

L'AFRIQUE CONTRE LES EPIDEMIES : PRINCIPALES CONSIDERATIONS EN MATIERE DE PREPARATION ET DE RIPOSTE AUX EPIDEMIES AU CAMEROUN

Tabitha Hrynicky, Deffo Modeste et Kelley Sams

SYNTHESE ET PRINCIPALES IMPLICATIONS

Compte tenu de sa grande diversité ethnique, de la faiblesse des investissements dans la santé et de plusieurs crises humanitaires en cours, le Cameroun est en proie à d'importants défis en matière de préparation et de riposte aux épidémies. Un résumé des points clés de la note d'information et des implications pour l'intervention opérationnelle est présenté ci-dessous.

- La **vulnérabilité** peut sembler différente selon les contextes locaux et peut évoluer avec le temps. Cela dit, les principales populations vulnérables au Cameroun sont : les femmes, qui sont peu représentées dans la prise de décisions à tous les niveaux et sont exposées au risque de maladie de par leur rôle de soignantes ; les enfants, qui sont les plus vulnérables à la maladie et sont sous-immunisés ; les personnes âgées et les personnes handicapées ; les personnes déplacées et touchées par les conflits ; les groupes historiquement marginalisés tels que les Bakas et les Wodaabes ; et les prisonniers.
- **Évaluer les vulnérabilités de manière précoce et tout au long d'une urgence.** Les spécialistes des sciences sociales qui sont généralement exclus de la riposte aux épidémies au Cameroun peuvent soutenir le recensement et l'inclusion des groupes particulièrement vulnérables tout au long des activités de préparation et de riposte. Ils peuvent également contribuer aux aspects socioépidémiologiques des enquêtes sur les épidémies.

- **Déployer des efforts spécifiques pour engager la riposte et l'adapter aux différents canaux et besoins de communication.** Par exemple, les femmes peuvent être sensibilisées par les clubs d'épargne locaux (tontines/njangis), tandis que les communautés autochtones et mobiles ont besoin de stratégies linguistiques, culturelles et logistiques spécifiques (par exemple, la sensibilisation mobile) que les intervenants de la riposte aux épidémies doivent satisfaire.
- **Communication claire et appropriée à la culture.** Le Cameroun est très diversifié sur les plans culturel et linguistique, avec de faibles taux d'alphabétisation des personnes âgées, en particulier des femmes. La communication sur les mesures d'atténuation de la COVID-19 a été médiocre et inappropriée. Il convient d'en tirer des enseignements pour les futures interventions d'urgence sanitaire.
 - **Identifier et utiliser les dialectes ou langues préférés dans les contextes locaux**, y compris le camfranglais, le pidgin camerounais, le kóló, le maka, le peul de l'Adamaoua et l'arabe choui, car certaines communautés peuvent les préférer au français et à l'anglais officiels.
 - **Utiliser la radio, les crieurs urbains et l'imagerie visuelle**, en particulier dans les zones rurales. La télévision et les médias sociaux peuvent être plus appropriés dans les zones urbaines où même la plupart des femmes et des jeunes ont accès aux téléphones mobiles.
 - **Privilégier une communication axée sur le dialogue** à la communication descendante (par exemple questions et réponses, dialogues communautaires) et adapter la riposte et la communication qui en découle aux priorités et aux interprétations des populations.
 - **Œuvrer pour une communication cohérente, claire et transparente** pour éviter la confusion et la prolifération des rumeurs et des théories du complot, comme cela s'est produit pendant la pandémie de COVID-19.
- **Connaissances locales et pratiques de santé.** Bien souvent, les Camerounais sont susceptibles d'imputer une maladie à des forces sociales (par exemple à la sorcellerie ou à la transgression des normes), ce qui peut déterminer la recherche de soins de santé. Dans l'ensemble, la biomédecine et la médecine traditionnelle sont populaires. Cependant, les contraintes financières et la faiblesse perçue du système de soins de santé poussent la population à l'automédication et à ne se rendre dans les établissements de santé ou dans les hôpitaux officiels qu'une fois leur maladie avancée.

- **Déterminer la compréhension qu'ont les populations locales des maladies sujettes aux épidémies et leur démarche de recherche de soins**, en tenant compte du fait que les cadres locaux peuvent ne pas correspondre aux perspectives biomédicales. Les anthropologues médicaux peuvent être particulièrement utiles.
- **Reconnaître et intégrer la compréhension locale des maladies** dans les communications et les interventions de manière respectueuse et non dédaigneuse.
- **Travailler avec des acteurs privés de la santé, qu'ils soient formels ou informels**, y compris des prestataires confessionnels, des praticiens de la médecine traditionnelle et des vendeurs de médicaments à base de plantes et biomédicaux, car ils peuvent jouer un rôle clé dans la surveillance et la riposte et peuvent être reconnus par les communautés.
- **Veiller à ce que les obstacles financiers n'empêchent pas les populations** d'adopter un comportement préventif et d'accéder aux soins de santé dans le contexte d'une riposte à une épidémie (y compris en proposant des soins et des déplacements gratuits et en atténuant la perte des moyens de subsistance).
- **Conflits en cours, personnes déplacées et communautés d'accueil.** Plus d'un million de Camerounais déplacés et de réfugiés régionaux vivent dans la brousse, des camps ou des communautés d'accueil. Les populations des régions touchées par les conflits, en particulier les régions anglophones et septentrionales, sont très vulnérables et peuvent être difficiles à atteindre, d'autant plus que les acteurs de la santé peuvent essuyer des attaques.
- **Recourir à une surveillance et à une intervention décentralisées et communautaires**, par exemple par l'intermédiaire d'agents de santé communautaires locaux ou de bénévoles formés déjà intégrés dans ces domaines.
- **Tenir compte du fait que toutes les personnes déplacées ne vivent pas dans des camps**, déployer des efforts pour les recenser et les atteindre dans d'autres régions également.
- **Soutenir une amélioration durable de l'eau, de l'hygiène et de l'assainissement** dans les communautés d'accueil afin d'appuyer le développement pour tous.
- **Répondre aux multiples besoins des personnes vulnérables**, y compris en matière d'accès à l'alimentation, et répondre à d'autres besoins de santé et besoins sociaux tels que l'éducation, qui sont tous menacés par l'insécurité.
- **Riposte intégrée au niveau local pour instaurer la confiance.** La méfiance à l'égard du gouvernement central est très répandue au Cameroun.

- **Repérer les leaders et les réseaux locaux reconnus**, en tenant compte du fait que ceux-ci peuvent varier selon le contexte local. Ne pas partir du principe que les dirigeants locaux tels que les chefs sont reconnus. En effet, ils peuvent être perçus comme corrompus. Les chefs religieux (par exemple les prêtres, les pasteurs et les imams) sont influents dans de nombreuses communautés.
- **Éviter tout partenariat avec des acteurs ouvertement politiques** et garder à l'esprit les orientations politiques des populations locales, qui peuvent accorder moins de confiance à certains partis ou acteurs politiques.
- **Éviter autant que possible de faire participer des acteurs militaires**, car ils ont récemment été impliqués dans des atrocités contre des civils, en particulier dans les zones touchées par les conflits des régions anglophones et de l'Extrême-Nord.
- **Considérations relatives au système de santé et inégalités.** Le système de santé publique camerounais manque cruellement de ressources, en particulier en ce qui concerne le personnel, et les régions du nord sont insuffisamment desservies.
 - **Plaider pour un renforcement du système de santé**, y compris une plus grande autonomisation des agents de santé locaux, en particulier des agents de santé communautaires, et même des « patients experts » qui peuvent améliorer la qualité des soins dispensés aux autres patients.
 - **Intégrer autant que possible des activités spécifiques à une maladie** dans les soins de santé de routine. En effet, les programmes verticaux et parallèles peuvent nuire à la fourniture et à l'accessibilité d'autres formes importantes de soins.
 - **Surveiller l'impact de la riposte aux épidémies sur les services de santé de routine** et œuvrer à l'adaptation et au soutien des services essentiels tels que la vaccination de routine et les soins prénatals.
 - **Appuyer la collaboration entre les différents acteurs du système de santé** (publics et privés, formels et informels, biomédicaux, religieux et traditionnels), car ils touchent beaucoup plus de personnes ensemble. De plus, ils peuvent se compléter et apprendre les uns des autres de manière à améliorer la riposte aux épidémies.

TABLE DES MATIERES

SYNTHESE ET PRINCIPALES IMPLICATIONS	1
TABLE DES MATIERES	5
INTRODUCTION	6
SYSTEME DE SANTE	7
<i>CHARGE DE MORBIDITE.....</i>	<i>7</i>
<i>SYSTEME DE SANTE PUBLIQUE.....</i>	<i>8</i>
<i>SECTEUR PRIVE DE LA SANTE.....</i>	<i>11</i>
<i>ACCESSIBILITE, PRESTATION ET EXPERIENCES DES SERVICES DE SANTE.....</i>	<i>12</i>
<i>RECHERCHE DE SOINS ET INTERPRETATIONS LOCALES DES MALADIES.....</i>	<i>14</i>
ÉPIDEMIES DE MALADIES INFECTIEUSES, RIPOSTE ET PREPARATION	15
<i>RISQUE DE MALADIE ET VULNERABILITE.....</i>	<i>15</i>
<i>POPULATIONS VULNERABLES.....</i>	<i>18</i>
<i>GOVERNANCE EN MATIERE DE RIPOSTE AUX EPIDEMIES.....</i>	<i>20</i>
<i>EXPERIENCE EN MATIERE DE PREPARATION ET DE RIPOSTE AUX EPIDEMIES.....</i>	<i>21</i>
<i>COMMUNICATION ET TRANSPORT.....</i>	<i>24</i>
<i>GOVERNANCE ET PRINCIPAUX ACTEURS.....</i>	<i>26</i>
<i>RIPOSTES COMMUNAUTAIRES AUX EPIDEMIES ET RIPOSTES OFFICIELLES.....</i>	<i>29</i>
PRINCIPALES IMPLICATIONS POUR LA PREPARATION ET LA RIPOSTE AUX EPIDEMIES.....	32
<i>CAPACITES TECHNIQUES ET RECOMMANDATIONS RELATIVES AUX FACTEURS DYNAMIQUES DE RISQUE DE MALADIE.....</i>	<i>33</i>
<i>DEFIS SOCIAUX ET POLITIQUES ET RECOMMANDATIONS.....</i>	<i>34</i>
PRINCIPAUX ACTEURS.....	37
<i>INSTITUTIONS DE SCIENCES SOCIALES.....</i>	<i>37</i>
<i>SOCIOLOGUES INDIVIDUELS.....</i>	<i>38</i>
<i>Organismes engagés dans la riposte aux épidémies au Cameroun.....</i>	<i>39</i>
REMERCIEMENTS	42
ANNEXE : INFORMATIONS HISTORIQUES ET CONTEXTUELLES COMPLEMENTAIRES	43
<i>CONTEXTE GENERAL.....</i>	<i>43</i>
<i>ÉCONOMIE POLITIQUE ET HISTOIRE.....</i>	<i>44</i>
<i>GROUPES, STRUCTURES ET ORGANISATIONS SOCIAUX.....</i>	<i>46</i>
REFERENCES	52

INTRODUCTION

Mosaïque de plus de 240 groupes ethniques et de zones écologiques allant du désert sahélien aux denses forêts tropicales, le Cameroun est souvent appelé « l'Afrique en miniature ». Outre cette diversité, les conflits en cours dans les régions anglophones et dans l'Extrême-Nord, ainsi que le nombre élevé de personnes déplacées, sont des considérations clés de la préparation et de la riposte aux épidémies. Pour mettre en évidence les principales implications de ces questions et d'autres questions cruciales pour la préparation et la riposte aux épidémies, cette note d'information en sciences sociales s'appuie sur un examen de la documentation universitaire et de la documentation grise de langues anglaise et française, ainsi que sur des consultations avec plusieurs

anthropologues camerounais et acteurs opérationnels de la santé publique ayant une expertise et une expérience du Cameroun. La note d'information est organisée comme suit : 1) un aperçu du système de santé national, y compris des secteurs public et privé de la santé ; 2) les principaux défis en matière d'épidémies de maladies infectieuses, de préparation et de riposte et 3) une liste des principaux acteurs que les premiers intervenants de la riposte pourraient vouloir engager dans les activités s'y rapportant. La note d'information se conclut sur les implications et les recommandations relatives à la préparation et à la riposte aux futures épidémies au Cameroun. Les annexes fournissent une analyse complémentaire de l'histoire, de l'économie politique et de la société camerounaises, bien que les principales implications de ces facteurs soient illustrées dans les sections principales. Cette note d'information a été élaborée par l'Institute of Development Studies, en vue de favoriser l'intégration des perspectives des sciences sociales et de

Carte du Cameroun. Le Cameroun compte près de 26 millions d'habitants, dont 57 % vivent en zone urbaine. Les régions occidentales et septentrionales ont les plus fortes concentrations de population, tandis que les régions orientales et méridionales sont moins densément peuplées. Source : [Nations Online](#)



Carte du Cameroun. Le Cameroun compte près de 26 millions d'habitants, dont 57 % vivent en zone urbaine. Les régions occidentales et septentrionales ont les plus fortes concentrations de population, tandis que les régions orientales et méridionales sont moins densément peuplées. Source : Nations Online

l'anthropologie dans l'assistance technique du programme L'Afrique contre les maladies (ACE) soutenu par UK AID, ainsi que dans son mécanisme de réponse précoce.

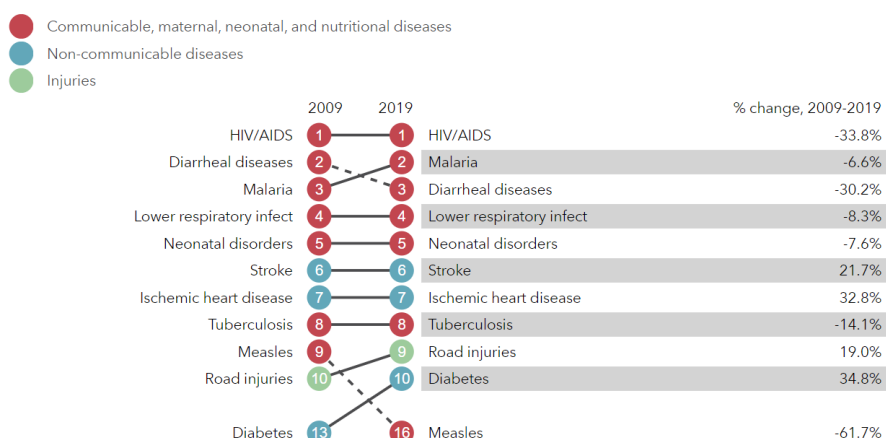
SYSTEME DE SANTE

Comme dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, le système de santé camerounais associe des services de santé publics et privés (y compris des services confessionnels, des services d'ONG et des services traditionnels). L'accès à ces services, et en particulier aux services biomédicaux publics et privés, reste problématique pour une grande partie de la population, et aucune couverture maladie universelle ou assurance maladie officielles ne sont disponibles.

CHARGE DE MORBIDITE

Le Cameroun est actuellement confronté à une transition épidémiologique avec l'augmentation des maladies non transmissibles résultant de changements de mode de vie, en particulier dans les zones urbaines.¹ Toutefois, malgré un allongement de l'espérance de vie, en partie due à l'amélioration de l'accès à l'eau potable, à l'hygiène et à l'assainissement, les épidémies, catastrophes naturelles (par exemple les inondations et glissements de terrain) et mouvements de population encore fréquents constituent des menaces sanitaires graves et persistantes. Par conséquent, les maladies transmissibles restent les principales causes de morbidité et de mortalité.² Comme le montre la **Figure 1**, les cinq principales causes de mortalité sont les mêmes depuis 2009 : VIH/sida, paludisme, maladies diarrhéiques, infections des voies respiratoires inférieures et maladies néonatales.³ Les femmes sont davantage touchées par le VIH et la mortalité

What causes the most deaths?



Top 10 causes of total number of deaths in 2019 and percent change 2009-2019, all ages combined

maternelle connaît une hausse inquiétante.⁴ Les enfants sont particulièrement touchés par le paludisme, les maladies respiratoires aiguës et les maladies diarrhéiques². La malnutrition augmente également en raison des conflits, qui font que les populations ont plus de difficultés à produire des cultures ou à s'engager dans des activités de subsistance, augmentant le risque de maladies infectieuses. La riposte aux épidémies doit fournir un appui holistique aux multiples besoins des populations. Cela peut renforcer l'efficacité de la riposte, la confiance et le bien-être général des communautés touchées.

Figure 1. Les 10 principales causes du nombre total de décès en 2019 et leurs variations en pourcentage entre 2009 et 2019, tous âges confondus

Graphique de : Institute for Health Metrics, 2019 : <http://www.healthdata.org/cameroon>

SYSTEME DE SANTE PUBLIQUE

Au Cameroun, le système de santé publique tire son origine des hôpitaux coloniaux et de la médecine militaire sous le régime français (voir l'annexe).^{5 6} Après l'indépendance, le gouvernement central est revenu sur ses financements du système de santé publique dans le cadre des réformes d'ajustement structurel des années 1980 et 1990, ce qui a entraîné des réductions de salaire ainsi que des gels du recrutement et du développement dudit système⁷. Les conséquences de ces réductions se font encore sentir aujourd'hui. Le système de santé publique manque à l'évidence cruellement de ressources. En effet, le ratio d'agents de santé pour 1 000 personnes varie de 2 dans la région du Centre à seulement 0,2 dans les régions du Nord et de l'Extrême-Nord. Toutes les régions sont en deçà des 2,3 agents de santé pour 1 000 personnes que recommande l'OMS. Ces écarts se traduisent par de plus mauvais résultats sanitaires (mortalité maternelle et taux de décès dus au paludisme chez les enfants plus élevés, par exemple) dans les zones moins bien desservies⁷. En outre, 55 % des agents de santé sont concentrés dans les villes de Yaoundé, Douala et Bafoussam⁸.

Personnel de santé publique. Le recrutement et la rétention du personnel de santé publique se heurtent à des difficultés notoires, notamment des salaires peu élevés, des charges de travail considérables, une autonomie limitée, des ressources techniques minimales et peu de possibilités d'avancement professionnel, tandis que le processus de recrutement est très centralisé et lent.^{7,9} Dans les régions touchées par des conflits, les agents de santé font face à d'autres risques. Au moment de la rédaction de la présente note, ils étaient la cible de violences dans les régions anglophones et bon nombre d'entre eux ont été contraints de cesser leurs activités^{10,11}. Il est essentiel que les acteurs de la riposte aux épidémies soient conscients de la disponibilité et des défis des agents de

santé dans les régions confrontées à des urgences sanitaires, et qu'ils soient prêts à augmenter et à soutenir un personnel de santé publique probablement démoralisé et manquant de ressources.

Agents de santé communautaires (ASC). Compte tenu de leur proximité avec les communautés locales, les ASC représentent un cadre de santé important au Cameroun, mais ne bénéficiant d'aucun soutien critique. Les ASC prennent activement part à des programmes localisés portant sur des questions de santé spécifiques (comme les activités de traitement et de lutte contre l'onchocercose) depuis les années 1990. Par exemple, ils ont participé au traitement et à la prévention du paludisme dans le district de santé de Ndop à partir de 2016, leurs services étant rémunérés sur les fonds du partenariat Faire reculer le paludisme.¹² En 2018, le Ministère de la santé publique a étendu la formation et le soutien des ASC dans tout le pays pour traiter les maladies infantiles simples, les infections respiratoires et la planification familiale. Entre autres tâches, ils réalisent des tests de diagnostic rapide du paludisme, mais aussi des évaluations, traitements et orientations médicaux. Leur travail semble dépendre du soutien de bailleurs de fonds extérieurs et d'ONG internationales¹³. Les ASC pourraient être mobilisés dans la riposte aux épidémies, mais ils auraient besoin pour cela d'une formation, d'une supervision et d'une rémunération plus importantes.

Financements. L'essentiel du financement du système de santé publique provient des ménages (principalement sous forme de frais d'utilisation), suivis par les bailleurs et le gouvernement camerounais. Ce dernier n'est pas à la hauteur de son engagement visant à consacrer 15 % de son budget annuel à la santé (la part du budget dédiée à la santé n'était que de 3,8 % en 2018)^{3,14}.

