

UNIVERSITÉ DE YAOUNDE I
THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

.....

CENTRE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN SCIENCES
HUMAINES, SOCIALES ET ÉDUCATIVES

.....
UNITÉ DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN SCIENCES
HUMAINES ET SOCIALES

.....
DEPARTEMENT DE SOCIOLOGIE



POST GRADUATE SCHOOL FOR
SOCIAL AND EDUCATIONAL SCIENCES

.....
DOCTORAL RESEARCH UNIT FOR THE
SOCIAL SCIENCES

.....
DEPARTMENT OF SOCIOLOGY

.....

**L'APPROCHE « ONE HEALTH » DANS LES POLITIQUES
DE LUTTE CONTRE LES ÉPIDÉMIES AU CAMEROUN :
ANALYSE DES ENJEUX, DES STRATÉGIES ET DES
PESANTEURS À PARTIR DE LA VILLE DE YAOUNDÉ**

Mémoire rédigé et soutenu publiquement le 19 juin 2024 en vue de

l'obtention du diplôme de Master en sociologie

Spécialité : Population et Développement

Par

Rosette NGUEGUIM MATSADENG

Licence en Sociologie

Devant le jury composé de :

Président : DJOUDA FEUDJIO YVES Bertrand, Maitre de Conférence

Rapporteur : BIOS NELEM Christian, Maitre de Conférences,

Membre : NGUEULIEU ELIAS Perrier , Chargé de Cours.



Juillet 2024

ATTENTION

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

Par ailleurs, le Centre de Recherche et de Formation Doctorale en Sciences Humaines, Sociales et Éducatives de l'Université de Yaoundé I n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.

SOMMAIRE

DEDICACE.....	ii
REMERCIEMENTS	iv
LISTE DES ABRÉVIATIONS, ACRONYMES ET SIGLES	iv
LISTE DES ILLUSTRATIONS	ix
RÉSUMÉ.....	x
ABSTRACT.....	xi
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
PREMIÈRE PARTIE :ETAT DES LIEUX, ACTEURS ET STRATÉGIES DE MISE EN ŒUVRE DU " <i>ONE HEALTH</i> " AU CAMEROUN.....	34
CHAPITRE 1 :SOCIOHISTOIRE ET FONDEMENTS DE L'APPROCHE <i>ONE HEALTH</i> AU CAMEROUN	35
CHAPITRE 2 :ACTEURS ET STRATÉGIES DE MISE EN ŒUVRE DE L'APPROCHE <i>ONE HEALTH</i> AU CAMEROUN	55
DEUXIÈME PARTIE :L'APPROCHE <i>ONE HEALTH</i> : ENTRE PESANTEURS ET MUTATIONS DANS LE CHAMP DE LUTTE CONTRE LES ÉPIDÉMIES AU CAMEROUN	80
CHAPITRE 3 : <i>ONE HEALTH</i> ET LES TRANSFORMATIONS DANS LES CHAMPS DE LUTTE CONTRE LES ÉPIDÉMIES AU CAMEROUN.....	81
CHAPITRE 4 :LES PESANTEURS A L'OPÉRATIONNALISATION DE L'APPROCHE <i>ONE HEALTH</i> AU CAMEROUN	99
CONCLUSION GÉNÉRALE	118
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	126
ANNEXES.....	133
TABLE DE MATIÈRES.....	161

À
mon défunt papa,
Hugues Désiré NGUEGUIM

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce au concours de plusieurs personnes à qui nous voudrions témoigner toute notre gratitude.

Nous voudrions, tout d'abord, adresser toute notre reconnaissance à notre directeur de mémoire, le Professeur Christian BIOS NELEM, pour sa patience, sa disponibilité, ses judicieux conseils et surtout ses orientations scientifiques qui ont contribué à alimenter notre réflexion.

Nous remercions également le Professeur Armand LEKA ESSOMBA, chef de Département et le Professeur Paschal KUM AWAH pour leurs pressions et encouragements continus à notre endroit, ainsi qu'au docteur Elias Perrier NGUEULIEU, qui nous a fourni des outils nécessaires à la réussite de nos études universitaires.

Nous tenons à remercier monsieur Boniface TAKOUA, pour ses précieux conseils et ses échanges qui ont conduit au choix de la thématique.

Nous voudrions exprimer toute notre gratitude à l'endroit de notre aîné, Gilbert LEKANE NDFACK qui nous a apporté son soutien moral, intellectuel et méthodologique tout au long de cette recherche.

Nous voudrions exprimer notre reconnaissance envers notre famille, nos parents, notre fils, nos frères et sœur et nos amis Ibrahim NJOYA, Ariane BIBOUM, Michèle TCHAHA, Eline OUM, Brigitte NGOMBA qui nous ont apporté leur soutien moral et intellectuel tout au long de notre recherche.

Un grand merci aux Dr Moustapha SANGOU, Dr Patrick ESSIGUE, Dr Salomon ESSAGA et à monsieur Urbain Serge KENNE pour les facilitations diverses.

Un merci spécial à nos différents informateurs en l'occurrence au professeur Antoine GENSSAIN, les Dr Flaubert MBA, ELOUNDOU NKA, MBELLA, Gaëlle MONGOUO, Foutse CHOUPPO, Dr Cristella TCHA' A, pour leur accompagnement.

Enfin, nous tenons à témoigner toute notre gratitude à notre groupe de sport pour leur soutien l'inestimable.

LISTE DES ABRÉVIATIONS, ACRONYMES ET SIGLES

ABREVIATIONS

OH : One Health

PF : Point Focal

OM : One Medicine

OHCEA : One Health Central and Eastern Africa / Organisation Une Seule Santé pour la Région de l'Afrique Centrale et de l'Est / One Health Central and Eastern Africa

ACRONYMES

FAO : Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture

OIE : World Organisation for Animal health /Organisation Mondiale de la Santé Animale

ONU : Organisation des Nations Unies

UNESCO : United Nation Educational, Scientific and Cultural Organization /Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture

LABY : Laboratoire d'Analyses Biologiques de Yaoundé

CRESAR : Centre de Recherche sur les Santé des Armées

CREMER : Centre de Recherches sur les Maladies Emergentes et Re émergentes

AFENET : African Field Epidemiology Network /Réseau Africain d'Epidémiologie de Terrain

RESCAM : Réseau d'Epidémiosurveillance des Maladies Animales du Cameroun

PREZODE : Prévenir les Risques d'Emergences Zoonotiques et de Pandémies

ECTAD : Emergency Centre for Transboundary Animal Diseases/ Centre d'Urgence de la FAO pour les Maladies Animales Transfrontières

RAM : Résistance aux Antimicrobiennes

AU-IBAR : African Union-Interafrican Bureau for Animal Resouces/Bureau Inter Africain des Ressources Animales de l'Union Africain

Africa CDC : Centres for Disease Control and Prevention Safeguarding Africa*s Health/
Centres Africains de Contrôle et de Prévention des Maladies

LANAVET: Laboratoire National Vétérinaire

OH-NEXTGEN: One Health for Next Generation

MINSANTE : Ministère de la Santé Publique

MINEPIA : Ministère de l'Elevage, des pêches et des Industries Animales

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

MINFOF : Ministère des Forêts et de la Faune

MINAT : Ministère de l'Administration Territoriale

MINADER : Ministère de l'Agriculture et du Développement Rural

MINRESI : Ministère de la Recherche Scientifique et de l'Innovation

MINCOM : Ministère de la Communication

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

MINMIDT : Ministère des Mines, de l'Industrie et du Développement Technologique

MINDEF : Ministère de la Défense

MINESUP : Ministère de l'Enseignement Supérieur

PNUE : Programme des Nations Unies pour l'Environnement

USAID : United States Agency for International Development /Agence des États-Unis pour le
Développement International

COMIFAC : Commission des Forêts d'Afrique Centrale

OMSA : Organisation Mondiale de la Santé Animale

OOAS : Organisation Ouest Africaine de la Santé

RDC : République Démocratique du Congo

OWOH : One World One Health

ICONZ : Offensive Concertée Contre les Zoonoses Négligées

MIE : Maladies Infectieuses Emergentes

SIGLES

DGSN : Direction Générale de la Sûreté Nationale

UE : Union Européenne

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

GIZ : Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit est l'Agence de Coopération Internationale Allemande pour le Développement

WWF: « World Wildlife Fund » jusqu'en 1986 et « World Wide Fund for Nature » Fonds mondial pour la nature

ONSP : Observatoire National de Santé Publique

PFA : Paralysie Fléttre Aigue

CDC : Centres for Disease Control and Prevention /Centre de Contrôle et de Prévention des Maladies

VWB/VSF : Vétérinaires Sans Frontières

CEEAC : Communauté Economique des Etats de l'Afrique Centrale

DSV : Direction des Services Vétérinaires

CPC : Centre Pasteur du Cameroun

CSRS : Centre Suisse pour la Recherche Scientifique

OGM : Organismes Génétiquement Modifiés

PPA : Peste Porcine Africaine

SRAS : Syndrome Respiratoire Aigu Sévère

FBR : Financement Basé sur les Résultats

RSI : Règlement Sanitaire International

IAHP : l'Influenza Aviaire Hautement Pathogène

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

GHS : Global Health Security

P&R : Projet de Préparation et de Réponse

OHW: One Health Workforce

GHSC: Global Health Supply Chain

PSM: Procurement and Supply Management

DTRA: Defense Threat Reduction Agency

TDDAP : Programme de Lutte Contre les Maladies Mortelles en Afrique

SPMPNPLZER : Un Programme National de Prévention et de Lutte Contre les Zoonoses
Emergentes et Réémergentes

ONG : Organisation Non Gouvernementale

ODD : Objectifs de Développement Durable

LISTE DES ILLUSTRATIONS

A. FIGURES

Figure 1: Localisation de la ville de Yaoundé.....	28
Figure 2 : Illustration de l'approche <i>One Health</i> , (une seule santé).....	31
Figure 3: Activités « Une Seule Santé » déclarées par domaine thématique	77
Figure 4. Espèces de viande de brousse déjà consommées dans les villes de Douala et Mbalmayo .	101
Figure 5 : Carte des risques et vulnérabilités	109

B. TABLEAUX

Tableau 1 : Profil des personnes ressources interviewées.....	25
Tableau 2: Nombre d'activités « Une Seule Santé » cartographiées par domaine d'intervention technique	78

RÉSUMÉ

Le présent travail de recherche part du constat selon lequel, en dépit de l'adoption de l'approche *one health* au Cameroun, il est observé la persistance et la récurrence des épidémies qui continuent de faire de nombreux ravages au sein des communautés. L'approche *one health* reste ainsi confrontée à de nombreuses difficultés qui entravent sa mise en œuvre. Dès lors, on est en droit de se poser la question de savoir : « *Comment comprendre la difficile opérationnalisation de l'approche One Health en matière de lutte contre les épidémies au Cameroun ?* ». En réponse à cette question, l'hypothèse principale est formulée comme suit : « *Bien que l'introduction de l'approche one health ait amélioré les politiques de lutte contre les épidémies au Cameroun, son opérationnalisation reste entravée par des pesanteurs socioculturelles, politico-institutionnelles et économiques.* ». Trois théories ont été mobilisées : la théorie systémique, la théorie des représentations sociales et l'ethnométhodologie. Le caractère empirico-théorique de cette recherche repose sur l'exploitation de plusieurs documents et la réalisation de 29 entretiens semi-directifs. L'analyse de contenu a permis d'obtenir plusieurs résultats. Tout d'abord, trois principales raisons ont conduit à l'adoption de l'approche OH au Cameroun : la flambée des épidémies, la faible capacité du MINSANTE à faire face à ces dernières et l'influence des acteurs internationaux. Ensuite, la mise en œuvre de l'approche OH fait appel à une pluralité d'acteurs internationaux et nationaux qui agissent suivant une stratégie reposant sur cinq (5) principaux piliers : la mise en place du cadre institutionnel « *une santé* » ; la formation et le partage de connaissances ; la recherche ; le renforcement du système de surveillance et la sensibilisation sur le concept « *une santé* ». Cependant, plusieurs pesanteurs freinent son opérationnalisation, notamment, le faible niveau de connaissances des populations au sujet de l'approche, les habitudes alimentaires basées sur la consommation de la viande de brousse et des produits issus des animaux, la pratique des activités agropastorales en zones urbaines, l'installation des populations dans les zones à risques zoonotiques, les déficits de coordination des institutions responsables de l'implémentation de cette approche et des problèmes de leadership, les difficultés d'accès à l'information sanitaire, une faible implication des chercheurs des sciences sociales et humaines, le caractère élitiste de son implémentation et des problèmes d'ordre économique et financier. Néanmoins, l'introduction de cette approche entraîne des transformations observables au niveau de l'ouverture et de la coopération internationale en matière de lutte contre les épidémies et pandémies, au niveau institutionnel et stratégique, ainsi qu'au niveau infrastructurel et opérationnel.

Mots clés : *One Health*, santé, épidémies, politiques publiques, Yaoundé.

ABSTRACT

This research work starts from the observation that, despite the adoption of the one health approach in Cameroon, the persistence and recurrence of epidemics is observed which continue to wreak havoc within communities. The one health approach thus remains confronted with numerous difficulties which hinder its implementation. Therefore, we are entitled to ask ourselves the question: "How can we understand the difficult operationalization of the One Health approach in the fight against epidemics in Cameroon? ". In response to this question, the main hypothesis is formulated as follows: "Although the introduction of the One Health approach has improved the policies to combat epidemics in Cameroon, its operationalization remains hampered by socio-cultural, Economic and politico-institutional constraints". Three theories were mobilized: systemic theory, the theory of social representations and the theory of ethnomethodology. The empirical-theoretical nature of this research is based on the exploitation of several documents and the carrying out of 29 semi-directive interviews. The content analysis made it possible to obtain several results. First of all, three main reasons led to the adoption of the OH approach in Cameroon: the outbreak of epidemics, the weak capacity of the Ministry of Health to deal with them and the influence of international actors. Then, this approach, the implementation of the OH approach, calls upon a plurality of international and national actors who act according to a strategy based on five (5) main pillars: the establishment of the "one health" institutional framework; training and knowledge sharing; the research; strengthening the surveillance system and raising awareness of the "one health" concept. However, several constraints hinder its operationalization. In particular: the low level of knowledge of the population, dietary habits based on the consumption of bush meat and animal products, the practice of agro-pastoral activities in urban areas, the settlement of the population in zones at zoonotic risk, the coordination deficits of the institutions responsible for the implementation of this approach and leadership problems, the difficulties of access to health information, a weak involvement of researchers from the social and human sciences, the elitist nature of its implementation and economic and financial problems. Nevertheless, the introduction of this approach leads to observable transformations at the level of openness and international cooperation in the fight against epidemics and pandemics, at the institutional and strategic level, as well as at the infrastructural and operational level.

Keywords: One Health, health, epidemics, public policies, Yaoundé.

INTRODUCTION GÉNÉRALE

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

La situation épidémique mondiale est préoccupante. Depuis plusieurs décennies, les sociétés humaines et animales sont confrontées à des cas d'épidémies de plus en plus croissants qui sont à l'origine de nombreux cas de décès. Parmi ces épidémies, nous pouvons citer, entre autres, la fièvre jaune, Ébola, la variole, la rougeole et le choléra. Certaines de ces maladies ont la réputation d'avoir une origine animale ou d'être contaminable par le contact avec les animaux. Ainsi, l'OMS estime qu'il y'a 200 000 nouveaux cas de fièvre jaune par an et près de 30 000 décès dans les zones tropicales d'Afrique et d'Amérique du Sud. Selon l'Organisation Ouest Africaine de la santé (OOAS), tous les Etats membres de la CEDA ont fait partis des pays où la maladie est endémique et le risque d'épidémie est élevé. De plus, chaque année 84 000 à 170 000 personnes dans le monde souffrent de la fièvre jaune et de 29 000 à 60 000 en meurent. Le taux de mortalité des formes sévères va de 50 à 70%¹.

Quant à la variole en 2017, une flambée soudaine a provoqué une hausse des contaminations dans cinq pays, avec plus de 2 800 cas signalés. Depuis, cette épidémie d'ampleur s'est poursuivie : au total, en cinq ans, près de 23 500 cas suspects ont été signalés dans sept pays de la région, dont 589 décès, selon l'OMS l'iniquité serait d'autant plus criante que la maladie, qui se caractérise par d'importantes éruptions cutanées, est présente depuis longtemps sur le continent africain. Depuis le début de l'année, déjà près de 1 400 personnes sont suspectées de l'avoir contractée, soit près du double des cas recensés hors d'Afrique depuis début mai. Soixante-six décès ont été signalés au cours des cinq premiers mois de 2022. Le territoire payant le plus lourd tribut est sans conteste la République démocratique du Congo (RDC), où 1 284 personnes ont été infectées par le virus et 58 en sont mortes en cinq mois²

Bien que les conditions d'hygiène et de salubrité se soient améliorées, le choléra constitue toujours une menace pour les pays africains. Une nouvelle épidémie de choléra a ainsi été déclarée en mars 2020 au Burundi. Depuis janvier 2019 et au 10 juin 2020, le Cameroun a notifié 1 773 cas de choléra dont 91 décès associés (CFR : 5,1 %). Cela représente une augmentation de 409 cas et 29 décès depuis la précédente Mise à jour du CDTR. En février 2022, le ministère de la santé publique du Cameroun a confirmé la propagation d'une épidémie

¹ Fièvre jaune : transmission, symptômes, pays à risque, journal des femmes santé article mise à jour le 04/06/20

² Barthet et Roucaute, Variole du singe:les pays africains réclament un accès équitable au vaccin , Publié le 07 juin 2022

de choléra dans les régions du Sud-Ouest et du Littoral (Moungo), après l'enregistrement de 37 cas positifs et cinq décès.

Si le choléra constitue l'une des épidémies les plus importantes du Cameroun, il n'en demeure pas moins qu'on assiste au niveau national et même international, à une prolifération des épidémies. En effet, selon le rapport de la veille de santé publique de l'Observatoire National de Santé Publique (ONSP) du mois de février 2022, le Cameroun est menacé par 5 épidémies à savoir : Le choléra, la rougeole, le monkey pox (variole du singe), la paralysie flasque aigue (PFA) et le covid-19. Cette prolifération des épidémies rend visible l'inefficacité ainsi que la faillite des systèmes de santé, actuel, tant sur le plan international que sur le plan national de lutttes contre les épidémies que s'inscrit la présente recherche.

Cette nouvelle donne des maladies infectieuses n'a pas pour seuls enjeux ou seules conséquences la santé publique, mais va bien au-delà et touche à la fois l'aspect économique et social. La confirmation en 2006 des cas de Grippe Aviaire Hautement Pathogène H5N1 a créé une psychose au sein de la population, laquelle a engendré des pertes d'environ 3 milliards de francs CFA dans la filière avicole au Cameroun. Jusqu'à ce jour, la filière avicole est toujours en phase de réhabilitation. De plus, l'enjeu social ne date pas d'aujourd'hui, il ressort dans l'histoire des maladies infectieuses. La mise à l'écart des malades atteints de la tuberculose ne fait pas partie d'un passé lointain. Avec l'émergence du VIH/SIDA, l'annonce de la séropositivité d'un membre d'une famille a comme conséquence, la déstructuration de la cellule familiale³.

II. PROBLÈME DE RECHERCHE

Depuis plusieurs décennies, on assiste à une prolifération d'épidémies et de pandémies à l'instar de la variole, du choléra, d'Ebola et tout récemment la covid-19⁴ qui sont à l'origine de nombreux décès et souffrances sociales. Selon l'OMS, entre 2000 et 2016, le choléra a fait plus de 95 000 décès dans le monde. La COVID quant à elle a fait 792 .371 morts au Etats-Unis, 476.135 morts en Inde, 118 .311morts en France et 1.836 morts au Cameroun⁵.

³ Stratégie Nationale « Une Santé » du Cameroun Mars, 2012.

⁴ Découvert en chine en décembre 2019, elle s'est propagée à grande vitesse balayant la quasi-totalité de pays et faisant des milliers de morts

⁵ Statistita, Santé et produits pharmaceutiques. Etat de la santé, 2022.

Face à cette situation, plusieurs organisations internationales préconisent l'adoption de l'approche *One Health*⁶(OH). Ainsi, pour le consortium d'organisations constitué de l'Organisation Mondiale de la santé animale (OIE), de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'approche *One Health* s'impose pour faire face efficacement aux épidémies présentes et futures.

De fait, en réponse aux menaces sur la santé et aux limites des approches conventionnelles, les scientifiques et gouvernements reconnaissent donc la nécessité d'une meilleure collaboration entre différentes disciplines (médecins, vétérinaires, spécialistes de l'environnement, anthropologues, économistes, sociologues, responsables des politiques publiques...) pour la mise en place d'approches plus préventives diminuant les impacts et les coûts associés. Ce qui permettrait « (...) de développer des stratégies globales et intégratives de prévention et de lutte prenant en considération aussi bien le facteur environnemental que les conséquences sanitaires, sociales, environnementales et économiques »⁸. Car la santé et la maladie sont de plus en plus comprises comme des produits de situations sociales, culturelles et écologiques inter- reliées⁹.

Dans un tel contexte, le Cameroun, comme plusieurs pays africains et du monde, mènent de plus en plus d'actions visant à intégrer cette approche dans ses politiques de santé en matière de lutte contre les maladies. Ainsi, la mise en œuvre de cette approche au Cameroun s'est traduite par la réalisation de plusieurs activités par les sectoriels à savoir :

- ✓ Le développement d'une politique nationale « *One health* » ;
- ✓ La création d'un programme de lutte contre les zoonoses et les maladies émergentes/ré émergentes en 2014 ;
- ✓ La formation des sectoriels (MINEPIA, MINEFOF, MINSANTE, MINADER, MINEPDED) sur l'approche *One health* ;

⁶ One Health est une approche collaborative visant à obtenir des résultats optimaux en matière de santé et de bien-être, tout en reconnaissant les interconnexions entre l'Homme, les animaux, les plantes et leur environnement commun. Bien que largement reconnue et très avancée sur le plan théorique, l'approche One Health est encore peu mise en œuvre sur le terrain, notamment dans les contextes de développement et d'aide humanitaire dans les pays du Sud.

⁷ GIBBS E.P.J. "The evolution of One Health: a decade of progress and challenges for the future", Vet Rec, 174:85-91. DOI: 10.1136/vr.2014.p.143.

⁸ Solano, « Pour une systématisation de l'approche One-Health – Une seule santé le cas des Maladies tropicales négligées », IRD, 2016, p.1.

⁹ BERBES-BLAZQUEZ, OESTREICHER, MERTENS, ET AL (2014), "Ecohealth and resilience thinking: a dialog from experiences in research and practice", Ecology and Society, 19(2): 24. [HTTPS://DOI.ORG/10.5751/ES06264-190224](https://doi.org/10.5751/ES06264-190224)

- ✓ La sensibilisation des populations installées dans les foyers à risque ;
- ✓ L'élaboration d'un plan opérationnel de lutte contre les maladies zoonotiques ;
- ✓ la mise en place d'un réseau de surveillance épidémiologique qui collecte les informations¹⁰.

Cependant, malgré ces multiples actions, l'approche *one health* fait toujours face à de nombreuses difficultés dans sa mise en œuvre dans les politiques de lutte contre les épidémies. Car, il est toujours observé que cette approche n'est pas implémentée dans sa globalité. La plateforme « *une santé* » qui existe au Cameroun est réduite aux activités de santé. L'approche de la multisectorialité de la lutte est encore très limitée alors qu'elle constitue le principe fondamental du *one health*. Les acteurs impliqués sont encore sous la dépendance de leurs ministères de tutelle. Aucune initiative n'est prise sans l'aval de chaque tutelle. Ce qui entraîne des lourdeurs dans le processus de prise de décision. Ainsi considéré, il ressort le problème d'une difficile opérationnalisation de l'approche *One Health* dans les politiques de lutte contre les épidémies au Cameroun particulièrement dans la ville de Yaoundé en dépit des efforts engagés.

III. REVUE DE LA LITTÉRATURE

Les connaissances qui se produisent dans le domaine de la recherche scientifique, se positionnent généralement par rapport aux savoirs déjà constitués. Ces derniers servent de substrat théorique aux chercheurs qui exercent dans les champs de la production des connaissances. Raymond QUIVY et Van CAMPENHOUDT l'ont constaté et n'ont pas manqué de mentionner que :

*Lorsqu'un chercheur entame un travail, il est peu probable que le sujet traité n'ait jamais été abordé par quelqu'un d'autre auparavant, au moins en partie ou indirectement (...) tout travail de recherche s'inscrit dans un continuum et peut être situé dans ou par rapport à des courants de pensée qui le précèdent et l'influencent.*¹¹

La littérature consultée sur la question du *one health* montre qu'un bon nombre de travaux ont été produits sur cette question.

¹⁰ NSANGOU, L'approche One Health dans la sous-région CEMAC, Mai 2021, rapport de recherche ;

¹¹ *Idem*, pp. 42-43.

Il s'agit donc ici de s'intéresser aux différents travaux qui ont traité de la thématique du *one health*. Dans ce sens, nous avons dégagé l'ensemble, certes non exhaustive mais représentative des recherches menées dans ce domaine.

Ainsi quatre grandes orientations ou approches ont été identifiées à savoir :

- les politiques publiques de santé au Cameroun et en Afrique,
- les recherches portant sur les zoonoses et épidémies,
- les recherches portant sur l'émergence de l'approche *one health*,
- les recherches sur la mise en œuvre de l'approche *one health*

III.1. Politiques publiques de santé au Cameroun et en Afrique en matière de lutte contre les épidémies

Pour ce qui est de la première orientation, les travaux menés sur les politiques publiques portent essentiellement sur la place des politiques publiques de santé et du système de santé. Cependant, les auteurs qui traitent de cette thématique sont entre autres Jean-Pierre Olivier de SARDAN et Valéry RIDDE, Laurent VIDAL *et al* et Fred EBOKO

Jean-Pierre Olivier de SARDAN et Valéry RIDDE¹² dans leur ouvrage collectif mettent l'accent sur les politiques publiques de santé et sur la gratuité des soins : Après 20 ans de paiement direct par les usagers des centres publics de santé en Afrique, de plus en plus de pays s'engagent dans des politiques de gratuité des soins en faveur de groupes vulnérables (femmes enceintes, enfants). Les effets positifs de ces exemptions de paiements sur la fréquentation des centres de santé ont été déjà soulignés. On trouvera plutôt ici une démonstration des nombreuses contradictions, incohérences, et limites de ces politiques, qui ont des effets négatifs sur la délivrance des soins. Une conclusion majeure en ressort : toute politique qui veut élargir l'accès aux soins doit aussi promouvoir une meilleure qualité des soins et lutter contre les dysfonctionnements des systèmes de santé.

Cette recherche a le mérite de relever la nécessité des politiques publiques de santé sur la gratuité des soins en insistant sur le fait que toute politique qui veut élargir l'accès aux soins doit aussi promouvoir une meilleure qualité des soins et lutter contre les dysfonctionnements des systèmes de santé. Ainsi, il nous semble légitime de poser l'interrogation suivante cette

¹² Une politique publique de santé et ses contradictions. La gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali t au Niger Karthala ,2014

étude n'omet –elle pas que la question de santé n'interpelle pas uniquement de groupes vulnérables (femmes enceintes, enfants) mais toutes les classes sociales ?

Laurent VIDAL *et al*¹³ quant-a eux présentent la place des professionnels de santé en s'appuyant sur deux maladies la tuberculose et le paludisme. Cependant, les professionnels de santé sont plus que jamais au cœur des débats sur le développement en Afrique. Ils se trouvent pris entre les exigences de leur métier et celles des politiques de santé, mais aussi entre les demandes des malades et les images qu'ils ont de leur travail. Cet ouvrage s'attache à étudier le quotidien de soignants qui composent avec des savoirs en perpétuelle évolution, pour répondre aux attentes des malades et de la société.

Les vies professionnelles de médecins, d'infirmiers, d'aides-soignants ou de pharmaciens sont approchées dans leur confrontation avec deux maladies , la tuberculose et le paludisme , et avec une action de santé publique , la prévention Les normes de prise en charge, les innovations médicales, les risques de contamination, tout autant que les relations avec la hiérarchie, les collègues et les malades sont explorés à partir d'études menées dans des structures de santé urbaines au Sénégal et en Côte-d'Ivoire par une approche interdisciplinaire et comparative (entre maladies et entre pays) réunissant anthropologues, sociologues et historiens.

Cependant, cette étude a la grandeur de relever les travaux portant sur la place des professionnels de santé en s'appuyant sur deux maladies la tuberculose et le paludisme. Toute en insistant sur le fait que les vies professionnelles de médecins, d'infirmiers, d'aides-soignants ou de pharmaciens sont approchées dans leur confrontation avec deux maladies la tuberculose et le paludisme et avec une action de santé publique la prévention. Mais ne s'intéresse pas directement aux maladies les plus dangereuses. Par ailleurs, il n'est pas précisé que cette étude est applicable au contexte des maladies les dangereuses d'Afrique et du Cameroun en particulier.

En outre, Fred EBOKO ¹⁴s'attarde sur l'action publique en Afrique en s'appuyant sur une matrice d'acteurs, semblable quel que soit le secteur : voici la thèse que défend Fred EBOKO dans ce numéro de la revue Question de Recherche, qui diffuse des travaux exploratoires ou en

¹³ Les professionnels de santé en Afrique de l'Ouest - Entre savoirs et pratiques, L'Harmattan, février 2005.

¹⁴ Vers une matrice de l'action publique en Afrique ? Approche trans-sectorielle de l'action publique en Afrique, Questions de recherche, n° 45, 2015

cours. Partant de ses travaux sur les politiques de lutte contre le SIDA au Cameroun, l'auteur met en évidence une nouvelle manière de définir et de mettre en œuvre l'action publique dans la période post ajustement structurel, basée sur des partenariats multiples et multi niveaux. En comparant les secteurs de la santé, de l'éducation et de l'environnement, il montre que la reconfiguration de l'action publique y suit des processus similaires et repose sur les mêmes types d'acteurs. Avec cette proposition théorique d'une matrice d'acteurs récurrents, EBOKO veut offrir un outil d'analyse à l'étude des politiques publiques en Afrique, terrain longtemps étudié avec les outils de l'anthropologie, mais dont les politistes s'emparent aujourd'hui dans le contexte d'un " retour de l'État ".

Ainsi, en abordant la question de « la gouvernance du sida », ce livre souligne le poids des organisations internationales, de la coopération bilatérale et multilatérale dans la gestion des affaires publiques internes aux États, auxquels s'associent des « sociétés civiles » du Nord et du Sud. En comparant cet enchevêtrement transnational d'acteurs, d'un sous-secteur de la santé à l'autre (SIDA, tuberculose, paludisme), puis d'un secteur à l'autre (santé, éducation, biodiversité), cet essai propose « une matrice de l'action publique en Afrique ». Cet outil d'analyse innovant permet de distinguer, pour chaque action publique, le niveau d'acteurs où se situe le levier ou les curseurs les plus décisifs. C'est une contribution scientifique et politique originale, à la compréhension de l'Afrique contemporaine en action.

III.2. Zoonoses et épidémies

Pour ce qui est de la deuxième orientation, les travaux menés sur les zoonoses portent essentiellement sur la transmissibilité des agents pathogènes de l'animal à l'homme, sur les pratiques et comportements à risque et sur la prévalence de zoonoses connues ainsi que sur l'analyse des épidémies.

Les auteurs qui s'inscrivent dans cette tendance sont : Adbou Razac BOUKARY *et al*, Kalish MARCIA *et al* et Nathan WOLFE *et al*. Dans cette perspective, Adbou Razac BOUKARY *et al*¹⁵ analysent l'idée de transmission de la tuberculose à *Mycobacterium* du bétail à l'homme. Selon ces auteurs, bien que considérée comme une zoonose majeure, la tuberculose à *Mycobacterium bovis* est une maladie négligée, aussi bien chez l'homme que chez l'animal, en Afrique subsaharienne où elle n'a été que très peu étudiée. La nature des souches circulantes de *M. bovis*, leur distribution géographique sont très peu connues dans cette région.

¹⁵ Boukary et al, « La tuberculose à *Mycobacterium bovis* en Afrique subsaharienne », *Ann. Med. Vet.*, 2011, 155, 23-37.

L'importance épidémiologique et les conséquences économiques de la tuberculose au sein des différents systèmes de production sont aussi largement mésestimées du fait de la faible capacité de diagnostic des abattoirs et des laboratoires. Par ailleurs, la présence de nombreux facteurs de risque de transmission de la maladie et l'absence de mesures adéquates de contrôle contribuent fortement à la dissémination de la tuberculose à *M. bovis*. Selon ces auteurs, la tuberculose bovine constitue également une sérieuse menace pour la santé humaine du fait de l'insuffisance des mesures d'hygiène comme la pasteurisation du lait, du contact étroit entre l'homme et le réservoir animal (principalement dans les élevages de types urbain et périurbain). L'amélioration des connaissances sur l'épidémiologie de la tuberculose à *M. bovis* est nécessaire pour la mise en place d'un programme de lutte efficace contre cette maladie. Une meilleure coordination des efforts entre les institutions de recherche et les acteurs de terrain ainsi qu'un transfert de compétence et des technologies sont recommandés.

Cette recherche a le mérite de relever les travaux portant sur les zoonoses en insistant sur la forte transmission de la tuberculose à *Mycobacterium* du bétail à l'homme, sur les risques liés à la proximité et au contact entre les chasseurs camerounais et les primates non humains et sur la forte exposition des chasseurs camerounais au SIV, mais ne s'intéresse pas directement aux zoonoses les plus dangereuses. Par ailleurs, il n'est pas précisé que cette étude est applicable au contexte des maladies tropicales négligées.

Les travaux de Nathan WOLFE *et al*¹⁶ dans leur ouvrage spécifique, portent sur les risques liés à la proximité et au contact entre les chasseurs camerounais et les primates non humains. Ces travaux montrent que non seulement les chasseurs des régions forestières camerounaises peuvent contracter naturellement le virus d'immunodéficience simien, mais aussi que l'exposition de l'homme aux primates non humains peut résulter dans l'émergence des infections telles le VIH, le paludisme et le HTLV-1.

