous observation au plan A ; s'il y'a persistance des signes de déshydratation modérée, renouveler le traitement d'hydratation du plan B de 4 heures ; et s'il apparait des signes de déshydratation sévère, entamer aussitôt le traitement de plan C correspondant à la prise en charge de la déshydratation sévère en commençant par le bolus.

6. Prise en charge de la déshydratation sévère

Pour les enfants de moins de 5 ans, administrer 20 ml/kg de RL en 15 minutes à renouveler jusqu'à 2 à 3 fois si les signes de danger persistent puis 70 ml/kg de RL en 3 heures. Pour les enfants de 5ans et plus et les adultes, administrer 30 ml/kg de RL en 30 minutes à renouveler une fois si les signes de danger persistent puis administrer 70 ml/kg de RL en 3

heures. La quantité de RL à administrer reste la même comme pour la PEC des cas de réhydratation légère et modérée. Comme éléments à surveiller, notons que s'il n'y a pas d'amélioration après le 1^{er} bolus, administrer un 2^{ième} (aller jusqu'à 2 voire 3 bolus chez les moins de 5 ans). Si l'état de conscience ne s'améliore pas après le nombre limite de bolus, penser à une hypoglycémie et mesurer la glycémie. Les complications possibles de la déshydratation sévère sont :

- *L'hypokaliémie*¹⁰ qui consiste en un déficit en potassium et est rare pendant les premières 12 à 24h. Les signes de l'hypokaliémie sont les crampes musculaires, l'asthénie¹¹ et l'arythmie¹². Ce qu'il faut faire dans ce cas c'est encourager le patient à boire SRO et aviser le Médecin.

- *L'Hypoglycémie*¹³ dont les signes sont la faiblesse, la palpitation, les tremblements et la confusion. Il est conseillé d'aviser le Médecin tout en continuant la réhydratation et encourager le patient à manger si possible.

- *La surcharge volémique*¹⁴ (OAP) : c'est la complication la plus redoutable qui atteint surtout les patients âgés, les enfants et les patients malnutris ou anémiés. Les signes de surcharge volémique sont entre autres : les difficultés respiratoires, la toux sèche et l'œdème des paupières ou des jambes. Son traitement consiste à stopper la voie veineuse sans attendre, aviser aussitôt le médecin et faire asseoir le patient les jambes pendantes du lit. L'antibiothérapie ici consiste à administrer des antibiotiques aux patients.

Tableau 9: *antibiothérapie des complications de déshydratation sévère*

Antibiotique	Enfant	Adulte
Doxycycline PO	4 mg/kg dose unique	300 mg dose unique
Azythromicine PO	20 mg/kg dose unique	1 g dose unique

En général, le plan national de contingence de prévention et de lutte contre le choléra est une politique très ambitieuse. Cependant, sa mise en œuvre sur le terrain laisse transparaître des dysfonctionnements particulièrement entre les axes stratégiques et les acteurs devant y intervenir. En effet, tels que présentés plus haut, ces axes stratégiques sont demeurés comme de simples vœux de la part du Ministère de la Santé Publique qui cherche à impliquer les acteurs

¹⁰ Taux de potassium dans le sang inférieur à la normale.

¹¹ Grande fatigue

¹² Rythme cardiaque anormal, qu'il soit irrégulier, trop rapide ou trop lent.

¹³ Faible taux de sucre, principale source d'énergie dans le corps.

¹⁴ Renvoie généralement à l'expansion du volume du liquide extra-cellulaire.

d'autres sectorielles. Mais ceux-ci ne répondent pas toujours positivement à cet appel car considérant la santé comme sa totale responsabilité. Ces dysfonctionnements sont d'avantage détaillés dans la suite de ce travail pour montrer l'importance du militantisme socio sanitaire et de l'approche combinée multi-sectorielle et intersectorielle.

CHAPITRE 3 : LES DYNAMIQUES DE LA LUTTE CONTRE LE CHOLÉRA SELON L'APPROCHE MULTISECTORIELLE DE LA POLITIQUE DE SANTÉ

Il s'agit dans cette partie des pratiques domestiques, communautaires et institutionnelles visant à éliminer le choléra dans la ville de Douala en fonction des acteurs et de leur niveau d'action. Notre objectif dans cette partie est de ressortir et d'analyser la qualité et la quantité des interventions menées dans le cadre de la lutte contre le choléra à Douala. Ceci implique les moyens utilisés pour atteindre l'objectif n°2.2 de la Stratégie Sectorielle de Santé post 2020 citée plus haut dans l'introduction de ce travail.

I. DANS LE CADRE DE LA PRÉVENTION DU CHOLÉRA

La prévention du choléra consiste en l'ensemble des mesures à prendre et à respecter en vue de réduire les risques d'infection par le vibron cholérique. Il s'agit d'un pan de la lutte contre cette maladie qui est assuré au niveau du ministère de la santé publique par la Direction de la promotion de la santé. Le paquet d'activités ici est principalement constitué de la promotion des bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement et des campagnes de vaccination de masse.

1. Promotion des bonnes pratiques d'hygiène et l'assainissement (EAH)

Selon les directives nationales, elle consiste en : la promotion de l'hygiène dans les communautés, le WASH dans les FOSA, la distribution des kits d'hygiène, la distribution des kits de traitement d'eau à domicile, la construction des latrines, l'élimination des déchets solides et médicaux, le drainage et la gestion des eaux usées, le contrôle des vecteurs de maladies et l'alimentation en eau. En contexte de choléra, cela permet de réduire l'incidence de la maladie (morbidité et mortalité) résultant des mauvaises conditions environnementales. Lors de notre enquête dans le Service de santé du District de Deido, nous avons vu que les agents de santé communautaires actifs dans le District avaient effectué en tout, 946 séances de potabilisation de l'eau, question d'apprendre aux populations comment potabiliser leur eau de boisson. Mais n'avaient distribué pas d'Aqua Tabs et des kits WASH (savon et seaux) dans les ménages qu'ils avaient visités. Pourtant, des 12 cas suspects qui avaient été notifiés, 7 avaient été référés vers un CTC ou un UTC. Ces informations sont contenues dans le Tableau 11 présenté plus bas qui révèlent également que par ailleurs, 26 ménages avaient été désinfectés par les équipes d'ASC.

Il faut dire que jusqu'alors, les initiatives des autorités locales et nationales visant l'hygiène et assainissement dans la ville de Douala restent insuffisantes. Celles-ci sont menées beaucoup plus en période d'épidémie. Elles concernent essentiellement le renforcement des capacités du personnel soignant à la prévention et au contrôle des infections, la systématisation du traitement des corps et enterrement digne et sécurisé des dépouilles avec la participation des agents de mairies et sous l'appui de l'Etat et des partenaires techniques et financiers. Dans les ménages, les communautés, les institutions et les points de vente alimentaires, la pratique de l'hygiène alimentaire sûre reste faible. Même si les règles d'hygiène telles que préconisées par le Gouvernement semblent être respectées, dans certains établissements culinaires, cela n'est pas toujours le cas dans d'autres. Les fournisseurs alimentaires de Douala ne sont pas formés à la santé environnementale et à la sécurité alimentaire. Il faut dire qu'en ce contexte, cette instruction de l'OMS paraît quasiment impossible, vue qu'on ne dispose pas d'une liste de ces fournisseurs. Nous pouvons comprendre le désarroi de Mme Meyeh, qui est désolée de nous dire :

À vrai dire, de mon point de vue, il sera vraiment très difficile de dire qu'on va former tous les fournisseurs de Douala étant donné qu'on ne dispose pas d'une liste de ceux-ci. On ne les connaît même pas. Vous-même vous connaissez le désordre dans lequel le commerce fonctionne ici à Douala. Ce sera très difficile voire même c'est impossible dans notre contexte (Entretien du 23 août 2022).

En outre, les ménages et les institutions à Douala ne sont toujours pas formés à l'hygiène, les séances de mobilisation sociale sur la sécurité alimentaire étant quasiment inexistantes.

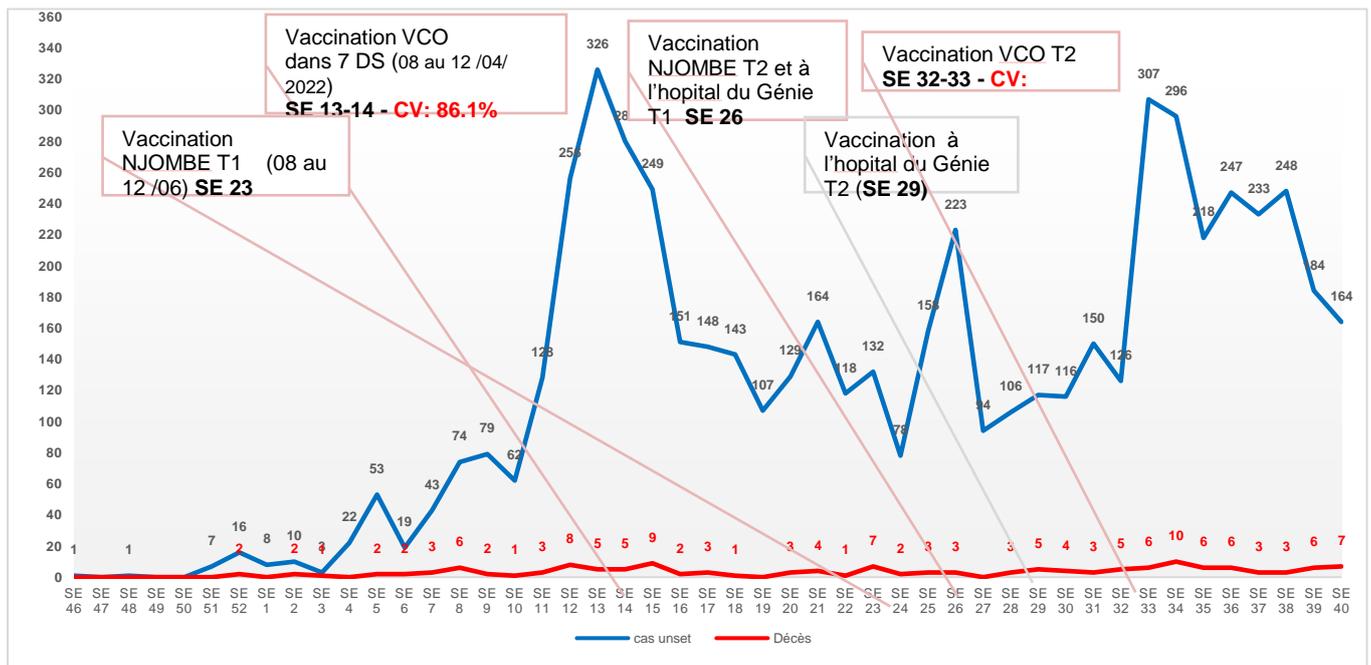
2. Campagnes de vaccination anticholérique dans la ville de Douala

La question de la résurgence du choléra à Douala amène à remettre en question la politique de prévention dans un contexte de pandémie de COVID-19 et de ressources limitées. Le vaccin contre le choléra est réservé uniquement aux voyageurs. Toutefois, dans les zones où le choléra est endémique, l'OMS conseille d'administrer le vaccin à la population générale lors des campagnes de vaccination de masse en période épidémique.

Le graphique présenté ci-bas présente la situation globale du choléra dans la région du Littoral ainsi que les campagnes de vaccination de masse organisées dans le cadre de la riposte. Ce graphique présente en même temps l'évolution des cas de choléra de la semaine 46 de l'année 2021 à la 40^{ème} semaine épidémiologique de l'année 2022 dans la région du Littoral. Les premières campagnes de vaccination ont été menées dans sept DS de la région, de la 13^{ème} à la 14^{ème} semaine ; la seconde a eu lieu à la 23^{ème} semaine ; la troisième à la 26^{ème} semaine ; la

quatrième à la 29^{ème} semaine et la dernière à la 32^{ème} et 34^{ème} semaine épidémiologique. Pour les deux premières campagnes, il était administré aux habitants de Douala la première dose du vaccin et les autres concernaient la deuxième dose de vaccin et de rattrapage.

Figure 4 : Courbe épidémiologique du cholera par Semaine épidémiologique dans la région du Littoral de SE 46 (2021) à SE 40 (2022)



Source : DRSP Littoral, 2022

La ville de Douala étant une zone d'endémie de choléra, elle bénéficie de campagnes de vaccination de masse dans ses districts de santé en épidémie. Ces campagnes de vaccination de masse sont pour la plupart préfinancée par les partenaires techniques et financiers. Par exemple deux campagnes comme celles organisées récemment en juin et Août pour une durée de cinq jours chacune ont été préfinancée par l'OMS en réponse à l'épidémie de choléra qui s'est écartée dans la ville de Douala. Plus de 80 000 vaccins ont été mis à la disposition du District de santé pour une cible journalière de 2000 individus. Selon les chiffres recueillis au niveau du District de santé de Deido à cette occasion, 71000 habitants des aires de santé d'Akwa 1, Akwa 2, Akwa 3, Akwa Nord, Deido, New Deido, Bepanda Omnisports, Bepanda TSF, Bessengue, Bonanjo, Cite Sic et Ndogbong ont reçu soit leur première dose, soit leur deuxième dose de vaccin (DS Deido, Rapport d'activités). La couverture vaccinale dans la région du Littoral était de 97,35% pour une cible de 608135 personnes dont 592006 vaccinées (MINSANTE, 2022b).

Image 3: Vaccination porte à porte en stratégie avancée dans l'Aire de santé de Bepanda omnisports



Image 4 : Tableau communiquant sur la campagne de vaccination contre le choléra en poste fixe à Bepanda

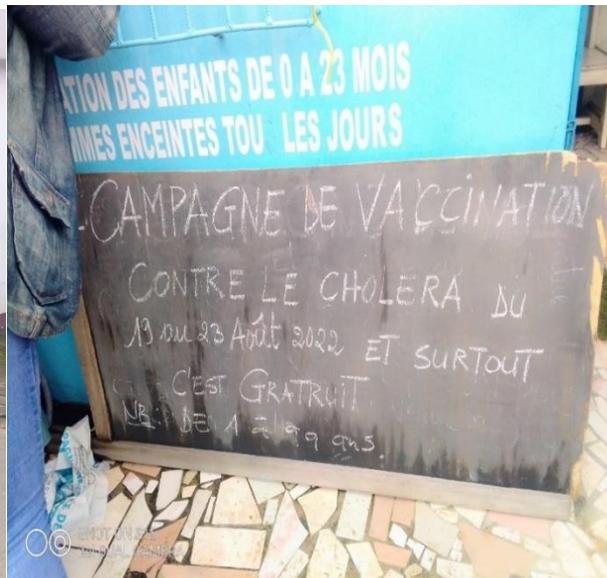


Image 5 : Notre immersion dans l'univers de recherche



Source : Enquête de terrain, du 21/08/2022

L'image 4 montre la mobilisation des équipes de vaccinateurs du District en stratégie avancée pour la vaccination contre le choléra. Les ménages sont marqués d'un code suivi du nombre de personnes ayant reçu le vaccin. L'image 5 est un tableau qui, en même temps, est un appel des populations à se faire vacciner que ce soit en poste fixe ou en poste avancé. Il informe également sur la gratuité du vaccin et l'âge des personnes qui sont appelées à se faire vacciner. L'image 6 quant à elle, montre notre immersion dans l'univers de recherche. Cette descente parmi d'autres avec les équipes du District a permis d'avoir une meilleure observation des déterminants socioculturels de l'affaiblissement des politiques de lutte contre le choléra.

II. SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE DANS LE DISTRICT DE SANTÉ DE DEIDO

La surveillance épidémiologique est la principale activité qui persiste même lorsqu'on n'enregistre pas de cas de choléra. Elle se fait de manière continue et ininterrompue. Selon l'OMS, la surveillance est :

L'identification, le recueil, le regroupement, l'analyse et l'interprétation systématiques et continus des données sur la survenue de la maladie et sur les événements de santé publique, dans le but de prendre, en temps opportun, des mesures efficaces, telles que la diffusion aux personnes concernées des informations pertinentes, en vue d'une action efficace et appropriée » (OMS, 2019).

La surveillance du choléra comme pour toute maladie à potentiel épidémique commence par l'identification des cas. Cela revient à faire une différence entre un cas suspect, un cas confirmé, un cas communautaire. Dr Patricia Mendjime, cadre à la Direction de la Lutte contre la Maladie, les Epidémies et les Pandémie éclaire notre lanterne à ce sujet au cours d'un entretien :

En période pré-épidémique, un cas suspect est tout cas de déshydratation grave ou décès suite à une diarrhée aqueuse aiguë chez un patient de deux ans ou plus identifié. En période épidémique, il s'agit de tout cas de diarrhée aqueuse aiguë avec ou sans vomissement chez un patient âgé de deux ans ou plus. Par contre, un cas confirmé est un cas suspect chez lequel on a isolé le vibrion cholérique dans les selles (Entretien non programmé le 23 août 2020).

Selon le Guide technique de la surveillance intégrée de la maladie et la riposte (SIMR) de l'OMS, le niveau central à son tour à travers le point focal RSI nommé par l'OMS, lui transmet l'information afin que le pays puisse bénéficier de son appui quant à la réponse ou la riposte à l'épidémie. La surveillance est très essentielle pour la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de la riposte. Les activités de la surveillance épidémiologique ici, se résument dans la surveillance active et la surveillance passive. La recherche passive ou de routine est faite au quotidien par les prestataires ou le personnel de santé, l'objectif étant de se préparer à répondre à une épidémie. Les activités mises en œuvre ici sont : la formation du personnel de santé à tous les niveaux, la distribution des définitions de cas, la mise à disposition des outils de collecte des données et du numéro vert, et l'identification des ressources humaines pour la surveillance communautaire. La recherche active dans les FOSA et la communauté des cas consiste à y rechercher tout cas de diarrhée qui devient suspect après une alerte confirmée. Dans la FOSA, elle consiste en la revue des registres sur une période donnée (image 12). Dans la communauté elle se fait sur la base de la revue des registres et de la liste linéaire initiale (recherche autour des cas).

Image 6 : Recherche active des cas de choléra à la clinique Padre Pio dans le District de santé de Deido



Source : Notre observation participante du 25/08/2020

La surveillance active est initiée par les autorités sanitaires qui contactent les prestataires de soins et autres informateurs à la recherche de cas. L'objectif est de contrôler l'épidémie et limiter la propagation. Les activités à mettre en œuvre consistent en une surveillance renforcée, la continuité de la surveillance de routine associée à la recherche active des cas, la revue journalière des registres (recherche active des cas) dans les FOSA, les communautés y compris les domiciles des guérisseurs traditionnels, et l'élaboration de la liste linéaire. Le choléra est une maladie à notification immédiate. Les outils de notification utilisés sont : le formulaire de notification immédiate, la liste linéaire et la fiche de notification hebdomadaire des MAPE (synthèse hebdomadaire des cas). Ces outils nous ont été fournis au niveau du Service de santé du District de Deido et se trouvent en annexe de ce travail de mémoire.

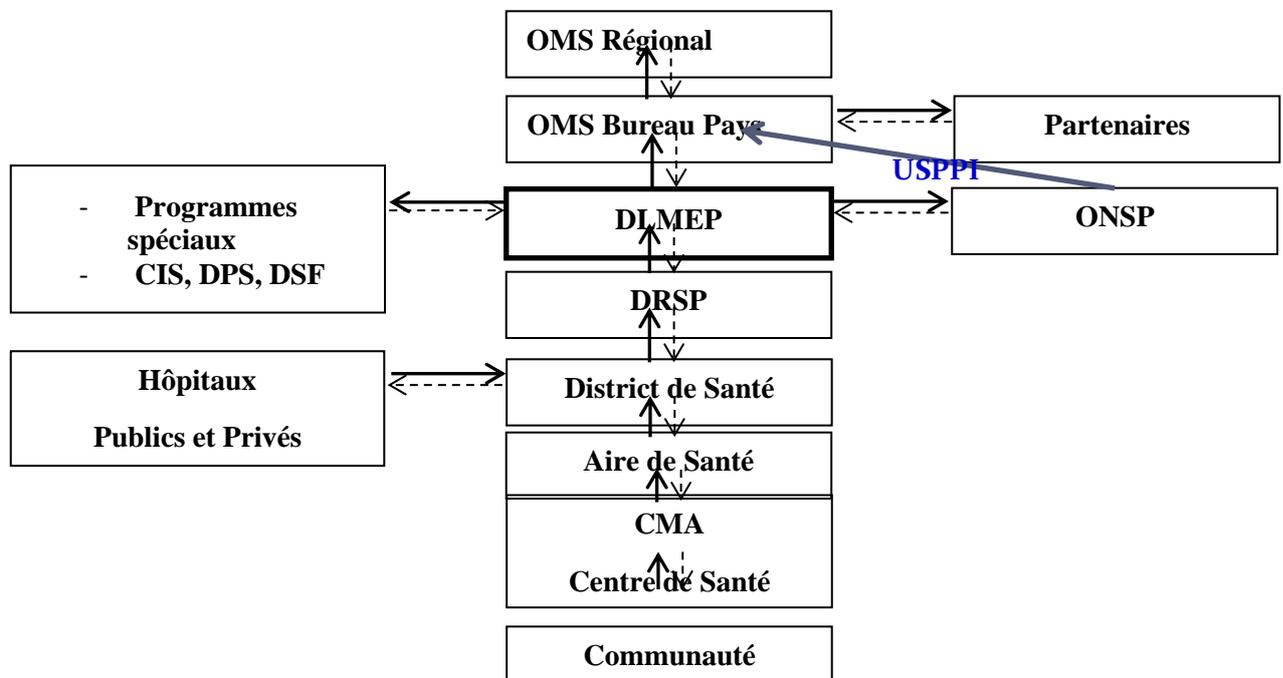
Mme Meyeh explique :

La surveillance du choléra permet, de détecter rapidement les cas et d'intervenir au moment opportun. On recueille d'abord les informations sous forme d'alertes provenant essentiellement des FOSA et des communautés par appels téléphoniques, SMS et messages WhatsApp. Toutes les alertes peuvent ne pas devenir des événements. Une fois que les alertes enregistrées et consignées dans un registre, elles sont triées et vérifiées par l'équipe sanitaire du District qui va aussi faire une évaluation des risques. Si après vérification l'alerte est considérée comme un événement de santé publique après confirmation du laboratoire, elle est immédiatement notifiée à la région (Entretien non programmée avec la responsable de la lutte contre le choléra du DS de Deido, le 20 août 2022, Douala).

En d'autres termes, les cas confirmés sont enregistrés dans les outils et les plateformes de collecte de données existants et notifiés au niveau suivant. Au Cameroun, la plateforme de collecte de ces données est le District Health Information System (DHIS 2) renseigné par le District de santé.

Si après vérification et triage, l'alerte n'est pas considérée comme un événement de santé publique, la situation est surveillée pour s'assurer qu'elle ne devienne pas. La notification des cas de choléra se fait par les laboratoires des différents niveaux du système de santé. Elle commence au niveau de la FOSA où le laboratoire de première ligne au niveau du district enregistre le cas (confirmé par le laboratoire) et transmet de manière journalière l'information à la région qui à son tour, partage l'information avec le niveau central (Entretien non programmée avec le responsable de la lutte contre le choléra du DS de Deido, le 20 août 2022, Douala).

Figure 5 : Circuit de notification des cas de choléra



Source, MINSANTE 2021

La surveillance du choléra dans le district de santé nécessite également des définitions de cas standardisées affichées dans le District, dans toutes les aires de santé et dans toutes les formations sanitaires du District. Ceci permet à tous les acteurs de terrain d'être à mesure de reconnaître ou détecter un cas de choléra (Tableau 10).

Tableau 10 : Différentes définitions des cas de choléra standards utilisés sur le terrain

Définition standard de l'OMS	Dans une zone où la présence du choléra n'est pas connue	Un malade de cinq ans ou plus présente une déshydratation grave ou meurt de diarrhée aqueuse aiguë
	Dans une zone touchée par une épidémie de choléra	Un malade de cinq ans ou plus présente une diarrhée aqueuse aiguë, avec ou sans vomissements
Définition de Médecins sans Frontières	Dans une zone touchée par une épidémie de choléra	Un malade avec au moins trois selles liquides et/ou ayant vomi au cours des dernières 24 heures

Source : OXFAM International, 2012.

La surveillance telle qu'expliquée par l'informatrice est bien organisée mais il y existe aussi quelques dysfonctionnements notamment dans la transmission tardive des données de surveillance à travers la plateforme instituée à cet effet.

III. LA COMMUNICATION ET LA SENSIBILISATION SUR LE CHOLÉRA

La communication est un élément indispensable dans la lutte contre le choléra. Deux principaux types de communication qui jouent un rôle essentiel dans le succès des activités de prévention, de préparation et de riposte aux épidémies de choléra se distinguent.

1. La communication pour le développement (C4D)

La communication pour le développement est axée sur le plaidoyer, l'évolution des comportements, le changement social à l'échelle locale et l'engagement communautaire. Concernant la communication pour le plaidoyer, elle consiste à communiquer avec les partenaires techniques et financiers pour l'obtention des appuis logistique, technique et financiers. Elle consiste également en un plaidoyer auprès des leaders communautaires pour une communication des risques et l'engagement communautaire.

Mme Meyeh du Service de santé du District de Deido fait comprendre sur l'état des lieux de la communication que :

- *Toutes les aires de santé du District ont été dotées chacune d'une flotte téléphonique (téléphones avec crédit téléphonique) qui leur permet de communiquer avec les communautés et le niveau supérieur, une connexion internet et une plateforme de renseignement et de collecte des données nécessaires à la prise de décision (le DHIS 2).*
- *Les outils de communication (dépliants, flyers et affiches) ont été mis à jour et traduits en français et en anglais afin de permettre à tous d'avoir l'information (Entretien du 21 août 2022).*

Sur la question relative à l'état des lieux de la communication pour le changement de comportements, les données collectées sur le terrain révèlent que c'est beaucoup plus dans les formations sanitaires que des répondants ont aperçu des affiches parlant de choléra, très peu les ont aperçus dans les rues, aucune dans les marchés et les places publiques de la capitale économique. En période épidémique, les activités de communication en faveur de l'évolution des comportements et du changement social, ainsi que des activités d'éducation et de mobilisation sociale tel que recommandé par l'OMS, concernent l'importance du lavage des mains au savon aux moments critiques. Ceci passe également par la production et la diffusion bien qu'insuffisante des dépliants, flyers et affiches dans la communauté et dans les formations sanitaires. En outre, une campagne digitale de sensibilisation a été lancée par la DRSP du Littoral pour pousser les populations à aller à l'hôpital dès les tous premiers symptômes pour éviter les décès des suites de choléra.

La communication sur le choléra ne se limite pas seulement au niveau institutionnel. Elle se fait aussi en communauté avec la contribution des leaders communautaires. Cette catégorie d'acteurs est très importante dans la communication sur le choléra du fait de leur capacité de réunir et de convaincre un grand nombre de personnes. À l'entame de cette épidémie, leur apport a été grandiose car ils ont permis d'informer plusieurs personnes de la présence du choléra dans la ville et dans le District.

- **La communication par les autorités religieuses**

Lors de notre enquête, 43,6% des personnes interviewées ont affirmé avoir été informé de la présence du choléra et des mesures à prendre pour l'éviter par des autorités religieuses tel que le présente le tableau 12 ci-dessous.

Tableau 11 : *Nombre de personnes ayant été informées de la présence du choléra et des mesures préventives par les autorités religieuses*

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Oui	41	43,6	43,6	43,6
Non	53	56,4	56,4	100,0
Total	94	100,0	100,0	

- **La communication par les autorités sanitaires**

À la lumière de nos données collectées sur le terrain, les autorités sanitaires font la plus grande partie du travail (Tableau 13) et vient en complémentarité de force. Ceux que le

personnel de santé n'a pas atteint, aussi infimes que puissent-ils être, sont rattrapés par les leaders communautaires.

Tableau 12 : *Nombre de personnes ayant été informées de la présence du choléra et des mesures préventives par les autorités sanitaires*

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Oui	80	85,1	85,1	85,1
Non	14	14,9	14,9	100,0
Total	94	100,0	100,0	

Par ailleurs, on pourrait aussi attribuer à la faible participation des leaders communautaires à la communication sur le choléra, le fait qu'ils ne sont pas toujours impliqués car les autorités sanitaires n'ont pas toujours perçu leur importance dans la lutte contre le choléra. Leur implication dans la lutte contre le choléra sous-entend également un renforcement de leur capacité, les former sur la communication des risques en communauté afin qu'ils aient un langage adapté et une bonne connaissance des symptômes et signes du choléra, des moyens de prévention et des structures de prises en charge du choléra dans le DS.

- **La communication par les relais communautaires**

Les agents de santé communautaires ont également joué un grand rôle dans la communication. En effet, 58,5% des personnes interviewées avaient été informées de la présence du choléra à Douala et des mesures à prendre pour l'éviter grâce à eux (Tableau 14).

Tableau 13 : *Nombre de personnes ayant été informées de la présence du choléra par les ASC*

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Oui	55	58,5	58,5	58,5
Non	39	41,5	41,5	100,0
Total	94	100,0	100,0	

- **La communication par les autorités traditionnelles**

Les autorités traditionnelles ont communiqué à 44,7% des personnes interviewées, sur le choléra et les mesures à prendre pour éviter de se faire contaminer.

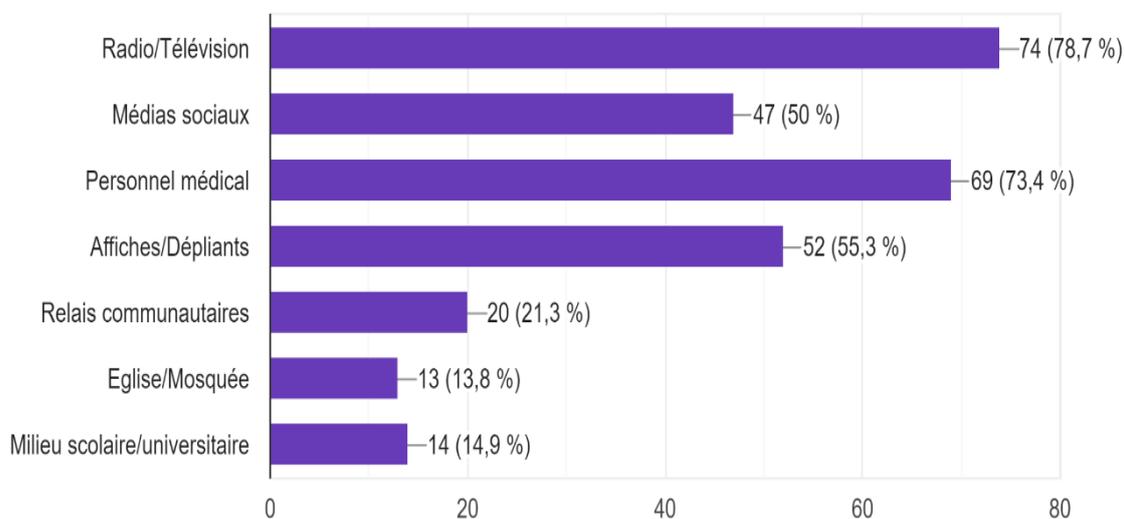
Tableau 14 : Nombre de personnes ayant été informées de la présence du choléra par les ASC

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Oui	42	44,7	44,7	44,7
Non	52	55,3	55,3	100,0
Total	94	100,0	100,0	

2. Implication des médias, actions de plaidoyer et communication institutionnelle

Il existe des relations entre le ministère de la santé et les médias en matière de collaboration pour la lutte contre le choléra en matière de communication. Les principaux médias listés dans la ville de Douala sont : Canal 2 international, CRTV Littoral, les radios communautaires. En période épidémique, le ministère de la santé se rapproche de ceux-ci pour leur passer des informations à véhiculer lors d'émissions sur la santé, par le journal télévisé et lors de leurs spots publicitaires. Mais la plupart des fois, ils sont saisis tardivement pour véhiculer l'information au sein de la population, lorsque la riposte à l'épidémie a déjà été engagée. Selon notre enquête, 100% des personnes interviewées avaient déjà entendu parler de choléra auparavant, que ce soit par radio ou télévision, par les médias sociaux, les dépliants et affiches, les personnel médical, les relais communautaires, à l'église ou à la mosquée et même en milieu scolaire et universitaire. Mais la radio et la télévision regroupent le plus grand taux soit 78,7% des personnes affirment avoir entendu parler du choléra à la radio et à la télévision ; 73,4% par le personnel médical, 55,3% par les affiches et dépliants ; 50% affirme avoir entendu parler de la maladie par les médias sociaux (facebook, whatsapp).