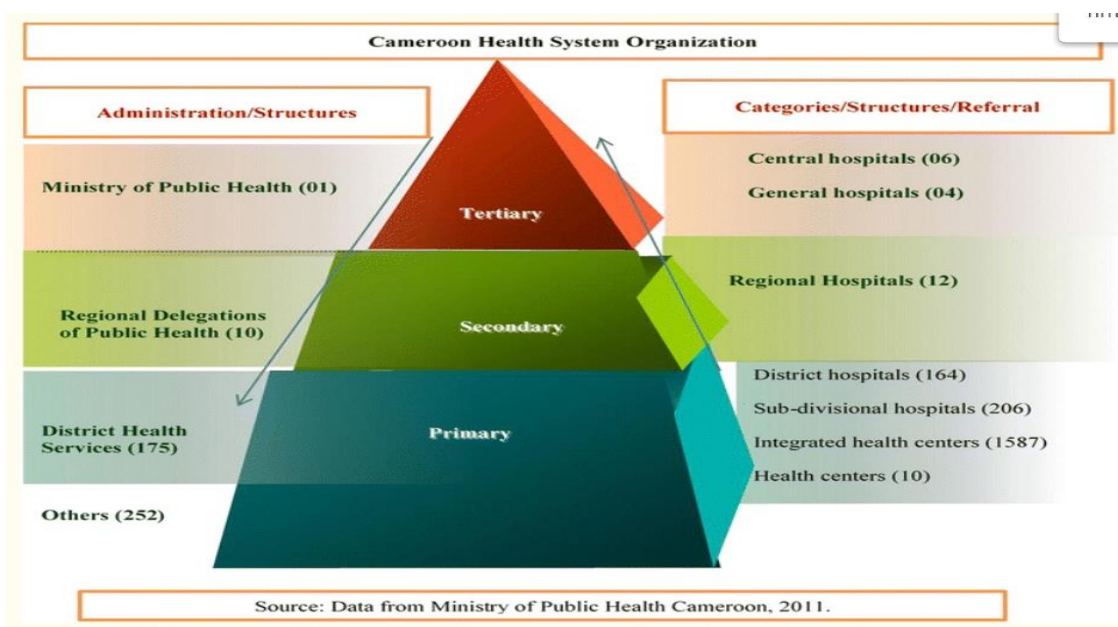
Si certains services de santé et traitements, tels que les traitements antipaludiques pour les enfants de moins de cinq ans et les traitements antirétroviraux (ART) sont censés être gratuits, la population doit payer pour la plupart des autres services sur le lieu de soins. L'introduction de frais d'utilisation, qui est le principal mécanisme de financement des établissements de santé, s'est accompagnée d'une utilisation limitée des services publics et de retards dans la recherche de traitement, les coûts étant un obstacle majeur pour les gens ordinaires. Il est donc essentiel pour la riposte aux épidémies de fournir des services gratuits de prévention et de traitement, ainsi que des moyens de transport et d'autres formes d'appui financier.

Structure et gouvernance du système de santé publique

Suite à un processus de décentralisation dans les années 1990, le système de santé publique camerounais est organisé de manière pyramidale, avec à son sommet une

administration centralisée relevant du Ministère de la santé publique, qui est chargé d'élaborer les politiques et stratégies, et à sa base les niveaux administratifs régionaux et de district¹⁵. Au niveau administratif le plus bas se trouvent les équipes de gestion de la santé de district, dirigées par un directeur médical de district. Ils supervisent les établissements de santé de district, à savoir les « hôpitaux de district » et les petits centres de santé situés dans les « zones sanitaires », ainsi que la collecte de données médicales et la coordination du personnel et des activités de santé à l'échelle du district. Si l'on trouve en théorie des médecins dans les hôpitaux de district et les hôpitaux de subdivision, le personnel des centres de santé se compose d'infirmières et d'auxiliaires. En principe, les centres de santé sont également dotés de conseils pour appuyer et guider leurs opérations. Ils sont composés de membres du personnel et de la communauté. Les comités sanitaires des districts, qui font eux-mêmes partie des comités de développement des districts, appuient également la mise en œuvre de la santé. Les acteurs de la riposte aux épidémies doivent veiller à mobiliser tous les acteurs de la gouvernance de la santé concernés aux différents niveaux du système de santé, en reconnaissant que chacun sera confronté à des défis. Par exemple, bien que la décentralisation ait été conçue pour permettre une plus grande autonomie des services de santé au niveau communautaire, de nombreux établissements sont devenus totalement dépendants et sous le contrôle des autorités centrales. La **Figure 2** montre les acteurs administratifs et opérationnels du système de santé.

Figure 2 Organisation des services et du personnel de santé à chaque niveau



Graphique de : Tandi, T. E., Cho, Y., Akam, A. J. C., Afoh, C. O., Ryu, S. H., Choi, M. S., ... et Choi, J. W. (2015). Cameroon public health sector: shortage and inequalities in geographic distribution of health personnel. *International journal for equity in health*, 14 (1), 1-12.

SECTEUR PRIVE DE LA SANTE

Une grande variété d'acteurs du secteur privé de la santé opèrent parallèlement au système public. Les **acteurs officiels** comprennent les hôpitaux biomédicaux, cliniques et services confessionnels ou affiliés à une ONG, les médecins et les pharmacies privés et même certaines grandes entreprises (par exemple l'agriculture industrielle) qui offrent des services médicaux à leurs travailleurs vivant dans les camps d'entreprise¹⁶. Les prestataires de santé confessionnels, en particulier chrétiens, ont joué un rôle particulièrement important au Cameroun. Certains réseaux, comme l'Organisation catholique pour la santé au Cameroun (représentant 266 hôpitaux) sont solidement établis et ont des liens internationaux, tandis que d'autres, comme le Conseil des églises protestantes du Cameroun, sont plus petits, plus décentralisés et composés de sous-réseaux et de prestataires indépendants¹⁷.

Parmi les autres acteurs importants du secteur formel de la santé, on peut citer des organisations internationales comme Médecins Sans Frontières (MSF), qui s'emploient à fournir des soins aux personnes dans les régions touchées par les conflits au Cameroun anglophone et dans l'Extrême-Nord¹⁰. Les programmes de santé spécifiques aux maladies financés par des bailleurs internationaux, en particulier pour lutter contre le VIH/sida et le paludisme (comme le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme), sont également bien implantés dans le pays¹⁸. Bien que ces programmes aient contribué à améliorer les domaines qu'ils visaient spécifiquement¹⁹, ils ont également eu d'importantes répercussions négatives sur les activités de santé quotidiennes telles que les soins ambulatoires et prénatals et la vaccination systématique dans certains contextes²⁰.

Les nombreux **acteurs informels de la santé** en activité au Cameroun comprennent les petites pharmacies, les vendeurs de rue et vendeurs ambulants de médicaments, et les guérisseurs traditionnels. Les petits vendeurs de médicaments informels sont populaires, car ils vendent à prix réduit et au détail et sont beaucoup plus accessibles au sein des communautés. Une grande partie des médicaments vendus de façon informelle seraient de mauvaise qualité ou contrefaits⁹, mais il est prouvé que les établissements de santé officiels stockent souvent les mêmes produits et les vendent parfois directement à des vendeurs informels. En effet, la prolifération des vendeurs informels est liée à la pénurie de médicaments dans les établissements de santé et à une surveillance réglementaire limitée²¹. Les employés des pharmacies officielles peuvent également conseiller aux patients de leur acheter directement et de manière informelle des médicaments à meilleur prix, au lieu de passer par la pharmacie²².

La **médecine traditionnelle** est également restée extrêmement populaire au Cameroun en raison du coût comparativement prohibitif des soins biomédicaux (bien que certains traitements traditionnels puissent être plus coûteux)²³, de la pauvreté généralisée (56,8 % dans les zones rurales et 8,9 % dans les zones urbaines en 2014) et de la persistance des croyances populaires sur l'étiologie des maladies.²⁴ Les guérisseurs traditionnels, eux aussi facilement accessibles dans les communautés, peuvent utiliser un mélange de sorcellerie, de spiritisme, de magie, de thérapies rituelles, d'herbes et de divination.²⁵ Cela peut varier selon le lieu ou le groupe ethnique. Par exemple, les groupes ethniques peuls (qui résident principalement au nord) peuvent favoriser les infusions, les talismans et la médecine islamique.²⁶ Bien que les guérisseurs traditionnels puissent également envoyer leurs patients dans des cliniques ou des hôpitaux biomédicaux, en particulier dans les zones urbaines²⁷ et inversement, les tradipraticiens et les praticiens biomédicaux travaillent pour la plupart indépendamment les uns des autres²⁸, et la méfiance est mutuelle et généralisée entre ces deux secteurs²⁵. Ce manque d'intégration pose problème aux acteurs de la riposte aux épidémies, qui devraient néanmoins chercher à mobiliser et à exploiter les forces des prestataires de services de santé des secteurs public et privé, formel et informel, biomédical et traditionnel/religieux en raison de la portée et de la popularité importantes des acteurs privés de la santé. La guérison par la prière est elle aussi de plus en plus populaire et courante au sein des communautés chrétiennes. À ce titre, elle devrait également être intégrée à la riposte.

ACCESSIBILITE, PRESTATION ET EXPERIENCES DES SERVICES DE SANTE

Les perceptions négatives qu'ont les citoyens ordinaires des services de santé publique au Cameroun sont documentées de longue date. Dans les années 1970 et 1980, les observateurs ont relevé les frustrations des patients face au besoin de « connaître quelqu'un » ou de verser des pots-de-vin pour se faire soigner²⁹, mais aussi à la conduite déplorable ou discriminatoire du personnel et au manque de médicaments et de matériel.³⁰ Des recherches plus récentes font état de perceptions et d'expériences similaires d'un manque général de chaleur, ou encore des tendances des prestataires de soins de santé à « moraliser » la santé ou à « résumer » la maladie à des termes biomédicaux incompréhensibles pour les populations locales³¹⁻³⁴. On trouve également des témoignages de personnes qui s'attendent à une pénurie de matériel, de médicaments ou de personnel lorsqu'ils envisagent de se tourner vers les services publics^{31,35}. En effet, de nombreux établissements de santé, en particulier dans les zones rurales, sont terriblement sous-équipés et connaissent des pénuries régulières de médicaments essentiels³⁶.

Des groupes ethniques sont également victimes de discrimination, comme les Bakas qui vivent dans le sud-est du pays et sont un peuple très mobile et marginalisé de longue date. Souvent, ils ne parlent pas les langues officielles ou courantes et sont exclus des économies monétaires locales. Il arrive parfois qu'on refuse de les servir, et ce, même si les services qu'ils recherchent doivent leur être fournis gratuitement par les établissements de santé, conformément aux directives officielles.^{35,37} En raison des lois contre l'homosexualité, les personnes ont des relations homosexuelles (comme les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes) peuvent également vivre la stigmatisation comme un obstacle à l'accès aux soins.¹⁸ La méconnaissance des droits aux soins gratuits et, comme nous l'avons mentionné précédemment, les conflits et la violence dans les régions anglophones et septentrionales, entravent également l'accès aux services de santé. Toutefois, l'obstacle le plus répandu en matière d'accès aux soins est le coût, non seulement des services, mais aussi du transport pour les rallier. Il arrive que des personnes attendent que leur maladie soit à un stade très avancé pour chercher des soins biomédicaux officiels³⁸. Les populations redoutent les maladies chroniques comme l'hépatite B, notamment parce qu'ils craignent de ne pas pouvoir payer un traitement à long terme³⁹. Les hôpitaux sont également connus pour retenir des patients incapables de payer leur traitement, ce qui peut dissuader les populations d'y chercher les soins dont ils ont besoin^{40,41}.

Comme nous l'avons déjà indiqué, les agents de santé publique sont confrontés à d'innombrables défis, mais aussi à des salaires et des conditions démoralisants qui limitent leur capacité à fournir des soins de qualité. Le financement basé sur la performance, initiative politique visant à améliorer la qualité des services de santé au Cameroun au cours de la dernière décennie par le biais de primes salariales, a produit des résultats mitigés.⁴² Certains chercheurs ont présenté les stratégies adoptées par les patients eux-mêmes pour obtenir de meilleurs services⁴³, tandis que d'autres ont décrit la flexibilité de certains établissements de santé en matière de paiement, notamment en proposant des plans de paiement ou en acceptant d'autres formes de paiement (par exemple des poulets, du travail, etc.).^{35,44} Les « patients experts » qui font du bénévolat dans les centres de santé sont également réputés pour leur accueil plus bienveillant et pour offrir une meilleure expérience de soins, en particulier chez les patients atteints du VIH⁴⁵. Les acteurs de la riposte aux épidémies doivent reconnaître les problèmes d'accès et la perception généralisée d'une qualité insuffisante des soins, car ces facteurs influenceront probablement sur la capacité et la volonté des personnes à chercher des soins biomédicaux au niveau local. Les efforts visant à assurer l'accessibilité, la pertinence et la bienveillance des soins, notamment par l'engagement de « patients experts » et de bénévoles de la communauté, devraient renforcer la participation à la riposte.

RECHERCHE DE SOINS ET INTERPRETATIONS LOCALES DES MALADIES

Qu'ils vivent en milieu urbain ou rural, et indépendamment de leur classe et origine ethnique, les Camerounais ont tendance à recourir d'abord à l'**automédication et aux soins à domicile** (prodigués par les femmes du foyer) en cas de maladie. Ils utilisent les médicaments et plantes médicinales qu'ils possèdent déjà, ou en achètent à des vendeurs privés et souvent informels dans la rue.³⁸ Ils demandent souvent conseil aux membres de leur famille, à leurs amis ou à d'autres personnes de confiance sur les médicaments qu'ils doivent prendre. Même lorsqu'elles peuvent acheter des médicaments à bas prix dans les établissements de santé, certaines personnes préfèrent passer par des voies privées, car elles supposent que les établissements ne les ont pas.¹⁶ Une étude a révélé que les remèdes traditionnels à base de plantes étaient considérés comme plus efficaces pour traiter certaines maladies comme le paludisme ou la typhoïde, et que la biomédecine était perçue comme la cause de rechutes plus graves de ces maladies.³⁸ Certaines personnes peuvent également préférer les traitements traditionnels, car ils sont généralement moins chers et n'ont pas d'effets secondaires désagréables. Cependant, il est courant d'utiliser à la fois la médecine biomédicale et la médecine traditionnelle pour « couvrir toutes les bases », et de ne rechercher des soins biomédicaux plus formels qu'en cas d'échec de l'automédication et des soins à domicile, et une fois la maladie avancée. Dans ces cas, les personnes peuvent demander des prêts ou des dons à la famille, aux amis ou aux voisins. Elles peuvent également s'adresser à des *njangis/tontines* (institutions financières informelles) pour obtenir des prêts ou des espèces, ou encore vendre des biens personnels.^{38,44} Dans les zones urbaines, il est possible de consulter à moindres frais des « médecins de proximité », à savoir des étudiants en médecine qui ne sont pas encore légalement autorisés à exercer³⁸. En définitive, ce sont les chefs de ménage, des hommes, qui prennent les décisions relatives à l'accès aux soins complémentaires en dehors du foyer et qui les financent.

La recherche de soins de santé est également profondément déterminée par **les interprétations de la maladie**, qui sont étroitement liées à et influencées par des processus naturels et sociaux. Outre les facteurs hygiéniques, environnementaux et climatiques^{16,35,46}, la maladie est souvent perçue comme étant causée par des transgressions sociales (par exemple tabous sexuels, consommation de certains aliments, cupidité, etc.), par des esprits maléfiques ou des ancêtres offensés, ou par la sorcellerie pratiquée par des tierces personnes.⁴⁷⁻⁵⁰ Il existe également de nombreuses maladies qui ne correspondent pas exactement ou pas du tout aux catégories biomédicales de maladies (voir l'annexe). Dans ces cas, les populations recourent souvent aux tradipraticiens ou aux guérisseurs en premier lieu. En revanche, le traitement biomédical est mieux accepté dans les cas de maladies considérées comme « naturelles » ou

« hospitalières ». Par exemple, certains Bakas pensent que seuls les biomédicaments sont efficaces contre les maladies qui, selon eux, ont été « nommées par les blancs » (par exemple le VIH, la tuberculose)³⁵. Un guérisseur traditionnel peut être consulté afin de déterminer si une maladie est d'origine naturelle ou sociale⁵¹.

La stigmatisation influence également la recherche de soins de santé. La tuberculose, par exemple, est considérée comme une maladie honteuse liée à la pauvreté. Cela peut pousser les patients à chercher des soins de nuit ou dans des établissements de santé situés en dehors de leur communauté, pour des raisons de confidentialité⁴⁹. Les attitudes discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH/sida demeurent répandues, en particulier dans les zones rurales⁵².

Il est essentiel que les acteurs de la riposte aux épidémies cherchent à comprendre les perceptions locales de la maladie et la possible stigmatisation pendant les épidémies. Ils doivent en outre déterminer l'influence de ces significations sociales sur la recherche de soins. Dans un contexte de grande diversité ethnique et culturelle, il est probable que ces interprétations soient très spécifiques au niveau local. Ainsi, il peut être très utile de collaborer avec les guérisseurs traditionnels et confessionnels, en plus des acteurs biomédicaux locaux.

ÉPIDÉMIES DE MALADIES INFECTIEUSES, RIPOSTE ET PRÉPARATION

RISQUE DE MALADIE ET VULNERABILITE

Eau et assainissement. Comme indiqué précédemment, les maladies infectieuses sont répandues au Cameroun. En dépit des progrès, près de 17 % des citadins et 75 % des ruraux n'ont toujours pas accès à des installations sanitaires améliorées, tandis que 6 % et 45,4 % respectivement sont privés d'accès à une source d'eau potable améliorée, les régions du nord étant les plus touchées¹⁴. Le manque d'infrastructures d'approvisionnement en eau et d'assainissement reste un risque majeur de maladie, en particulier pour les maladies diarrhéiques telles que l'hépatite A, la typhoïde et le choléra. Le risque est plus important encore dans les camps et les communautés accueillant des personnes déplacées.

Les **insectes et animaux vecteurs** présentent également des risques de maladie. L'expansion rapide de l'urbanisation non planifiée et les pratiques agricoles urbaines fournissent des habitats idéaux pour les moustiques vecteurs, qui sont de plus en plus

résistants aux insecticides.⁹ La schistosomiase est également très endémique, en particulier dans les régions septentrionales⁵³. Dans les régions forestières, où la viande de brousse est une source essentielle de protéines et de moyens de subsistance, les contacts fréquents entre l'homme et l'animal présentent un risque de débordement des zoonoses. Dans la région du Mont Cameroun, par exemple, les contacts entre humains et chauves-souris résultant de l'agriculture de plantation, de la chasse, et de la préparation, de la vente et de la consommation des carcasses ont suscité des inquiétudes par rapport aux hénipavirus, aux lyssavirus et au virus Ebola⁵⁴.

Endémicité et vaccination insuffisante. Le nord du Cameroun se situe dans la ceinture africaine de la méningite, et des épidémies saisonnières s'y déclarent pendant la saison sèche.⁵⁵ Les épidémies qui sévissent plus au sud ont fait craindre que le changement climatique n'accroisse l'étendue de cette maladie endémique.⁵⁶ L'insuffisance de la couverture vaccinale pour des maladies comme la rougeole et la poliomyélite suscite également une inquiétude croissante⁵⁷. La faible couverture est en outre compromise par les conflits dans les régions touchées⁵⁸.

Ports internationaux et mouvements transfrontaliers. Les villes de Douala, Yaoundé, Garoua, Kribi et Limbé sont considérées comme les plus vulnérables à la COVID-19 en raison de leurs aéroports et ports maritimes internationaux. Les frontières poreuses et l'afflux continu de réfugiés en provenance des pays voisins posent également un risque de COVID-19 et d'autres maladies infectieuses (par exemple la poliomyélite, la rougeole). Les mouvements transfrontaliers sont également importants sur les plans économique et social dans certaines régions, car ils leur assurent des moyens de subsistance^{59,60}. Les acteurs de la riposte aux épidémies doivent collaborer avec les acteurs transfrontaliers (y compris, mais pas exclusivement, avec les autorités officielles) pour contrôler les mouvements sans les interrompre, afin de lutter contre les risques transfrontaliers.

Les aspects sociaux des risques de maladie tels que la stigmatisation des personnes infectées⁴⁹, l'accès restreint aux informations relatives à la transmission des maladies, ou la moindre capacité sociale d'agir de certaines personnes (en particulier des femmes) pour éviter l'exposition⁶¹, font qu'il est essentiel que les acteurs de la riposte aux épidémies soient conscients des stigmatisations et des inégalités et qu'ils œuvrent pour les réduire et ne pas les exacerber.

Le **Tableau 1** dresse une liste des épidémies importantes qui se sont déclarées au Cameroun au cours des 20 dernières années. Malgré l'importance du VIH et du paludisme au Cameroun, ils n'ont pas été pris en compte en raison de leur transmission et de leur prévalence plus persistantes et plus répandues.