Les travaux de Kalish MARCIA *et al*¹⁷ dans leur ouvrage collectif analysent l'idée de forte exposition des chasseurs Camerounais au SIV, et Ana MACHUCA *et al.* ont ressorti la prévalence du virus de la leucémie humaine chez les populations rurales Camerounaises HIV négatives. Les travaux de Lebreton MATTHEW révèlent la fièvre de la vallée du Rift chez les chèvres. En plus, il trouve que parmi les personnes infectées du HIV-1, certaines étaient

¹⁶ NSANGO, L'approche One Health dans la sous-région CEMAC, Mai 2021, rapport de recherche;

¹⁷ *ibid*

préalablement exposées aux primates sauvages (2007). Il s'intéresse ensuite aux modèles de chasse et à la perception des risques infectieux par les communautés.

Cette recherche a le mérite de relever les travaux portant sur la forte exposition des chasseurs camerounais au SIV, en insistant sur l'exposition des populations rurales aux primates sauvage, la perception des risques infectieux par les communautés. Mais ne s'intéresse pas aux éventuelles solutions pour pallier à ces préoccupations.

III.3. L'émergence de l'approche *one health*

Les auteurs qui s'inscrivent dans cette troisième tendance sont : Stéphanie DUHAMEL et al, Perrine MOUTERDE, Joseph Bénie Bi VROH, Stéphen HINCHLIFFE et François Roger.

Ces derniers mettent l'accent sur les origines et le développement de l'approche « *one health* ». D'autres auteurs de la même orientation font beaucoup plus une analyse de l'importance de cette nouvelle approche dans un contexte sanitaire mondiale marqué par la prolifération des épidémies et pandémies.

Dans ce rapport, Stéphanie DUHAMEL et al¹⁸, se proposent de présenter l'origine et l'importance de l'approche *one health*. Cette approche est formellement adoptée par l'OMS, l'OIE et le FAO ; la santé et le bien être humain sont dépendant de l'état de l'environnement ces atouts : elle vise à limiter la déforestation, les contacts hommes-animaux...

Pour eux, l'approche *one health* vise à comprendre les facteurs de risques en santé de manière plus large pour pouvoir bâtir des approches préventives ; pour sortir d'une vision monothématique et anthropocentrée des problématiques de santé ; penser la santé et ses déterminants de manière holistique ; apporter des solutions durables a des problèmes de santé complexe ; anticiper les effets bénéfiques ou délétères des actions mises en œuvre sur chacun des trois secteurs ...

Perrine MOUTERDE¹⁹ quant à –elle dans son ouvrage soutient que L'approche « *One Health* »,est un outil pour prévenir les prochaines pandémies. Ici, La crise sanitaire a mis en lumière ces interactions étroites entre faune sauvage, perte de biodiversité et santé publique. Comme la majorité des maladies infectieuses affectant les humains, le Covid-19 est une

¹⁸ « One health » une santé évaluation d'une intégrée en santé « rapports techniques »

¹⁹ L'approche « One health », un outil pour prévenir les prochaines pandémies : ce concept né-il une vingtaine d'années, reconnaît l'interdépendance entre les santé animale, humaine et environnementale mais reste peu mis en œuvre, planète, aout 2020

zoonose, c'est-à-dire une infection transmise par un animal. Or, depuis plusieurs dizaines d'années, la fréquence des épidémies, en particulier d'origine zoonotique, s'accélère. Du fait des activités humaines – déforestation, conversion des terres agricoles, intensification de l'élevage... –, les populations sont notamment de plus en plus en contact avec la faune.

« *L'augmentation de la population humaine, l'industrialisation et les problèmes géopolitiques accélèrent les changements causant des dommages importants à la biodiversité, la dégradation des écosystèmes et les mouvements migratoires considérables des hommes et des espèces, expliquaient en 2018 les auteurs d'un article publié dans *Frontiers in Veterinary Science*. Ces changements environnementaux rapides sont liés à l'émergence et à la réémergence de maladies infectieuses et non infectieuses.* »

Pour, Joseph Bénie Bi VROH et Ibrahima SECK²⁰ dans leur ouvrage, le *One Health* ou « une seule santé » est une approche intégrée de la santé qui met l'accent sur les interactions entre les animaux, les humains et leurs divers environnements. Il encourage les collaborations, les synergies et l'enrichissement croisé de tous les secteurs et acteurs dont les activités peuvent avoir un impact sur la santé. Son but est d'améliorer la santé et le bien-être grâce à la prévention des risques et l'atténuation des effets des crises qui proviennent de l'interface entre les humains, les animaux et leurs écosystèmes.

De plus, Le concept *One Health* entre dans le cadre de la Sécurité Sanitaire Mondiale dont l'objectif est de rendre le monde plus sûr et plus sécurisé, en renforçant les capacités de la communauté Internationale à prévoir, détecter et répondre aux épidémies de maladies infectieuses.

Stephen HINCHLIFFE dans ce document ²¹ se concentre sur les maladies infectieuses émergentes, et le résultat est une tendance à tenter de formater la vie des animaux destinés à l'alimentation de manière particulière et conforme à la sécurité sanitaire mondiale. Le concept *One World One Health* (OWOH) a été plus facilement adopté au sein ou à la périphérie des organismes nationaux et mondiaux de santé animale et publique où les praticiens pouvaient voir les avantages de travailler sur les problèmes de santé et de maladie d'une manière qui défiait les frontières disciplinaires et institutionnelles établies. Les agences internationales, y compris l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE)

²⁰ Bénie Bi Vroh, Joseph, et Ibrahima Seck. « La mise en œuvre du concept One Health est-elle une réalité en Afrique ? », *Santé Publique*, vol. 28, no. 3, 2016, pp. 283-285.

²¹ Plus d'un monde, plus d'une santé : reconfigurer la santé inter-espèces. Santé globale et imaginaires géographiques, 159-175, 2017

et l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), ont traditionnellement eu tendance à agir dans leurs domaines médical/santé, vétérinaire/commercial et agricole/développement respectivement.

III.4. Mise en œuvre de l'approche *one health*

Les auteurs qui s'inscrivent dans cette quatrième tendance sont : Bordier BOUCHOT²², Jacob ZINSSTAG et al²³, George R. LUEDDEKE²⁴, Fred EBOKO²⁵.

Selon Marion Bordier BOUCHOT²⁶ dans son ouvrage, le concept *One Health* (Une seule santé) reconnaît une interconnexion entre la santé animale, la santé humaine et la santé des écosystèmes. Il encourage des efforts collaboratifs entre secteurs et disciplines pour aborder plus efficacement les problématiques sanitaires à l'interface homme-animal-environnement. En matière de surveillance sanitaire, ce concept est très largement promu car il laisse présager une amélioration de la performance épidémiologique et économique de la surveillance. Cependant, les systèmes de surveillance continuent le plus souvent à opérer en silo avec des dispositifs sectoriels très peu connectés. Nous pensons que le manque d'opérationnalisation de la surveillance *One Health* relève en partie de la persistance de confusions et d'incertitudes sur son application pratique et sur sa valeur ajoutée par rapport à la juxtaposition de dispositifs sectoriels fonctionnant indépendamment. Dans ce contexte, nous avons développé un cadre conceptuel et méthodologique pour favoriser la mise en œuvre du concept *One Health* dans le domaine de la surveillance.

Jacob ZINSSTAG et al²⁷ dans leur ouvrage affirment que , depuis la fin des années 1990, le «*One Health*» est devenu un concept fédérateur pour un grand nombre d'organisations gouvernementales et non gouvernementales. *One Health* est devenu le concept phare en matière

²² Comment mettre en œuvre le concept "*One Health*" pour améliorer la surveillance des dangers sanitaires à l'interface homme-animal-environnement ? 2020 thèse Domaine : Sciences du Vivant [q-bio] / Médecine humaine et pathologie.

²³ Zinsstag et al, *One Health, une seule santé. Théorie et pratique des approches intégrées de la santé*, éditions Quæ,2020.

²⁴ *Survie : une santé, une planète, un avenir* Routledge, 2018(ART)

²⁵ Politiques, acteurs et dynamiques à l'ère de la Global Health Dans *Politique africaine* 2019/4 (n° 156), pages 5 à 20

²⁶ Comment mettre en œuvre le concept "*One Health*" pour améliorer la surveillance des dangers sanitaires à l'interface homme-animal-environnement ? 2020 thèse Domaine : Sciences du Vivant [q-bio] / Médecine humaine et pathologie

²⁷ Zinsstag et al, *One Health, une seule santé. Théorie et pratique des approches intégrées de la santé*, éditions Quæ,2020.

de recherche, de renforcement des capacités et des consortiums translationnels tels que l'ICONZ (Offensive concertée contre les zoonoses négligées) financé par l'Union européenne (UE) et la formation *One Health for Next Generation (OH-NEXTGEN)* ainsi que le consortium Afrique One financé par le *Wellcome Trust*.

Pour eux, le *One Health* est avant tout une valeur ajoutée en termes d'amélioration de la santé et du bien-être des êtres humains et des animaux, d'économies financières et d'amélioration des services environnementaux grâce à une collaboration plus étroite entre les praticiens et les chercheurs soucieux de la santé humaine et animale et des résultats connexes, dépassant ce que l'on peut obtenir en œuvrant seul. Cet énoncé opérationnel révèle la nécessité d'une théorie fondamentale, de méthodes concrètes et d'exemples pratiques. François Roger²⁸ dans son ouvrage célèbre intitulé. Développe l'idée de zoonoses comme facteur de nombreux cas de décès dans le monde.

Ainsi Les zoonoses occasionnent 2,2 millions de victimes et 2,4 milliards de malades dans le monde. Elles se concentrent dans les pays d'Asie et d'Afrique à revenu faible ou moyen. Mais les menaces de pandémie pèsent sur toute la planète. Pour lutter contre ces maladies, les organisations internationales promeuvent l'approche " Une seule santé " (*One Health*), qui propose d'aborder conjointement la santé humaine, la santé animale et l'environnement. Toutefois, la mise en œuvre se heurte à de multiples difficultés techniques, scientifiques et institutionnelles. La recherche peut faciliter cette mise en œuvre. En témoignent des recherches interdisciplinaires conduites en Afrique et en Asie, qui associent des méthodes utilisées en santé humaine et en santé animale, ainsi que des acteurs de ces secteurs. Leurs résultats, prometteurs, précisent le contenu de l'approche et préfigurent la gestion d' " Une seule santé " .

George R. LUEDDEKE²⁹ dans son ouvrage parle du *One health* et du développement durable. Pour lui, le *One Health* est une approche reconnaissant les interconnexions fondamentales entre les personnes, les animaux, les plantes et l'environnement - doit éclairer les objectifs de développement durable de l'ONU-2030 et qu'il est essentiel de travailler à l'adoption d'un nouvel état d'esprit. Nous devons remplacer notre vision actuelle des ressources illimitées, de l'exploitation, de la concurrence et des conflits par une vision qui respecte le

²⁸ Lutte contre les zoonoses en Afrique et en Asie. L'apport de la recherche à " Une seule santé ". — *Control of zoonotic diseases in Africa and Asia. The contribution of research to One Health*. N18. N18-Les pratiques de recherche intersectorielles et interdisciplinaires peuvent faciliter la c.. 2012, 4 p.< hal-00741072v2>

²⁹ *Survie : une santé, une planète, un avenir* Routledge, 2018(ART)

caractère sacré de la vie et aspire au bien-être de tous, à la prospérité partagée et à la stabilité sociale. Clairement rédigé, fondé sur des données probantes et transdisciplinaire - et comprenant des contributions de la Banque mondiale, du Conseil Interaction, de Chatham House, de l'UNESCO, du Forum économique mondial, de la collaboration tripartite *One Health* (Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, Organisation mondiale de la santé animale et Organisation mondiale de la santé), *One Health Commission* and more.

Fred EBOKO³⁰ dans son œuvre rend compte des changements considérables intervenus récemment dans l'univers de la santé publique en Afrique. La configuration des politiques de santé sur le continent a en effet connu une mutation profonde au cours des trois décennies qui séparent ces deux dossiers thématiques. Cette évolution constitue la base empirique de ce dossier. Chacun des cinq articles de ce volume illustre les ruptures opérées par la globalisation des politiques de santé, à partir de l'étude d'une question spécifique : la couverture santé universelle à travers le numérique, le « financement basé sur les résultats » (FBR), la prise en charge du diabète, l'accès universel aux traitements antirétroviraux et l'approvisionnement en médicaments antipaludiques. Entre césure et continuité, logiques et contradictions, *la Global Health* [2] est soumise à l'épreuve des faits dans ce dossier et dans cette introduction. Nous proposons dans un premier temps de revenir sur l'historique des changements qui ont accompagné ces évolutions, puis nous soulignerons trois articulations principales qui permettent, de notre point de vue, d'analyser ces mutations : les idéologies à partir desquelles *la Global Health* se déploie, la dynamique du « retour de l'État en Afrique » au début de ce XXI^e siècle et les marchés qui accompagnent ces nouvelles politiques.

Ces études ont le mérite de relever la nécessité de la mise en œuvre d'un programme de lutte efficace, mais ne s'intéresse pas directement au *One Health* comme potentielle politique de santé pouvant faire l'objet d'une réflexion paradigmatique à cette fin. Par ailleurs, il n'est pas précisé que cette étude est applicable au contexte camerounais de manière spécifique.

Le présent travail a le mérite de relever les travaux qui portent essentiellement sur la place des politiques publiques de santé en s'appuyant sur la matrice d'acteurs et du système de santé en Afrique tout en insistant sur une nouvelle manière de définir et de mettre en œuvre l'action publique dans la période post ajustement structurel, basée sur des partenariats multiples

³⁰ Politiques, acteurs et dynamiques à l'ère de la Global Health Dans *Politique africaine* 2019/4 (n° 156), pages 5 à 20

et multi niveaux. En comparant les secteurs de la santé, de l'éducation et de l'environnement, elle montre que la reconfiguration de l'action publique suit des processus similaires et repose sur les mêmes types d'acteurs, mais ne jette pas un regard critique sur l'action publique de santé.

Au regard de ce qui précède et des différentes orientations (les recherches portant sur les zoonoses et épidémies, les recherches portant sur l'émergence et la mise en œuvre de l'approche *One Health*, les recherches portant sur les politiques publiques de santé en Afrique) qui se dégagent de cette revue de la littérature, il s'agit dans ce travail, de questionner la difficile opérationnalisation de l'approche *One Health* dans les politiques de santé en matière de lutte contre les épidémies au Cameroun.

IV. QUESTIONS DE RECHERCHE

1. Question principale

Comment comprendre la difficile opérationnalisation de l'approche *One Health* en matière de lutte contre les épidémies au Cameroun ?

2. Questions secondaires

QS1 : Quels sont les acteurs de mise en œuvre de l'approche *One Health* dans les politiques de lutte contre les épidémies au Cameroun ?

QS2 : Quelles sont les transformations induites par l'approche *One Health* dans la lutte contre les épidémies au Cameroun ?

QS3 : Quelles sont les pesanteurs à la mise en œuvre de l'approche *One Health* au Cameroun ?

V. HYPOTHESES DE RECHERCHE

Selon Madeleine Grawitz³¹, une hypothèse est une proposition de réponse à la question posée. Elle tend à formuler une relation entre des faits significatifs. Elle doit être vérifiable. Elle doit être formulée en des termes tels que l'observation et l'analyse puissent fournir une réponse à la question posée. Ainsi, de ce travail en découle quatre hypothèses dont une principale et trois secondaires.

³¹ M., GRAWITZ, *Méthode des sciences sociales*, 10^e éd. Dalloz, Paris, 1996, p 317.

1. Hypothèse principale

Bien que l'introduction de l'approche *one health* ait amélioré les politiques de lutte contre les épidémies au Cameroun, son opérationnalisation reste entravée par des pesanteurs socioculturelles, politico-institutionnelles et économiques.

2. Hypothèses secondaires

2.1. Hypothèse 1 :

La mise en œuvre de l'approche *One Health* au Cameroun fait appel à des acteurs multisectoriels, qui mettent en place des cadres de concertation et de collaboration en matière de formation et de renforcement des capacités, d'échanges d'informations et de connaissances ainsi que de surveillance et de prise en charge épidémiologiques.

2.2. Hypothèse 2 :

L'adoption de l'approche *One health* induit des transformations institutionnelles et stratégiques, infrastructurelles et opérationnelles ainsi que des dynamiques en matière d'ouverture et de coopération internationale dans la lutte contre les épidémies.

2.3. Hypothèse 3 :

La mise en œuvre de l'approche *One health* dans la lutte contre les épidémies au Cameroun est confrontée à des pesanteurs d'ordre socioculturel, politico-institutionnel et économiques.

VI. OBJECTIFS

Nous avons plusieurs objectifs à atteindre dans le cadre de ce travail :

1. Objectif principal

Identifier et analyser les mécanismes de mise en œuvre et les difficultés rencontrées dans l'opérationnalisation de l'approche *one health* en matière de lutte contre les épidémies au Cameroun.

A partir de cet objectif général, nous avons formulé trois objectifs spécifiques à savoir :

2. Objectifs secondaires

OS1 : Identifier les principaux acteurs du *One Health* au Cameroun et analyser leur rôle et principales stratégies dans la mise en œuvre de cette approche.

OS2 : Analyser les mutations ou transformations induites par l'adoption de l'approche *one health* dans la lutte contre les épidémies au Cameroun.

OS3 : Identifier et analyser les pesanteurs à l'opérationnalisation de l'approche *one health* au Cameroun.

VII- MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

La méthodologie de recherche adoptée dans le cadre de notre mémoire, intègre le cadre théorique et les techniques de collecte et d'analyse des données.

VII.1. Cadre théorique

Le cadre théorique est constitué de la théorie systémique, de la théorie des représentations sociales et de l'ethnométhodologie.

VII.1.1. La théorie systémique

La théorie systémique est une approche multidisciplinaire qui étudie les propriétés communes dans de nombreuses entités. C'est le biologiste autrichien Ludwig von Bertalanffy (1901-1972) qui lui a donné ce nom, vers la moitié du XXe siècle. Bien que cette théorie soit née par l'intermédiaire d'un expert en biologie, au fil du temps, elle s'est répandue dans divers champs d'études tels que la cybernétique et la théorie de l'information. Le sociologue allemand Niklas Luhmann (1927-1998) est l'un de ceux qui ont mis en œuvre la théorie systémique dans les sciences sociales.

La théorie systémique est basée sur le postulat selon lequel tout type de phénomène doit être considéré comme un système, ou peut-être conceptualisé selon une logique de système, c'est-à-dire comme un ensemble complexe d'interactions.

Pour Bernard WALLISER, l'approche systémique reconnaît les propriétés d'interactions dynamiques entre les éléments d'un ensemble. C'est sûrement ce qui fait dire à Med KECHIDI qu'« [...] *un système social – espace organisé d'interactions sociales – n'apparaît qu'au travers des activités des individus qui en font partie, activités qui produisent*

et reproduisent le système »³². Ainsi considéré, nous convoquons cette théorie pour analyser les dynamiques et interrelations qui se jouent et se tissent entre les acteurs en présence au sein du système de santé camerounais ainsi que de nombreuses disciplines favorisant l'opérationnalisation de l'approche *One health* dans les politiques de santé camerounais. Le système ainsi formé, doit, dans l'analyse être considéré, car lorsqu'un seul élément se trouve affecté, ou est dysfonctionnel, cela entraîne systématiquement une modification de la dynamique de l'ensemble du système, par loi d'interdépendance. De plus, L'analyse des systèmes permet donc, de comprendre la trajectoire de l'approche *One health* impulsé au sein du système de santé camerounais. Elle aide à saisir de quelle manière se bâtit cette approche. Il n'est donc pas question, de ne considérer que les composantes du système prises isolément, mais bien, de les appréhender comme un tout, car ainsi que nous le rappelle Karl LUDWIG Von BERTALANFFY³³ : « *un tout est plus que la somme de ses parties* ». En effets : « *les caractéristiques constitutives du système ne peuvent s'expliquer à partir des caractéristiques des parties prises isolement* ». Le système doit donc certes être considéré au travers des composantes qui le structure, mais au-delà de ces éléments, doit être pris en compte la dynamique interactionnelle existante qui donne lieu à un effet de synergie, favorable au développement de relation de réciprocité, de « dépendance », « d'influence », ou de « transformation »³⁴. Nous avons utilisé cette théorie pour analyser les relations de réciprocité, de dépendance et d'influence qui existent entre différents acteurs du système de santé ainsi que de nombreuses disciplines.

L'interaction entre les éléments d'un système étant l'action réciproque qui modifie le comportement ou la nature des éléments dudit système, nous nous attacherons ici, à mettre en évidence en rapport au *One health*, les changements observés, les transformations survenues dans la dynamique du système de santé du Cameroun à la suite de la mise en œuvre du *One health* ainsi que les résistances systémiques à l'opérationnalisation de cette nouvelle approche de lutte contre les épidémies.

L'analyse systémique de l'approche *One health* au Cameroun nous autorise de nous attacher à mettre en lumière les « *processus dynamiques qui caractérisent l'évolution de ce réel, insistant sur les effets d'interaction et de rétroaction, les processus d'ajustement et de mémoire,*

³² KECHIDI, Med, (2005). « La théorie de la structuration : une analyse des formes et des dynamiques organisationnelles » in Relations industrielles, vol.60(2), pp.348-369.

³³ Ludwig von Bertalanffy, *Théorie générale des systèmes*, Paris, Dunod, 1973.

³⁴ Leloup, (2010). « Le développement territorial et les systèmes complexes : proposition d'un cadre analytique ». Revue d'Economie Régionale & Urbaine, (4), pp.687-705.

l'émergence de comportements marginalisés ou encore l'influence des perturbations externes»³⁵.

VII.1.2. La théorie des représentations sociales

La théorie des représentations sociales figure parmi les courants théoriques majeurs qui expliquent les comportements mentaux, sociaux et humains dans la société. Cette théorie se situe donc au carrefour de la psychologie sociale, de l'anthropologie, de l'histoire et de la sociologie. Les principaux promoteurs de cette grille d'analyse sont entre autres, Denise JODELET, Serge MOSCOVICI et Jean Claude ABRIC. En effet, c'est avec le psychologue Serge MOSCOVICI³⁶ que s'élabore véritablement la théorie des représentations « sociales » à travers son étude princeps sur la psychanalyse en 1961, pour qui la représentation a une genèse à la fois individuelle et sociale. Depuis, elle a connu un large développement d'abord européen puis international. MOSCOVICI s'inscrit dans la continuité d'auteurs comme Freud, Piaget ou Durkheim, dont il s'est inspiré pour formaliser le concept de représentation sociale. Les représentations sociales sont un ensemble d'opinions, d'informations, de valeurs et de croyances sur un objet particulier (l'objet de la représentation). Une « représentation sociale est donc toujours représentation de quelque chose (l'objet) et de quelqu'un (le sujet) »³⁷. Cette relation objet-groupe constitue le principe autour duquel la théorie des représentations sociales s'organise. Pour GUIMELLI, « elles constituent une modalité de la connaissance dite de “ sens commun ” dont la spécificité réside dans le caractère social des processus qui la produisent ».

Pour Serge MOSCOVICI, une représentation sociale est un système de valeurs, de concept et de pratique ayant deux vocations : d'abord instituer (instaurer) un cadre qui donne aux individus la chance de s'orienter dans l'environnement social et le dominer. Et par la suite assurer la communication entre les membres d'une communauté. Dès lors, l'image que donne l'individu, permet à la fois d'orienter le groupe mais aussi de garantir les méditations entre ceux-ci pour car les représentations sociales sont « des contenus organisés » c'est-à-dire les opinions, les images, les symboles, le langage qui structurent la vie des individus ou des groupes. D'après Denise JODELET, il n'y a pas de représentation sans construction par le sujet d'une interprétation de l'objet qui peut être une chose, un événement ou encore une idée. Denise

³⁵ Leloup, *ibid.*

³⁶ Serge MOSCOVICI, *La psychanalyse, son image et son public. Étude sur la représentation sociale de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1961.

³⁷ Denise, JODELET (dir), *Les représentations sociales*, Paris, PUF, 1989.

JODELET définit la représentation sociale comme « une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourante à la construction d'une réalité commune à un ensemble social »³⁸.

CHEZ Jean Claude ABRIC³⁹ la représentation sociale prend le sens d'un « processus d'une activité mentale par laquelle un individu ou groupe reconstitue le réel auquel il est confronté, et lui attribue une signification spécifique » dans la mesure où, l'on observe un accord entre la nature des choses, des hommes et des idées. Ainsi, c'est l'approche la part reconstitution du réel et de la réalité par les individus, l'histoire sociale et le vécu quotidien de ceux-ci.

Mobiliser cette théorie est judicieux pour nous dans la mesure où elle nous aide à mieux appréhender la réalité sociale de notre objet. Elle a permis de savoir comment les acteurs du *one health* perçoivent cette approche et quelle représentation les communautés ont du *one health*. La théorie des représentations sociales offre un éclairage particulier favorisant une meilleure compréhension des rapports entre la personne, les animaux et l'environnement ; elle permet de mieux saisir les dynamiques sociales impliquées dans les enjeux du *one health*.

VII.1.2. L'ethnométhodologie

Créée par Harold GARFINKEL⁴⁰ au cours des années 1950, L'ethnométhodologie est une théorie sociologique qui étudie les méthodes que les individus utilisent pour comprendre et produire l'ordre social dans lequel ils vivent. Elle se conçoit généralement comme une alternative aux approches sociologiques traditionnelles. Dans sa forme la plus radicale, elle pose un défi aux sciences sociales dans leur ensemble. D'autre part, ses premières recherches ont permis de développer l'analyse des catégorisations et l'analyse conversationnelle, qui ont constitué des innovations méthodologiques importante pour ressaisir les rapports entre le discours et l'activité dans le cadre des interactions sociales. Garfinkel utilise cette expression pour souligner le fait que la pratique quotidienne est susceptible de créer une connaissance qui sera partagée par les membres du groupe ainsi, c'est une étude sacrée dans l'expérience quotidienne des acteurs sociaux.

³⁸ Denise, JODELET, *op.cit.*

³⁹ Jean-Claude, ABRIC, *Pratiques sociales et représentations*, Paris, PUF, 1994.

⁴⁰Garfinkel, H. (trad. de l'anglais), *Recherches en ethnométhodologie*, Paris, Presses universitaires de France, 2007.

Voici cinq postulats de l'ethnométhodologie tels que Cinnamond⁴¹ les a identifiés. Un premier postulat affirme le caractère constructiviste dans l'interaction sociale en cours : « L'ordre social est constamment créé, construit et négocié »⁴². Un deuxième postulat considère que le « membre a accès aux règles cachées et connaît le langage utilisé dans les interactions étudiées »⁴³. Ce postulat suppose également que le chercheur soit membre de la même société d'une quelconque façon parce qu'en ethnométhodologie, la compétence première pour livrer le réel revient au membre de la société étudiée. Un troisième postulat concerne le caractère culturel propre à chaque peuple ou à chaque groupe. Au sein de chaque groupe, il y a une « forme culturelle partagée par ses membres mais qui n'est pas un modèle collectif »⁴⁴. « Chaque groupe va accomplir son organisation sociale de façon différente »⁴⁵. Un quatrième postulat concerne la confiance. Cinnamond affirme que la « confiance est un concept clé »⁴⁶ pour rethnométhodologie. Par confiance, l'ethnométhodologue entend la certitude avec laquelle les membres anticipent leurs réactions mutuelles au cours du déroulement de l'interaction qui est une conséquence de leur connaissance mutuelle et réciproque. Confiance également que l'ordre social sera maintenu, permettant ainsi à l'interaction en cours de contribuer à sa construction⁴⁷. Le cinquième postulat concerne le contexte de l'interaction pour sa compréhension et son explication. Il s'agit à la fois de l'indexicalité et de la réflexivité incluse dans la réalité et affirmées par les ethnométhodologues.

Cette approche nous permettra d'apporter une attention particulière aux acteurs du système de santé camerounais, car c'est en les comprenant que nous pourrions en même temps comprendre le système. Cependant, elle s'intéresse alors à la culture "en action" c'est-à-dire que la méthode de compréhension et de raisonnement des acteurs doit être trouvée lors des activités localisées et quotidiennes et doivent être compris en partit.

Le regard ethnométhodologie apparaît ainsi comme un outil important pour la compréhension de cette étude, car son intérêt sur la pratique quotidienne et localisée des acteurs permettra de comprendre, dans le contexte d'action, la dynamique des pratiques et des raisonnements présents dans cette allocation quotidienne au tour du *One health*. Cette approche

⁴¹ Cinnamond, J. The development of intersubjective trust: Rules and practices. Thèse de doctorat, University Microfilms International, 5032, 1992, p.16.

⁴² *Ibid.*

⁴³ *Ibidem.*

⁴⁴ *Ibid.*

⁴⁵ *Ibidem.*

⁴⁶ *Ibid.*

⁴⁷ Garfinkel, *op.cit.*

cherche de cette manière à attirer l'attention sur la nécessité d'une réflexion plus approfondie sur le fonctionnement quotidien des acteurs du système de santé camerounais.

C'est justement à partir de cette vision de GARFINKEL⁴⁸ qu'on va analyser la manière à travers laquelle les professionnels de santé et les différents acteurs impliqués s'investissent dans la mise en œuvre de l'approche *one health* au Cameroun, de l'intérieur (« *from within* ») les traits observables de la vie sociale.

Ainsi, pour le programme ethnométhodologique, la réalité sociale est constamment créée par les acteurs, elle n'est pas une donnée préexistante et la signification que les membres donnent à leur action ne peut pas être saisie qu'à partir de son environnement, c'est-à-dire que le sens de l'action des membres est toujours localisé.

VII.2. Cadre expérimental

Cette étape s'inscrit autour de deux grandes techniques à savoir la technique de collecte de données et la technique d'analyse de données.

VII.2.1. Technique de collecte de données empiriques

La triangulation des techniques de recherche que nous choisissons de convoquer dans le cadre de ce travail mobilise plusieurs outils de recherche dans la diversité des méthodes d'enquêtes qualitatives. De manière plus précise, nous faisons usage des techniques de recherche documentaire et des entretiens semi-directifs.

VII.2.1.1. Recherche documentaire

La recherche documentaire est une méthode qualitative de collecte des données qui se base sur le suivi des faits pratiques des acteurs sans volonté de les modifier, à l'aide d'une procédure appropriée. Elle est de ce fait, un préalable à toute descente sur le terrain par le chercheur Rodolphe GHIGLIONE et Benjamin MATALON⁴⁹, une observation qui porte sur l'analyse de documents ou l'étude de traces. Le document ici est considéré comme tout élément matériel ou immatériel, qui a un rapport avec l'activité des hommes vivant en société et qui de

⁴⁸ *Ibid.*

⁴⁹ Les enquêtes sociologiques : théorie et pratique, Paris, Armand Colin, 1998.

ce fait constitue indirectement une source d'information sur les phénomènes sociaux. Valentin NGA NDONGO.⁵⁰

En tant que technique de collecte des données en sciences sociales, la recherche documentaire s'illustre comme l'un des procédés de base, permettant au chercheur de se familiariser avec les contenus des travaux préexistants, en disposant des informations fiables, compatibles avec l'objet de recherche, et qu'il peut aisément confronter entre elles ou avec ses propres connaissances. Les documents que nous exploitons dans le cadre de ce mémoire sont essentiellement livresques et textuels.

Dans ce contexte, elle nous donnera l'occasion d'entrer en contact avec des documents traités à divers niveaux (primaire/secondaire/tertiaire) et émanant d'une pluralité de sources.

Pour circonscrire et prendre connaissance des objectifs de l'étude, nous allons procéder à la recension de certaines informations à partir des documents de base à savoir :

- les documents officiels relatifs à l'approche *One health* ;
- les rapports et archives institutionnelles liés à la mise en œuvre du *One health* au Cameroun ;
- les différents rapports des réunions, ateliers et rencontres liés aux questions du *One health* ;
- des documents et ouvrages qui permettent la réalisation de l'étude.

Dans le cadre de cette étude, nous allons collecté et exploité des documents de politique et stratégie au niveau national comme : la stratégie nationale « Une santé » du Cameroun, la politique de santé animale et de santé publique vétérinaire, le document du programme national de prévention et de lutte contre les zoonoses émergentes et réémergences, l'arrêté de création du programme zoonose, les rapports d'ateliers organisés dans le cadre de la sensibilisation et de la formation pour le « *One health* » et toutes publications relatives au concept du « *One health* » et plus spécifiquement au niveau du Cameroun.

⁵⁰ L'opinion camerounaise, Paris 10 (Nanterre), Doctorat d'Etat ès lettres et sciences humaines, spécialité sociologie, 1999.

VII.2.1. 2. Entretien semi-structuré

L'entretien est une technique de collecte des données en sciences sociales qui consiste en « *un tête-à-tête oral entre deux personnes (...) dont l'une transmet à l'autre des informations recherchées sur un problème précis* »⁵¹. Pour Honoré MIMCHE⁵², l'entretien est un type particulier de technique de collecte des données qui permet au chercheur d'obtenir de l'enquêté des informations à travers une situation de communication plus ou moins directive ou libre. Ces informations relèvent des opinions, des perceptions, des interprétations, des expériences, des situations, des réactions, etc. l'entretien repose sur des principes visant à éviter l'influence de l'enquêteur et reste donc soumis aux exigences de l'esprit scientifique. D'après Madeleine GRAWITZ⁵³, il s'agit d'un « *procédé d'investigation scientifique utilisant un processus de communication verbale pour recueillir des informations, en relation avec un but fixé* ». Il se distingue des autres instruments de recueil des données par :

- la mise en œuvre du processus de communication et d'interaction qu'elle exige ;
- la richesse de l'information collectée ;
- la faible standardisation.