Figure 6 : Taux de personnes ayant déjà entendu parler du choléra dans la ville de Douala selon les canaux de communication



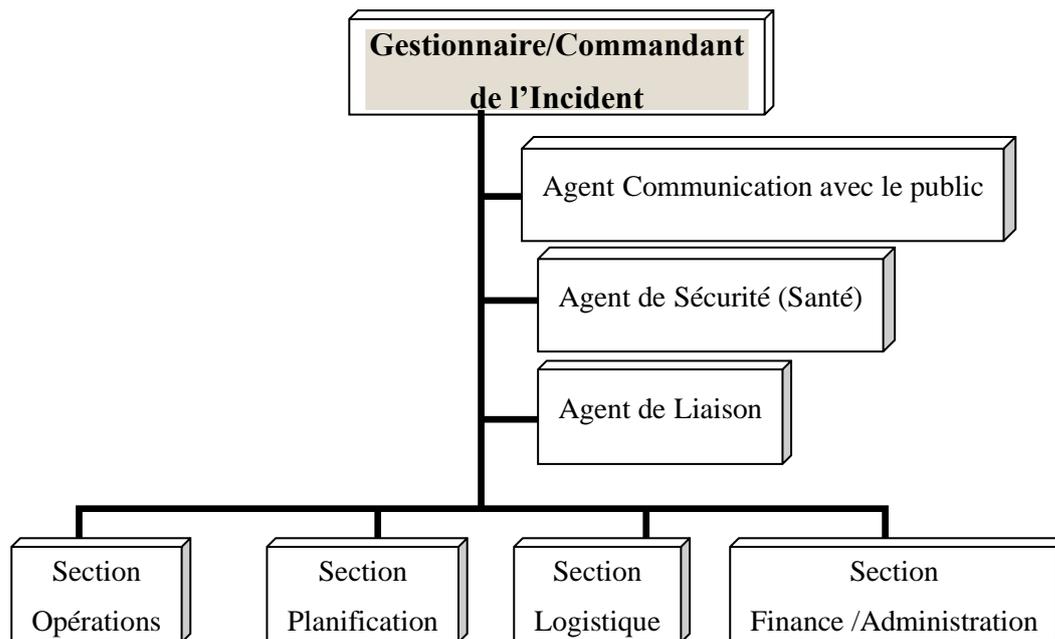
IV. COORDINATION ET GESTION DES INFORMATIONS DANS LA LUTTE CONTRE LE CHOLÉRA

1. Coordination en matière de prévention, de préparation et de riposte au choléra

Selon les directives de l’OMS, pour être efficaces, les mesures de prévention, de préparation et de riposte au choléra requièrent une coordination et une communication entre de multiples secteurs et à différents niveaux. Celle-ci permet une rapidité de la riposte avec des conséquences importantes sur la capacité de gérer les épidémies de choléra et leurs répercussions. La coordination a donc pour objectifs : de garantir la cohérence des activités de prévention, de préparation ou de riposte grâce à l’élaboration de plans de collaboration et d’accords sur les normes techniques ; d’éviter les lacunes et les doublons et de promouvoir la complémentarité ; d’utiliser au mieux l’ensemble des acteurs, notamment les partenaires gouvernementaux, les ressources, les financements et les fournitures ; de procéder à des évaluations collaboratives qui débouchent sur l’harmonisation des hypothèses de planification et de riposte ; de partager efficacement les informations ; de renforcer les capacités ; de mobiliser les ressources ; de permettre un suivi, un signalement et des décisions rapides ; de renforcer l’efficacité des dispositifs d’alerte précoce et son déclenchement rapide ; et de fixer des seuils communs de déclenchement des interventions (UNICEF, 2013).

Au niveau central ou national, les directions du Ministère de la santé responsables de la santé préventive et de l’épidémiologie endossent en général le rôle de chef de file global de la prévention, de la préparation et de la riposte au choléra. Il s’agit principalement de l’activité de liaison de haut niveau, la prise de décision stratégique, la définition de normes et la formulation de recommandations, l’élaboration de stratégies de prévention et de riposte, les activités de plaidoyer auprès des partenaires techniques et financiers, de mobilisation des ressources et de suivi. Selon Mme Meyeh, à ce niveau, l’action du niveau central justifie le plus souvent le déclenchement des mécanismes de coordination de gestion des catastrophes nationales ou propres au choléra à l’échelle nationale, régional et des districts. C’est l’exemple du Système de gestion des incidents (SGI) provenant des Etats unis d’Amérique, activé pour la première fois lors de l’épidémie de choléra de 2014 et actuellement activé depuis 2021. L’organigramme du SGI présente à la tête, un gestionnaire de l’incident suivi de quatre autres bureaux. Puis se suivent quatre sections composées chacune d’unités (Conf. Exemple d’organigramme de gestion de l’épidémie de choléra ci-dessous).

Figure 7: Exemple d'organigramme de gestion de l'épidémie de choléra



Source : MINSANTE, 2021

Au niveau régional, la coordination est beaucoup plus technique. C'est-à-dire consiste beaucoup plus en l'organisation de la logistique et des fournitures, des supervisions, l'aide à la formation, l'évaluation des risques et des besoins, la mise en œuvre de stratégies d'appui et le suivi des activités. La riposte à ce niveau nécessite le plus souvent des mécanismes de coordination à l'échelle du district ou de la région, complétés par un appui provenant de l'échelon national notamment de la part des groupes de coordination sectoriels et intersectoriels existants (comité existant de coordination de la lutte contre le choléra ou les maladies, par exemple). Le centre de coordination et de lutte contre le choléra de la région du Littoral se charge de l'organisation de toutes les réunions qui se tiennent à l'échelle régionale.

Au niveau du District, il s'agit principalement, de la coordination de la planification et de la mise en œuvre des activités de riposte. Ici, les interventions sont gérées par une coordination à l'échelle du district avec demandes de matériels et d'appui supplémentaires auprès de l'échelon national, si nécessaire. Le District de Deido tient des réunions hebdomadaires multisectorielles afin de planifier, suivre et évaluer les activités de réponse menées sur les sites en épidémie. Mme Meyeh rapporte que celles-ci ont lieu chaque mardi de la semaine en présentiel et par visioconférence avec pour participants les acteurs des niveaux central, intermédiaire et opérationnel, les partenaires techniques et financiers, les acteurs des autres secteurs publics tels que énumérés dans le plan de contingence de prévention du choléra présenté plus haut.

« Nous tenons également dans le District, » ajoute Mme Meyeh, « des réunions de coordination des comités de crise et cluster¹⁵ de manière trimestrielle, comme le recommande l'OMS. Pour une meilleure, coordination, nous disposons d'un plan d'urgence choléra qui oriente nos activités de lutte. Nous avons aussi un plan de contingence qui date de 2014 ».

Sur la base de ces propos, il ressort principalement le problème des documents stratégiques obsolètes et nécessitant une mise à jour.

Depuis 2018, les acteurs de la lutte contre le choléra au niveau du District ont reçu une formation sur le système de gestion des incidents par le niveau central. Cette formation certifiante se fait en ligne et permet à tous les acteurs d'avoir un même langage et d'avoir une même compréhension des termes utilisés lors de la riposte. Elle est obligatoire pour tout acteur. On distingue une panoplie de partenaires apportant leur appui. Dans une approche multisectorielle, il faut dire que le Ministère de l'eau et de l'énergie, le MINEDUB et les Mairies se montrent plutôt coopératifs respectivement dans l'approvisionnement des populations en eau potable en période d'épidémie, l'éducation sur l'hygiène des mains, des fruits et des légumes en milieux scolaire et universitaires, et dans l'enterrement digne et sécurisé des corps.

2. Gestion des informations en contexte d'épidémie de choléra

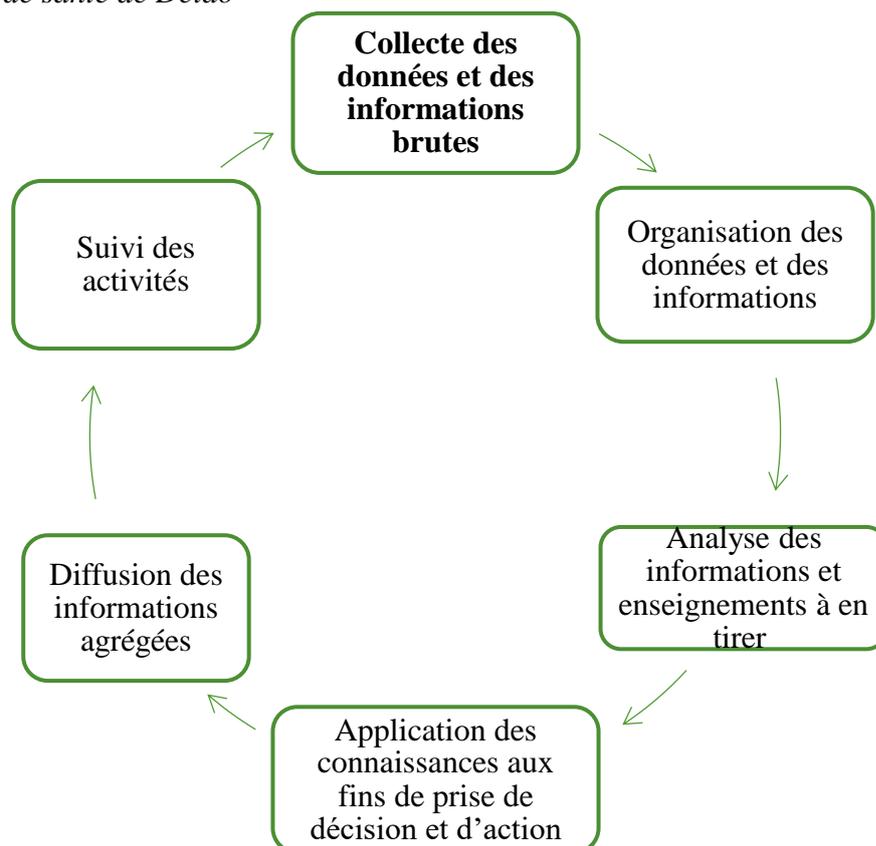
De manière général, la gestion de l'information sanitaire consiste en la vérification, l'analyse et l'évaluation des données précises et cohérentes ayant fait l'objet d'une collecte systématique avant de les présenter aux décideurs. Il s'agit d'un processus qui s'effectue non seulement au moment opportun, mais nécessite aussi une actualisation et une réévaluation permanentes. Le but ici est que les acteurs de la riposte contre le choléra comprennent la valeur et les limites des données. Ainsi, les informations fournies par les registres, permettent de définir un état des lieux de départ et d'effectuer des comparaisons temporelles et géographiques qui permettront de décider en meilleure connaissance de cause. Lors des épidémies de choléra, la gestion des informations à tous les niveaux du système de santé en général comporte quatre volets : la collecte, le traitement, l'analyse et la diffusion. Le cycle de gestion de l'information sanitaire ici est composé de six principales étapes :

- La collecte des données et des informations brutes se fait dans le cadre du dispositif de surveillance de la maladie, des investigations des épidémies, des informations relatives aux stocks et aux taux d'utilisation des fournitures ainsi que d'autres évaluations ;

15

- L'organisation des données et des informations qui consiste en une présentation sous une forme qui permet le partage telle qu'un rapport d'évaluation ou un tableau montrant qui fait quoi, où, et quand ; l'analyse des informations et enseignements à en tirer : par exemple, l'analyse des données épidémiologiques et identification des insuffisances de la riposte par site ;
- L'application des connaissances aux fins de prise de décision et d'action. Par exemple, la mise en œuvre de la riposte dans les zones qui en ont le plus besoin et où des insuffisances ont été identifiées, le cas du district qui fait l'objet de notre étude ;
- Le suivi des activités c'est-à-dire la collecte permanente d'informations et de données aux fins d'analyse et d'ajustement de la riposte ;
- et la diffusion des informations agrégées et interprétées précisant les actions et activités nécessaires ou déjà menées.

Figure 8 : Cycle de gestion de l'information adapté à la riposte contre le choléra dans le District de santé de Deido



V. LA PRÉPARATION AUX ÉPIDÉMIES DE CHOLÉRA

La préparation aux épidémies de choléra est définie comme étant le processus de mise en place des éléments de la riposte en anticipation des épidémies pour renforcer l'efficacité de

la riposte, informer le personnel des tâches à accomplir, assurer la disponibilité des fournitures requises et convenir à l'avance des dispositifs de coordination, de communication, de suivi et d'appui (UNICEF, 2013). Dans les zones endémiques comme le Cameroun, la préparation au choléra est très importante car elle permet d'anticiper sur les épidémies de choléra et d'éviter une létalité élevée due au choléra. De prime abord, la préparation aux épidémies de choléra dans le District de santé de Deido, comme dans tous les Districts des dix régions du Cameroun, consiste en l'élaboration des plans de préparation, d'urgence et de riposte. Le plan de préparation indique les étapes requises pour se préparer à une épidémie de choléra, notamment l'analyse des écarts et les activités de renforcement des capacités (formation, accord préalable sur les normes, messages, etc.), le pré positionnement des fournitures, l'adaptation et le pré positionnement des supports d'éducation, d'information et de communication, l'identification des partenaires et accords prédéfinis pour la mise en œuvre de la riposte, entre autres. Il comprend aussi des informations sur la riposte ainsi que sur les besoins et les ressources requises pour y répondre. Le plan d'urgence envisage différents scénarios (épidémies de faible, moyenne et grande ampleur) et identifie des mesures de préparation et des ripostes pour chacun d'entre eux. En général, ce plan est élaboré face à une crise émergente. Le plan de riposte quant à lui recense les actions à mener en cas d'épidémie de choléra, notamment qui fera quoi, où et quand (UNICEF, 2013).

Cependant, la direction et la responsabilité du processus de préparation incombent idéalement au gouvernement lui-même (Niveau central du ministère de la santé), qui fournit un cadre de mobilisation nationale pour l'action, décrit les tâches dévolues aux pouvoirs publics et à d'autres parties prenantes disposant de capacités avérées en matière de choléra, pour appuyer les activités de préparation à tous les niveaux. Plusieurs éléments entrent dans la préparation aux épidémies de choléra notamment la coordination, le cadre institutionnel et la gestion des informations ; le plan de préparation et de riposte au choléra, les politiques, stratégies, directives, normes et modes opératoires standards, la préparation des communautés, la surveillance et la détection précoce, fournitures et stocks, les stratégie et plan de communication, les ressources humaines, et la mobilisation des ressources.

Les plans de préparation et de riposte au choléra permettent de mettre en place un cadre cohérent pour les actions de préparation, auquel tous les acteurs peuvent contribuer ; de fournir une vue d'ensemble des partenaires spécifiques à disposition avec leurs principales expériences et compétences en matière de choléra ; de dispenser des informations et des conseils utiles à la mobilisation des ressources ; de proposer un cadre de suivi, d'évaluation et d'apprentissage

fondé sur les enseignements de la riposte et d'aider par le biais du processus de planification, à nouer des relations et des partenariats avec toutes les principales parties prenantes. Pour une préparation efficace aux épidémies de choléra dans le DS de Deido, une attention particulière est également portée vis-à-vis des ressources humaines requises pour la prévention, la préparation et la riposte au choléra. Elle passe donc par l'identification, la formation et l'équipement des ressources humaines appelées à mener les activités de prévention, de préparation et de riposte au choléra. La ressource humaine identifiée pour la lutte contre le choléra dans le District de santé de Deido est composée du personnel de santé (médecins, infirmiers, spécialistes de la santé publique, épidémiologistes, techniciens de laboratoire, pharmaciens, gestionnaires des stocks, administrateurs de formations sanitaires, responsables de la saisie et de l'analyse des données), le personnel d'appui des établissements de santé (logisticiens, spécialistes des questions d'eau, d'assainissement et d'hygiène, employés chargés du nettoyage/de la blanchisserie, les agents de sécurité), les agents chargés de la promotion de l'hygiène intervenant dans les communautés (Agents de santé communautaire), le personnel d'appui (logisticiens, agents chargés des approvisionnements, des aspects financiers et administratifs et des ressources humaines).

Tableau 15 : Ressource humaine disponible dans le DS de Deido dans le cadre de la lutte contre le choléra

Personnel de santé	Personnel d'appui des établissements de santé	Personnel chargé des questions d'eau, d'assainissement et de santé environnementale	ASC	Personnel d'appui	Total
60	23	12	1256	04	1355

VI. LA LUTTE CONTRE LE CHOLÉRA EN COMMUNAUTÉ

La lutte contre choléra en communauté consiste en la mise en œuvre d'interventions à base communautaire. À ce niveau interviennent une autre catégorie d'acteurs de terrain nommés agents de santé communautaires (ASC). Ceux-ci assurent la liaison entre les besoins des collectivités et les services de soutien du système médico-sanitaire. Ils encouragent les collectivités à parvenir à l'auto-responsabilité en matière de santé et de faire appel aux services sanitaires pour compléter leurs propres actions. Cependant, ils ne sont interpellés que s'il y a épidémie pour sensibiliser les populations sur le respect des règles d'hygiène collective et individuelle. Toutefois, leur descente en communauté est limitée et très irrégulière à cause d'un

manque de moyens financiers destinés au déplacement et à leur rémunération. La stratégie adoptée ici pour atteindre efficacement les cible est une stratégie avancée : par le porte-à-porte. La récente enquête menée par l’OMS et le MINSANTE a permis d’effectuer 946 séances de potabilisation de l’eau et 875 séances de préparation de SRO dans des ménages du District de Deido à la première semaine du mois d’Août. À cette même occasion, 380 sources d’eau non protégés ont été identifiées, 19647 personnes ont donc été sensibilisées, 342 leaders communautaires briefés sur la CREC, 12 cas suspects identifiés, dont 76 référés au CTA par les ASC et 26 ménages désinfectés (Tableau 16).

Tableau 16: Données partielles recueillies auprès du service de santé de District de Deido pour le mois de Septembre 2022

	Akwa 1	Akwa 2	Akwa 3	Akwa Nord	Bessengue	Deido	New Deido	Bepanda TSF	Bepanda Omnisport	Ndogbong	Bonanjo	Cite SIC	Total
Nombre de personnes qui connaissent le choléra (voir signes et symptômes du choléra)	996	393	940	957	937	630	947	1465	1837	907	1291	951	12251
Nombre de personnes sensibilisées	1545	1348	1404	1465	1487	1625	1360	1808	2353	1562	2224	1466	19647
Nombre de Leaders communautaires briefés sur la CREC	18	46	10	33	53	17	20	20	38	16	36	35	342
Nombre de cas suspects identifiés	0	0	0	0	1	2	0	5	2	1	0	1	12
Nombre de cas suspects référés aux centres de santé par les ASC	0	1	4	0	0	1	0	1	0	0	0	0	7
Nombre de ménages désinfectés	0	1	4	0	0	2	1	6	7	1	3	1	26
Nombre de sources d'eau non protégées identifiées	16	19	17	21	44	14	26	80	49	41	10	43	380
Nombre de ménages qui potabilisent l'eau	55	60	36	49	57	73	56	115	109	67	90	92	859
Nombre de séances de potabilisation de l'eau effectuées	42	31	26	23	72	131	45	193	104	82	66	131	946
Nombre de séances de préparation de SRO effectuées	42	56	80	43	72	157	40	88	102	82	76	37	875
Nombre de ménages sans latrines	1	2	1	7	5	1	1	8	16	12	9	5	68
Nombre de décès communautaires rapportés par le travailleur social	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nombre d'enterrements sécurisés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nombre d'Aqua Tabs distribués dans les ménages	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nombre de kits WASH (savon, seaux) distribués.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nombre de résistances communautaires rencontrées et levées	10	6	9	12	21	17	11	18	87	13	4	24	232

Cette enquête auprès des acteurs institutionnels de la lutte contre le choléra dans le DS de Deido a permis de comprendre que la lutte contre le choléra est menée dans un système en forme d'entonnoir avec au sommet le niveau central du ministère de la santé suivie du niveau régional ou intermédiaire et avec à la base le niveau communautaire ou opérationnel. Le niveau central élabore les politiques (documents stratégiques) et œuvre à la prise de décisions qui doivent être appliquées sur le terrain. Le niveau central s'occupe également du volet recherche opérationnelle qui consiste à mener des recherches sur le terrain qui révèlent l'épidémiologie générale de la maladie. La région est l'intermédiaire entre le District qui est le niveau opérationnel et le niveau central. Elle s'assure que les décisions et politiques instaurées par le niveau central sont mises en application auprès des communautés. Les partenaires eux, apportent leurs appui technique et financier c'est-à-dire appui en expertise et en ressources financières étant donné que la lutte contre toute maladie demande une mobilisation importante de fonds. Les supervisions sont menées à tous les niveaux, du niveau supérieur au niveau inférieur.

VII. RÉSUMÉ DES ACTIVITÉS MENÉES DANS LE CADRE DE LA LUTTE CONTRE LE CHOLÉRA DANS LA RÉGION DU LITTORAL

Il existe d'ores et déjà un ensemble de d'activités standardisées le plus souvent mises en œuvre dans le cadre de la lutte contre des épidémies. La revue des différents SitRep de 2018 à 2022 a permis d'établir une liste non exhaustive d'activités et d'interventions qui ont été mises en œuvre pendant ces cinq dernières années depuis le niveau central jusqu'au niveau du District :

- **Activités relatives à la coordination et au partenariat**
- Réunions de coordination SGI national et des régions
- Plaidoyer pour les ressources financières, matérielles et humaines pour soutenir la réponse à l'épidémie Réunions de crise avec le personnel de santé
- Mise en œuvre de la phase pilote de la stratégie d'intervention communautaire ciblées autour des cas (CATI)
- Elaboration des correspondances adressées aux responsables des FOSA pour la prise des responsabilités pour un meilleur management des cas ;
- Etat des lieux dans la FOSA ;
- Relance des responsables des FOSA pour l'actualisation des comités Choléra et désignation des Médecins Référents ;

- Evaluation du niveau de préparation des FOSA sur site ;

- **Activités de surveillance et investigation**

- Renforcement de la surveillance dans la région
- Investigation de la source de contamination à Douala
- Activité de coaching des chefs de districts de santé
- Descente dans les UTC et CTC
- Poursuite de l'implémentation de la stratégie CATI dans la région
- Préparation de la tenue de la semaine d'élimination du choléra
- Mise à disposition des intrants aux districts de santé
- Accentuation de la surveillance épidémiologique à tous les niveaux (Communauté et FOSA)

- Rappel aux FOSA de l'intérêt de la notification immédiate de tout cas suspect de cholera
- Investigation approfondie avec le niveau central
- Collecte continue des données et mise à jour des bases
- Appuis des districts dans les investigations préliminaires des cas dans les DS
- Identifiés et référence des cas suspects aux centres de santé par les ASC
- Identification des ménages sans latrines

- **Activités de sensibilisation et communication**

- Accentuation de la sensibilisation sur le respect des règles d'hygiène
- Sensibilisation à domicile dans les communautés
- Sensibilisation dans les agences de voyage sur le WASH
- Séances de potabilisation de l'eau en communauté

- **Activités relatives à la prise en charge des cas**

- Réorganisation du circuit du patient et de l'UTC
- Gestion des intrants et mise à disposition des intrants reçus
- Renforcement des capacités du personnel des formations sanitaires sur la prise en charge

des cas, la surveillance du choléra et le WASH

- Réhabilitation des sites de prise en charge de Choléra dans la formation sanitaires

Réactivation des comités de prise en charge choléra dans toutes les formations sanitaires

- Evaluation des Centres de Traitement du Choléra (CTC) existant dans les FOSA
- Désinfection des ménages des cas

- **Activités de renforcement de capacité**

- Formation des médecins référents à la prise en charge des cas de choléra
- Supervisions formatives
- Renforcement de capacités des leaders communautaires sur la CREC

La lutte contre le choléra au Cameroun est régie par une politique de santé ambitieuse. L'approche multisectorielle encouragée par l'Organisation mondiale de la santé et adoptée ici regorge d'un énorme paquet d'activités qui sont mises en œuvre à différents niveaux du système de lutte contre le choléra par différents acteurs. Cette approche s'est avérée efficace lors des précédentes épidémies en permettant l'extinction des flambées. Mais depuis 2018, elle semble perdre cette efficacité dans un contexte assez mitigé avec l'apparition de la nouvelle pandémie de COVID-19. Lorsqu'on croit avoir ou être en train de maîtriser l'épidémie, il y a plutôt une recrudescence des cas révélant par là une politique de lutte contre le choléra affaibli et limitée et qui ne parvient pas malgré la volonté du MINSANTE et de ses partenaires.

DEUXIEME PARTIE

LES DETERMINANTS DE L'AFFAIBLISSEMENT DES POLITIQUES DE LUTTE CONTRE LE CHOLERA

Devant l'inévitable résurgence des épidémies de choléra et la recrudescence des cas enregistrés ces cinq dernières années, l'hypothèse de politiques publiques nationales et internationales de lutte contre le choléra affaiblies amène à réfléchir sur les possibles déterminants aussi internes qu'externes aux politiques de santé. Sans toutefois prétendre à l'exhaustivité, cette étude aborde dans cette partie, des déterminants exogènes et endogènes limitant l'action des politiques de santé dans la lutte contre le choléra à Douala. Elle est subdivisée en deux principales sous-thématiques. La première porte sur les déterminants exogènes liés à des facteurs sociaux et culturels et la deuxième porte à son tour, sur les déterminants endogènes provenant du système de santé lui-même et des autres sectoriels et qui contribuent largement à l'affaiblissement des politiques de lutte contre le choléra.

CHAPITRE 4 : LES DÉTERMINANTS EXOGENES DE L’AFFAIBLISSEMENT DES POLITIQUES DE LUTTE CONTRE LE CHOLERA DANS LA VILLE DE DOUALA

Par déterminants exogènes, nous entendons un ensemble de facteurs extérieurs aux politiques publiques et au système de santé et qui sont susceptibles de constituer un obstacle à l’atteinte des objectifs fixés par le gouvernement en matière de santé. Ils sont donc d’ordre socioculturel et relèvent des comportements sociaux, croyances et représentations socioculturelles : ce sont des déterminants socioculturels. Par déterminants socioculturels, nous entendons un ensemble de valeurs d’ordre traditionnel et culturels qui façonnent les attitudes et les comportements des individus et contribuent à l’apparition d’une conséquence. Il s’agit en effet, d’un ensemble de normes, d’habitudes et de croyances qui procurent à l’individu des cadres de pensées et de pratiques reconnus et valorisés socialement dans la vie des individus (Konande, 1996 :85). L’étude des déterminants exogènes de l’affaiblissement des politiques de lutte contre le choléra dans la ville de Douala dans ce travail de mémoire, a permis de distinguer plusieurs déterminants d’ordre socioculturel.

I. PERCEPTIONS ET CROYANCES RELATIVES AU CHOLERA ET PERSISTANCE DES ÉPIDÉMIES

Les croyances relatives à la santé évoquées dans le cadre de ce travail de recherche désignent les idées, opinions et valeurs développées par les individus autour du phénomène de choléra et qui précèdent les expériences ou les arguments qu’on invoque pour la justifier. Ici, quatre types de croyances augmentent la probabilité des individus d’entreprendre l’action recommandée (hygiène des mains, des aliments et de l’environnement) en rapport avec le choléra dans la ville de Douala : la perception de leur vulnérabilité, la perception de la sévérité des conséquences, la perception des menaces engendrées par l’apparition de la maladie et la croyance en l’efficacité de l’action préventive. Ces croyances en ce qui concerne le choléra déterminent fortement les comportements des populations face à cette maladie ainsi que les mesures de lutte instaurées par le Gouvernement.

Amat-Roze (1998 : 543) pouvait affirmer :

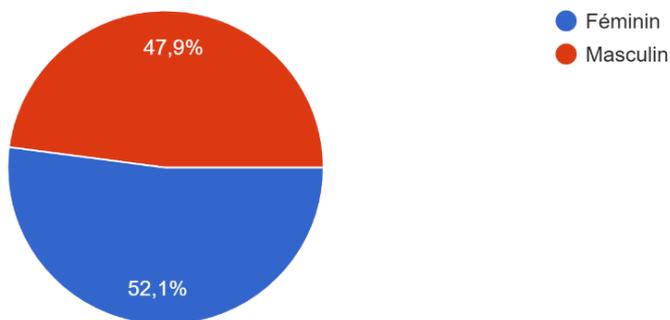
Les savoirs, les croyances, les valeurs d’une société déterminent les perceptions originales des risques pathogènes, des états morbides et des remèdes. En découlent des stratégies porteuses de comportements aggravant, favorisant ou atténuant,

éliminant un risque sanitaire (...) De ce fait, l'ignorance de ces logiques élève les barrières d'incompréhension et compromet la réussite des politiques de santé destinées à l'amélioration de l'état de santé des populations.

1. Le sexe des répondants

Le sexe est un élément déterminant des perceptions et des croyances d'un individu sur un phénomène donné dans différents contextes. Il s'agit ici de saisir dans le cadre de cette étude, les appréhensions des hommes et des femmes vivant dans la ville de Douala sur le phénomène du choléra. La figure ci-après montre la répartition des individus de sexe masculin et féminin ayant été interviewés lors de notre collecte de données. Les individus de sexe féminin sont les plus représentatifs avec un pourcentage de 53,2%, contre 46,8% pour les individus de sexe masculin.

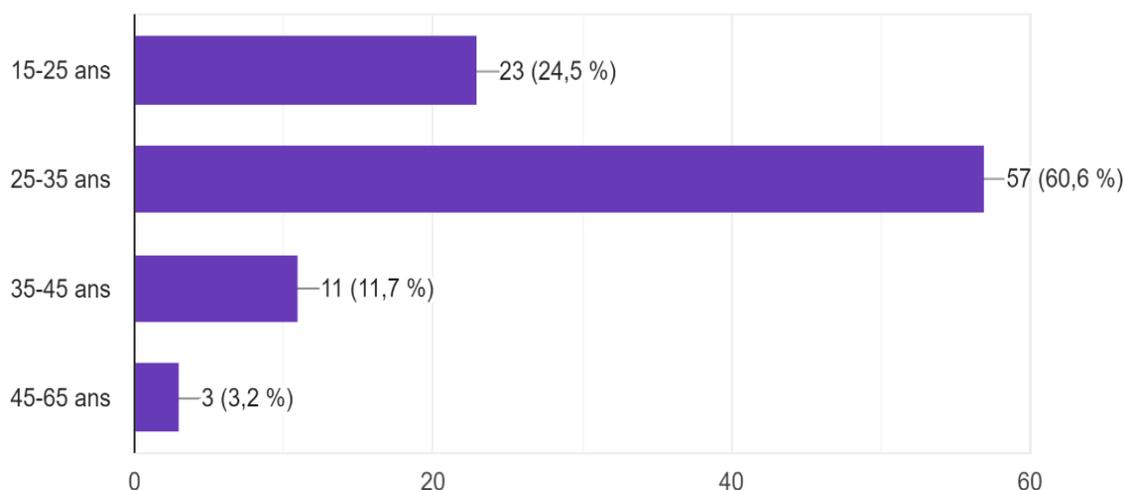
Figure 9 : Répartition des enquêtés par sexe



2. L'âge des répondants

Comme pour le sexe, l'âge d'un individu constitue également un véritable déterminant de son comportement et de ses perceptions face à un phénomène donné. D'habitude, les personnes âgées et les enfants sont le plus souvent très susceptibles à ne pas respecter certaines règles par la force de l'âge ou à la fleur de l'âge par leur immaturité et de leur inconscience face à un phénomène. La figure ci-dessous montre que 24,5% des personnes interviewées appartenaient à la tranche d'âge de 15 à 25 ans ; 11,7 % de ces personnes avaient un âge compris entre 35 et 45 ans ; 3,2% avaient un âge compris entre 45 et 65 ans. Mais la tranche d'âge la plus représentée était celle 25 à 35 ans avec un effectif de 57 personnes sur 94 soit un pourcentage de 60,6%. Il s'agit donc d'une population majoritairement jeune.