Tableau 1. Épidémies importantes au Cameroun entre 2000 et 2020

Maladie	Flambées épidémiques majeures depuis 2000	Contexte
Méningite	2001, 2005, 2010 (Adamaoua), 2017 (prison de Yaoundé)	Le nord du Cameroun fait partie de la « ceinture de la méningite » africaine et connaît des épidémies régulières en saison sèche. Une importante épidémie apparue en 2010 à Adamoua a fait craindre que la « ceinture » ne s'étende vers le sud ⁵⁶ .
Choléra	2004 (8 mois, Douala, 5 000 cas) ⁶² , 2010, 2011, 2014 (3 355 cas dans l'Extrême-Nord), 2018, 2019	Le choléra est apparu au Cameroun en 1971 et réapparaît périodiquement depuis, avec une augmentation générale des cas et des décès, malgré les efforts de l'État et des acteurs privés ⁶³ . Les régions septentrionales et côtières les plus sèches ont été les plus touchées ⁶⁴ .
Rougeole	2008-2009 (Maroua), 2015, 2016	La rougeole réapparaît chaque année. Cependant, les mouvements transfrontaliers de réfugiés en provenance de pays voisins touchés par des épidémies de rougeole ont accru le risque dans les zones d'accueil, tout comme les difficultés que les programmes de vaccination ont rencontrées.
Polio	2008-2009, 2015, 2016	Les efforts d'éradication de la poliomyélite par l'administration du vaccin antipoliomyélique oral ont permis de réduire rapidement la poliomyélite sauvage, mais la couverture vaccinale insuffisante et les mouvements transfrontaliers ont donné lieu à des risques de cas dérivés de la souche vaccinale, en particulier dans l'Extrême-Nord ⁶⁵ .
Pian	2017 (région Est), 2019	Le pian, que l'on pensait éradiqué au Cameroun, est réapparu en 2010. Un traitement de masse par antibiotiques a été déployé en riposte aux épidémies ⁶⁶ . Des recherches récentes indiquent que le pian peut souvent être confondu avec d'autres maladies ⁶⁷ .
Grippe aviaire	2006, 2016- 2017	L'épidémie la plus importante s'est déclarée à Yaoundé et Bafoussam en 2016. Aucun cas

		humain n'a été identifié, mais il subsiste un risque de débordement zoonotique ⁶⁸ .
--	--	--

Source : auteurs (données compilées à partir de diverses sources)

POPULATIONS VULNERABLES

Si des millions de personnes au Cameroun sont vulnérables à toute une série de risques sanitaires, sociaux et économiques aigus (6,2 millions de personnes ont récemment été diagnostiquées comme ayant besoin d'une aide humanitaire)⁶⁹, les épidémies risquent d'avoir des effets disproportionnés sur certains groupes.

Femmes et jeunes filles. Parce qu'elles sont socialement marginalisées et assument le rôle de soignantes, les femmes et les filles sont plus exposées au risque de contracter des maladies, tout en ayant moins de capacités de réduire ce risque et d'obtenir des soins (voir l'annexe).⁶¹ L'épidémie de méningite de 2010 a touché presque trois fois plus de femmes que d'hommes⁵⁶ et la prévalence du VIH est également beaucoup plus élevée chez les femmes au Cameroun⁶¹. Les ménages dirigés par des femmes ont plus de difficultés à satisfaire leurs besoins essentiels et seraient plus exposés en cas d'épidémie⁶¹.

Enfants. La vaccination limitée des enfants et le manque d'eau, d'assainissement et d'hygiène (WASH), en particulier chez les populations touchées par les conflits, les populations rurales, les personnes démunies et les personnes déplacées, exposent les enfants à des maladies évitables telles que la poliomyélite et la rougeole⁷⁰. Les enfants, et en particulier les garçons, sont également touchés de manière disproportionnée par la malnutrition, ce qui accroît leur vulnérabilité aux maladies⁶¹. Les taux de mortalité infantile sont les plus élevés dans les régions du nord du Cameroun, où 20 % des enfants sont susceptibles de mourir avant l'âge de cinq ans⁷¹.

Personnes âgées et personnes handicapées. Au Cameroun comme ailleurs, les personnes âgées et les personnes handicapées, en particulier celles qui vivent seules ou qui bénéficient d'un faible soutien social, sont susceptibles d'être plus vulnérables aux maladies infectieuses et moins capables d'accéder aux informations, à un soutien et aux soins en cas d'épidémie.

Réfugiés, personnes déplacées et communautés d'accueil. Le Cameroun abrite des centaines de milliers de réfugiés. Le groupe le plus important et qui est établi depuis le plus de temps est originaire de la République centrafricaine (CAF). Il vit dans des camps et des communautés d'accueil dans les régions de l'Est, de l'Adamaoua et du Nord et s'est intégré localement ces dernières années. La région de l'Extrême-Nord, en particulier,

abrite également des réfugiés nigériens, tchadiens et d'autres réfugiés de la région. Près d'un million de Camerounais sont également déplacés à l'intérieur du pays par les violences de Boko Haram dans la région de l'Extrême-Nord et par la crise anglophone dans les régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest.⁷² La sécheresse, les inondations et les glissements de terrain provoquent également des déplacements⁷³. Les personnes déplacées sont confrontées à des conditions d'insécurité, de surpopulation et d'insalubrité dans la brousse, dans les camps et dans les communautés aux ressources essentielles limitées. Elles sont donc plus vulnérables aux épidémies. Leur capacité à résister et à réagir aux chocs, mais aussi à s'en relever, est également moindre que celle des communautés mieux établies ou plus stables. Les acteurs de la préparation et de la riposte aux épidémies doivent impérativement tenir compte des différents endroits où vivent les personnes déplacées, et pas seulement dans les camps, et leur fournir un appui sur place. Ils doivent également prendre en compte les besoins des communautés d'accueil⁷⁴.

Personnes vivant dans les zones touchées par les conflits. Dans les régions de l'Extrême-Nord, du Nord-Ouest, du Sud-Ouest et de l'Est (des groupes violents originaires de la République centrafricaine opérant parfois dans cette dernière), de nombreuses familles restées sur place peuvent éprouver des difficultés à satisfaire leurs besoins essentiels et à accéder aux services, notamment aux services de santé. Les organismes internationaux qui fournissent un appui dans certaines de ces régions ont été contraints par le gouvernement à quitter le pays, ce qui a rendu ces communautés encore plus vulnérables. Elles ont désespérément besoin de formes de soutien plus résilientes. Pour ce faire, il faudra probablement soutenir les acteurs et les réseaux locaux intégrés et déjà en activité dans ces communautés¹⁰.

Communautés autochtones et communautés mobiles/nomades. Les Bakas autochtones (qui ne doivent pas être appelés « pygmées », car ce terme est considéré comme offensant) des forêts du sud-est sont extrêmement marginalisés par l'État et discriminés par d'autres communautés locales.⁷⁵ Leur espérance de vie est deux fois plus courte que celle des autres Camerounais, et en raison de leur mode de vie semi-nomade, ils ont des besoins uniques en matière de services tels que les services de santé.^{35,37} À l'instar des éleveurs wodaabes (un sous-groupe du peuple peul que l'on trouve dans tout le pays) tout aussi mobiles, la plupart des Bakas ne parlent pas de langue officielle ou commune. Plus riches que les Bakas, les Wodaabes sont confrontés à d'autres problèmes, et notamment à des conflits avec des agriculteurs à propos de terres de plus en plus rares.^{76,77} La participation des Wodaabes à des exercices militaires pendant la crise anglophone menace de donner une dimension ethnique à ce conflit qui oppose actuellement les séparatistes anglophones et l'État dominé par les francophones⁷⁸. Les

acteurs de la riposte aux épidémies doivent adopter des stratégies qui tiennent compte de la mobilité et des sensibilités culturelles de ces groupes uniques et œuvrer pour atténuer la stigmatisation (et les potentielles accusations) à leur endroit. En raison de leur mobilité, ces groupes ont particulièrement besoin de services de vaccination appropriés. Pour de plus amples informations à ce sujet, veuillez consulter l'annexe.

Population carcérale. Les prisonniers camerounais se heurtent à la surpopulation et à l'insalubrité qui les rendent extrêmement vulnérables aux maladies.⁷⁹ Dans la pratique, les prisonniers qui ne peuvent se payer que les services médicaux les plus élémentaires peuvent se voir refuser les autres soins. Si les épidémies suscitent l'attention⁸⁰, les ripostes à celles-ci peuvent s'avérer totalement inadaptées, comme l'a démontré la crise de la COVID-19⁸¹. Il est essentiel que les besoins spécifiques de cette population très vulnérable et souvent négligée soient pris en compte dans les activités de préparation et de riposte.

GOVERNANCE EN MATIERE DE RIPOSTE AUX EPIDEMIES

Créé en 2010, l'Observatoire national de la santé publique (ONSP) du Ministère de la santé publique supervise le Système national d'information sanitaire (SNIS) et la surveillance épidémiologique, y compris les départements d'information sanitaire de chacun des dix bureaux régionaux de santé publique du pays⁸². Toutefois, le rôle traditionnel de l'ONSP est principalement assumé par la Direction de la lutte contre les maladies, les épidémies et les pandémies du Ministère.

Plusieurs initiatives et systèmes ont été mis en place dans le pays pour prévenir et répondre aux menaces infectieuses au moyen d'une approche « Une seule santé ». Le *Réseau d'épidémiosurveillance des maladies animales du Cameroun* (RESCAM) a été créé en 2014 dans le cadre du Ministère de la santé vétérinaire, et le pays est membre du réseau One Health University Network (AFROHUN, Réseau universitaire « Une seule santé », anciennement OHCEA) depuis 2015. Financé en grande partie par USAID, AFROHUN soutient les services de développement du personnel « Une seule santé » au moyen de partenariats avec l'École vétérinaire de l'Université des Montagnes, ainsi que la Faculté des sciences de la santé et la Faculté des sciences agricoles et vétérinaires de l'Université de Buéa.⁸³ Ces efforts de renforcement des capacités visent à travailler en partenariat avec le Programme national de prévention et de lutte contre les zoonoses émergentes et réémergentes (PNPLZER) et l'ONSP⁸⁴. Toutefois, il semble que bon nombre de ces possibles ressources ne soient pas mobilisées au maximum de leur potentiel, en raison de préoccupations en matière de sécurité, d'autres priorités urgentes liées santé et d'obstacles logistiques⁸⁵.

Il n'existe aucun service d'information sanitaire dédié au niveau des districts de santé, à l'exception de programmes parallèles chargés du suivi de maladies spécifiques, gérés par des structures autonomes distinctes. La plupart des données proviennent des établissements de santé, mais elles sont souvent incomplètes et sous-exploitées.⁸² Les nouvelles technologies sont parfois incompatibles avec les réalités d'une infrastructure limitée sur le terrain. En 2017, 788 membres du personnel issus des 10 régions et 189 districts de santé ont suivi une formation au nouveau logiciel national d'information sanitaire DHIS 2⁸⁶. Toutefois, environ 32 % des établissements de santé seulement ont une connexion Internet⁸⁷.

Bien que l'Organisation mondiale de la Santé au Cameroun recense 18 maladies infectieuses prioritaires faisant l'objet d'une surveillance dans le pays⁸⁸, seules quatre maladies infectieuses sont mentionnées dans le plan de suivi le plus récent du Ministère de la santé publique : le VIH, l'hépatite B, la tuberculose et la rougeole. Les rapports mensuels des établissements de santé et les enquêtes du Programme d'enquêtes démographiques et sanitaires sont cités dans le plan comme sources de données sur les potentielles augmentations de l'incidence⁸². D'après ce plan, les districts de santé du Nord et de l'Extrême-Nord sont ceux qui fournissent les données sanitaires les moins complètes⁸⁹.

Agents de santé communautaires (ASC). Les ASC constituent un groupe de santé important et négligé dans la surveillance et la riposte aux maladies à risque épidémique. Ils méritent davantage de soutien et d'attention. Ils œuvrent pour soutenir la surveillance communautaire des maladies, et des études ont montré que lorsqu'ils sont correctement formés et appuyés, ils peuvent être très efficaces dans le recensement des cas de maladies à risque épidémique (par exemple, la rougeole, le tétanos), y compris dans les régions du Cameroun touchées par les conflits.^{90,91} Les ASC participent également à la riposte à la pandémie actuelle de COVID-19. En août 2020, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a formé 87 ASC à Douala pour faciliter la recherche des cas contacts de personnes testées positives en 2020⁹². À l'instar d'autres agents de santé publique, ce groupe ne dispose pourtant pas du soutien et des outils nécessaires pour effectuer un travail communautaire systématique, à moins d'être appuyé par des bailleurs extérieurs.

EXPERIENCE EN MATIERE DE PREPARATION ET DE RIPOSTE AUX EPIDEMIES

La préparation aux épidémies à grande échelle et les activités de lutte contre les maladies infectieuses, en particulier pour les menaces de maladies infectieuses telles que le VIH, la tuberculose et le paludisme, ont souvent été menées au Cameroun par des acteurs internationaux extérieurs, le gouvernement jouant un rôle plus stratégique. Le processus

décisionnel et la planification sont également dominés par les acteurs biomédicaux, épidémiologiques et de santé publique. Les spécialistes des sciences sociales sont très peu impliqués. Ils sont parfois invités à réaliser les premières études de perception, mais il est difficile de savoir si les activités opérationnelles s'appuient sur ces études, et le cas échéant comment. C'est pourquoi les informations sur les précédentes ripostes tendent également à privilégier les aspects techniques. Voici quelques exemples d'expériences passées et leurs conséquences possibles pour l'avenir :

Interventions forcées à l'époque coloniale. Les Français ont mené des campagnes de vaccination et de traitement obligatoires contre des maladies telles que la trypanosomiase humaine africaine et la variole au Cameroun.⁶ L'utilisation d'aiguilles non stérilisées au cours de ces campagnes aurait été responsable de la propagation et de la persistance de l'hépatite C dans le pays bien après l'indépendance.⁹³ Préoccupées par le paludisme, les autorités coloniales françaises ont imposé des mesures d'hygiène et d'assainissement dans les zones urbaines, en menaçant d'emprisonner les familles qui ne les respectaient pas⁹. L'héritage de ces interventions forcées, et la maladie qui en a résulté dans le cas de l'hépatite C, peuvent avoir des répercussions sur la confiance des gens ordinaires dans les acteurs de la santé et les interventions d'acteurs extérieurs. C'est également le cas pour les interventions du gouvernement central, qui peuvent être perçues comme influencées par des acteurs étrangers.

Paludisme et lutte de masse. En raison de l'épidémiologie complexe du paludisme et des conditions difficiles, les efforts d'éradication du paludisme menés par l'OMS dans les années 1940 et 1950 ont été infructueux.⁹ Le passage au traitement et à la prophylaxie par l'administration massive de chloroquine des années 1960 aux années 1990, a entraîné une résistance. On s'est alors tourné vers les moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) et les moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée (MILD). Bien que variable d'une région à l'autre, la réduction significative du paludisme a été imputée aux distributions de moustiquaires à grande échelle, ainsi qu'à la mise en place d'unités d'imprégnation de moustiquaires et d'initiatives de sensibilisation des groupes locaux à leur utilisation.⁹ La chimioprévention gratuite et universelle du paludisme pour les enfants de moins de cinq ans, les distributions de moustiquaires aux femmes enceintes dans les régions du nord du Cameroun, l'utilisation de larvicides et la construction de canalisations dans les zones urbaines sont autant d'activités entreprises récemment par le gouvernement et les bailleurs partenaires⁹. Les réseaux, canaux et infrastructures qui ont été développés autour de la distribution de moustiquaires et de la prévention et du traitement du paludisme peuvent être exploités pour mettre en œuvre la riposte aux épidémies dans les zones concernées.

Riposte au VIH/sida dirigée par les bailleurs de fonds. Le Cameroun reste l'un des pays les plus touchés par le VIH/sida, dont l'escalade initiale a coïncidé avec la crise économique de 1985 à 1993^{94,95}. Le pays s'est retrouvé entièrement dépendant des bailleurs de fonds, en particulier du Fonds mondial et plus tard du gouvernement des États-Unis, qui ont riposté par une série de programmes verticaux. Le rôle de l'État a été largement critiqué. Certains pensaient que l'État se servait davantage de ces programmes pour nouer des relations internationales que pour améliorer la santé de ses citoyens^{94,96}. Le partenariat avec les bailleurs de fonds a considérablement amélioré la disponibilité des ART, bien que leur accessibilité réelle sur le terrain n'est pas clairement établie. Comme avec de nombreux médicaments, les personnes peuvent s'attendre à des ruptures de stock d'antirétroviraux, ou à devoir les payer même s'ils sont censés être gratuits ou peu coûteux. Cela étant, la riposte menée pendant ces décennies est globalement considérée comme un succès, bien que le VIH/sida demeure la principale cause de mortalité. La riposte a également eu d'importantes conséquences sociales. Le recensement des « populations clés » (par exemple les travailleurs du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes [HSH]) a mis en évidence les stigmatisations sociales existantes et en a créé de nouvelles. Par ailleurs, le terme de « populations clés » impliquait que certaines personnes avaient été omises⁹⁵. Les tensions entre les acteurs politiques locaux et les partenaires internationaux ont pris une tournure publique particulière avec l'inclusion des HSH à la riposte. En effet, l'homosexualité est illégale et fortement stigmatisée¹⁸.

Autres maladies épidémiques. Comme nous l'avons mentionné, le Cameroun a également connu d'autres épidémies, notamment de fièvre jaune, de méningite, de choléra, de polio, de rougeole et de grippe aviaire. La riposte à ces épidémies dépendait elle aussi largement de l'appui des bailleurs de fonds. Par exemple, des bailleurs ont financé l'administration massive d'antibiotiques à 5 000 personnes infectées par le choléra et à 150 000 cas contacts de ces personnes à Douala au cours d'une épidémie qui a sévi huit mois durant en 2004. Bien que ce financement ait également permis de soutenir et de superviser les agents de santé pendant l'épidémie, ce soutien n'a pas été maintenu après l'épidémie⁹⁷. Cela illustre l'approche de « lutte contre les incendies » que le pays adopte en matière de maladies infectieuses, au détriment du renforcement du système de santé.

Des approches préventives basées sur la vaccination et soutenues par des bailleurs de fonds tels que Gavi ont été adoptées dans des régions vulnérables comme l'Extrême-Nord, notamment pour le choléra et la méningite.^{63,98} Des campagnes de vaccination ont suivi les épidémies de fièvre jaune⁹⁹, de poliomyélite et de rougeole¹⁰⁰, bien que ces maladies soient également ciblées par la vaccination systématique.¹⁰¹⁻¹⁰³ Pour riposter à

l'épidémie de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest, le gouvernement camerounais a définitivement interdit le commerce de la viande de brousse, bien que celui-ci se poursuive de manière clandestine⁵⁴. Le pays a également participé à des essais de vaccins contre la maladie à virus Ebola. La riposte à la grippe aviaire a été appuyée par l'OMS, les Centres de contrôle et de prévention des maladies (Centers for Disease Control, CDC) des États-Unis et l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO). Les troupeaux touchés ont été abattus sans compensation financière pour les agriculteurs⁶⁸. À l'instar d'autres mesures ayant un impact négatif sur les moyens de subsistance, cette pratique doit être évitée ou atténuée de manière appropriée, car elle peut dissuader les agriculteurs de déclarer les maladies.

COVID-19. Bien que la COVID-19 ait touché toutes les régions du pays, le Cameroun n'a pas encore enregistré un nombre extrêmement élevé de cas ou de décès, même si de nombreuses personnes pensent que les données disponibles sont incomplètes.¹⁰⁴ Cela dit, le nombre de cas est en augmentation au moment de la rédaction de la présente note. Si le gouvernement n'a à aucun moment proclamé un confinement total, il a tout de même fermé les écoles, interdit les rassemblements de masse et fermé les aéroports aux arrivées internationales au début de la première vague. Il a également maintenu les restrictions sur les arrivées en provenance de certaines régions pour la vague que traverse actuellement le pays.¹⁰⁵ Les autorités ont été critiquées pour leur riposte trop centralisée et trop descendante¹⁰⁶, et pour s'être servi de la pandémie comme prétexte pour arrêter les manifestants et restreindre l'opposition politique.⁷⁸ La répartition et l'utilisation des fonds alloués à la riposte n'ont pas été très transparentes. Cela a ébranlé la confiance, déjà fragile, du public.⁷⁸ Les anthropologues consultés pour cette note d'information ont également souligné que les messages tardifs, confus et incohérents des autorités ont incité le public à se tourner davantage vers des sources d'information alternatives telles que les médias sociaux, ce qui a entraîné la prolifération des rumeurs et des théories du complot (plus d'informations à ce sujet ci-après).¹⁰⁷ La pandémie a eu des effets sanitaires et économiques plus vastes, notamment une augmentation de l'insécurité alimentaire⁶⁹. Une récession est à craindre si des investissements substantiels ne sont pas réalisés dans la santé publique et les secteurs économiques touchés¹⁰⁸. L'expérience de la COVID-19 illustre à quel point il est essentiel pour les ripostes d'autonomiser les acteurs locaux, d'opérer de manière transparente et de communiquer efficacement et de manière cohérente avec le public.