Comme le précisait DAUNAI, la décision de faire usage de l'entretien relève primordialement du choix d'entrer en contact avec des sujets pour obtenir des données de recherche⁵⁴, il est question de recueillir des opinions, les jugements, les motivations des populations cibles, ainsi que ceux des différents acteurs concernés par le projet à l'étude. Godefroy NGIMA MAWOUNG l'a défini à cet effet comme « *La recherche des informations sur les opinions ou les croyances, l'attitude et le comportement d'autrui, d'un individu ou d'un groupe social donné, sur les faits qui se sont déroulés afin d'obtenir de ce jeu de questions réponses des résultats qualitatifs* »⁵⁵.

Des trois types d'entretiens à savoir l'entretien non directif, semi-directif et directif, nous avons opté pour l'usage des entretiens semi-directifs.

⁵¹ NDA, *méthodologie de la recherche. De la problématique à la discussion des résultats*, Abidjan, ed universitaires de côte d'ivoire, 3^e éd, 2006, p. 88.

⁵² MIMCHE Honoré, *Approches qualitatives des faits de population (collecte et analyse des données qualitatives)*, Notes de cours, IFORD, Yaoundé 2013.

⁵³ Grawitz, *Méthodes des sciences sociales*, Paris, Dalloz, 11^{ème} édition (la 9^{ème} édition a été publiée en 1993), 2021.

⁵⁴ DAUNAI, « l'entretien non directif », in Benoit Gautier (dir), pp. 273-293.

⁵⁵ NGIMA MAWOUNG, « L'entretien en science social dans le contexte africain : état des lieux » in Valentin NGA NDONGO et Emmanuel KAMDEM, *La sociologie aujourd'hui, une perspective africaine* ; Paris, Harmattan, 2010, pp. 147-155.

Il convient d'opter pour l'entretien semi-structuré qui garde l'avantage laisser à l'interlocuteur la liberté d'organiser et de développer sa pensée et ses opinions, tout en restant focalisé sur le thème ou l'aspect du thème que l'on veut explorer. Au total 29 entretiens semi-structurés ont été réalisés, avec les personnes ressources que sont : les points focaux *one health* (PF OH) des différents ministères et institutions concernés, notamment le PF OH du MINEPIA⁵⁶; le PF OH du MINEPDED⁵⁷; le PF du MINADER⁵⁸; le PF du MINRESI⁵⁹ ; le PF OH du MINSANTE⁶⁰; les partenaires techniques et financiers FAO⁶¹; GIZ⁶²; OMS⁶³ et les chercheurs et praticiens du *One health* au Cameroun ainsi que tous les autres acteurs du système de santé camerounais directement concerné par cette problématique. Pour se rassurer de l'exhaustivité et de la justesse des personnalités retenues, une matrice d'échantillon a été développée. Le tableau suivant en donne une vue synoptique.

Tableau 1_: Profil des personnes ressources interviewées

Profil du répondant	Désignation	Effectif
Organisations internationales	Responsables des organisations (OMS ,FAO ,GIZ,)	03
Les ministères	MINEPIA, MINEPDED, MINRESI ,MINADER et MINSANTE.	05
Laboratoires et institutions de recherche	Responsables des laboratoires tels que :le LANAVET, le Centre Pasteur du Cameroun, Centre de Recherche sur les maladies Emergentes et Ré-émergentes.	03
Acteurs sociaux et communautaires	Responsables des fermes et abattoirs	08
	Population	08
Personnel de santé	Médecins, infirmiers et vétérinaires	02

Source : Rosette NGUEGUIM MATSADENG, synthèse de la planification de la collecte des données ,2022.

⁵⁶ Ministère de l'élevage, des pêches et des industries

⁵⁷ Ministère de l'environnement, de la protection de la Nature et du Développement Durable

⁵⁸ Ministère de l'Agriculture et du Développement Rural

⁵⁹ Ministère de la Recherche Scientifique et de l'Innovation

⁶⁰ Ministère de la santé

⁶¹ Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture

⁶² Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (Agence allemande de coopération internationale)

⁶³ Organisation Mondiale de la Santé

Ainsi, nous avons mobilisé sur le terrain pour compléter notre travail, un échantillon en « boule de neige » car il fait appel à la bonne volonté des individus interrogés, ce qui revient à demander à des individus interrogés de désigner dans leur entourage d'autres personnes susceptibles d'être interrogées. Ici encore, les biais sont possibles si l'on ne s'interroge pas sur les motifs ou sur les représentations.

VII.2.2. Technique d'analyse des données : Analyse de contenu

Selon Laurence BARDIN, l'analyse de contenu⁶⁴ est un ensemble d'instruments méthodologiques de plus en plus raffinés et en constante amélioration s'appliquant à des « discours » (contenus et contenant) extrêmement diversifiés. Le facteur commun de ces techniques multiples et multipliées – du calcul de fréquence fournissant des données chiffrées à l'extraction de structures se traduisant en modèles – est une herméneutique contrôlée, sur la déduction : l'influence. En tant qu'effort d'interprétation, l'analyse de contenu se balance entre les deux pôles de la rigueur de l'objectivité et de la fécondité de la subjectivité

L'analyse de contenu est la méthode utilisée pour dépouiller et interpréter les informations recueillies sur le terrain au sujet de la difficile opérationnalisation de l'approche OH dans la lutte contre les épidémies au Cameroun tout en insistant sur les opinions, les croyances et les idées que les camerounais ont de l'approche OH. Cette phase de l'analyse des informations recueillies sur le terrain se subdivise en trois moments à savoir : la transcription, la catégorisation et l'analyse proprement dite.

➤ Transcription

Dans un premier temps, il était question pour nous de transcrire ou de reproduire intégralement par écrit les entretiens qui ont été enregistrés à l'aide d'un magnétophone. En effet, les données et informations ont été collectées sur le terrain par le truchement d'enregistrement lors des entretiens ou par consignation sur un support papier (qui constitue de ce fait notre journal de terrain), à partir des différentes séquences que nous avons capter in situ.

➤ Catégorisation

Dans un second temps, un travail de nettoyage de ces communications a été effectué en vue d'identifier les redondances, les répétitions et les expressions superflues. Par la suite, pour

⁶⁴ L'analyse de contenu, paris, PUF ,1977

chaque communication, il s'agissait de notifier l'appréciation des sujets face aux thématiques des entretiens. Cette étape qui a suivi la transcription a consisté essentiellement à regrouper les données par items, donc allant dans le même sens, en vue de permettre leur meilleure analyse. Ceci nous a permis non seulement de saisir en profondeur les informations recueillies, mais aussi de relever les occurrences dans les propos et les attitudes des personnes interrogées et observées.

➤ **Interprétation**

Le processus a consisté pour le chercheur que nous sommes à analyser en détail les communications des individus, des groupes ou institutions. Ensuite, de les présenter de manière à pouvoir comparer les résultats observés sur le terrain aux résultats escomptés lors de l'élaboration des hypothèses. Le but étant de déceler la réalité en profondeur et de « *traiter de manière méthodique des informations et témoignages qui représentent un degré de profondeur et de complexité* » Raymond QUIVY et Luc Van CAMPENHOUDT⁶⁵. Plus spécifiquement, elle a consisté à analyser qualitativement les communications des personnes interviewées, le contenu des documents collectés pour dévoiler les vérités scientifiques dans les méandres où elles se cachaient.

VIII. Délimitation du champ de l'étude

La délimitation de notre champ de l'étude est subdivisée en trois parties : délimitation spatiale, temporaire et disciplinaire.

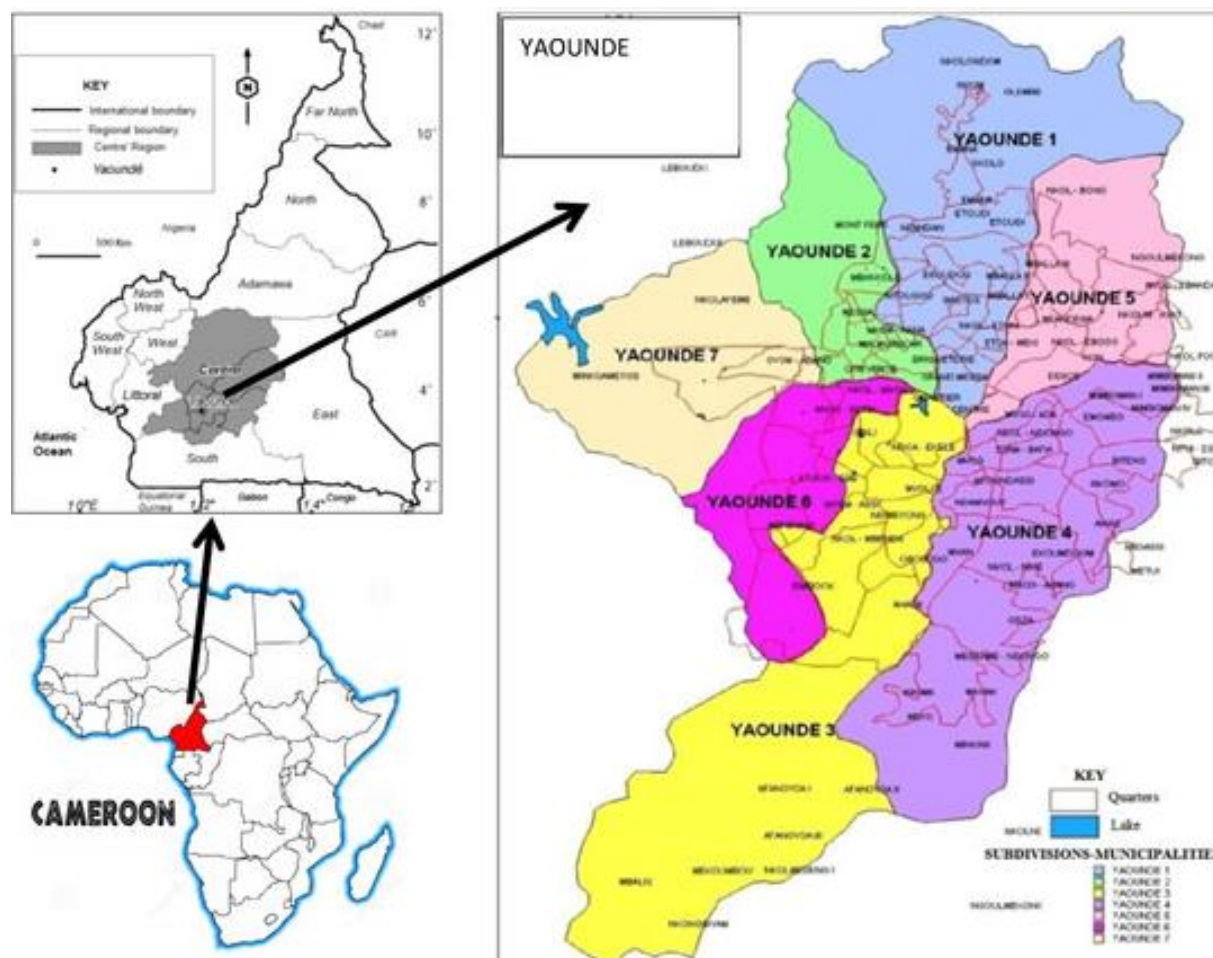
VIII.1. Délimitation spatiale

Pour la réalisation de notre travail, nous avons circonscrit un espace géographique spécifique afin de ne pas avoir à étudier le phénomène sur toute l'étendue du territoire national. Cette étude est menée essentiellement dans la ville de Yaoundé capitale politique du Cameroun. C'est sur ce site que la collecte des données sera effectuée. Le choix de ce champ spatial que constitue la ville de Yaoundé comme cadre de l'étude, n'a pas été fait de façon fortuite. Il a été motivé par la spécificité de cette ville par rapport aux autres villes. En effet, Yaoundé est non seulement la capitale du Cameroun et surtout, elle abrite toutes ou du moins la plupart des institutions (publiques et privées) impliquées dans la mise en œuvre de l'approche *one health*.

⁶⁵ Manuel de recherche en sciences sociales, Paris, Dumont, 2è édition, 1995 379 p

Les différentes administrations et institutions, directement concernées par cette étude se trouvent dans la ville de Yaoundé. En plus, les données primaires complémentaires ont été collecté auprès de ces institutions à savoir : MINEPIA, MINEPDED, MINADER, MINSANTE, MINRESI, PNPLZ, OMS, FAO et la GIZ.

Figure 1: Localisation de la ville de Yaoundé



Source : Mairie conseils Cameroun, Carte communale de Yaoundé, 2021.

V III.2. Délimitation disciplinaire

Parler de la délimitation disciplinaire dans notre travail, convient de relever que notre thème nous impose un emprunt des concepts et théories dans d'autres domaines du savoir, notamment la santé publique, l'anthropologie, la médecine, les techniques de l'information et de la communication, la psychologie, etc. C'est dans ce sens qu'il devient alors intéressant pour nous de préciser que nous valorisons l'approche interdisciplinaire ou L'interdisciplinarité est l'art de convoquer et de faire travailler ensemble des concepts, théories et méthodes propres à

diverses disciplines scientifiques dans un champ disciplinaire spécifique dans l'optique d'enrichir le contenu de la recherche dans ladite discipline.

Dans le cadre de ce travail, cette approche nous permet d'aller puiser dans les connaissances dans d'autres domaines du savoir tout en gardant à l'esprit la prédisposition d'un repli disciplinaire, qui fera en sorte que notre travail reste sociologique dans son authenticité bien que riche des connaissances issues des domaines du savoir distincts de la sociologie. Son avantage est qu'elle nous permet enfin de compte de produire un travail objectif sur les raisons pouvant rendre intelligible la difficile opérationnalisation de l'approche *OH* dans les politiques de lutte contre les épidémies au Cameroun.

VIII.3. Délimitation temporelle

Notre thème porte sur une question spécifique qui a été lancée par Rudolf VIRCHOW⁶⁶ au milieu des années 1800 qui disait à ce propos que « entre la médecine humaine et la médecine animale il n'y avait pas de ligne de démarcation. L'objet est différent mais l'expérience obtenue constitue la base de toute la médecine »⁶⁷. C'est en 2004 que ce concept a été davantage approfondi lors du symposium international de la Wildlife Conservation Society qui a réuni des experts de la santé humaine et animale pour discuter des maladies communes aux hommes, aux animaux sauvages et domestiques. Et en décembre 2007, le concept « *One Health* » a été adopté par la communauté internationale. Notre étude couvre une période de trois ans allant de septembre 2021 à décembre 2024. Cette période couvre toutes les étapes de la recherche : de l'élaboration d'un projet de recherche à la production du mémoire final en passant par la phase de collecte et de traitement des données.

IX-CLARIFICATION CONCEPTUELLE

IX.1. *One health* (une seule santé)

Le concept « *une seule santé* » résume une idée connue depuis plus d'un siècle selon laquelle la santé des animaux, la santé des humains et la santé des écosystèmes sont interconnectées et interdépendantes. La santé des uns affectent la santé des autres. Il est défini par la Commission *One Health* comme une

⁶⁶ Rudolf Virchow et Christian Andree (dir.), *Sämtliche Werke*, vol. 34 : Partie II. Politik. Politische Tätigkeit im Preußischen Abgeordnetenhaus 6. Februar 1875 bis 2. März 1877, Berlin, 1999, p. 540-541.

⁶⁷ Bénie Bi Vroh, Joseph, et Ibrahima Seck. « La mise en œuvre du concept *One Health* est-elle une réalité en Afrique ? », *Santé Publique*, vol. 28(, no. 3, 2016, pp. 283-285.

*approche collaborative, multisectorielle et transdisciplinaire, le travail étant réalisé sur le plan local, régional, national et mondial, pour obtenir des résultats optimaux en matière de santé et de bien-être, tout en reconnaissant les interconnexions entre les personnes, les animaux, les plantes et leur environnement commun*⁶⁸.

Il est également défini comme une « *approche intégrée et unificatrice qui vise à équilibrer et à optimiser durablement la santé des personnes, des animaux et des écosystèmes* ». L'approche « une seule santé » est une approche intégrée qui prend en compte cette relation fondamentale et vise à ce que les experts de divers secteurs travaillent ensemble pour s'attaquer aux menaces sanitaires qui pèsent sur les animaux, les humains, les végétaux et l'environnement⁶⁹. Le concept a pris de l'ampleur au cours des dernières décennies et a été largement promu par plusieurs organisations intergouvernementales, organismes de recherche et ONG.

Il faut noter que c'est au milieu des années 1800 que l'idée de « *One Health* » a été lancée par Rudolf VIRCHOW (1821-1902) qui disait à ce propos que « entre la médecine humaine et la médecine animale il n'y avait pas de ligne de démarcation. L'objet est différent mais l'expérience obtenue constitue la base de toute la médecine »⁷⁰. C'est en 2004 que ce concept a été davantage approfondi lors du symposium international de la Wildlife Conservation Society qui a réuni des experts de la santé humaine et animale pour discuter des maladies communes aux hommes, aux animaux sauvages et domestiques. En décembre 2007, le concept « *One Health* » a été adopté par la communauté internationale et a pour objectif de tenter de décloisonner les approches sectorielles pour les questions sanitaires. Il souligne que la santé humaine, la santé animale et la santé de l'écosystème ne font qu'un, justifiant une approche multisectorielle et une recherche pluridisciplinaire.

Depuis 2007, date de son adoption par la Communauté internationale (l'alliance tripartite entre FAO-OIE-OMS), en moins de quatre ans, le concept a pris beaucoup d'ampleur. Il est maintenant un mouvement qui se diffuse rapidement. Aujourd'hui, l'approche a été officiellement approuvée par diverses organisations onusiennes, la Commission européenne, la Banque mondiale, diverses universités, ONG et bien d'autres organisations.

En prônant une approche intégrée et compréhensive des liens entre humains, animaux et environnement, l'approche Une Seule Santé est un outil efficace pour contrôler la détection,

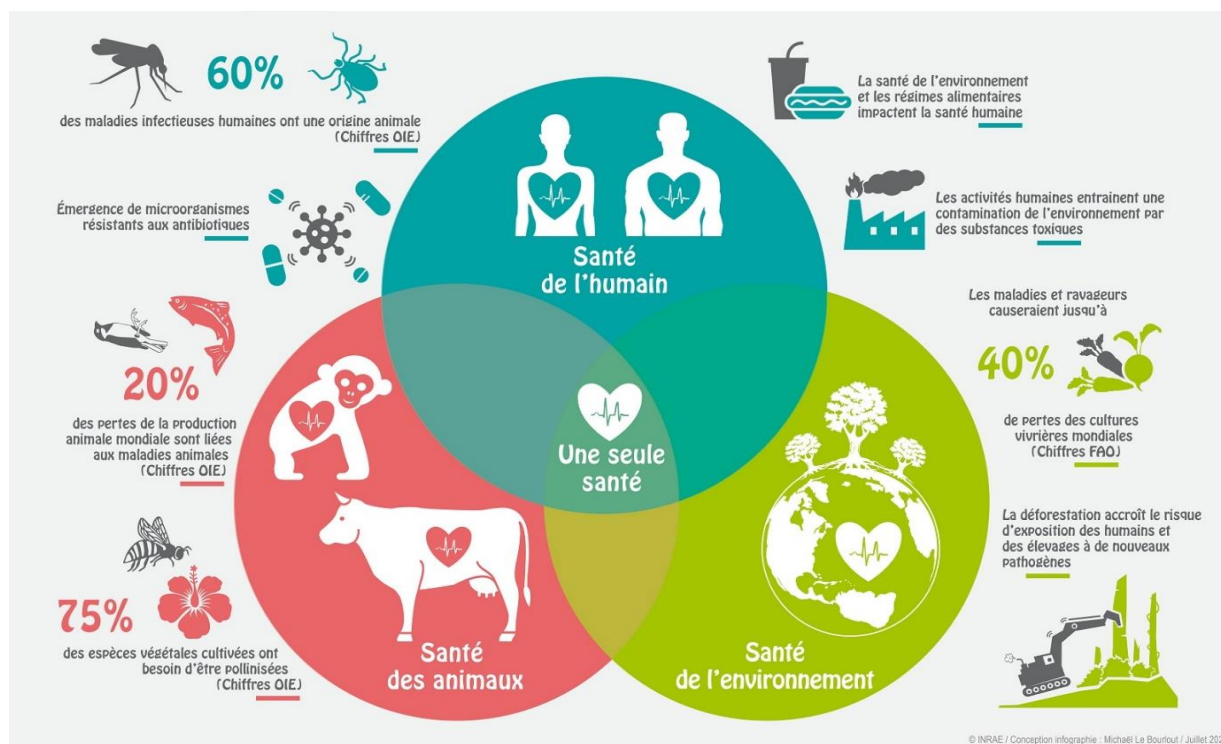
⁶⁸ (One Health Commission, 2019)

⁶⁹ FAO, « Une seule santé », <http://www.fao.org/one-health/fr/>, 2021. [Consulté le 07/09/2022].

⁷⁰ Béné Bi Vroh, Joseph, et Ibrahima Seck, *op.cit.*

l'émergence et la diffusion des maladies, y compris les zoonoses et la résistance antimicrobienne. En agissant à de multiples échelles, elle permet finalement d'améliorer la gouvernance, la communication et la coordination des acteurs en matière de santé. *Une seule santé/One Health* : publication d'une définition opérationnelle.

Figure 2 : Figure illustrative de l'approche *One Health*, (une seule santé).



Source : <https://www.inrae.fr/alimentation-sante-globale/one-health-seule-sante>, consulté le 31/11/2023 à 12h36.

IX .2. Politique publique de santé

Les politiques de santé (ou politiques sanitaires, ou encore politiques de santé publique) comprennent l'ensemble des choix stratégiques des pouvoirs publics pour améliorer l'état de santé des populations dont ils ont la responsabilité : il s'agit ici de

- ✓ déterminer les aires et champs d'intervention ;
- ✓ préciser les objectifs à atteindre, ainsi que faire des choix judicieux en matière de priorités ;
- ✓ et programmer les moyens qui seront engagés à ce niveau de responsabilité collective.

Elles correspondent au terme anglais " Politics ". Une politique de santé rassemble donc des plans de santé (*health policy*) et des programmes de santé. De même que les systèmes de

santé ne se limitent pas aux systèmes de soins de santé, de même, il serait erroné de limiter les politiques de santé aux politiques de soins de santé. Il faut toutefois reconnaître que la plus grande partie des dépenses dans le secteur de la santé sont généralement consacrées aux dépenses de soins de santé, essentiellement de soins curatifs.

Pour ce qui est de la notion de santé, depuis sa constitution en 1948, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé comme " un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ". Pour être en bonne santé, il faut que les besoins nutritionnels, sanitaires, éducatifs, sociaux et affectifs soient satisfaits.

IX .3. Epidémie

Le mot épidémie (du grec epi, sur, et dêmos, peuple, littéralement « qui circule dans le peuple ») qualifie soit l'apparition d'un grand nombre de cas d'une nouvelle maladie, soit l'accroissement considérable du nombre de cas d'une maladie déjà existante, dans une région donnée, au sein d'une communauté ou d'une collectivité. Quand l'accroissement s'atténue, de façon plus ou moins rapide, c'est la fin d'une période appelée cycle de l'épidémie. Chez les animaux et les plantes, des termes spécifiques désignent une épidémie : épizootie pour les premiers et épiphytie pour les secondes. Une maladie de l'animal transmissible à l'homme est appelée zoonose⁷¹.

Initialement, le terme épidémie – utilisé pour la première fois par Hippocrate (v. 477 avant J.-C.-v. 360 avant J.-C.), à propos des oreillons – a été employé exclusivement pour décrire les poussées aiguës de maladies infectieuses, et donc transmissibles. Au XXe s. la définition s'est étendue à toute maladie, contagieuse ou non, et à tout événement de santé qui affectent un très grand nombre de personnes et sont extrêmement fréquents dans la population étudiée. Cette définition permet de considérer comme relevant de l'épidémiologie des maladies non transmissibles comme les cardiopathies, certains types de cancers, certaines maladies dues au vieillissement, mais aussi des phénomènes de santé comme la dépression ou l'obésité

⁷¹ FAO, « Les zoonoses, une préoccupation sous régionale avec des solutions à travers l'approche "Une Santé" », <http://www.fao.org/gabon/actualites/detailevents/fr/c/1051730/>, 2021. [Consulté le 07/09/2022].

X. PLAN DE RÉDACTION

Michel BEAUD, dans un de ses brillants ouvrages méthodologiques de production scientifique, fait savoir qu' « *aucun étudiant ne devrait commencer la rédaction d'un mémoire sans avoir construit le plan de rédaction*⁷² ». Sur la base de cette orientation du processus d'écriture scientifique, notre travail ne saurait être clairement explicite sans une planification logiquement et nettement structurée. C'est la raison pour laquelle, il est scindé en deux grandes parties constituées de quatre chapitres. La première partie qui présente l'état des lieux, les stratégies et acteurs de la mise en œuvre du *One Health* au Cameroun met l'emphase sur : la sociohistoire et fondements de cette approche d'une part (chapitre 1) ; d'autre part sur les acteurs et stratégies de mise en œuvre (chapitre 2). La deuxième partie quant-à-elle, analyse les transformations et pesanteurs induites par l'approche *One Health* dans le champ de la lutte contre les épidémies au Cameroun. Deux principaux chapitres constituent ainsi cette partie : l'analyse des mutations ou transformations dans le champ de la lutte contre les épidémies au Cameroun (chapitre 3) et l'analyse des pesanteurs à l'opérationnalisation de l'approche *one health* au Cameroun (chapitre 4).

⁷²Michel BEAUD, *L'Art de la thèse. Comment préparer et rédiger une thèse de doctorat, un mémoire de DEA, maîtrise ou tout autre travail universitaire à l'ère du net ?* Paris, La Découverte, 1999, p. 23.

PREMIÈRE PARTIE :
ETAT DES LIEUX, ACTEURS ET STRATÉGIES DE MISE EN
ŒUVRE DU " *ONE HEALTH* " AU CAMEROUN

CHAPITRE 1 : SOCIOHISTOIRE ET FONDEMENTS DE L'APPROCHE *ONE HEALTH* AU CAMEROUN

L'initiative *One Health* (« *une seule santé* ») est un mouvement créé au début des années 2000⁷³ qui promeut une approche intégrée, systémique⁷⁴ et unifiée de la santé humaine, animale et environnementale aux échelles locales, nationales et planétaire. Selon Gibbs « *L'approche «Une seule santé» a été introduit au début des années 2000, synthétisant en quelques mots, une notion connue depuis plus d'un siècle, à savoir que la santé humaine et la santé animale sont interdépendantes et liées à la santé des écosystèmes dans lesquels elles coexistent* »⁷⁵. Elle vise notamment à mieux affronter les maladies émergentes et ré-émergentes à risque épidémique et pandémique. Bien qu'il y ait eu de nombreux précédents à L'approche *One Health*, ils n'ont pas porté ce terme et se sont développés à des moments où les problèmes de santé, les idées scientifiques et le monde en général étaient très différents de ceux d'aujourd'hui⁷⁶. Ainsi considéré, le chapitre premier de notre travail présente l'histoire de l'approche *One Health* et les fondements de son adoption au Cameroun, il retrace le long cheminement historique, à la fois scientifique et sociétal, qui a construit le concept *One Health*, analyse les facteurs socio-historiques et questionne les fondements sanitaires, politiques et réglementaires de ce nouveau concept au Cameroun.

I. ONE HEATH : L'HISTOIRE D'UNE APPROCHE DE SANTE

Bien que le terme « *Une seule santé* » soit relativement nouveau, le concept est reconnu depuis longtemps à l'échelle nationale et mondiale. Depuis les années 1800, les scientifiques ont noté la similitude des processus de maladie entre les animaux et les humains, mais la

⁷³ Gibbs E.P.J) *The evolution of One Health: a decade of progress and challenges for the future [archive]*. Veterinary Record, 174(4), 2014, 85-91.

⁷⁴ J., ZINSSTAG, et al, *One Health, Une seule santé. Théorie et pratique des approches intégrées de la santé*, coord, coll. « Synthèses », Éditions Quae, 2020.

⁷⁵ Gibbs E.P.J) *The evolution of One Health: a decade of progress and challenges for the future [archive]*. Veterinary Record, 174(4), 2014, 85-91.

⁷⁶ Michael Bresalier et al, « One Health dans l'histoire », in ZINSSTAG, *One Health, Une seule santé. Théorie et pratique des approches intégrées de la santé*, coord, coll. « Synthèses », Éditions Quae, 2020. pp.21-40.

médecine humaine et animale était pratiquée séparément jusqu'au 20ème siècle. Au cours des dernières années, grâce au soutien de personnes clés et d'événements vitaux, le concept « *Une seule santé* » a acquis une plus grande reconnaissance dans les communautés de la santé publique et de la santé animale. Il est important de présenter les bases historiques du *One Health*.

1. Aux origines de l'approche « *One Health* »

En nous tournant vers l'avenir, nous devons également nous souvenir de regarder en arrière, pour comprendre comment la situation actuelle si changeante a été façonnée par son passé⁷⁷. L'histoire de la médecine, depuis l'Antiquité jusqu'à l'époque moderne, montre bien à quel point elle était «*une*», au sens où elle mêlait santé humaine et santé animale dans son approche scientifique⁷⁸, en dépit du clivage émanant de la croyance chrétienne selon laquelle seuls les humains avaient une âme. Cependant, dans l'optique de présenter les ressemblances qui existent entre l'homme et l'animal, Hippocrate (460-370 avant Jésus-Christ) déclara « *L'âme est la même chez tous les êtres vivants, bien que le corps de chacun soit différent* »⁷⁹. De plus, Hippocrate identifie des interdépendances entre la santé publique et la salubrité de l'environnement⁸⁰ lorsqu'il a promu le concept selon lequel la santé publique dépend d'un environnement propre.

L'anatomie comparée de l'humain et de l'animal a constitué le socle de l'approche *one health* et le fer de lance des découvertes successives. En effet, les animaux ont été utilisés pour comprendre l'anatomie et la physiologie du corps humain, notamment à des époques où les tabous et la religion en interdisaient la dissection. Aristote dès le IVe siècle avant J.-C., Galien à Rome au IIe siècle pratiquaient la dissection des animaux pour en apprendre plus sur les humains et ont documenté leurs observations et leurs expériences dans ce sens.

André Vésale, célèbre anatomiste européen de la Renaissance, ainsi que nombre de ses contemporains et successeurs ont étudié les animaux en pratiquant la vivisection, pour mieux comprendre le vivant et transposer les connaissances acquises aux humains. Déjà la polémique portait sur la valeur des connaissances acquises et la souffrance engendrée. Au XVIIIe siècle, la

⁷⁷ J., ZINSSTAG, et al, *One Health, Une seule santé. Théorie et pratique des approches intégrées de la santé*, coord, coll. « Synthèses », Éditions Quae, 2020.

⁷⁸ *Ibid.*

⁷⁹ Hippocrate, *Airs, eaux, lieux*, Paris, Payot & Rivage 1996

⁸⁰ *One Health - Une seule santé, évaluation d'une approche intégrée en santé*, Stéphanie Duhamel n° 64 Avril 2021

perception cartésienne de la nature et des animaux « *machines automates* » a abouti à une utilisation encore plus large de la vivisection animale dans la recherche et l'enseignement médical.

La théorie des humeurs⁸¹ s'inspirant d'Hippocrate et de Galien qui domine la pensée médicale du XVIIIe siècle s'applique aussi bien aux humains qu'aux autres animaux. Déjà, elle attribue un rôle prépondérant à l'environnement qui influence l'équilibre de l'état de santé « humorale » des individus et des populations. Ainsi, la survenue ou la disparition des épidémies étaient déjà reliées aux influences de l'alimentation, de l'eau, du climat, de l'environnement plus globalement.

Puis les différentes classifications et autres connaissances énoncées par Linné, Buffon ou Daubenton ont interrogé ce lien homme-animal. Un disciple de Daubenton, Vicq d'Azyr (1749-1794), qui travaillait sur la peste bovine qu'il tentait de contrôler par quarantaine sur le modèle des réponses à la peste bubonique humaine, ne percevait aucune ligne de démarcation entre les médecines humaine et animale. Il affirmait que « les considérations sur les maladies qui attaquent l'homme sont applicables sans aucune exception à celles qui attaquent les animaux. La médecine est une : et ses principes généraux, une fois établis, sont très faciles à appliquer dans différentes circonstances et à diverses espèces ». À la même époque en Angleterre, Edward Jenner montre que l'inoculation de la vaccine issue de bovins (Cow pox) protège les humains de la variole.

La création en Europe, dans la seconde moitié du XVIIIe siècle, de la profession vétérinaire et du cursus de formation spécifique n'a pas stoppé la coopération avec les médecins qui ont été très impliqués jusqu'à une époque récente dans l'enseignement et la recherche vétérinaire. Des médecins et chirurgiens célèbres ont dirigé des écoles vétérinaires en Europe ou contribué à l'enseignement et à la recherche en santé animale. Ainsi cette collaboration à la source, historique, entre les professions, a joué un rôle déterminant dans la compréhension des maladies humaines et animales au début du XIXe siècle, avec les premières études suggérant que la morve chez le cheval, la rage chez le chien et l'anthrax chez les ruminants étaient liées à des maladies équivalentes chez l'homme, esquissant déjà la notion de zoonoses.

À la fin du XIXe siècle, deux développements importants ont posé les bases du concept *One Health*. D'abord la publication de *L'Origine des espèces* par Darwin en 1859 qui affirme

⁸¹ J., ZINSSTAG, et al, *One Health, Une seule santé. Théorie et pratique des approches intégrées de la santé*, coord, coll. « Synthèses », Éditions Quae, 2020.

que tous les organismes vivants sont issus de l'évolution d'ancêtres communs. En parallèle, la théorie des germes et les découvertes qui en découlent, en particulier la mise au point de vaccins contre la rage et l'anthrax (Louis Pasteur) et contre la tuberculose (Robert Koch), posent les bases de l'étiologie commune à l'homme et aux animaux de ces maladies. Cette nouvelle catégorie de pathologie, les zoonoses, s'étend à des maladies parasitaires transmises par la consommation de produits animaux comme le lait ou la viande et sont au cœur d'un nouveau domaine, la santé publique vétérinaire. À noter qu'à ce stade, l'impact de l'environnement sur la santé est marginalisé. C'est le germe qui cause la maladie et prend toute la place dans la science. L'approche globale n'est plus de mise et la vision d'Une seule Santé s'estompe.