Figure 10 : *Tranche d'âge des enquêtés*

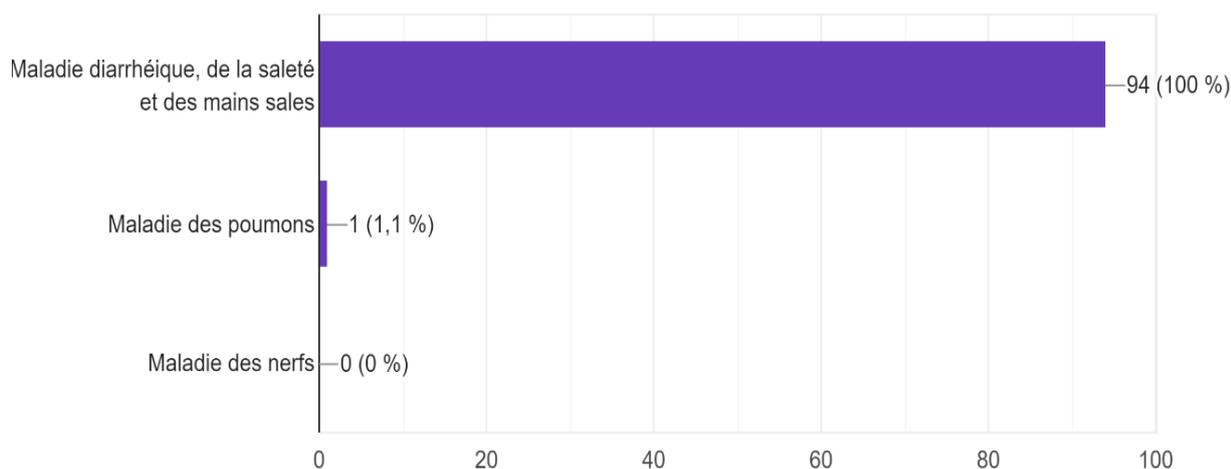


3. Connaissances sur le choléra : Définition, symptômes, mode de transmission

Mettre en relief les connaissances du choléra dans cette partie, revient à considérer les idées que les individus ont développées sur la maladie, que ce soit par la force de l'expérience, de l'éducation, ou aux moyens des médias, et réseaux sociaux. Bref, ce qui importe ici, ce sont les connaissances peu importe les moyens par lesquels elles ont été acquises. L'analyse de ces connaissances dans le cadre de cette recherche a donc permis de faire un état des différentes perceptions du choléra en ce qui concerne ce que c'est que la maladie, son origine, les symptômes et le mode de transmission en contexte de COVID-19.

Des personnes interviewées, la quasi-totalité (94 %) a reconnu qu'en plus d'être une maladie diarrhéique, le choléra est aussi une maladie de la saleté et des mains sales (Figure 12). En effet, la perception du choléra par des personnes comme une simple maladie diarrhéique pourrait induire le fait que celles-ci ne perçoivent pas vraiment l'urgence de respecter les mesures d'hygiène qui leur permettront d'éviter de tomber malades.

Figure 11 : *Définitions du choléra selon les enquêtés*



Il a été constaté dans le District de santé de Deido que des personnes ont une connaissance limitée des symptômes du choléra, ce qui est susceptible de retarder le recours aux soins au cas où elles venaient à être infectées. La symptomatologie du choléra selon les enquêtés est révélée dans le tableau ci-dessous.

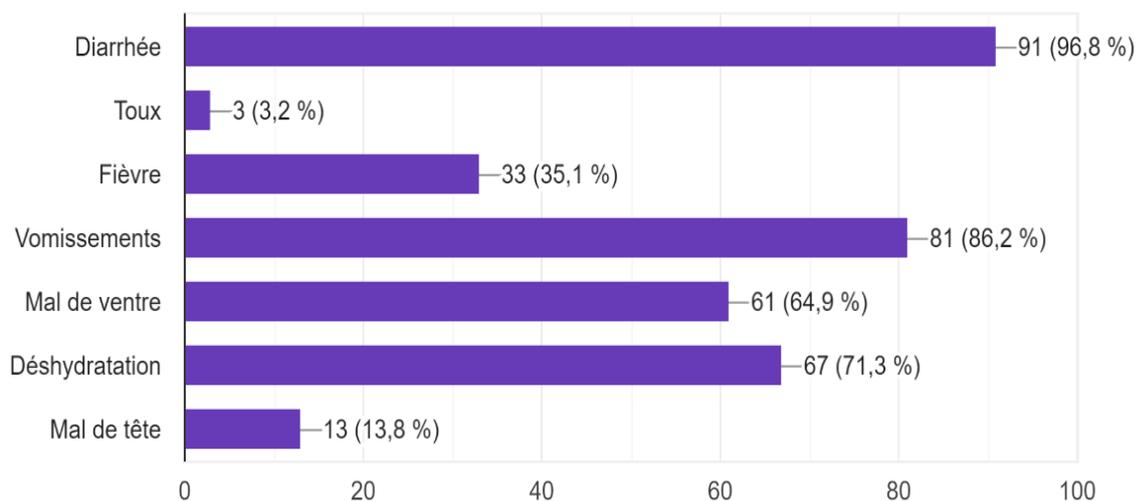
Tableau 17 : *Symptomatologie du choléra selon les enquêtés*

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Diarrhée	3	3,2	3,2	3,2
Diarrhée, Déshydratation	2	2,1	2,1	5,3
Diarrhée, Déshydratation, Mal de tête	1	1,1	1,1	6,4
Diarrhée, Fièvre	1	1,1	1,1	7,4
Diarrhée, Fièvre, Mal de ventre	2	2,1	2,1	9,6
Diarrhée, Fièvre, Vomissements	1	1,1	1,1	10,6
Diarrhée, Fièvre, Vomissements, Déshydratation	8	8,5	8,5	19,1
Diarrhée, Fièvre, Vomissements, Mal de ventre	1	1,1	1,1	20,2
Diarrhée, Fièvre, Vomissements, Mal de ventre, Déshydratation	11	11,7	11,7	31,9
Diarrhée, Fièvre, Vomissements, Mal de ventre, Déshydratation, Mal de tête	7	7,4	7,4	39,4
Diarrhée, Fièvre, Vomissements, Mal de ventre, Mal de tête	1	1,1	1,1	40,4
Diarrhée, Mal de ventre	1	1,1	1,1	41,5
Diarrhée, Mal de ventre, Déshydratation	1	1,1	1,1	42,6
Diarrhée, Mal de ventre, Mal de tête	1	1,1	1,1	43,6
Diarrhée, Toux, Fièvre, Vomissements, Mal de ventre, Déshydratation, Mal de t	1	1,1	1,1	44,7
Diarrhée, Vomissements	4	4,3	4,3	48,9
Diarrhée, Vomissements, Déshydratation	13	13,8	13,8	62,8
Diarrhée, Vomissements, Mal de ventre	9	9,6	9,6	72,3
Diarrhée, Vomissements, Mal de ventre, Déshydratation	21	22,3	22,3	94,7
Diarrhée, Vomissements, Mal de ventre, Déshydratation, Mal de tête	1	1,1	1,1	95,7
Diarrhée, Vomissements, Mal de ventre, Mal de tête	1	1,1	1,1	96,8
Mal de ventre	1	1,1	1,1	97,9
Toux, Vomissements, Mal de ventre	1	1,1	1,1	98,9
Toux, Vomissements, Mal de ventre, Déshydratation	1	1,1	1,1	100,0
Total	94	100,0	100,0	

De ce tableau, il ressort que la symptomatologie du choléra diffère d'une personne à une autre. Pour certains (3,2%), la diarrhée est le principal symptôme du choléra. Dans 2,1% des cas, des personnes ont associé à la diarrhée, la déshydratation comme symptômes du choléra. Pour d'autres (22,3% des cas), les vomissements, le mal de ventre et la déshydratation sont les symptômes du choléra. D'autres personnes attribuent comme symptômes au choléra, les vomissements et la déshydratation (13,8 % des cas). La fièvre, les vomissements, le mal de ventre, la déshydratation et le mal de tête ont été attribués (7,4% des cas) ; la fièvre, les vomissements, le mal de ventre et la déshydratation ont été reconnus par 11,7% des personnes comme étant des symptômes du choléra et 8,5% des personnes interviewées disent que la symptomatologie du choléra est constituée de la fièvre, les vomissements et la déshydratation (cas) ; et les vomissements et le mal de ventre (9,6% des cas).

De tous les signes et symptômes ci-dessus associés au choléra, on constate que le symptôme le plus connu de tous est la diarrhée, reconnue par 96,8% des personnes, suivi des vomissements reconnus par 86,2% des personnes, la déshydratation reconnue par 71,3% des personnes. Des personnes ont associé d'autres symptômes au choléra à savoir la toux par 3,2%, le mal de ventre par 64,9%, la fièvre par 35,1%, le mal de tête par 13,8%. La figure ci-dessous détaille l'état des connaissances par signes et symptômes du choléra.

Figure 12 : *Les symptômes du choléra selon les enquêtés*



De cette figure, on comprend qu'il existe au sein de la population, une mauvaise connaissance ou une connaissance insuffisante des signes et symptômes du choléra. La grande majorité reconnaît les principaux signes et symptômes que sont la diarrhée à 96,8% ; les vomissements à 86,2 % et la déshydratation à 71,3% ; vient ensuite le mal de ventre ou douleurs abdominales à 64,9%. Selon le protocole de prise en charge du choléra, la fièvre reconnue par 35,1% des personnes n'est pas un symptôme du choléra, de même que le mal de tête reconnu

par 13,8% des personnes comme l'un des symptômes du choléra. Cette mauvaise connaissance des signes et symptômes du choléra peut être originaire d'une mauvaise communication ou d'une communication insuffisante sur le choléra notamment en ce qui concerne les signes et les symptômes de la maladie et cause de décès dus au choléra.

Ceci est aussi le cas pour les connaissances sur les modes de transmission du choléra. Les différents modes de transmission du choléra tels que perçus par nos répondants sont rassemblés dans le tableau 20. 100% personnes interviewées ont soutenu que le choléra se transmet en mangeant les aliments souillés et en buvant de l'eau non potable. Toutefois il convient de préciser que le choléra étant une maladie à transmission féco-orale, cela veut dire qu'elle se transmet directement ou indirectement par l'ingestion du vibrio cholerae présent dans les selles. Peut-être faudrait-il que les messages sur le choléra mettent plus l'accent sur l'ingestion de selles et l'importance du lavage des mains avant le repas et après usage des latrines.

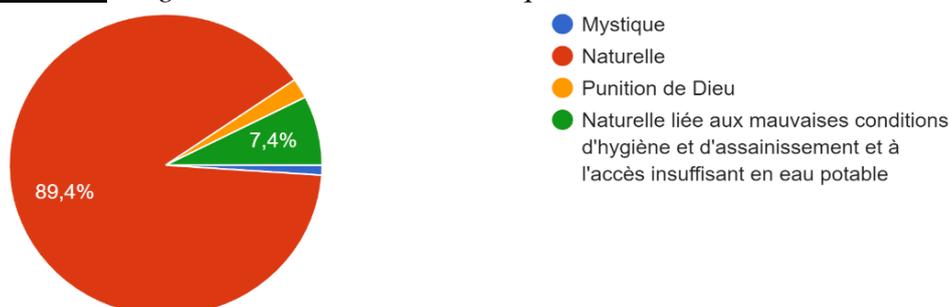
Tableau 18 : Pourcentage des personnes reconnaissant le mode de transmission du choléra par les aliments souillés et l'eau non potable

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentages cumulés
Manger les aliments souillés et boire de l'eau non potable	94	100,0	100,0

4. Croyances étiologiques du choléra

Pour ce qui est des croyances étiologiques du choléra, il apparaît que tous ou presque tous à l'exception de quelques cas isolés, attribuent au choléra une origine naturelle liée aux mauvaises conditions d'hygiène et d'assainissement et l'accès insuffisant en eau potable. La figure ci-dessus fait ressortir les différentes origines du choléra telles que perçues par les enquêtés.

Figure 13 : Origine du choléra selon les enquêtés



On constate en effet, une évolution des croyances étiologiques du choléra qui aujourd'hui convergent vers la perception moderne selon laquelle les épidémies de choléra sont le fruit de l'action de l'Homme en conflit avec son environnement vital. La manière que l'Homme entretient son environnement détermine son état de santé à l'avenir. L'Homme salit son environnement, défèque à l'air libre, ne prend pas soins de lui (manque d'hygiène). Ainsi, il s'y développe des bactéries, des virus, des microbes et dans le cas présent, le *vibrio cholerae* qui est responsable du choléra. Dans ce cas, le choléra est une réponse de l'environnement à l'homme ou une réaction de l'environnement vis-à-vis l'action posée par l'Homme. Cette réponse ou cette réaction se fait en rendant l'Homme malade qui, en plus, ne sait pas respecter ou mettre en pratique les instructions du gouvernement visant à le protéger de la maladie.

5. La perception de la vulnérabilité face au choléra

Le terme vulnérabilité dans le sens commun, trouve son origine dans l'idée de blessure : est vulnérable celui qui peut être blessé, par extension celui qui par ses insuffisances, ses imperfections, ses faiblesses, peut donner prise à des attaques. On peut l'assimiler à la simple faiblesse. L'Organisation mondiale de la santé propose une définition selon laquelle : « *les personnes vulnérables sont celles qui sont relativement ou totalement incapables de protéger leurs propres intérêts.* » La personne vulnérable serait donc une personne incapable, faible dont l'intelligence, les connaissances, le degré d'instruction, les ressources ou encore la santé ne permettent pas de se protéger. La vulnérabilité est plurielle, individuelle ou collective. Toutefois, la perception de la vulnérabilité du choléra peut dépendre du sexe, l'âge, le niveau d'instruction et de la situation sociale. Les données collectées sont présentées dans le tableau ci-dessous :

Tableau 19 : Catégorisation de la vulnérabilité au choléra selon les enquêtés

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Les pauvres	49	52,1%	52,1%
Les personnes âgées	6	6,4%	58,5%
Les enfants	25	26,6%	85,1%
Les personnes non instruites	14	14,9%	100,0%
Total	94	100,0%	

De ce tableau, il se dégage quatre catégories de personnes qui, selon nos enquêtés, sont vulnérables et plus exposés au choléra. Plus de la moitié des personnes enquêtées (52,1%) ont

affirmé que les pauvres étaient plus vulnérables au choléra ; 6,4% affirment que ce sont les personnes âgées, 26,6% les enfants et 14,9% affirment que les personnes non instruites sont plus vulnérables au choléra.

- *Les pauvres* : il s'agit d'une catégorie de personne dont les moyens ne permettent pas de s'offrir un cadre de vie décent. Ces personnes vivent dans des quartiers précaires construits le plus souvent dans des marécages, à accès difficile et le plus souvent inondés lors de grandes pluies et vivent dans une promiscuité extrême. L'accès à une eau de qualité y est difficile, les populations sont obligées de parcourir de longues distances pour s'approvisionner en eau potable et les conditions d'hygiène et d'assainissement sont quasiment inexistantes. Leurs logements peuvent ne pas être dotés de latrines ou sont appelés à partager une latrine avec des voisins. Ces situations les rendent vulnérables au choléra au quotidien car leur environnement vital est à risque à cause de l'insalubrité qui y règne et du manque d'assainissement. Ils sont contraints contre leur gré au non-respect des règles d'hygiène préconisées par le Gouvernement dans les politiques sanitaires. Ci-dessous les propos recueillis d'un habitant du quartier Ndogbong à ce sujet :

Nous sommes exposés au choléra chaque jour dans ce quartier. Nous n'avons pas assez d'argent pour nous offrir de bons logements dans de bons quartiers. Ici c'est le marécage en plus, nous sommes sous une pente. Quand il pleut, nos puits et nos maisons inondent. Vous et moi savons bien ce que ces eaux entraînent avec elles (entretien du 24 Août 2022).

La vulnérabilité face au choléra dépend donc également du niveau de vie ou de la classe sociale c'est-à-dire, selon qu'on est riche ou qu'on est pauvre. En bref, les pauvres sont plus susceptibles de contracter le choléra que les riches.

- *Les personnes âgées* : ne possédant plus assez de force et leur vision affaiblie, elles peuvent ne plus disposer de certaines facultés leur permettant de bien prendre soins d'eux. Elles dépendent des membres de la famille qui peuvent ne pas toujours être présents lorsqu'ils ont besoin d'une aide comme pour laver les fruits lorsque l'accès à celle-ci n'est pas facile à la maison. De même dans les moments critiques d'après usage des latrines, elles peuvent éprouver des difficultés d'usage des latrines et être en contact avec des excréments humains. Cette situation est d'autant plus compliquée lorsque les latrines sont à usage commun sachant que des personnes peuvent exposer leurs selles. Les personnes âgées constituent donc dans ce sens des personnes vulnérables au choléra.

- *Les enfants* : il s'agit d'une catégorie de personne dont l'inconscience et l'immaturation ne permet pas de percevoir un risque de santé ou l'importance des bonnes pratiques en matière

de santé. Ils ont besoin d'être enseignés ou éduqués par des parents ou des tuteurs souvent laxistes et non regardants vis-à-vis d'eux. La vulnérabilité des enfants au choléra s'aggrave lorsqu'ils vivent dans la pauvreté au même titre que les personnes âgées. Dans certains ménages que nous avons eu à visiter lors de la campagne de vaccination de masse avec l'équipe du District de santé de Deido, des personnes se perçoivent comme étant supérieures à la maladie, incapables de tomber malades d'une telle manière. Il est honteux et humiliant pour une personne adulte d'attraper le choléra. Ceci explique l'attitude de certains parents vis-à-vis du vaccin anticholérique. Lorsqu'on leur propose le vaccin, ils font appel à leurs enfants mais eux, se refusent le droit d'en prendre. Car selon elles, les enfants sont plus vulnérables au choléra : ce sont eux qui doivent donc être vaccinés. Des personnes pensent que le choléra est une affaire qui concerne beaucoup plus les enfants. Selon elles, les enfants sont les personnes les plus susceptibles d'attraper la maladie car il est très facile pour eux de ne pas respecter les règles d'hygiène. Les enfants jouent beaucoup et n'importe où dans la poussière et la boue. Il est donc facile pour eux de se retrouver en train d'introduire dans la bouche des objets souillés et leurs mains sales. Même lorsqu'ils vont aux toilettes, ils n'ont pas le temps de se laver les mains après.

- *Les personnes non instruites* : cette catégorie de personnes est vulnérable au choléra car, n'étant pas allés à l'école, elle ne peut s'informer par lecture car ne sait pas lire. Ainsi même s'il arrive qu'on lui remette un dépliant sur le choléra ou qu'on mette des affiches parlant du choléra dans les rues, elles passeront à côté de l'information et resteront ignorantes des causes, des signes et symptômes du choléra et des moyens pour l'éviter. Les personnes non instruites sont ignorantes de certains risques de santé et peuvent ne pas percevoir l'importance de bonnes pratiques en matière de santé et du choléra. Cette catégorie de personnes est donc vulnérable au choléra, d'autant plus qu'elle n'a pas une véritable ouverture d'esprit quant à la compréhension ou au décodage des messages ou informations sur le choléra diffusés dans les médias et verbalement par le personnel de santé.

6. Perception du danger et de la sévérité des conséquences du choléra

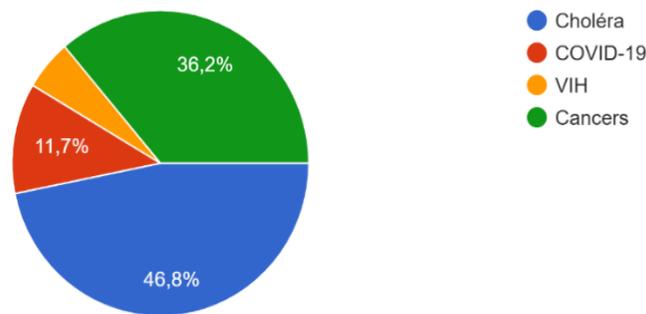
La perception du choléra comme un danger dans la ville de Douala reste relative. Il s'agit ici de comment les individus perçoivent la gravité du choléra et sa dangerosité. En effet, plus une maladie est considérée du fait de sa virulence, des conséquences ou de la morbidité, plus des mesures sont prises par les individus pour l'éviter. La perception du danger de la maladie ou la peur qu'elle suscite au sein d'une population déterminent également si la maladie est à prendre au sérieux ou s'il faut la banaliser. Au cours de notre enquête, 11,7% des

populations ont affirmé avoir plus peur de la COVID-19, 5,3% du VIH, 36,2% du cancer et seulement 46,8% des personnes ont affirmé avoir plus peur du choléra selon que le montre le tableau 24 et la figure 14.

Tableau 20 : *Relativité de la dangerosité du choléra du choléra par rapport à d'autres affections*

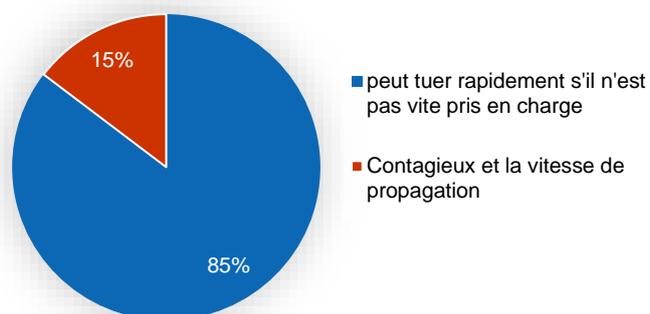
	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Choléra	44	46,8	46,8	46,8
COVID 19	11	11,7	11,7	58,5
VIH	5	5,3	5,3	63,8
Cancer	34	36,2	36,2	100,0
Total	94	100,0	100,0	

Figure 14 : *Représentation graphique des perceptions de la dangerosité du choléra par rapport à d'autres affections*



Certaines personnes ont affirmé que le choléra est une maladie de la saleté évitable par le simple respect des mesures d'hygiène ; en plus, son traitement et la prise en charge des patients ne nécessite aucun frais à déboursier de la part des patients car, subventionné par l'Etat. Pour elles, il n'est donc pas plus dangereux que le cancer dont les complications et les douleurs ressenties en phase terminale, la rapidité à tuer et son traitement onéreux, sa capacité à plus altérer l'état général et est non curatif pour la plupart dont les chimiothérapies sont douloureuses et dont la plupart des cancers sont incurables. Même si la prise en charge du choléra n'est pas onéreuse comme celui du cancer, c'est une maladie qui suscite beaucoup de peur au milieu des populations. Certains reconnaissent en lui la rapide capacité de décès entre le temps de contamination et d'incubation de la maladie qui n'est que de quelques heures si les patients ne sont pas pris en charge très tôt. Il apparaît que le choléra est beaucoup associé à la mort comme ultime et unique conséquence du choléra. Si on n'est pas traité à temps, il est probable que mort s'en suivent dans les heures qui suivent et c'est cette conséquence qui amène les gens à considérer le choléra comme une maladie très dangereuse.

Figure 15 : Représentations graphique des perceptions de la dangerosité et de la sévérité des conséquences du choléra



Cette figure montre que 85% des personnes interrogées perçoivent le choléra comme une maladie qui tue rapidement si elle n'est pas vite prise en charge et 15% perçoivent la dangerosité de cette maladie par sa virulence, l'agressivité des symptômes qui sont assez humiliants, son caractère contagieux et sa grande capacité de propagation. La perception de la dangerosité du choléra est également déterminée par l'itinéraire thérapeutique des individus face aux symptômes du choléra. Les premiers réflexes des individus en cas de suspicion de la maladie sont regroupés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 21 : Premiers réflexes de recours aux soins en cas de suspicion du choléra

	Effectifs	Pourcentages	Pourcentages cumulés
Je me dirige vers une formation sanitaire ou un hôpital	72	76,6	76,6
Je fabrique une solution de réhydratation orale et je m'en vais à l'hôpital	15	16,0	92,6
Je vais voir le guérisseur	2	2,1	94,7
Je vais à la pharmacie	2	2,1	96,8
J'achète les médicaments de la rue	1	1,1	97,9
J'appelle le 1510	2	2,1	100,0
Total	94	100,0	

Il apparaît que 76,6% des personnes interviewées ont déclaré se diriger en premier lieu vers une formation sanitaire ; 16% se fabriquent une solution de réhydratation orale et se rendent à l'hôpital, 2,1% vont voir le guérisseur, et une très faible proportion (seulement 2,1%) appellent le numéro vert 1510. Comme présenté dans le tableau ci-dessus, lorsque des personnes remarquent des symptômes de choléra chez eux ou chez leur voisin, le premier réflexe de recours aux soins est de se diriger vers une formation sanitaire pour la prise en charge. Or, cela

n'est pas trop conseillé car maximise le risque de dissémination du vibrion cholérique et de contagion du choléra.

7. L'appartenance religieuse et les perceptions du choléra

Il n'existe pas de définition de la religion qui fasse l'unanimité des chercheurs. Il existe une « *Tour de Babel* » des définitions de la religion car chaque auteur appréhende le concept selon les orientations de ses recherches (Willaime, 2012 :114). Mais pour Emile Durkheim (1912), la religion est « *un système de croyances solidaires et de pratiques relatives aux choses sacrées [...] qui unissent en une même communauté morale, appelée Église, ceux qui y adhèrent* ». Au-delà de toutes les approches définitionnelles existantes du concept de religion, ce qui est à retenir est l'idée d'un être surnaturel omnipotent, omniscient et omniprésent à qui rien ne peut échapper. La religion se manifeste de façon diverse par conséquent, une définition de ce concept doit chercher à résumer en ce dernier la variété phénoménale du religieux c'est-à-dire à l'analyse des différentes religions ou religiosités existantes. Toutefois, ceci n'est pas le but recherché dans cette partie. Parler de religion dans cette étude revient à analyser son impact sur la perception individuelle de la maladie et les mesures édictées par le gouvernement pour lutter contre la maladie. D'autant plus que comme le soutient Durkheim, religieux n'est pas ce à quoi on croit. Mais est religieuse la manière dont on croit ce à quoi on croit.

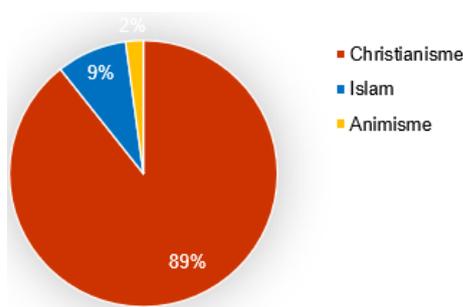
La ville de Douala est une ville mosaïque non seulement sur le plan culturel, mais aussi sur le plan religieux. On y rencontre donc plusieurs religiosités : les musulmans, les pentecôtistes, les catholiques, les protestants, témoins de Jéhovah, presbytériens et même des animistes. Les formes de religiosités rencontrées dans le cadre de notre étude sont regroupées dans le tableau ci-dessous :

Tableau 22 : *Appartenance religieuse des répondants*

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentages cumulés
Pentecôtisme	27	28,7	28,7
Catholicisme	37	39,4	68,1
Islam	8	8,5	76,6
Protestantisme	16	17,0	93,6
Presbytérianisme	1	1,1	94,7
Évangélisme	1	1,1	95,7
Témoins de Jéhovah	2	2,1	97,9
Animisme	2	2,1	100,0
Total	94	100,0	

Il s'agit donc d'une société majoritairement chrétienne (indépendamment des religiosités) (Conf. Figure13), dont la foi est fondée en un sauveur suprême de l'humanité, JESUS-CHRIST pour qui la mission sur terre consistait en le salut des hommes et qui, par sa mort à la croix, se serait chargé de toute maladie selon qu'il est écrit : « [...] *Et c'est par ses meurtrissures que nous sommes guéris* » (Esaïe 55 : 5). En effet, Dieu est omnipotent, omniprésent et omniscient. Cela veut dire qu'il peut tout et que rien ne lui est impossible. Il possède une capacité de guérison qu'aucun docteur en médecine ne pourrait jamais avoir et guéri toute maladie et toute infirmité. Aucune maladie, quel que soit son nom encore moins une petite diarrhée ne peut être au-dessus de son pouvoir de guérison.

Figure 16 : présentation graphique des religions selon les enquêtés



Cette croyance en la toute-puissance de Dieu fortement ancrée dans la conscience détermine fortement les perceptions de la maladie et le recours aux soins pour la prise en charge du choléra. Ceci explique l'aversion marquée de certaines personnes quant aux mesures de prévention de lutte contre le choléra dans la ville de Douala. Lors d'une campagne de vaccination, à laquelle nous avons été intégrés pour une observation participante, une femme rabroue à l'approche de l'équipe des vaccinateurs : « *Nous n'avons pas besoin de ça ! c'est Dieu qui nous garde donc tout ce que vous faites-là ne sert à rien. C'est Dieu qui garde et c'est lui qui guéri !* ».¹⁶ Ainsi, il n'est pas nécessaire de se faire vacciner et lorsqu'elles sont malades, des personnes se dirigent vers des églises pour obtenir des prières des hommes de Dieu pour leur guérison. Cette croyance quant au pouvoir divin de garder et de guérir du mal est aussi la cause du retard observé dans le recours aux soins et causes des décès dus au choléra. Afin de rendre de compte de l'impact des religions sur les perceptions et les croyances relatives au choléra, des variables ont été mises en corrélation. Les résultats obtenus sur la nature et l'origine du choléra sont présentés dans le tableau croisé dynamique ci-dessous :

¹⁶ Ceci est une donnée que nous avons recueillie de manière occasionnelle lors de notre observation participante le 23 Août 2022. L'informatrice ne faisait pas partie de notre échantillon.

Tableau 23 : *Tableau croisé dynamique des perceptions de la nature et l'origine du choléra liées à la religion des répondants*

Effectifs	Mystique	Naturelle d'origine hydrique liée aux mauvaises conditions d'hygiène et d'assainissement	Punition de Dieu	Total
Pentecôtistes	1	26	0	27
Catholique	0	36	1	37
Musulman	0	8	0	8
Protestant	0	15	1	16
Presbytériens	0	1	0	1
Évangélique	0	1	0	1
Témoin de Jéhovah	0	2	0	2
Animiste	0	2	0	2
Total	1	91	2	94

La religion aujourd'hui et dans la société camerounaise a toujours influencé les perceptions des populations en leur donnant une capacité de voir les choses ou les phénomènes différemment au point de s'ériger en opposition à la science et dans le domaine de la santé, à la médecine conventionnelle. Lors de notre entretien avec le Révérend Jean Paul KINGUE, celui-ci confie :

Dans ma paroisse, je conseille à mes fidèles de faire la part des choses. Le choléra est une maladie réelle mais il ne faut pas minimiser le pouvoir de Dieu de guérir. Aucune maladie ne peut dépasser notre Dieu. Alors, ce que je leur conseille toujours est de se rendre à l'hôpital pour recevoir des soins adéquats tout en gardant dans leur cœur la foi que Dieu utilisera le corps médical et leurs produits pour retrouver la santé. Car il y a des personnes qui sont tombés malades et se sont rendues à l'hôpital avec tous les moyens et tous les médicaments disponibles, mais y ont quand même perdu la vie (Entretien du 18 Juillet 2022, Douala).

À la question de savoir ce qu'il pensait des personnes qui disent ne pas avoir besoin de se faire vacciner contre le choléra parce que Dieu les garde et les protège, et il répond encore en ces termes :

J'apprécie déjà la démonstration de leur foi envers Dieu. Mais il ne faut pas aussi être stupide. C'est Dieu qui a donné la sagesse à l'Homme pour trouver des vaccins et des traitements aux maladies et...je pense que si le Gouvernement a perdu sa crédibilité face aux populations, c'est à causes des malversations, et de tout ce qu'on entend sur les décisions qu'ils ont l'habitude de prendre là-bas en haut. Alors certaines personnes dont la foi est déjà fortement ancrée en Dieu sont obligées de se

remettre entièrement à Dieu pour ce qui est de la prévention et même du traitement de la maladie (Entretien du 18 Juillet 2022, Douala).