COMMUNICATION ET TRANSPORT

Langues. Le français et l'anglais sont les langues nationales officielles du Cameroun. Si la plupart des gens peuvent communiquer dans au moins une de ces langues, une diversité

d'autres langues sont également parlées aux niveaux régional et local et peuvent être utilisées plus fréquemment dans la vie quotidienne. Il s'agit notamment du kóló, parlé dans les régions du Centre et du Sud ; du maka, parlé par certains habitants de la région de l'Est ; et du peul de l'Adamaoua et de l'arabe choua, qui sont parlés dans les régions septentrionales où le français et l'anglais sont parlés par un nombre encore plus restreint de personnes. Une épidémie de choléra dans la région n'a pu être endiguée qu'une fois les informations transmises en peul¹⁰⁹. Les niveaux d'alphabétisation et d'éducation sont également plus bas dans ces régions, en particulier chez les femmes.

On parle aussi des dialectes français et anglais, y compris le camfranglais, un mélange de français et d'anglais, le pidgin et le pidgin camerounais, toutes classes confondues. Chez de nombreux éleveurs woddabes et chez les Bakas autochtones, seule la langue du groupe ethnique est parlée couramment.

Principaux canaux de communication. En plus des langues appropriées, les acteurs de la riposte aux épidémies doivent utiliser des canaux de communication efficaces pour atteindre les populations cibles. Ces canaux varient selon le contexte et le groupe social. Les radios et les crieurs publics sont de bons moyens d'atteindre les communautés rurales, où les fréquentes pannes de courant et le manque d'accès à l'électricité font de la télévision un canal peu pratique. Le « divertissement éducatif », comme le chant et la danse, peut également être efficace, s'il est conforme aux traditions artistiques de groupes ethniques spécifiques tels que les Bakas.

Les médias de radiotélévision sont dominés par l'État, et peu d'autorisations de radiodiffusion privée ont été accordées, bien qu'un nombre croissant de radiodiffuseurs (en particulier à la radio) émettent sans autorisation.¹⁴ Les canaux formels et informels peuvent être utiles pour atteindre les populations. Toutefois, les canaux étatiques peuvent sembler peu légitimes pour de nombreuses personnes, en particulier dans les régions anglophones où le gouvernement a essayé de réduire au silence la dissidence en coupant les connexions Internet.¹¹⁰ Les abonnements de téléphonie mobile sont également très répandus, notamment chez les femmes et les jeunes, en particulier dans les zones urbaines. Près d'un quart des habitants sont considérés comme des « internautes »¹⁴, et ils accèdent le plus souvent à Internet via leur téléphone mobile. Les réseaux sociaux peuvent revêtir une importance particulière dans les zones urbaines et de fait, ils y constituent la principale source d'informations sur la COVID-19¹¹¹. Cela dit, bien que l'utilisation des réseaux mobiles et sociaux soit importante, elle doit s'inscrire dans des stratégies plus générales recourant à de multiples canaux pour atteindre les personnes qui n'ont toujours pas d'accès mobile.

Il est également essentiel que les stratégies de communication mettent l'accent sur le dialogue bilatéral et l'écoute (par exemple, émissions radiophoniques à ligne ouverte, dialogues communautaires) afin de permettre aux intervenants de développer et d'adapter les opérations en temps réel, en fonction de la compréhension, des capacités et des priorités des citoyens. Les stratégies hyperlocales axées sur les institutions sociales, les réseaux et les dirigeants de confiance établis et reconnus sont également des canaux de communication importants, en particulier pour atteindre les personnes plus marginalisées. Les églises, les mosquées et les groupes de microfinance (appelés localement *tontines* ou *njangi*)¹¹², dont font partie de nombreux gens ordinaires et en particulier des femmes, seraient importants pour ces stratégies au Cameroun.

Transport. Sur près de 78 000 kilomètres de routes que compte le Cameroun, seuls 5 000 seraient asphaltés¹⁴. Par conséquent, les déplacements en voiture peuvent être difficiles, en particulier pendant la saison des pluies. Le réseau routier serait particulièrement dégradé dans la région de l'Est, ce qui complique l'accès aux communautés isolées⁹, et notamment aux nombreux réfugiés qui vivent dans la région. Le réseau ferroviaire national relie Douala, Kumba, Yaoundé et Ngaoundere.

GOVERNANCE ET PRINCIPAUX ACTEURS

Il est crucial que les acteurs de la riposte aux épidémies coopèrent avec les acteurs et les institutions reconnus par les citoyens ordinaires, sans quoi les citoyens seront peu enclins à collaborer avec eux. Ils pourraient même vivement s'opposer à la riposte et aux interventions.

La **méfiance à l'égard du gouvernement central** est généralisée parmi les Camerounais, ce qui a des répercussions majeures sur la préparation et la riposte aux épidémies. Si le Cameroun est techniquement une démocratie multipartite, le Président Paul Biya et le Rassemblement démocratique du peuple camerounais (RDPC) sont au pouvoir depuis 1982. Certains ont suggéré que le parti s'est maintenu au pouvoir en exploitant les clivages entre les partis d'opposition et en obtenant le soutien des élites des différents groupes ethniques grâce à des nominations stratégiques et au clientélisme (voir l'annexe)¹¹³. Bien que la plupart des districts soient considérés comme des « bastions » du RDPC, en particulier dans les régions du Centre, du Sud et de l'Est¹¹³, les gens ordinaires peuvent éprouver du ressentiment contre l'État parce qu'ils le perçoivent comme corrompu et que celui-ci les a négligés. Les habitants des bastions de l'opposition et des districts de « transfert électoral », notamment dans les régions anglophones, la région de l'Ouest et les poches de la région du Littoral et des régions septentrionales¹¹³, ont probablement encore moins confiance en l'État central.

La recherche a constaté que l'expropriation était un facteur clé de la méfiance de la population à l'égard de l'État et d'autres élites internationales, nationales et locales, qui tirent profit des activités économiques pour lesquelles des terres sont confisquées, aux dépens de la population locale.¹¹⁴ L'absence de transparence sur les revenus tirés des ressources naturelles et le manque de retombées directes de leur extraction sur les populations locales ont exacerbé cette méfiance¹¹⁵. Les acteurs de la riposte aux épidémies doivent être conscients des tendances politiques des communautés dans lesquelles ils travaillent, en reconnaissant que les partenaires politiques ou étatiques sont plus ou moins reconnus par les populations locales, en particulier si une région a déjà fait les frais de l'expropriation ou de l'exploitation des ressources naturelles par des étrangers.

Identifier les responsables locaux reconnus. Comme nous l'avons indiqué, les dirigeants locaux sont également susceptibles d'être (ou d'être perçus comme) principalement intéressés par leur enrichissement personnel, et d'être considérés comme des extensions de l'État central.^{77,114} Il ne faut donc pas présumer que les chefs, par exemple (étant eux-mêmes nommés à des postes politiques), sont des acteurs clés idéaux avec qui il faut collaborer localement. En outre, les responsables locaux officiels ne sont pas forcément représentatifs de l'ensemble de la population locale, notamment parce qu'il s'agit presque exclusivement d'hommes.⁶¹ De même, les organisations de la société civile locales en activité peuvent ne pas être très représentatives. Dans le sud-est du Cameroun, par exemple, les ONG locales sont dirigées par des Bantous qui, tout en prétendant représenter les intérêts des Bakas autochtones, préfèrent participer à leur exploitation³⁷. Cela dit, la méfiance généralisée à l'égard de l'État central implique la nécessité pour les acteurs de la riposte de repérer et de collaborer avec les dirigeants locaux reconnus, y compris ceux qui ont une influence *informelle* (commerçants, artistes, etc.). Cette situation peut varier d'une communauté à l'autre, mais aussi au sein même d'une communauté. Elle peut également changer en situation d'urgence.

Mobiliser les Camerounais anglophones. Colonie britannique de 1916 à 1961, le Cameroun anglophone des régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest a une histoire institutionnelle et culturelle différente de celle du Cameroun francophone, qui faisait partie de l'administration coloniale française entre 1916 et 1960. Ces deux régions du pays ont été réunies après l'indépendance, mais demeurent divisées à bien des égards. La méfiance des Camerounais anglophones, qui constituent environ 20 % de la population, à l'égard du gouvernement central est particulièrement forte, car elle est ancrée dans un sentiment de marginalisation historique et de « recolonisation » (voir l'annexe).¹¹⁶ Depuis 2016, de violents conflits opposent le gouvernement central et les séparatistes anglophones armés, qui ont tous deux terrorisé des civils.⁷⁸ Il est actuellement très difficile de riposter aux crises sanitaires dans la région, car les acteurs de la santé ont été pris pour

cible par des groupes violents⁶⁹. Bien que les anglophones ordinaires ne soutiennent pas nécessairement les séparatistes, ils sont susceptibles d'éprouver du ressentiment envers les représentants du gouvernement central. Dans ces communautés, les leaders anglophones et les acteurs de la santé sont plus susceptibles d'être écoutés et consultés par la population.

Éviter l'implication militaire. Dans la mesure du possible, les acteurs militaires ne doivent pas être engagés dans la riposte aux épidémies, car ils sont impliqués dans des violations des droits de l'homme à l'encontre de civils dans des zones où ils sont engagés dans des conflits en cours. Dans l'Extrême-Nord, où ils luttent contre Boko Haram, ils ont notamment forcé des citoyens à participer à des opérations militaires sans formation, exproprié des citoyens sans soutien ni indemnisation, et procédé à des exécutions sommaires.¹¹⁷ Dans les régions anglophones où ils luttent contre les séparatistes, ils ont commis des massacres, des viols, pillé des biens et incendié des maisons, et soutirent régulièrement des pots-de-vin à des civils^{78,118}. Les gens ordinaires sont susceptibles de craindre les militaires camerounais et de s'en méfier.

Les acteurs internationaux ne sont pas nécessairement reconnus. Les organismes internationaux mettent en œuvre des programmes de santé verticaux et des ripostes aux épidémies depuis des décennies au Cameroun. Si ces programmes ont pu contribuer à l'amélioration de la santé, les Camerounais ordinaires ne perçoivent pas toujours les acteurs extérieurs comme bienveillants. Cette méfiance remonte à l'époque coloniale et aux années qui ont suivi l'indépendance. Les mouvements nationalistes cherchaient alors à s'émanciper des Français. Plus tard, ils ont réprouvé les relations étroites entre le premier président (non élu) du Cameroun et les Français, dont ils pensaient qu'ils contrôlaient encore le pays (voir l'annexe).¹¹⁹ En ce qui concerne la santé, la méfiance à l'égard des acteurs extérieurs (en particulier occidentaux) tire son origine des campagnes de santé publique coercitives de l'époque coloniale et des interventions ultérieures telles que les vaccins contre le tétanos, largement perçus comme une cause d'infertilité (voir la section suivante)⁶. La méfiance envers les acteurs internationaux prend une tournure particulièrement dramatique dans le contexte de la pandémie de COVID-19, avec des rumeurs circulant sur les intentions prétendument viles des acteurs occidentaux ou chinois à l'égard des populations africaines. Bien que le soutien des acteurs internationaux soit essentiel pour appuyer les ripostes aux épidémies dans un pays aux ressources limitées comme le Cameroun, les ripostes doivent autant que possible être élaborées et mises en œuvre par et avec les communautés et les réseaux locaux.

Importance des chefs spirituels et des communautés religieuses. Au regard de la méfiance généralisée à l'égard du gouvernement, les acteurs non étatiques proches des

populations pourraient être les partenaires les plus appropriés pour engager les communautés dans la riposte aux épidémies. L'ensemble des anthropologues consultés dans le cadre de cette note d'information ont confirmé qu'un grand nombre de Camerounais faisaient confiance à leurs chefs religieux (prêtres catholiques, pasteurs chrétiens et imams musulmans, par exemple). Ils jouent donc un rôle essentiel pour communiquer avec certains publics et pour les inciter à changer de comportement. L'implication des chefs religieux peut également favoriser des interventions plus holistiques en cas d'événements traumatisants comme des épidémies mortelles, qui peuvent laisser les communautés psychologiquement traumatisées et nécessiter des soins médicaux, mais aussi un soutien social et spirituel.

RIPOSTES COMMUNAUTAIRES AUX EPIDEMIES ET RIPOSTES OFFICIELLES

Signe que les perspectives communautaires sont moins prioritaires, peu de recherches publiées exposent en détail les ripostes aux épidémies aiguës des communautés elles-mêmes, ou leurs perceptions des ripostes aux épidémies au Cameroun. Cela dit, la recherche en sciences sociales menée ailleurs, en particulier dans le contexte des épidémies de maladie à virus Ebola, a démontré à quel point il est essentiel de comprendre les interprétations communautaires des maladies, leurs priorités et leurs stratégies pour y faire face, et ce qu'elles perçoivent des intentions des intervenants.

Les interprétations des maladies influencent les ripostes communautaires. Comme nous l'avons indiqué précédemment, les Camerounais peuvent interpréter la maladie comme le produit de forces surnaturelles, dont la transmission serait plus sociale que biologique⁴⁹. Dans ce cas, il est possible que ces populations ne participent pas à des ripostes qui rejettent ces cadres alternatifs et qui ne se concentrent que sur les modèles biomédicaux. En outre, les influences sociales se sont révélées être des facteurs plus déterminants du comportement en matière de santé, même en cas d'acceptation des interprétations biomédicales. Par exemple, les recherches sur le VIH au Cameroun ont révélé que, malgré les connaissances sur la transmission du VIH, l'utilisation du préservatif était déterminée par les perceptions des catégories sociales ou morales des partenaires « à risque » (par exemple les travailleurs du sexe ou les partenaires secondaires)^{95,120}.

Préparation, surveillance, riposte et résilience dans les communautés. Comme nous l'avons déjà souligné, la recherche de soins de santé commence presque toujours par l'automédication et les soins à domicile. Elle peut impliquer la biomédecine, les plantes médicinales traditionnelles et éventuellement la consultation de tradipraticiens. L'accès aux établissements de santé et aux hôpitaux officiels a généralement lieu en dernier recours, en raison des coûts et des faibles attentes. Les épidémies peuvent en être à un

stade avancé avant que les intervenants officiels ne soient mobilisés. Cela témoigne de la nécessité de renforcer la capacité de reconnaissance et de riposte aux maladies au sein des communautés, y compris auprès des vendeurs de médicaments biomédicaux ou traditionnels, que les populations locales sont susceptibles de consulter avant les acteurs du système de santé officiel. Des recherches ont également montré que les acteurs locaux de la santé, y compris les tradipraticiens et les agents de santé communautaires, peuvent jouer des rôles clés en matière de prévention et de surveillance^{27,91}.

Il est également important de mieux comprendre les institutions, les pratiques et les sources de résilience susceptibles d'être déjà être intégrées dans les communautés pour prévenir ou gérer les épidémies. En effet, celles-ci peuvent être exploitées, complétées et renforcées par la riposte officielle. On peut citer à cet égard les protocoles de prévention et de traitement des infections tels que les campagnes de nettoyage communautaires³⁸, les rituels spirituels pour conjurer les maladies ou les stratégies collectives de mise en commun des ressources³⁵. Certaines communautés, comme les Bakas, possèdent également de nombreuses connaissances sur les plantes médicinales³⁵, qui peuvent être intégrées à la riposte. La guérison par la prière et la foi dans les églises chrétiennes est également de plus en plus populaire. Elle peut constituer une riposte alternative pour les populations, et peut faciliter la mise en œuvre d'une surveillance communautaire.

Recontextualiser la « résistance » communautaire et en tirer des enseignements. Il est également nécessaire que les intervenants tirent des leçons des expériences passées et présentes de résistance communautaire active aux mesures de santé publique, afin d'améliorer les futures ripostes. Les forces profondément sociales derrière cette « résistance » sont souvent négligées. Deux exemples tirés du Cameroun sont détaillés ci-dessous.

Étude de cas : rumeurs de stérilité, vaccination antitétanique et agitation politique

En partenariat avec des organismes internationaux, le gouvernement a lancé en 1989 une campagne de vaccination massive contre le tétanos ciblant les filles en âge de procréer. Des rumeurs se sont rapidement répandues à travers le pays selon lesquelles le vaccin rendrait stérile⁶. Des écolières, parents, enseignants et chefs religieux ont remis en question le but de la vaccination et les intentions des autorités. Certaines écoles ont refusé l'accès aux équipes de vaccination et des enfants se sont échappés par les fenêtres de l'école.

Plusieurs facteurs ont été associés à cette résistance. Premièrement, le calendrier de la campagne a joué un rôle important. Elle a en effet été lancée au beau milieu d'une crise économique, et peu après la répression violente d'un parti politique d'opposition. Sans

surprise, la rumeur est née dans la région du Grassland, bastion de l'opposition, qui nourrit depuis longtemps des griefs à l'encontre de l'État central. En outre, le gouvernement avait déjà commencé à délaisser son discours nataliste au profit d'un discours de contrôle démographique, et de nouvelles interventions de planification familiale venaient d'être introduites. Deuxièmement, le vaccin était gratuit et obligatoire. S'attendant à des frais d'utilisation des services de santé, la population se méfiait encore plus, alors que la coercition ravivait des souvenirs collectifs de vaccination forcée sous l'ère coloniale. Troisièmement, les agents de santé avaient été orientés vers l'efficacité pratique plutôt que vers la communication et les soins, et de nombreuses filles ne recevaient que peu d'informations, voire aucune, avant l'arrivée des équipes dans leurs écoles. Outre une réaction compréhensible à la mauvaise exécution et à la mauvaise communication de cette campagne, cette résistance peut également être considérée comme un moyen pour les populations locales de protéger leur capacité de reproduction et leur autonomie vis-à-vis de l'État central et des organismes internationaux dont ils se méfiaient, à raison. Cet épisode a eu des conséquences durables, avec une augmentation peu après la campagne du nombre de grossesses et d'avortements chez les adolescentes, qui cherchaient à « tester » leur fertilité. Les filles et leurs familles imputent également des problèmes de santé au vaccin, même des années plus tard⁶. Cette expérience illustre l'importance de la communication et de l'engagement pour renforcer la compréhension et la confiance entre les acteurs de la santé et les populations. Elle montre également qu'il est nécessaire de tenir compte de l'influence d'événements politiques plus globaux sur les réponses des communautés aux interventions de santé. Ces dernières années, la résistance que suscitent d'autres vaccins comme ceux contre le choléra ou le cancer du col de l'utérus, entre autres, peut traduire un engagement tout aussi inadapté.

Étude de cas : non-respect des mesures de prévention de la COVID-19

Comme nous l'avons mentionné précédemment, il semble y avoir une « résistance » généralisée, ou du moins une non-adhésion, aux mesures de lutte contre la COVID-19 telles que la distanciation sociale, le port du masque, la recherche de traitement et la vaccination. Une étude menée en 2020 a recensé les facteurs suivants d'adhésion des Camerounais : les perceptions de la gravité et de la vulnérabilité, le biais d'optimisme, les normes des pairs, le sentiment d'efficacité personnelle, le besoin d'affirmer son indépendance et le désir de préserver son identité culturelle.¹²¹ Toutefois, ces explications ne font pas la lumière sur les raisons plus profondes pour lesquelles les populations ne se perçoivent pas comme vulnérables, par exemple. Des conversations avec des anthropologues camerounais ont révélé des inquiétudes au sujet de la généralisation des théories du complot, selon lesquelles la maladie ne serait pas réelle, ou qu'elle n'affecterait que les blancs et les Africains « blanchis » ou déviants. Parmi ceux qui reconnaissent que cette maladie présente une réelle menace, certains peuvent croire qu'elle a été créée par

des sorciers ou par des blancs pour tuer les Africains noirs.¹²² Tous ces sentiments traduisent la méfiance née des antécédents d'exploitation et de coercition, mais aussi l'incapacité des intervenants officiels à communiquer avec et à mobiliser le public de manière appropriée. Le refus d'autoriser les populations à enterrer leurs défunts dans la dignité au début de la pandémie a encore aggravé cette méfiance.¹²³ Le manque d'attention portée aux besoins économiques de la population, comme la nécessité de continuer à travailler pour répondre aux besoins essentiels malgré le risque de maladie, est également un problème clé qui peut affecter la capacité des personnes à adhérer aux mesures¹²⁴. La planification des ripostes doit tenir compte de ces besoins, sous peine d'entamer la confiance de la population.