À partir de là, les médecins et les vétérinaires s'affrontent sur les priorités : la santé humaine d'un côté, la santé animale et l'élevage de l'autre.⁸² Les points de vue sur les risques sanitaires représentés par le lait et la viande divergent, et les enjeux se renforcent par la prise de responsabilité des gouvernements occidentaux dans la gestion de la santé. En Europe, les médecins ont généralement eu le dessus, conduisant à la séparation de la gouvernance dans des ministères distincts. Les vétérinaires ont obtenu une reconnaissance légale par l'inspection des viandes dans les abattoirs et la réglementation sur l'approvisionnement en lait sain.

Le XXe siècle, qui voit se développer les découvertes dans le champ des antibiotiques et des vaccins, semble offrir la victoire contre les maladies infectieuses. En même temps, la recherche en médecine comparée a pris de l'ampleur et a vu apparaître le concept « *One Medicine* », fondé sur une convergence des médecines et pratiques cliniques humaine et vétérinaire. Petit à petit, les acteurs de programmes de santé destinés aux pays en développement se rassemblent autour du terme « *One World, One Health* ». Ce vocable emporte plus de disciplines en sciences de la vie et de l'environnement que « *One Medicine* », tout en restant assez concentré sur les maladies zoonotiques. Cependant, C'est au milieu des années 1800 que l'idée de « *One Health* » a été lancée par Rudolf VIRCHOW (1821-1902) et il disait à ce propos que « entre la médecine humaine et la médecine animale il n'y avait pas de ligne de démarcation. L'objet est différent mais l'expérience obtenue constitue la base de toute la médecine ». ⁸³

⁸² J. Zinsstag, *One Health, Une seule santé. Théorie et pratique des approches intégrées de la santé*, coord, coll. « Synthèses », Éditions Quae, 2020.

⁸³ Bi Vroh, Seck, 2016, « La mise en œuvre du concept One Health est-elle une réalité en Afrique ? », Santé Publique 2016/3 (Vol. 28), pages 283 à 285.

2. La consécration du *One Health* par les organisations internationales

Au XXI^e siècle, la récurrence des crises sanitaires successives à l'échelle internationale qui ont conduit l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et l'Organisation mondiale pour la santé animale-OMSA (ex-OIE)⁸⁴ en 2008 (à la suite de l'épidémie de grippe aviaire) vers une déclaration commune d'intention de coopération. Ainsi, l'approche *One Health* a été formellement adoptée et portée par l'OMS, l'OMSA et la FAO au travers de l'Alliance tripartite. L'accord de collaboration de 2010 (Tripartite Concept Note (OMS-FAO-OIE,2010)) offre un cadrage du concept et détermine trois priorités (RAM, rage et grippe zoologique), élargies en 2017 à l'amélioration de systèmes de surveillance et de préparation face aux maladies émergentes et aux maladies zoonotiques endémiques (y compris face aux problématiques de sécurité sanitaire des aliments). Ainsi, *One Health* se veut un mouvement collectif, transfrontalier et transdisciplinaire pour répondre aux enjeux environnementaux, à la rareté des ressources, à l'émergence ou la résurgence des maladies sur la planète.

Le 29 septembre 2004, la Wildlife Conservation Society a réuni un groupe d'experts en santé humaine et animale pour un symposium à l'Université Rockefeller à New York. Les participants à ce symposium, intitulé « Construire des ponts interdisciplinaires vers la santé dans un « monde globalisé » », ont discuté de la circulation des maladies chez les humains, les animaux domestiques et la faune. Le symposium a fixé 12 priorités pour lutter contre les menaces pour la santé humaine et animale. Ces priorités, connues sous le nom de «*Principes de Manhattan*», appelaient à une approche internationale et interdisciplinaire pour prévenir les maladies et constituait la base du concept « Une santé, un monde ».

En décembre 2007, le concept « *One Health* » a été adopté par la communauté internationale et a pour objectif de tenter de décloisonner les approches sectorielles pour les questions sanitaires. Il souligne que la santé humaine, la santé animale et la santé de l'écosystème ne font qu'un, justifiant une approche multisectorielle et une recherche pluridisciplinaire⁸⁵. Aujourd'hui, l'approche a été officiellement approuvée par diverses

⁸⁴ L'OIE a été créée par un Accord international du 25 janvier 1924 sous le nom d'Office international des épizooties (OIE), dont elle a gardé le sigle jusqu'en 2022, bien qu'ayant adopté en 2003 le nom d'« Organisation mondiale de la santé animale » (OMSA).

⁸⁵ M. GUIE, M. PEYRE, Le concept « Une seule santé » : une réponse à l'incertitude dans la gouvernance internationale des zoonoses émergentes ? Atelier Cirad/INRA « Systèmes d'information et outils de pilotage du secteur élevage dans les pays du Sud », Montpellier, France, 11-13 juillet 2011. http://agritrop.cirad.fr/572333/1/document_572333.pdf, [consulté le 10/03/2022].

organisations onusiennes, la Commission européenne, la Banque mondiale, diverses universités, ONG et bien d'autres organisations⁸⁶.

Aujourd'hui, la mondialisation des crises sanitaires, mais aussi de la gouvernance internationale, fait évoluer le concept en franchissant encore d'autres frontières. *Global Health*, *Planetary Health*, *Eco-Health* revendiquent une approche globale et planétaire de la santé des êtres vivants, fragile équilibre qui connecte les continents et les océans, les zones urbaines et les forêts, l'élevage des animaux domestiques avec la faune et la flore sauvage. L'humain devient le responsable de cet équilibre, le « sapiens » pour son maintien dans la durabilité, redonnant aux savoirs autochtones et aux approches naturalistes une légitimité longtemps niée.

3. L'émergence de l'approche *One Health* en contexte Africain

La pertinence de l'approche « *One Health* » s'est révélée en Afrique autour de crises sanitaires impliquant la santé des animaux et l'équilibre des écosystèmes⁸⁷. Ce fut le cas de l'épidémie de la fièvre de la vallée du Rift en Afrique de l'Est en 1997 qui a entraîné en trois mois, 90000 malades et près de 500 décès chez les hommes et de nombreux décès chez les animaux causant des difficultés économiques pour les gens qui comptaient sur ces animaux pour le lait, la viande, et comme un produit commercial⁸⁸. On peut aussi citer le cas de la maladie à virus Ebola, qui a occasionné plus de 10000 décès humains depuis 2014 en Afrique de l'Ouest, particulièrement en Guinée, au Libéria, et en Sierra Leone, qui prend sa source chez l'animal avant de se répandre au sein de la population humaine. En plus de ces décès, elle a eu un impact considérable sur la production agricole et la sécurité alimentaire et nutritionnelle des zones affectées⁸⁹.

De même, les deux dernières décennies ont été marquées par une augmentation mondiale de la fréquence des épidémies de maladies infectieuses émergentes et réémergentes. Les pays africains ont subi l'impact dévastateur d'épidémies successives qui devraient avoir causé la perte de plus de 227 millions d'années de vie en bonne santé et une perte de productivité

⁸⁶ Moustapha Moncher Nsangou, « », KFW, 2021.

⁸⁷ OMS, 2018, L'approche « One health » ou « Un monde, une santé » pour la prévention et la sécurité sanitaire de la population tchadienne à travers la mise en œuvre du Règlement Sanitaire International RSI (2005), <https://www.afro.who.int/fr/news/lapproche-one-health-ou-un-monde-une-sante-pour-la-prevention-et-la-securite-sanitaire-de-la>, [consulté le 13/03/2022].

⁸⁸ Joseph BENIE BI VROH et Ibrahima SECK, « La mise en œuvre du concept one health est-elle une réalité en Afrique ? », *Santé publique*, volume 28 / N°3 - mai-juin 2016, pp. 283-285, <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2016-3-page-283.htm>, [consulté le 13/03/2022].

⁸⁹ FAO, Quelle contribution du concept « One Health » à la sécurité alimentaire et nutritionnelle au Sénégal ? Compte rendu de la 8 e « Fenêtre sur l'agriculture » 2015. <http://www.fao.org/3/a-bc446f.pdf>, [consulté le 10/03/2022].

annuelle de plus de 800 milliards de dollars américains à travers le continent. Entre 2016 et 2018, plus de 260 épidémies de maladies infectieuses, catastrophes et autres urgences potentielles de santé publique ont été identifiées en Afrique, 41 (79 %) des 52 pays de la région ayant enregistré au moins une épidémie au cours de cette période. Les cinq principales causes d'épidémies étaient le choléra, la rougeole, les maladies hémorragiques virales, le paludisme et la méningite.

En outre, il est important de noter que les Etats Africains sont véritablement engagés dans la mise en œuvre du concept une seule santé dans leur continent car, les ministres africains de la santé et de l'environnement ont démontré un engagement précoce envers l'approche *One Health* lorsqu'ils ont signé la Déclaration de Libreville lors de la première Conférence interministérielle sur la santé et l'environnement en 2008 et ont ensuite approuvé un plan d'action stratégique de 10 ans pour intensifier les interventions en matière de santé et d'environnement dans l'Afrique de 2019 à 2029 lors de la troisième Conférence interministérielle sur la santé et l'environnement au Gabon en 2018. Ces approbations continentales collectives ont été combinées avec des activités d'organisations telles que l'Institut international de recherche sur l'élevage pour promouvoir des systèmes d'élevage plus efficaces, plus sûrs et durables. À travers l'Afrique. De même, le réseau universitaire *Africa One Health*, qui implique huit pays de la région de l'Afrique orientale et centrale, a été créé pour faciliter la recherche multidisciplinaire transformationnelle. Les Centres africains de contrôle des maladies ont mis en place un programme *One Health* avec un groupe de travail interdisciplinaire pour coordonner la surveillance, la prévention et le contrôle des maladies et la préparation aux épidémies pour lutter contre la résistance aux antimicrobiens et les zoonoses sur le continent.⁹⁰

4. La naissance et l'évolution du *One Health* au Cameroun

Née dans les années 2000, l'approche OH a fait son chemin au Cameroun et plusieurs évènements rendent visible la naissance et l'évolution de cette approche dans le pays. En effet, c'est au début des années 2000 que le terme « *One Health* » est apparu pour la première fois à la suite de plusieurs études qui ont montré que 60 % des maladies infectieuses humaines connues et 75 % des maladies humaines émergentes proviennent en fait d'animaux, domestiques ou sauvages⁹¹.

⁹⁰ L'Afrique doit donner la priorité aux approches *One Health* axées sur l'environnement, la santé animale et la santé humaine, Akaninyene One et al, médecine naturelle 20 Mai 2021

⁹¹ Nsangou MM et Ongolo-Zogo P « Etat des lieux de l'approche « *One health* » dans les pays de la CEMAC » Note d'Information Stratégique du CDBPS-H. Yaoundé, Cameroon : CDBPS-H, 2022. www.cdbph.org.

Plusieurs événements ont structuré l'émergence et l'évolution de l'approche *One Health* au Cameroun. En 2005, à la suite de la mort des grands singes par l'Anthrax en périphérie de la réserve du Dja a été organisée une conférence internationale à Limbe pour la mise en place d'un programme multisectoriel de prévention et de lutte contre les zoonoses. A la suite des ravages de l'épidémie de grippe aviaire, on assiste en 2006 à la création d'un comité interministériel *ad hoc* par le Premier Ministre pour lutter contre cette épidémie en février 2006. En 2008 un comité interministériel *ad hoc* par le Premier Ministre en charge de l'élaboration du programme multisectoriel de prévention et de lutte contre les zoonoses a été créé ; quatre ans plus tard (2012) on assiste à l'élaboration de la Stratégie Nationale "Une Santé" du Cameroun, document signé par quatre Ministres sur instruction du Premier Ministre ; cette même année, (2012) on élabore un programme de prévention et de lutte contre les zoonoses Emergentes et Réémergentes. En 2014, l'Arrêté portant création, organisation et fonctionnement du Programme National de Prévention et de Lutte contre les Zoonoses a été signé. En 2015 le fonctionnement du Programme National de Prévention et de Lutte contre les Zoonoses est effectif comme premier programme à mettre en œuvre l'approche "Une Santé". En 2016 on assiste à la Priorisation de cinq zoonoses au Cameroun à mettre sous surveillance multisectorielle : entre autre la Rage, Infuenza Aviaire Hautement Contagieuse, Maladie à Virus Ebola ; Anthrax, Tuberculose à *Mycobacterium bovis* ; toujours en 2016 le Plan d'action pour le Plaidoyer et la Communication sur l'Approche « Une Santé » 2016 – 2018 a été mis sur pied. En 2017 on assiste à la révision et l'adoption de la Stratégie Nationale « Une Santé » du Cameroun : 2ème édition. L'année 2018 est marqué par trois évènements fars à savoir la remise officielle de la 2ème édition de la Stratégie Nationale « Une Santé » du Cameroun, l'élaboration et l'adoption du plan d'action « Une seule Santé » du Réseau National des laboratoires et l'élaboration et adoption du plan d'action « Une Seule Santé » de lutte contre les résistances aux Antimicrobiens. Et en 2019 on assiste à, la Signature par le Ministre de l'Enseignement Supérieur de la décision n° 8190415 /MINESUP/SG/IGA/DAJ du 05 juin 2019 portant création, organisation et fonctionnement du Réseau des Institutions Universitaires du Cameroun sur l'approche « Une Santé ».

In fine, trouvant leur origine dans le concept « *One medicine* » décrit par Calvin Schwabe, les fondements du concept initialement désigné « *One World - One Health* » ont été énoncés au travers des « Principes de Manhattan » en 2004 à New York lors d'un symposium organisé par la Wildlife Conservation Society (Zinsstag,2011). Cette approche fut ensuite formellement adoptée et portée par l'OMS, l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE) et l'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) au travers de

l'Alliance tripartite. L'accord de collaboration de 2010 (Tripartite Concept Note (OMS-FAOOIE,2010)) offrit ainsi un cadrage du concept et détermina trois priorités (RAM, rage et grippe zoologique), élargies en 2017 à l'amélioration de systèmes de surveillance et de préparation face aux maladies émergentes et aux maladies zoonotiques endémiques (y compris face aux problématiques de sécurité sanitaire des aliments)⁹².

II. LES FONDEMENTS DE L'ADOPTION DE L'APPROCHE *ONE HEALTH* AU CAMEROUN

Il est question ici d'interroger les raisons explicatives de l'adoption du *One Health* au Cameroun. Qu'est-ce qui a amené les pouvoirs publics au Cameroun à introduire cette approche dans les politiques publiques de lutte contre les épidémies au Cameroun ? Telle est la question qui sert de fil conducteur à cette partie du travail. Trois principales raisons ont conduit à l'implémentation de l'approche OH au Cameroun à savoir, la flambée d'épidémies notamment la grippe-aviaire en 2006 et la faible capacité du MINSANTE à pouvoir gérer toute seule les questions de santé propre au humain. À ces deux principales raisons, il faut ajouter l'impulsion de l'approche *one health* au Cameroun par les acteurs de la coopération internationale.

1. La prolifération des épidémies aux conséquences sanitaires et socio-économiques graves

Ces trois dernières décennies, le Bassin du Congo auquel appartient le Cameroun a été confronté à des épidémies d'origine zoonotique qui ont causé et causent de nombreux décès aussi bien au sein des populations animales domestiques et sauvages que sur les populations humaines. Tous les quatre mois, une maladie infectieuse émergente⁹³ ou ré-émergente⁹⁴ est identifiée⁹⁵. Entre 2002 et 2010, le système mondial sanitaire a été mis en branle par l'apparition du Syndrome Respiratoire Aigu sévère(SRAS), la grippe aviaire hautement pathogène H5N1 et la grippe pandémique A H1N 1. L'épidémiologie de ces maladies ainsi que l'impact des conséquences en santé publique, sur l'économie et le sociale ainsi que sur la sécurité alimentaire

⁹² Stéphanie DUHAMEL, *One Health - Une seule santé, évaluation d'une approche intégrée en santé*, Edition AFD, N°64 avril 2021, p.12.

⁹³ Une maladie émergente est une maladie qui n'est pas connue avant. Quelques exemples : le VIH/SIDA, la maladie de Crutzfeld-Jakob, E.coli O15 :H7, la fièvre de Lassa, l'influenza H5N1.

⁹⁴ Une maladie ré-émergente est une maladie connue et présente depuis des décennies, réapparaissant sous une forme différente ou en dehors de la localisation géographique habituelle. Quelques exemples : Le choléra, la fièvre jaune, tuberculose multirésistante, la fièvre hémorragique à Ebola, Fièvre hémorragique Marburg, le monkey pox humain, la fièvre de la vallée du Rift.

⁹⁵ MINSANTE, Stratégie Nationale « Une Santé » du Cameroun, mars 2012, P.5.

engendrées par celles-ci, ont remis au goût du jour l'urgence de conjuguer les efforts au niveau mondial et national pour prévenir et lutter contre ces maladies. Les acteurs de la chaîne de la santé au niveau national et mondial ont fait le constat que la mobilisation des efforts de prévention et de lutte contre ces maladies, pour être durable, doit s'inscrire dans une approche globale visant à renforcer la collaboration interdisciplinaire, multisectorielle et la communication sur tous les aspects de la santé animale, la santé humaine et la santé environnementale : c'est l'approche « Une seule Santé ».

En effet, l'approche *One Health* a vu le jour au Cameroun suite à une flambée ou une prolifération d'épidémies et la prise de conscience du lien existant entre la santé humaine, animale et environnementale. C'est à juste titre que l'informateur A26, parlant des origines du *One Health* au Cameroun lors de l'entretien qu'elle nous a accordé affirme :

ça date de 2004 quand il y'a eu l'occurrence de l'épidémie de l'anthrax⁹⁶ dans la réserve du DJA. C'était d'abord au Sud-Ouest, donc chez les chimpanzés. L'anthrax c'est une zoonose, une maladie qui se transmet de l'animal à l'homme. Donc quand il y'a eu cette épidémie l'anthrax dans la réserve du Dja le gouvernement pour répondre à cela a directement créé un comité intersectoriel ou interministériel pour pouvoir mener des recherches sous cet angle. Cette alternative a essayé de résoudre ce problème qu'est l'anthrax en se demandant comment gérer ou limiter cette maladie seulement au sein de la réserve du Dja ? Il y'a aussi eu une épidémie de grippe-aviaire à Garoua chez les canards⁹⁷.

Entre 2004 et 2012, le Cameroun a fait face à plusieurs menaces de maladies émergentes ou ré-émergentes d'origine zoonotique telles que l'anthrax, la grippe aviaire hautement pathogène H5N1, la grippe pandémique AH1N1(2009), la rage, la tuberculose qui ont causé et causent de nombreux décès aussi bien au sein des populations animales domestiques et sauvages que sur les populations humaines. De décembre 2004 à Janvier 2005, des cas d'Anthrax chez les grands singes ont été déclarés dans la réserve de la Biosphère du Dja ; en 2006, dans les régions du Nord et de l'Extrême-nord, trois (3) foyers de grippe aviaire hautement pathogène AH5N1 sur les canards domestiques et sur l'avifaune ont été déclarés occasionnant par voie de conséquence une perte d'environ 3 milliards de francs CFA sur la

⁹⁶ Le charbon (anthrax en anglais) est une maladie d'origine bactérienne qui touche principalement le bétail. L'agent infectieux du charbon est la bactérie Bacillus anthracis, dont les spores peuvent résister plusieurs années, voire plusieurs décennies dans la terre, avant d'être ingérées par des animaux en pâture. Chez l'homme, hôte accidentel, la transmission se fait directement ou indirectement à partir d'animaux infectés, ou du fait d'une exposition professionnelle à des produits animaux contaminés.

⁹⁷ A26, féminin, Assistante de direction au Programme zoonose, Entretien du 01 août 2022 au siège du programme zoonose à Mvog-betsi.

filière avicole due à la psychose provoquée au sein de la population⁹⁸. Jusqu'à ce jour, la filière avicole est toujours en phase de réhabilitation au Cameroun.

Face à la récurrence de la menace d'émergence et de réémergence des maladies zoonotiques et les conséquences sanitaires et socioéconomiques y relatives, en l'absence d'une structure intersectorielle de veille sanitaire, le Cameroun a pris la résolution de mettre en place un Comité ad hoc en charge de l'élaboration du programme national de prévention et de lutte contre les zoonoses émergentes et ré-émergentes fondé sur l'approche « Une Seule Santé ». Cette volonté des pouvoirs publics a été manifestée par arrêté du Premier Ministre, Chef du Gouvernement n°070 du 28 avril 2008, mettant en place ledit Comité Interministériel sous la Présidence du Ministère de l'Elevage, des Pêches et des Industries Animales.

L'adoption de l'approche *One Health* avait donc pour objectif de réduire les risques d'épidémies et de pandémies zoonotiques émergentes et ré-émergentes. Les agents pathogènes zoonotiques émergents et ré-émergents à potentiel épidémique et pandémique représentent une menace majeure pour les humains, les animaux et la société en raison de leurs immenses impacts sur la santé, la société, l'économie et la sécurité. La prévention, la préparation, l'alerte précoce, la détection précoce, la réponse et le rétablissement à ces menaces nécessitent des approches coordonnées *One Health*, intégrant la dimension environnementale pour préserver la biodiversité, renforcer la résilience et conduire à une santé, des moyens de subsistance et des systèmes alimentaires durables. Des efforts mondiaux cohérents et collaboratifs qui s'attaquent aux maladies émergentes à leur source sont impératifs⁹⁹.

2. La faible capacité du ministère de la santé publique à gérer unilatéralement les épidémies récurrentes

Une autre raison explicative de l'adoption de l'approche *One Health* dans les politiques publiques de lutte contre les épidémies et les pandémies au Cameroun, est due à la faible capacité du ministère de la santé publique du Cameroun à gérer de façon isolée les cas d'épidémies de plus en plus récurrents ainsi qu'à la prise de conscience de la nécessité de mutualiser les efforts et les ressources pour mieux prévenir et répondre efficacement aux cas d'épidémies émergentes et ré-émergentes. L'écologue de la santé au Centre de recherches sur les maladies émergentes et ré-émergentes (CREMER), relève lors de l'entretien qu'il nous a

⁹⁸ USAID, Programme national de prévention et de lutte contre les zoonoses émergentes et ré-émergentes, Mars 2012, p.15.

⁹⁹ Une santé Plan d'action conjoint (2022-2026) Agir ensemble pour la santé des humains, des animaux, des plantes et de l'environnement.

accordé que « *tout reposait exclusivement sur le ministère de la santé publique, dans la réponse aux évènements de santé publique et il fallait donc modifier, il fallait donc intégrer d'autres sectoriels* »¹⁰⁰. La multiplication des épidémies et leurs impacts sanitaires et socio-économiques désastreux ont donc faire prendre conscience des limites du MINISANTE et de « *l'importance de l'intégration des différents ministères dans la riposte et dans la gestion des questions de santé*¹⁰¹ ». Dans le souci de répondre efficacement aux questions de santé publique, d'évacuer les approches classiques de son système de santé et d'être impliquer dans les actions de santé internationales le gouvernement Camerounais va s'intéresser à cette nouvelle approche. C'est dans ce sens que l'informateur A7 affirme : « *On s'est rendu compte que le secteur de la santé publique ne peut pas résoudre à elle seule les problèmes de santé publique. il faut une coalition des différents parties prenantes.* »¹⁰². Dans le même ordre d'idées, l'informateur A6, affirme

*Il y'a eu une flambée d'épizootie en 2006 de la grippe-aviaire. Je disais tantôt que la véritable raison est cette flambée d'épizootie. Lorsqu'ils se sont rendu compte qu'il était difficile pour un seul secteur de gérer la grippe-aviaire, il y'a eu la nécessité de faire appel à des différents ministères comme : le ministère de la santé, le ministère de l'élevage, le ministère de l'environnement, de la défense, de l'économie en tout 11 ministères qui constituent la plateforme*¹⁰³.

La prise de conscience de la nécessité des différents secteurs ou ministères et disciplines à collaborer et à mutualiser leurs efforts et leurs ressources pour combattre efficacement les maladies face à la propagation d'agents infectieux émergents ou ré-émergents qui faisait des ravages au sein des hommes, des animaux et de l'environnement est donc au fondement de l'adoption de l'approche *One Health* au Cameroun comme dans les autres pays d'Afrique et du monde.

3. L'impulsion de l'approche *One Health* par les acteurs de la coopération internationale

L'adoption de l'approche *one health* dans les politiques publiques de lutte contre les épidémies au Cameroun et en Afrique a également été favorisé dans une certaine mesure par la coopération internationale, avec des efforts visant à soutenir la mise en place de plateformes

¹⁰⁰A14, masculin, professionnel, l'entretien du 22 juillet 22 au CREMER.

¹⁰¹ A6, masculin, professionnel, l'entretien du 04 août 2022 GIZ Bastos derrière usine.

¹⁰² A7, Masculin, professionnel, entretien du 05 septembre 2022. Ministère de l'environnement

¹⁰³A6, masculin, professionnel, entretien du 04 Aout22, à la GIZ Bastos derrière usine.

interministérielles *One Health*¹⁰⁴, ou par la création de centres de référence *One Health*¹⁰⁵. Dans ce sens, l'Agence américaine pour le développement international (U.S. Agency for International Development, USAID) et le ministère fédéral allemand de la Coopération économique et du Développement (BMZ) ont joué un rôle majeur dans ce processus dans une logique de Sécurité sanitaire mondiale.

Les menaces de maladies infectieuses à tendance épidémique ne respectent pas les frontières nationales et peuvent se propager rapidement, mettant en péril la santé, la sécurité et la prospérité de tous les pays, y compris les États-Unis. C'est pourquoi l'USAID a investi plus de 1,1 milliard de dollars depuis 2009 pour s'assurer que les systèmes nécessaires sont en place pour prévenir, détecter et répondre aux menaces de maladies émergentes et endémiques sujettes aux épidémies, où qu'elles existent. Ainsi, pendant plusieurs années, le programme de l'USAID sur les menaces pandémiques émergentes a fait avancer les activités menées par "Une Seule Santé" dans plus de 30 pays en voie de développement¹⁰⁶. Ce Programme de sécurité sanitaire mondiale de l'USAID investit dans des approches « *Une seule santé* » qui reconnaissent que le bien-être futur des humains, des animaux et de l'environnement est inextricablement lié. Il comprend des projets qui renforcent la capacité des pays partenaires à comprendre et à gérer les risques posés par les zoonoses qui se propagent des animaux aux humains et provoquent des épidémies; renforcer les laboratoires nationaux et les systèmes de surveillance; former la prochaine génération d'agents de santé aux capacités « *Une seule santé* »; améliorer la communication sur les risques afin d'informer le public et les agents de santé sur la prévention et le contrôle des infections; s'attaquer à la menace croissante de la résistance aux antimicrobiens; promouvoir l'innovation dans la mise au point de vaccins; et mener des recherches sur les virus nouveaux et émergents.

Le *Global Health Security Agenda* (GHSA) est donc une initiative multilatérale et multisectorielle, un partenariat mondial regroupant plus de 64 pays qui œuvrent ensemble pour créer un monde protégé et à l'abri des menaces de maladies infectieuses et faire de la sécurité mondiale une priorité nationale et globale. Ce renforce les capacités organisationnelles et humaines dans de nombreux secteurs pour améliorer la prévention, la détection et la réponse aux menaces de maladies, en mettant l'accent sur le programme d'actions contre les zoonoses.

¹⁰⁴ Par exemple, via le programme *Global Health Security Agenda* de l'USAID.

¹⁰⁵ Par exemple, le « *One Health Research, Education and Outreach Centre for Africa* » (OHRECA) créé par le ministère fédéral allemand de la Coopération économique et du Développement (BMZ) et l'Institut international de recherche sur l'élevage (ILRI) en novembre 2019.

¹⁰⁶ PREDICT Consortium. *Reducing Pandemic Risk, Promoting Global Health*. One Health Institute, University of California, Davis. 2014. http://www.vetmed.ucdavis.edu/ohi/predict/final_report.cfm.

Le projet travaille avec les ministères pour aider à créer et à améliorer des systèmes de santé résilients grâce à des approches de renforcement des systèmes de santé alignées avec les objectifs du pays en matière de santé et de développement. Il s'agit notamment d'aider à accélérer les progrès dans la mise en œuvre du Règlement Sanitaire International (RSI) de l'OMS et des objectifs de l'évaluation externe conjointe (JEE), qui visent à aider les pays à prévenir et à faire face aux risques aigus de la santé publique.

Le GHSA fournit une assistance technique aux plateformes nationales d'Une Seule Santé afin d'assurer une coordination efficace des stratégies, de la politique et des efforts de sensibilisation de Seul Santé. Fournir une assistance technique aux groupes de travail techniques d'Une Seule Santé pour élaborer des stratégies multisectorielles de prévention et de contrôle, des plans de préparation, d'intervention et des protocoles pour les maladies zoonotiques émergentes et ré-émergentes prioritaires. Renforcer le système intégré et coordonné de surveillance, de préparation et d'intervention pour les maladies zoonotiques prioritaires. L'USAID a donc joué un rôle fondamental dans l'impulsion et l'adoption de l'approche *One Health* au Cameroun et en Afrique, nous comprenons alors mieux la déclaration de l'informateur A10 suivante

Comme je disais, ça pratiquement pris 10 ans pour valider l'arrêté portant création de ce programme de lutte contre les zoonoses émergentes et ré-émergentes et on a vu que c'est avec l'appui des partenaires particulièrement, je pense à l'USAID. La révision des textes, la collaboration avec les autres secteurs, donc au fil des années on n'a vu que cette approche était importante pour prévenir les épidémies, dans le cadre de la facilitation des échanges avec les autres acteurs pour des événements de santé publique. Mais bien avant ces textes, le ministère de l'élevage et le MINESANTE de manière informelle ont qu'à même tenu certaines réunions avant que les partenaires viennent appuyer l'élaboration de ces textes pour que ça soit formaliser et pour que ça facilite l'intervention des différents secteurs¹⁰⁷.

Pour ce qui est du *One Health Research, Education and Outreach Centre in Africa* (OHRECA) de la BMZ, son objectif est d'améliorer la santé humaine, animale et environnementale en appuyant la recherche appliquée sur *One Health*, en développant les capacités en matière d'initiative *One Health*, en soutenant les initiatives du réseau *One Health* et en développant des voies allant des données probantes aux politiques et pratiques. Les activités de recherche et de développement du centre sont mises en œuvre sous quatre thèmes, chacun ayant ses propres extrants et résultats techniques (scientifiques), de capacité et de politique. Les quatre thèmes sont les suivants : prévention des maladies infectieuses émergentes; lutte contre les zoonoses négligées; assurer la salubrité des aliments; et la réduction de la résistance aux antimicrobiens.

¹⁰⁷A10, masculin, professionnel, l'Entretien de l'Entretien du 19 septembre 2022 à l'OMS BASTOS.

Pour atteindre ces résultats, le Centre s'appuie sur les activités de recherche et développement établies que l'ILRI met en œuvre avec de multiples partenaires dans la région depuis plus de 40 ans. Ces initiatives ont permis d'établir de solides réseaux « Une seule santé », des partenariats de recherche et des produits de connaissances qui peuvent être transformés en lignes directrices stratégiques. Le centre reliera également des chercheurs locaux et internationaux pour catalyser l'échange de connaissances dans l'espoir d'élargir nos horizons en matière de recherche et de développement dans le cadre de l'initiative Une seule santé. Un comité consultatif de 10 représentants d'institutions travaillant sur fournira au centre des conseils et des orientations, avec une attention particulière aux besoins spécifiques du contexte africain.

III. LE CADRE POLITIQUE ET RÉGLEMENTAIRE DE L'APPROCHE *ONE HEALTH* AU CAMEROUN

Au Cameroun l'approche *One Health* est mise sur pied à travers un cadre politique et un cadre légal bien précis. Dans cette partie, nous allons présenter les principales conclusions de l'analyse des politiques et des textes réglementaires ayant un lien avec l'approche « Une Seule Santé ». Cette analyse a porté entre autres sur la Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027 et la 1^{ère} et 2nd édition de la stratégie nationale "Une Santé". Par ailleurs ; les différents textes régissant les principaux départements Ministériels sont également analysés dans le but de mieux comprendre leurs attributions et leurs limites des compétences.

1. Le cadre politique de l'approche *One Health* au Cameroun

Tout d'abord, il faut noter que le Cameroun est le premier pays dans la sous-région CEMAC à mettre sur pied une politique nationale « *One health* » et est également le seul à disposer d'un programme zoonose¹⁰⁸. La politique Camerounaise en matière de *One Health* s'appuie sur plusieurs instruments, documents stratégiques et plans d'actions dont les plus importants sont entre autre : la Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027, la Stratégie Nationale "Une Santé" du Cameroun (2012 et 2018), le Plan d'action pour le plaidoyer et la communication sur l'approche « Une Santé » (2016-2018), le Plan stratégique intégré d'élimination de la rage humaine d'origine animale au Cameroun (2018-2030), le Plan d'action nationale de lutte contre la résistance aux antimicrobiens 2018- 2020 et le Plan d'action national

¹⁰⁸ Moustapha MONCHER NSANGO et Pierre ONGOLO-ZOGO, « Etat des lieux de l'approche « *One health* » dans les pays de la CEMAC ». Note d'Information Stratégique du CDBPS-H. Yaoundé, Cameroon : CDBPS-H, 2022. www.cdbph.org.

pour la sécurité sanitaire (PANSS) 2019-2024. Nous allons nous appesantir dans le cadre de ce travail sur les trois premiers documents.

La Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) 2016-2027 est le cadre d'orientation de l'action gouvernementale en matière de santé. La vision de la SSS 2016-2027 est la suivante : « Le Cameroun, un pays où l'accès universel aux services de santé de qualité est assuré pour toutes les couches sociales à l'horizon 2035, avec la pleine participation des communautés ». L'objectif général de la SSS 2016-2027 est de contribuer au développement d'un capital humain sain, productif et capable de porter une croissance forte, inclusive et durable.