L'analyse de ces propos à la lumière de cet échange amène à comprendre que la religion n'est pas seulement érigée en opposition vis-à-vis de la médecine. Elle continue de jouer tant bien que mal son rôle de régulateur décelé par Durkheim dans ses premières recherches sur le fait religieux en 1886. En effet, c'est l'individu qui choisit de rejeter les mesures de prévention et de lutte mises en œuvre par le gouvernement à cause de leur méfiance vis-à-vis des autorités étatiques et non à cause d'un enseignement quelconque des autorités religieuses, quelle qu'elle soit. Or, le respect des règles d'hygiènes ou la pratique de l'hygiène en général n'ont rien à avoir avec la foi ou toute autre pratique susceptible de mettre en péril une certaine foi. Ceci est l'exemple de la foi religieuse pour les musulmans chez qui le lavage des mains, des pieds et du visage constitue tout un rite avant l'exercice de prière.

Pour mieux rendre compte de l'impact de la religion sur les perceptions sociales du choléra, un autre leader religieux sur la question relative à la vaccination comme mesure de prévention du choléra pour un chrétien confirme et soutient « *l'action prophylactique* » (selon les termes de Willaime) et protectrice de la religion, de Dieu. Le Pasteur Brice DZOGO, sur la question relative à ce qu'il pense des chrétiens qui se font vacciner contre le choléra déclare :

C'est l'incrédulité ! Te faire vacciner signifie que tu ne crois pas que Dieu est capable de te protéger de la maladie, tout simplement ! le choléra fait partie des maladies de la colère de Dieu. Lorsque Dieu est en colère après l'humanité à cause de tout le mal qui se multiplie de jour en jour, il envoie des maladies comme le choléra et le corona virus pour que le monde prenne conscience de leurs péchés et qu'il se repente. Et croyez-moi, le remède même à une telle maladie n'est pas le vaccin ou les produits qu'on donne là : c'est le retour à Dieu, c'est la repentance. Le monde est frappé de ces maladies parce que Dieu est en colère et veut que l'humanité revienne à lui. Mais au lieu de revenir à Dieu et de se repentir, on cherche à masquer le mal, à contourner la volonté de Dieu. Voilà pourquoi le choléra n'est pas encore fini au Cameroun malgré tout ce que le Gouvernement fait là (Entretien du 17 Juillet 2022, Douala).

L'analyse de ces propos met en évidence deux principaux éléments dont : la foi comme mesure de prévention et la repentance et l'observation des commandements divins comme moyens d'élimination du choléra. Par la foi, c'est-à-dire en croyant fermement en Dieu, on évite de tomber malade de quelque manière que ce soit. Il faut croire en Dieu et le laisser démontrer sa puissance protectrice dans sa vie. Toutefois, étant donné que c'est « *une maladie de la colère de Dieu* » selon les termes de ce leader religieux, le traitement et le seul moyen d'élimination ou d'éradication de ce fléau est la repentance et l'observation des commandements de Dieu. Dans cette optique, toute mesure de prévention humaine devient inutile. Un tel message prêché

à des fidèles ne peut que laver toute conscience de l'efficacité des moyens de lutte contre le choléra préconisées par le Ministère de la santé et ses partenaires au développement ; et rend stériles tous les messages de sensibilisation transmis par différents canaux de communication.

Par la suite, lorsqu'on lui a demandé quel conseil donnait-il à l'un de ses fidèles s'il venait le voir et lui dire qu'il fait la diarrhée et qu'il ressent les symptômes du choléra, ce pasteur sans hésiter, réplique :

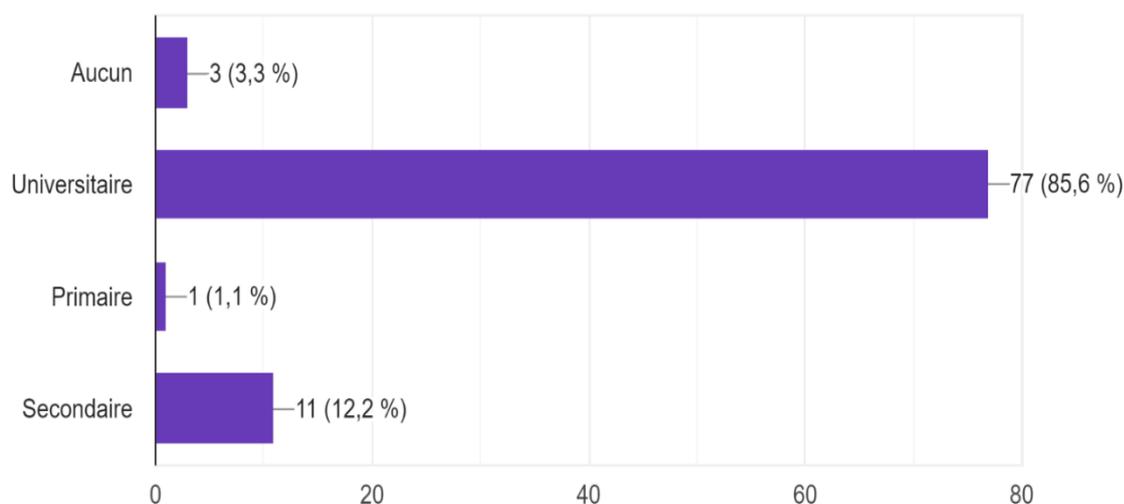
Moi je ne peux pas me prononcer là-dessus, c'est chacun qui a sa foi. Si quelqu'un vient me voir, je vais faire ma part qui est de prier pour la personne. Maintenant, le choix et la décision d'aller ou pas à l'hôpital reviennent à la personne elle-même. Je n'essaierai pas de le persuader ou de l'en dissuader (Entretien du 17 Juillet 2022, Douala).

Il se dégage de ces des derniers propos, une impossibilité pour cet homme de Dieu, de sensibiliser ou d'encourager les fidèles à propos des mesures de prévention contre le choléra. On pourrait même parler du refus de coopérer avec les autorités sanitaires et de contribuer à la lutte contre cette affection, à cause de son alliance et de son engagement avec Dieu.

8. Le niveau d'instruction et les perceptions du choléra

Évoquer le niveau d'éducation des populations, Le niveau d'instruction met également l'individu face à d'autres modes de pensées ou de raisonnements, face à d'autres valeurs et joue un rôle important tant dans la perception de la vulnérabilité, que dans la perception de sa du danger du choléra. Le niveau d'instruction influence en effet, les perceptions de l'individu et constitue par là un véritable déterminant du comportement de l'individu face au choléra et aux mesures de prévention instituées par le Ministère de la santé. Les niveaux d'éducation sont regroupés dans la figure 16 ci-dessous. Dans notre cas, Cette variable explique que 3,3% des personnes interviewées n'avaient aucun niveau c'est-à-dire, n'avaient pas été à l'école séculière ; 1,1% avait le niveau primaire ; 12,2% avaient le niveau secondaire ; et 85% avaient le niveau universitaire tel que présenté sur la figure. Il s'agissait donc d'une population majoritairement instruite. Ceci explique en partie le niveau de connaissances obtenu lors de notre collecte sur les différentes perceptions du choléra.

Figure 17: Niveau d'instruction des enquêtés



Il s'avère que cette catégorie de personne est plus susceptible d'assimiler et de connaître et reconnaître les symptômes de la maladie, les modes de transmission ainsi que les moyens permettant d'éviter la maladie. Il devient également plus facile pour cette catégorie de d'individus de respecter les mesures de prévention et de lutte contre le choléra instaurées par le Gouvernement Camerounais.

9. La croyance en l'efficacité de l'action préventive du choléra

La croyance en l'efficacité des mesures préventives du choléra est relative dans la ville de Douala comme partout ailleurs au Cameroun. Il en ressort que 54,3% des personnes interrogées croient en l'efficacité des politiques publiques de lutte contre le choléra et 45,7% n'y croient.

Tableau 24 : Relativité des croyances en l'efficacité des mesures de prévention et de lutte contre le choléra dans la ville de Douala

Quelle-est votre appréciation des mesures de prévention et de lutte contre le choléra ?				
	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Prometteuses	51	54,3	54,3	54,3
Inefficaces	43	45,7	45,7	100,0
Total	94	100,0	100,0	

Il ressort en effet que les personnes ayant trouvé que les l'action préventive entreprise par le Gouvernement était efficace avaient beaucoup plus un niveau d'étude de l'universitaire, de même que pour ceux qui ne croient pas en l'efficacité des politiques de lutte contre le choléra.

Tableau 25 : Croyances en l'efficacité des mesures de prévention et de lutte contre le choléra selon le niveau d'instruction

		Quel est votre niveau d'instruction ?				Total
		Aucun	Primaire	Secondaire	Universitaire	
Quelle-est votre appréciation des mesures de prévention et de lutte contre le choléra ?	Prometteuses	2	0	3	46	51
	Inefficaces	1	1	5	36	43
Total		3	1	8	82	94

Pour certaines personnes, la familiarité avec l'insalubrité, la surpopulation et la pauvreté leur a enlevé tout espoir de mener une vie sans choléra. D'autres ne croient pas car cela fait des décennies aujourd'hui que le Cameroun essaie avec les recommandations de l'OMS, de lutter contre le choléra. Mais jusqu'ici, on rencontre les mêmes problèmes notamment dans la gestion des déchets et l'approvisionnement en eau potable. Pour certains, ces recommandations ne reflètent pas le terrain. Il ne leur reste plus qu'à se confier à Dieu pour espérer ne pas tomber malade. Car, on aura beau se laver les mains, les légumes et les fruits, viendra un jour où ces mesures d'hygiène ne seront pas respectées et où on pourra attraper la maladie.

Les raisons suivantes ont été avancées par les interviewés pour justifier leur non croyance en l'efficacité des politiques de prévention et de lutte contre le choléra :

- « *Faible communication et sensibilisation dans les communautés* »

Comme le montrent les données présentées un peu plus haut dans le cadre de la communication et de la sensibilisation sur le choléra, plusieurs personnes ont affirmé n'avoir jamais vu d'affiche parlant de choléra dans la rue. D'autres ont également affirmé ne jamais avoir entendu parler du choléra au travers d'un leader communautaire. En effet, les autorités publiques ne communiquent pas assez sur le choléra dans une ville comme Douala. Cette communication doit pourtant être faite à tous les niveaux par chaque sectoriel impliqué dans la lutte contre le choléra. Malheureusement, cela n'est pas fait. Le ministère de la santé lui, se contente juste de mettre des affiches principalement dans les formations sanitaires. Cela veut dire que pour avoir accès à cette information, il faudrait se rendre à un hôpital.

- « *Ils font leur travail avec les recommandations de l'OMS je crois que c'est bien mais insuffisant car ça ne reflète pas le terrain* »

La difficulté à ce niveau se pose au niveau où les autorités sanitaires ne

- « *Très basique, tous les secteurs ne sont pas suffisamment impliqués* »

- « *Les ressources déployées ne sont pas proportionnelles* »
- « *Elles sont partiellement acceptables* »
- « *La lenteur du système* »
- « *Faible approvisionnement en eau potable et persistance de l'insalubrité dans certains quartiers* »
- « *N'agressent pas les déterminants directs du choléra dans la ville* »
- « *Elles n'ont pas encore pu mettre fin au choléra au Cameroun* »
- « *Elles se limitent aux ateliers et autre concept qui permettent favorise la machine à engloutir des budgets* »
- « *Rien n'est fait dans les quartiers marécageux* »
- « *Inadaptées au contexte et ne reflètent pas la réalité sur le terrain* »
- « *Continuelle croissance démographique* »
- « *Les moyens mis en jeu pour lutter contre le choléra ne sont pas assez efficaces* »
- « *Presque inexistantes* »

La croyance des populations en l'efficacité des actions préventives et lutte contre les maladies en général dépend largement de la confiance que leur inspire le politique. Ainsi, l'incrédulité développée par elles à l'égard des actions posées par ce dernier, provient du fait de la dégradation progressive de l'espace de vital et des conditions réelles de vie d'une population résiliée.

II. COMPORTEMENTS ET PRATIQUES SOCIAUX DES POPULATIONS EN MILIEU URBAIN OU L'ÉCHEC DE LA SOCIALISATION SANITAIRE

Il s'agit ici de ressortir comment les populations, par leurs comportements et leurs pratiques contribuent à limiter l'action du Gouvernement à travers les décisions ou politiques de santé visant la réduction du risque de survenue des épidémies de choléra dans la ville de Douala et par-dessus tout, l'élimination du choléra d'ici 2035 comme ambitionné dans la feuille de route mondiale.

Dans ce travail, la socialisation sanitaire est entendue comme le processus par lequel, l'individu acquiert les normes et valeurs relatives à la santé, les intègre à sa personnalité afin de se garder en bonne santé lui et son entourage. Ce processus, passe par l'éducation à la santé à tous les niveaux de la sphère sociale, la santé étant une affaire de tous. Il s'agit donc, d'inculquer des normes et des valeurs en termes de bonnes pratiques qui permettront à l'individu de préserver sa santé si elles sont mises en œuvre. Par exemple, dans le cas du choléra qui fait l'objet de notre étude, les bonnes pratiques sont :

- Se laver régulièrement les mains avec de l'eau propre coulante et du savon avant les repas et au sortir des latrines
- Laver et bien cuire les aliments avant de les consommer
- Potabiliser l'eau avant de la consommer
- La prise en charge du choléra est effective et totalement gratuite dans les FOSA
- Le vaccin contre le choléra est différent de celui contre la Covid-19
- Se rendre dans une formation sanitaire en cas de symptômes respecter scrupuleusement les mesures d'hygiène pour éviter d'être contaminé
- L'usage des latrines ou l'enterrement des excréta

Ces bonnes pratiques quand elles sont respectées et mises en œuvre, permettent à l'individu d'éviter de se faire contaminer par le choléra et de contaminer les autres. Plusieurs éléments permettent de réguler les comportements des individus dans ce sens et le défi est grandiose d'autant plus qu'il s'agit d'un milieu urbain culturellement mosaïque et qui connaît une croissance démographique remarquable (Confère tableau 4). Ainsi d'une part, il s'agit d'amener les personnes ou les populations à respecter les règles d'hygiène tant individuelles que collectives établies par les autorités et de se comporter de manière à préserver la santé en milieu particulièrement urbain. Malheureusement, au regard des comportements et pratiques développées par les populations doualaises, on est en mesure d'affirmer que la socialisation sanitaire a connu un échec dans le changement de comportements des personnes.

1. La re-tribalisation des populations et perception endogène des déchets à Douala

L'observation documentaire faite montre que dans certaines communautés des quartiers à risque, la re-tribalisation, la perception endogène des déchets, le symbolisme de l'eau, l'exposition des excréta humains en plein air et les croyances relatives à la santé sont de véritables révélateurs des comportements des populations. Une étude menée en 2006 par Guévert montre que les populations Doualaises, comme dans toutes les grandes métropoles du pays, ont tendance à reconstituer leur environnement tribal d'origine. Ceci aboutit à des pratiques qui ne sont pas forcément adaptées à l'environnement urbain. La structuration des habitats, la pratique de l'élevage en milieu urbain, les habitudes culinaires et alimentaires, la collecte et l'évacuation des excréta continuent encore de jouer un rôle très important dans la résurgence et la distribution du vibron cholérique dans la ville de Douala. Dans cette étude, il montre qu'il existe une forte symbolisation du déchet et de l'usage qui en est fait dans les ménages. En effet, les déchets sont perçus comme des fertilisants favorables au développement de l'agriculture ou à la production d'aliments pour les animaux. Cela conduit à une

configuration de l'habitat où on trouve derrière la maison, une latrine qui côtoie un poulailler et ou une porcherie, une cuisine, et un jardin potager. Ainsi, les excréments humains sont utilisés pour nourrir les porcs et les excréments des porcs, de même que les fientes de poules servent à leur tour à engraisser les plantes maraîchères cultivées aux alentours des maisons. Les odeurs dégagées par ces ordures et déchets semblent même renforcer les liens de complicité entre les hommes et les animaux. De ce point de vue, les déchets ne sont plus une matière inerte, sale et dangereuse, encore moins malpropre ou vile. Mais ils cachent toute une vie et permettent d'établir une relation ou un lien entre l'homme, les animaux, et l'environnement. Cette contiguïté renforce le rapport d'intimité établit par l'homme avec ses biens. En effet, plus il est entouré de ses biens, plus il se sent en sécurité (Guévert, 2006). La vie urbaine individualiste amène l'individu à gérer l'espace de façon à tout organiser autour de lui. Dans certaines concessions, l'homme s'entoure du nécessaire susceptible de satisfaire ses besoins sans compter sur ses voisins. Mais le milieu urbain ne lui permet pas la gestion de l'espace comme dans son village d'origine et l'oblige à tout concentrer côte à côte autour de lui, même si sa santé est en péril. Cette perception explique en partie la résistance de certaines populations aux messages d'hygiène visant à lutter contre le péril fécal.

2. La relation entre la personne et l'eau dans la ville de Douala

Tel que le dit Janny (2004 :25), l'eau est le facteur central des épidémies de choléra. La relation eau-personnes dans la ville de Douala est une relation complexe dont les rouages tournent autour de l'usage qui en est fait. En effet, « *l'eau c'est la vie* » mais aussi, elle peut aussi être source de la maladie et même de la mort, surtout si elle ne réunit pas les conditions requises pour être consommée par l'homme. Dans ce cas, son usage n'est réservé qu'aux travaux domestiques. Cette denrée vitale pour l'Homme est d'une valeur inestimable pour lui qui est prêt à payer le fort prix pour pouvoir s'en approprier. Dans le marché public, on la trouve ensachée (malgré l'interdiction par la loi camerounaise) ou encore embouteillée au prix de 100 Fcfa à 400 Fcfa. Le prix va de 50 FCFA pour le sachet et pour les bouteilles.

2.1. Sources d'eau de boisson identifiées

La figure ci-dessous présente une répartition claire des préférences de sources d'eau de boisson des personnes interviewées. On constate en effet que les sources d'eau les plus sollicitées sont :

- *Le forage* : plus de la moitié de ces personnes soit 62,8% consomment l'eau du forage. En effet, les populations préfèrent l'eau du forage car, selon elles, elle paraît plus sûre. Selon

elles, l'eau du forage regroupe toutes les qualités décrites d'une eau potable : incolore, inodore et sans saveur (Entretien du 15 juillet 2022). En plus, elle est pure et agréable à boire. Les ménages qui ne sont pas dotés de forage se connectent à un particulier pour être approvisionnés en eau contre une facture à la fin du mois.

- *L'eau courante* : comme le montre la figure 18 ci-dessous, 27,7% des personnes interviewées ont affirmé consommer l'eau du réseau public. Ce chiffre traduit en effet, une grande aversion des populations à l'endroit de cette eau. Selon les populations, cette eau, de par sa source, son cheminement jusqu'à l'Homme, n'est pas bonne à consommer. Car « *elle est d'abord sale à voir seulement la couleur ! On ne sait pas ce qui est à l'origine de la couleur là...on ne sait pas si c'est la rouille des tuyaux... ou c'est seulement l'eau de la Sanaga là qu'on nous envoie comme ça ? On ne sait pas !* » (Entretien du 15 juillet 2022).

De plus selon elles, elle n'est pas assez traitée. Elle est enfermée dans des tuyaux rouillés, défectueux et non entretenus, elle ne respire pas. Elle n'est pas rafraîchissante et n'étanche pas la soif, car toutes ses forces naturelles subissent des transformations. C'est une eau dénaturée et cause de maladies. Madame X7 dit :

Rien ne va avec cette eau depuis sa source jusqu'à son parcourt dans les vieux tuyaux rouillés qu'on ne change même jamais. La simple couleur montre que cette eau n'est pas suffisamment traitée. Elle fait même peur ! Quand bien même elle est un peu claire, c'est le javel qui est dosé dedans. Franchement, boire l'eau courante ici à Douala, c'est prendre un gros risque de tomber malade.

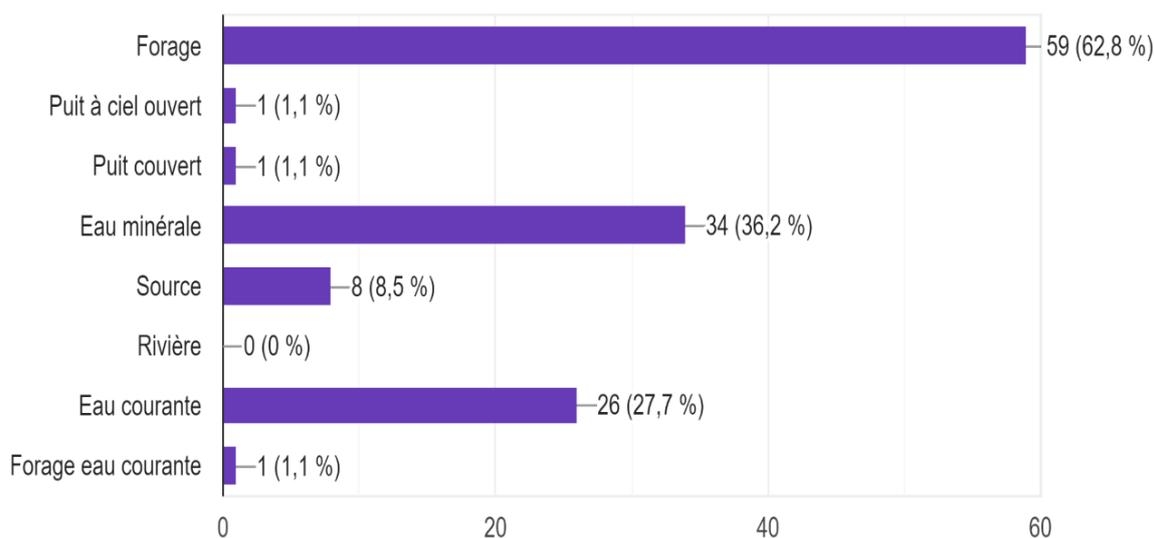
Une femme X 22 affirme : « *À chaque fois que je buvais l'eau de la SNEC, je tombais malade. Le ventre me faisait toujours mal, atrocement ! le médecin m'a conseillé de boire l'eau minérale ou l'eau du forage. Depuis, je n'ai plus mal au ventre à cause de l'eau. En plus, cette eau n'a pas un bon goût* » (Entretien du 15 juillet 2022).

Elle est donc surtout décriée par les populations à cause de sa forte odeur de javel, de sa couleur jaunâtre. La population se méfie de cette eau, et l'utilise beaucoup plus pour la vaisselle, la lessive, le ménage et la cuisine. Une habitante du quartier Ndogbong précise : « *si c'est pour faire les travaux ménagers ou la cuisine, je peux encore accepter. Mais si c'est pour boire, je ne peux pas* » (Entretien du 15 juillet 2022).

- *La source* : 8,5% des personnes interviewées consomment l'eau de la source qui selon elles est similaire à l'eau du forage. Toutefois, l'entretien de ces sources pose souvent problème car certaines personnes viennent souvent déféquer près des sources. Aussi, ces sources parfois mal aménagées, sont souvent inondées lors de grandes pluies car situées en zones marécageuses.

- L'eau minérale : 36,2% des personnes que nous avons interviewées préfèrent la consommer pour éviter tout risque de maladie.

Figure 18 : Préférence des sources d'eau



2.2. Potabilisation de l'eau de boisson

Dans le cas où on ne peut pas s'offrir une eau sûre pour consommation directe, des personnes prennent des mesures pour éviter de tomber malade : c'est la potabilisation de l'eau. C'est un processus qui mène à la purification de l'eau afin de la rendre fiable et sûre quand on la boit, lui donner les vertus de l'eau potable en suivant des normes de potabilité (<https://www.aquaportail.com> consulté le 20 octobre 2022). Elle consiste en des techniques qui permettent de dépouiller l'eau des germes capables de rendre l'Homme malade. Ce processus défini en fait l'action de l'individu sur l'eau afin qu'elle ne réagisse pas mal dans son organisme. L'eau doit en effet continuer d'être « la vie » pour les hommes et non d'être pour eux une source de mort et de maladie. Sont recueillis dans le tableau ci-après, le nombre de personnes qui affirment potabiliser leur eau avant consommation.

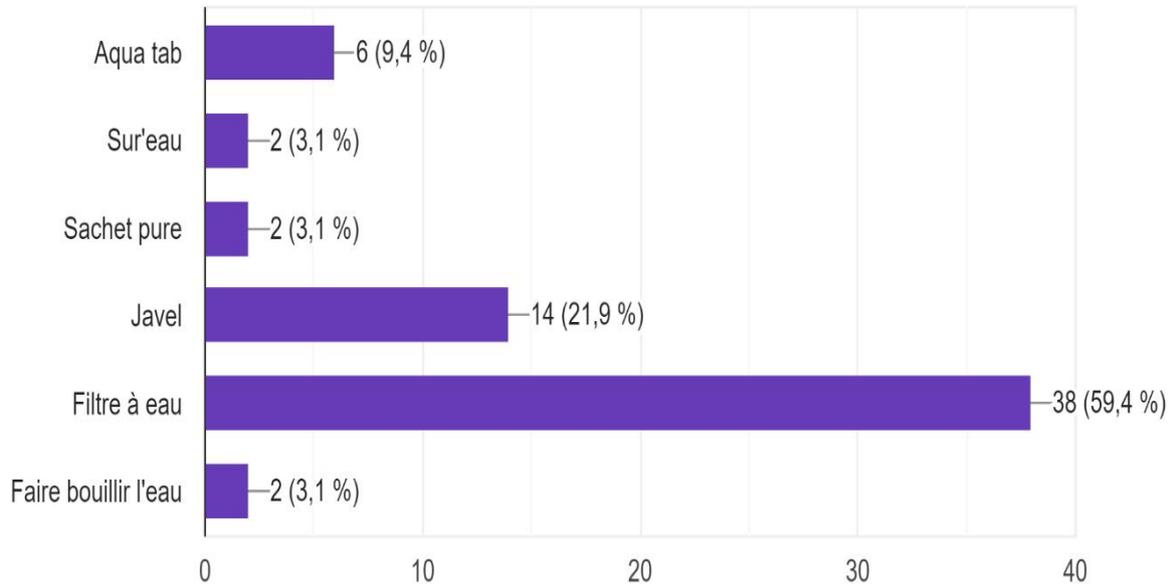
Tableau 26 : Taux de personnes qui potabilisent leur eau avant consommation

Potabilisez-vous votre eau avant de la consommer ?	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Non	34	36,2%	3,4	94
Oui	60	63,8%	6	100
Total	94	100%	100	

Sur les 94 personnes interviewées, 36,2% soit 34 personnes sur 94 interviewées ne potabilisent pas leur eau avant de la consommer. Cette portion de personnes est identique à celle des personnes qui consomment l'eau minérale selon que nous l'avons montré plus haut. 63,8%

soit 60 personnes sur 94 interviewées disent potabiliser leur eau avant de la boire. Les données collectées sur les différentes techniques de potabilisation de l'eau utilisées sur le terrain sont résumées dans la figure 18.

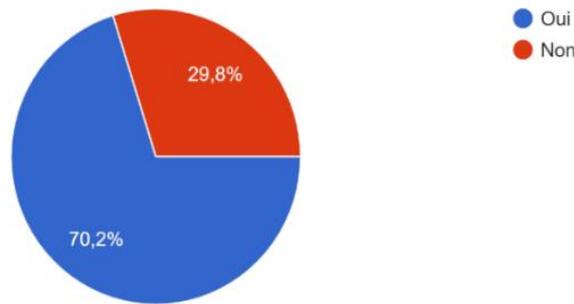
Figure 19 : Potabilisation de l'eau selon les différentes techniques



Il ressort de cette figure que 9,4% des personnes qui potabilisent leur eau avant de boire utilisent les Aqua tabs ; 3,1% utilisent le Sure'eau, 3,1% utilisent le sachet pure, 21,9% font usage du javel (chlore) pour potabiliser leur eau ; 59,4% procède par filtration que ce soit par l'usage d'un filtre à eau moderne ou du coton ou d'un morceau de tissu propre et 3,1% seulement font bouillir leur eau avant de la boire.

Ces données révèlent en effet que des personnes utilisent plus par la filtration pour potabiliser leur eau. Or selon le magazine en ligne « Eco infos » (consulté de le 20/10/22), la filtration de l'eau est en effet, un procédé consistant à supprimer ou débarrasser l'eau des particules en suspension de taille moyenne. Dans ce sens, le filtre à eau ne permet donc pas d'éliminer les bactéries et les germes présents dans l'eau. Cette attraction des populations vers le filtre à eau serait due à la mauvaise information sur les techniques de potabilisation de l'eau. D'autant plus que 70,2% des personnes affirment avoir reçu des informations sur les techniques de potabilisation de l'eau tel qu'illustré dans la figure ci-dessous :

Figure 20 : Proportion de personnes ayant reçu ou pas des informations sur les techniques de potabilisation



Mme Meyeh, notre principale informatrice au niveau du service de santé du District rapporte que :

Le ministère de la Santé a retenu trois méthodes de potabilisation de l'eau à domicile qui sont : la potabilisation par ébullition, la potabilisation par javellisation et la potabilisation à l'aide des comprimés aquatabs. Ce sont ces méthodes que nous promouvons lorsque nous descendons sur le terrain (Entretien non programmée du 27 août 2022, Douala).

Fort du constat sur la préférence avérée des populations à l'égard de la potabilisation par filtrage, en dépit des techniques approuvée par le Ministère de la santé, les populations ont été mal informées sur les techniques de potabilisation efficaces et n'ont pas encore réellement reçu la bonne. Il faut donc que les autorités sanitaires, principaux détenteurs de la bonne information, l'intègrent dans les messages clés à véhiculer et les bonnes pratiques à promouvoir au sein des communautés.

3. Les pratiques d'hygiène

3.1. Gestion quotidienne des excréta humains

Dans la ville de Douala comme au Cameroun en général, le péril fécal¹⁷ constitue jusque alors un risque majeur de dissémination des agents des maladies hydriques, parmi lesquels le vibron cholérique, d'où les poussées épidémiques toujours fréquentes dans la ville. Les installations d'évacuation des excréments ne sont pas forcément adaptées au contexte urbain et ne conviennent pas forcément à toutes les cultures représentées dans la ville de Douala. Cela peut être des latrines traditionnelles parfois construits dans des marécages et très peu profonds et parfois munis d'une vanne d'évacuation dont le contenu est vidé à l'occasion des grosses

¹⁷ Le péril fécal désigne le danger que représente les fèces et excréta d'origines humaine et désigne indirectement l'ensemble des maladies liées aux excréments.

pluies et emporté par les eaux du ruissellement ou vidangée périodiquement dans les grands drains à ciel ouvert ou les petits drains traditionnels et peu profonds (Images 9, 10 et 11).

Image 8 : *Petit drain dans lequel sont souvent vidés les déchets*



Source : Observation directe du 25/08/2022

Image 7 : *Ouverture des latrines canaux d'évacuation dans un petit drain*



Source : Observation directe du 25/08/2022

Image 9 : *Vanne d'évacuation des déchets humains ouverte en plein air*



Source : Observation directe du 25/08/2022

Dans le District de Deido, les marchés, certains lieux publics et institutions on peut y trouver des toilettes publiques dotées d'installations fonctionnelles de lavage des mains bien entretenues et un système de nettoyage et d'entretien pérenne mis en place par la communauté urbaine de Douala. Mais ceci n'est pas toujours le cas car dans certains lieux publics, l'état des latrines laisse à désirer. En conséquence, des personnes défèquent à l'extérieur des latrines et parfois à même le sol car la plupart de ces latrines sont non fonctionnelles ou les canalisations sont bouchées occasionnant une accumulation des excréta dans le pot WC. L'image ci-après présente une latrine commune ouverte et construite sur un marécage dans le quartier Ndogbong. Celui-ci est déjà rempli grâce aux eaux du marécage et lors de grandes pluies, le contenu est transporté et répandu dans la nature causant une contamination de l'environnement.