Si les vaccins contre la COVID-19 ne sont pas encore largement disponibles, les rumeurs selon lesquelles ils ne sont pas sûrs abondent, et 85 % des répondants à une enquête récente ont fait part de leur hésitation à se faire vacciner un jour¹²⁵. Cela est également lié aux rumeurs et à la confusion qui règne dans les médias (en particulier les médias sociaux), ainsi qu'à une mauvaise communication des autorités, qui ont du mal à se faire entendre dans ce vacarme. Tout cela est attisé par les flammes d'une méfiance profondément enracinée. Le fait que les vaccins ont été développés par des acteurs extérieurs n'a pas échappé non plus aux Camerounais, qui craignent que l'Afrique ne soit fournie en vaccins sous-optimaux¹²⁶, ou même que l'objectif de ces acteurs ne soit de « réduire la population de noirs en Afrique »¹²⁷. Nombreux sont ceux qui peuvent croire que les médecines traditionnelles africaines sont capables de prévenir ou de guérir la COVID-19¹²⁵⁻¹²⁷. Ces personnes peuvent à terme préférer la prévention et le traitement autochtones, à moins que des efforts sérieux ne soient faits pour intégrer des approches et rassurer les populations sur la sûreté des vaccins¹²⁸.

Compte tenu de l'ampleur de la pandémie de COVID-19, des nombreuses incertitudes scientifiques et du flux continu d'informations, vraies ou fausses, la riposte est indubitablement difficile. Toutefois, la principale leçon à tirer de cette expérience et des expériences antérieures est qu'il est nécessaire d'écouter et de prendre en compte les préoccupations et les priorités de la population, et d'en tenir compte dans le processus décisionnel.

PRINCIPALES IMPLICATIONS POUR LA PREPARATION ET LA RIPOSTE AUX EPIDEMIES

Comme l'indique la présente note d'information, le Cameroun est confronté à de nombreux défis en matière de préparation et de riposte aux épidémies. On peut

notamment citer à cet égard les facteurs liés aux capacités techniques, qui sont les plus simples à repérer et à commenter. Les facteurs liés au contexte social et politique sont cependant tout aussi importants. Ci-dessous, nous présentons nos recommandations à l'intention des acteurs stratégiques, et en particulier opérationnels, en nous fondant sur les implications des documents examinés dans la présente note d'information.

CAPACITES TECHNIQUES ET RECOMMANDATIONS RELATIVES AUX FACTEURS DYNAMIQUES DE RISQUE DE MALADIE

Le renforcement des capacités des services de santé en vue d'améliorer leur efficacité, y compris dans des contextes fragiles, peut accroître la confiance des populations dans ces services et leur utilisation de ceux-ci. Cela permettrait ensuite de garantir une détection précoce des épidémies et une collaboration plus aisée des populations avec les équipes d'intervention et les systèmes de santé. Cela dit, les facteurs dynamiques de risque de maladie auxquels le Cameroun est confronté nécessitent également des adaptations techniques.

Investir dans les ressources de santé publique. Il est crucial d'investir dans le personnel de santé, en particulier aux échelons inférieurs du système de santé et dans les régions rurales et septentrionales. Le matériel, les diagnostics, les médicaments et Internet sont également nécessaires pour permettre aux agents de santé d'accomplir leurs tâches, y compris la notification des maladies infectieuses critiques afin de déclencher la riposte. En même temps, les partenaires et bailleurs doivent tenir compte des limites des agents de santé publique et chercher à renforcer leurs capacités en cas d'urgence, tout en faisant pression pour leur autonomisation en « temps de paix ».

Créer des modèles de riposte innovants dans les zones de conflit. Des approches décentralisées sont nécessaires pour atteindre le nombre croissant de Camerounais vivant dans des zones de conflit, où les opérations des intervenants extérieurs sont risquées, voire impossibles. Œuvrer au soutien de modèles de surveillance et de riposte communautaires, qui tirent parti des agents de santé communautaires, bénévoles et équipes mobiles engagés et fiables.⁹¹ En outre, les personnes vivant dans ces zones peuvent avoir besoin d'un soutien psychosocial supplémentaire en cas d'épidémie, car elles risquent de subir des traumatismes aggravés par les violences.

Mettre l'accent sur le renforcement des capacités locales et communautaires. Les acteurs locaux et communautaires tels que les agents de santé communautaires ne sont

pas essentiels uniquement dans les zones de conflit, mais dans tout le territoire camerounais, notamment dans les communautés rurales éloignées des établissements de santé. Ils doivent être soutenus par une rémunération, une formation et des ressources adéquates, afin de les aider à mieux assumer leur rôle clé dans la prévention, la surveillance et la riposte.

Réaliser et encourager les investissements dans une infrastructure WASH durable.

De nombreuses personnes au Cameroun, en particulier les populations rurales ou déplacées, ne bénéficient toujours pas de services durables en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène. En plus d'être un sujet urgent pour la prévention des maladies épidémiques, il s'agit d'une question cruciale de développement, qui peut améliorer le bien-être et la confiance en général.

Passer de modèles verticaux de lutte contre les maladies à des approches intégrées.

Les bailleurs de fonds extérieurs se concentrent depuis longtemps sur la mise en œuvre de programmes verticaux spécifiques aux maladies dans le pays, qui, outre leurs potentiels effets positifs, peuvent également avoir un impact négatif sur les services de santé de routine²⁰. De même, une riposte épidémique axée sur une seule maladie peut nuire au traitement d'autres maladies majeures, susceptibles d'être une priorité pour la population locale. Intégrer autant que possible la riposte aux épidémies dans les systèmes et infrastructures de santé existants, et veiller à ce que les multiples besoins de la population en matière de santé, mais aussi ses besoins sociaux, spirituels et économiques, soient satisfaits et non aggravés.

DEFIS SOCIAUX ET POLITIQUES ET RECOMMANDATIONS

Les défis sociaux et politiques de la riposte aux maladies sont moins souvent pris en compte, même s'ils sont essentiels à la réussite de la riposte, en particulier en ce qui concerne la confiance du public. Les principales recommandations dans ce domaine sont les suivantes :

Impliquer des spécialistes locaux des sciences sociales dans la riposte, de la phase d'élaboration à la phase d'évaluation, en passant par la phase de mise en œuvre.

Les spécialistes des sciences sociales sont souvent écartés de la riposte aux épidémies au Cameroun et ne sont parfois sollicités que pour fournir des études initiales au début d'une situation d'urgence. Comme nous l'avons montré tout au long de cette note d'information, les données en sciences sociales (par exemple sur la vulnérabilité, les interprétations des maladies, la confiance, etc.) sont essentielles pour renseigner et

adapter les stratégies d'intervention, ou encore pour évaluer les expériences passées afin d'en tirer des enseignements.

Détecter et se concentrer sur les besoins des groupes vulnérables. Certains groupes ethniques tels que les Bakas autochtones se trouvent déjà dans une situation de vulnérabilité exacerbée. Certaines personnes sont également vulnérables *au sein* des communautés, comme les femmes chefs de ménage ou les personnes handicapées. Il convient de repérer ces personnes dès qu'une situation d'urgence se déclare et de proposer des moyens pour les intégrer et les soutenir. Les vulnérabilités peuvent également évoluer en période de crise, notamment en raison des conséquences imprévues de la riposte (par exemple, la stigmatisation des personnes infectées). Le fait de reconnaître ces changements lorsqu'ils se produisent peut aider les intervenants à adapter la riposte pour des résultats plus efficaces.

Garantir la gratuité des services d'engagement, de soins et de prévention (y compris du transport) dans le cadre de la riposte aux épidémies et communiquer clairement sur ce sujet, afin que la population sache qu'elle peut bénéficier d'un soutien. La gratuité de certains services dans un contexte où les autres services sont payants peut toutefois susciter la méfiance. Ainsi, il est important de justifier clairement la gratuité de ces services du point de vue de la santé publique.

Pratiquer l'écoute et le dialogue bilatéral avec les communautés. Les Camerounais peuvent avoir des cadres d'interprétation des maladies, des priorités et des préoccupations différents, qui ne sont pas reconnus, voire rejetés, par les intervenants. Pratiquez « l'écoute sociale » et privilégiez des canaux spécifiques pour inviter ouvertement les membres de la communauté à partager leurs points de vue, et ainsi élaborer la riposte de manière appropriée ou acceptable pour la population locale. Cela peut également faciliter l'inventaire des capacités communautaires (par exemple, réseaux sociaux, institutions locales) pouvant être exploitées et appuyées.

Intégrer les approches traditionnelles et biomédicales dans la riposte. La médecine traditionnelle reste populaire (et dans certains cas préférée) au Cameroun, et pourtant les tradipraticiens et les acteurs de la santé publique et de la biomédecine demeurent pour la plupart étrangers les uns aux autres. Comme beaucoup de personnes utilisent déjà des médicaments traditionnels et biomédicaux, elles devraient être plus réceptives à une riposte reconnaissant la valeur de ces deux types de médecine.

Travailler avec les acteurs privés de la santé. Outre les tradipraticiens, les acteurs privés de la santé, notamment les services confessionnels et gérés par des ONG, ainsi que les

vendeurs de médicaments formels et informels, doivent également être considérés comme des partenaires essentiels. Les Camerounais recourent de manière quasi systématique à l'automédication et aux soins à domicile en premier lieu. Par conséquent, il y a une forte probabilité pour que les vendeurs de médicaments soient les premiers interlocuteurs de personnes souffrant de maladies à risque épidémique. Ils peuvent donc contribuer à la surveillance et à la riposte.

Repérer et collaborer avec les acteurs locaux reconnus, en tenant compte du fait qu'ils peuvent être difficiles à distinguer. La méfiance à l'égard du gouvernement central est généralisée. Dans la mesure du possible, il est donc impératif que la riposte soit intégrée au niveau local. Toutefois, les dirigeants locaux (par exemple les chefs) n'ont pas nécessairement la confiance de la population locale, qui peut les percevoir comme corrompus. Les chefs religieux tels que les prêtres, les pasteurs et les imams sont plus susceptibles d'être reconnus localement. Les acteurs de la riposte doivent cependant être préparés à repérer des acteurs de confiance moins évidents, qui peuvent varier en fonction des communautés.

Éviter tout partenariat avec des acteurs militaires ou trop politiques. Le contexte politique actuel du Cameroun est très tendu. Il est important d'éviter toute politisation de la riposte. En ce sens, il serait préférable de ne pas nouer de partenariats avec des acteurs ouvertement politiques, car cela pourrait entamer la confiance. Il convient également d'éviter les acteurs militaires camerounais, si possible, car leur implication dans le harcèlement, le viol et le meurtre de civils, en particulier dans les zones de conflit, risque de susciter la peur et la méfiance des citoyens.

Veiller à la transparence des fonds et des ressources. Au Cameroun, la corruption est perçue comme généralisée chez les détenteurs du pouvoir et les élites. Les interrogations sur la répartition des fonds dédiés à la COVID-19 ont ébranlé un peu plus la confiance des populations dans les autorités et, partant, leur volonté de participer aux mesures de contrôle. Soyez aussi transparent que possible et élaborer des mécanismes explicites de redevabilité, visibles par le public.

Les communications doivent être cohérentes, les doutes doivent être reconnus et communiqués. Le manque de cohérence des messages provenant des autorités centrales, associé au flux de fausses informations vers lesquelles s'est tournée la population pour combler l'information lacunaire sur la COVID-19, a entraîné la confusion, la crainte et la méfiance de nombreux Camerounais. Il peut être utile de communiquer sur les doutes, y compris aux niveaux infranational et communautaire, en l'absence de leadership national.

Utiliser les langues et les canaux de communication les plus appropriés au contexte local. Le Cameroun est extrêmement diversifié sur le plan ethnique, et plusieurs langues sont parlées en plus du français et de l'anglais, y compris le kóló au centre et au sud, le peul d'Adamaoua et l'arabe choua au nord, et des dialectes tels que le camfranglais, le pidgin et le pidgin camerounais. Les supports de communication et les activités d'engagement doivent être traduits ou conçus dans les langues appropriées au contexte local. En outre, ils doivent mettre l'accent sur l'imagerie visuelle pour les citoyens analphabètes. Les canaux de diffusion optimaux peuvent varier d'une communauté à l'autre. Dans les zones rurales, la radio et les crieurs publics sont des options valables. Dans les zones urbaines, la télévision et les médias sociaux peuvent avoir une bonne portée, notamment chez les femmes et les jeunes. N'oubliez pas que *l'émetteur* d'un message est tout aussi important que son contenu. Efforcez-vous de repérer et de puiser dans les réseaux reconnus.

Soutenir la résilience de la communauté avant et après les épidémies pour faciliter le rétablissement et renforcer la prévention et la riposte aux épidémies à l'avenir. Les approches de la résilience impliquent d'appuyer la création ou le fonctionnement des organisations communautaires, institutions et réseaux sociaux existants, et d'intégrer les connaissances, les ressources, les compétences et le leadership communautaires dans les activités de préparation et de riposte¹²⁸. Les communautés bouleversées par les conflits et les déplacements sont les moins susceptibles de disposer de capacités et de ressources solides en matière de résilience et devraient bénéficier d'un soutien particulier.

PRINCIPAUX ACTEURS

Cette section présente une liste des principaux acteurs recensés pendant le processus de recherche pour la présente note d'information et avec lesquels les acteurs de la réponse rapide pourraient vouloir collaborer.

INSTITUTIONS DE SCIENCES SOCIALES

L'Institut de formation et de recherche démographiques (IFORD) – [IFORD](#) est un institut intergouvernemental de formation et de recherche en sciences sociales basé à l'Université de Yaoundé. L'expertise en sciences sociales et la collaboration à la riposte pourraient être possibles.

Le Cameroon Centre for Evidence Based Health Care (CCEBHC) promeut une culture de soins de santé, de prestation de services et de politiques fondés sur des données probantes au Cameroun et au-delà. Il s'agit d'un Centre d'excellence du Joanna Briggs

Institute, basé à la Faculté des sciences de la santé de l'université d'Adélaïde. Il cherche à produire et à synthétiser les meilleures données disponibles et à inciter les décideurs à les utiliser. Le CCEBHC peut apporter son soutien en sciences sociales dans le cadre des activités de préparation et de riposte. **Contact** : (voir Dr Asahngwa ci-dessous)

Institut Muntu. [L'Institut Muntu](#) vise à réunir les sciences sociales et les acteurs publics, privés et de la société civile d'Afrique et d'ailleurs pour répondre aux principaux défis sociétaux. Son siège se situe à Yaoundé. **Contact** : contact@muntu-institute.africa

Association panafricaine des anthropologues. La [PAAA](#) est une association d'anthropologues issus de contextes africains et dont le travail est axé sur ces contextes. Des chercheurs en sciences sociales pourraient être recrutés dans cette association pour appuyer les interventions. Son siège se situe à Bamenda. **Contact** : nkwi70@yahoo.com

SOCIOLOGUES INDIVIDUELS

Les spécialistes des sciences sociales suivants (par ordre alphabétique), qui ont été consultés pour cette note d'information, nous ont donné la permission d'inclure leurs noms et leurs coordonnées ci-dessous au titre de possibles personnes-ressources, en vue de soutenir la préparation et la riposte aux épidémies :

Le **D^r Asahngwa Constantine** est un anthropologue médical qui se concentre sur les maladies tropicales infectieuses, non transmissibles et négligées. Il est également directeur du Cameroon Centre for Evidence Based Health Care (voir ci-dessus), où il travaille comme spécialiste de la synthèse et de l'utilisation des données probantes. Il est également maître de conférences au département d'anthropologie de l'Université de Yaoundé 1 au Cameroun. **Contact** : Asahngwa@gmail.com

Modeste Deffo est un anthropologue médical camerounais actuellement engagé dans un programme de préparation aux épidémies avec le Mouvement de la Croix-Rouge. Professionnel passionné à mi-carrière, il mène des activités de terrain et de gestion, notamment de recherche, d'élaboration et de mise en œuvre de programmes visant à améliorer la santé publique en Afrique et ailleurs. **Contact** : def_modeste@yahoo.fr

Le **D^r Ngambouk Vitalis Pemunta** est un anthropologue médical qui s'intéresse au genre, aux interactions entre les humains et les animaux, à la transmission des maladies, aux groupes de population vulnérables et à l'intersectionnalité. Il se concentre plus particulièrement sur les droits fondamentaux des femmes. Il enseigne actuellement à la School of Public Health and Community Medicine de l'université de Göteborg, en Suède.

Il est spécialiste des pays d'origine pour le Cameroun et la Sierra Leone dans le cadre du programme britannique Rights in Exile. **Contact :** vitalispemunta@gmail.com

Tabi Chama-James Tabenyang est titulaire d'une maîtrise en anthropologie appliquée de l'Université Walter Sisulu de Mthatha, en Afrique du Sud, et poursuit actuellement un doctorat à l'Université Witwatersrand de Johannesburg, en Afrique du Sud. Ses intérêts de recherche comprennent les systèmes de connaissances autochtones dans les pratiques de soins de santé en Afrique et l'anthropologie de l'exploitation des ressources naturelles.

Le **D^r Tatah Peter Ntaimah** est un spécialiste bilingue des sciences sociales qui possède une expérience dans les domaines de la santé, de l'environnement, de la foresterie, de l'énergie, des mines et des transports. Il contribue régulièrement à des analyses de la situation sanitaire, à des évaluations de la charge de morbidité et à la mise en œuvre de programmes de santé. Il est actuellement directeur des archives et des statistiques au Bureau national de l'état civil de Yaoundé au Cameroun. **Contact :** peterntaimah@gmail.com

Le **D^r Jeannette Wogaing Fotso** est une anthropologue camerounaise qui se concentre sur la maternité, la mortalité maternelle et les femmes à l'école, dans la médecine et les prisons. Elle s'intéresse également aux questions liées à la condition humaine. Elle travaille actuellement au Laboratoire de recherche anthropologique de l'université de Doula. Elle a récemment publié sur la pandémie de COVID-19 au Cameroun. **Contact :** wogaing@yahoo.fr

Organismes engagés dans la riposte aux épidémies au Cameroun

Organismes internationaux

Plusieurs initiatives interinstitutions ont été mises en place pour réunir les parties prenantes dans les domaines de la santé publique et de l'intervention humanitaire dans le pays, notamment l'Équipe spéciale sur le lien entre l'aide humanitaire, le développement et la paix, axée sur les objectifs de développement durable dans les zones touchées par la crise. Voir le [Revised Humanitarian Response Plan](#).

Action contre la faim a commencé à travailler au Cameroun en 2013. Bien que cet organisme ne se concentre pas principalement sur la riposte aux épidémies, il répond aux [besoins les plus pressants et aux urgences](#) des communautés les plus vulnérables (en particulier dans les zones en proie à l'insécurité ou les zones où vivent des populations déplacées) ainsi que sur le renforcement de la résilience à long terme.

Alliance for International Medical Action (ALIMA) concentre ses interventions sur l'[Extrême-Nord du Cameroun](#) depuis 2016, en particulier dans les zones de conflit.

Le travail de **l'International Medical Corps** au Cameroun [est axé sur les populations déplacées](#) et les camps de réfugiés.

La Croix-Rouge internationale a une longue expérience de la préparation et de la riposte aux épidémies [dans les régions les plus vulnérables](#) du pays et a formé plus de 200 volontaires locaux pouvant être mobilisés en cas d'urgence.

Le Comité international de secours [travaille au Cameroun depuis 2016](#) et se concentre sur les personnes déplacées, et notamment sur la prévention et la riposte aux épidémies telles que le choléra.

Médecins Sans Frontières (MSF) soutient et fournit une aide humanitaire dans le pays depuis plus de trente ans. Travaillant déjà sur place dans d'autres domaines, elle a été l'une des premières ONG impliquées [dans la riposte à la COVID-19](#).

Le Conseil norvégien pour les réfugiés a commencé à travailler au Cameroun en 2017. [Il se concentre sur les personnes déplacées](#), notamment en fournissant des services de santé et en participant à la riposte aux épidémies.

Le travail **de Plan International** [se concentre sur les enfants et les jeunes](#), qui peuvent être particulièrement vulnérables et exclus d'autres programmes.

Première urgence internationale [apporte une réponse multisectorielle](#) aux besoins de la population en mettant l'accent sur les populations déplacées.

Solidarités International dirige des [programmes d'urgence et de développement](#) dans le pays, en partenariat avec d'autres ONG et organismes gouvernementaux.

Les **Centers for Disease Control (CDC)** des États-Unis ont été [très actifs au Cameroun](#), à commencer par le travail sur le VIH/sida dans les années 1990. Pour [la riposte à la COVID-19](#), les CDC ont aidé le Ministère de la santé camerounais à activer le Centre des opérations d'urgence et à mobiliser les acteurs de la riposte, dont beaucoup avaient été impliqués dans la riposte à la maladie à virus Ebola de 2014 à 2016.

Les agences des Nations Unies, y compris l'[OMS](#), l'[UNICEF](#), le [FNUAP](#), le [PAM](#) et le [HCR](#), ont également participé à la riposte aux épidémies au Cameroun, y compris au choléra.

en 2010 et à la COVID-19 en 2020 et 2021. Le [travail des organismes](#) peut être particulièrement utile pour faire face aux effets protéiformes des épidémies dans les zones présentant des problèmes et des vulnérabilités intersectoriels (par exemple, la sécurité alimentaire, la santé infantile, les déplacements, les questions de sécurité).