En ce qui concerne la promotion de la santé, il s'agit, « d'Amener la population à adopter les comportements sains et favorables à la santé d'ici 2027 ». À cet effet, quatre objectifs spécifiques ont été identifiés : (i) Renforcer les capacités institutionnelles, communautaires, et la coordination dans le domaine de la promotion de la santé ; (ii) Améliorer le cadre de vie des populations dans au moins 70% des districts de santé d'ici 2027 ; (iii) Renforcer les aptitudes des individus et des communautés dans au moins 75 % des DS d'ici 2027 ; (iv) Réduire d'au moins 25% les besoins non couverts en planification familiale d'ici 2027, principalement chez les adolescents.

Dans le domaine de la prévention de la maladie, il est question d'ici 2027 de réduire d'un tiers, la proportion des personnes présentant les facteurs de risque des maladies évitables au Cameroun. Pour ce faire, l'accent sera mis sur : (i) la réduction d'au moins un tiers de l'incidence/prévalence des maladies transmissibles à l'horizon 2027; (ii) le renforcement de la surveillance et de la prévention des maladies à potentiel épidémique, des zoonoses et des événements de santé publique majeurs dans au moins 90% des districts d'ici 2027; (iii) l'amélioration de la couverture des interventions de prévention SRMNEA dans au moins 80% de districts de santé et ; (iv) la réduction d'au moins 1/5e de l'incidence/prévalence des principales maladies non-transmissibles d'ici 2027.

En ce qui concerne la prise en charge des cas, l'objectif stratégique est de : « Réduire de 50% la létalité hospitalière et communautaire des maladies prioritaires transmissibles et non-transmissibles et la mortalité maternelle et infanto-juvénile ». A cet effet, il s'agira d'ici 2027 : (i) d'assurer une prise en charge curative de toutes les maladies transmissibles et non-transmissibles selon les normes ainsi que celle de leurs complications dans au moins 80% des structures sanitaires ; (ii) d'assurer une prise en charge curative des problèmes de santé de la

mère, du nouveau-né, et de l'enfant selon les normes dans au moins 80% des structures sanitaires; (iii) d'assurer la prise en charge curative des urgences et des événements de santé publique dans au moins 80% des structures sanitaires selon les normes, et (iv) de réduire d'au moins un tiers la proportion de la population présentant au moins un handicap.

S'agissant du renforcement du système de santé : l'objectif global de cet axe stratégique est de « Développer des capacités institutionnelles dans 80% des districts pour un accès durable et équitable des populations aux soins et services de santé ». Pour y parvenir, il sera nécessaire : (i) de réduire d'au moins un tiers les paiements directs des ménages à travers une politique de financement équitable et durable ; (ii) d'assurer la disponibilité des infrastructures, des équipements et des paquets de services selon les normes dans 80% des districts de santé, des régions, ainsi qu'au niveau central d'ici 2027 ; (iii) d'augmenter de 50% la disponibilité des médicaments et autres produits pharmaceutiques de qualité ainsi que leur utilisation d'ici 2027; (iv) d'augmenter de 50% la disponibilité des RHS de qualité dans 80% des districts de santé, des régions, ainsi qu'au niveau central d'ici 2027; et (v) d'ici 2027, de renforcer le SNIS et la recherche opérationnelle en santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Dans le domaine de la gouvernance et du pilotage stratégique : l'objectif global ici consiste à « Augmenter d'au moins 50% la performance du système de santé à tous les niveaux ». Une échelle d'évaluation de la gestion axée sur les résultats sera développée à cet effet. Les objectifs spécifiques retenus sont : (i) Améliorer la gouvernance dans le secteur à travers un renforcement de la normalisation, de la régulation et de la redevabilité d'ici 2027 ; et (ii) D'ici 2027, rendre la planification, la supervision et la coordination des interventions de toutes les parties prenantes, ainsi que la veille stratégique et sanitaire fonctionnelles et systématiques à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ».

Ainsi présentée, la SSS 2016-2027 prend en compte de façon explicite l'approche *One Health*. Mais le principal document politique relatif à l'approche *One Health*, reste la Stratégie nationale « Une Santé » du Cameroun.

En 2012, quatre Ministères ont signé la stratégie Nationale « Une Santé », sur instruction du Premier Ministre. Le document de la Stratégie nationale « Une Santé » du Cameroun est le produit d'un travail de collaboration entre les parties prenantes issues de multiples secteurs du Gouvernement Camerounais et des partenaires techniques. Il s'inscrit dans la dynamique de la Stratégie Nationale de Développement 2030. Avec cette stratégie, le

Cameroun a créé les fondations pour établir un système de collaboration pour la surveillance, la préparation et la réponse aux maladies¹⁰⁹. Elle a pour mission d'établir et maintenir une collaboration active à l'interface entre les Hommes, les animaux et l'écosystème pour une meilleure prévention et un meilleur contrôle des maladies infectieuses. Et pour but de mettre en place un cadre opérationnel du concept « Une Santé » afin de prévenir l'impact de la maladie (végétale, animale, humaine) sur la croissance et l'emploi. Dans cette perspective, le docteur Jean-Marc FEUSSOM, Vétérinaire Epidémiologiste précise que : « *La stratégie nationale " One Health " du Cameroun, est un cadre opérationnel auquel tous les programmes et projets liés à la santé animale, à la santé humaine et à la santé des écosystèmes et qui s'inscrivent dans la vision holistique doivent se référer pour la mise en œuvre.* ».

Cette stratégie se décline en cinq points : Mise en place du cadre institutionnel « Une Santé » Formation et partage des connaissances Développement des thématiques de recherche sur les maladies émergentes et ré-émergentes Renforcement des systèmes de surveillance de la santé environnementale, de la santé Animale (domestique et faune sauvage) et de la Santé humaine Communication et sensibilisation sur le concept « Une Santé ».

Enfin, pour ce qui est du Plan d'action pour le plaidoyer et la communication sur l'approche « Une Santé », malgré ces efforts et le chemin parcouru dans l'opérationnalisation de l'approche « Une Santé » au Cameroun, il ressort d'une analyse situationnelle faite en mars 2016, relative à l'appropriation de l'approche « Une Santé » par les sectoriels membres du Programme Zoonose qu'elle reste relativement nouvelle et est limitée aux zoonoses. Aussi, il y a des différences de compréhension entre les niveaux ; ce qui constitue un frein et entraînent une nécessité de s'inscrire dans une démarche à long terme. Par ailleurs, l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan d'action de plaidoyer et de communication facilitera davantage une compréhension commune de la nécessité de mobiliser les ressources (capital humain, matériel, financier, etc.) afin de favoriser la coordination et la collaboration et de veiller à ce que les différents secteurs et discipline puissent prévenir et répondre efficacement contre les événements de santé publique en général et les maladies zoonotiques en particulier.

Le plan d'action de plaidoyer et de communication sur l'approche « Une Santé » a pour but de fournir aux utilisateurs, une fondation solide pour mener à bien le plaidoyer politique

¹⁰⁹ MISANTE, Plan d'Action pour le Plaidoyer et la Communication sur l'approche « Une Santé », 2016–2018.

auprès des décideurs afin d'amener ceux-ci à accroître leur soutien dans la mise en place effective de la stratégie « Une Santé ».

2. Le cadre réglementaire de l'approche *One Health* au Cameroun

Ici, il est question de mettre l'accent sur le cadre réglementaire et législatif de l'approche *One Health* au Cameroun. Une analyse des textes législatifs et réglementaires en lien avec le *One Health* permet de constater que l'approche « Une Seule Santé » est déclarée de manière explicite dans deux de ces textes et de manière implicite dans huit de ces textes¹¹⁰.

Au Cameroun, l'approche *One Health* repose de façon explicite sur l'Arrêté n° 028/CAB/PM du 4 avril 2014 portant création, organisation et fonctionnement du programme national de prévention et de lutte contre les zoonoses émergentes et ré-émergentes ainsi que sur la Décision N8190415/MINESUP/SG/IG/A/DAJ portant création, organisation et fonctionnement du réseau des Institutions Universitaires du Cameroun sur l'approche "Une Santé". D'autres textes réglementaires implicites, encadrent le déploiement de cette approche au Cameroun. Il s'agit notamment de : la Loi n°2000/017 du 19 décembre 2000 portant réglementation de l'inspection sanitaire vétérinaire ; la Loi n' 96/12 du 5 Août 1996 portant loi-cadre relative à la gestion de l'environnement ; la Loi N°2003/2006 du 21 Avril 2003 portant régime de la sécurité en matière de biotechnologie moderne au Cameroun ; la Loi n°2003-003 du 21 avril 2003 portant protection phytosanitaire ; la Loi n°98-015 du 14 juillet 1998 relative aux établissements classés dangereux, insalubres ou incommodes ; le Décret n° 2005/0769/PM portant organisation du Conseil National Phytosanitaire ; l'Arrêté N 028/CAB/PM du 4 avril 2014 portant création, organisation et fonctionnement du programme national de prévention et de lutte contre les zoonoses émergentes et ré-émergentes et l'Arrêté n° 037/PM du 19 mars 2003 portant création, organisation et fonctionnement d'un Observatoire National des Risques.

Certains textes réglementaires en vigueur sont anciens et leurs contenus n'expriment ni de manière implicite, ni explicite, l'approche « Une Seule Santé ». Ceci constitue une limite pour certains secteurs à s'engager pleinement dans la promotion de l'approche « Une Seule Santé ». C'est le cas des Ministères en charge de la faune (MINFOF), l'environnement (MINEPDED) et de l'Agriculture (MINADER) dont les prérogatives qui leurs ont été assignées n'intègrent pas assez cette approche. Ceci indique une grosse faiblesse dans l'application de ce concept car plusieurs Ministères continuent d'appliquer les anciens textes réglementaires qui

¹¹⁰ Séverin, LOUL, Cartographie des activités et analyse des politiques « Une seule Santé » au Cameroun, Département de la Défense des États-Unis, Juin 2020, p.30.

n'obligent pas les administrations à mettre en œuvre l'approche « Une Seule Santé ». Dès lors, la mise en application de cette approche devient dépendante du décideur en poste. Un plaidoyer à l'endroit des décideurs est ainsi nécessaire pour la révision ou la création des textes sur « Une Seule Santé ».

Somme toute, l'approche *One Health* est à la fois récente et ancienne. Bien que le terme « *Une seule santé* » soit relativement nouveau, le concept est reconnu depuis l'antiquité. Mais c'est l'alliance tripartite OMS, OMSA, FAO qui a consacré et vulgarisée cette approche dans les années 2000. S'appuyant sur un cadre politique et réglementaire bien précis, trois principales raisons ont conduit à l'implémentation de l'approche OH au Cameroun à savoir, la flambée d'épidémies notamment la grippe-aviaire en 2006 et l'inefficacité du MINSANTE à pouvoir gérer toute seule les questions de santé propre à l'humain. A ces deux principales raisons, il faut ajouter l'impulsion de l'approche *One Health* au Cameroun par les acteurs de la coopération internationale.

CHAPITRE 2 :

ACTEURS ET STRATÉGIES DE MISE EN ŒUVRE DE L'APPROCHE *ONE HEALTH* AU CAMEROUN

L'approche *One Health* est mise en œuvre au Cameroun par une pluralité d'acteurs venant d'horizon divers entre autres les organisations internationales, les acteurs des coopérations bilatérales, les acteurs étatiques et les acteurs non étatiques. Ces différents acteurs agissent suivant une stratégie ou des stratégies qu'il convient de présenter et d'analyser ici. Ainsi considéré, ce deuxième chapitre du présent travail est structuré en trois grandes articulations : la première articulation porte sur les acteurs de la mise en œuvre de l'approche *One Health* au Cameroun, la deuxième articulation analyse les stratégies de mise en œuvre de cette approche et la troisième articulation quant à elle met l'accent sur les actions opérationnelles ou les activités de mise en œuvre de l'approche *One Health* au Cameroun.

I. LES ACTEURS DE MISE EN ŒUVRE DE L'APPROCHE *ONE HEALTH* AU CAMEROUN

Au Cameroun l'approche *One Health* est mise en œuvre par plusieurs catégories d'acteurs. Pour faciliter l'exposé sur ces acteurs, nous les regroupons en deux grandes catégories. La première est constituée des acteurs internationaux. Cette catégorie prendra en compte les acteurs directs centraux et les acteurs directs périphériques. Il s'agit de l'alliance tripartite (OMS, OMSA, FAO) à laquelle s'ajoute le PNUE pour les premiers et des Organisations de coopération bilatérales (USAID, GIZ, etc) pour les seconds. La deuxième est constituée des acteurs nationaux au niveau du Cameroun. Il s'agit ici des acteurs étatiques et des acteurs non étatiques.

1. Les acteurs internationaux du *One Health*

Les organisations internationales sont définies comme étant des organisations établies par un traité international ou une convention multilatérale entre des Etats souverains ou organisations nationales ; dans le but de coordonner au niveau mondial, continental ou régional des actions sur un sujet particulier déterminé par leurs statuts. Au Cameroun, plusieurs acteurs

internationaux travaillent à la mise en œuvre du *One Health* il s'agit notamment du consortium OMS, OMSA, FAO et PNUE, des organisations de coopération bilatérale et les ONG internationales.

1.1.Le groupe tripartite (OMS, OMSA, FAO) et le PNUE

Travailler sur les interfaces *One Health* requiert une adaptation des mécanismes de gouvernance de la santé à l'échelle mondiale, nationale et locale de manière harmonisée et coordonnée¹¹¹. Au niveau international, cette harmonisation est favorisée par une alliance tripartite établie en 2010 entre l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Organisation mondiale de la santé animale (OMSA / ex-OIE) et l'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) à laquelle s'ajoute depuis quelques années déjà le Programme des Nations Unies pour l'Environnement (PNUE).

Créée en 1948, L'OMS est l'autorité directrice et coordonnatrice, dans le domaine de la santé, des travaux ayant un caractère international au sein du système des Nations Unies. Elle compte 194 états membres dans six régions et plus de 150 bureaux. Elle est chargée de diriger l'action sanitaire mondiale, de définir les programmes de recherche en santé, de fixer des normes et des critères, de présenter des options politiques fondées sur des données probantes, de fournir un soutien technique aux pays et de suivre et d'apprécier les tendances en matière de santé publique¹¹². Ainsi, L'OMS a pour mission de promouvoir la santé ; de préserver la sécurité mondiale et de servir les populations vulnérables. L'accès à des soins de santé adaptés et économiquement abordables est un droit fondamental de la personne humaine et la couverture sanitaire universelle est un principe cardinal de l'action de l'OMS.

L'OMS, elle travaille en étroite collaboration avec l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE) afin de promouvoir des réponses multisectorielles face aux risques alimentaires, aux risques issus des zoonoses et aux autres menaces pour la santé publique à l'interface homme-animal-

¹¹¹ Vétérinaires Sans Frontières International, Mise en œuvre du concept one health dans les pays du sud une approche globale pour relever les principaux défis des communautés d'éleveurs. Document technique, juin 2020, p.5.

¹¹² United nation : oms : organisation mondiale de la sante 2013

écosystème, et donner des orientations sur la façon de les réduire¹¹³. Ainsi, dans l'optique de promouvoir l'approche *One Health*, l'OMS a organisé en novembre 2016 à Dakar, au Sénégal, une réunion ministérielle « Une seule santé » au cours de laquelle, les Ministres responsables de la santé humaine, de la santé animale, de l'agriculture, de la faune, de la flore sauvage et environnementale des pays d'Afrique de l'Ouest, avaient pris l'engagement au nom de leurs pays respectifs, de mettre en place des mécanismes nationaux solides pour la coordination intersectorielle et les partenariats en vue de faciliter la mise en œuvre des initiatives mondiales et régionales actuelles, une meilleure harmonisation et un meilleur partage de l'information entre les secteurs de la santé animale, humaine et environnementale conformément à l'approche « Une seule santé ». Le Cameroun avait pris part à cette rencontre.¹¹⁴

Quant à l'Organisation mondiale de la santé animale (OMSA) elle est l'organisation intergouvernementale chargée d'améliorer la santé animale dans le monde. Elle a été créée par l'Accord international du 25 janvier 1924 sous le nom d'Office international des épizooties (OIE), dont elle a gardé le sigle jusqu'en 2022. L'OMSA est reconnue comme référence par l'Organisation mondiale du commerce (OMC). Elle est en relation permanente avec plus de 62 autres organisations internationales et régionales et dispose de représentations régionales et sous-régionales sur tous les continents. L'Organisation mondiale de la santé animale (OMSA) a pour mission de protéger la santé animale, le bien-être animal et la santé publique en général. Il est important de noter aussi que l'OMSA n'est pas un organisme des Nations Unies mais travaille en étroite collaboration avec les organisations des Nations Unies. Il a un mandat spécifique pour développer des normes sur la santé animale et certains d'entre eux ont des domaines qui couvrent l'approche *One Health*. L'OMSA est membre de la Tripartite (FAO, OMSA et OMS) et soutient donc les approches collaboratives mondiales *One Health*. Les domaines prioritaires actuels de l'OH pour l'OMSA comprennent l'influenza aviaire hautement pathogène (IAHP), l'élimination de la rage et la RAM. Les autres domaines sont la FVR, la brucellose et la tuberculose bovine. L'OMSA encourage également les pays à signaler toute maladie émergente qui pourrait se qualifier pour figurer sur la liste de l'OMSA, par exemple

¹¹³ MM. Nsangou et P.Ongolo-Zogo, Etat des lieux de l'approche « One health » dans les pays de la CEMAC. Note d'Information Stratégique du CDBPS-H. Yaoundé, Cameroon : CDBPS-H, 2022. www.cdbph.org.

¹¹⁴ Cartographie des activités et analyse des politiques « Une seule Santé » au Cameroun, Dr LOUL Séverin, Juin, 2020

Ebola et MERS-Cov. Les activités de l'OMSA dépendent des délibérations de l'Assemblée générale qui se tient en mai de chaque année¹¹⁵.

L'OMSA a adopté un rôle de *leadership* dès le début et a joué un rôle déterminant dans la mise en pratique de la vision *One Health*. Par son expertise de la santé et du bien-être animal, l'OMSA (fondée en tant qu'OIE) contribue à des partenariats multisectoriels afin d'élaborer des stratégies mondiales de lutte contre des maladies graves ou des menaces sanitaires de grande ampleur comme la résistance aux antimicrobiens. Elle continue de se concentrer sur les complexités de la santé animale, élargissant sa mission pour inclure la création d'alliances avec d'autres organisations internationales sur les initiatives, le développement et la diffusion des connaissances, la surveillance des maladies animales et la conception des protocoles scientifiques pour gérer les épidémies avant qu'elles ne deviennent une menace pour la santé publique, les moyens de subsistance et le commerce international. Ils comptent 182 membres à travers le monde, qui s'engagent à respecter leurs normes de santé et de bien-être animal. Ils s'efforcent de créer un important réseau de personnes, une base de connaissances solide et un pool de ressources et d'informations facilement accessibles. Toujours dans le cadre de la recherche globale d'une société plus durable, à la recherche du bénéfice des animaux, des humains et de la planète.¹¹⁶ L'OMSA fait la promotion de l'approche « Une seule santé », reconnaissant ainsi l'interdépendance de la santé animale, de la santé humaine et de la santé des écosystèmes. Parce que la santé des animaux et la santé des écosystèmes dépendent grandement des activités humaines. Parce que la santé des animaux et la santé des écosystèmes déterminent également la santé humaine.¹¹⁷

La FAO quant à elle est l'agence qui mène des efforts internationaux vers l'élimination de la faim. De plus, elle est une organisation détentrice de connaissances. Et principale agence des Nations Unies d'expertise technique pour la sécurité alimentaire, l'agriculture, les forêts, les pêches et le développement rural, ainsi que pour la gestion durable des ressources naturelles qui est essentielle dans une vision à long terme. Créée en 1945 au Québec la FAO compte 194 membres et est présente dans 130 pays dans le monde entier. Ses trois objectifs principaux sont les suivants : éradiquer la faim, l'insécurité alimentaire et la malnutrition ; éliminer la pauvreté et favoriser le progrès social et économique pour tous ; et gérer et utiliser de manière durable

¹¹⁵ Idem

¹¹⁶ L'OMSA sous le concept 'One Health' fondation Vetai, 2020

¹¹⁷ Organisation mondiale de la santé animale fondée en tant qu'OIE 2022

les ressources naturelles, y compris la terre, l'eau, l'air, le climat et les ressources génétiques, pour le bien des générations présentes et futures.

De prime abord, la FAO qui est une plateforme de connaissances techniques, adopte l'approche «Une seule santé» pour protéger la santé des humains, des animaux, des végétaux et de l'environnement, contribuer à la gestion et à la conservation des ressources naturelles, favoriser la sécurité alimentaire, faciliter l'accès à des aliments sans danger et nutritifs, lutter contre la résistance aux antimicrobiens, renforcer les efforts d'adaptation au changement climatique et d'atténuation de ses effets et promouvoir la pêche et la production agricole durables. Afin d'anticiper, de prévenir et de détecter les épidémies de maladies des plantes et des animaux et de zoonoses ainsi que la résistance aux antimicrobiens et d'intervenir dans ces domaines, la FAO encourage le partage des données épidémiologiques et des informations des laboratoires entre tous les secteurs et au-delà des frontières, car cela peut favoriser les alertes rapides ainsi que l'efficacité de la planification et des interventions coordonnées.

Ainsi, la FAO promeut l'approche « Une seule santé » dans le cadre de la transformation des systèmes agroalimentaires pour la santé des personnes, des animaux, des plantes et de l'environnement. Cette approche fait intervenir tout un éventail d'acteurs et de travaux sur l'agriculture durable, la santé des animaux, des végétaux, des forêts et de l'aquaculture, la sécurité sanitaire des aliments, la résistance aux antimicrobiens, la sécurité alimentaire, la nutrition et les moyens d'existence. Il est essentiel d'adopter l'approche « Une seule santé » pour mieux anticiper, prévenir, détecter et contrôler les maladies qui se transmettent des animaux aux humains, lutter contre la résistance aux antimicrobiens, garantir la sécurité sanitaire des aliments, prévenir les menaces liées à l'environnement qui pèsent sur les humains et les animaux et relever de nombreux autres défis. L'adoption de l'approche « Une seule santé » est également cruciale pour atteindre les objectifs de développement durable (ODD).

La FAO aide les Membres à élaborer et mettre en œuvre des stratégies et des capacités de collaboration efficaces sur l'approche « Une seule santé », tout en s'attaquant aux problèmes liés à la santé des personnes, des animaux, des végétaux et de l'environnement. L'approche « Une seule santé » est utilisée pour élaborer et mettre en œuvre des programmes, des initiatives en matière de biosécurité, des politiques propices et, le cas échéant, des cadres réglementaires afin de garantir la sécurité sanitaire des communautés aux niveaux national et international. L'adoption de l'approche « Une seule santé » dans la transformation des systèmes

agroalimentaires constitue un domaine prioritaire du Programme et fait partie du Cadre stratégique 2022-2031 de la FAO. ¹¹⁸

Enfin, le Programme des Nations Unies pour l'Environnement (PNUE) est la plus haute autorité en matière environnementale dans le système des Nations Unies. Le PNUE "fixe l'agenda environnemental et promeut la mise en œuvre cohérente de la dimension environnementale du développement durable au sein du système des Nations Unies, et sert de défenseur faisant autorité pour l'environnement mondial". Créée en 1972, fort de son expertise, le PNUE renforce les standards environnementaux et les pratiques tout en aidant au respect des obligations en matière environnementale au niveau national, régional et international. La mission du Programme des Nations Unies pour l'environnement est de montrer la voie et d'encourager la coopération pour protéger l'environnement. Elle se doit aussi d'être une source d'inspiration et d'information pour les États et les populations et un instrument de facilitation leur permettant d'améliorer la qualité de leur vie sans toutefois compromettre celle des générations à venir.

Au demeurant, nous voyons ressortir ces différentes actions entreprises par chaque secteur visant des résultats de santé ou d'équilibre de santé.

1.2. Acteurs des coopérations bilatérales

Nous pouvons définir une coopération bilatérale comme étant une assistance mutuelle et complémentaire entre deux États souverains. Elle est régie par un traité qui comporte des accords dans plusieurs domaines : économique, financier, technique et culturel... Généralement elle se fait entre pays riches et pays pauvres. Au Cameroun, plusieurs coopérations jouent en faveur de la promotion de l'approche *One Health* mais les plus actives sont entre autres : l'USAID et la GIZ.

L'Agence des États-Unis pour le développement international (en anglais : United States Agency for International Développement, USAID) est l'agence du gouvernement des États-Unis chargée du développement économique et de l'assistance humanitaire dans le monde. L'agence travaille sous la supervision du président, du département d'État et du Conseil de sécurité nationale. L'USAID a pour mission d'aider à réduire la pauvreté, promouvoir la

¹¹⁸ Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture 2022

démocratie et la croissance économique, soulager les victimes des catastrophes naturelles et prévenir les conflits¹¹⁹. Cette interconnexion entre la santé des humains, des animaux et des écosystèmes est la raison pour laquelle l'USAID met en œuvre l'approche « *One Health* » dans son travail. « *One Health* » est une approche qui reconnaît cette interconnexion. En adoptant une approche « *One Health* », l'USAID s'efforce de comprendre et de traiter les liens entre la biodiversité, la production alimentaire et la santé humaine.

Le programme USAID *Global Health Security* (GHS) renforce les capacités de sécurité sanitaire dans 14 pays d'Afrique pour prévenir et combattre les maladies infectieuses émergentes et ré émergents qui ont un potentiel pandémique chez l'homme. Les professionnels de la santé humaine et animale sont de plus en plus conscients de l'intérêt d'adopter une approche *One Health* pour lutter contre les maladies émergentes. L'USAID réduit les risques d'interactions entre l'homme et la faune en comprenant mieux les circonstances et les interfaces où les humains et les animaux entrent en contact étroit, en améliorant la gestion des ressources naturelles, en réduisant la demande non durable d'espèces sauvages comme sources de nourriture et en luttant contre le trafic d'espèces sauvages.

Les experts de l'USAID en matière de santé, de sécurité alimentaire, d'intervention humanitaire et de conservation continueront de travailler ensemble pour résoudre les problèmes liés au *One Health*, notamment les menaces de maladies émergentes, la résistance aux antimicrobiens, la dégradation des terres et le commerce des espèces sauvages afin de faire du monde un endroit plus sûr et plus sain pour humains, animaux et écosystèmes. Le projet USAID TRANSFORM est un projet quinquennal d'un maximum de 33 millions de dollars qui exploitera l'innovation menée par le secteur privé pour lutter contre les maladies infectieuses émergentes et la résistance aux antimicrobiens dans les chaînes de valeur de la production animale en Asie et en Afrique.¹²⁰

La Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) est l'agence de coopération internationale allemande pour le développement. L'un des objectifs de la coopération au développement au Cameroun est la conservation des forêts tropicales et des aires protégées en harmonie avec l'habitat humain et animal, ce qui permet d'éviter les zoonoses comme la Covid-19. Dans ce sens, La GIZ promeut la gestion durable des ressources et la

¹¹⁹ USAID <https://www.usaid.gov/results-and-data/budget-spending> site officiel consulté le 8 juillet 2024

¹²⁰ USAID et One Health : réduire les risques et conserver la faune sauvage, USAID, septembre 2021

protection de la biodiversité au Cameroun et dans les États membres de la Commission des forêts d'Afrique centrale (COMIFAC).

La GIZ est également active dans le secteur de la santé et intervient en faveur du développement des services de santé universels au Cameroun. Cela comprend notamment les soins de santé pour les femmes pendant la grossesse et l'accouchement et l'accès aux contraceptifs. En outre, la GIZ soutient des mesures de lutte contre les maladies infectieuses comme la Covid-19. Elle appuie en outre la création de possibilités d'emploi pour les jeunes dans les zones de conflit. L'interaction avec le secteur privé allemand et européen est facilitée, notamment par la coopération avec la diaspora camerounaise. Afin de promouvoir un développement pacifique et stable au Cameroun et dans les pays voisins, la GIZ met en commun sa longue expérience dans les domaines de la santé, de la sécurité alimentaire, de l'adaptation au changement climatique et de la conservation de la biodiversité, car en préservant la biodiversité, on prévient aussi les pandémies. Elle soutient les organisations régionales dans l'élaboration de plans transfrontaliers de protection contre les infections. L'apprentissage mutuel sert de base pour contrôler et combattre les épidémies et pour des soins de santé équitables. Les partenariats hospitaliers internationaux, dans le cadre desquels des personnels de santé d'Allemagne et de 58 pays partagent leur expertise, en sont un exemple.

Avec l'avènement de la Covid19, la GIZ a réalisé les activités suivantes¹²¹ : i) Elaboration d'une feuille de route « *One health* » à court termes pour la COMIFAC ; ii) Organisation des ateliers de sensibilisations des populations sur la préservation de la santé animale dans les parcs et celle de l'homme (écogardes et populations riveraines) ; iii) Distribution du matériel sanitaire anti COVID-19 (savons, gels, masques, etc) au sein des centres de santé et hôpitaux des environs du Parc National de NKI au Cameroun (GIZ, 2021 a). iv) Distribution du matériel sanitaire anti COVID-19 (savons, gels, masques, etc) au sein des centres de santé et hôpitaux des environs du Parc National de LOBEKE au Cameroun (GIZ, 2021 b).

¹²¹ Nsangou MM, Ongolo-Zogo P. «Etat des lieux de l'approche « One health » dans les pays de la CEMAC». Note d'Information Stratégique du CDBPS-H. Yaoundé, Cameroon : CDBPS-H, 2022. www.cdbph.org.

1.3. Les ONG internationales

Les ONG internationales sont perçues comme étant un ensemble d'organisations non gouvernementales qui s'étendent et œuvrent dans de nombreux pays. Les ONG internationales qui s'intéressent aux questions du *One Health* au Cameroun sont entre autres CARE International, WWF et Vétérinaires sans frontières.

CARE International est une association humanitaire fondée en 1945 aux États-Unis, à la fin de la Seconde Guerre mondiale, avant le Plan Marshall (1947). L'association se donne pour objectif de construire un monde d'espoir, de tolérance et de justice sociale où la pauvreté serait vaincue et où les populations vivraient dans la dignité et la sécurité. Dans plus de soixante-dix pays à travers le monde, CARE aide à rendre autonomes les plus démunis tout en visant à protéger leurs droits économiques et sociaux. CARE se donne comme priorités le respect des droits fondamentaux, l'accès à l'éducation, l'accès aux soins, l'accès à l'eau potable, la lutte contre le sida, la protection de l'environnement ou encore la microfinance. CARE veut s'attaquer à tous les fronts de la pauvreté, à travers des programmes d'urgence et de développement qui concernent 45 millions de personnes chaque année. En cherchant à combattre la discrimination sous toutes ses formes, l'association travaille dans une démarche de développement durable où chaque projet est construit pour se pérenniser et apporter des changements profonds.

Le WWF (World Wildlife Fund) jusqu'en 1986 et (World Wide Fund for Nature) jusqu'en 2001 ou Fonds mondial pour la nature est une organisation non gouvernementale internationale créée en 1961, vouée à la protection de l'environnement et au développement durable. Elle est l'une des plus importantes ONG environnementalistes de la planète, grâce à plus de cinq millions de soutiens à travers le monde. Elle travaille dans plus de cent pays bénéficiant de 12 000 programmes de protection de la nature depuis sa création.

Le WWF collabore avec quatre grandes organisations WASH sur *One Health* dans le cadre de l'initiative *Blue Heart of Africa*. Il ne fait aucun doute que les interventions en matière d'approvisionnement en eau et d'assainissement (WASH) et de sécurité alimentaire pour les plus vulnérables en Afrique risquent d'être compromises si elles ne mettent pas davantage l'accent sur la gestion des ressources en eau douce et des écosystèmes dont elles dépendent. La mission de conservation du WWF constitue un élément important d'une approche *One Health* pour garantir qu'un WASH adéquat est possible. À cette fin, lors de la Journée mondiale de l'eau, le WWF a signé des accords de collaboration avec quatre organisations WASH mondiales - Water.org, IRC-WASH, WaterAid et CARE - pour atteindre les résultats *One Health* grâce à l'initiative *Blue Heart of Africa*.

L'ambitieuse initiative *Blue Heart of Africa* vise à garantir que les ressources en eau douce de l'Afrique sont gérées et conservées efficacement pour soutenir les écosystèmes et la biodiversité d'importance locale et mondiale et fournir une base pour le développement durable et des moyens de subsistance sûrs. Dans le cadre du pilier *One Health*, l'expertise du WWF en matière de conservation s'unira aux leaders du secteur WASH pour co-développer des stratégies et des programmes complets dans des paysages prioritaires sélectionnés en partant du principe que la santé humaine est symbiotique avec - et non distincte - de la santé des écosystèmes. En réunissant des organisations et des leaders dans des domaines distincts, l'initiative sera en mesure de générer des solutions qui s'attaquent simultanément à l'ensemble du puzzle, et non à de petits morceaux¹²².

Depuis sa fondation, il y a plus de 30 ans, le réseau Veterinaires Sans Frontieres (VSF) International s'inspire du concept *One Health*. La vision commune « *Animaux sains – Humains en bonne santé – Environnement durable* » guide ses interventions dans les pays pour soutenir les populations vulnérables dans des contextes caractérisés par un degré élevé d'interdépendance entre l'Homme, les animaux et l'environnement ainsi que par un accès très limité aux services. Selon eux, l'approche *One Health* doit être considéré comme une « bonne pratique », une approche et un guide qui suscite des questions et des contributions selon différentes perspectives lors de l'identification et de la mise en œuvre de projets, et un moteur important pour établir des partenariats et des collaborations qui complètent l'expertise de base de chaque partie afin d'aborder les problèmes de manière globale.

Les volontaires de VWB/VSF ont démarré et mis en place un processus permettant de renforcer la capacité des agriculteurs à détecter et à gérer les problèmes de santé sur leur exploitation, ainsi que la capacité des universités à former des personnes pouvant travailler de manière intersectorielle dans le domaine *One Health* et celle du gouvernement de collecter et d'évaluer les signaux de risque et d'adopter de nouvelles approches politiques. Un facteur clé du succès de ce projet a été le rôle de l'ONG dans la constitution et le maintien d'une communauté de pratique dans divers secteurs, toujours axée sur des objectifs communs, tandis que les organisations responsables de chaque secteur tiraient parti de la collaboration pour atteindre leurs objectifs individuels.