Image 10 : Latrine commune construite sur un marécage



Source : Observation directe du 25/08/2022

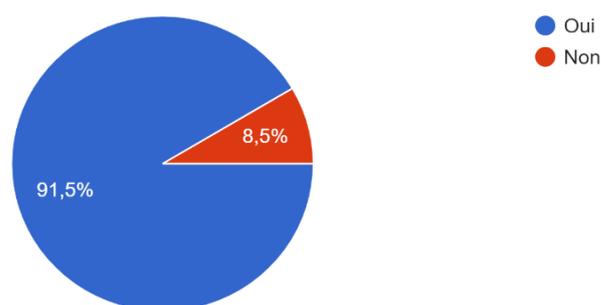
La récente enquête menée par le Ministère de la santé et l'OMS a permis de recenser 68 ménages n'ayant pas de latrines dans le District de santé de Deido (Tableau 7). Les populations de ces ménages sont amenées à déféquer dans des pots ou des récipients dont le contenu est ensuite vidangé dans un drain ou une rigole. Certains, ne possédant pas de latrines sont obligés de déféquer dans les champs ou dans des espaces verts non exploités. Ceci est peut-être le cas pour nos enquêtés dont 08 (soit 8,5% des répondants) ont reconnu ne pas posséder de latrine dans leur domicile.

Tableau 27 : Nombre de personnes ne disposant pas de latrines dans leur ménage

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Non	8	8,5%	8,5%	91,4
Oui	86	91,5%	91,5%	100,0
Total	94	100%	100%	

La courbe ci-dessous présente la proportion des personnes possédant des latrines dans leur ménage et celle des personnes ne possédant pas de latrine dans leur ménage selon notre enquête. Cette proportion, bien que faible, constitue un véritable risque de résurgence du choléra et un véritable déterminant de la persistance des épidémies de choléra dans la ville de Douala surtout lorsqu'on sait que le choléra est une maladie du péril fécal à transmission féco-orale. Elle n'est donc pas à négliger sachant qu'un seul cas de choléra enregistré égale une épidémie.

Figure 21 : Proportion des personnes ayant et n'ayant pas de latrines dans leur ménage

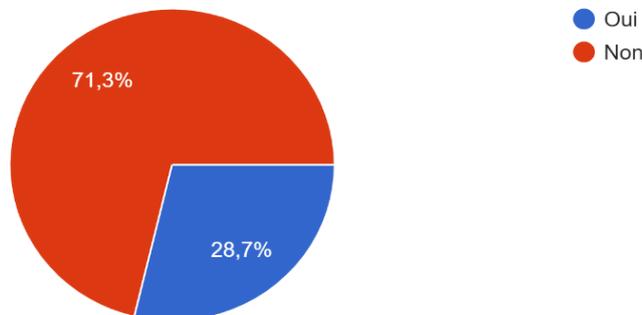


Au cours de notre observation directe, on a rencontré des tas d'excréments le long des rues de Ndogbong, Bepanda omnisport ; des lieux publics transformés en toilettes publiques en bordure de route à la vue et au su de tous. Malgré l'installation récente de plusieurs toilettes publiques à accès payant dans certains quartiers populaires comme Deido, on retrouve encore des individus qui défèquent à l'extérieur des habitations. Des excréta rencontrés le long de certaines rues sont la preuve de comportements de certaines personnes chez qui l'éducation sanitaire aurait échoué dans le changement de comportement et déploré par ceux qui auraient assimilés les règles d'hygiène collective et individuelles. Monsieur Dikongue Marc, un habitant du quartier Bepanda TSF a exprimé son désappointement en ces termes :

Je ne comprends pas comment quelqu'un de sensé peut se mettre en route et faire des selles. Il y 'a même des maisons mais il préfère le faire en route ! c'est un comportement déplorable. C'est un problème de comportement et non de moyens. Malheureusement, les autorités ne font rien pour punir ces gens (Entretien du 24 août 2022).

De même dans certaines concessions, on y rencontre des ménages qui partagent une même latrine avec des voisins or cette situation augmente le risque de contamination du choléra dans le District de santé de Deido.

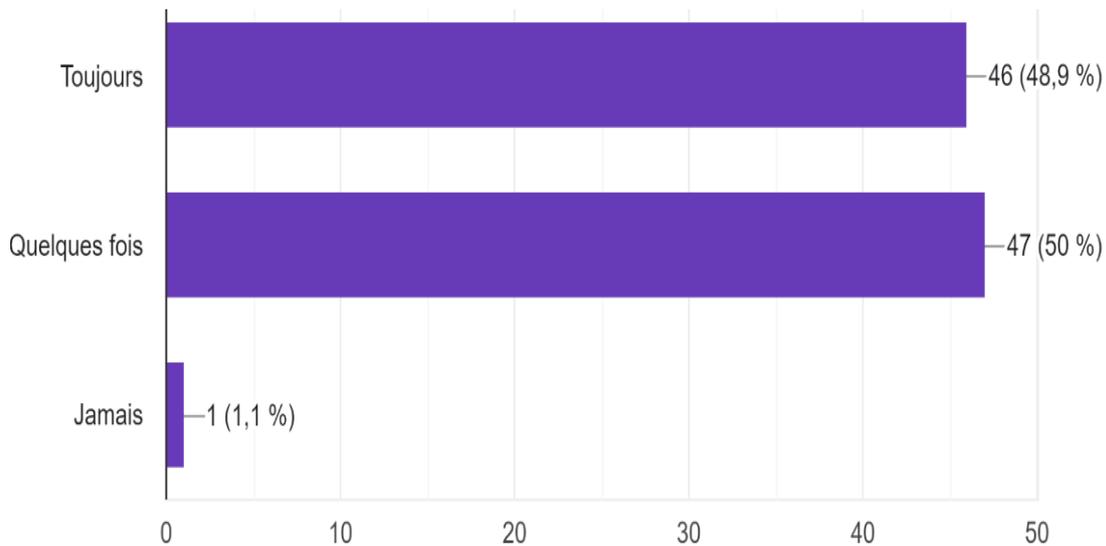
Figure 22 : Représentation graphique de l'usage commun des latrines



3.2. Hygiène des mains aux moments critiques

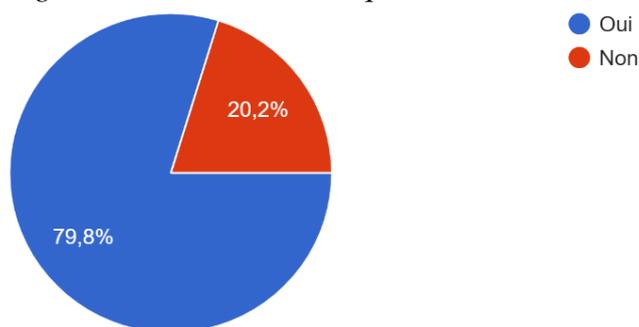
Le lavage des mains avant et après les repas et après usage des latrines est une forte recommandation de l'Organisation Mondiale de la santé et du Ministère de le santé publique aux populations afin de les éviter de se faire contaminer par le vibron cholérique et même de le transmettre. Selon CDC Africa, se laver les mains est l'une des meilleures façons de se protéger et de protéger sa famille contre la maladie. Cette pratique permet de garder en bonne santé et prévenir la propagation d'infections respiratoires et diarrhéiques d'une personne à une autre. Les germes peuvent se propager d'une personne à l'autre lorsqu'on touche les yeux, le nez et la bouche avec les mains non lavées, lorsqu'on prépare ou mange de la nourriture ou des aliments avec les mains non lavées, lorsqu'on touche les surfaces ou objets contaminés. Dans le cas du choléra, il est conseillé de se laver les mains à deux principaux moments critiques : avant le repas et après usage des latrines. Cette forte recommandation des autorités sanitaires nationales et internationales reste très difficile à mettre en pratique en contexte pauvreté où les habitants ne disposent pas toujours de dispositifs adéquats de lavage des mains. Plusieurs facteurs peuvent influencer la pratique du lavage des mains : le niveau d'instruction, la situation sociale, l'occupation journalière ou la profession et la perception de la menace du choléra. Sur la fréquence du lavage des mains, 46 personnes soit 48,9% des personnes interviewées ont affirmé laver toujours leurs mains avant le repas, 47 personnes soit 50% des personnes interviewées ont affirmé le faire quelques fois et seulement une personne sur les 94 interviewées a affirmé ne jamais laver les mains avant le repas. La figure ci-dessous résume la situation de lavage des mains avant le repas selon notre enquête.

Figure 23: Situation du lavage des mains des populations avant repas dans le DS de Deido



Ces données montrent jusqu'à alors, la difficulté des populations à respecter les règles d'hygiène destinées à jouer pour la prévention du choléra à l'échelle individuelle. Pour ce qui est du deuxième moment critique qui est le lavage des après usage des latrines, celle-ci est conditionnée par la disponibilité d'un système de lavage des mains à la sortie des latrines. Ainsi, il a été montré que 79,8% des personnes interviewées ont un dispositif de lavage de mains après usage des latrines et 20,2% n'en possédaient pas (Figure 24). Cette proportion bien que faible constitue toujours un risque de dissémination du vibrion cholérique et de contamination interhumaine.

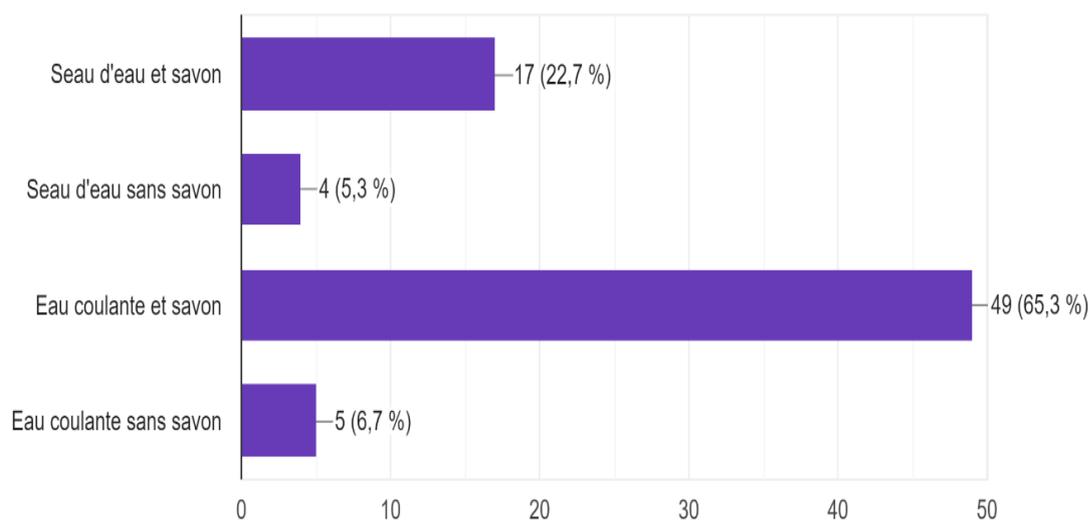
Figure 24 : Présentation graphique du pourcentage de possession de dispositif de lavage des mains selon les enquêtés



Les différents types de dispositifs de lavage des mains sont représentés dans la figure 25. On retient que 65,3% des personnes ayant répondu « oui » ont comme dispositif de lavage des mains après usage des latrines de l'eau coulante et du savon ; 6,7% utilisent de l'eau

coulante sans savon ; 22,7% utilisent le seau d'eau avec du savon et 5,3% utilisent le seau d'eau sans savon.

Figure 25 : Dispositifs de lavage des mains des enquêtés



Pour d'avantage rendre compte de la pratique du lavage des mains dans la ville de Douala, cette variable a été mise en relation à la variable sur le niveau d'instruction et la connotation culturelle du lavage des mains donne les résultats renseignés dans le tableau suivant :

Tableau 28 : Impact du niveau d'instruction sur la pratique du lavage des mains après usage des latrines

		Niveaux d'instruction				Total
		Aucun	Primaire	Secondaire	Universitaire	
Fréquence du lavage des mains après usage des latrines	Toujours	0	0	4	42	46
	Quelques fois	3	1	4	39	47
	Jamais	0	0	0	1	1
Total		3	1	8	82	94

Il ressort que des 94 personnes interviewées, 42 ayant un niveau d'instruction universitaire affirment toujours se laver les mains avant le repas, 39 le font quelques fois et une personne a avoué ne jamais le faire. Pour le niveau Secondaire, 4 personnes sur 8 affirment toujours se laver les mains avant de prendre leur repas et les 4 autres le font quelques fois. Pour le niveau primaire et ceux n'ayant aucun niveau, on a enregistré respectivement une personne et 03 personnes qui se lavent quelque fois les mains avant de prendre leur repas. Les données ci-dessus présentées montrent la pratique du lavage des mains reste difficile à observer malgré le niveau d'instruction des individus d'autant plus que 46 personnes au total ont affirmé toujours

se laver les mains après usage des latrines et 47 personnes ont affirmé le faire quelques fois seulement. Le lavage irrégulier des mains dont se sont reconnues la plupart des personnes révèle une sorte de négligence et laxisme de la part des populations et est due à certaines contraintes qui peuvent être soit l'occupation journalière ou encore l'indisponibilité d'un dispositif de lavage des mains ou l'absence totale de latrines dans les ménages et les lieux publics. Toutefois, cela montre également que les populations ont une certaine conscience de l'importance de cette méthode préventive recommandée par le gouvernement, non seulement pour lutter contre les maladies diarrhéiques en général, mais aussi pour éviter de contracter le choléra.

Par ailleurs, les résistances communautaires comme soulignées dans notre revue de littérature constituent jusqu'à alors, l'un des freins à la réussite des politiques publiques de santé dans les pays en développement comme le Cameroun. Lors de l'enquête auprès des ménages ci-dessus évoquée, les ASC avaient rencontré 232 résistances communautaires qui pour certaines ont été levées et de d'autres pas (Conf. Tableau 14). Notre observation participante lors d'une campagne de vaccination de masse contre le choléra dans le District de santé de Deido orchestrée par le MINSANTE à cette période avec les équipes d'Agents de santé communautaires, a permis d'être en contact avec la réalité du terrain. La principale contrainte rencontrée à cette occasion est la réticence des populations quant au vaccin anticholérique qui leur est proposé. Il faut souligner que cette réticence se manifestait par des violences verbales et même physiques dirigées contre ce personnel de santé créant en eux une démotivation causée par la peur d'être agressés. En conséquence, les données produites sur le terrain lors des collectes sont faussées. Les travailleurs sociaux sont obligés de juste remplir les fiches de collecte de manière hasardeuse mais bien réfléchie selon eux, pourvu que la cible prévue soit atteinte sur le papier et que les données soient transmises au ministère de la santé et aux partenaires qui n'attendent que ça pour la prise de décision et envisager des interventions. Un agent de santé communautaire s'exprimait à ce sujet en ces mots lors du débriefing journalier.

« La principale difficulté que nous avons rencontrée aujourd'hui est la réticence. Les gens ne veulent pas se faire vacciner. Nous sommes même arrivés dans une maison où le propriétaire a relâché le chien sur nous. Maintenant, moi je ne vais plus partout » (Notre observation participante du 23 août 2022).

Cette réticence des populations vis-à-vis du vaccin anti choléra montre encore que les populations ne croient pas en l'efficacité du vaccin. En effet, les campagnes de masse le plus souvent organisées par le Gouvernement sont perçues par les populations comme étant une stratégie politique pour soit rendre les femmes stériles, soit d'injecter le vaccin contre la COVID 19 à la population.

Les déterminants sociaux considérés ici comme des déterminants exogènes déterminent donc fortement les difficultés que rencontre le Gouvernement camerounais dans l'éradication même du choléra. Ils vont des connaissances relatives à la maladie aux croyances, perceptions, attitudes, comportements et pratiques sociales des populations dans un milieu aussi urbanisé que Douala. Ces déterminants ne sont pas exhaustifs mais révèlent la mauvaise qualité des interactions populations-environnement-politiques de santé. Des interactions assez conflictuelles qui au final, constituent un blocage dans l'élimination du choléra. Cela révèle également le contexte social dans lequel les mesures de lutte contre le choléra sont implémentées. Les communautés pour ne pas dire les populations font partie intégrale des acteurs de la lutte contre le choléra car par leur adhésion aux normes, leur acceptation, leur croyance en l'efficacité des actions posées par le Gouvernement et leur coopération avec celui-ci est très déterminants dans la réussite ou l'échec des politiques de santé. Chaque acteur dans le système est irremplaçable et y joue un rôle très important. Si un élément appelé acteur du système ne fonctionne pas bien, ou s'il est malade, cela causera un handicap sur le système global qui ne pourra plus produire les résultats attendus. C'est donc cette place qu'occupe la population au sein du système national de lutte contre le choléra. Mais c'est une population malade, résignée, déçue et dont les mentalités et les connaissances doivent être mises à jour et certaines déconstruites pour pouvoir espérer un changement de comportements.

CHAPITRE 5 : LES DÉTERMINANTS ENDOGENES DE L’AFFAIBLISSEMENT DES POLITIQUES DE LUTTE CONTRE LE CHOLERA DANS LA VILLE DE DOUALA

L’expression déterminants endogènes de l’inefficacité des politiques de lutte contre le choléra désigne l’ensemble de facteurs directement liés aux politiques publiques (du ministère de la santé et des autres sectoriels) et au système de santé, qui sont susceptibles de constituer un obstacle à l’atteinte des objectifs fixés par le gouvernement en matière de santé. Lors des récentes interventions menées en réponse à des épidémies de choléra, il a été observé que la plupart des interventions ont suivi une approche réactive et multisectorielle à la prévention et à la lutte contre le choléra. Toutefois, si les interventions non coordonnées ou non centrées sur une approche multisectorielle se sont souvent avérées efficaces à la lutte contre le choléra dans certains contextes comme démontré et soutenu par OXFAM, celle-ci (approche multisectorielle) n’ont pas encore permis d’empêcher la survenue ou la répétition des épidémies dans la ville de Douala. L’objectif dans cette partie est de déterminer les déterminants politiques et économiques qui constituent un frein à la lutte efficace contre le choléra dans le cas concret du district de santé de Deido dans la ville de Douala. Ainsi seront analysés dans cette thématique, le militantisme socio-sanitaire dans l’élimination du choléra dans la ville de Douala, le défaut de l’intersectorialité et la persistance des épidémies de choléra dans la ville de Douala, et en fin, l’impact de la COVID-19 sur la lutte contre le choléra dans la ville de Douala.

I. INSUFFISANCE D’UN MILITANTISME SOCIO-SANITAIRE

Le militantisme socio-sanitaire désigne l’engagement (social, politique, économique, culturel ou environnemental) et l’agir individuel et/ou collectif dans le but de promouvoir la santé aux échelles individuelle, familiale et/ou communautaire (Meva’a Abomo, 2017). Il s’agit ici de déterminer dans les dynamiques d’activisme, les logiques, stratégies et pratiques socio-sanitaires qui traduisent les agir, interagir et réagir des acteurs sociaux et institutionnels de la lutte contre le choléra dans la ville de Douala.

Lors de notre enquête auprès des acteurs institutionnels, les différents entretiens ont permis de comprendre que les politiques de santé en ce qui concerne la lutte contre le choléra sont essentiellement circonstancielle d’urgence. En effet, c’est lorsqu’il y a un cas de choléra

que la plupart des activités est mise en œuvre. C'est à ce moment-là que des réflexions sont menées en ce qui concerne la préparation et la réponse proprement dite. On observe en réalité une prise de conscience tardive tant de la part des autorités sanitaires que des populations et une sorte de relâchement de la part des acteurs centraux, périphériques jusqu'au niveau opérationnel, y compris les partenaires lorsqu'il n'y a pas épidémie de choléra. À ce moment-là, les activités se limitent essentiellement à la surveillance épidémiologique. La plupart des interventions sont menées en période d'épidémie et consiste en des supervisions du niveau central au niveau régional, du niveau régional au niveau des districts de santé, l'élaboration et la mise à jour des plans de réponse et des outils de communication. Les descentes sur le terrain peuvent concerner la recherche active des cas de choléra ou encore le renforcement de capacités des acteurs du niveau opérationnel ou du niveau régional.

Dans le cas où l'épidémie s'aggrave, il devient urgent et impératif d'activer le Système de gestion des incidents (SGI). A ce moment, un document est élaboré définissant une stratégie bien structurée (autour des axes bien conçus) à appliquer pour atteindre un résultat souhaité avec un organigramme de gestion de l'épidémie bien structuré (Fig.10). Des séances de formations sont également organisées à tous les niveaux en vue de recycler et de renforcer les capacités des acteurs de terrain soit sur la nouvelle épidémie, soit sur le système de gestion des incidents.

Il s'agit en effet d'interventions standardisées dont la mise en œuvre ne nécessite plus une réflexion profonde, selon le dicton « *On ne réinvente pas la roue* ». En d'autres termes, ce sont des activités qui avaient déjà été menées auparavant lors des précédentes épidémies et qui ont tendance à devenir des activités routinières. Par ailleurs, on observe au niveau du ministère de la santé et à tous les niveaux, une absence de prise d'initiatives propres. Le système de santé affaibli fonctionne dans une absence d'activisme et un laxisme chronique qui laisse la liberté à chacun de faire comme bon lui semble sans aucune mesure de coercition. De même, l'engagement des acteurs de terrain reste fortement conditionné par la rémunération. En d'autres termes, il s'agit d'un engagement dont seul peut renforcer la paie. Quand les agents de terrain ne sont pas récompensés comme cela se doit, ils se découragent et ne font plus bien leur travail et même, démissionnent de leur travail. Ce point a été soulevé lors de la campagne de vaccination de masse évoquée plus haut. La plupart des fois, le temps pour que ces acteurs entrent en possession de leur dû est trop long et varie entre deux et parfois cinq mois après l'activité, trouvant certains dans la tombe ou lorsque tout intérêt s'est évanoui. Ceci constitue une grande cause de la démotivation, voire de la démission de certains ASC et une réduction

de l'effectif des agents de santé actifs dans le District de santé. Mme Elong Pauline, ASC et chef d'équipe de vaccinateurs raconte :

Nous avons eu deux cas comme ça l'année dernière. L'OMS a tellement mis du temps à nous payer et lorsqu'ils se sont enfin décidés à le faire, deux d'entre nous étaient déjà morts. C'est terrible et décourageant ! Tu effectues ce genre de travail avec tous les risques auxquels nous sommes exposés sur le terrain et on ne te paie pas aussitôt. Beaucoup ont même démissionné à cause de ça. On était obligé de prendre des nouvelles personnes qui n'ont même pas d'expérience dans le domaine (Entretien du 22 Août 2022).

Cette situation de la part des agents de terrain est compréhensible au regard de tous les risques encourus lors de leur travail de terrain. La violence manifeste des populations, la faim, la soif, l'énergie dépensée grâce aux longues marches sous le soleil et la pluie et même dans des quartiers à accès difficile, l'exposition à la maladie constituent autant de risques auxquels ceux-ci sont exposés au quotidien. Ils méritent donc que leur rémunération soit revue par les autorités notamment en termes de prime de risques. Toutefois, cela ne justifie pas toujours cette révolte d'autant plus que le patriotisme voudrait que chaque citoyen soit un véritable agent de santé communautaire. Car, « *Devant ce qu'on peut bien considérer comme une démission des pouvoirs publics, les populations des quartiers d'habitat spontané gagneraient à considérer la préservation de leur espace vécu comme un bien périssable et fragile* » (Assako Assako et al, 2005). Comme l'a proposé Assako et ses collaborateurs (2005), des actions à la fois individuelles et collectives concernant la collecte, le stockage et le recyclage des ordures ménagères et des eaux usées seraient convenables pour lutter efficacement contre l'insalubrité et éliminer les risques de choléra dans la ville. Les rares efforts locaux et individuels preuve de l'engagement individuel et/ou collectif restent très faibles, insuffisantes et inefficaces à cause du manque de ressources et de leur caractère archaïque. L'image ci-dessous présente un homme qui essaie de réguler les eaux usées à l'aide d'une simple pèle au risque de se faire infecter d'une maladie de la peau car ne disposant pas d'un équipement de protection qui le mettrait à l'abri des bactéries. C'est un effort louable que les autorités sanitaires gagneraient à soutenir en fournissant des outils appropriés. De même, les habitants de Douala en général et ceux des quartiers à risques en particulier, gagneraient à être eux même de véritables agents de santé communautaires au regard des dysfonctionnements observés dans le secteur public dont elles sont les premières victimes, et à revoir complètement leur conception de leur espace vital et de travail c'est-à-dire la manière dont elles l'exploitent.

Image 11 : Une initiative individuelle d'hygiène et assainissement



Source : Observation directe du 25/08/2022

Presqu'aucune initiative locale n'a été prise que ce soit en faveur de la promotion de l'hygiène individuelle et collective ou pour la sensibilisation des populations sauf en période épidémique. Lorsqu'il y a accalmie, on note un retour aux anciennes habitudes en attendant la prochaine épidémie pour ressortir le même paquet d'activités. Pourtant, une lutte efficace contre le choléra nécessite une prise de conscience définitive de la part de tous les acteurs et un engagement continu pour un activisme¹⁸ effectif. Il s'agit en effet de prendre des décisions strictes, de mettre en œuvre des politiques qui favorisent l'action directe sur les déterminants de la persistance du choléra dans la ville de Douala.

Un occupant du quartier Makepe missoke dit :

Je suis originaire d'ici. Mais nous n'avons jamais été interpellés sur une activité organisée par les autorités pour combattre le choléra dans notre quartier. Moi je suis qui pour prendre une telle initiative ? C'est l'Etat qui a tous les moyens. (Entretien du 09 Août 2022).

Ces propos sont révélateurs du fait que toute action militante pour la santé et contre le choléra en particulier est la plupart des fois impulsée par l'Etat en collaboration avec ses partenaires au développement. En d'autres termes, c'est l'Etat qui détient le monopole de la lutte contre le choléra. Les communautés quant à elles-mêmes n'expriment aucune volonté de

¹⁸ **Activisme** : attitude politique ou système de conduite qui favorise l'action directe dans la société pour atteindre des modifications politiques ou en termes de représentation des valeurs sociales. Attitude morale qui vise à agir concrètement, à réaliser des choses et qui insiste sur les compromissions nécessaires avec des principes trop strictes.

participer à leur état de santé ce qui explique leur passivité en ce qui concerne la lutte contre le choléra dans leur communauté. Elles sont demeurées de simples observateurs passifs qui attendent que le salut leur vienne de l'Etat alors qu'elles sont les premiers acteurs de la lutte contre le choléra et les cibles directes. Ce comportement n'est pas seulement rencontré au sein des communautés. Même au niveau du district, où le personnel affecté s'est érigé en spectateur, attendant que le salut leur vienne d'en haut, de l'OMS et des Organisations non gouvernementales. C'est ainsi qu'on a tendance à remarquer une certaine substitution de responsabilités (selon les termes de Hubert Balique) qui résulte de la volonté de nombreux acteurs du Nord (organisations internationales, multi et bilatérales ou non gouvernementales) d'apporter aux problèmes de choléra des solutions efficaces, rapides et visibles. Comme le relevait Hubert Balique (2011), leur engagement humaniste ou leur désir de mieux gérer le monde en créant les conditions du développement les amène à exercer une certaine pression sur les États pour qu'ils suivent leurs recommandations. S'il est vrai que le gouvernement camerounais dispose d'une totale latitude pour définir elle-même sa politique de santé et de décider librement de ses engagements, la recherche pressante de nouveaux financements pour assurer la lutte contre le choléra limite ses marges de manœuvre vis-à-vis de l'aide extérieure et le conduit à suivre les propositions de la communauté internationale et de ses experts pour obtenir les ressources qui les accompagnent. Au point qu'un proverbe a été créé : « *Ce que OMS veut, MINSANTE le veut* » (Dr KEUBOU, entretien non programmé du 16 mai 2022), laissant clairement voir la totale soumission et dépendance du Ministère de la santé vis-à-vis de l'OMS.

On pourrait également parler comme Assako Assako et ses collaborateurs (2005), d'une démission des pouvoirs publics en général, au regard des mauvaises conditions d'hygiène et d'assainissement et du manque d'eau potable dans la ville. En outre, il serait peut-être temps de penser non seulement à un réaménagement architectural de la ville, mais aussi un changement de mentalités, et de la conception de l'espace de vie dans la ville de Douala.

II. UNE SANTÉ COMMUNAUTAIRE ET UNE COMMUNICATION POUR LA SANTÉ URGENTISTES

Comme l'avait souligné Djouda Feudjio en 2015 pour le système de soins informels, les dysfonctionnements de la santé communautaire ont également, une responsabilité indéniable dans la très faible sensibilisation et conscientisation des populations urbaines face au danger que représentent certaines pratiques culturelles et comportements à risques, dans un milieu urbain surencapé, mais pourtant inhospitalier comme Douala. Alors que l'ordre mondial promeut le lavage des mains, l'utilisation des latrines, le lavage des fruits et légumes avant

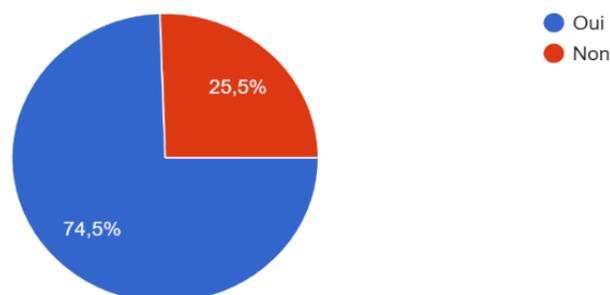
consommation, des pratiques propres à certaines cultures ou sociétés représentées dans la ville de Douala continuent de freiner les élans des politiques de santé visant la réduction des risques de survenue des épidémies de choléra, et l'élimination du choléra au Cameroun d'ici 2030. L'éducation pour le changement de comportement insuffisante dans la ville de Douala est mise en œuvre avec plus moins de succès. En effet, elle n'a pas réussi à mettre d'accord toutes les populations quant au respect des règles d'hygiène individuelle et collective comme montré plus haut. Dans les rues de Douala, il est facile de voir des affiches publicitaires de boissons, de produits alimentaires, cosmétiques et de téléphonie mobile, que de voir une affiche diffusant un message de sensibilisation sur la santé, encore moins sur le choléra. Pourtant, une divulgation quotidienne de l'information et une sensibilisation à tous les niveaux pourrait augmenter le taux de conscientisation des communautés et susciter en elles, un engagement et une mobilisation dynamique dans la lutte contre le choléra. Pour être efficace dans ce sens, les autorités sanitaires gagneraient à divulguer ces informations aussi bien en période épidémique que non épidémique. Les données collectées sur le terrain montrent une insuffisance de la communication sur le choléra dans la ville de Douala. Les réponses à la question de savoir si oui ou non les répondants avaient vu des affiches parlant du choléra à un lieu quelconque à Douala sont renseignées dans le tableau suivant.

Tableau 29 : *Vues d'affiches à un lieu quelconque à Douala*

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Oui	70	74,5	74,5	74,5
Non	24	25,5	25,5	100,0
Total	94	100,0	100,0	

Il apparaît donc que 74,5% de ces personnes ont répondu « Oui » et 25,5 % ont répondu « Non » signifiant n'avoir vu aucune affiche nulle part. La figure 25 ci-dessous est une représentation claire de la proportion de ces réponses selon le tableau ci-dessus.

Figure 26 : *Représentation graphique des vues d'affiches à des lieux quelconques*



La plus grande proportion de personnes ayant vu des affiches parlant du choléra dans la rue, les hôpitaux ou ailleurs est de 74,5% et seulement 25,5% de ces personnes n'ont aperçu aucune affiche nulle part. Cependant, des personnes ayant vu des affiches, 48,9% ont affirmé les avoir vu dans des formations sanitaires, 17% dans la rue et 6,4% dans des zones ministérielles ou directions techniques du Ministère de la santé publique tel que réparties dans le tableau ci-après :

Tableau 30 : Lieux où des affiches parlant du choléra ont été vues

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentages cumulées
Nulle part	24	25,5	25,5
FOSA	46	48,9	74,5
Rue	16	17,0	91,5
Eglise	1	1,1	92,6
Ecole	1	1,1	93,6
Zone ou délégation ministérielle de la santé	6	6,4	100,0
Total	94	100,0	

Certes, plus de personnes ont affirmé avoir vu des affiches parlant de choléra quelque part, ce qui attire notre attention est le lieu où elles ont été le plus vues. Il ressort du tableau ci-dessus que la communication sur le choléra est très insuffisante en milieux religieux et scolaire malgré l'épidémie en cours. De même dans les rues, le nombre de vue d'affiches parlant de choléra enregistré lors de notre collecte de données montre que celle-ci y est très insuffisante surtout dans un contexte de croissance démographique rapide et d'endémicité du choléra. C'est pourtant dans la rue qu'on enregistre le plus grand nombre de passants, en voiture, à pied, à moto ou à vélo. La plupart des personnes interviewées ont affirmé avoir rencontré des affiches parlant de choléra dans une formation sanitaire (qu'elle soit publique ou privée) et d'autres dans des zones ou directions techniques du ministère de la santé qui sont des lieux peu fréquentables par les populations. On pourrait dire que même la communication sur le choléra s'est renfermée au niveau des institutions sanitaires et que la rue ne peut en bénéficier qu'à condition qu'il y ait des fuites d'information de la part du ministère de la santé. Par faute d'une éducation pour la santé, des personnes continuent d'être négligents en ce qui concerne leur santé et ne mettent pas en pratique les règles d'hygiène pourtant basiques que sont le lavage des mains avant le repas et après usage des latrines et le lavage des fruits et légumes avant consommation (Confère figure 23). De même, la pratique de la défécation à l'air libre telle qu'évoquée plus haut révèle encore l'échec de la socialisation sanitaire ou de l'éducation pour la santé dans la ville de Douala par les différents acteurs de cette socialisation.