Organisations camerounaises

Le **Care and Health Program (CHP)** a été fondé en 1996. Le CHP soutient le Ministère de la santé publique dans la mise en œuvre de programmes de santé dans les domaines du VIH/sida, de la planification familiale et de la préparation aux épidémies et aux pandémies, grâce au financement de divers bailleurs de fonds internationaux, y compris le PEPFAR, USAID, les CDC et le Fonds mondial.

La **Cameroon National Association for Family Welfare (CAMNAFAW)** a été créée en 1987. Elle est devenue la principale organisation camerounaise de promotion de l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive (SSR).

La **SWAA CAMEROUN** a été créée en 1991 pour combler le manque de leadership féminin dans la gestion des programmes de lutte contre le VIH/sida, les femmes étant parmi les plus vulnérables.

REMERCIEMENTS

Les auteurs aimeraient remercier les personnes suivantes pour leur expertise en sciences sociales et leur contribution opérationnelle durant la phase de recherche de la présente note d'information : D^r Jeanette Wogaing Fotso D^r Tatah Peter Ntaihah, Tabi Chama-James Tabenyang, D^r Ngambouk Vitalis Pemunta, D^r Asahngwa Constantine et Aimé Gilbert Mbonda Noula.

Cette note d'information a été révisée par : Aimé Gilbert Mbonda Noula, MD, MPH, PhDc, MBAC, et actuel responsable du Programme communautaire de préparation aux épidémies et aux pandémies pour la FICR (Central Africa Cluster basé à Yaoundé) ; et le D^r Ngambouk Vitalis Pemunta, anthropologue médical qui enseigne actuellement à la School of Public Health and Community Medicine de l'université de Göteborg, et actuel spécialiste des pays d'origine pour le Cameroun.

Citation suggérée : Hrynicky, T, Deffo, M et Sams, K (2021) L'Afrique contre les épidémies : Principales considérations en matière de préparation et de riposte aux épidémies au Cameroun, *Note d'information*.

Publiée en juin 2021



Tackling deadly diseases in Africa



© Institute of Development Studies 2021



Ceci est un document en libre accès diffusé selon les termes de la licence internationale Creative Commons Attribution 4.0 (CC BY), qui autorise l'utilisation, la diffusion et la reproduction sans restriction et sur tout support, à condition que les auteurs d'origine et les sources soient crédités, et toute modification ou adaptation mentionnées. <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode.fr>

ANNEXE : INFORMATIONS HISTORIQUES ET CONTEXTUELLES COMPLEMENTAIRES

Cette annexe fournit des informations contextuelles complémentaires sur les aspects présentés dans cette note d'information et aborde d'autres sujets qui pourraient intéresser les acteurs de la riposte.

CONTEXTE GENERAL

Géographie et agroécologie

Le Cameroun est un pays situé au carrefour de l'Afrique de l'Ouest et de l'Afrique centrale, limitrophe du Nigéria, du Tchad, de la République centrafricaine, du Congo, du Gabon et de la Guinée équatoriale, et bordé par l'océan Atlantique sur 400 km. Il est divisé administrativement en 10 régions qui portent des noms cardinaux pour la plupart (« Région Nord », « Région Extrême-Nord », etc.). Le pays jouit d'une grande diversité de zones géographiques/écoclimatiques, allant d'un environnement sahélien sec dans la région de l'Extrême-Nord à de denses forêts tropicales dans la partie sud du pays. Entre les deux, on trouve la savane sèche, la savane humide, les hautes terres, la forêt et les milieux côtiers.

Plus précisément, les climats plus secs de la savane sahélienne puis soudanaise se trouvent respectivement dans l'Extrême-Nord et le Nord. La région d'Adamaoua se caractérise par le climat de la forêt guinéenne et des hauts plateaux, tandis que les régions du Nord-Ouest et de l'Ouest se distinguent par la savane humide des hautes terres, entrecoupée de montagnes. Cette région est également désignée par toute une série d'autres noms, notamment Western Highlands, Western Grassfields, et Bamenda Highlands. Les régions du Sud-Ouest, du Littoral, du Centre, de l'Est et du Sud ont des climats beaucoup plus humides et se caractérisent par une forêt dense. Les saisons des pluies sont les plus courtes dans les régions du nord et les plus longues dans les régions du sud.

Population

La population camerounaise est estimée à 25,9 millions d'habitants¹²⁹, dont 57 % vivent en zone urbaine.¹³⁰ Les régions occidentales et septentrionales sont les plus densément peuplées et les régions méridionales et orientales sont moins peuplées. Bien qu'elle soit essentiellement rurale, la population des régions septentrionales a augmenté avec l'afflux de migrants fuyant la sécheresse ou la violence de Boko Haram. Les grandes villes de

Yaoundé (Région Centre) et Douala (Région du Littoral) comptent chacune environ quatre millions d'habitants et connaissent une croissance démographique rapide, une urbanisation non planifiée, un développement rapide des établissements informels et une agriculture urbaine importante¹⁴. Les dix régions du Cameroun peuvent être classées de la plus urbaine à la moins urbaine (% de taux d'urbanisation) comme suit : Littoral (96 %), Centre (75 %), Ouest (49 %), Sud-Ouest (48 %), Est (42 %), Nord-Ouest (42 %), Adamaoua (40 %), Sud (39 %), Nord (27 %) et Extrême-Nord (24 %)³¹.

Moyens de subsistance, statut socioéconomique et activité économique

Globalement, le Cameroun est classé dans les pays à revenu intermédiaire inférieur par la Banque mondiale. Toutefois, la pauvreté a augmenté ces dernières années, la réduction de la pauvreté ayant pris du retard par rapport à la croissance démographique. La pauvreté, estimée à 37,8 % en 2014, est également de plus en plus concentrée dans les régions du nord, où vivent 56 % des Camerounais démunis.¹³¹ Dans les zones rurales, la plupart des gens ordinaires travaillent principalement dans l'agriculture. Il leur arrive de cultiver à la fois des cultures vivrières et des cultures commerciales. Les principales cultures de subsistance sont la banane plantain, le haricot et la fève, la pomme de terre, l'igname, le manioc, le maïs, le palmier à huile et le millet, tandis que les principales cultures commerciales sont le cacao, le café, le coton, la banane, l'huile de palme et le thé¹³². L'extraction à grande échelle de ressources naturelles telles que le pétrole, le bois et, de plus en plus, les minéraux, par des grandes sociétés, souvent multinationales, attirées par des incitations fiscales favorables, n'a pas profité à la plupart des gens ordinaires et les a plutôt dépossédés de bon nombre de leurs terres ancestrales ou traditionnelles¹³⁵. Le taux global d'électrification s'élève à 70 %, avec un raccordement au réseau électrique de 98 % des personnes vivant en zone urbaine, contre seulement 32 % pour les personnes vivant en zone rurale¹⁴.

ÉCONOMIE POLITIQUE ET HISTOIRE

Un triple héritage colonial

Avant la période coloniale, le territoire du Cameroun moderne était gouverné par des chefferies puissantes. Certaines régions de ce territoire sont tombées sous le contrôle des Allemands à partir des années 1880 jusqu'à la fin de la Première Guerre mondiale. Elles ont ensuite été partagées entre les Français et les Britanniques puis sont passées sous la tutelle internationale de la Société des Nations (et plus tard de l'ONU).^{119,133} Cette division francophone/anglophone (80 % et 20 % du territoire respectivement) a produit des héritages linguistiques, institutionnels et culturels distincts d'une région à l'autre, avec des implications significatives pour le Cameroun actuel. Sous tutelle, le peuple camerounais jouissait de droits politiques et civiques, mais était traité comme tout autre

territoire colonisé, ce qui a attisé les velléités indépendantistes.¹¹⁹ Les colons, allemands comme français, ont utilisé les systèmes de gouvernance traditionnels et les chefs pour administrer et exploiter la population, utilisant le travail forcé et non rémunéré pour les travaux publics et les cultures commerciales, et recourant aux châtiments corporels contre la population¹³³. Les Français entretenaient également une classe de protégés camerounais, qui avaient assimilé la loi, la langue et les coutumes françaises, qu'ils traitaient comme des élites locales. Dans les années 1950, la montée d'un mouvement nationaliste hautement organisé à Douala et dans la région de Bamiléké fut violemment réprimée, notamment par des exécutions sommaires et en terrorisant les civils dans les zones d'opération des nationalistes¹¹⁹.

Indépendance et naissance des deux Cameroun

Le Cameroun français est devenu « indépendant » en 1960, bien qu'il soit resté fortement sous l'influence et le contrôle des Français, notamment grâce à l'installation du Président Ahmadou Ahidjo, un Camerounais qui travaillait dans l'administration coloniale. Ahidjo, en collaboration avec l'armée française, a mené une guerre violente contre les nationalistes qui ont continué à faire campagne contre le gouvernement profrançais tout au long des années 1960, causant des dizaines de milliers de morts civiles. Ces violences ont été décrites extérieurement par les Français comme une guerre « tribale » ou « civile », et la véritable nature et mesure de l'implication française ont longtemps été activement réprimées, jusqu'à récemment¹¹⁹.

Entre-temps, les anglophones du territoire contrôlé par les Britanniques ont voté pour rejoindre la République francophone du Cameroun en 1961, ne s'étant pas vu proposer le choix de l'indépendance. Les promesses d'autonomie au sein de la République se sont évanouies au fil des ans, entraînant un ressentiment des anglophones à l'égard de l'État central francophone, qui est aujourd'hui manifeste avec la crise actuelle¹¹⁶.

Pouvoir politique et pouvoir décisionnel après l'indépendance

Malgré les mouvements nationalistes et les tensions entre anglophones et francophones, le Cameroun est considéré comme l'autocratie la plus stable d'Afrique subsaharienne.¹¹³ Bien que cette autocratie ait été désignée démocratie multipartite dans le cadre de réformes libérales au début des années 1990, dans la pratique, elle est dominée depuis 1982 par le Rassemblement démocratique du peuple camerounais (RDPC) et son chef Paul Biya, qui réprime l'opposition depuis son investiture, notamment par des stratégies visant à diviser pour mieux régner, et un équilibre des élites ethniques au sein de son parti et de l'État.^{113,134} Dans l'ensemble, la société civile est politiquement orientée et alignée, soit sur le RDPC, soit sur l'opposition, auquel cas elle est réprimée. L'âge avancé de Paul Biya, les troubles politiques qui ont émaillé les récentes élections et la crise anglophone

en cours remettent en question le statu quo politique à très court terme¹³⁵. Les acteurs de la riposte aux épidémies doivent suivre attentivement l'évolution de cette situation politique, afin de rester au fait des potentiels changements de personnes auxquelles se fie la population, et de leurs implications pour les partenaires de la riposte aux épidémies. Il convient d'éviter tout parti pris politique explicite dans la riposte aux épidémies.

Politique, ethnicité et identité

Le maintien de l'équilibre politique ethnorégional du RDPC au moyen de réseaux d'élites pour conserver le pouvoir dans un contexte camerounais d'extrême diversité ethnique, a freiné les tendances au favoritisme extrême.¹¹³ En outre, la grande diversité ethnique du pays ne se prête pas à l'émergence d'oppositions politiques clairement alignées sur le plan ethnique. Les partis d'opposition camerounais sont plutôt associés à des groupes d'identité plus larges. Par exemple, les anglophones avec le Front social démocrate (SDF), le royaume Bamoun avec l'Union démocratique du Cameroun (UDC) et le « grand nord » musulman avec l'Union nationale pour la démocratie et le progrès (PNUD), qui dépassent tous les clivages ethniques.¹¹³ Ces associations reflètent des enjeux historiques, notamment la marginalisation des anglophones et des Bamilékés francophones des Grassfields par l'État francophone central, et la marginalisation des circonscriptions du nord du pays à la suite d'une tentative de coup d'État en 1984¹¹³. Cela dit, on craint que les tensions ethniques augmentent à la suite de l'élection présidentielle contestée de 2018, émaillée d'insultes et violences ethniques entre les groupes ethniques bété et boulo dont Biya est membre, et le groupe ethnique bamiléké du chef du parti d'opposition Mouvement de la Renaissance du Cameroun (MRC), Maurice Kamto¹³⁶. Ces tensions peuvent pousser des groupes ethniques à en accuser d'autres d'être à l'origine des épidémies, ce qui oblige les intervenants à lutter contre ces stigmatisations et ces fausses informations.

GROUPES, STRUCTURES ET ORGANISATIONS SOCIAUX

Ethnicité, organisation sociale, langue et religion

Ethnicité. Le Cameroun compte plus de 240 groupes ethniques. Cette diversité incroyable est considérée par certains comme un garde-fou contre les violences intercommunautaires, car les groupes ethniques camerounais ont réussi à cohabiter pacifiquement dans l'ensemble. Cette diversité a été catégorisée de plusieurs manières, notamment au moyen des catégories régionales/d'identités suivantes :

1. Les habitants des hautes-terres du Cameroun ou de l'ouest (38 %) comprennent les peuples bamiléké, bamoun et tikar.
2. Les populations des forêts tropicales du sud (18 %) comprennent les peuples bété, maka, djem et baka.

3. La population majoritairement islamique (14 %) du désert septentrional et des hautes terres centrales comprend le peuple peul.
4. La population des forêts tropicales côtières (12 %) comprend les peuples bassa et douala, entre autres.
5. Le peuple kirdi (18 %) vit dans le désert du nord et les hauts plateaux du centre. Certains se sont récemment convertis à l'islam.

Par ailleurs, les groupes ethniques camerounais sont répartis de la manière suivante :¹⁴

- Bamiléké-Bamoun 24,3 %
- Beti/Bassa, Mbam 21,6 %
- Biu-Mandara 14,6 %
- Arabe choua/Haoussa/Kanouri 11 %
- Adamaoua-Oubangui, 9,8 %
- Grassfields 7,7 %
- Kaka, Maka 3,3 %
- Côtiers/Bakossi/Oroko 2,7 %
- Bantou du sud-ouest 0,7 %
- Étranger/autre groupe ethnique 4,5 %

Les Bakas et les Wodabbes se distinguent des autres groupes ethniques du Cameroun par leur mode de vie mobile et le fait qu'ils ont toujours été marginalisés par la société et l'État central. Comme nous l'avons indiqué dans le texte principal, les Bakas sont un peuple autochtone semi-nomade qui vit dans les forêts du sud-est. Les services sociaux tels que la santé et l'éducation ne sont pas compatibles avec leurs coutumes. Ils sont donc souvent exclus de ces institutions, ainsi que de toute forme de prise de décision politique. Ils ont été dépossédés de leurs terres forestières ancestrales, auxquelles ils attribuent parfois des maladies. Ils se spécialisent dans le commerce de la viande et la médecine traditionnelle à base de plantes, pour laquelle ils sont réputés^{35,37,75}.

Les éleveurs wodaabes se trouvent dans de nombreuses régions du Cameroun. À l'instar des Bakas, leur mode de vie mobile et leur aptitude plus limitée à parler anglais ou français peuvent les empêcher d'accéder aux services de santé et de participer à la riposte aux épidémies. Les conflits de plus en plus fréquents entre éleveurs et agriculteurs pauvres résultant des changements climatiques et de la raréfaction des terres, parfois attisés par les élites locales cherchant à exploiter ces conflits, peuvent renforcer la méfiance mutuelle de ces groupes^{76,77}, et potentiellement les conduire à se tenir mutuellement responsables en cas d'épidémie. Les militaires sont également accusés

d'avoir récemment engagé des milices peules armées pour effectuer des exercices militaires dans la région anglophone, menaçant de donner une dimension ethnique à ce conflit qui oppose actuellement les séparatistes anglophones et l'État dominé par les francophones⁷⁸. Les ripostes aux épidémies doivent atténuer et non pas attiser ces tensions, sous peine d'aggraver ces épidémies. Ils doivent également fournir des services mobiles pour soutenir ces communautés.

Organisation sociale. Comme dans d'autres contextes africains, les anthropologues ont noté l'importance de la parenté dans la société camerounaise, liée à une notion de richesse sociale (par opposition à la richesse matérielle dans les traditions occidentales). Les liens de parenté sont assortis d'obligations et de possibilités, notamment en matière d'hébergement, de travail ou d'autres ressources. La notion de « parent » peut également être flexible, ce qui permet de revendiquer des liens de parenté de manière stratégique¹³⁷.

Langues. Comme l'indique le texte principal, le premier fossé linguistique se situe entre les anglophones des régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest et la majorité francophone qui vit dans le reste du pays. Cependant, les personnes peuvent également parler ou même préférer d'autres langues ou dialectes locaux dans la vie quotidienne. On peut citer à cet égard le camfranglais, le pidgin et le pidgin camerounais. Le kóló, le bassa, le douala, le ghomala', le peul et le maka figurent également parmi les langues importantes¹⁰⁹.

Religion. Selon l'Office of International Religious Freedom, 69,2 % des Camerounais sont chrétiens, dont 55,5 % de catholiques romains, 38 % de protestants, et d'autres confessions chrétiennes pour le reste. Les habitants des régions anglophones sont majoritairement protestants, tandis que ceux des cinq régions francophones du sud sont principalement catholiques. Environ 21 % de la population est musulmane (notamment les groupes peuls) et vit principalement dans les régions du nord, bien que certains des Bamouns de l'ouest soient également musulmans¹³⁸. Les attaques de Boko Haram dans le nord du pays ont entraîné une stigmatisation des groupes musulmans¹³⁹.

Selon ce classement, les animistes représentent 5,6 % de la population, les autres confessions 1 %, et les personnes sans religion 3,2 %¹³⁸. Au Cameroun, certains aspects de l'animisme et du culte des ancêtres se retrouvent souvent dans les religions chrétienne et musulmane, entre autres, ou sont pratiqués en parallèle. La religion et la politique sont récemment entrées en confrontation, quand le gouvernement s'en est pris aux chefs religieux pentecôtistes et presbytériens pour avoir parlé des droits de l'homme, ou quand il les a accusés de se livrer à des activités criminelles¹⁴⁰.

Les chefs religieux sont des acteurs clés reconnus par la population. À ce titre, ils doivent être inclus dans les activités de préparation et de riposte aux épidémies.

Interprétations émiques de la santé et de la maladie

Comme mentionné dans le texte principal, de nombreux Camerounais peuvent parfois interpréter les maladies comme transmises par la sorcellerie, des ruptures sociales ou d'autres manières. Même les étiologies qui ne sont pas surnaturelles peuvent ne pas totalement correspondre aux perspectives biomédicales. La terminologie et les descriptions des maladies peuvent également différer entre les citoyens et les prestataires de soins de santé, créant ainsi la confusion. Les acteurs de la riposte aux épidémies doivent être conscients que ces interprétations alternatives des maladies peuvent circuler dans les communautés, et que cela peut avoir un impact sur la façon dont les populations locales peuvent (ou non) chercher des soins, modifier leur comportement, ou collaborer et se fier aux acteurs de la riposte. Compte tenu de l'incroyable diversité des groupes ethniques au Cameroun, il est impossible de transcrire l'ensemble des catégories et interprétations de maladies pouvant être pertinentes. Cependant, quelques exemples tirés des groupes ethniques fang et wodaabe sont détaillés ci-dessous.

Les Fangs sont un groupe ethnique du sud-ouest du Cameroun. Les chercheurs ont constaté que, selon les Fangs, la maladie ou la mort sont souvent provoquées par la jalousie, les ancêtres, les relations sociales néfastes ou la sorcellerie⁵⁰. Même si une maladie présente les mêmes symptômes qu'une affection biomédicale, la biomédecine peut n'avoir aucun effet sur elle si une de ces causes en est à l'origine. Parmi les catégories de maladie des Fangs, on peut citer :

- *Eluma* : caractérisée par une agressivité, des maux de tête et une douleur aiguë.
- *Kong* : se traduit par une léthargie, une désorientation. Cette catégorie a parfois été diagnostiquée par la médecine occidentale comme un stade avancé du SIDA ou de la syphilis, ou comme la démence⁵⁰.
- *Mibili* : hallucinations, cauchemars et apparition de rites funéraires en pensées.
- *Mikug* : altérations du mouvement des membres, immobilité soudaine, déréalisation.
- *Nsamadalu* : perte de poids, isolement, difficultés à parler. Cela peut se transmettre aux générations suivantes.