¹²²« Booster One Health en Afrique en réunissant l'eau, l'assainissement et la conservation de l'eau douce », Publié le 22 mars 2021

En somme, le *One Health* doit être considéré comme un outil permettant d'atteindre la durabilité, à l'intersection entre les piliers environnemental, économique et social. La mission de VSF International est de créer des moyens d'existence résilients et durables aux interfaces de la santé humaine, animale et environnementale, et d'intégrer les communautés d'éleveurs dans des chaînes de valeur durables. Prendre *One Health* comme objectif et travailler selon cette approche contribue de manière significative aux Objectifs de développement durable (ODD)¹²³.

2. Les acteurs nationaux du *One Health* au Cameroun

Il s'agit ici des acteurs étatiques et des acteurs non étatiques. Au niveau national, selon la stratégie nationale *One Health*, 12 ministères s'intéressent aux questions du *One Health* à savoir : le MINSANTE, le MINEPIA, le MINEPDED, le MINFOF, le MINAT, le MINADER, le MINRESI, le MINCOM, le MINEE, le MINMIDT, le MINDEF et le MINESUP. De tous ces ministres ; 4 sont prioritaires dans la mise en œuvre de l'approche *One Health* au Cameroun à savoir : le MINSANTE, le MINEPIA, le MINEPDED et le MINFOF.

2.1. Les sectorielles prioritaires dans la mise en œuvre du *One Health* au Cameroun

Au Cameroun, 4 ministères sont place en tête de liste dans la mise en œuvre de l'approche *One Health*¹²⁴.

Le ministère de la Santé publique (MINSANTE) est chargé de l'organisation, de la gestion et du Développement des établissements publics de santé ; de la couverture sanitaire ; de la prévention et de la fin de la lutte contre les épidémies et les pandémies ; d'assurer la coopération médicale et l'internationale en liaison avec le Ministère des Relations Extérieures ; des Développements Médicaux en liaison avec le Ministère de la Recherche Scientifique et de l'Innovation ; de la Formation des Médecins, d'Opérations d'Urgence de Santé Publique. Le MINSANTE a pour mission principale d'élaborer et de mettre en œuvre la politique du gouvernement en matière de santé. En tant que structure responsable de la coordination de ce plan, il a la responsabilité d'assurer un environnement sûr, durable et favorable à la santé,

¹²³ Mise en œuvre du concept *One Health* dans les pays du sud une approche globale pour relever les principaux défis des communautés d'éleveurs document technique, juin 2020.

¹²⁴ *One Health* et Systèmes Vétérinaires en Afrique, Faire le point sur la couverture actuelle, les besoins et les opportunités pour répondre aux menaces actuelles et changeantes, Ecohealth Alliance, 2022

protéger les populations contre les risques sociaux, biologiques, chimiques et physiques, et de promouvoir la sécurité humaine avant, pendant et après les catastrophes.

En tant que ministère mandaté au niveau national pour le développement de la sécurité sanitaire, le ministère de la santé publique doit assurer la gestion et la direction générales de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation du PANSS. Le Ministère de la Santé Publique joue un rôle de premier plan dans la coordination technique des activités aux fins de la mise en œuvre des activités du PANSS. Il dirige également la planification stratégique de la mise en œuvre du présent plan, notamment en procédant régulièrement à des évaluations des performances de la mise en œuvre du plan. Le MINSANTE mobilise des ressources pour la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de la composante santé humaine du PANSS. La collaboration intersectorielle est vitale pour la réussite de la mise en œuvre de la PANSS. Il lui incombe également de fournir des conseils et de parrainer l'élaboration des politiques, des règlements et des lois nécessaires à la réussite de la mise en œuvre du PNASS, ainsi que de réaliser les investissements nécessaires dans les ressources humaines, les infrastructures, les équipements, etc. nécessaires à la réussite de la mise en œuvre du PANSS. Le MINSANTE veille également au respect des obligations internationales et des exigences en matière de rapports du PANSS et du RSI.¹²⁵

Le Ministère de l'Elevage, des Pêches et des Industries Animales (MINEPIA) est chargé de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique du Gouvernement dans le domaine de la protection de la santé animale et de la santé publique vétérinaire. Le MINEPIA traite de la santé animale, y compris les maladies zoonotiques. Il coprésidera avec le MINSANTE les initiatives du PANSS qui sont synergiques avec les thèmes de la plate-forme « Une Santé ». Le MINEPIA assurera la gestion de la mise en œuvre des objectifs axés sur la santé animale dans le PANSS. Le MINEPIA mobilisera des ressources pour la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du volet santé animale du PANSS. Le MINEPIA assumera également la responsabilité des investissements dans les ressources humaines, les infrastructures, l'équipement, etc. nécessaires à la réalisation des objectifs axés sur la santé animale dans le PANSS. Il est chargé du suivi des obligations internationales et des exigences de déclaration relatives à la santé animale et à la gestion des urgences de santé publique. Le MINEPIA porte également la responsabilité de veiller à ce que les mouvements transfrontaliers du bétail, des animaux et des produits d'origine animale soient gérés d'une manière qui protège la sécurité sanitaire du Cameroun.¹²⁶

Le Ministère des Forêts et de la Faune (MINFOF) et la Direction de la Faune est chargé de l'inventaire, de l'aménagement, de la gestion et de la protection des espèces fauniques, de la

125 Le plan d'action nationale pour la sécurité sanitaire PANSS 2019 .2024

¹²⁶ IDEM

délivrance des agréments et des permis d'exploitation des ressources fauniques, de la surveillance continue du patrimoine faunique, de la création et de la gestion des zones de chasse des ranchs de chasse et des zones de chasse villageoises, de l'étude des mœurs et de la dynamique des populations animales d'intérêt cynégétique, scientifique et touristique, et de la liaison avec les organisations internationales et nationales en charge de la conservation de la faune. Coordination *One Health* Le Cameroun a été l'un des premiers pays d'Afrique subsaharienne à adopter une stratégie nationale *One Health* en 2012 et a lancé plusieurs réponses multisectorielles aux épidémies de zoonoses dans les années précédentes. Suite à la mort de plusieurs singes aux périphéries de la réserve du Dja à cause de 'Anthrax en 2005, une conférence internationale a été organisée pour mettre en place un programme Multisectoriel de lutte contre les zoonoses. En 2006, un comité interministériel a été organisé par le Premier ministre pour lutter contre l'épidémie de grippe aviaire de février 2006. En 2008, un comité. Interministériel chargé d'élaborer un programme multisectoriel de prévention et de contrôle des zoonoses a été créé et a été dirigé par le Premier ministre. Pharmaciens et personnels paramédicaux.

Le Ministère de l'Environnement, de la Protection de la Nature et du Développement Durable (MINEPDED) est chargé de la gestion durable des ressources naturelles, des mesures de gestion environnementale, du contrôle du respect de l'environnement dans la mise en œuvre des grands projets, de la protection et de la restauration de l'environnement et de la nature, de la négociation des conventions et accords internationaux relatifs à la protection de l'environnement et de la nature et de leur mise en œuvre, en liaison avec le Ministère des Relations Extérieures. Le MINEPDED assure la mise en œuvre de la politique nationale en matière d'environnement dans le cadre de la gestion des événements et urgence de santé publique.

En somme, c'est la même configuration que nous observons au niveau international car l'OMS se préoccupe de la santé humaine le MINSANTE en fait pareil, l'OMSA de la sante animal de même pour le MINEPIA, le PNUE de l'environnement tout comme le MINFOF et la FAO tout comme le MINEPDED

2.2. Les acteurs non étatiques

Ici y figure le secteur privé, la société civile et les collectivités territoriales décentralisées (CTD)

Les acteurs privés sont représentés par un ensemble de laboratoires dont l'un des plus importants est le LANAVET. Le Laboratoire National Vétérinaire (LANAVET). La DVS travaille avec le LANAVET et le Laboratoire national de contrôle de la qualité des médicaments et de 'expertise sur la conformité des médicaments et produits à usage vétérinaire, a mission spéciale pour éradication des mouches tsé-tsé, le Centre Pasteur du Cameroun (CPC) sur la rage, et Global Vral Cameroon sur la surveillance des maladies de la faune.

Pour ce qui est de la société civile, il existe un réseau national des organisations de la société civile dédié à la question du *One Health* constitué de plusieurs OSC camerounaises dont l'Association DAWA ; HEADA ; ESPV ; COPASVIC. Ces OSC mènent essentiellement des activités de sensibilisation et de mobilisation communautaire en matière de *One Health*. Bien que considéré comme des acteurs importants du *One Health*, les Collectivités Territoriales Décentralisées camerounaises (CTD) notamment les communes et les régions, ne sont pas encore réellement impliquées dans ce combat.

II. LES STRATÉGIES DE MISE EN ŒUVRE DE L'APPROCHE AU CAMEROUN

La stratégie de mise en œuvre de l'approche *One Health* au Cameroun repose sur cinq (5) principaux piliers : (i) la mise en place du cadre institutionnel « *une santé* » ; (ii) la formation et le partage de connaissances ; (iii) le développement des thématiques de recherche sur les maladies émergentes et réémergences ; (iv) le renforcement du système de surveillance, d'investigation et de réponse de l'environnement et de la santé humaine et (v) la communication et la sensibilisation sur le concept « *une santé* ».

1. La mise en place du cadre institutionnel « *une seule santé* »

Au Cameroun, le principal cadre institutionnel de l'approche *One Health* est le Programme National de Prévention et de Lutte contre les Zoonoses en abrégé programme zoonose qui fait d'office de plateforme nationale une santé. En 2014, un arrêté portant création, organisation et fonctionnement du Programme National de Prévention et de Lutte contre les

Zoonoses est signé par le Premier Ministre, Chef du Gouvernement et, en 2015, ce programme devient le premier programme à prendre en compte et à mettre en œuvre l'approche « Une Santé ».

Le Programme National de Prévention et de Lutte contre les Zoonose constitué un formidables cadres de rencontres, de concertations, de dialogue et de collaboration multi-acteurs autour de la gestion des épidémies. Ils ont permis de réunir, autour d'une même table, les parties prenantes du *One Health* au Cameroun.

Les activités ont réellement commencé avec la création d'un Comité Adhoc multisectoriel et interministériel qui a été chargé de réfléchir à la meilleure façon dont l'approche peut fonctionner et comment elle devrait être organisée. La première activité de ce comité a été la formation de personnes sur ce qu'était réellement l'approche *One Health*. Par la suite, ils ont développé le programme national de prévention et de lutte contre les zoonoses émergentes et réémergences (PNPLZ) et la stratégie nationale *One Health*. Ce processus s'est achevé en 2014 et en 2016, il y a eu la validation de la stratégie nationale *One Health* et du document du programme national de lutte contre les zoonoses.

Il ne fait aucun doute que lors de l'apparition de foyers de zoonoses telles que l'anthrax en 2005, la variole du singe en 2014, l'influenza aviaire hautement pathogène en 2006 et en 2016, les carences de la coordination entre secteurs et l'insuffisance des ressources ont compté parmi les principaux obstacles à l'efficacité de la surveillance et des interventions. En conséquence, le pays a créé une plateforme de haut niveau multisectorielle pour la coordination des actions « Une seule santé » au sein du cabinet du Premier Ministre, afin de renforcer les dispositifs de surveillance et d'intervention en matière de santé publique. La volonté politique, l'engagement et le leadership exercé au plus haut niveau de gouvernement ont favorisé un dialogue visant à sensibiliser le Parlement à l'importance de l'approche « Une seule santé », et qui a abouti à la conception d'un programme national de prévention et de lutte contre les zoonoses¹²⁷.

Ce programme, créé en 2014, est constitué : (i) d'un comité d'orientation stratégique ; (ii) d'un comité technique et (iii) d'un secrétariat permanent. Il est constitué d'une équipe multisectorielle venant des ministères suivants : MINEPIA, MINEFOF, MINEPDED, MINADER et MINSANTE. Cette constitution multidisciplinaire permet au programme d'avoir une vue globale de la lutte contre les zoonoses émergentes et réémergences. Il existe aussi une plateforme nationale « *One health* » représentée par le PNPLZ qui est soutenue par plusieurs partenaires techniques et financiers (FAO, USAID, OMS, GIZ, COMIFAC, OHCEA). Cet

¹²⁷ FAO, « Plateforme «Une seule santé»: Prévenir de nouvelles pandémies grâce à une coordination multisectorielle efficace », CONFÉRENCE RÉGIONALE DE LA FAO POUR L'AFRIQUE, Trente-deuxième session, Malabo (Guinée équatoriale), 11-14 avril 2022.

appui est financier et technique (formations, élaboration des outils de prévention et de contrôle des foyers).

Après le lancement du Programme Zoonose, plusieurs activités ont été réalisées à savoir : la sensibilisation, la promotion et les enquêtes multisectorielles sur l'approche *One Health*. Les acteurs multisectoriels se sont outillés en connaissances sur *One Health*. La création d'une Plateforme Nationale "Une Santé" pour fédérer et coordonner tous les projets et programmes de santé qui nécessitent la mise en œuvre de cette approche.

2. La formation et le partage de connaissance

Sur le plan de la formation et de la recherche, le Cameroun appartient à l'OHCEA qui est un réseau de 16 institutions de l'enseignement supérieur issues de 7 pays d'Afrique, à savoir : la République Démocratique du Congo, l'Ethiopie, le Kenya, le Rwanda, la Tanzanie, l'Ouganda et le Cameroun qui est le plus jeune membre. Au niveau des institutions universitaires, il faut noter que l'Université des Montagnes (UdM) est l'une des premières institutions qui a compris l'enjeu pédagogique et scientifique de l'approche OH. Elle est aujourd'hui le seul campus universitaire sur lequel on retrouve la médecine humaine, la médecine vétérinaire et les sciences agronomiques, trois domaines liés dont dépend la santé de l'homme, d'où le concept "*One Health*" (Une Santé).

Dans ce sens, plusieurs formations et ateliers de renforcement de capacités sont organisés à l'endroit des acteurs du *One Health* au Cameroun. Ainsi, dès 2018 un atelier de sensibilisation et formation sur l'approche *One Health* a été organisé dans la ville de Yaoundé. L'atelier a vu la participation d'une quarantaine de personnes venant des services centraux et déconcentrés du MINEPIA (DSV, DDPIA, Délégations régionales, LANAVET), du MINEPDED, du MINFOF, du MINSANTE, de PRODEL, du Programme Zoonoses, de l'ONVC, Vétérinaires privés, IPAVIC, USAID et des partenaires EPT-2 (PREDICT, P&R, OHW /OHCEA) et de l'équipe ECTAD-FAO, renforcée par la présence particulière du « *Senior One Health Advisor* » de P&R, basé à Washington, en visite au Cameroun. L'objectif était de sensibiliser et de renforcer les capacités des participants sur le RSI-2005, le GHSA et l'approche « Une santé » dans le cadre de la prévention et de la lutte contre les événements de santé. La première session des travaux de cet atelier a été consacrée à des présentations sur le RSI (2005) /JEE, le GHSA/EPT-2, la composante « *One health* » de la FAO et le Programme zoonoses. Au cours de cette formation, deux exemples pratiques de gestion de l'épidémie de Rage dans la région de l'Est-Cameroun observée depuis le début de l'année 2018 et de gestion

de l'épizootie de grippe aviaire de 2016 au Cameroun, soutenus par la projection d'un film sur la gestion de la maladie à virus Ebola au Libéria ont davantage permis aux participants d'approfondir leurs connaissances sur l'approche « Une santé ».

De même, du 12 au 14 janvier 2022, dans la ville d'Ebolawa, s'est tenue une session de formation de la Communication sur les Risque et Engagement Communautaire (CREC), dessinée aux acteurs de la plateforme une seule santé, ainsi que les organisations impliquées dans la prévention, la réponse aux situations d'urgences sanitaires et la promotion des autres domaines de l'approche une seule santé, conformément au règlement sanitaire international. Cette activité, organisée par le Programme National de Prévention et de Lutte contre les Zoonoses Emergentes et Ré émergentes (PNPLZER), avec l'appui technique et financier de Breakthrough ACTION, avait pour but d'améliorer les connaissances, les aptitudes et favoriser l'application des principes de communication sur les risques et l'engagement communautaires¹²⁸.

3. Le développement des thématiques de recherche sur les maladies émergentes et réémergences

À la suite de l'adoption de l'approche *One Health*, plusieurs thématiques de recherche sur les maladies émergentes et réémergentes ont été développées au Cameroun. Ces thématiques de recherche sont centrées sur les grands défis épidémiques auxquels le pays est confronté. Il s'agit notamment des champs thématiques suivantes : recherche sur les moyens et stratégies préventives, la pathogénèse, les vaccins, les techniques diagnostiques, les traitements, les interventions et stratégies de santé publique, l'organisation des soins et systèmes de santé, les aspects sociaux et sociétaux.

Nombreux sont les facteurs concourant à l'émergence ou à la réémergence d'une maladie infectieuse. Certains sont parfaitement repérés, d'autres, au contraire, sont encore inconnus et peut-être nombreux. Les acteurs de l'approche *One Health* participent au Cameroun à plusieurs programmes de recherche, notamment sur la variole du singe ou le virus Ebola qui induit une fièvre hémorragique sévère : une étude de la pathogénèse du virus en partenariat avec l'Institut de recherche biomédicale, ainsi qu'une étude de la réponse immunitaire innée au sein du projet de collaboration. Les acteurs du *One Health* au Cameroun constitue ainsi, une communauté de connaissance de conceptualisation systémique socioécologique et transdisciplinaire qui documente les causalités entre l'anthropisation humaine (pesticides,

¹²⁸ Bulletin Une seule santé au Cameroun, n°1/Avril 2022.

déforestation), la biodiversité et les interactions entre les maladies (humaines, plantes, animaux). Cela pour améliorer le pilotage des politiques de recherche et d'innovations.

4. Le renforcement du système de surveillance, d'investigation et de réponse de l'environnement et de la santé humaine

La surveillance comprend le recueil systématique et continu des données sanitaires, leur analyse et leur interprétation, ainsi que la diffusion des informations recueillies auprès de ceux qui en ont besoin pour prendre les mesures sanitaires nécessaires¹²⁹. La surveillance est également essentielle pour planifier, mettre en œuvre et évaluer les pratiques sanitaires. Les programmes nationaux utilisent plusieurs types de surveillance. Le choix de la méthode dépend de l'objectif. En règle générale, les méthodes de surveillance s'appliquent à : un périmètre sur lequel s'exerce la surveillance (par exemple un établissement de soins ou une communauté) ; un établissement de soins désigné ou représentatif ou un site de notification pour l'alerte précoce en cas de survenue d'une épidémie ou d'une pandémie (surveillance sentinelle) ; la surveillance conduite en laboratoire pour déceler des événements ou des tendances qui n'apparaîtraient pas forcément de façon évidente sur les autres sites ; une surveillance axée sur des maladies particulières, impliquant le recueil de données sanitaires spécifiques d'une maladie donnée.

Le succès des programmes de prévention et de lutte contre les maladies dépend des ressources consacrées à détecter les maladies ciblées, à obtenir confirmation des cas en laboratoire, et à utiliser des seuils d'intervention au niveau du district. C'est pourquoi le Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique (OMS-AFRO) a proposé une approche SIMR pour améliorer la veille sanitaire et la riposte dans la Région africaine ; cette stratégie fait participer les communautés et les établissements sanitaires à tous les niveaux du système de santé.

La SIMR favorise l'utilisation rationnelle des ressources en intégrant et en canalisant les activités de surveillance habituelles. En effet, quelle que soit la maladie, les activités de surveillance font appel aux mêmes fonctions (détection, notification, analyse et interprétation, retour d'information, intervention) et utilisent souvent les mêmes structures, les mêmes procédures et le même personnel. De plus, la SIMR prend en compte le concept Un seul monde- Une seule santé, stratégie qui s'intéresse aux événements sanitaires se situant à l'intersection

¹²⁹ OMS, Guide Technique Pour la Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte dans la Région Africaine, Février 2011.

entre la santé humaine, la santé animale (animaux domestiques et faune sauvage) et l'écosystème. Ainsi, 75% des maladies émergentes ou ré-émergentes récentes qui ont profondément affecté la santé humaine sont d'origine animale (VIH/Sida et grippe aviaire, par exemple).

Depuis l'avènement du *One Health* plusieurs partenaires s'allient pour aider le Cameroun à améliorer son système de surveillance d'investigation et de réponse de l'environnement et de la santé humaine. Les objectifs étant d': (1) aider le gouvernement à renforcer son système de détection précoce en développant un système SFE à base communautaire pour les maladies à potentiel épidémique et épizootique ; (2) renforcer la collecte, l'analyse et l'utilisation des données sanitaires de routine ; (3) accroître la capacité du pays à gérer le SIS ; et (4) développer une plateforme électronique facilitant l'identification, la notification et le suivi de toutes les maladies sous surveillance par les Ministères concernés.

Au Cameroun, chacun des ministères responsables de la santé humaine et animale et de l'environnement possède un système de surveillance épidémiologique. Au sein du Ministère de la Santé, le système de surveillance et de riposte épidémiologique intégré (SSREI) veille à la surveillance des maladies, notamment celles à potentiel épidémique. Au niveau du MINEPIA, la surveillance des épizooties et la riposte y étant donnée sont coordonnées par le Réseau de surveillance épidémiologique des maladies animales.

Le Réseau épidémiologique des maladies animales du Cameroun (CENAD) est l'outil du gouvernement pour la surveillance des maladies animales. Il est placé sous la tutelle du Ministère de l'élevage, des pêches et des industries animales. Le CENAD est composé de dix unités régionales, de soixante postes d'épidémiosurveillance au niveau départemental, d'une unité spécialisée dans la faune, de vingt postes d'observation dans les principales aires protégées (Nord-Ouest, Extrême-Nord, Adamawa), ainsi que de postes d'inspection dans les aéroports (Douala, Yaoundé, Garoua), de postes frontaliers, de postes d'inspection de la santé vétérinaire et de centres vétérinaires zootechniques.

La surveillance épidémiologique animale s'opère à quatre niveaux : 1) le niveau du terrain avec les communautés, les éleveurs et les autres acteurs du secteur de l'élevage ; 2) le niveau local avec les agents field des Centres vétérinaires zootechniques, les cliniciens et les postes d'inspection sanitaire ; 3) le niveau intermédiaire avec les services déconcentrés du Ministère de l'élevage, des pêches et des industries animales ; et 4) le niveau central avec la Direction des services vétérinaires et le secrétariat permanent de la CENAD. En outre, la surveillance est multisectorielle et il existe une collaboration entre les différents acteurs selon l'approche *One Health*.

La CENAD mène une surveillance active et passive. La surveillance active est mise en œuvre pour certaines maladies (par exemple Ebola et IAHP) par le niveau central, LANAVET/INEPIA et le Centre de Recherche pour la Santé des Forces Armées/laboratoires Metabiota, y compris récemment par la mise en œuvre de la composante PREDICT-2 de Emerging Pandemic Threats-2/GHSA au Cameroun financé par USAID¹³⁰. La surveillance passive est assurée par les collecteurs de données à la base, le personnel du MINEPIA, les chefs des centres de santé animale et les chefs des postes d'inspection vétérinaire et des points de contrôle. La surveillance épidémiologique cible les maladies animales/économiques et les zoonoses. Les outils de surveillance de la CENAD comprennent un bulletin épidémiologique hebdomadaire, des formulaires de notification, un réseau téléphonique, un numéro vert et le système d'information sur la santé animale du Cameroun. Le système national de surveillance de la santé publique est une unité de mise en œuvre de la surveillance et de la réponse intégrées aux maladies (IDSR) au Cameroun. À trois niveaux - central, régional et de district - le Système national de surveillance de la santé publique met principalement en œuvre une surveillance passive, ainsi qu'une surveillance active, notamment une surveillance sentinelle dans les établissements de santé et une surveillance basée sur des indicateurs et des événements.

L'Observatoire National de Santé Publique (ONSP) est le point focal national du RSI et se trouve au sein du MINSANTE. Sa mission générale est l'alerte et la veille sanitaire en collaboration avec la Direction de la lutte contre les maladies, les épidémies et les pandémies, la centralisation, l'analyse et la mise en œuvre des informations socio-sanitaires, les bases de données et la constitution de banques de données sur les problèmes de santé publique. Il facilite l'échange d'informations pour l'aide à la décision et coordonne le Cameroon Health Data Collaborative, qui est un réseau qui produit et utilise des données de santé. Les données de l'ONSP proviennent de deux sources - Données nationales issues d'enquêtes (par exemple INS, BUCREP, instituts/organismes de recherche locaux) ; publications produites à partir d'enquêtes et de données administratives financées par un tiers extérieur au Ministère de la Santé Publique ; publications produites à partir d'enquêtes et de données administratives financées par le Ministère de la Santé Publique ; et données internationales - Issues de bases de données internationales globales et spécialisées ; bases de données du système des Nations Unies (par exemple OMS, UNICEF, UNFPA, Banque Mondiale). L'ONSP effectue une surveillance épidémiologique nationale et transfrontalière. Il dispose de formulaires de collecte hebdomadaire de données sur les événements de santé publique aux points d'entrée et de transit.

¹³⁰ EcoHealth Alliance, op.cit., 2022. P.117.

À travers une présentation hebdomadaire, l'ONSP communique ses informations aux décideurs camerounais sur les urgences de santé publique en Afrique et dans le monde et le niveau de risque pour le Cameroun. Parallèlement, les événements de santé publique survenant sur l'ensemble du territoire national sont notifiés à l'OMS en temps utile.

Le réseau de laboratoires de surveillance des maladies animales se compose du LANAVET et de deux laboratoires BSL-2, le Centre Pasteur du Cameroun (CPC), qui s'occupe du diagnostic de la rage, et le Centre de recherche pour la santé des forces armées.

5. La communication et la sensibilisation sur le concept « une santé »

Les camerounais mettent sur pied au quotidien une série de projet de sensibilisation et d'éducation des communautés mais également des acteurs institutionnels. Le 6 juillet 2021, l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) et le Programme d'action pour la sécurité sanitaire mondiale (GHSA), le Programme national des zoonoses du Cameroun, la plate-forme *One Health* et le partenaire de mise en œuvre de l'USAID, Breakthrough ACTION, ont participé à une table ronde au Djeuga Palace à Yaoundé. Organisée à l'occasion de la Journée mondiale des zoonoses sous le thème « Prévenir la prochaine pandémie : les maladies zoonotiques et comment briser la chaîne de transmission », la table ronde visait à sensibiliser davantage sur les risques de maladies zoonotiques et sur l'importance de participer à la campagne de vaccination COVID-19 en cours. Pour le Dr Conrad Ntoh Nkuo, Secrétaire Permanent du Programme National des Zoonoses du Cameroun, le Gouvernement de la République du Cameroun est engagé à assurer la sécurité sanitaire du pays à travers le renforcement des capacités du Programme national des Zoonoses et la mise en œuvre effective de l'approche « Une seule santé ». Le représentant de l'USAID Cameroun, Paul Richardson, a souligné que depuis 2012, le gouvernement des Etats-Unis soutient le renforcement des capacités du Cameroun en matière de prévention, de détection rapide et de réponse adéquate aux épidémies de zoonoses et autres maladies rares. Entre 2015 et 2020, l'USAID a octroyé un appui de plus de 37 millions de dollars (soit plus de 20 milliards de francs CFA). Nous restons engagés à travailler avec les responsables de la santé au Cameroun pour prévenir les maladies zoonotiques et les épidémies.

III. ACTIVITÉS MENÉES DANS LE CADRE DU *ONE HEALTH* AU CAMEROUN

Au Cameroun plusieurs activités sont menées pour promouvoir l'approche OH. En effet, la mise en œuvre de cette stratégie nationale au Cameroun, s'est traduit par la réalisation de plusieurs activités par les sectoriels à savoir : La création d'un programme de lutte contre les zoonoses et les maladies émergentes/ré émergentes en 2014 ; la formation des sectoriels (MINEPIA, MINEFOF, MINSANTE, MINADER, MINEPDED) l'approche *One Health* ; la sensibilisation des populations installées dans les foyers à risque ; la communication dans les communautés vulnérables et à risques à travers des affiches ; la coordination des activités de lutte contre les zoonoses et les maladies émergentes/ré émergentes par le programme zoonose ; l'identification des maladies prioritaires par le Cameroun (on est passé de 5 à 10 zoonoses prioritaires) ; l'élaboration d'un plan opérationnel de lutte contre les maladies zoonotiques ; la mise en place d'un réseau de surveillance épidémiologique qui collecte les informations et la contribution des laboratoires qui font la recherche sur les questions zoonotiques (CREMER, CRESAR, LANAVET, etc.).

1. Répartition des activités « Une Seule Santé » par domaine thématique

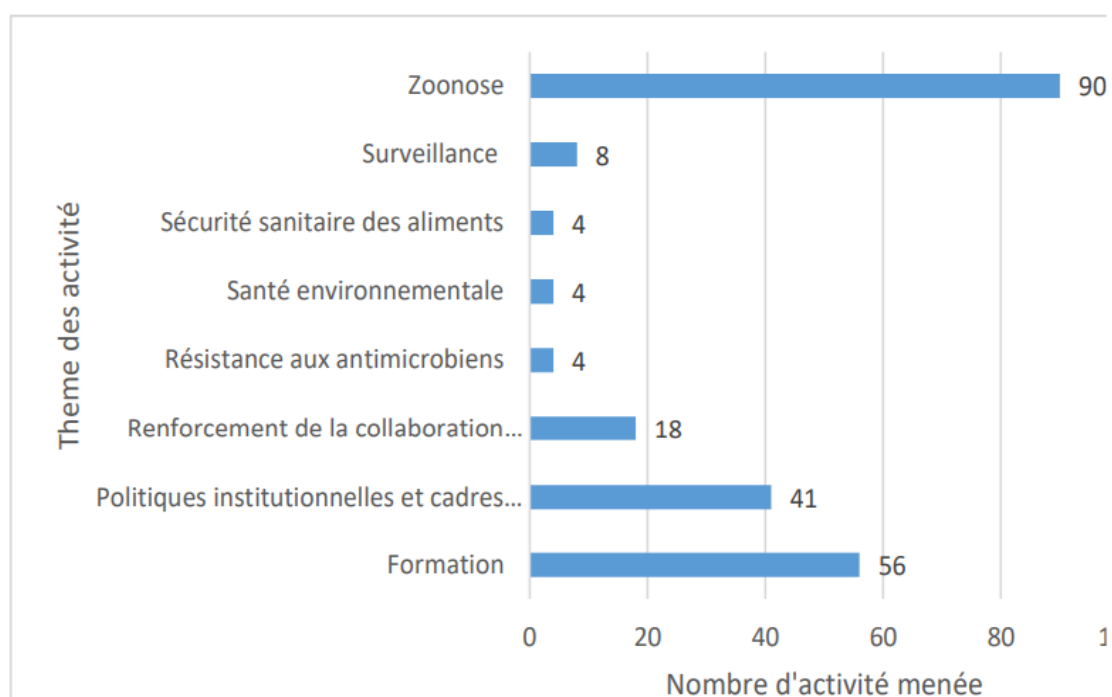
Nous avons utilisé les thèmes bien connus et choisi parmi les 19 thèmes du document de l'EEC du RSI du Cameroun, qui avait été élaboré en 2017 et les mêmes thèmes qui avaient été repris dans la 2^{de} Edition de la Stratégie Nationale "Une Santé" du Cameroun. Trois thèmes ont été priorisés : les zoonoses, la résistance aux antimicrobiens et la sécurité sanitaire des aliments. En effet, ces trois thématiques sont actuellement adoptées dans la politique gouvernementale. Le programme zoonose est fonctionnel depuis 2015, un plan d'action national multisectoriel sur les résistances aux antibiotiques a été adopté et une loi sur la sécurité sanitaire des aliments a été signée par le Président de la République et le plan d'action national est en cours d'adoption. Le descriptif de chaque activité nous a permis de créer certains thèmes qui décrivaient mieux l'activité surtout qu'il y avait des activités transversales sans une spécificité. Ainsi, nous avons regroupé certaines activités dans des thématiques suivantes : Formation, Collaboration multisectorielle, politiques institutionnelles et cadres législatifs, surveillance et santé environnementale. Nous avons ainsi trouvé que les zoonoses constituaient le premier thème avec 90/225 (40 pour cent des activités, suivi des thèmes transversaux tels que la formation 56/225 (25 pour cent), les politiques institutionnelles et cadres législatifs 41/225

(18 pour cent), la collaboration multisectorielle 18/225 (4 pour cent) et surveillance 8/225 (4 pour cent). La résistance aux antibiotiques, la sécurité sanitaire des aliments et la santé environnementale se sont avérées minoritaires avec chacun 4 /225 (2 pour cent).

Il est cependant important de signaler que le thème formation regroupait les sous thèmes suivants : formation diplômante, renforcement des capacités et la sensibilisation.

Par ailleurs, le programme zoonoses qui joue le rôle de Plateforme Nationale « Une Seule Santé » au Cameroun est constitué de trois composantes (Surveillance épidémiologique, Formation et Recherche) et une quatrième composante est transversale (communication) et en plus, il y a la Coordination. Certaines thématiques des activités identifiées s'alignent aux composantes du programme zoonose (Formation et Surveillance) de certains des 19 thèmes des domaines RSI (Sécurité sanitaires des aliments, résistances aux antibiotiques, politiques institutionnelles et coordination).

Figure 3: Activités « Une Seule Santé » déclarées par domaine thématique



Source : LOUL Séverin¹³¹.

¹³¹ LOUL Séverin, Cartographie des activités et analyse des politiques « Une seule Santé » au Cameroun, Juin, 2020.