III. UN SYSTÈME DE GESTION ET DE COLLECTE DES DÉCHETS URBAINS FAIBLE

La persistance de l'insalubrité dans la ville de Douala révèle jusqu'alors, les limites de la politique publiques non seulement dans le domaine la promotion de l'hygiène et de la salubrité, mais aussi celui de la gestion même et la collecte des déchets. En réalité, les déchets sont une contrepartie inévitable des activités humaines. Les ménages, comme les industries, les commerçants, les artisans ou les autres activités économiques en produisent également. Au Cameroun, la loi N°96 /12 du 05 août 1996 portant Loi cadre relative à la gestion de l'environnement a posé les grands principes fondamentaux qui doivent régir la politique de gestion des déchets. Avec une population estimée à 3,7 millions d'habitants, la ville de Douala produit en moyenne 2500 tonnes de déchets par jours. Mais la capacité de collecte reste assez faible, entre 1500 et 1700 tonnes par jour, ce qui correspond à un écart de 800 à 1000 tonnes par jours (CUD, 2021). Le tableau ci-après récapitule la quantité de déchets collectés dans la ville de Douala par exemple pendant trois ans de 2004 à 2006.

Tableau 31 : Quantités (en tonnes) des déchets ménagers collectés à Douala de 2004 à 2006.

MOIS	ANNEES		
	2004	2005	2006
Janvier	22 709 110	19 314 535	22 996 611
Février	18 646 800	17 414 061	19 612 975
Mars	21 350 579	20 800 916	23 928 568
Avril	20 421 207	18 839 110	22 919 896
Mai	21 009 609	19 209 068	23 284 677
Juin	22 024 178	19 785 457	22 830 600
Juillet	20 655 357	19 503 315	22 844 716
Août	18 957 014	18 258 070	25 251 100
Septembre	18 521 324	20 404 132	22 732 511
Octobre	19 298 523RF	21 707 367	24 308 854
Novembre	19 651 998	22 989 761	22 535 740
Décembre	20 020 317	24 343 694	25 480 479
Total	243 266 016	242 569 486	278 726727

Source : MINEPDED, Stratégie nationale de gestion des déchets, 2007

Le système de collecte des déchets dans la ville de Douala prévoit une pré-collecte et une collecte de ces ordures ménagères. Ceci se fait de quartier à quartier et ce, de manière régulière sur les voiries accessibles et par les bacs à ordures dans les quartiers de haut standing

et les zones d'habitat planifié. La collecte et le transport des ordures ménagères relèvent de la compétence de la communauté urbaine de Douala à travers le concessionnaire privé HYSACAM et la pré-collecte se fait à l'aide de bacs à ordures. Ces bacs à ordures parfois sous dimensionnés par rapport à la densité de la population, sont placés en des endroits accessibles aux camions. Mais la fréquence du ramassage de ces bacs n'est pas toujours régulière. Par conséquent, lorsqu'ils sont pleins, il y a une accumulation importante et prolongée d'ordures autour d'eux, ce qui crée alors une nouvelle source de contamination de l'environnement et des hommes. Les déchets produits non collectés se retrouvent déversés dans les dépotoirs sauvages le long des rues et dans les drains, aggravant ainsi la stagnation des eaux, leur pollution, ainsi que les risques d'inondation et de contamination (Image 14).

Image 12 : Dépôt sauvage d'ordures sur la route de Beedi



Source : Observation directe du 03/08/2022

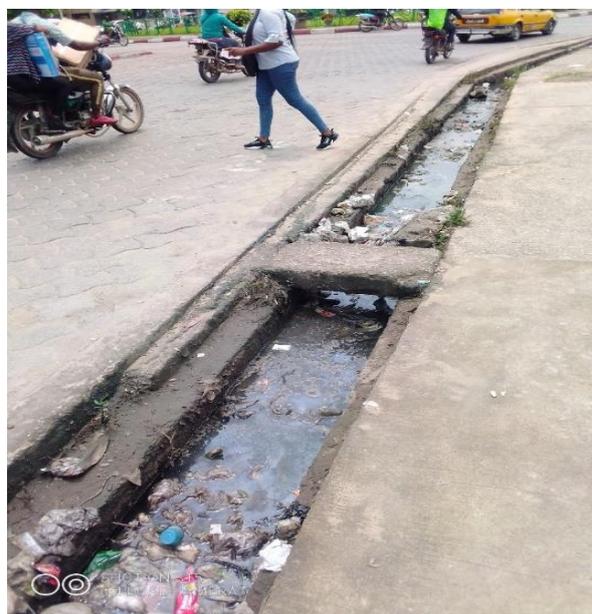
Le système de canalisation y est casi inexistant. Les rares canalisations existantes se trouvent dans des quartiers de haut standing où les routes sont bitumées mais elles sont obstruées laissant répandre sur la chaussée les eaux des déchets ménagers. Dans les périphéries ou les bas-fonds des quartiers, il n'existe quasiment pas de canalisation pour réguler l'évacuation des eaux usées encore moins pour les eaux de pluies. L'image 15 présente une canalisation obstruée à la suite d'un dépôt sauvage d'ordure en pleine chaussée. L'image 16 quant à elle, montre une autre canalisation en plein centre-ville de Douala au lieu-dit « *Salle des fêtes d'Akwa* ». Ces canalisations sont totalement obstruées par des déchets et les eaux de

stagnation et d'elles, se dégage une odeur nauséabonde. Ceci constitue un véritable risque de santé pour les populations et une grande preuve de l'insalubrité dans la ville de Douala.

Image 14 : *Canalisations obstruées en plein centre de ville lieu-dit rond-point salle des fêtes d'Akwa*



Image 13 : *Obstruction des canalisations à la suite d'un dépôt sauvage d'ordures à Beedi*



Source : Observation directe du 03/08/2022

IV. LES LIMITES DE L'APPROCHE MULTISECTORIELLE DU CHOLERA : LA NÉCESSITÉ DES APPROCHES COMBINÉES MULTISECTORIELLE ET INTERSECTORIELLE

La lutte contre le choléra, à la lumière du plan national de contingence de prévention et de la lutte contre le choléra est une lutte multi-sectorielle. Elle permet de lutter contre la maladie au moment opportun c'est-à-dire quand l'épidémie est déjà là. Cette approche est d'une efficacité avérée au point que « *les interventions non coordonnées ou non centrées sur une approche multisectorielle ne permettent pas d'empêcher la survenue ou la répétition des épidémies, entraînant de forts taux de morbidité et de mortalité.* » (OXFAM, 2012). Au regard du contexte camerounais, on serait à mesure d'affirmer le contraire. Car cette approche soutenue et encouragée par l'OMS et les autres organismes internationaux n'a pas encore empêché une résurgence et même une recrudescence du choléra dans la ville de Douala. Jusqu'à alors, cette approche n'a servi qu'à une lutte partielle, à court terme et d'une longue durée. Il serait peut-être temps de combiner à cette approche, l'approche intersectorielle de la lutte contre

le choléra qui permettrait d'agresser les déterminants directs du choléra et qui sont liés à l'hygiène et à l'assainissement, ainsi qu'à l'eau potable.

En définition, retenons que l'approche intersectorielle ou HiAP est telle que définie par l'OMS en anglais

...an approach to public policies across sectors that systematically takes into account the health implications of decisions, seeks synergies, and avoids harmful health impacts in order to improve population health and health equity. It improves accountability of policymakers for health impacts at all levels of policy making. It includes an emphasis on the consequences of public policies on health systems, determinants of health, and well-being (WHO, 2014).

En d'autres termes, c'est une approche des politiques publiques intersectorielles prenant systématiquement en compte les implications des décisions en santé et en système de santé, cherchant les synergies, évitant les effets nocifs sur la santé dans l'optique d'améliorer la santé de la population et une santé équitable pour tous. Elle met également un accent sur les conséquences des politiques publiques dans les déterminants de la santé et vise à améliorer la responsabilité des décideurs en matière d'impact sur la santé à tous les niveaux de l'élaboration des politiques.

1. Politique nationale de l'environnement au Cameroun

La gestion de l'environnement urbain est effectuée par le MINEPDED, un acteur incontournable de la lutte contre le choléra au Cameroun, du moment où il touche directement aux déterminants directs de la maladie notamment par la gestion des déchets solides sur l'étendue du territoire national. Le gouvernement camerounais, reconnaissant que les déchets sont une contrepartie inévitable des activités humaines, a mis sur pied une batterie de lois et de documents stratégiques pour une gestion efficace de l'environnement urbain. Le MINEPDED en élaborant la Stratégie Nationale de Gestion des déchets, exprime l'ambition du Cameroun « *d'être un pays où chaque citoyen participe volontairement à la gestion efficace des déchets, contribuant aussi à la réduction de la pauvreté dans un cadre de vie assaini et garant d'une bonne santé de tous.* » (MINEPDED, 2007). L'objectif global de cette Stratégie est : « *D'améliorer le cadre de vie des populations par une gestion efficace des déchets produits sur le territoire national* » et les objectifs spécifiques liés à la présente Stratégie sont les suivants :

- *Améliorer l'accès au service de pré collecte et de collecte des déchets dans les agglomérations*
- *Mettre en place un système durable de gestion des déchets dangereux produits par les ménages, les entreprises et les établissements de santé ;*

- *Promouvoir les mesures incitatives en vue de susciter l'engagement volontaire des parties prenantes à la gestion efficace des déchets (Ibid).*

Ces objectifs ne pourront également être réalisés qu'à condition que les différents acteurs de la stratégie prennent également leurs responsabilités. Dans la ville de Douala, les rares initiatives menées par le Ministère de l'environnement par exemple n'ont pas encore permis une gestion efficace des déchets dans la ville de Douala. Les collectivités territoriales décentralisées à qui il incombe la responsabilité de la gestion des déchets en milieu urbain éprouvent actuellement de grosses difficultés dues à la surproduction journalière de ces déchets. Les mairies semblent ne plus maîtriser la situation des déchets d'où la persistance de l'insalubrité dans la ville comme montré dans le III de ce chapitre cause de la pollution des eaux, des sols et de l'environnement à l'origine des maladies hydriques et du choléra en particulier. Il existe une panoplie de lois, décrets et circulaires sur l'environnement.

La Loi N°96/12 du 05 août 1996 portant Loi cadre relative à la gestion de l'environnement a posé les grands principes fondamentaux qui doivent régir la politique de gestion des déchets pour un développement durable. Elle précise que les déchets doivent être traités de manière écologiquement rationnelle. En attendant les textes d'application, cette loi donne des compétences aux collectivités territoriales décentralisées pour la prise des mesures de leur élimination.

Dans sa stratégie nationale de gestion des déchets, le MINEPDED révèle qu'une lettre circulaire du 4 avril 2000 du Ministre de l'Administration Territoriale adressait des remontrances à l'égard des autorités administratives, municipales et de la population quant à la dégradation de la physionomie générale des agglomérations urbaines et rurales. Un délai de 2 mois avait alors été donné pour le maintien et la pérennisation de la propreté. L'arrêté conjoint du Ministre de l'Administration territoriale et du Ministre de la santé du 24 mai 2000 précisait les modalités d'application de certaines règles de salubrité et de sécurité publiques. Il donne obligation aux occupants de nettoyer les alentours et abords des immeubles et interdit de déposer des ordures sur la voie publique.

En outre, au niveau local, on note ici et là dans la ville de Douala comme dans les différentes villes du pays, des arrêtés préfectoraux ou municipaux instituant les journées de propreté. En général, ces textes viennent souvent pour répercuter au niveau local, les circulaires ministérielles. Deux décisions ont également donc été prises le 24 avril 2000 à la suite de la lettre circulaire du Ministre de l'Administration territoriale du 4 avril de la même année, l'une désignant les journées du jeudi (de 13h à 15h) et du samedi (de 6h30 à 9h) pour l'hygiène et la

salubrité publique et l'autre portant création d'un comité d'arrondissement et de sous-comités d'hygiène et de salubrité publiques pour superviser les programmes de travaux d'assainissement et évaluer le travail accompli.

Cependant, ces textes relevant de la propreté, de l'hygiène et de la salubrité publique ne sont suivis que très partiellement et le plus souvent quelques mois seulement après leurs publications. Sous un autre angle, l'institution de journées de propreté dans les villes confirmerait la démission de l'Etat, qui compterait sur les habitants pour organiser eux-mêmes une partie du service normalement dévolu aux Services Publics. Au regard de l'état du milieu environnemental de la ville de Douala, le gouvernement gagnerait à réellement mettre en œuvre une politique de l'hygiène publique avec des mesures coercitives strictes tant de la part des institutions en charge de la gestion des déchets urbains, que de la part des communautés elles-mêmes qui en sont les principales productrices.

2. Politique de l'habitat et du développement urbain au Cameroun

Le Cameroun s'est doté depuis l'époque coloniale d'un arsenal de lois, de décrets et d'arrêtés pour réglementer l'occupation des sols en milieu urbain. Mais particulièrement, la ville de Douala est caractérisée par une forte pression démographique faisant naître des quartiers spontanés à vue d'œil. Des plans d'urbanisation abandonnés ont laissé libre cours à l'urbanisation anarchique et incontrôlée par mépris ou ignorance des règles de d'urbanisme et prescriptions environnementales. L'ancien plan d'urbanisme de Douala appelé plan d'Orian et qui confinait la ville sur une superficie de 18000 hectares était devenu obsolète et non utilisé (CUD, 2015). C'est ainsi qu'a été élaboré un nouveau plan, le Plan Directeur d'Urbanisme de Douala à l'horizon 2025 élaboré par la Communauté urbaine de Douala et qui trouvent son ancrage dans la loi N°2004-003 du 21 avril 2004 régissant l'urbanisme au Cameroun. Le PUD est un document de planification qui définit les grandes orientations du développement urbain. Ce document, reconnaissant la situation économique et la continuelle croissance démographique de la ville expose les ambitions de l'état à travers la communauté urbaine. C'est également un projet d'extension de la ville au regard de sa forte croissance démographique. Il s'agit en effet de trouver des espaces pour caser et prévoir le trop-plein de la population doualaïse, d'autant plus que les zones engagées, zones urbanisables, sont estimées existantes aujourd'hui ou partiellement à environ 25 700 ha. En effet, elles avaient été évaluées, par le SDAU de 1983, à environ 20 000 ha. Les critères utilisés à cette époque pour définir les espaces urbanisables étaient très restrictifs et de nombreuses zones non urbanisables ont été occupées

depuis par l'habitat ou les activités (CUD, 2015). Ce vaste et ambitieux projet prévoit d'ici 2025 :

- Loger les futurs habitants de Douala ;
- Équiper les quartiers défavorisés pour un accès aux services urbains ;
- Restructurer les zones périphériques ;
- Engager des projets significatifs pour remodeler l'image de Douala et susciter l'intérêt des investisseurs ;
- Soutenir les efforts engagés avec le PDU et le SDAU Les grandes infrastructures ;
- Renforcer la gouvernance au niveau de la CUD et de l'ensemble portuaire. Le PDU a notamment consisté à décliner spatialement les stratégies de développement à mettre en œuvre.

Le PUD prévoit dans les zones d'habitat densifiées qui couvrent environ 125 km² dont 58 km² d'habitat régulier, 37 km² pouvant être considérés comme de l'habitat spontané et 30 km² en cours de densification, de densifier les terrains sous-utilisés et de restructurer les îlots insalubres et sous-équipés (CUD, 2015). Mais depuis son élaboration, on remarque encore une forme d'indolence de la part des autorités publiques qui ne s'activent pas réellement à sa mise en œuvre. Ceci pourrait être dû au manque de moyens financiers alloués à cet effet.

3. Politique nationale de l'eau au Cameroun

Les épidémies de choléra comme l'a montré Janny dans son analyse d'une étiologie multifactorielle des épidémies de choléra en 2004, les épidémies de choléra restent fortement liées à l'eau en quantité et en qualité. Une étude menée par Kouam Kenmogne et ses collaborateurs en 2006 révèle une nette évolution du contexte législatif de la gestion de l'eau au Cameroun depuis l'indépendance en 1960 à la faveur d'une quête permanente du législateur, d'améliorer cette gestion. Ci-dessous quelques textes relatifs à la gestion de l'eau et de l'assainissement au Cameroun :

- La loi n°84/013 du 5 décembre 1984 portant régime de l'eau au Cameroun. Cette loi qui devait régir la protection qualitative des ressources en eau est restée, de portée très limitée et n'a donné ainsi lieu à aucun texte d'application ;

- La loi n°89/27 du 29 décembre 1989 qui interdit l'introduction, la production, le stockage, la possession, le transport et le déversement de tout type de déchets toxiques et/ou dangereux au Cameroun ;

- La loi n°90/016 d'août 1990 portant régime des eaux minérales et sources du Cameroun, modifiant et complétant les lois n°73/16 du 7 décembre 1973 et n°88/018 du 16 décembre 1988

fixant les droits et redevances relatives à l'exploration et à l'exploitation des eaux minérales et des eaux de sources ;

- La loi n°98/005 du 14 avril 1998 portant régime de l'eau au Cameroun. Cette loi est actuellement en vigueur au Cameroun et abroge toutes les dispositions antérieures, notamment celles de la loi n°84/013 du 5 octobre 1984. Cette loi augure une ère nouvelle dans le domaine de l'eau et de l'assainissement au Cameroun. Elle implique une libéralisation du secteur de l'approvisionnement, une grande attention à la protection des ressources en eau, une gestion rigoureuse et rationnelle des ressources en eau et une coordination nationale des services de l'eau et de l'assainissement pour l'ensemble du territoire national. Sans pour autant être exhaustif, tous les autres aspects spécifiques relevés par cette loi militent en faveur de l'amélioration de la politique nationale de gestion des ressources en eau disponibles. Mais malheureusement, l'application de cette loi est rendue caduque sur le terrain à cause du manque de textes d'application.

Sur le plan international, le Cameroun a ratifié depuis 1972 une trentaine de conventions multilatérales sur l'environnement dont plusieurs ont trait aux problèmes de l'eau et de l'assainissement. Au niveau régional, le Cameroun fait partie de l'Autorité du Bassin du Niger, de la commission du Bassin du Lac Tchad et de la commission du Bassin du Congo. La convention la plus importante est celle relative à la « Décennie Internationale de l'Eau potable et de l'assainissement » qui a permis au Cameroun de bénéficier de plusieurs programmes de gestion et d'adduction d'eau. Le cadre réglementaire ici est régi par des textes d'application publiés à compte-goutte et qui précisent les normes et les cadres d'intervention des différents acteurs et structures. Ainsi en vue de l'application des différentes lois promulguées, un certain nombre de textes d'application a été publié parmi lesquels :

- Le décret n°2001/161/PM du 8 mai 2001 fixant les attributions, l'organisation et le fonctionnement du comité National de l'eau.
- Le décret n°2001/162/PM du 8 mai 2001 fixant les modalités de désignation des agents assermentés pour la surveillance et le contrôle de la qualité des eaux.
- Le décret n°2001/165/PM du 8 mai 2001 précisant les modalités de protection des eaux de surface et des eaux souterraines contre la pollution.
- Le décret n°2001/216 du 2 août 2001 portant création d'un compte d'affectation spéciale pour le financement des projets de développement durable en matière d'eau et d'assainissement.
- La note de service n°198/MINMEE/DEAU du 4 janvier 1999 portant création d'un comité ad hoc chargé de l'examen et de la mise en forme de propositions d'avant projets des

textes d'application relatives à la loi n°98/005 du 14 avril 1998 portant régime de l'eau au Cameroun.

- Le décret n°85/758 du 30 mai 1985 portant création du comité National de l'eau qui est défini comme étant « un cadre de compétence pour aider le gouvernement dans l'élaboration et la mise en forme de la politique nationale de l'eau ».

- Le décret n°74/312 du 19 avril 1974 fixant les conditions d'application de la loi n°73/16 du 7 décembre 1973 portant régime des eaux minérales et des sources.

V. IMPACT DE LA COVID-19 SUR LA LUTTE CONTRE LE CHOLÉRA

Le 06 mars 2020, le Cameroun enregistrait son premier cas de COVID-19, alors que le pays était en pleine gestion de la crise du choléra qui avait éclaté dans la Région du Nord depuis mai 2018. Ceci faisait en effet deux ans d'épidémie de choléra sur le territoire camerounais. Très vite, on a tout de suite remarqué une tension de ressources qui étaient désormais plus dirigées vers la lutte contre la COVID-19. « *Il n'y a pas d'argent pour le choléra, tous les partenaires investissent maintenant pour COVID !* » (Entretien du 05 Juin 2020) : pouvait s'exclamer Dr. Mendjime Patricia, cadre à la Direction de la Lutte contre la Maladie, les Epidémies et les Pandémies du Ministère de la santé et Chef des EIIR. En effet, la COVID-19 plus brusque et capricieuse, a détourné l'attention de l'Etat et ses partenaires du choléra pourtant présent sur le territoire depuis des décennies mais délaissée. Désormais, des actions étaient plus menées contre la COVID. Le personnel de santé depuis le niveau central jusqu'au niveau opérationnel en passant par le niveau intermédiaire désormais désorganisé, s'était versé dans la lutte contre cette nouvelle maladie fortement financée et aux offres plus alléchantes. Une autre cadre nous dit « *Tout le monde est dans COVID, moi je reste faire quoi ici ? Il y'a l'argent au CCOUSP ma sœur ! je m'en vais aussi manger ma part* » (Entretien du 05 Juin 2020).

Les données de choléra de cette année-là montrent fort bien la négligence avérée vis-à-vis de la lutte contre le choléra comme montré un peu plus haut dans le premier chapitre de ce travail. Cette tension de ressources observée n'était pas seulement financière et matérielle, mais aussi humaine. De plus, la survenue de la pandémie à Corona virus a augmenté le nombre de résistance des communautés vis-à-vis de certaines mesures de lutte contre le choléra en particulier le vaccin tel que souligné plus haut. Cette résistance est chronique dans certains quartiers où dans la quasi-totalité des ménages, des personnes (Chefs de familles) rejettent catégoriquement le vaccin et l'interdisent à leurs enfants. Il faut dire que la gratuité du vaccin anticholérique suscite beaucoup de réticence et de méfiance de la part des populations. Cette réticence et cette méfiance se sont encore accrues avec l'avènement de la pandémie à corona

virus. Pour certains, il s'agit d'une stratégie du gouvernement pour administrer à la population le vaccin contre la COVID-19 qu'ils avaient refusé auparavant. Des personnes ont affirmé se méfier de l'Etat car selon eux, les dirigeants du pays sont à mesure de les tuer pour leurs propres intérêts. Monsieur X16, un habitant du quartier Bepanda Omnisport s'exprimait en ces mots alors qu'on lui proposait le vaccin contre le choléra en ces termes :

Moi j'ai déjà trop peur de notre gouvernement là. Ils sont capables de nous vendre tous pour de l'argent. Avant, c'était le vaccin contre corona. Maintenant, comme ils ont vu qu'on a refusé le vaccin, ils veulent déjà passer par le choléra pour nous administrer ça. Je ne peux même pas accepter ça que ce soit pour moi ou pour mes enfants (Entretien du 22 août 2022).

Par ailleurs, l'avènement de la COVID-19 aurait favorisé la promotion de la santé avec notamment, la promotion de l'hygiène des mains par lavage avec du savon et de l'usage du gel hydroalcoolique. Une mise en pratique de ces directives par les populations aurait sûrement empêché la transmission interhumaine et limité la propagation du choléra dans la ville de Douala. Mais ces méthodes restent sous-employées comme montré plus haut dans ce travail.

Les déterminants endogènes de l'affaiblissement des politiques publiques de lutte contre le choléra proviennent de manière globale des dysfonctionnements relevés non seulement au niveau du Ministère de la santé mais aussi au niveau des autres secteurs publics. On se souvient que les pays du Sud, pour éliminer le choléra de leur territoire, ont dû améliorer la qualité et la quantité de l'eau et les conditions d'hygiène. Les efforts n'ont donc pas été fournis par les ministères en charge de la santé seuls, mais aussi avec les autres sectoriels en charge de l'environnement et de l'eau. Aujourd'hui, le choléra est même considéré au Japon comme « *la mère de l'hygiène publique* » (Chemouilli, 2004) car, il y aurait été à l'origine de la première loi sur l'hygiène publique. L'approche HiAP mise en œuvre en contexte camerounais, pourrait permettre au pays de répondre aux critiques et aux lacunes de l'aide au développement et d'améliorer l'efficacité de l'aide par des impacts plus durables sur les inégalités en matière de santé et dans d'autres secteurs du développement. Précisons que le ministère de la santé s'occupe de gérer les conséquences de l'inefficacité et de l'inefficience des politiques publiques d'autres secteurs et dans le cas présent, des conséquences de l'incapacité du MINEPDED de gérer efficacement les déchets urbains et d'assurer l'hygiène et la salubrité dans la ville de Douala, du MINDHU dans la planification urbaine et la construction de logements décents et du MINEE à assurer aux populations un accès à une eau de boisson de qualité en quantité. Il s'agit également d'un de la promotion du militantisme socio sanitaire à tous les niveaux de la sphère. Cela veut dire que la lutte contre le choléra doit être à la fois constituée d'actions

collectives et individuelles, un changement de mentalité, une évolution de la vision futuriste de la santé aussi bien des pouvoirs publics que des communautés.

CONCLUSION GENERALE

Au terme de cette recherche, l'enjeu de la question de la persistance des épidémies de choléra au Cameroun et dans la ville de Douala se perçoit clairement. Les déterminants du choléra que nous avons voulu revisiter ne pouvaient plus être analysés uniquement sous les angles épidémiologique, économique, socioculturel, climatique et politique car ayant déjà fait l'objet de nombreuses recherches. Dans ce travail qui avait pour thème : « Politiques de santé et lutte contre le choléra au Cameroun : cas de la région du Littoral (Douala) », il était important de faire une brève présentation de la politique de lutte contre le choléra au Cameroun et d'examiner ensuite, les déterminants endogènes et exogènes de l'affaiblissement des politiques de lutte contre le choléra pour mieux comprendre et expliquer la persistance des du choléra dans la ville de Douala.

Ainsi posé, le problème de l'affaiblissement des politiques de contre le choléra a suscité la question principale qui est de savoir : Comment l'expérience de la lutte contre le choléra permet-elle de comprendre l'efficacité des politiques publiques de santé au Cameroun ? Cette question principale a laissé apparaître l'hypothèse générale selon laquelle l'expérience de la lutte contre le choléra révèle que les politiques publiques de santé plus urgentistes et préalablement formulées par l'OMS, sont implémentées sans prendre en compte les réalités socioculturelles communautaires en conflit avec les règles universelles édictées. De cette hypothèse, ont découlé trois hypothèses secondaires qui ont constitué l'ossature de cette recherche. La première concernait le constat d'une nette amélioration de la variance ou des écarts entre les différentes périodes épidémiques de choléra au fil des années. Cependant, la longue durée de la lutte contre celles-ci révèle encore des insuffisances de la part des politiques de lutte contre le choléra dans la ville de Douala. Cette hypothèse a été confirmée dans la première partie de ce travail car ces cinq dernières années, on a notifié dans le pays et principalement dans la ville de Douala une nette résurgence et recrudescence des cas. La deuxième hypothèse selon laquelle l'efficacité de la lutte contre le choléra dans la ville de Douala est pensée par les pouvoirs publics à travers la combinaison des stratégies avancée et fixe en ce qui concerne les interventions de lutte contre la maladie a été reformulée. En fait, l'efficacité de la lutte contre le choléra est pensée par les pouvoirs publics à travers des interventions multisectorielles tel que préconisées par l'OMS. La troisième, la dernière soutenait que la persistance du choléra est due au défaut d'intersectorialité, la persistance des comportements défavorables à la santé, l'échec de la communication pour le changement de

comportement ou de la socialisation sanitaire et le laxisme des pouvoirs publics dans la mise en œuvre des réglementations en vigueur.

La méthodologie employée dans notre recherche était orientée vers la compréhension et l'explication de l'affaiblissement des politiques de lutte contre le choléra dans la ville de Douala, à partir d'une analyse de l'implémentation des politiques publiques de lutte contre le choléra au Cameroun ; et de l'incidence que pose la persistance des déterminants du choléra sur les politiques visant à éliminer le choléra du territoire camerounais. Ceci s'est fait à la lumière de l'approche systémique et du modèle de croyance relatives à la santé. Les populations étudiées étaient les acteurs de la lutte contre le choléra et la population générale. Les techniques de collecte de données employées étaient les entretiens semi-directifs et l'observation directe pour le volet qualitatif de l'étude et l'enquête par questionnaire pour le volet quantitatif de l'étude. La recherche documentaire a également permis de recueillir des données secondaires à la fois quantitatives et qualitatives. Les données qualitatives collectées sur le terrain ont été analysées par transcription et par catégorisation et les données quantitatives ont été traitées ou analysées à l'aide du google form et des logiciels SPSS et Excel pour faire ressortir les graphes, diagrammes, tableaux et chiffres. Dans ce travail, il a paru nécessaire de faire une présentation de la politique de lutte contre le choléra, tout en ressortissant les indicateurs de la lutte contre le choléra dans la politique ainsi que le protocole et le circuit de prise en charge des cas de choléra selon le ministère de la santé du Cameroun.

Il ressort de cette étude que la lutte contre le choléra au Cameroun est multisectorielle ; avec un paquet d'activités déjà standardisé. La persistance de déterminants d'origine exogène au système contribue à l'affaiblissement des politiques de santé dans l'atteinte de ses objectifs en termes de lutte contre le choléra et à la persistance du choléra dans la ville de Douala. Ont été listés comme « déterminants exogènes » : la persistance de la mauvaise pratique d'hygiène tant collective d'individuelle en milieu urbain qui favorise la propagation par la transmission interhumaine, au détriment des efforts de communication et de sensibilisation émis par l'Etat dans les médias, au travers des agents de santé communautaires et des différents leaders communautaires. La généralisation de la filtration de l'eau comme technique de potabilisation par excellence utilisées par la population doualaïse au détriment de la chloration de l'eau est également à l'origine de la persistance du choléra dans la ville. En outre, la forte croissance démographique de la ville de Douala favoriserait non seulement la propagation du choléra, mais aussi la persistance de la maladie dans la ville, dans la mesure où elle serait à l'origine de la surproduction des déchets ménagers causes de la pollution des eaux et des sols.

Il a également été ressorti que des croyances relatives à la santé et l'échec de la socialisation sanitaire contribuent à la perpétuation des comportements non favorables à la santé et par là, affaiblissent les efforts du Gouvernement à lutter contre le choléra dans la ville. Pour ce qui est des « déterminants endogènes », il s'agit de la défaillance du système de gestion des déchets qui est également à l'origine de l'insalubrité dans la ville de Douala qui à son tour, est un déterminant important non seulement du choléra, mais aussi d'autres maladies diarrhéiques ou hydriques dans la ville. Il a été montré que l'approche multisectorielle utilisée dans la lutte contre le choléra était certes, d'une efficacité avérée dans la contingence et l'extinction des flambées de choléra. Cependant, elle ne permet pas une lutte contre le choléra sur le long terme.