Chez les Wodaabes du centre du Cameroun, les troubles peuvent être désignés par l'organe qu'ils sont censés affecter, le nom de l'organe étant précédé du mot wodaabe

« okoân » désignant la maladie. Par exemple, « okoânésseuk » signifie maladie du foie et désigne la maladie biomédicale de l'hépatite. Les maladies peuvent également être désignées par leur cause ou leur origine présumées. Les « maladies simples » sont les maladies connues qui peuvent être traitées par la biomédecine. Quant aux « maladies graves », elles peuvent être le fruit de la sorcellerie et dépassent donc les compétences biomédicales, c'est pourquoi elles requièrent l'expertise de guérisseurs traditionnels. Ces maladies peuvent être désignées par le terme « evu ». Les Wodaabes font également la distinction entre plusieurs types de paludisme, et notamment le « ebem koe », qui est celui qui touche le plus souvent les enfants de moins de 10 ans⁵¹.

Jeunesse, éducation et alphabétisation

Depuis plusieurs années, des dizaines de milliers d'enfants de l'Extrême-Nord, du Nord-Ouest et du Sud-Ouest n'ont pas pu aller à l'école en raison des conflits persistants⁶¹, au cours desquels des groupes séparatistes ont perpétré des attaques contre des écoles dans la région anglophone¹⁴¹. Il est donc très difficile pour les acteurs de la riposte aux épidémies d'approcher les enfants en dehors de l'école. Pour ce faire, ils doivent donc passer par leurs parents ou d'autres réseaux sociaux et institutions tels que les communautés religieuses.

Si l'on excepte ce cas de figure, l'école est un bon moyen d'entrer en contact avec les jeunes d'âge scolaire au Cameroun. Chez les enfants scolarisés, les garçons ont tendance à être privilégiés. Cela particulièrement vrai pour les établissements du secondaire, où 65 % des garçons sont inscrits, contre seulement 53 % des filles, qui sont également censées effectuer des tâches ménagères non rémunérées et s'occuper des soins au domicile⁶¹. Il est également possible d'atteindre les jeunes par l'intermédiaire d'associations bénévoles et d'organisations de jeunesse¹⁴².

Les niveaux d'alphabétisation au Cameroun sont les plus élevés chez les 15-24 ans avec plus de 80 %. Chez les Camerounais âgés de 65 ans et plus, ce chiffre tombe à environ 60 % chez les hommes et 25 % chez les femmes¹⁴³. Ces taux relativement élevés d'analphabétisme, en particulier chez les femmes âgées, impliquent la nécessité d'inclure dans ces activités de communication des stratégies visant à intégrer ces groupes plus vulnérables.

Genre

Le combat des femmes camerounaises pour l'égalité des genres est incessant. Le pays était classé 141^e pays sur 189 à l'Indice d'inégalité des genres du PNUD en 2017. Si 39 % des Camerounais vivent en dessous du seuil de pauvreté, cette proportion passe à 52 % chez les femmes⁶¹. Seulement 1,6 % des femmes possèdent un titre foncier. Pourtant, les

femmes représentent près de 72 % de la main-d'œuvre agricole informelle et cultivent principalement des cultures vivrières, tandis que les hommes se consacrent davantage aux cultures commerciales.⁷⁷ La position marginale des femmes est en partie due aux normes sociales déterminant leurs rôles et leurs responsabilités. Elles sont censées préparer les repas, chercher et stocker l'eau, maintenir l'hygiène domestique et prendre soin des enfants et des autres personnes dépendantes au sein de la famille et de la communauté, activité qui pourrait les exposer à un risque accru de maladie infectieuse. Elles consacrent 8,2 heures par semaine de plus que les hommes à des tâches ménagères non rémunérées, ce qui finit par restreindre leur participation politique et économique⁶¹. Elles peuvent également être exclues de certaines activités quand elles ont leurs règles.

En outre, dans tous les groupes ethniques (à l'exception des Bakas), les hommes contrôlent tous les actifs stratégiques de la famille ou du groupe de parents, y compris les terres, le bétail, l'argent, l'éducation des enfants et l'accès aux soins de santé, et ont les pleins pouvoirs en matière de décisions. Les pratiques de mariage exogamiques coutumières, par lesquelles les femmes se marient et deviennent membres du groupe de parents de leur mari, les empêchent de posséder ou de contrôler ces actifs importants, car elles sont considérées comme des membres non permanents du groupe de parenté, et peuvent même être elles-mêmes considérées comme la propriété de ce groupe⁷⁷.

Bien que les femmes soient confrontées à des taux élevés de violence domestique, et aux violences sexuelles en tant qu'arme de guerre et de terreur dans les zones de conflits, les hommes sont plus susceptibles d'être battus ou arrêtés arbitrairement, d'être recrutés de force, d'être victimes d'exécutions sommaires, d'être blessés ou tués en lien direct avec les conflits¹⁴⁴. Ainsi, les femmes assument des responsabilités rémunératrices supplémentaires dans certains endroits, notamment dans le nord-ouest. Certains hommes se sont sentis émasculés par cette inversion des rôles, ce qui a entraîné une hausse des violences domestiques contre les femmes⁶¹.

REFERENCES

1. Dzudie, A., Fourie, J. M., Scholtz, W., Scarlatescu, O., Nel, G., & Kingue, S. (2020). Cameroon Country Brief: PASCAR and WHF Cardiovascular Diseases Scorecard project. 31(2), 8.
2. Ministry of Public Health, C., Observatoire Nationale de la Santé Publique, & World Health Organization. (2016). HEALTH ANALYTICAL PROFILE 2016 CAMEROON.
3. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). (n.d.). Cameroon. Institute for Health Metrics and Evaluation. Retrieved 25 March 2021, from <http://www.healthdata.org/cameroon>
4. Wirsy, F. S., Ako-Arrey, D. E., Njukeng, P. A., Tendongfor, N., Manjong, F. T., Lukong, L. K., Lekedji, M. Y., Gamba, R. B., & Yeika, E. V. (2019). Maternal Mortality in Cameroon: A Critical Review of its Determinants. *Journal of Gynaecology and Neonatal*, 2(1). <http://www.scienceinquest.com/open-access/fulltext/jgn/maternal-mortality-in-cameroon-a-critical-review-of-its-determinants.php>
5. Enang, A. E. (2019). An Appraisal on the Evolution of Medicine in Cameroon. 13. <https://www.dpublication.com/wp-content/uploads/2019/11/8054.pdf>
6. Feldman-Savelsberg, P., Ndonko, F. T., & Schmidt-Ehry, B. (2000). Sterilizing Vaccines or the Politics of the Womb: Retrospective Study of a Rumor in Cameroon. *Medical Anthropology Quarterly*, 14(2), 159–179. <https://doi.org/10.1525/maq.2000.14.2.159>
7. Tandj, T. E., Cho, Y., Akam, A. J.-C., Afoh, C. O., Ryu, S. H., Choi, M. S., Kim, K., & Choi, J. W. (2015). Cameroon public health sector: Shortage and inequalities in geographic distribution of health personnel. *International Journal for Equity in Health*, 14. <https://doi.org/10.1186/s12939-015-0172-0>
8. Ministère de la santé Publique au Cameroun. (2016). STRATEGIE SECTORIELLE DE SANTE 2016-2027. <https://info.undp.org/docs/pdc/Documents/CMR/strat%C3%A9gie%20Sant%C3%A9.pdf>
9. Antonio-Nkondjio, C., Ndo, C., Njiokou, F., Bigoga, J. D., Awono-Ambene, P., Etang, J., Ekobo, A. S., & Wondji, C. S. (2019). Review of malaria situation in Cameroon: Technical viewpoint on challenges and prospects for disease elimination. *Parasites & Vectors*, 12(1), 501. <https://doi.org/10.1186/s13071-019-3753-8>
10. MSF. (2021). Community-based healthcare is a lifeline for displaced people in Cameroon | MSF. Médecins Sans Frontières (MSF) International. <https://www.msf.org/community-based-healthcare-lifeline-displaced-people-cameroon>
11. MSF. (2021). MSF ambulance fired on in South-West Cameroon | MSF. Médecins Sans Frontières (MSF) International. <https://www.msf.org/msf-ambulance-fired-south-west-cameroon>
12. Fonyuy, B. E., Sirri, M. S. C., Mercy, M. K., & Ndifor, D. B. (2019). Effectiveness of Community-Directed Intervention in the Roll-Back Malaria among the Under-Five Population of the Ndop Health District in North West Cameroon. *Annals of Clinical and Laboratory Research*, 7(1). <https://www.aclr.com.es/abstract/effectiveness-of-communitydirected-intervention-in-the-rollback-malaria-among-the-underfive-population-of-the-ndop-health-district-in-north-west-cameroon-24036.html>
13. Jhpigo. (2021). Community Health Workers Provide Needed Health Services in Cameroon. <https://www.jhpigo.org/story/community-health-workers-provide-needed-health-services-in-cameroon/>
14. Central Intelligence Agency. (2021). Cameroon—The World Factbook. <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/cameroon/>
15. Gruénais, M.-É., Okalla, R., & Gauvrit, E. (2008). How Can the Local Level Exist? The Case of the Decentralisation of the Health System in Cameroon. In *The Governance of Daily Life in Africa* (pp. 101–118). Brill.
16. Makoge, V., Vaandrager, L., Maat, H., & Koelen, M. (2017). Poverty and health among CDC plantation labourers in Cameroon: Perceptions, challenges and coping strategies. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, 11(11), e0006100. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0006100>
17. Wees, S. H. van, Betsi, E., & Sop, M. D. S. (2021). A description and explanation of the complex landscape of faith-based organisations in Cameroon's health sector. *Development in Practice*, 31(3), 356–367. <https://doi.org/10.1080/09614524.2020.1841737>
18. Kabore, A., Enyu'u, C., & Eboko, F. (2019). La question des populations-clés dans les ICN: Les associations entre impératif de santé publique et enjeux idéologiques. Une comparaison Cameroun, Burkina Faso (fr). *Face à face. Regards sur la santé*, 15. <http://journals.openedition.org/faceface/1306>
19. Baxerres, C., Cassier, M., Chabrol, F., & Haxaire, C. (2017). Trente-cinq ans d'anthropologie du médicament en Afrique: Retour sur l'étude des marchés informels, des hôpitaux et des usages pharmaceutiques. *Commentaire de l'article de Sjaak Van der Geest. Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 14. <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/2462>

20. Mounier-Jack, S., Edengue, J. M., Lagarde, M., Baonga, S. F., & Ongolo-Zogo, P. (2016). One year of campaigns in Cameroon: Effects on routine health services. *Health Policy and Planning*, 31(9), 1225–1231. <https://doi.org/10.1093/heapol/czw054>
21. Geest, S. V. der. (2017). Les médicaments sur un marché camerounais. Reconsidération de la commodification et de la pharmaceuticalisation de la santé. *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 14. <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.2450>
22. Wogaing, J. (2010). De la quête à la consommation du médicament au Cameroun. *Revue Internationale Sur Le Médicament*, 3, 2–51.
23. Labhardt, N. D., Aboa, S. M., Manga, E., Bensing, J. M., & Langewitz, W. (2010). Bridging the gap: How traditional healers interact with their patients. A comparative study in Cameroon. *Tropical Medicine & International Health*, 15(9), 1099–1108. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2010.02575.x>
24. Fokou, M., Teyang, A., & Titchou, F. (2011). Phlegmatia cerulae dolens et gangrène veineuse de jambe. *Médecine d'Afrique Noire*, n°5807, p.335–338.
25. Wamba, A., & Groleau, D. (2012). Constructing Collaborative Processes between Traditional, Religious, and Biomedical Health Practitioners in Cameroon. *Nordic Journal of African Studies*, 21(2), 26–26.
26. Ndongo, J. P. M. M. (2019). Fulani Medicine in Northern Cameroon. *Global Journal of Archaeology & Anthropology*, 11(2), 029–037. <https://doi.org/10.19080/GJAA.2019.11.555806>
27. Hillenbrand, E. (2006). Improving traditional-conventional medicine collaboration: Perspectives from Cameroonian traditional practitioners. *Nordic Journal of African Studies*, 15(1).
28. Nsagha, D. S., Ayima, C. W., Nana-Njamen, T., & Assob, J. C. N. (2020). The Role of Traditional, Complementary/Alternative Medicine in Primary Healthcare, Adjunct to Universal Health Coverage in Cameroon: A Review of the Literature. *American Journal of Epidemiology*, 8(1), 37–47.
29. Médard, J.-F. (2001). Décentralisation du système de santé publique et ressources humaines au Cameroun. *Bulletin de l'APAD*, 21, Article 21. <https://doi.org/10.4000/apad.35>
30. Hours, B. (1985). L'état sorcier: Santé publique et société au Cameroun. (Centre IRD de Bondy). L'Harmattan. <http://www.documentation.ird.fr/hor/fdi:21148>
31. Kwedi Nolna, S., Kammogne, I. D., Ndzinga, R., Afanda, B., Ntonè, R., Boum, Y., & Nolna, D. (2016, September 1). Community knowledge, attitudes and practices in relation to tuberculosis in Cameroon [Text]. *International Union Against Tuberculosis and Lung Disease*. <https://doi.org/10.5588/ijtld.15.0897>
32. Abega, S. C., Vernazza-Licht, N., & Bley, D. (2005). Qualité de vie des travailleurs et exposition à la maladie dans une plantation agro-industrielle du Sud Cameroun: Approche anthropologique. In D. BLEY (Ed.), *Cadre de vie et travail. Les dimensions d'une qualité de vie au quotidien* (pp. 201–218.). Edisud. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01442716>
33. Fosso, A. L., Moluh, S., Ngum, B., Vougmo, C., Amani, A., Kananda, G., Baye, M., Essomba, E., Banze Wa Nsensele, L., & Mbu, R. (2020). Une anthropologie impliquée pour améliorer les soins aux nouveau-nés au Cameroun. *S.F.S.P.*, 45–52.
34. Tantchou, J. (2013). « Dire » la maladie du malade: À propos d'un service de médecine interne au Cameroun (note de recherche). *Anthropologie et Sociétés*, 37(3), 269–289. <https://doi.org/10.7202/1024090ar>
35. Carson, S. L., Kentatchime, F., Sinai, C., Van Dyne, E. A., Nana, E. D., Cole, B. L., & Godwin, H. A. (2019). Health Challenges and Assets of Forest-Dependent Populations in Cameroon. *EcoHealth*, 16(2), 287–297. <https://doi.org/10.1007/s10393-019-01411-9>
36. Sieleunou, I., Allegri, M. D., Bonong, P. R. E., Ouédraogo, S., & Ridde, V. (2020). Does performance-based financing curb stock-outs of essential medicines? Results from a randomised controlled trial in Cameroon. *Tropical Medicine & International Health*, 25(8), 944–961. <https://doi.org/10.1111/tmi.13447>
37. Pemunta, N. V. (2019). Factors Impeding Social Service Delivery among the Baka Pygmies of Cameroon. *Journal of Progressive Human Services*, 30(3), 211–238. <https://doi.org/10.1080/10428232.2019.1581041>
38. Makoge, V., Maat, H., Vaandrager, L., & Koelen, M. (2017). Poverty-related diseases (PRDs): Unravelling complexities in disease responses in Cameroon. *Tropical Medicine and Health*, 45(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s41182-016-0042-5>
39. Chabrol, F. (2019). La longue éclipse des hépatites virales en Afrique. *Ethnographie à l'hôpital à Yaoundé. Émulation*, 27.
40. Kindzeka, M. E. (2021, May 22). Cameroon Hospitals Accused of Preventing Insolvent Patients from Leaving | Voice of America—English. *Voice of America*. <https://www.voanews.com/africa/cameroon-hospitals-accused-preventing-insolvent-patients-leaving>
41. Devakumar, D., & Yates, R. (2016). Medical Hostages: Detention of Women and Babies in Hospitals. *Health and Human Rights*, 18(1), 277–282.
42. Allegri, M. D., Bertone, M. P., McMahon, S., Chare, I. M., & Robyn, P. J. (2018). Unraveling PBF effects beyond impact evaluation: Results from a qualitative study in Cameroon. *BMJ Global Health*, 3(2), e000693. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000693>
43. Tijou Traore, A., & Tantchou, J. C. (2017). En quête de prévention: Transmission des savoirs et agencité des mères séropositives au Cameroun. *Face à face. Regards sur la santé*, 14. <http://journals.openedition.org/faceaface/1144>
44. Ojong, N. (2019). Healthcare Financing in Rural Cameroon. *Societies*, 9(4), 77. <https://doi.org/10.3390/soc9040077>
45. Kpoundia, F. M. (2015). L'expertise profane dans la prise en charge hospitalière du VIH/SIDA au Cameroun: Entre bénévolat et emploi. *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 10. <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.1629>

46. Makoge, V., Maat, H., Edward, N., & Emery, J. (2016). Knowledge, Attitudes and Practices towards Malaria in Mbonge and Kumba Sub-divisions in Cameroon. *International Journal of TROPICAL DISEASE & Health*, 15(2), 1–13. <https://doi.org/10.9734/IJTDH/2016/24808>
47. Belikab, L. M. (2017). Contexte camerounais des soins palliatifs pédiatriques: Ethnanalyse des maladies de l'enfant. *Médecine Palliative*, 16(6), 329–337. <https://doi.org/10.1016/j.medpal.2017.08.007>
48. Vernazza-Licht, N., Bley, D., Mudubu, L. K., & Mbetoumou, M. (2015). Entre fatalité et action: Perception et gestion du risque palustre au Cameroun. In P. Simon (ed.) (Ed.), *Du risque en Afrique: Terrains et perspectives* (pp. 201–213). Karthala. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01290847>
49. Feudjio, Y. B. D. (2010). Réseaux relationnels et processus de soutien aux malades de la tuberculose au Cameroun. *Redes. Revista Hispana para el Análisis de Redes Sociales*, 18, 145–162.
50. Jimenez Fernandez, R., Corral Liria, I., Rodriguez Vázquez, R., Cabrera Fernandez, S., Losa Iglesias, M. E., & Becerro de Bengoa Vallejo, R. (2018). Exploring the knowledge, explanatory models of illness, and patterns of healthcare-seeking behaviour of Fang culture-bound syndromes in Equatorial Guinea. *PLOS ONE*, 13(9), e0201339. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201339>
51. Vernazza-Licht, N., Bley, D., Mbetoumou, M., NDONKOU, P., NGONO, A., & TCHANGA, R. (2016). Rapport final POS ANTLUT Cameroun (p. 186 p.) [Research Report]. Palevalut, Initiative 5 % Fond Mondial. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01986845>
52. Egbe, T. O., Nge, C. A., Ngouekam, H., Asonganyi, E., & Nsagha, D. S. (2020). Stigmatization among People Living with HIV/AIDS at the Kumba Health District, Cameroon. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care (JIAPAC)*, 19, 2325958219899305. <https://doi.org/10.1177/2325958219899305>
53. Njunda, A. L., Ndzi, E. N., Assob, J. C. N., Kamga, H.-L. F., & Kwenti, E. T. (2017). Prevalence and factors associated with urogenital schistosomiasis among primary school children in barrage, Magba sub-division of Cameroon. *BMC Public Health*, 17(1), 618. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4539-6>
54. Akem, E. S., & Pemunta, N. V. (2020). The bat meat chain and perceptions of the risk of contracting Ebola in the Mount Cameroon region. *BMC Public Health*, 20, 1–10.
55. KENFACK, T. T., TSALEFAC, M., & HAIDU, I. (2009). INFLUENCE DU CLIMAT SUR LES EPIDEMIES DE MENINGITES A MENINGOCOQUE DANS LA PLAINE DU DIAMARE (EXTREME- NORD CAMEROUN). 263–268.
56. Massenet, D., Vohod, D., Hamadicko, H., & Caugant, D. A. (2011). Epidemic Meningococcal Meningitis, Cameroon. *Emerging Infectious Diseases*, 17(11), 2070–2072. <https://doi.org/10.3201/eid1711.110468>
57. Ewang, B. F., Eyong, M. E., Cumber, S. N., Nkfusai, C. N., Yankam, B. M., Anye, C. S., Achu, J. R., Suh, B. M., Nkeng, M. N., Nzoyom, R. B., Tsoka-Gwegweni, J. M., & Akum, E. A. (2020). Vaccination Coverage Under the Expanded Program on Immunization in South West Cameroon. *International Journal of Maternal and Child Health and AIDS*, 9(2), 242–251. <https://doi.org/10.21106/ijma.308>
58. Ndipowa, J. A. C., Kamga, H. L., & Mbangwana, P. (2020). Building an Efficient and Effective Vaccination Programme for Poliomyelitis Immunisation in Bamenda Health District, Cameroon. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.4041975>
59. Nkendah, R. (2010). The Informal Cross-Border Trade of agricultural commodities between Cameroon and its CEMAC's Neighbours. 42.
60. Konings, P. J. J. (2005). The Anglophone Cameroon-Nigeria boundary: Opportunities and conflicts. *African Affairs*, 104. <https://doi.org/10.1093/afraf/adi004>
61. Gender Standby Capacity Project (GenCap). (2019). Data on gender equality in Cameroon. https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/data_on_gender_equality_in_cameroon-hno_2020-17_oct_19.pdf
62. Guévart, E., Solle, J., Mouangue, A., Noeske, J., Bitu, A., Fonkoua, M.-C., & Ndayo Wouafo, M. (2006). Évolution de la sensibilité de *Vibrio cholerae* O1 après utilisation prolongée d'antibiotiques en traitement et en prophylaxie au cours de l'épidémie de choléra de Douala (Cameroun) 2004. *Médecine et Maladies Infectieuses*, 36(6), 329–334. <https://doi.org/10.1016/j.medmal.2005.11.020>
63. Amani, A., Fouda, A. A. B., Nangmo, A. J., Bama, S. N., Tatang, C. A., Mbang, M. A., Douba, E. C. E., Noulou, A. G. M., Dia, M., & Bouhenia, M. (2021). Reactive mass vaccination campaign against cholera in the COVID-19 context in Cameroon: Challenges, best practices and lessons learned. *The Pan African Medical Journal*, 38(392), Article 392. <https://doi.org/10.11604/pamj.2021.38.392.27754>
64. Amani, A., Tatang, C. A., Bayiha, C. N., Woung, M., Ngo Bama, S., Nangmo, A., Mbang, M. A., & Epee Douba, E. (2021). A reactive vaccination campaign with single dose oral cholera vaccine (OCV) during a cholera outbreak in Cameroon. *Vaccine*, 39(8), 1290–1296. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2021.01.017>
65. Delpeyroux, F., Colbère-Garapin, F., Razafindratsimandresy, R., Sadeuh-Mba, S., Joffret, M.-L., Rousset, D., & Blondel, B. (2013). Éradication de la poliomyélite et émergence de poliovirus pathogènes dérivés du vaccin: De Madagascar au Cameroun. *Médecine/Sciences*, 29(11), 1034–1041. <https://doi.org/10.1051/medsci/20132911021>
66. WHO. (2017). WHO | Cameroon investigates yaws outbreak among indigenous populations. WHO; World Health Organization. http://www.who.int/neglected_diseases/news/Cameroon_investigates_yaws_outbreak/en/
67. Ngono, J.-P. N., Tchatchouang, S., Tsanga, M. V. N., Tabah, E. N., Tchualeu, A., Asiedu, K., Giacani, L., Eyangoh, S., & Crucitti, T. (2021). Ulcerative skin lesions among children in Cameroon: It is not always Yaws. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, 15(2), e0009180. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0009180>
68. Kouam, M. K., Tchouankui, H. N., & Ngapagna, A. N. (2019). Epidemiological Features of Highly Pathogenic Avian Influenza in Cameroon. *Veterinary Medicine International*, 2019, e3796369. <https://doi.org/10.1155/2019/3796369>
69. United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA). (2020). Cameroon Revised Humanitarian Response Plan 2020. OCHA.