2. Répartition par domaine d'intervention technique

Comme précédemment, nous avons classé les activités en douze catégories suivant les domaines d'intervention technique utilisés au rapport de l'EEC du RSI au Cameroun conduit par l'OMS en septembre 2017, les domaines d'intervention du programme zoonose, mais également de la 2^{de} Edition de la stratégie Nationale "Une Santé". Nous avons adapté certains de ces thèmes pour être plus proche de la description de l'activité. Trois domaines ont occupé les trois premières places et représentant globalement 51 pour cent des interventions. Il s'agit du domaine prévention avec 37/225, soit 21 pour cent des activités, le développement d'une main-d'œuvre Une Santé avec 29/225, soit 16 pour cent des activités, et la Politiques institutionnelles et les cadres législatifs 26/225 (15 pour cent). Les 9 autres domaines qui regroupaient les 49 pour cent des activités étaient constitués de : la biosécurité et biosurété, la communication et promotion de l'approche "Une Seule Santé", la coordination et collaboration multisectorielle, les laboratoires, le lien entre secteurs Santé et autorités chargées de la sécurité, la préparation, la recherche et formation, la riposte et la surveillance (Tableau 2).

Tableau 2: Nombre d'activités « Une Seule Santé » cartographiées par domaine d'intervention technique

<i>Domaine Technique</i>	Fréquence	Pourcentage
<i>Biosécurité et Biosurété</i>	5	3 pour cent
<i>Communication et promotion de l'approche "Une Seule Santé"</i>	16	9 pour cent
<i>Coordination et collaboration multisectorielle</i>	19	11 pour cent
<i>Développement d'une main-d'œuvre « Une Santé Seule »</i>	29	16 pour cent
<i>Laboratoire</i>	4	2 pour cent
<i>Lien entre secteurs Santé et autorités chargées de la sécurité</i>	8	4 pour cent
<i>Politiques institutionnelles et cadres législatifs</i>	26	15 pour cent
<i>Préparation</i>	4	2 pour cent
<i>Prévention</i>	37	21 pour cent
<i>Recherche et formation</i>	5	3 pour cent
<i>Riposte</i>	7	4 pour cent
<i>Surveillance</i>	19	11 pour cent
Total	225	100 pour cent

Source : LOUL Séverin¹³².

¹³² Op.cit.

In fine, l'approche *One Health* est mise en œuvre au Cameroun par une pluralité d'acteurs agissant au niveau national et international. Il s'agit des acteurs de la coopération internationale, des acteurs étatiques et des acteurs non étatiques qui mobilisent une stratégie reposant sur cinq principaux piliers : (i) la mise en place du cadre institutionnel « *une santé* » ; (ii) la formation et le partage de connaissances ; (iii) le développement des thématiques de recherche sur les maladies émergentes et réémergences ; (iv) le renforcement du système de surveillance, d'investigation et de réponse de l'environnement et de la santé humaine et (v) la communication et la sensibilisation sur le concept « *une santé* ».

DEUXIÈME PARTIE :

**L'APPROCHE *ONE HEALTH* : ENTRE PESANTEURS
ET MUTATIONS DANS LE CHAMP DE LUTTE CONTRE LES
ÉPIDÉMIES AU CAMEROUN**

CHAPITRE 3 :

ONE HEALTH ET LES TRANSFORMATIONS DANS LES CHAMPS DE LUTTE CONTRE LES ÉPIDÉMIES AU CAMEROUN

Il est important de reconnaître que l'introduction de l'approche *one health* entraîne des dynamiques ou un début de transformation du système de santé du pays particulièrement en matière de lutte contre les épidémies et les pandémies qu'il convient dans ce chapitre d'identifier et d'analyser. Ces dynamiques ou transformations sont observables à plusieurs niveaux : au niveau de l'ouverture et de la coopération internationale en matière de lutte contre les épidémies et pandémies, au niveau institutionnel et stratégique, ainsi qu'au niveau infrastructurel et opérationnel.

I. LES MUTATIONS EN MATIÈRE D'OUVERTURE ET DE COOPÉRATION INTERNATIONALE

La coopération suppose que deux ou plusieurs parties conjuguent leurs volontés pour accomplir ensemble des actes au profit de l'une ou des deux. En Afrique, la coopération en santé est une réalité complexe. Sans elle, les États du Sud ne pourraient développer leurs systèmes sanitaires. Mais elle permet aussi aux apporteurs d'aide de contribuer à traiter des questions essentielles pour eux (économie, recherche, sécurité sanitaire).

Grâce à l'introduction de l'approche *One Health*, la coopération internationale dans le domaine de la santé occupe une place de plus en plus croissante dans les relations entre les États. Elle est désormais régulièrement abordée dans des enceintes où elle n'avait autrefois pas droit de cité (par exemple les réunions de l'Union Africaine).

Plusieurs programmes de coopération interétatique en matière de lutte contre les épidémies et les pandémies au sein desquels intervient le Cameroun ont ainsi été mis en place à l'instar du programme REDISSE. Les pays africains qui participent au programme REDISSE étaient bien préparés pour réagir rapidement et efficacement à la pandémie de COVID-19. Le programme REDISSE englobe un ensemble de projets interdépendants mis en œuvre entre 2016 et 2019. Il réunit actuellement 16 pays d'Afrique de l'Ouest et centrale, et son action s'articule autour de trois axes : remédier aux faiblesses des systèmes de santé humaine et animale dans le domaine

de la veille sanitaire et de la lutte contre les maladies, renforcer les capacités de collaboration intersectorielle et transfrontalière, et apporter une réponse immédiate et efficace aux situations d'urgence. La démarche régionale préconisée par le programme met l'accent sur l'action collective et la collaboration transfrontalière de manière à partager les informations, harmoniser les politiques et les procédures, et à planifier, mettre en œuvre et évaluer conjointement les activités du programme. Elle encourage également la mutualisation de moyens spécialisés et onéreux, tels que les laboratoires de référence régionaux, les établissements de formation et les stocks d'urgence. Compte tenu du rôle des interrelations homme-animal-écosystème dans l'émergence et la propagation de nouvelles maladies à tendance épidémique, le programme REDISSE prône une approche sanitaire interdisciplinaire et unitaire (« une seule santé ») qui favorise les activités et la collaboration entre de multiples secteurs. Il s'agit d'un programme évolutif qui a bénéficié de l'intégration des enseignements tirés de sa mise en œuvre ainsi que d'un travail analytique plus poussé.

II. LES TRANSFORMATIONS INSTITUTIONNELLES ET STRATÉGIQUES

Les transformations institutionnelles et stratégiques se matérialisent par le renforcement de la collaboration intersectorielle et interdisciplinaire, ainsi que dans le renforcement des stratégies de prévention et de prise en charge des épidémies au Cameroun.

1. Le renforcement de la collaboration intersectorielle et interdisciplinaire

L'introduction de l'approche *One Health* a apporté des changements dans les manières de travailler et de coopérer dans la lutte contre les épidémies émergentes et ré-émergentes. Comme le souligne le sociologue Emmanuel Didier :

One health » implique que des professions qui habituellement travaillent assez peu ensemble se retrouvent autour d'une même table, et partagent des ressources qu'ils ne sont pas habitués à mutualiser. Concrètement, des médecins doivent travailler en étroite collaboration avec des vétérinaires et, ensemble, ils doivent s'ouvrir aux savoirs des agronomes par exemple ou des spécialistes de l'eau ». « Parvenir à travailler de concert n'est pas chose aisée pour eux car ils ne sont pas formés dans les mêmes institutions, n'apprennent pas les mêmes savoirs, n'ont pas toujours les mêmes éthos de travail. Un exemple très simple : il n'y a pas de base de données qui mettent ensemble des contaminations des humains et des animaux lors d'une zoonose. Les données sont clairement séparées¹³³.

¹³³ENS, *One Health*, le concept qui bouleverse la santé. Entretien avec Emmanuel Didier, sociologue et directeur du programme Médecine–Humanités de l'ENS–PSL, le 6 décembre 2022.

L'approche une Seule Santé a ainsi permis une coordination, une communication et une collaboration de plus en plus importante entre les agences gouvernementales et les partenaires, facilitant ainsi les interventions multisectorielles aux interfaces entre l'homme, l'animal, la plante et l'écosystème. Contribuant ainsi à l'amélioration des capacités multisectorielles et multidisciplinaires de préparation, de prévention, de détection et d'intervention du pays face aux menaces de pandémies.

En effet, bien avant l'avènement de cette nouvelle approche, les acteurs de la santé humaine, de la santé animale et de l'environnement travaillaient le plus souvent de façon individuelle et isolée chacun dans son secteur ou domaine quand une maladie surgissait. Ainsi, par exemple, si une épidémie comme le cholera faisait surface seul le MINSANTE était impliqué car c'est une épidémie qui concerne les humains, raison pour laquelle on observait une prolifération rapide et considérable des épidémies et pandémies dans le monde. Des lors, pour palier à ces préoccupations, le concept OH a été adopté par la communauté internationale en 2007. Ainsi, depuis son adoption, force est de constater que les différents acteurs ou différentes parties prenantes travaillent de plus en plus ensemble même si ça reste encore limité. L'informateur A14 lors de l'entretien qu'il nous a accordé va déclarer dans ce sens :

L'approche une santé a été bien implémenté avec la gestion de la COVID-19. Le Cameroun pouvait se vanter d'être parmi les pays qui ont vraiment bien géré, bien répondu lors de cet évènement de santé publique. Lors de la COVID vous avez vu la réponse a été vraiment fait par toutes les disciplines et tous les secteurs: le MINSANTE était représenté, les laboratoires étaient représentés ,le MINEPIA était représenté donc les sectoriels étaient représentés ,les disciplines étaient représentées donc on a vu les Anthropologues ,les sociologues, les médecins, les pharmaciens vraiment tous ces corps tous, ces profils se sont réunis pour le même objectif qui était la réponse à cet évènement de santé publique et actuellement nous avons déjà une plate-forme qui est déjà très bien implémentée et qui fonctionnent très bien à savoir, la plate -forme nationale «One Health » qui n'est autre que le programme zoonose¹³⁴.

Sur le plan de l'intersectorialité, le OH a apporté un plus dans le renforcement de la collaboration, dans l'échange de compétence entre les ministères ou entre les sectorielles. Dans la lutte contre les épidémies notamment dans le secteur de la santé humaine, l'élevage, l'agriculture, la faune et la flore. Or, autre fois ces secteurs travaillaient séparément mais aujourd'hui ils travaillent ensemble en collaboration. Ainsi nous avons la création d'une plateforme intersectorielle et multisectoriels qui coordonne l'ensemble des activités de ces ministères sur les questions de OH précisément dans la lutte contre les épidémies et pandémies

¹³⁴ Entretien du 22 juillet 2022.

qui n'est autre que le programme zoonose fonctionnel depuis 2015 qui n'existait pas avant. Par ailleurs, le programme zoonoses qui joue le rôle de Plateforme Nationale « Une Seule Santé » au Cameroun est constitué de trois composantes (Surveillance épidémiologique, Formation et Recherche) et une quatrième composante est transversale (communication) et en plus, il y a la Coordination. Certaines thématiques des activités identifiées s'alignent aux composantes du programme zoonose (Formation et Surveillance) de certains des 19 thèmes des domaines RSI (Sécurité sanitaires des aliments, résistances aux antibiotiques, politiques institutionnelles et coordination).¹³⁵

Pour ce qui est de l'interdisciplinarité, elle met sur une même table les acteurs tels que les professionnels de la santé, les acteurs des sciences sociales, des sciences humaines, les médecins, les vétérinaires, les environnementalistes, en fait toutes les disciplines pour le partage d'informations, le partage des données entre ces différents acteurs ou ces différents ministères, pour le concept OH la santé est une question de tous. Ce qui fait que quand il y' a un problème ou un évènement de santé publique tous les acteurs doivent se réunies afin de donner leur point de vue sur la situation présente. Pour illustrer ce cas nous allons prendre l'exemple de la Covid_19. Avec cette pandémie, nous avons vu tous les partis se manifestes, donner leurs points de vue sur la question et même proposer des solutions. Des lors, nous avons vu les professionnels de santé se manifestes, les sociologues, les hommes de Dieu, les tradipraticiens et bien d'autre tous ceci par le biais des réseaux sociaux. En somme, La Covid 19 a laisse voir un exemple palpable de ce que le OH défend et n'a laissé personne indifférent dans notre société. C'est dans le même ordre d'idée qu'un auteur affirme : Depuis l'adoption du concept « *One health* », nous avons noté le développement d'une collaboration d'une part entre la santé humaine et animale dans la mise en œuvre de certains projets et d'autre part entre le secteur de la santé et l'environnement dans l'approche « écosanté ». Cela est renforcé par la création des centres de contrôle de la maladie « CDC africains » pour mieux contrôler les urgences sanitaires, les épidémies et la sécurité humanitaire C'est dans ce cadre que le Centre Suisse pour la Recherche Scientifique (CSRS) et ses partenaires ont développé un projet appelé « Afrique One » qui apporte un appui aux chercheurs Africains des universités et instituts publics et privés qui travaillent sur le *One Health* .¹³⁶ De plus, on voir aussi naitre cette collaboration au niveau des laboratoires avec le OH avec la mise sur pied du système national des laboratoires

¹³⁵ Cartographie des activités et analyse des politiques « *Une seule Santé* » au Cameroun, Dr LOUL Séverin, Juin, 2020

¹³⁶ Bi Vroh, Seck, 2016, « La mise en œuvre du concept *One Health* est-elle une réalité en Afrique ? », Santé Publique 2016/3 (Vol. 28),

composés des laboratoires de santé publique, de santé animale, de recherche et des laboratoires privés. Ces laboratoires sont capables de détecter les agents pathogènes pouvant provoquer une épidémie ou une épizootie. Ainsi, nous avons vu une collaboration ponctuelle pendant la gestion des épidémies entre ces laboratoires. Cela a été démontré lors de l'épizootie de grippe aviaire en 2016 où le Laboratoire Nationale Vétérinaire (LANAVET), le Centre Pasteur du Cameroun (CPC) et le laboratoire du Centre de Recherche sur les Santé des Armées (CRESAR) avaient établis une collaboration dans le diagnostic et la confirmation des échantillons positifs de grippe aviaire (H5N1) [19]. Cependant nous notons l'absence d'un réseau institutionnel intersectoriel des laboratoires de santé humaine, animale et environnementale y compris la sécurité sanitaire des aliments¹³⁷. Ainsi que l'adoption d'un réseau des institutions universitaires du Cameroun sur l'Approche « *Une Santé* »¹³⁸. Cela renforce l'importance de mettre l'accent sur les approches interdisciplinaires pour la prévention, la détection et l'atténuation des maladies infectieuses afin de mettre en place des systèmes de réponses adéquats.

Les résultats de cette partie indiquent une progression du Cameroun en matière de promotion de l'approche « Une Seule Santé » depuis son adoption car plusieurs actions ont été menées notamment, le renforcement de la collaboration entre plusieurs sectoriels, l'élaboration et l'adoption d'un programme nationale « Une Seule Santé ». C'est le cas du programme zoonose une seule sante, la décision de création du réseau des Institutions Universitaires du Cameroun sur l'approche « *Une Santé* ».

2. Le renforcement des stratégies de réponse aux épidémies : cas du Choléra

Avec la résurgence des cas de choléra, l'éradication de cette pandémie sur l'ensemble du territoire nationale est un défi pour le gouvernement Camerounais. Pour faire face aux épidémies de Choléra et d'autres maladies prioritaires, dans une logique du *One Health*, le Ministère de la Santé Publique a mis en place des structures et des outils, de prévention, de surveillance, de prise en charge, et de contrôle, notamment :

- un système de surveillance intégré de la maladie et la riposte ;
- des Equipes Nationale, Régionales et locales, d'Intervention et de Réponse Rapides
- un Réseau National des Laboratoires (RNL) ;

¹³⁷ Cartographie des activités et analyse des politiques « *Une seule Santé* » au Cameroun, Dr LOUL Séverin, Juin, 2020

¹³⁸ idem

- l'élaboration d'un plan national de contingence de prévention et de lutte contre le choléra : Il s'agit de manière générale d'anticiper sur toute manifestation du choléra afin de minimiser les conséquences humaines potentielles à travers une préparation, une réponse prompte, efficace et coordonnée ;
- la disponibilité d'un plan national de réponse à l'épidémie du choléra ;
- la disponibilité d'un centre des opérations d'urgences de santé publiques ;
- la mise en place et suivi des actions de la stratégie intitulée « Mettre fin au choléra ; une feuille de route jusqu'à 2030 » qui vise à faire baisser de 90% le nombre des décès dus au choléra et à éliminer la maladie dans 20 pays d'ici 2030 ;
- le Plan de préparation et de réponse aux situations d'urgences sanitaires (PRUS) ; la mise en place d'un Fonds national pour la réponse aux épidémies ;
- le renforcement du Système d'Alerte Précoce (SAP) : radios BLU, flotte de téléphonie cellulaire, Internet ;
- l'Appui des Partenaires de l'Action humanitaire (WASH) ; Etc...

Au demeurant, le Ministère de la Santé Publique a mis en place ces structures et outils pour non seulement prévenir et minimiser les conséquences humaines mais aussi pour répondre de manière efficace et efficiente aux potentielles cas d'infection. L'adoption de cette nouvelle approche par Cameroun, n'a pas seulement apporter des transformations sur le plan sanitaire mais aussi sur le plan universitaire.

3. Renforcement de l'environnement universitaire et de la recherche

L'émergence du concept *One Health* en tant que discipline aux niveaux professionnel et universitaire ainsi que les références croissantes à la culture *One Health* commence à se voir dans un nombre croissant de programmes d'enseignement, de cours et d'institutions dans lesquels la médecine humaine et la médecine vétérinaire se partagent le corps professoral (chapitre 28, exemple du Canada). Nous voyons également se développer des partenariats robustes destinés à renforcer les capacités des instituts de recherche sur le « *One Health* ». La recherche peut être un moteur de développement fort au sein d'un pays, même peu avancé, sur ces domaines.

Ainsi, l'Université de Ngaoundéré, par le biais de l'École de médecine et de sciences vétérinaires, propose un DVM, un programme de maîtrise et de doctorat en santé publique vétérinaire, un programme de maîtrise en *One Health*, un programme de maîtrise et de doctorat en génétique. En 2021, AFROHUN a élaboré un programme d'études sur la RAM qui sera mis

en œuvre dans les principales écoles de santé publique du Cameroun. Ce curriculum implique les facultés de santé publique et de médecine vétérinaire de l'Université de Montagnes, les facultés de sciences de la santé, d'agriculture et de médecine vétérinaire de l'Université de Buea, les facultés de l'école de médecine et de sciences vétérinaires de l'Université de Ngaoundéré et des partenaires techniques tels que la FAO et l'USAID¹³⁹.

La FAO, en collaboration avec l'Institut des maladies animales infectieuses (IIAD) de l'Université du Texas A&M, a lancé le programme de formation des professionnels vétérinaires en épidémiologie de field (ISAVET) niveau de base. Cet appui s'inscrit dans le cadre de la lutte contre les maladies endémiques, les maladies infectieuses émergentes et les maladies animales transfrontalières. Les stagiaires sont issus des services gouvernementaux, notamment des ministères de l'élevage (MINEPIA) et de la faune (MINFOF), et travaillent sur le respect des mesures de biosécurité au niveau des exploitations agricoles et sur les techniques de collecte, de conditionnement et de transport des échantillons vers le laboratoire. En 2020, la FAO à travers son Centre d'urgence pour le contrôle des maladies animales transfrontalières (ECTAD), et en collaboration avec le Ministère de l'élevage, des pêches et des industries animales (MINEPIA) du Cameroun a formé des agents des services vétérinaires de base pour renforcer leurs capacités techniques sur la gestion des épizooties. AFROHUN (anciennement OHCEA) au Cameroun et l'Observatoire national de la santé publique ont organisé conjointement un atelier sur la biosécurité et la biosûreté, au cours duquel il a été suggéré que les programmes universitaires intègrent des connaissances sur la biosécurité et la biosûreté.

Dans tous les pays notamment au Cameroun, il devient urgent que le milieu universitaire crée des trajectoires de carrière et des expériences sur le terrain afin d'accélérer et de stimuler le renforcement des capacités individuelles pour la recherche et de l'enseignement de « *One Health* ». Ces diplômes universitaires pourraient porter sur les sciences sociales, biomédicales et de la santé, et inclure la recherche en laboratoire et la recherche appliquée. J. Zinnstag évoque également le caractère essentiel du mentorat et de la supervision par des experts dans le travail d'équipe interdisciplinaire et transdisciplinaire.

¹³⁹ EcoHealth Alliance, *One Health* et Systèmes Vétérinaires en Afrique. Faire le point sur la couverture actuelle, les besoins et les opportunités pour répondre aux menaces actuelles et changeantes et optimiser la collaboration, 2022. P.116.

III. LES MUTATIONS INFRASTRUCTURELLES ET OPÉRATIONNELLES

Des dynamiques sont également observables au niveau infrastructurel et en matière de surveillance.

1. Renforcement des infrastructures et équipements

Sur le plan du renforcement infrastructurel, l'introduction de l'approche « *One health* » a entraîné une modernisation des infrastructures et équipements de lutte contre les épidémies et mêmes les pandémies au Cameroun. En effet, le Cameroun est confronté à des déficits importants en matière de financement des infrastructures sanitaires. En 2020, on dénombrait 5966 formations sanitaires publiques et privées¹⁴⁰. La majorité des formations sanitaire qui existent dans le pays sont des établissements privés laïcs (41%). Ajouté aux établissements privés confessionnel, il ressort que la proportion des formations sanitaires du sous-secteur privé représente plus de la moitié des FOSA du pays (53%)¹⁴¹. En valeur absolue, le nombre de formations sanitaires au niveau opérationnel est satisfaisant, mais leur répartition géographique dans le pays est inéquitable. En effet il existe un déséquilibre infrastructurel entre les différentes régions et même entre les districts de santé où l'on trouve encore des populations vivant à plus de 20 km d'une formation sanitaire. Cette situation est aggravée par l'insuffisance qualitative et quantitative des plateaux techniques qui limite l'utilisation de ces formations sanitaires¹⁴². Par ailleurs certaines structures ne sont pas fonctionnelles du fait des faiblesses dans le suivi des travaux de réhabilitation/construction d'une part, et de la dotation insuffisante en équipements et RHS d'autre part. La diversité des marques d'équipements médicaux associée à leur état de vétusté ne facilite pas la mise en œuvre d'une stratégie de maintenance préventive et curative d'une part, et de réalisation des économies d'échelle, d'autre part. Des exemples de services et d'infrastructures de santé communs, de surveillance-réponse, de surveillance de la résistance aux antimicrobiens, de l'eau et de l'assainissement et également de la lutte contre les zoonoses démontrent clairement les avantages supplémentaires des approches « *One Health* ». Au chapitre de la réhabilitation, l'OMS a soutenu la réfection des salles de soins intensifs de près d'une dizaine de formations sanitaires des régions du Centre, de l'Est, du Nord-Ouest, de l'Ouest et du Sud-Ouest.

¹⁴⁰ MINSANTE, STRATEGIE SECTORIELLE DE LA SANTE 2020-2030.

¹⁴¹ *Ibid.*

¹⁴² Institut National de la Statistique, 2e Enquête Sur Le Suivi Des Dépenses Publiques et Le Niveau de Satisfaction Des Bénéficiaires Dans Les Secteurs de l'éducation et de La Santé Au Cameroun (PETS 2) : Rapport Principal, Volet Santé, 2010.

Grâce à l'approche « *one health* », plusieurs laboratoires le CREMER ont été rénovés et équipés avec du matériel moderne. Les dons matériels et techniques dans les différents ministères concernés, la formation continue des points focaux OH des ministères concernés. Dans ce sillage, il ressort de nos entretiens avec une personne ressource que grâce à cette approche le Cameroun a bénéficié de : « La création d'un programme de lutte contre les zoonoses et les maladies émergentes/ré émergentes par le premier ministre en 2014, présente dans plus de 14 pays, non seulement il a un mandat de promouvoir l'approche une seule santé et l'intersectorialité entre les ministères, mais aussi de lutter contre les épizooties les maladies émergentes et ré-émergentes présente au Cameroun ». De plus, pour ce qui est des activités menées dans le cadre de l'approche « Une Santé », Pour le secteur de la Santé Environnementale, le MINEPDED avec l'appui du Programme des Nations Unies pour l'Environnement et du Fond pour l'Environnement Mondial envisage d'équiper trois laboratoires dont un à l'Université de Ngaoundéré, pour l'analyse des polluants organiques persistants et d'autres polluants, deux dans les universités de Buéa et de Yaoundé I pour la surveillance des Organismes Génétiquement Modifiés (OGM) et l'évaluation des risques y associés ¹⁴³.

2. Renforcement du système de surveillance des épidémies

La définition élaborée dans les années 1950 par les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) des États-Unis est : « *la surveillance épidémiologique est un processus systématique de collecte, d'analyse et d'interprétation de données sur des événements de santé spécifiques importants pour la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des pratiques de santé publique, étroitement associée à leur juste diffusion à ceux qui ont besoin d'être informés* »¹⁴⁴ elle est devenue au fil des décennies, avec la succession des crises sanitaires, un outil indispensable à l'élaboration et la conduite de toutes politiques de santé ¹⁴⁵. l'actualité sanitaire est dominée par des épidémies causant plusieurs centaines de victimes humaines et entraînant l'érection de barrières sanitaires, en application du Règlement Sanitaire International. Ces derniers mois, l'épidémie de coronavirus (COVID-19) en cours est venue

¹⁴³Cartographie des activités et analyse des politiques « *Une seule Santé* » au Cameroun, Dr LOUL Séverin, Juin, 2020

¹⁴⁴ Alexander Langmuir, « The surveillance of communicable diseases of national importance », *New England Journal of Medicine*, vol. 268, 1963, p. 182-192 ([ISSN 0028-4793](#)).

¹⁴⁵ Alexander Langmuir, « The surveillance of communicable diseases of national importance », *New England Journal of Medicine*, vol. 268, 1963, p. 182-192 ([ISSN 0028-4793](#)).

renforcer la flambée épizootique de peste porcine africaine (PPA) sévissant en Chine, le foyer de grippe aviaire d'origine inconnue survenu dans le Nord-Ouest du Nigéria et les risques de contamination à la fièvre de Lassa dans les Etats nigériens frontaliers au Cameroun.

À cet effet, le Ministère de l'élevage, des pêches et des industries animales (MINEPIA) a créé en 2014, le réseau d'épidémiosurveillance des maladies animales du Cameroun (RESCAM). À chercher Le mandat de cette entité est de fournir « une information de bonne qualité, fiable et exhaustive, parvenant aux utilisateurs dans les délais conférant une utilité réelle », à travers la « collecte des données et la production de l'information zoo sanitaire », comme l'a souligné Dr. Garga Goné, Directeur des services vétérinaires lors de l'entretien qui nous a accordé¹⁴⁶.

Un système de Surveillance Intégré des Maladies et Riposte (SIMR) a ainsi été mis en place avec l'appui de l'OMS et vise la surveillance des maladies à potentiel épidémique (MAPE), des affections prioritaires et autres événements de santé publique. Grâce à ce système, des épidémies de choléra, de poliomyélite et de rougeole ont été détectées et des réponses ont été mises en œuvre. Des épidémies de rougeole ont été déclarées en 2015 (régions du Centre, Extrême Nord, et Nord-Ouest notamment) et en 2016 (régions de l'Adamoua, de l'Extrême-Nord, du Nord et du Sud-Ouest). Concernant la poliomyélite, on a enregistré 4 cas confirmés de polio virus sauvage en 2013 et 5 cas confirmés en 2014. Le dernier cas ayant été enregistré le 9 juillet 2014 dans le District de santé de Kette, région de l'Est. Les cas de diarrhée sanglante, d'envenimation, de fièvre thyloïde, de GEAS, de méningites, de paludisme, de morsures de chien ou de serpent, de grippe ont été enregistrés dans toutes les régions en 2015 et 2016 sans atteindre le seuil épidémique. Aucun cas des maladies suivantes n'a été enregistré dans le pays : charbon, chikungunya, dengue, FHV, peste, SRASS et variole. En 2016, la complétude des districts vers la région était de 98% et la promptitude de 84% (Base MAPE 2016, S52). La complétude des régions vers le niveau central était de 100% et la promptitude de 80%. Toutefois, la complétude et la promptitude des FOSA vers les districts ne sont pas connues au niveau régional et encore moins au niveau central. L'amélioration de la sensibilité du système de surveillance est fortement tributaire de la performance du SNIS. L'imminence de la mise en

¹⁴⁶SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE 2019 : LE CAMEROUN VALIDE LE RAPPORT ANNUEL, FAO au Cameroun,20/02/2020

place du Centre National des Opérations des Urgences de Santé Publique (CNOUS) représente une opportunité pour le pays pour mieux gérer les événements de santé publique.

3. Renforcement de la prévention et de la prise en charge des épidémies

La prévention des maladies consiste au Développement d'un plan de sensibilisation communautaire dans le cadre d'une stratégie de contrôle et de prévention pour gérer la maladie zoonotique sélectionnée, ce qui serait également utile pour s'attaquer à de nouvelles maladies émergentes, renforcer la recherche sur les fièvres hémorragiques et les virus chez les primates et renforcer l'accès aux vaccins et établir une banque de vaccins en Afrique pour les maladies zoonotiques évitables par la vaccination, La sensibilisation des populations installées dans les foyers à risque ,La communication dans les communautés vulnérables et à risques à travers des affiches ¹⁴⁷.

Ainsi, Dans notre pays, la prévention est toujours axée sur la limitation des contacts avec les animaux qui pourraient transmettre cette maladie. Il faut donc éviter la manipulation sans équipement de protection des dépouilles d'animaux morts, bien faire cuire les aliments et aussi éviter les contacts avec les personnes infectées. La sensibilisation permanente des populations avec des animaux susceptibles de transmettre la maladie, notamment des grands rongeurs, est très importante. Face à l'épidémie actuelle, notre système de santé doit pouvoir détecter les premiers cas pour pouvoir mettre en œuvre les mesures de protection des populations qui sont encore saine vis-à-vis de cette maladie. Actuellement, la vaccination contre la variole de singe est utilisée dans certains pays pour prévenir la maladie chez les populations à risques.¹⁴⁸

Le rapport *Putting Pandemics Behind Us: Investing in One Health to Reduce Risks of Emerging Infectious Diseases* encourage les décideurs, les gouvernements et la communauté internationale à investir dans la prévention des pandémies, contrairement à l'approche habituelle qui tend à privilégier les mesures d'endiguement et de lutte après l'apparition d'une maladie. Selon le rapport, une prévention guidée par l'approche « Une seule santé », équilibrant et optimisant durablement la santé des personnes, des animaux et des écosystèmes, coûterait entre 10,3 et 11,5 milliards de dollars par an, contre environ 30,1 milliards pour la gestion des

¹⁴⁷ Priorisation des maladies zoonotiques pour l'engagement intersectoriel au Cameroun Yaoundé. Cameroun 3-4 mars 2016

¹⁴⁸ Bulletin une seule sante du Cameroun N002 juillet 2022. Une publication trimestrielle du programme national de prévention et de lutte contre des zoonoses émergentes et re émergentes. La sécurité sanitaire des aliments .la Cameroun célèbre et réfléchit. Sali Ballo

pandémies, selon les estimations récentes du groupe de travail conjoint du G20 sur les finances et la santé. « Mieux vaut prévenir que guérir. La pandémie de COVID-19 a montré qu'un risque d'épidémie quelque part devient un risque de pandémie. L'argument économique en faveur de l'approche « Une seule santé » est solide : le coût de la prévention est extrêmement faible par rapport au coût de la gestion et de la riposte aux pandémies », assure Mari Pangestu, directrice générale de la Banque mondiale chargée des Politiques de développement et partenariats.

Le coût de la prévention ne représente qu'environ un tiers de celui de la préparation, et moins de 1 % de ce qu'a coûté la COVID-19 en 2020 sur le plan de l'économie (avec une contraction mondiale de 4,3 %, soit l'équivalent de 3 600 milliards de dollars de biens, services et autres produits perdus) et de la santé publique. En définitive, la prévention est un bien public mondial : aucun pays ne peut en être exclu et le nombre de pays qui peuvent en bénéficier n'est pas limité. Malheureusement, on constate un sous-investissement chronique dans la prévention et les pays doivent agir. En outre, le désintérêt pour la prévention découle du fait que, lorsqu'elle est efficace, ses bienfaits ne sont pas visibles en ce qu'ils ne donnent pas lieu à des situations de crise exigeant une intervention immédiate. L'approche « Une seule santé » est la démarche mondiale nécessaire pour rompre le cycle de la panique, de l'oubli et du sous-investissement.

Investir dans l'approche « Une seule santé » revient à investir dans l'avenir de l'humanité. Il s'agit d'un cadre holistique qui aide les États, les organisations internationales et les donateurs à orienter les ressources financières de manière à les optimiser et à prévenir les pandémies. Les actions menées au titre de cette approche pour prévenir les épidémies présentent un bon rapport coût-efficacité, avec un taux de rendement annuel estimé à 86 %. Il est temps de généraliser l'approche « Une seule santé », de sortir du cycle de la panique et de l'oubli et de mettre en pratique le précepte selon lequel mieux vaut prévenir que guérir.¹⁴⁹

Ainsi, la pandémie de la Covid-19 a montré l'urgence de travailler à mieux prévenir et répondre aux crises sanitaires, en prenant davantage en compte les interactions entre santé humaine, santé animale et santé environnementale. Lors du One Planet Summit, de janvier 2021, la France a lancé l'initiative internationale PREZODE (« Prévenir les risques d'émergences zoonotiques et de pandémies »), afin de mieux évaluer, détecter, surveiller les maladies infectieuses (ré)émergentes et de répondre aux menaces. Basée sur une approche « One Health », PREZODE réunit aujourd'hui plus de 1000 chercheurs issus de près de 50 pays

¹⁴⁹ Mieux vaut prévenir que guérir : l'approche « Une seule santé » contre la prochaine pandémie, Logo du Groupe de la Banque mondiale, COMMUNIQUÉS DE PRESSE 24 OCTOBRE 2022

et allie recherche, actions opérationnelles et approches participatives innovantes associant les communautés.¹⁵⁰

4. Une analyse des mutations à partir du cas de la COVID-19

Face au défi du coronavirus dans les années 2020, le Cameroun a mis en place un système de prévention et de prise en charge des cas de Covid-19, qui obéit à une procédure conforme aux orientations de l'approche *One health*. Il s'agit ici, d'illustrer comment les éléments de cette approche ont permis de gérer cette épidémie.