Le gouvernement camerounais gagnerait à combiner à cette approche, l'approche HiAP qui implique des interventions intersectorielles (Ministères en charge de l'urbanisme, de l'environnement et de l'eau), qui permettra d'agresser les déterminants directs du choléra et facilitera son élimination au Cameroun d'ici 2030 ambitionné dans les documents stratégiques. Il ressort également que le problème du Cameroun ici, n'est pas vraiment celui de la réglementation, étant donné que le pays a beaucoup légiféré en matière d'urbanisme, d'eau, et d'environnement. Nous sommes d'accord avec Assako Assako et ses collaborateurs dans leur étude citée plus haut, sur le fait que le plus gros problème qui se pose ici se trouve donc au niveau de la mise en œuvre des différents plans et stratégies, de ces lois, décrets et arrêtés pour qu'ils jouent effectivement leur second rôle de coercition, vu que celui de prévention aurait échoué particulièrement dans la ville de Douala. Au regard de l'expérience avec la simple approche multi sectorielle dans la lutte contre le choléra, l'aide continuera à être partielle et axée sur le court terme sans remédier aux sources directes du choléra si l'approche HiAP n'est pas envisagée pour la lutte efficace contre le choléra dans la ville de Douala. Sur la base de l'expérience de la lutte contre le choléra au Cameroun, il a été relevé qu'il serait temps que les différents sectoriels prennent leurs responsabilités en mains, et unissent leur force avec le MINSANTE en travaillant en étroite synergie pour lutter efficacement contre cette maladie pourtant ancienne sur le territoire camerounais et ainsi atteindre l'objectif mondial et régional qui est l'éradication du choléra à l'horizon 2030. En fin, il ressort aussi que l'avènement de la pandémie de la COVID-19 aurait pu améliorer la promotion du lavage des mains, bien qu'ayant distrait ou détourné l'attention des bailleurs de fonds des autres maladies et particulièrement du choléra pourtant déjà présent sur le territoire depuis 2018.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages généraux

- **CANTRELLE Pierre et LOCOH Thérèse**, *Facteurs culturels et sociaux de la santé en Afrique de l'Ouest*, Paris, CEPED, 1990.
- **DJOUA FEUDJIO Yves-Bertrand**, *Comprendre la complexité des inégalités de santé en Afrique*, dans H. Blaise NGUENDO YONGSI (sous dir.), *Santé et territoires en Afrique : inégalités de besoins de santé et d'accès aux soins*, Paris, Harmattan, 2018, pp. 11-24.
- **DJOUA FEUDJIO Yves Bertrand**, « *Acteurs de soins informels et leur légitimité face au défi de la transition vers la ville-santé au Cameroun : Le cas des cabinets de soins médicaux à Yaoundé* », dans Dominique MEVA'A ABOMO (dir.), *De la faillite de la santé urbaine à la ville santé au Cameroun : regards croisés entre acteurs, pratiques, défis et enjeux*, Vol. 2, Berlin, Collection Etude et Recherche Action pour le développement de l'Afrique, des Caraïbes et du Pacifique, Editions Universitaires Européennes, 2015, p. 142-161.
- **EBOKO Fred**, *Repenser l'action publique en Afrique : Du sida à l'analyse de la globalisation des politiques publiques*, Paris, Karthala, 2015.
- **ELA Jean-Marc**, *Innovation sociale et renaissance de l'Afrique noire : les défis du monde d'« en-bas »*, Paris, Harmattan, 1998.
- **FABRÉ Gérard**, *Epidémies et contagions. L'imaginaire du mal en occident*, Paris, Puf, 1998, p. 239.
- **JAILLY J. Brunet**, « *Le pendule du financement de la santé et du recouvrement de coûts* », in Kerouendan D, *santé internationale, les enjeux de santé du Sud*, Paris, les presses de sciences politiques, 2001.
- **WILLAIME Jean-Paul**, *Pour une définition sociologique de la religion*, dans *Sociologie des religions*, Paris, PUF, 2012, P. 114.

Ouvrages spécialisés

- **BACHELARD Gaston**, *L'aventure scientifique*, Québec : CEC, 1986.
- **BERELSON Bernard**, *Content Analysis in Communication Research*, New York, Hafner Publ., 1971, p. 18. Cité par Jean de Bonville, *L'analyse de contenu des médias*, Bruxelles, De Boeck, 2000, p. 9.
- **BRIAND Catherine et LARIVIÈRE Nadine**, *Les méthodes de recherche mixtes : Illustration d'une analyse des effets cliniques et fonctionnels d'un hôpital de jour*

psychiatrique, In *Les méthodes de recherche mixtes dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*, Sous dir. Marc CORBIÈRE et Nadine LARIVIÈRE, PUQ, Québec, p.626.

- **CAMPBELL Sandy**, *Approche systémique des systèmes de santé*, Alliance-hpsr, OMS, Genève, 2009.
- **DE BONVILLE Jean**, *L'analyse de contenu des médias.*, Paris et Bruxelles, De Boeck Université, 2000, p. 9.
- **DUNOYER Jessica**, *Manuel pratique : Lutter contre le choléra, le rôle des secteurs EAH et SMPS dans la lutte contre le choléra*, ACF International-France, 2013.
- **GILSON Lucy**, *Recherche sur les politiques et les systèmes de santé. Manuel de méthodologie : Version abrégée*, Alliance-hpsr, Bibl. OMS, Genève, 2013.
- **GODIN Gaston**, *Les comportements dans le domaine de la santé : Comprendre pour mieux intervenir*, Québec, PUM, 2012.
- **GUIMIER Lucie**, *L'épidémie de choléra en Haïti : lecture géopolitique d'un enjeu de santé publique*, 2011.
- **OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre**, *Les modèles voyageurs à l'épreuve des contextes et des normes pratiques : le cas de la santé maternelle*, In C. B. C. & B. R. Dolorès Pourette, Chiarella Mattern (Ed.), *Femmes, enfants et santé à Madagascar. Approches anthropologiques comparées*, Harmattan, 2018.
- **OKALLA Raphaël et LE VIGOUROUX Alain**, « Cameroun : de la réorientation des soins de santé primaires au plan national de développement sanitaire », Bulletin de l'APAD, 21 | 2001.
- **RIOUFREYTH Thibaut**, *La transcription d'entretiens en sciences sociales enjeux, conseils et manières de faire*, UCL, Belgique, 2016.
- **STARO Francesco**, *Entre savoirs experts et mauvais sort Pratiques d'utilisation de l'eau et perception de l'épidémie du choléra dans le district du Tanganyika*, Médecins du Monde, Paris, 2011.

Articles/revues scientifiques

- **ADAMS V.**, *Evidence-based global public health: subjects, profits, erasures*. In J. BIEHL et A. PETRYNA (EDS.), *When people come first: Critical studies in global health*, Princeton University Press Princeton, NJ, 2013, pp. 54–90.
- **AKOACHERE et al**, *Multi-drug resistant toxigenic Vibrio cholerae O1 is persistent in water sources in New Bell-Douala, Cameroon*, in BMC Infectious Diseases, 2013, 13:366.

- **AKPA GBARY Raphaël et al**, « *les déterminants de la faible létalité dans le littoral au Bénin en 2008* », S.F.S.P, Vol. 23, 2011, pp. 345-358.
- **AMAAH Penn**, *Quantitative and qualitative analysis of the knowledge, attitudes and social representations of cholera in the extreme Northern region of Cameroon: the case of Maroua I, Maroua II, and Mokolo*, in *Panfrican medical journal*, 2014,17 (253).10.11604.
- **ASSAKO ASSAKO René Joly et al**, *Etude géographique de l'épidémie de choléra à Douala ou la qualité de vie à l'épreuve des pratiques urbaines*, Groupe de Recherches sur les Villes d'Afrique (GREVA), Université de Douala, Cameroun.
- **BARBIERI Magali et CANTRELLE Pierre**, *Politiques de santé et population*, In : Francis GENDREAU (ed.), Patrice VIMARD (ed.), *Politiques de population, Politique Africaine*, (31), 1991, 51-65. ISSN 0244-7827.
- **BEHREND, A., PARK, S., & ROTTENBURG, R.** *Travelling Models in African Conflict Management*. (A. Behrends, S.-J. Park, & R. Rottenburg, Eds.). BRILL., 2014.
- **BLANC Marie-Eve**, *Des « maladies sociales » à l'épreuve de la modernité ? Aperçu ethno-historique sur la gestion des épidémies au Vietnam*, MMF n°4, 1999, pp. 53-73.
- **BONONO Cécile Renée**, *Choléra : comment construire une réponse sociale ? Eclairages*, Bulletin d'informations sanitaires stratégiques / Cameroun, vol 3, N° 3 Nov - Dec 2011.
- **BRIVES, C., LE MARCIS, F., & SANABRIA, E.**, *What's in a Context? Tenses and Tensions* in *Evidence-Based Medicine*, in *Medical Anthropology: Cross Cultural Studies in Health and Illness*, 35(5), 2016, pp. 369–376.
- **CARRUTH L.**, *The aftermath of aid: Medical insecurity in the northern Somali Region of Ethiopia*, The university of Arizona, 2011.
- **CHAIGNAT C-L.**, *La place des vaccins dans la lutte contre le choléra*, *Med. Trop.* 2001 ; 61 : 249-250.
- **CHEMOUILLI Philippe**, *Le choléra et la naissance de la santé publique dans le Japon de Meiji : 1. Modernité, choléra et pensée hygiénique*, M/S n° 1, vol. 20, janvier 2004, pp. 109-114.
- **CHEMOUILLI Philippe**, *Le choléra et la naissance de la santé publique dans le Japon de Meiji : 2. Forces et faiblesses d'une politique de santé publique*, M/S n° 2, vol. 20, février 2004, pp. 236-240.
- **GREEN E. C., JURG A., et DJEDJE A.**, *The Snake in the Stomach: Child Diarrhea in Central Mozambique*. *Medical Anthropology Quarterly*, 1994, 8(1), 4-24.

- **DJAOUA M. et al**, *Assessment of risk factors for cholera outbreaks in Doualare health area (Maroua, Far North Cameroon)*, J.Wat. Env. Sci. Vol.X, n°Y, 2018, pp 319-336.
- **GUEVART Edouard et al**, *Déterminants du choléra à Douala*, médecine Tropicale, 6, 2006, pp. 283-291.
- **GUÉVART Edouard et al**, *Consommation de médicaments lors de l'épidémie de choléra de douala*, In Med Trop. N° 67, 2007, pp. 490-496.
- **GUÉVART Edouard et al**, *Diffuseur artisanal de chlore pour désinfecter les puits lors de l'épidémie de choléra de douala*, Med Trop N° 68, 2008, pp. 507-513.
- **HAUREY Boris**, *Mécanismes d'europanisation et politiques de santé*, Sciences Sociales et Santé, Vol. 29, n° 1, mars 2011.
- **JOHNSON et al**, « Toward a definition of mixed methods research », Journal of Mixed Methods Research, vol. 1, n°2, 2007, pp. 112-133.
- **KIRBY J. B.**, Exposure, resistance, and recovery: a three-dimensional framework for the study of mortality from infectious disease, in *Social Science & Medicine*, 2001, 53(9), 1205-1215.
- **KONANDE MUDUBU**, Mortalité infantile et juvénile au Togo : contribution des facteurs socioéconomiques et culturels, les cahiers de l'IFORD n° 11, Yaoundé, 1996, p.85.
- **KOUAM KENMOGNE Guy-Romain et al**, *Gestion intégrée des ressources en eau et objectifs du millénaire pour le développement en Afrique : Cas du Cameroun*, dans Vertigo-La revue en sciences de l'environnement, Vol 7, n° 2, septembre 2006.
- **LAMAISON MARQUI H.**, *Lutte Contre le Choléra, ou Contre la Culture ?* Health, Culture and Society, Volume 7, No. 1, 2014, ISSN 2161-6590 (online), doi : 10.5195/hcs.2014.177.
- **LEGAGNEUR Fedia et GRIMAUD Jérôme**, *Épidémie de choléra : note sur les croyances, sentiments et perceptions de la communauté*, Croix Rouge Haïtienne, 2010.
- **MUDEKEREZA N, SIA D, LUBAMBO G, KAREMERE H.**, *Politique sanitaire, Acteurs, Stratégies et Contenu des interventions de lutte contre le choléra dans la Zone de santé d'Uvira en République Démocratique du Congo*, Revue de l'Infirmier Congolais, 3(1), 2019, pp. 1-9.
- **MULL J. D., et MULL D. S.**, *Mothers' concepts of childhood diarrhea in rural Pakistan: What ORT program planners should know*, Social Science and Medicine, 27(1), 1988, 53-67, (88)90163-3.
- **NANTCHOP TENKAP Virginie Laure**, *Géo carrefour : L'action publique urbaine à*

l'épreuve des réformes du service d'eau à Douala, 2015.

- **NATIONS M., et MONTE C.,** *“I’m not dog, no!”: Cries of resistance against cholera control campaigns*, *Social Science & Medicine*, 1996, 43(6), 1007-1024.
- **NDIE Justin et al,** *Étude des aspects épidémiologiques du choléra dans le District de Santé de Tcholliré (Nord-Cameroun)*, *European Scientific Journal* May 2016 edition vol.12, No.15 ISSN : 1857 – 7881 (Print) e - ISSN 1857.
- **NSANGOUMoustapha,** *facteurs socioculturels influençant la propagation du choléra*, *Eclairages*, *Bulletin d’informations sanitaires stratégiques / Cameroun*, Vol 3, N° 3, Nov - Dec 2011, P. 2.
- **PIARROUX Renaud et BOMPANGUE Didier,** *Needs for an integrative approach of Epidemics: the example of cholera*, *Encyclopedia of infectious diseases: Moderns technologies*, Université de Franche-Comté, EA 2276, Besançon, 2006, France.
- **POIROT-MAZÈRES Isabelle,** 2016, *La politique de santé : nouveaux périmètres, responsabilité réitérée de l’Etat*, *Revue Droit et Santé (Hors-série)*, UT1.
- **POISSON Yves,** *L’approche qualitative et l’approche quantitative dans les recherches en éducation*. *Revue des sciences de l’éducation*, 9(3), 1983, 369–378.
- **REMY Gérard et DEJOURS Hervé,** *L’africanisation du choléra*, *Cahiers d’outre-mer*, vol 41, N°162, 1988, pp. 105-138.
- **RENAHY E. et al,** *L’intégration de la santé dans toutes les politiques : résultats d’une étude de cas multiples sur le processus d’implémentation*, dans *Revue d’épidémiologie et de santé publique*, Vol 64, supplément 2016.
- **RIDDE Valery et OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre,** *La mise en œuvre des interventions de santé publique en Afrique : un thème stratégique négligé*. *Med Sante Trop*, 2017, n°27, pp 6-9, doi : 10.1684/mst.2016.0605.
- **RIOUFREYT Thibaut,** *La transcription outillée en SHS. Un panorama des logiciels de transcription audio/vidéo*, In *Bulletin de Méthodologie Sociologique*, Sage, 2018, Vol. 139 96–133, doi: 10.1177/0759106318762455.
- **TABUTEAU Didier,** *La santé en quête de politique*, *Les tribunes de la santé*, Sève N°14, Presses des sciences politiques, 2007, pp 29-44.
- **Zacher, M. W.,** *Global epidemiological surveillance. Global Public Goods: International Cooperation in The 21*, 1999, pp. 266–284.

Mémoires/Thèses

- **AMANEJIEU Amélie,** *Analyse temporelle de la représentation du risque d’inondation de*

1980 à 2018 à Douala-Cameroun, dirigé par OZER Pierre et BRUCKMANN Laurent, 2019, Université de Liège.

- **BOMPANGUE NKOKO Didier**, *Dynamique des épidémies de choléra dans la région des grands lacs africains : cas de la République Démocratique du Congo*, thèse de doctorat en écologie et environnement, dirigé par Renaud PIARROUX et Jean Jacques MUYEMBE, 2009, Université de franche-comté.
- **HEYERDAHL Léonard**, *Anthropologie multi située des économies du risque choléra. Savoirs, pratiques et technologies (Côte d'Ivoire)*, thèse de doctorat en sociologie, dirigé par Frédéric Le Marcis, 2019, Ecole Normale Supérieure de Lyon.
- **JANNY Thomas**, *Epidémies de choléra en Afrique : Analyse d'une étiologie multifactorielle*, mémoire de santé publique, dirigé par Michèle LEGEAS, 2004, ENSP, Rennes.

Autres textes

- **CIOMS et OMS**, *Lignes directrices internationales d'éthique pour la recherche biomédicale impliquant des sujets humains*, CIOMS, 2003.
- **CUD**, *Plan d'Urbanisme de Douala*, 2015.
- **Division de la population du Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies**, *World Population Prospects*, 2019 (Revision).
- **DRSP Littoral**, *Rapport de la situation de gestion du choléra n°13* du 07 février au 24 avril 2022.
- **DRSP Littoral**, *Rapport de la situation de gestion du choléra n°12* du 07 février au 19 avril 2022.
- **DRSP Littoral**, *Rapport de la situation de gestion du choléra n°1* du 15 novembre 2021 au 06 février 2022.
- **MINEP**, *Stratégie Nationale de Gestion des Déchets (période 2007-2015)*, 2007.
- **MINSANTE**, *Populations-cibles prioritaires 2022a*.
- **MINSANTE**, *Rapport de la situation de gestion du choléra n°27* du 19 au 31 août 2022b.
- **MINSANTE**, *Stratégie Sectorielle de Santé 2020-2030* (version révisée), 2020 a.
- **MINSANTE**, *Modules de formation sur la prise en charge des cas de choléra*, 2020 b.
- **MINSANTE**, *Situation épidémiologique n°28* du 01 au 20 septembre 2022.
- **MINSANTE**, *Situation épidémiologique n°27* du 19 au 31 août 2022.
- **MINSANTE**, *Rapport de la situation de gestion du choléra n°26* du 11 au 18 août 2022.

- **MINSANTE**, *Rapport de la situation de gestion du choléra n°25 du 29 juillet au 10 août 2022.*
- **MINSANTE**, *Rapport de la situation de gestion du choléra n°14 du 21 au 27 mars 2022.*
- **MINSANTE**, *Rapport de la situation de gestion du choléra n°10 du 14 au 20 février 2022.*
- **MINSANTE**, *Rapport de la situation de gestion du choléra n°8 du 31 janvier au 06 février 2022 ;*
- **MINSANTE**, *Rapport de la situation de gestion du choléra n°5 du 05 au 09 janvier 2022.*
- **MINSANTE**, *Rapport de la situation de gestion du choléra n°73 du 23 au 29 septembre 2020.*
- **MINSANTE**, *Rapport de la situation de gestion du choléra n°41, 2019.*
- **MINSANTE**, *Rapport de la situation de gestion du choléra n°10 du 17 août 2019.*
- **MINSANTE**, *Rapport de la situation de gestion du choléra n°1 du 15 juillet 2019.*
- **MINSANTE**, *Rapport de la situation de gestion du choléra n°41 du 07 janvier 2019.*
- **MINSANTE**, *Rapport de la situation de gestion du choléra n°3 du 30 octobre 2018.*
- **MINSANTE**, *Plan National de réponse à l'épidémie de choléra, Août-Octobre 2018.*
- **MINSANTE**, *Plan National de Contingence, de Prévention et de Lutte contre le choléra, 2015.*
- **OMS**, *Choléra Relevé épidémiologique hebdomadaire, n°37, 2020a, 95, pp. 441–448.*
- **OMS**, *Guide technique pour la Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte au Cameroun, 2020 b.*
- **OMS Afrique**, *Cours de formation sur la Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte : Guide du participant : Modules 1. 2 et 3, Brazzaville, 2019.*
- **OMS**, *Le choléra, dans Normes de surveillance des maladies évitables par la vaccination, mise à jour le 05 septembre 2018.*
- **OMS**, *Manuel d'épidémiologie pour la gestion de la sante au niveau du district (sous dir.) P. Vaughan & R.H. Morrow, 1991, Genève.*
- **Solidarités International**, *La lutte contre le choléra, manuel opérationnel, Réponse aux flambées et prévention des risques en zones endémiques. Bordeaux, 2018.*
- **UNICEF**, *Guide pratique de lutte contre le choléra de l'UNICEF, New York, 2013.*
- **WHO**, *Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action, WHO publications, 2014, Geneva.*

Webographie

- http://www.ecoinfos_les_energies_renovellables (consulté de le 20/10/22)
- <http://www.aquaportail.com>(consulté de le 20/10/22).
- http://www.cimed.org/index.php/cimed_fr/layout/set/popup/Les-fiches-sante/Liste-des-pays/Afrique/Cameroun/Douala [archive], sur www.cimed.org , juillet 2012 (consulté le 20 mai 2022).
- <http://www.wikipedia.org> (consulté le 20 mai 2022).
- <http://www.osidimbea.cm> (consulté le 20 mai 2022).
- <https://www.cluva.eu> (consulté le 20 mai 2022).
- <fr.climate-data.org/afrique/cameroun/littoral/douala-890444/#climate-table> (consulté le 20 mai 2022).
- <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cholera>, consulté le 30 mars 2022.

ANNEXES

Annexe n°1 : Questionnaire

Adressé à la population générale

Je suis une étudiante de sociologie en master 2 professionnel option Recherche-action en Systèmes de santé en Afrique. Dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de fin d'étude, j'effectue un travail de recherche sur le thème : « **politiques de santé et lutte contre le choléra au Cameroun : Cas de la région du Littoral (Douala)** ». Ainsi, le but de cet entretien est d'identifier les déterminants socioculturels communautaires du choléra dans la ville de Douala. Nous vous saurons gré de bien vouloir contribuer à cette étude en répondant à nos questions. Nous vous garantissons que les informations que vous fournirez serviront dans le seul but d'une recherche académique qui permettra de comprendre le phénomène afin de voir dans quelle mesure une solution peut lui être trouvée. Nous vous garantissons également votre anonymat et la confidentialité des informations mises à notre disposition. Nous vous promettons que ces informations ne seront utilisées que dans un but purement scientifique et ne vous porteront en aucun cas préjudice.

I. Identification du répondant

Quartier :DS.....

Initiales : /_/_/

Tranches d'âge : 15-25 ; 25-45 ; 45-65

Sexe : /_/_/ M ; /_/_/ F

Occupation : Ethnie :

Religion Niveau d'éducation : /_/_/ aucun ; /_/_/ primaire ; /_/_/ secondaire ; /_/_/ universitaire

II. Connaissances sur le choléra

1	Avez-vous déjà entendu parler du choléra ?
2	Si oui comment avez-vous entendu parler du choléra ? <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Télévision <input type="checkbox"/> Personnel médical <input type="checkbox"/> Affiches/dépliants <input type="checkbox"/> Relais communautaires <input type="checkbox"/> Eglise/mosquée <input type="checkbox"/> Griots
3	Si oui, c'est quoi le choléra ? (Cochez la ou les réponses justes) Maladie diarrhéique, de la saleté et des mains sales maladie des poumons <input type="checkbox"/> maladie des nerfs
4	Selon vous, quelle est son origine ?

	Mystique <input type="checkbox"/> ; Naturelle <input type="checkbox"/> ; Puntion de Dieu <input type="checkbox"/>
5	Selon vous, les épidémies de choléra sont le résultat <input type="checkbox"/> Du manque d'hygiène et d'assainissement <input type="checkbox"/> La colère de Dieu <input type="checkbox"/> La sorcellerie
6	<input type="checkbox"/> Comment se transmet le choléra ? <input type="checkbox"/> Manger les aliments souillés et boire de l'eau non potable <input type="checkbox"/> Piqure de moustique <input type="checkbox"/> Manger les animaux de brousse
7	Comment reconnaissez-vous un malade qui a le choléra ? <input type="checkbox"/> Diarrhée ; <input type="checkbox"/> Toux ; <input type="checkbox"/> Fièvre ; <input type="checkbox"/> Vomissements ; <input type="checkbox"/> Déshydratation ; <input type="checkbox"/> Maux de ventre ; <input type="checkbox"/> Maux de tête.
8	Comment peut-on éviter le choléra ? <input type="checkbox"/> En se lavant les mains avec de l'eau propre et du savon avant et après les repas et après être allé aux toilettes <input type="checkbox"/> En portant le masque <input type="checkbox"/> En se déparasitant tous les mois <input type="checkbox"/> En nettoyant la maison tous les jours <input type="checkbox"/> En consommant les fruits et les légumes bien lavés <input type="checkbox"/> En obéissant à la volonté de Dieu ou des dieux

III. Communication

9	Les autorités traditionnelles vous ont-elles informé de la présence du choléra dans la communauté et des mesures à prendre pour l'éviter ?	O/__/	N/__/
10	Les autorités religieuses vous ont-elles informé de la présence du choléra dans la communauté et des mesures à prendre pour l'éviter ?	O/__/	N/__/
11	Les relais communautaires vous ont-ils informé de la présence du choléra dans la communauté et des mesures à prendre pour l'éviter ?	O/__/	N/__/
12	Le personnel de santé vous a-t-il informé de la présence du choléra dans la communauté et des mesures à prendre pour l'éviter ?	O/__/	N/__/
13	Avez-vous vu des affiches parlant du choléra dans la rue, les hôpitaux ou ailleurs ?	O/__/	N/__/
14	Si oui précisez le lieu _____		

IV. Promotion des mesures familiales essentielles

15	Potabilisez-vous votre eau avant de la consommer ?	O/__/	N/__/
16	Si oui, comment potabilisez-vous votre eau ? <input type="checkbox"/> Aqua tabs <input type="checkbox"/> Sachet pure <input type="checkbox"/> Sur'eau <input type="checkbox"/> Eau de javel <input type="checkbox"/> Filtre à eau <input type="checkbox"/> Faire bouillir l'eau		
17	Avez-vous reçu des informations sur les techniques de potabilisation de l'eau ?	O/__/	N/__/
18	Que faites-vous lorsqu'un proche décède de choléra ? <input type="checkbox"/> J'appelle le 1510		

	<input type="checkbox"/> Je l'amène à la morgue <input type="checkbox"/> Je l'amène au village pour l'enterrement <input type="checkbox"/> J'informe un personnel de santé
19	Comment gérez-vous les dépouilles ? Je n'y touche pas <input type="checkbox"/> ; Je l'embaume avant l'enterrement <input type="checkbox"/> ; Je le lave et je l'habille <input type="checkbox"/> ; Je fuis <input type="checkbox"/>

V. Facteurs de risque

20	Quelle est votre source d'eau de boisson ? Forage eau courante <input type="checkbox"/> ; puits couvert <input type="checkbox"/> ; puits à ciel ouvert <input type="checkbox"/> ; eau minérale <input type="checkbox"/> source <input type="checkbox"/> ; rivière <input type="checkbox"/>		
21	Consommez-vous les boissons naturelles vendues dans les rues (foléré, Djinja, kossam, bili-bili, ?)	O/__/	N/__/
22	Consommez-vous les aliments vendus en route ?	O/__/	N/__/
23	<input type="checkbox"/> Lavez-vous les mains avant le repas ? <input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> Quelquefois <input type="checkbox"/> Jamais		
24	Possédez-vous des latrines dans votre domicile ?	O/__/	N/__/
25	Avez-vous un dispositif pour le lavage des mains après usage des toilettes ?	O/__/	N/__/
26	Si oui lequel ? <input type="checkbox"/> Eau coulante et savon <input type="checkbox"/> Eau coulante sans savon <input type="checkbox"/> Seau d'eau et savon <input type="checkbox"/> Seau d'eau sans savon		

VI. Croyances relatives à la santé en contexte COVID 19

27	De quoi avez-vous plus peur ? <input type="checkbox"/> Choléra <input type="checkbox"/> COVID19 <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Cancer		
28	Pourquoi ?		
29	Selon vous ? Quelle catégorie de personnes est plus vulnérable au choléra ? <input type="checkbox"/> Les pauvres <input type="checkbox"/> Les personnes âgées <input type="checkbox"/> Les enfants <input type="checkbox"/> Les personnes non instruites		
30	Que ferez-vous si vous remarquez les symptômes de la maladie chez vous ou chez votre voisin avez le choléra, vers qui irez-vous en premier ? <input type="checkbox"/> Tradipraticien <input type="checkbox"/> Médicaments de la rue <input type="checkbox"/> Pharmacie <input type="checkbox"/> Formation sanitaire <input type="checkbox"/> Pasteur ou Imam pour une séance de prière		

31	Selon vous, les mesures prises ou les stratégies mises en place par le gouvernement dans la ville de Douala sont-elles adaptées au contexte ?	O/___/	N/___/
32	Si non, pourquoi ?		
33	Quelles propositions pouvez-vous faire pour améliorer la lutte contre le choléra dans la ville de Douala ? <input type="checkbox"/> Impliquer la communauté dans l'élaboration des politiques de santé <input type="checkbox"/> Améliorer la communication <input type="checkbox"/> Accentuer l'hygiène et assainissement (WASH) dans la ville		

Annexe 2 : Guide d'entretien n°1

Adressé aux agents de santé communautaires

Je suis MESSINA Marie, étudiante de sociologie à l'université de Yaoundé 1 Ngoa-Ekélé et inscrite en master 2 à vocation professionnel, option Recherche-action en Systèmes de santé en Afrique. Dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de fin d'étude, j'effectue un travail de recherche sur le thème : « **politiques de santé et lutte contre le choléra au Cameroun : Cas de la région du Littoral (Douala)** ». Le but de cet entretien est de déceler les éléments enclavant la lutte efficace contre le choléra dans la ville de Douala. Nous vous saurons gré tout en garantissant votre anonymat de bien vouloir contribuer à cette étude en répondant à nos questions dans le cadre d'un échange ou d'un entretien. Ces informations que vous fournirez serviront dans le seul but d'une recherche académique qui permettra de comprendre le phénomène afin de voir dans quelle mesure solution peut lui être trouvée. De ce fait, tout en garantissant votre anonymat et la confidentialité de vos informations mises à notre disposition, nous vous garantissons que ces informations ne seront utilisées que dans un but purement scientifique et ne vous porteront en aucun cas préjudice.

- 1- Avez-vous été formé récemment sur la nouvelle épidémie de choléra ?
- 2- Parlez-nous de votre travail sur le terrain
- 3- A quel moment fait-on appel à vos services en tant qu'agent de santé communautaire ?
- 4- Comment êtes-vous rémunérés en tant qu'agent de santé communautaire ?
- 5- Quelles difficultés rencontrez-vous lors de vos descentes en communauté ?
- 6- Comment les populations se comportent-elles lors de vos interventions ?
- 7- Selon vous, que faut-il faire pour une lutte efficace contre le choléra ?

CONCLUSION : Souhaiterez-vous aborder une question en rapport avec cette recherche que nous n'avons pas évoqué ?

Nous vous remercions chaleureusement de nous avoir consacré du temps et d'avoir accepté de partager avec nous des informations au sujet de vos expériences sur le thème.

We would like to thank you very much for devoting your time to us and for agreeing to share with us about your experience on the subject.

Annexe 3 : Questionnaire n°2

Adressé au Chef de District pour saisir le comportement des Districts de Santé en ce qui concerne la lutte contre le choléra en période épidémique et non épidémique.

Je suis étudiante de sociologie en master 2 professionnel option Recherche-action en Systèmes de santé en Afrique. Dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de fin d'étude, j'effectue un travail de recherche sur le thème : « **politiques de santé et lutte contre le choléra au Cameroun : Cas de la région du Littoral (Douala)** ». Le but de cet entretien est de comprendre le comportement du système de santé en périodes épidémique et non épidémique. Nous vous saurons gré tout en garantissant votre anonymat de bien vouloir contribuer à cette étude en répondant à nos questions dans le cadre d'un échange ou d'un entretien. Ces informations que vous fournirez serviront dans le seul but d'une recherche académique qui permettra de comprendre le phénomène afin de voir dans quelle mesure solution peut lui être trouvée. De ce fait, tout en garantissant votre anonymat et la confidentialité de vos informations mises à notre disposition, nous vous garantissons que ces informations ne seront utilisées que dans un but purement scientifique et ne vous porteront en aucun cas préjudice.

VII. Identification du répondant

DS.....fonction.....