- https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/cmr_hrp_2020-revised_v20072020_final.pdf
70. Ngo, N. V., Pemunta, N. V., Muluh, N. E., Adedze, M., Basil, N., & Agwale, S. (2020). Armed conflict, a neglected determinant of childhood vaccination: Some children are left behind. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 16(6), 1454–1463. <https://doi.org/10.1080/21645515.2019.1688043>
 71. World Bank. (2016). Addressing the Health Care Needs of Cameroon's Most Vulnerable Populations [Text/HTML]. World Bank. <https://www.worldbank.org/en/news/feature/2016/05/09/addressing-the-health-care-needs-of-camerouns-most-vulnerable-populations>
 72. OCHA. (2020). Humanitarian Response Plan at a Glance. https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/cmr_hrp20_glance_2a4-en_covid_20072020_final.pdf
 73. Gaston Buh-Wung, Tongwa Aka F., Isabella Zouh T., & Burnley Clementine. (2012). Local governance in disaster risk reduction in Cameroon: Original research. *Jamba : Journal of Disaster Risk Studies*, 4(1), 1–9. <https://doi.org/10.4102/jamba.v4i1.56>
 74. Pemunta, V. N., & Brice Aristide, A. (2013). Socio-spatial occupation, conflict and humanitarian assistance for Bororo cross-border migrants in east Cameroon. *International Journal of Development Issues*, 12(3), 271–288. <https://doi.org/10.1108/IJDI-03-2013-0032>
 75. Lueong, G. M. (2016). *The Forest People without a Forest: Development Paradoxes, Belonging and Participation of the Baka in East Cameroon*. Berghahn Books. <https://www.berghahnbooks.com/title/LueongForest>
 76. Mbih, R. A. (2020). The politics of farmer–herder conflicts and alternative conflict management in Northwest Cameroon. *African Geographical Review*, 39(4), 324–344. <https://doi.org/10.1080/19376812.2020.1720755>
 77. Pemunta, N. V. (2017). When 'property cannot own property': Women's lack of property rights in Cameroon. *African Journal of Economic and Sustainable Development*, 6(1), 67–85.
 78. Human Rights Watch. (2020, December 18). World Report 2021: Rights Trends in Cameroon. Human Rights Watch. <https://www.hrw.org/world-report/2021/country-chapters/cameroon>
 79. Fontebo, H. N. (2013). PRISON CONDITIONS IN CAMEROON: THE NARRATIVES OF FEMALE INMATES [University of South Africa]. http://uir.unisa.ac.za/bitstream/handle/10500/13069/thesis_fontebo_hn.pdf?sequence=1
 80. Outbreak News Today. (2017, March 27). Cameroon: Meningitis outbreak reported in Yaounde Central Prison. Outbreak News Today. <http://outbreaknewstoday.com/cameroon-meningitis-outbreak-reported-yaounde-central-prison-64353/>
 81. Kouagheu, E. M., Josiane. (2020, July 9). Coronavirus stalks cells of Cameroon's crowded prisons. Reuters. <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-cameroon-prisons-i-idUSKBN24A0QZ>
 82. Minsante. (2016). Plan Intégré de Suivi Evaluation (PISE) 2016-2020 | MINSANTE. <https://www.minsante.cm/site/?q=fr/content/plan-int%C3%A9gr%C3%A9-de-suivi-evaluation-pise-2016-2020>
 83. USAID. (2020). Cameroon | AFROHUN. <https://afrohun.org/cameroon/>
 84. CDC, & USAID. (2016). Zoonotic Disease Prioritization for Inter-sectoral Engagement in Cameroon. 16.
 85. WHO. (2016). Report of the One Health Technical and Ministerial Meeting: Meeting to Address Zoonotic Diseases and Related Public Health Threats. https://www.afro.who.int/sites/default/files/2018-02/Report%20of%20the%20One%20Health%20Technical%20and%20Ministerial%20Meeting%20--%20Dakar_.pdf
 86. Minsante. (2017). Information sanitaire et Recherche Opérationnelle | MINSANTE. <https://www.minsante.cm/site/?q=fr/cat%C3%A9gories/information-sanitaire-et-recherche-op%C3%A9rationnelle>
 87. Ministry of Health. (2020). 2020–2024 National Digital Health Strategic Plan | MINSANTE. <https://www.minsante.cm/site/?q=fr/content/2020-2024-national-digital-health-strategic-plan>
 88. World Health Organization Cameroon. (2010). Bulletin épidémiologique du Cameroun.
 89. World Health Organization Cameroon. (2016). Report of the One Health Technical and Ministerial Meeting—Dakar: Meeting to Address Zoonotic Diseases and Related Public Health Threats.
 90. Vouking, M. Z., Binde, T., Tadenfok, C. N., Ekani, J. M. E., & Ekra, D. (2017). Contribution of community health workers to surveillance of vaccine-preventable diseases in the Obala health district. *The Pan African Medical Journal*, 28. <https://doi.org/10.11604/pamj.2017.28.207.11537>
 91. Metuge, A., Omam, L.-A., Jarman, E., & Njomo, E. O. (2021). Humanitarian led community-based surveillance: Case study in Ekondo-titi, Cameroon. *Conflict and Health*, 15(1), 17. <https://doi.org/10.1186/s13031-021-00354-9>
 92. echosante. (2021). Covid-19: Les agents de santé communautaire renforcent leur capacité. Echos Santé. <http://echosante.info/covid-19-les-agents-de-sante-communautaire-renforcent-leur-capacite/>
 93. Lachenal, G. (2011). Quand la médecine coloniale laisse des traces. *Les Tribunes de la santé*, n° 33(4), 59. <https://doi.org/10.3917/seve.033.0059>
 94. Eboko, F. (2001). L'organisation de la lutte contre le sida au Cameroun: De la verticalité à la dispersion ? *Bulletin de l'APAD*, 21. <https://doi.org/10.4000/apad.184>
 95. Eboko, F. (1996). L'État camerounais et les cadets sociaux face à la pandémie du SIDA. *Politique Africaine*, 64, 135–145.
 96. Kojoué, L. (2020). La continuité autoritariste. L'action publique contre le sida comme révélateur des (non)transformations de l'État au Cameroun. *Revue Internationale de Politique de Développement*, 12.1. <https://doi.org/10.4000/poldev.3276>
 97. Guévart, É., Ekambi, A., Noeske, J., Mouangue, A., & Solle, J. (2008). Supervision formative: L'expérience des unités de traitement du choléra au cours de l'épidémie de Douala, Cameroun. *Santé Publique*, 20(1), 39. <https://doi.org/10.3917/spub.081.0039>

98. Hore, R. (n.d.). Cameroon: Using vaccines to combat cholera. Retrieved 7 May 2021, from <https://www.gavi.org/cameroon-using-vaccines-to-combat-cholera>
99. WHO. (2013). WHO | Yellow fever in Cameroon. WHO; World Health Organization. https://www.who.int/csr/don/2013_10_08/en/
100. Luquero, F. J., Pham-Orsetti, H., Cummings, D. A. T., Ngaunji, P. E., Nimpa, M., Fermon, F., Ngog, N., Sosler, S., Strebel, P., & Grais, R. F. (2011). A Long-Lasting Measles Epidemic in Maroua, Cameroon 2008–2009: Mass Vaccination as Response to the Epidemic. *The Journal of Infectious Diseases*, 204(suppl_1), S243–S251. <https://doi.org/10.1093/infdis/jir093>
101. Ames, H., Njang, D. M., Glenton, C., Fretheim, A., Kaufman, J., Hill, S., Oku, A., Cliff, J., Cartier, Y., Bosch-Capblanch, X., Rada, G., Muloliwa, A. M., Oyo-Ita, A., Kum, A. P., & Lewin, S. (2017). Stakeholder perceptions of communication about vaccination in two regions of Cameroon: A qualitative case study. *PLOS ONE*, 12(8), e0183721. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183721>
102. Nda'chi Deffo, R., & Fomba Kamga, B. (2020). Do the dynamics of vaccine programs improve the full immunization of children under the age of five in Cameroon? *BMC Health Services Research*, 20(1), 953. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05745-x>
103. Wiysonge, C. S., Nomo, E., Mawo, J., Ofal, J., Mimbouga, J., Ticha, J., & Ndumbe, P. M. (2008). Yellow fever control in Cameroon: Where are we now and where are we going? *BMC Medicine*, 6, 3. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-6-3>
104. Fogha, J. V. F., & Noubiap, J. J. (2020). La lutte contre la COVID-19 au Cameroun nécessite un second souffle. *The Pan African Medical Journal*, 37(14). <https://doi.org/10.11604/pamj.suppl.2020.37.1.23535>
105. Reuters. (n.d.). Cameroon: The latest coronavirus counts, charts and maps. Retrieved 8 May 2021, from <https://graphics.reuters.com/world-coronavirus-tracker-and-maps/countries-and-territories/cameroon/>
106. Ngenyam Bang, H. (2020). An overview of the Covid-19 crisis management in Cameroon: Decentralised governance response needed. *Annals of Disaster Risk Sciences*, 3(2), Article 2. <https://ojs.vvg.hr/index.php/adrs/article/view/34>
107. Kuete, V., & Efferth, T. (2010). Cameroonian medicinal plants: Pharmacology and derived natural products. *PubMed*, Vol.1(n°123), October 2010. <https://doi.org/DOI: 10.3389/fphar.2010.00123>
108. Kemajou Njatang, D. (2021). Impact économique de la COVID-19 au Cameroun: Les résultats du modèle SIR-macro. *African Development Review*, 1467–8268.12516. <https://doi.org/10.1111/1467-8268.12516>
109. Voice of America. (2020). How Cameroon Plans to Save Disappearing Languages | Voice of America—English. <https://www.voanews.com/africa/how-cameroon-plans-save-disappearing-languages>
110. Dahir, A. L. (2018). This documentary tells the story of Africa's longest internet shutdown. *Quartz*. <https://qz.com/africa/1349108/camerouns-internet-shutdown-in-black-out-documentary/>
111. Dinga, J. N., Sinda, L. K., & Titanji, V. P. K. (2021). Assessment of Vaccine Hesitancy to a COVID-19 Vaccine in Cameroonian Adults and Its Global Implication. *Vaccines*, 9(2), 175. <https://doi.org/10.3390/vaccines9020175>
112. Pulcherie Maffengang Nzeyap, L. (2013, January 16). Tontines: The Informal Financial Sector in Cameroon. *Fair Observer*. <https://www.fairobserver.com/region/africa/tontines-informal-financial-sector-and-sustainable-development-cameroon/>
113. Letsa, N. W. (2017). 'The people's choice': Popular (il)legitimacy in autocratic Cameroon. *The Journal of Modern African Studies*, 55(4), 647–679. <https://doi.org/10.1017/S0022278X17000428>
114. Ndi, F. A., & Batterbury, S. (2017). Land Grabbing and the Axis of Political Conflicts: Insights from Southwest Cameroon. *Africa Spectrum*, 52(1), 33–63. <https://doi.org/10.1177/000203971705200102>
115. Nting, R. T. (2019). The Political Economy of Mineral Exploitation in Cameroon. *African Research Review*, 13(1), 1–13. <https://doi.org/10.4314/afrr.v13i1.1>
116. Konings, P., & Nyamnjoh, F. B. (2019). Anglophone Secessionist Movements in Cameroon. In L. de Vries, P. Englebert, & M. Schomerus (Eds.), *Secessionism in African Politics: Aspiration, Grievance, Performance, Disenchantment* (pp. 59–89). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-90206-7_3
117. Crisis Group. (2017, February 21). The Humanitarian Fallout from Cameroon's Struggle Against Boko Haram. Crisis Group. <https://www.crisisgroup.org/africa/central-africa/cameroon/humanitarian-fallout-camerouns-struggle-against-boko-haram>
118. Craig, J. (2020, March 3). How an 'execution-style' massacre unfolded in Cameroon. *The New Humanitarian*. <https://www.thenewhumanitarian.org/analysis/2020/03/03/Cameroon-Ambazonia-Ngarbuh-massacre>
119. Deltombe, T. (2017, January 5). The Forgotten Cameroon War: Tens of thousands dead behind the sunny view of France's colonial past. *Rethinking Francophone Africa*. <http://francophone.port.ac.uk/?p=1280>
120. Vernazza-Licht, N. (2000). Usages des préservatifs et gestion de la sexualité dans une population forestière du Sud-Cameroun dans le contexte d'épidémie de Sida. In *L'homme et la forêt tropicale* (pp. 689–705).
121. Nga Nkouma Tsanga, R. C. (2020). Réactance aux mesures contre le COVID-19 au Cameroun. *Management & Data Science*. <https://doi.org/10.36863/mds.a.13339>
122. Bonono-Momnougui, C. R. (2020). Grande palabre croisée de la pandémie: Une Covid-19 en cache d'autres. *Élaborations socio-culturelles. In Épidémiologie de l'économie et confinement de l'Organisation COVID-19* [Epidemiologic aspect of the economy and Covid-19 lockdown].
123. Kindzeka, M. E. (2020, May 18). Cameroon Doctors Ask for Protection as Attacks by COVID Carriers Increase | Voice of America—English. <https://www.voanews.com/africa/cameroon-doctors-ask-protection-attacks-covid-carriers-increase>
124. Azeng, T. F. (2020). Risque sanitaire et rationalité des agents économiques: Cas de la Covid-19. In *ÉPIDÉMIOLOGIE DE L'ÉCONOMIE ET CONFINEMENT DE L'ORGANISATION COVID-19*. Les Presses Universitaires de Yaoundé.

125. Kindzeka, M. E. (2021, February 21). Cameroon Parents Pull Children from Schools on Rumors of Vaccine Plan | Voice of America—English. <https://www.voanews.com/covid-19-pandemic/cameroon-parents-pull-children-schools-rumors-vaccine-plan>
126. KUETE SEZINE, C., BANEN, J. B., FOKA-NKWENTI, C., BEDZIGA BEDZIGA, S., & NGUENDO-YONGSI H., B. (n.d.). MEDECINE TRADITIONNELLE ET LUTTE CONTRE LA COVID-19 AU CAMEROUN. *International Journal of Science Academic Research*, 02(02), 1051–1057.
127. Mbatchou, J. Y. (2020). La resilience en temps de pandémie au Cameroun: De la difficile distanciation à l'impossible enfermement social. *Revista Brasileira de Pesquisa (Auto)Biográfica*, 5(16), 1489–1502. <https://doi.org/10.31892/rbpab2525-426X.2020.v5.n16.p1489-1502>
128. Schmidt-Sane, M., Hrynicky, T., & Niederberger, E. (2020). SSHAP Key Considerations_Operational Considerations Community Resilience.pdf. Social Science in Humanitarian Action Platform (SSHAP). https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/bitstream/handle/20.500.12413/15927/SSHAP%20Key%20Considerations_Operational%20Considerations%20Community%20Resilience.pdf?sequence=2&isAllowed=y
129. World Bank. (2019). Population, total—Cameroon | Data. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?locations=CM>
130. World Bank. (2018). Urban population (% of total population)—Cameroon | Data. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.URB.TOTL.IN.ZS?locations=CM>
131. World Bank. (nd). The World Bank in Cameroon: Overview [Text/HTML]. World Bank. <https://www.worldbank.org/en/country/cameroon/overview>
132. DeLancey, M. (n.d.). Cameroon: Culture, History, & People. *Encyclopedia Britannica*. Retrieved 1 June 2021, from <https://www.britannica.com/place/Cameroon>
133. Lekane Gillo Momo. (2017). One country, three colonial legacies: The politics of colonialism, capitalism and development in the pre-and post-colonial Cameroon. *Journal for Contemporary History*, 42(1), 134–153. <https://doi.org/10.18820/24150509/JCH42.v1.8>
134. Nkwi, P. N., Socpa, A., & B. (2011). Ethnicity and Party Politics in Cameroon: The Politics of Divide and Rule. In *Regional Balance and National Integration in Cameroon: Lessons Learned and the Uncertain Future*. Langaa RPCIG. <http://ebookcentral.proquest.com/lib/suss/detail.action?docID=1134972>
135. Institute for Global Threats and Democracies Studies (IGTDS). (2020, December 10). Reasons and scenarios of Ethno-Political Tensions in Cameroon. IGTDS. <https://igtlds.org/blog/2020/12/10/reasons-and-scenarios-of-ethno-political-tensions-in-cameroon/>
136. International Crisis Group (ICG). (2020). Easing Cameroon's Ethno-political Tensions, On and Offline. <https://www.crisisgroup.org/africa/central-africa/cameroon/295-easing-camerouns-ethno-political-tensions-and-offline>
137. Geschiere, P. (2020). "The African family is large, very large" mobility and the flexibility of kinship – examples from Cameroon. *Ethnography*, 21(3), 335–354. <https://doi.org/10.1177/1466138120938076>
138. Office of International Religious Freedom. (2019). 2019 Report on International Religious Freedom in Cameroon. United States Department of State. <https://www.state.gov/reports/2019-report-on-international-religious-freedom/cameroon/>
139. Widdershoven, I. (2018). Friends or foes? Understanding the relationship between religion and conflict across different levels of politics and society (p. 58) [MA dissertation]. University of Groningen.
140. Smith, R. (2019, August 2). In Cameroon, religious freedom can't be separated from politics. *Religion News Service*. <https://religionnews.com/2019/08/02/in-cameroon-religious-freedom-cant-be-separated-from-politics/>
141. Fonyuy, E. (2021, February 16). In Cameroon's separatist war, children are the biggest losers. *The New Humanitarian*. <https://www.thenewhumanitarian.org/first-person/2021/2/16/Camerouns-separatist-war-children-biggest-losers>
142. Fokwang, J. (2016). Politics at the margins: Alternative sites of political involvement among young people in Cameroon. *Canadian Journal of African Studies / Revue Canadienne Des Études Africaines*, 50(2), 211–228. <https://doi.org/10.1080/00083968.2016.1219671>
143. UNESCO. (2016, November 27). Cameroon. <http://uis.unesco.org/en/country/cm>
144. Brun, D. (2021). A failure to address the vulnerability of men and boys (p. 9). Norwegian Refugee Council. https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/nrc_a_failure_to_address_the_vulnerability_of_men_and_boys_30032021.pdf