N°	VARIABLE	RÉPONSE			OBERVATIONS
		OUI	NON	NA	
COORDINATION ET PARTENARIAT					
1	Des réunions de coordination (comités de crise, cluster) sont-elles tenues au niveau District ? <i>déterminer la fréquence</i>				
2	Disponibilité d'un plan d'urgence choléra ?				
3	Le District est formé au SGI ?				
4	Le DS a-t-il été activé pour la réponse au choléra depuis 2018 ?				
5	Partage régulier des informations sur la situation épidémiologique avec la région en période épidémique ?				
6	Un plan de contingence existe-t-il/ est disponible et à jour au niveau du District ?				
7	Les autres parties prenantes (MINEE, MINEDUB, Mairie...) sont-elles engagées et actives dans les activités de préparation et de réponse au choléra ?				
8	Existence du rapport d'évaluation des épidémies de choléra précédentes dans le District ?				
EVALUATION DU RISQUE-A PARTIR DES 4 DERNIERES EPIDEMIES					
1	La liste des aires de santé à risque aux épidémies de choléra est disponible au niveau du DS et accessible par les acteurs ?				
2	La cartographie des points d'approvisionnement en eau est disponible au niveau du District ?				
3	Les données sur la saisonnalité, la durée, les zones, les populations touchées et les modalités de transmission des épidémies passées/sont accessibles par les acteurs ?				
SURVEILLANCE (ALERTES ET DETECTION)					
1	La surveillance à base communautaire et/ou surveillance basée sur les événements est effective au niveau de toutes les aires de santé du DS ?				
2	Les définitions de cas sont disponibles dans toutes les aires du District				
3	L'algorithme de décision (CAT) est disponible dans toutes les aires de santé du District				
4	Le circuit de notification est connu par tous les acteurs et disponible ?				
5	Renforcement des capacités des personnes ressources sur la surveillance effectif				
6	La notification journalière des cas au CERPLE est (en période épidémique)				
7	Les définitions de cas sont-elles affichées dans toutes les FOSA du DS ?				
8	Le DS fait-il usage du tracker choléra ?				
9	Une équipe d'investigation pluri disciplinaire (EI ² R) est formée et prête à se déployer en cas d'épidémie dans le DS ?				

COMMUNICATION ET SENSIBILISATION				
1	Les moyens de communication (flotte téléphonique, internet, DHIS-2...) sont disponibles et accessibles au niveau des aires pour la notification des données ?			
2	Le DS dispose-t-il des outils de communication adaptés pour le choléra ?			
3	Le plaidoyer auprès des leaders communautaires est-il effectué pour la préparation et pour la réponse choléra ?			
4	Les médias participent-ils aux activités de sensibilisation de la communauté ?			
5	Existence des rapports de sensibilisation dans les communautés (ASC, ONG, OBC)			
WASH				
1	Renforcement des capacités du personnel soignant à la prévention et Contrôle des infections			
2	Désignation d'un point focal hygiène dans toutes les aires et au niveau du District ?			
3	Les agents de mairies participent-ils activement au traitement des corps et aux enterrements dignes et sécurisés			
PRISE EN CHARGE				
1	Disponibilité d'un UTC/CTC au niveau District et de toutes les AS du DS ?			
2	Stock médicamenteux (soluté, doxy, aquatabs...) disponible au niveau District et de toutes les AS du DS ?			
3	Formation/Recyclage continue du personnel de toutes les AS du DS sur la PEC adéquate des cas ?			

Quelles sont les difficultés rencontrées au niveau du DS dans la lutte efficace contre le choléra ?

.....

.....

.....

.....

.....

Quelle proposition pouvez-vous faire pour améliorer la lutte contre le choléra à Douala ?

CONCLUSION : Souhaiterez-vous aborder une question en rapport avec cette recherche que nous n'avons pas évoqué ?

Nous vous remercions chaleureusement de nous avoir consacré du temps et d'avoir accepté de partager avec nous des informations au sujet de vos expériences sur le thème.

We would like to thank you very much for devoting your time to us and for agreeing to share with us about your experience on the subject.

Annexe 4 : Guide d'entretien n°2

Adressé aux responsables religieux

Je suis étudiante de sociologie en master 2 professionnel option Recherche-action en Systèmes de santé en Afrique. Dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de fin d'étude, j'effectue un travail de recherche sur le thème : « **politiques de santé et lutte contre le choléra au Cameroun : Cas de la région du Littoral (Douala)** ». Le but de cet entretien est de comprendre le comportement du système de santé en périodes épidémique et non épidémique. Nous vous saurons gré tout en garantissant votre anonymat de bien vouloir contribuer à cette étude en répondant à nos questions dans le cadre d'un échange ou d'un entretien. Ces informations que vous fournirez serviront dans le seul but d'une recherche académique qui permettra de comprendre le phénomène afin de voir dans quelle mesure solution peut lui être trouvée. De ce fait, tout en garantissant votre anonymat et la confidentialité de vos informations mises à notre disposition, nous vous garantissons que ces informations ne seront utilisées que dans un but purement scientifique et ne vous porteront en aucun cas préjudice.

1. Avez-vous entendu parler du choléra ces derniers temps ?
2. Que pensez-vous des chrétiens qui se font vacciner contre le choléra ?
3. Que faites-vous si une personne vous dit qu'elle a la diarrhée et qu'elle ressent les symptômes du choléra ?
4. Il y a des personnes qui disent ne pas avoir besoin de se faire vacciner contre le choléra parce que Dieu les garde et les protège de cette maladie. Que pensez-vous de leurs propos ?

CONCLUSION : Souhaiterez-vous aborder une question en rapport avec cette recherche que nous n'avons pas évoqué ?

Nous vous remercions chaleureusement de nous avoir consacré du temps et d'avoir accepté de partager avec nous des informations au sujet de vos expériences sur le thème.

We would like to thank you very much for devoting your time to us and for agreeing to share with us about your experience on the subject.

Annexe 5 : Liste des réunions et des personnes interviewées

- **Réunions auxquelles nous avons pris part :**

- Briefing des agents de santé communautaires en prélude à la campagne de vaccination contre le choléra le 19 au 23 Août 2022 au service de santé du District de Deido
- Debriefings journaliers des acteurs de terrains relativement à la campagne de vaccination contre le choléra le 19 au 23 Août 2022 dans l'AS de Bepanda Omnisport
- Réunion de la surveillance intégrée de la Maladie et la riposte les 15 et 22 Juillet 2022

- **Liste des personnes interviewées**

- **Personnes ressources**

N°	NOMS	FONCTIONS
1.	Mme MEYEH	Chef bureau de la lutte contre la tuberculose/Chargée de la lutte contre le choléra dans le District de santé de Deido
2.	Dr BOFIA Henri	Cadre à la direction de la lutte contre le choléra, les Epidémies et les Pandémies
3.	M. KINGUE	ASC DS Deido
4.	M. DIKOUME	ASC DS Deido
5.	Mme MBOTE Florence	ASC DS Deido
6.	M. BIKOE Noé	ASC DS Deido
7.	Mme FOYET Solange	ASC DS Deido
8.	M. Bénis MPACHO	ASC DS Deido
9.	Mme ELONG Pauline	ASC DS Deido
10.	M. MONKAM Jean	ASC DS Deido
11.	M. LIDAM Christian	ASC DS Deido
12.	Mme DJIAPJIO Aurélie	ASC DS Deido
13.	Pasteur DZOGO Brice	Eglise apostolique de Ndogbong
14.	Pasteur Jean-Paul KINGUE	Eglise protestante de Bepanda Omnisport

- **Population générale**

N°	Code	Tranche d'âge	Occupation
1.	Femme X1	25-35 ans	Riveraine
2.	HommeX1	25-35 ans	Riverain
3.	Femme X2	25-35 ans	Riveraine
4.	HommeX2	25-35 ans	Riverain
5.	Femme X3	35-45 ans	Riveraine
6.	HommeX3	25-35 ans	Riverain
7.	HommeX4	25-35 ans	Riverain
8.	HommeX5	15-25 ans	Riverain
9.	Femme X4	25-35 ans	Riveraine
10.	Femme X5	25-35 ans	Riveraine

11.	HommeX6	25-35 ans	Riverain
12.	HommeX7	25-35 ans	Riverain
13.	Femme X6	25-35 ans	Riveraine
14.	Femme X7	25-35 ans	Riveraine
15.	Femme X8	25-35 ans	Riveraine
16.	HommeX8	45-65 ans	Riverain
17.	Femme X9	25-35 ans	Riveraine
18.	Femme X10	25-35 ans	Riveraine
19.	Femme X11	15-25 ans	Riveraine
20.	Femme X12	15-25 ans	Riveraine
21.	Femme X13	35-45 ans	Riveraine
22.	Femme X14	25-35 ans	Riveraine
23.	HommeX9	25-35 ans	Riverain
24.	Femme X15	25-35 ans	Riveraine
25.	Femme X16	25-35 ans	Riveraine
26.	HommeX10	25-35 ans	Riverain
27.	Femme X17	25-35 ans	Riveraine
28.	HommeX11	25-35 ans	Riverain
29.	HommeX12	25-35 ans	Riverain
30.	Femme X18	25-35 ans	Riveraine
31.	Femme X19	25-35 ans	Riveraine
32.	Femme X20	25-35 ans	Riveraine
33.	HommeX13	25-35 ans	Riverain
34.	Femme X21	25-35 ans	Riveraine
35.	HommeX14	25-35 ans	Riverain
36.	HommeX15	35-45 ans	Riverain
37.	Femme X22	25-35 ans	Riveraine
38.	HommeX16	35-45 ans	Riverain
39.	HommeX17	25-35 ans	Riverain
40.	HommeX18	15-25 ans	Riverain
41.	HommeX19	25-35 ans	Riverain
42.	HommeX20	35-45 ans	Riverain
43.	Femme X23	15-25 ans	Riveraine
44.	HommeX21	25-35 ans	Riverain
45.	Femme X24	25-35 ans	Riveraine
46.	HommeX22	15-25 ans	Riverain
47.	HommeX23	15-25 ans	Riverain
48.	HommeX24	25-35 ans	Riverain
49.	Femme X25	35-45 ans	Riveraine
50.	Femme X26	25-35 ans	Riveraine
51.	HommeX25	15-25 ans	Riverain
52.	HommeX26	25-35 ans	Riverain

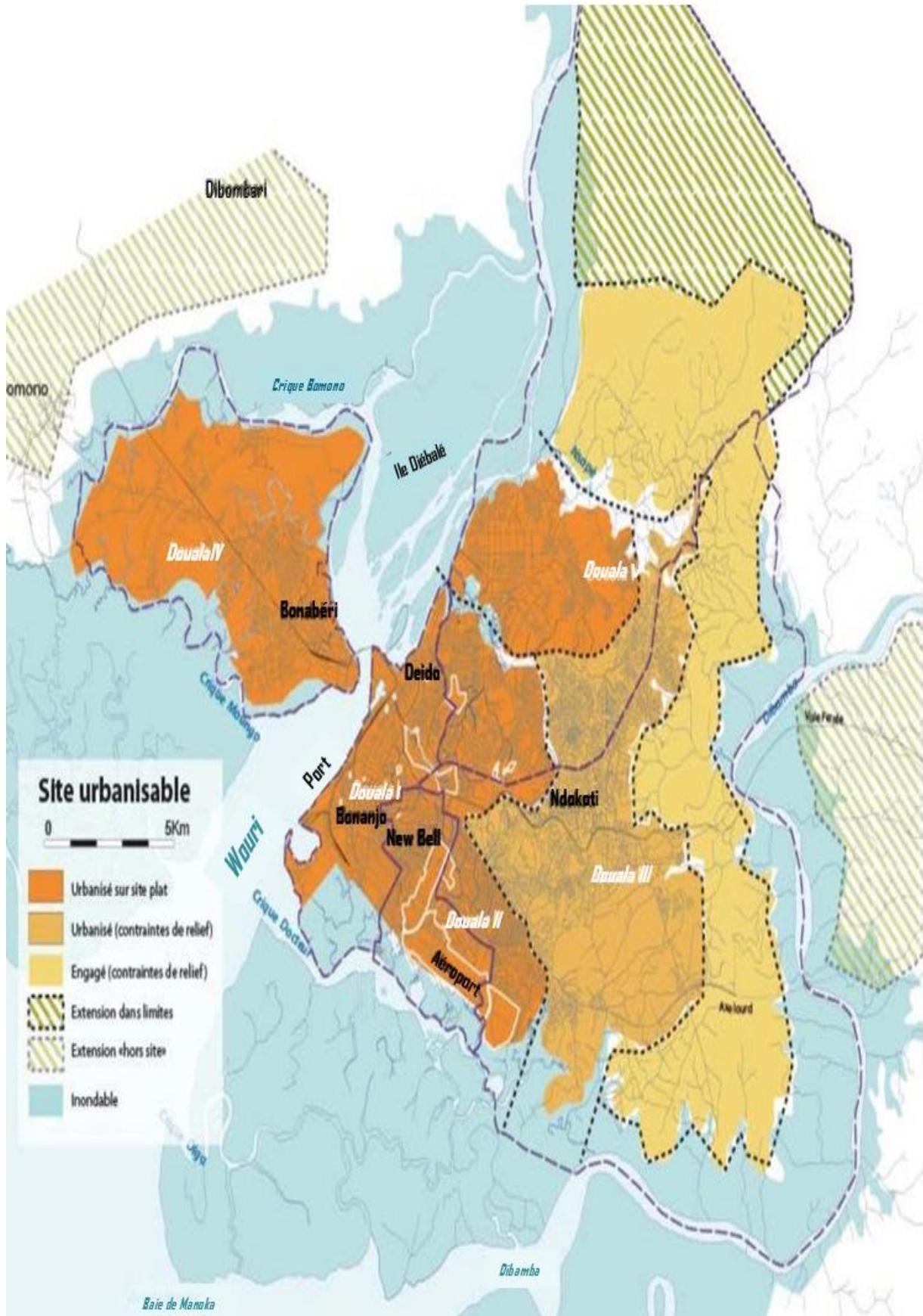
53.	Femme X27	25-35 ans	Riveraine
54.	HommeX27	15-25 ans	Riverain
55.	HommeX28	25-35 ans	Riverain
56.	Femme X28	15-25 ans	Riveraine
57.	Femme X29	15-25 ans	Riveraine
58.	HommeX29	25-35 ans	Riverain
59.	HommeX30	25-35 ans	Riverain
60.	HommeX31	25-35 ans	Riverain
61.	Femme X30	15-25 ans	Riveraine
62.	Femme X31	25-35 ans	Riveraine
63.	Femme X32	35-45 ans	Riveraine
64.	HommeX32	35-45 ans	Riverain
65.	HommeX33	15-25 ans	Riverain
66.	HommeX34	25-35 ans	Riverain
67.	HommeX35	35-45 ans	Riverain
68.	HommeX36	25-35 ans	Riverain
69.	Femme X33	15-25 ans	Riveraine
70.	Femme X34	25-35 ans	Riveraine
71.	HommeX37	25-35 ans	Riverain
72.	Femme X35	45-65 ans	Riveraine
73.	Femme X36	15-25 ans	Riveraine
74.	HommeX38	15-25 ans	Riverain
75.	Femme X37	15-25 ans	Riveraine
76.	Femme X38	25-35 ans	Riveraine
77.	Femme X39	15-25 ans	Riveraine
78.	HommeX39	15-25 ans	Riverain
79.	Femme X40	35-45 ans	Riveraine
80.	HommeX40	15-25 ans	Riverain
81.	Femme X41	25-35 ans	Riveraine
82.	Femme X42	25-35 ans	Riveraine
83.	HommeX41	45-65 ans	Riverain
84.	Femme X43	25-35 ans	Riveraine
85.	Femme X44	15-25 ans	Riveraine
86.	Femme X45	25-35 ans	Riveraine
87.	Femme X46	25-35 ans	Riveraine
88.	Femme X47	15-25 ans	Riveraine
89.	HommeX42	35-45 ans	Riverain
90.	Femme X48	25-35 ans	Riveraine
91.	Femme X49	25-35 ans	Riveraine
92.	HommeX43	25-35 ans	Riverain
93.	Femme X50	25-35 ans	Riveraine
94.	HommeX44	15-25 ans	Riverain

Annexe 6 : Composante WASH du PNCC

<p>Tests et potabilisation de l'eau</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Existence du personnel pour la vulgarisation des techniques simples de potabilisation de l'eau ; - Disponibilité des kits pour tester l'eau - Existence des laboratoires de surveillance de la qualité de l'eau. 	<ul style="list-style-type: none"> - Prépositionnement des intrants de potabilisation simple de l'eau (comprimés Aqua Tabs, sur-Eau, eau de Javel, ...) dans les CTC ; - Équipement des Districts de Santé en matériels de prélèvement de l'eau et de conservation des échantillons ; - Renforcer les capacités des prestataires et membres de la communauté aux techniques simples de potabilisation de l'eau.
<p>Hygiène et Assainissement du milieu</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Existence des textes réglementaires et législatifs en matière d'hygiène et assainissement - Loi sur la décentralisation donnant aux municipalités le pouvoir de développer l'hygiène de proximité et l'assainissement de base - Prise en compte du volet assainissement dans le DSCE (Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi) ; - Existence des départements ministériels compétents (MINHDU, MINSANTE, MINATD, MINEE, MINEP, MINEDUB, MINESEC) - Existence d'un département ministériel qui traite du développement communautaire (MINADER, MINSANTE) - Existence des ONG et Organisations de la société civile 	<ul style="list-style-type: none"> - Construction des latrines et infrastructures de drainage dans les établissements humains ; - Vulgarisation des approches ATPC et PHAST (Participatory Hygiène And Sanitation Transformation) dans les Communautés ; - Renforcement des capacités des membres de l'Association des Communes et Villes Unies du Cameroun en matière d'hygiène et d'assainissement ; - Appuis technique, financier et matériel au CTD en matière d'hygiène de proximité et de vulgarisation des techniques sanitaires ; - Implication effective des services de développement communautaire dans la lutte contre le choléra.

	<p>qui œuvrent dans le domaine de l'hygiène et de l'assainissement</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participation des partenaires au développement dans l'amélioration du cadre, des conditions et de la qualité de vie des populations 	<ul style="list-style-type: none"> - Transfert effectif des compétences en matière d'hygiène et d'assainissement aux CTD.
--	--	--

Annexe 7 : Ville de Douala sur carte



Annexe 8 : Autorisation administrative de recherche

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

DELEGATION REGIONALE
DU LITTORAL

B.P 106 Douala, Tél. : 233.42.29.66 - 233.42.17.60

E-mail : dpsplittoral@yahoo.fr



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

REGIONAL DELEGATION
FOR LITTORAL

Po. Box 106 Douala, Tél. : 233.42.29.66 - 233.42.17.60

E-mail : dpsplittoral@yahoo.fr

N° **0261** /AAR/MINSANTE/DRSPL/BCASS

AUTORISATION ADMINISTRATIVE DE RECHERCHE

Mademoiselle **Marie Fely Erica MESSINA**, étudiante de 2^e année Master en Sociologie à la Faculté des Arts, Lettres et Sciences Humaines de **l'Université de Yaoundé I**, est autorisée à effectuer des travaux de recherche dans **le District de Santé de Deido**, pour une durée de deux (02) mois, allant de juillet à août 2022 sur le thème : « **Politique de santé et lutte contre le choléra au Cameroun : cas de la Région du Littoral (Douala)** » en vue de la rédaction de son mémoire de fin de formation.

La présente autorisation lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Douala, le **20 JUL 2022**

Le Délégué Régional de la Santé Publique du Littoral

Ampliations :

- MINSANTE
- CDS DEIDO
- CONCERNEE
- ARCHIVES/CHRONO



DR MAMBO MAKALBERT

Annexe 9 : Liste linéaire choléra

LISTE LINEAIRE DES CAS DE L'EPIDEMIE DE CHOLERA DANS LA REGION DE _____ ; (année) _____

DISTRICT DE SANTE:

N°	Sem. Epid (SE)	Nom et Prénoms	Age (en années)	Sexe (M/F)	Village/Quartier	Aire de Santé d'origine	District de Santé d'origine	AS ayant notifié	DS ayant notifié	Etat de déshydratation (1:Legère, 2:Moderé, 3:Sevère)	Date début symptôme	Date consultation	Hospitalisation (Oui/Non)	Date du prélèvement	Résultat labo	Date de sortie	Evolution (Dégout, Diarrhées, Déshydratation, etc.)	Observations (Facteur de risque)
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		

Annexe 10 : Rapport de fin de stage

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
PAIX – TRAVAIL – PATRIE

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

SECRETARIAT GENERAL

DIRECTION DE LA LUTTE CONTRE LA MALADIE LES
EPIDEMIES ET LES PANDEMIES



REPUBLIC OF CAMEROON
PEACE – WORK – FATHERLAND

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

SECRETARIAT GENERAL

DEPARTMENT OF DISEASE, EPIDEMICS AND
PANDEMICS CONTROL

N° 185 /ASP/MINSANTE/SG/DLMP

Yaoundé, le .. 06 .. MAR. .. 2021.

ATTESTATION DE STAGE PROFESSIONNEL

Je soussigné, **Dr ETOUNDI MBALLA Georges Alain**, Directeur de la Lutte contre la Maladie, les Epidémies et les Pandémies (DLMEP/MINSANTE), atteste que **Mme MESSINA Marie Fely Erica**, titulaire d'une Licence en Sociologie et étudiante de sociologie en Master 2 à vocation professionnelle, option Recherche-action en systèmes de santé en Afrique à l'Université de Yaoundé 1 Ngoa-Ekele, a effectué un stage professionnel à la Direction de la Lutte contre la Maladie, les Epidémies et les Pandémies, du **11 novembre 2019 au 23 février 2021**.

Ses apports et contributions à la réalisation des missions de la DLMEP ont été jugés satisfaisants.

En foi de quoi la présente attestation lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit /-



LE DIRECTEUR DE LA LUTTE CONTRE LA MALADIE
LES EPIDEMIES ET LES PANDEMIES

Dr. Etoundi Mballa
Georges Alain

Annexe 11 : Approche multisectorielle de la lutte contre choléra selon l'OMS

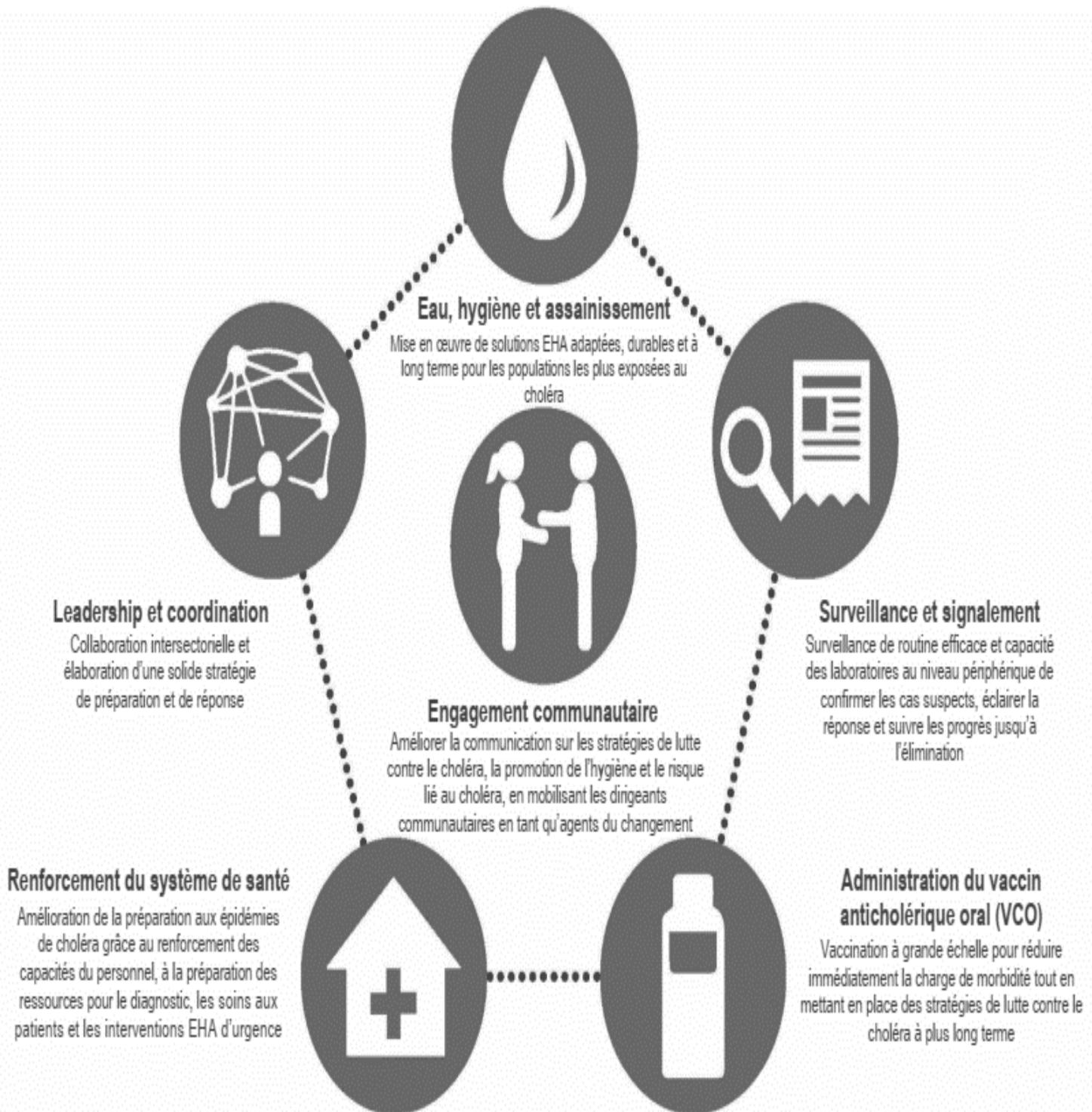


TABLE DES MATIERES

DEDICACE.....	i
REMERCIEMENTS	ii
SOMMAIRE	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	iv
LISTE DES FIGURES	vi
LISTE DES IMAGES	vii
LISTE DES ACRONYMES	viii
LISTE DES SIGLES	ix
ABSTRACT	xi
INTRODUCTION GENERALE.....	2
I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION	2
II. PROBLÈME.....	3
III. REVUE DE LITTERATURE	4
IV. QUESTIONS DE RECHERCHE.....	12
V. HYPOTHÈSES DE RECHERCHE	12
VI. OBJECTIFS DE LA RECHERCHE	13
VII. CADRE THÉORIQUE.....	13
VIII. CADRE CONCEPTUEL.....	15
IX. MÉTHODOLOGIE	18
X. CONTRAINTES RENCONTRÉES ET LIMITES DE L'ÉTUDE	26
XI. PLAN DE L'ÉTUDE	26
PREMIERE PARTIE :	28
CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE DU CHOLERA AU CAMEROUN : CAS DE DOUALA	30
I. DESCRIPTION DE LA VILLE DE DOUALA	31
1. Situation géographique.....	31
2. Situation administrative.....	32
3. Situation économique	33
4. Situation socioculturelle	33
5. Situation sanitaire de la ville de Douala.....	36
II. ANALYSE DE LA SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE DU CHOLÉRA DANS LA VILLE DE DOUALA DE 2018 À 2022	37
CHAPITRE 2 : PRESENTATION DE LA POLITIQUE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LE CHOLERA : LE PLAN NATIONAL DE CONTINGENCE DE PRÉVENTION ET DE LUTTE CONTRE LE CHOLERA	41

I.	OBJECTIFS DU PLAN NATIONAL DE CONTINGENCE DE PRÉVENTION ET DE LUTTE CONTRE LE CHOLERA	41
II.	AXES STRATÉGIQUES DU PLAN NATIONAL DE CONTINGENCE DE PRÉVENTION ET DE LUTTE CONTRE LE CHOLERA ET DYSFONCTIONNEMENTS.....	42
1.	Surveillance épidémiologique, alerte précoce et laboratoire.....	42
2.	Renforcement des capacités	42
3.	Prise en charge hospitalière.....	43
4.	Prise en charge communautaire.....	43
5.	Communication pour le développement (C4D)	43
6.	Approvisionnement en eau potable	44
7.	Hygiène et assainissement.....	44
8.	Vaccination de masse	44
9.	Recherche opérationnelle	44
10.	Coordination.....	44
11.	Mobilisation des ressources	45
12.	Supervision, suivi et évaluation	45
III.	ACTEURS IMPLIQUÉS DANS LA LUTTE CONTRE LE CHOLÉRA ET LEURS RÔLES	45
IV.	LES INDICATEURS DE LA LUTTE CONTRE LE CHOLÉRA SELON LA POLITIQUE NATIONALE.....	50
V.	LA PROCÉDURE DE PRISE EN CHARGE DES CAS DE CHOLÉRA AU CAMEROUN.....	51
	CHAPITRE 3 : LES DYNAMIQUES DE LA LUTTE CONTRE LE CHOLÉRA SELON L'APPROCHE MULTISECTORIELLE DE LA POLITIQUE DE SANTE	57
I.	DANS LE CADRE DE LA PRÉVENTION DU CHOLÉRA	57
II.	SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE DANS LE DISTRICT DE SANTÉ DE DEIDO	61
III.	LA COMMUNICATION ET LA SENSIBILISATION SUR LE CHOLÉRA	64
IV.	COORDINATION ET GESTION DES INFORMATIONS DANS LA LUTTE CONTRE LE CHOLÉRA	68
V.	LA PRÉPARATION AUX ÉPIDÉMIES DE CHOLÉRA	71
VI.	LA LUTTE CONTRE LE CHOLÉRA EN COMMUNAUTÉ.....	73
VII.	RÉSUMÉ DES ACTIVITÉS MENÉES DANS LE CADRE DE LA LUTTE CONTRE LE CHOLÉRA DANS LA RÉGION DU LITTORAL	76
	DEUXIEME PARTIE	80
	CHAPITRE 4 : LES DÉTERMINANTS EXOGENES DE L'AFFAIBLISSEMENT DES POLITIQUES DE LUTTE CONTRE LE CHOLERA DANS LA VILLE DE DOUALA.....	81
I.	PERCEPTIONS ET CROYANCES RELATIVES AU CHOLERA ET PERSISTANCE DES ÉPIDÉMIES	81

1.	Le sexe des répondants.....	82
2.	L'âge des répondants.....	82
3.	Connaissances sur le choléra : Définition, symptômes, mode de transmission.....	83
4.	Croyances étiologiques du choléra.....	86
5.	La perception de la vulnérabilité face au choléra.....	87
6.	Perception du danger et de la sévérité des conséquences du choléra.....	89
7.	L'appartenance religieuse et les perceptions du choléra.....	92
8.	Le niveau d'instruction et les perceptions du choléra.....	96
9.	La croyance en l'efficacité de l'action préventive du choléra.....	97
II.	COMPORTEMENTS ET PRATIQUES SOCIAUX DES POPULATIONS EN MILIEU URBAIN OU L'ÉCHEC DE LA SOCIALISATION SANITAIRE.....	99
1.	La re-tribalisation des populations et perception endogène des déchets à Douala.....	100
2.	La relation entre la personne et l'eau dans la ville de Douala.....	101
2.1.	Sources d'eau de boisson identifiées.....	101
2.2.	Potabilisation de l'eau de boisson.....	103
3.	Les pratiques d'hygiène.....	105
3.1.	Gestion quotidienne des excréta humains.....	105
3.2.	Hygiène des mains aux moments critiques.....	109
	CHAPITRE 5 : LES DÉTERMINANTS ENDOGENES DE L'AFFAIBLISSEMENT DES POLITIQUES DE LUTTE CONTRE LE CHOLERA DANS LA VILLE DE DOUALA...	114
I.	INSUFFISANCE D'UN MILITANTISME SOCIO-SANITAIRE.....	114
II.	UNE SANTÉ COMMUNAUTAIRE ET UNE COMMUNICATION POUR LA SANTÉ URGENTISTES.....	118
III.	UN SYSTÈME DE GESTION ET DE COLLECTE DES DÉCHETS URBAINS FAIBLE .	121
IV.	LES LIMITES DE L'APPROCHE MULTISECTORIELLE DU CHOLERA : LA NÉCESSITÉ DES APPROCHES COMBINÉES MULTISECTORIELLE ET INTERSECTORIELLE	123
1.	Politique nationale de l'environnement au Cameroun.....	124
2.	Politique de l'habitat et du développement urbain au Cameroun.....	126
3.	Politique nationale de l'eau au Cameroun.....	127
V.	IMPACT DE LA COVID-19 SUR LA LUTTE CONTRE LE CHOLÉRA.....	129
	CONCLUSION GENERALE.....	132
	BIBLIOGRAPHIE.....	135
	ANNEXES.....	143
	TABLE DES MATIERES.....	162