4.1.Éléments contextuels

La situation sanitaire au Cameroun et dans le monde entier en général est marquée par la COVID-19. Déclarée en décembre 2019 dans la Province de Wuhan en République populaire de Chine, le COVID-19, au fil du temps, s'est progressivement propagée en Asie, en Europe et en Afrique, bref dans le monde entier entraînant le décès ou la mise en quarantaine de plusieurs personnes. L'effectivité de cette pandémie a été confirmée au Cameroun par le Communiqué de presse du Ministre de la Santé Publique du 06 mars 2020 annonçant le tout premier cas de COVID-19 sur le territoire national à savoir le citoyen Français âgé de 58 ans arrivé à Yaoundé le 24 février 2020. D'autres ont suivi très rapidement à Douala et à Bafoussam¹⁵¹. Malgré les mesures prises rapidement par le Gouvernement pour isoler les cas initiaux, dépister et tracer les contacts, la transmission au sein de la communauté s'est emparée du pays, faisant du Cameroun l'épicentre de cette pandémie en Afrique occidentale et centrale.

Le premier cas en Afrique subsaharienne est apparu le 27 février 2020 au Nigéria. Depuis lors, les chiffres se sont emballés. Au 25 août 2020, on comptait à travers le monde plus de 23 689 860 cas d'infection officiellement diagnostiqués depuis le début de la pandémie, dont 813 733 morts¹⁵². Au Cameroun, le premier cas de COVID-19 a été signalé en mars 2020 et au 10 novembre 2021, un total de 106 190 cas confirmés et 1 770 décès ont été signalés. Actuellement, 1 016 cas sont actifs, dont la majorité dans les régions du Centre, du Littoral et du Nord-Ouest. Le Cameroun a connu une lente augmentation du nombre de cas quotidiens

¹⁵⁰ L'approche intégrée « One Health » : protéger le vivant pour prévenir les pandémies, : Amélie Laurin, Le 05 septembre 2021

¹⁵¹ Jean Valentin Fokouo Fogha et Jean Jacques Noubiap, La lutte contre la COVID-19 au Cameroun nécessite un second souffle, *Pan Afr Med J.* 2020.

¹⁵² Atangana-Abé, J. La gestion de la pandémie de COVID-19 au Cameroun : bilan et perspectives. *Revue Organisations & territoires*, 30(3), 2021, 121–139. <https://doi.org/10.1522/revueot.v30n3.1386>.

enregistrés au début de la pandémie et a connu un premier pic fin juin 2020. Une deuxième vague d'infections a débuté en avril 2021 qui s'est ralentie en juin 2021. Le pays a subi une troisième vague depuis août 2021, avec des nouveaux cas par jour atteignant près de 1 000 fin septembre et début octobre 2021. Les nouveaux cas semblent avoir plafonné autour de 250/jour au cours des dernières semaines. Le taux de létalité est resté faible à environ 1,7 pour cent¹⁵³. Cette progression faisait de ce pays l'un des plus atteints par la pandémie en Afrique. La gestion de la pandémie a mis en branle un ensemble d'acteurs. Une batterie de mesures préventives et de riposte visant à endiguer la propagation de cette épidémie a été prise par le Gouvernement camerounais. Pour faire face à la pandémie, le gouvernement a pris une série de mesures qui peuvent être classées en trois catégories : les mesures stratégiques, les mesures opérationnelles et les mesures à l'endroit de la population en général.

4.2. Mesures stratégiques

Près de trois mois après l'apparition du coronavirus en Chine et au vu de sa propagation dans les autres pays, notamment en Europe, le gouvernement camerounais a mis en place, à partir de février 2020, le Plan de préparation et de réponse au COVID-19 d'un montant de 6,5 milliards FCFA¹⁵⁴. D'après le ministre camerounais de la Santé, le plan en question « est un document-cadre qui déroule les composantes essentielles, selon l'OMS, dont les actions prioritaires sont à mener dans les 30, 60 et 90 prochains jours ». L'objectif général de ce plan vise à détecter précocement les éventuels cas importés de COVID-19 au Cameroun et à y apporter une riposte efficace, le cas échéant.

Pour son élaboration, le Plan de préparation et de réponse au COVID-19 est le fruit de la collaboration entre les experts du ministère de la Santé publique, ceux des autres ministères les plus impliqués dans la gestion de la COVID-19, ceux de l'OMS et des autres partenaires multilatéraux. En matière de contenu, le plan se décline en huit axes : 1) la coordination multisectorielle et internationale; 2) la surveillance pour la détection précoce des cas; 3) la mise sur pied des équipes d'enquête et d'intervention rapide; 4) le renforcement des capacités des laboratoires; 5) la mise en place des mesures de prévention et de contrôle des infections dans les hôpitaux et les communautés; 6) la gestion des cas; 7) la communication des risques et l'engagement communautaire; et 8) le soutien logistique. Le plan en question est par ailleurs

¹⁵³ *Ibid.*

¹⁵⁴ *Ibidem.*

mis en œuvre à travers un plan national opérationnel de préparation et de réponse au COVID-19¹⁵⁵.

4.3. Les mesures opérationnelles

Les mesures opérationnelles se déploient à travers le Système de gestion de l'incident (SGI), dont la coordination centrale se fait au sein du ministère de la Santé publique et dont les démembrements territoriaux suivent l'organisation administrative du pays (régions, départements, etc.). D'après la docteure Djamilatou Leila, déléguée régionale de la santé publique de la Région du Nord :

L'objectif de l'activation du SGI vise : la détection précoce de tous cas suspects; d'assurer le diagnostic dans de brefs délais; assurer la prise en charge immédiate d'éventuels cas; assurer la mise en place des mesures de prévention et contrôle de l'infection; assurer une bonne coordination multisectorielle des activités de préparation et de réponse et une bonne information de la population et des différents détenteurs d'enjeux nationaux et internationaux.

Par ailleurs, pour faire face à une saturation éventuelle des hôpitaux dédiés à la lutte contre la COVID-19, des centres spécialisés ont été mis en place pour la prise en charge des victimes de la pandémie dans les grandes villes, notamment Yaoundé, Douala et Bafoussam. Pour financer ces diverses opérations, le gouvernement a annoncé, le 30 mars 2020, la création par le président de la République d'un fonds de solidarité avec une dotation initiale de 1 milliard FCFA (soit 1,7 M\$ US). Ce fonds est alimenté par des contributions de toutes natures provenant des entreprises, des organisations et des personnes de bonne volonté. Le fonds ci-dessus a pour objet la prise en charge des besoins liés à la lutte contre la pandémie du coronavirus au Cameroun, ainsi que ceux relatifs à l'intervention de l'État dans le cadre de l'atténuation des conséquences économiques, financières et sociales de cette pandémie, et des mesures restrictives prises par le gouvernement. Au second semestre de 2020, le Fonds a reçu une dotation de 180 milliards FCFA¹⁵⁶ répartis entre les différentes structures gouvernementales impliquées dans la lutte et la prévention de la COVID-19 (autant dire presque tous les ministères). D'après le Décret n° 2020/3221 du 22 juillet 2020 fixant la répartition de la dotation du Fonds spécial de solidarité nationale pour la lutte contre le coronavirus et ses répercussions économiques et sociales (Ministère des Finances, 2020a), les dépenses supportées par ledit fonds concernent la recherche active des cas et la prise en charge des cas confirmés; la

¹⁵⁵ Atangana-Abé, J. La gestion de la pandémie de COVID-19 au Cameroun : bilan et perspectives. Revue Organisations & territoires, 30(3), 2021, 121–139. <https://doi.org/10.1522/revueot.v30n3.1386>.

¹⁵⁶ *Ibid.*

couverture des dépenses liées aux mesures administratives et de régulation sociale; l'acquisition des intrants; l'encadrement des producteurs; et la mise en place du dispositif d'incitations pour une meilleure production agricole, vivrière et pastorale (notamment les produits de grande consommation et de substitution susceptibles de réduire la dépendance alimentaire). Le fonds devrait également servir au développement de la recherche et de la production locale des produits pharmaceutiques de première nécessité ; au développement des enseignements à distance et à la distribution d'outils et supports pédagogiques en milieu rural ; et à l'octroi des appuis de soutien aux personnes socialement vulnérables et aux enfants de la rue affectée par la COVID-19. Outre le fonds, le gouvernement camerounais reçoit des dons en nature de toutes sortes (matériel médical, masques, produits d'hygiène et désinfectants, denrées alimentaires, etc.) destinés à la population en général.

4.4. Mesures à l'endroit de la population en général

Les mesures vis-à-vis des populations ont pour la plupart été édictées par l'Organisation mondiale de la santé. Au Cameroun, elles ont été mises en place à partir du 18 mars 2020. Elles allaient de la fermeture des frontières terrestres, aériennes et maritimes, des débits de boissons et autres lieux de loisirs à partir de 18 h, à l'arrêt des cours dans les établissements scolaires relevant des trois ordres d'enseignement (primaire, secondaire et supérieur), en passant par l'annulation de toutes les compétitions sportives, l'interdiction des rassemblements publics de plus de 50 personnes, la limitation des déplacements urbains et interurbains, etc. Un numéro de téléphone pour mobiliser les équipes de secours (le 1510) était également à la disposition de la population.

Le gouvernement camerounais a aussi encouragé le recours à la médecine traditionnelle à travers un train d'annonces, mais surtout en laissant la population « se débrouiller ». Le ton des annonces a été donné par le président de la République Paul Biya qui, dans son discours du 19 mai 2020, a affirmé qu'il « encourage également tous les efforts visant à mettre au point un traitement endogène du COVID-19 » (CRTV, 2020).

4.5. Architecture sanitaire avant, pendant et après les pandémies au Cameroun

Il s'agit ici d'analyser la structure des actions mises en place au Cameroun avant, pendant et après des pandémies.

4.5.1. Veille sanitaire avant l'entrée d'une pandémie au Cameroun

En se référant aux travaux de Polycarpe sur la surveillance épidémiologique, il est évident de penser qu'une stratégie de veille mise en place par un pays dès l'annonce d'une pandémie dans le monde peut contribuer efficacement à la diminution de la propagation de la maladie et du risque d'exposition des populations. Cela se vérifie tant au niveau de l'expression des besoins en protection qu'au niveau de la diffusion des informations recherchées. Avant l'entrée d'une pandémie dans un pays, il est évident de mettre en place un dispositif sécuritaire efficace. Dans le cas d'espèce de la Covid 19, le Cameroun est ceinturé des aéroports et des frontières qui ne disposent pas un dispositif sécuritaire efficace pour barrer la voie aux pandémies. Face à ce constat, les canaux de veille sanitaire devraient être mis en place par l'équipe de la santé du Cameroun. D'après Soukaina (2009), la surveillance sanitaire permet la diminution des risques de propagation des maladies dans un territoire. À ce titre, une fois la pandémie de la Covid 19 annoncée dans le monde, le Cameroun devrait mettre en place une architecture de sécurité au niveau de ces frontières et des aéroports¹⁵⁷.

La collecte des informations et le traitement de celles-ci devraient contribuer efficacement à la mise en place d'un dispositif de rejet automatique de toutes les personnes atteintes de cette maladie et venant de l'extérieur. Pour cela, sur le plan mécanique, une architecture de contrôle et de surveillance devrait être mise sur pied. En ce qui concerne le contrôle, tout avion, bateau ou tout autre moyen de transport venant de l'extérieur devrait directement faire passer au scanner tous les passagers à travers des signaux d'alerte installés dans les pistes d'atterrissage, ces signaux étant composés d'un système de détection rapide des personnes présentant des symptômes de la maladie. Toute personne détectée positive devrait être directement isolée dans les maisons construites non loin des aéroports et destinées à accueillir les personnes détectées positives. Ces personnes ne devraient pas être mises en quarantaine dans les hôpitaux ou dans les hôtels pour éviter la propagation et la non maîtrise de leurs mouvements dans ces lieux. Ces maisons construites autour des aéroports devraient servir

¹⁵⁷ Tchouassi Gérard, « Veille sanitaire sur les pandémies au Cameroun : Cas de la Covid 19 » in Pierre ONGOLO ZOGO, *Covid 19 au Cameroun : Stratégies gouvernementales, endogénéisation de la prévention et mobilités posturales*, Yaoundé, Monange, 2021.

à abriter les personnes mises en quarantaine. Toutes les autres personnes détectées négatives devraient être gardées dans les tentes construites également non loin des aéroports et mise en observation pendant 72 heures avant d'être libérées. De plus, les bagages des voyageurs devraient être stockés dès leurs arrivés dans une chambre chaude construite pour des circonstances.

4.5.2. Veille sanitaire pendant et après la pandémie

Étant donné le manque de dispositif de soins pour prendre en charge les malades, une fois le premier cas de Covid 19 détecté, plusieurs mesures devraient être prises pour empêcher la propagation de la maladie. Parmi ces mesures, il en ressort la fabrication des masques made in Cameroon subventionnées par l'État et imposés à toute la population du Cameroun. Il en découle aussi l'imposition par l'État d'un appareil de contrôle et de détection des personnes faisant de la fièvre dans chaque agence de voyage. Il faut rappeler, d'après les sources du ministère de la santé, que le Cameroun a signalé son premier cas de Covid 19 le 06 mars 2020, un passager venant de l'Europe. Les frontières ont été fermées le 18 mars, c'est-à-dire 12 jours plus tard. De même, c'est à cette date que les mesures de distanciation sociale ont été prises. Cet écart remarquable entre l'apparition de la maladie au Cameroun et les premières mesures gouvernementales laisse penser à une large timidité de veille prévisionnelle due certainement aux études mal organisées et aux observations sur l'évolution de la pandémie au Cameroun. Pendant 12 jours, toutes les frontières étaient ouvertes et aucune mesure stricte n'avait encore été prise. Cela a entraîné une propagation accrue de la maladie sans véritable contrôle strict de la part des autorités sanitaires. Le réveil du gouvernement bien qu'étant rempli des mesures fortes n'a pas apporté jusqu'ici les solutions définitives à cette pandémie.

CHAPITRE 4 :

LES PESANTEURS A L'OPÉRATIONNALISATION DE L'APPROCHE *ONE HEALTH* AU CAMEROUN

Les pesanteurs sont comme « *une force d'inertie, une résistance au changement [...] les pesanteurs administratives, les pesanteurs sociologiques* »¹⁵⁸. Plusieurs contraintes et pesanteurs constituent des freins à l'opérationnalisation de l'approche *One Health* au Cameroun. Seule une analyse multifactorielle et transdisciplinaire est en même de mieux restituer, ces déterminants qui justifient cette situation. Les déterminants sociaux, économiques et culturels de la vie des gens et leur capacité à prendre des mesures, se répercutent sur le comportement en matière de santé et la faculté d'utiliser des mesures préventives pour la santé humaine et animale. Les relations complexes entre les animaux, les humains et l'environnement, la façon dont les gens perçoivent les risques et leur capacité à réagir aux risques et à la promotion de la santé seront explorées¹⁵⁹. Ainsi, de nombreuses causes d'ordre socioculturel, politico-institutionnel et économique-financier peuvent expliquer la difficile opérationnalisation de l'approche *One Health* au Cameroun. Sans dresser une liste exhaustive nous présentons et analysons ci-dessous celles qui nous semblent les plus significatives.

I. LES PESANTEURS SOCIOCULTURELLES A L'OPÉRATIONNALISATION DE L'APPROCHE *ONE HEALTH* AU CAMEROUN

Les pesanteurs socioculturelles peuvent être définies comme des forces d'inertie, des attitudes de résistance spécifiques à un groupe donné, qui se veut conservateur et très attaché aux traditions culturelles, qui ne militent pas toujours en faveur d'un changement social utile ou non, face à l'évolution actuelle des sociétés. Plusieurs pesanteurs socioculturelles à l'opérationnalisation de l'approche *One Health* au Cameroun ont ainsi été identifiées à partir

¹⁵⁸ Elisabeth FOURN GNANSOUNOU, « Pesanteurs socioculturelles à l'exercice des Activités Génératrices de Revenus par les femmes », labrys, études féministes/ estudos feministasjulho/dezembro2007-juillet/décembre 2007.

¹⁵⁹ Maxine A. Whittaker, « Chapitre 6 - Le rôle des sciences sociales dans *One Health* - Bénéfices réciproques », in *One health, Une seule santé, théorie et pratique des approches intégrées de la santé*, pp. 99-112.

de l'analyse des données collectées auprès des communautés. Il s'agit notamment : des habitudes alimentaires, des pratiques d'élevage urbain, des pratiques agropastorales en zones rurales, du niveau de connaissance et des perceptions des risques de zoonoses, des représentations sociales et croyances en matière de maladie et de santé.

1. Les habitudes alimentaires comme source d'émergence des maladies zoonotiques

Les habitudes alimentaires sont des choix récurrents que fait une personne, ou un ensemble de personnes, quant aux aliments qu'elle consomme, à la fréquence de leur consommation et à la quantité absorbée chaque fois, et quant aux modes de consommation et de préparation de ces aliments et aux lieux où ils sont consommés. Les habitudes alimentaires sont fondées sur des facteurs sensoriels (goût, texture, odeur, couleur), socioculturels et psychologiques, de même que sur des facteurs socioéconomiques, environnementaux et politiques¹⁶⁰. Certaines habitudes alimentaires constituent des obstacles à l'implémentation de l'approche *One Health* et à l'émergence de maladies zoonotiques parasitaires d'origine alimentaire. « Les habitudes alimentaires constituent un frein à la mise en œuvre du OH ou à la lutte contre les épidémies par ce que les hommes ne veulent pas abandonner leurs anciennes pratiques et adopter les nouvelles dit approprier comme les gens qui boivent les produits naturels comme les œufs crus et autre pour leurs traitements » affirme l'un de nos enquêtés. La consommation de la « *viande de brousse* » peut être considérée comme l'une d'entre elles.

En effet, la propagation potentielle d'agents pathogènes de la faune à l'homme est un risque qui a reçu une attention accrue depuis le déclenchement de la pandémie de la COVID-19. Les animaux sauvages utilisés pour l'alimentation sont des réservoirs majeurs pour un certain nombre d'agents pathogènes d'origine alimentaire tels que *Salmonella* ou *Giardia* mais aussi des virus (par exemple : Ebola, Marburg etc.) transmis par les fluides corporels des animaux. De nombreuses maladies zoonotiques présentent également des risques d'épidémies et de pandémies.

Lors de l'enquête de terrain, plusieurs enquêteurs ont reconnu qu'ils consommaient habituellement les viandes de brousse et les produits issus des animaux comme : du lait, la viande de bœuf, des vêtements provenant des peaux d'animaux et bien d'autres. L'informateur A 21 affirme dans ce sens : « *Oui je consomme de la viande de brousse, je mets même des vêtements provenant des peaux d'animaux, de bœuf même des portefeuilles* »¹⁶¹. La viande de

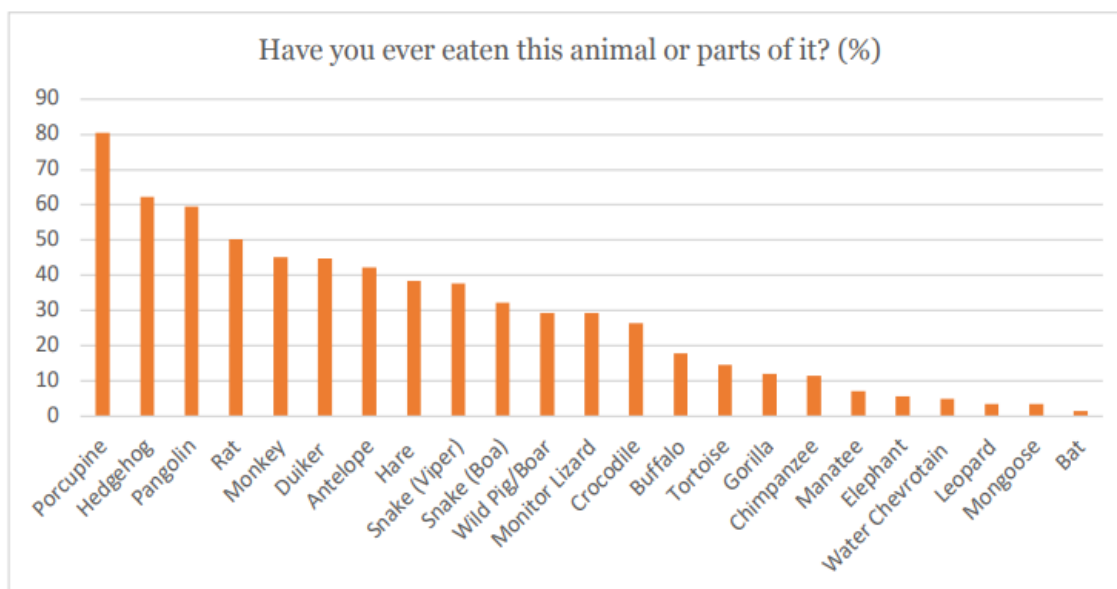
¹⁶⁰ Gouvernement du Québec, Fiche du terme - Habitude alimentaire, 2023.

¹⁶¹ A21, masculin, professionnel, l'Entretien du 05 juin 2023 à melen.

brousse se trouve donc régulièrement dans les cuisines des ménages de nombreuses communautés au Cameroun, elle fait partie des habitudes alimentaires des populations tant en milieu rural et milieu urbain.

Une autre enquête menée par Simon Denyer dans les villes de Douala et Mbalmayo a révélé que parmi les répondants qui ont déclaré avoir déjà mangé de la viande de brousse, une grande majorité (80%) a déclaré avoir consommé du porc-épic. Parmi les espèces les plus consommées figurent également le hérisson (62%) et le pangolin (59%). Mais on note également une consommation notable, bien que moins fréquente, d'espèces protégées telles que le gorille, le chimpanzé, le lamantin, l'éléphant et le léopard¹⁶². Au cours des 12 derniers mois, le porc-épic est à nouveau l'espèce la plus fréquemment consommée, avec 75% des personnes interrogées déclarant en avoir consommé au cours de cette période. Il est suivi du pangolin (49%) et du hérisson (46%). La consommation d'autres espèces protégées comme le gorille, le chimpanzé, l'éléphant, le lamantin et le léopard a été enregistrée, mais dans des proportions beaucoup plus faibles¹⁶³. Le graphique ci-dessous permet de présenter cette réalité.

Figure 4. Espèces de viande de brousse déjà consommées dans les villes de Douala et Mbalmayo



Source : Simon Denyer, 2021¹⁶⁴.

¹⁶² Simon Denyer, Comprendre la consommation urbaine de viande de pangolin au Cameroun, WILDAID.

¹⁶³ *Ibid.*

¹⁶⁴ Simon Denyer, Comprendre la consommation urbaine de viande de pangolin au Cameroun, WILDAID, 2021, p.9.

En ce qui concerne la fréquence de consommation de la viande de brousse, environ 43% des personnes interrogées ont déclaré en manger une fois par mois, 26% ont déclaré en manger une fois toutes les deux ou trois semaines, 14% ont déclaré en manger au moins une fois par semaine, et 17% ont déclaré en manger une fois par an¹⁶⁵.

Cette étude contribue à la compréhension des modes de consommation de viande de brousse dans les zones urbaines du Cameroun après une résurgence de la zoonose.

La viande d'animaux sauvages, communément appelée « viande de brousse » dans le contexte africain, reste une composante importante de l'alimentation, particulièrement en milieu rural. Bien que des espèces aquatiques soient aussi largement consommées, l'expression « *viande de brousse* » se réfère en général à des animaux terrestres en particulier des mammifères, oiseaux, reptiles et amphibiens. Les insectes constituent également une source de nourriture importante, mais sont exclus de la définition de la viande de brousse telle que proposée par la Convention sur la diversité biologique¹⁶⁶.

La viande d'animaux sauvages fait partie du régime alimentaire des populations de forêt depuis des millénaires (on a estimé à 5 Mt/an la quantité prélevée actuellement) et reste une source primaire de protéines animales, de sels minéraux et de matières grasses. Les consommateurs la considèrent souvent comme une viande saine, étant donné qu'elle provient du milieu naturel et ne contient aucun additif ou produit artificiel. Elle est aussi parfois préférée à cause de son goût, ou tout simplement car elle rappelle les liens culturels et identitaires liés à la vie traditionnelle et participe ainsi au bien-être de ses consommateurs. La consommation actuelle d'animaux sauvages dans le contexte africain présente des bénéfices importants en termes de sécurité alimentaire, mais n'est pas sans poser problème en ce qui concerne la surexploitation des espèces sauvages, les effets subséquents sur les écosystèmes, la transmission de maladies entre les animaux sauvages et l'homme ainsi que leurs conséquences sur la santé humaine. En effet, les récentes épidémies fulgurantes d'Ebola – zoonose sur laquelle nous mettrons particulièrement l'accent dans ce texte – (voir plus bas le paragraphe « La fièvre hémorragique à virus Ebola et la faune sauvage ») rappellent les risques liés à la consommation d'animaux sauvages et poussent les décideurs et la communauté scientifique à

¹⁶⁵ *Ibidem*.

¹⁶⁶ Fa, John Emmanuel, Robert Nasi, et Nathalie van Vliet. « Viande de brousse, impacts anthropiques et santé humaine dans les forêts tropicales humides : le cas du virus Ebola », *Santé Publique*, vol. 1, no. HS1, 2019, pp. 107-114.

prendre plus au sérieux le besoin de mieux comprendre les liens entre viande de brousse, pratiques forestières et santé humaine.

Certains animaux fournissant de la viande de brousse peuvent cependant servir de réservoir à certaines maladies transmissibles de l'animal à l'homme (zoonoses). En effet, plusieurs pathogènes (virus, bactéries, protozoaires et parasites) trouvés dans les diverses espèces de viande de brousse sont transmissibles à l'homme. En Afrique, par exemple, vingt-cinq types de parasites (dont *Trichuris sp.*, *Ancylostoma sp.*, les ascaris, *Toxoplasma gondii* et *Strongyloides fulleborni*), neuf types principaux de virus (dont le SIV, le HTLV, le virus de Marburg, le virus de Lassa, le virus Ebola, le virus de Nipah et le virus de l'herpès) et huit types de bactéries (dont *Escherichia coli*, *Salmonella spp.* et *Campylobacter spp.*) sont présents dans la viande de brousse et transmissibles à l'homme. Cependant, tous ne sont pas transmis lors de la consommation de la viande de brousse. En réalité, la plupart des zoonoses sont transmises aux humains par l'exposition aux fluides corporels et aux excréments lors de la manipulation et du découpage de la viande de brousse avant la cuisson. Les rongeurs, les chauves-souris, les singes et les petites antilopes (céphalophes et chevrotains) sont les espèces le plus souvent citées dans la transmission de zoonoses à l'homme. Bien que l'attention médiatique se porte le plus souvent sur les zoonoses virales à l'origine des grandes pandémies (VIH et Ebola), les infections bactériennes et parasitaires issues de la viande de brousse constituent néanmoins une cause importante de maladies graves parmi les populations des forêts tropicales et subtropicales. Ces maladies courantes méritent une attention accrue. Elles sont souvent dues à de mauvaises conditions d'hygiène dans les lieux de dépeçage et de cuisson. L'amélioration de l'accès à l'eau potable, l'utilisation de gants et d'outils modernes pour le dépeçage et la cuisson, sont donc parmi les stratégies envisageables pour réduire la transmission de zoonoses. Compte tenu de l'augmentation probable de la consommation de viande de brousse dans l'avenir, il devient urgent de se questionner sur les meilleures pratiques de production, transport et transformation de la viande de brousse suivant des règles sanitaires acceptables culturellement¹⁶⁷.

¹⁶⁷ Fa, John Emmanuel, Robert Nasi, et Nathalie van Vliet. « Viande de brousse, impacts anthropiques et santé humaine dans les forêts tropicales humides : le cas du virus Ebola », *Santé Publique*, vol. 1, no. HS1, 2019, pp. 107-114.

2. La pratique de l'élevage urbain et périurbain comme comportement à risque zoonotique

L'élevage urbain est un phénomène croissant dans les villes africaines en général et du Cameroun¹⁶⁸ en particulier. En Afrique, l'élevage urbain et périurbain, en général, et celui de la volaille et des petits ruminants, en particulier, forment une composante non négligeable d'un système complexe de sécurité alimentaire et financière¹⁶⁹. Pour beaucoup de ménages, c'est, en effet, une stratégie de survie importante face à une paupérisation et à une dégradation de la sécurité alimentaire, liées à une croissance démographique urbaine très importante.

L'absence de chaîne du froid crédible pour le consommateur rend dans une certaine mesure obligatoire la présence de filières courtes et le maintien, voire le développement d'élevages de proximité¹⁷⁰. Les grandes villes comme les villes moyennes se peuplent d'animaux à l'avant ou à l'arrière des maisons, en liberté dans la rue ou cloués au piquet en attendant l'abattage. L'élevage urbain est rarement une activité à temps plein ; c'est souvent un complément économique, une manière de valoriser quelques mètres carrés laissés sans vocation. La traction animale qui par bien des aspects reste un moyen économique d'accéder à la mobilité demeure également un enjeu. Nous observons des phénomènes d'urbanisation d'élevage avec une concentration d'animaux productifs sur les marges urbaines pour répondre aux besoins du particulier et des villes en croissance.

Cependant, à côté du petit élevage domestique, nous retrouvons de plus en plus en zone urbaine et surtout péri-urbaine, des grandes fermes d'élevage de volailles et de porcs qui alimentent directement les marchés des principales villes du pays. Nous constatons ainsi l'apparition de grandes fermes intensives quasi industrielles (plus d'une centaine de porcs, de vaches laitières, des milliers de volailles), à proximité voire dans des espaces urbanisés. A l'occasion de notre enquête de terrain, nous avons visité plusieurs de ces fermes afin d'évaluer des potentiels dangers ou risques que ces installations pouvaient constituer en matière de chaîne

¹⁶⁸ Djeugap Guedia Amélie Mermoze, « Elevage Urbain : Pratiques Quotidiennes dans les Villes Moyennes de L'ouest-Cameroun », Doi:10.19044/esj.2020.v16n17p115 URL:<http://dx.doi.org/10.19044/esj.2020.v16n17p115>

¹⁶⁹ L. Ali, « Enjeux et contraintes de l'élevage urbain et périurbain des petits ruminants à Maradi au Niger : quel avenir ? », Revue, Elèv. Méd.Vét Pays trop, 2003, 56 (1-2) : 73-82.

¹⁷⁰ Jean-Daniel Cesaro et Andrea Apolloni, « Élevage et urbanité, dans les villes développées ou en développement, quelles oppositions et quelles complémentarités ? », *Territoire en mouvement Revue de géographie et aménagement* [En ligne], 44-45 | 2020, mis en ligne le 19 février 2020, consulté le 01 août 2023. URL: <http://journals.openedition.org/tem/6131> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/tem.6131>.

d'incubation et de transmission des zoonoses. Il ressort de l'entretien avec A17 et A9, des employés engagés dans une ferme péri-urbaine de la ville de Yaoundé que

Plusieurs dispositions sont prises pour éviter la transmission des maladies des animaux aux hommes au sein de la ferme à savoir la désinfection de ces différents milieux, les injections des animaux, l'entretien des travailleurs en prenant des comprimés, du lait non sucré, ainsi que l'équipement des travailleurs¹⁷¹.

Force est de constater que si un ensemble de précautions sont prises par les responsables ou les gestionnaires de ces fermes le risque de transmission demeure.

D'après le Docteur Ebele, des maladies (anthropozoonoses) telles que la grippe aviaire, la fièvre aphteuse, la dengue, la toxoplasmose... qui sont assez souvent provoquées par des animaux d'élevages lorsqu'ils sont en contact avec des personnes ignorantes et surtout quand toutes les mesure d'hygiène ne sont pas observées.

3. Les pratiques agropastorales en zones rurales comme facteur de transmission des maladies zoonotiques

L'importance de comprendre les attitudes humaines envers les animaux domestiques ainsi que les complexités affectant ces comportements comme la culture, la religion, l'environnement social, le groupe d'âge, la propriété des animaux, le sexe et la profession s'impose ici. L'appréciation de la façon dont les animaux vivent et interagissent dans ces environnements avec les humains est une autre dimension que l'approche *One Health* introduit dans l'analyse.

Le Cameroun est un pays d'élevage et occupe de ce fait une position de choix dans la sous-région de l'Afrique centrale. Cette activité est pratiquée sur la quasi-totalité du territoire nationale et procure des revenus à près de 30 % de la population rurale. L'élevage développe à ce jour cinq grandes filières : les bovins, les petits ruminants, l'aviculture, la porciculture et les élevages non conventionnels. Les effectifs réels de ces cheptels sont actuellement extrêmement difficiles à connaître avec certitude. Néanmoins le secteur élevage est dominé par les ruminants (environ 4 millions de bovins et 7 millions de petits ruminants). L'Adamaoua et le Nord-Ouest alimentent le marché du sud. Le Nord-Cameroun, avec 1,8 millions de bovins, ne parvient pas à satisfaire la demande locale.

¹⁷¹ Entretien du 7 juin 2023.

Localisé essentiellement dans les régions septentrionales du Cameroun (Adamaoua, Nord et extrême-Nord), les régions de l'est et du Nord-ouest, l'élevage bovin constitue la principale source des protéines animales des populations. Le système extensif d'exploitation reste prédominant, matérialisé sur le terrain par trois variantes. La filière lait prend progressivement de l'essor malgré son mode d'exploitation encore extensif. Toutefois, des noyaux d'intensification sont en train de prendre pied dans les régions du nord-ouest et de l'Adamaoua. Les petits ruminants sont constitués par les ovins et les caprins. Ils sont élevés sur toute l'étendue du territoire camerounais avec cependant un développement variable selon les régions. Le Nord et l'extrême-Nord totalisent à elles seules près 75% du cheptel du pays. L'élevage de ces animaux constitue une épargne où de l'argent peut être obtenu pour subvenir aux besoins de la famille.

L'élevage bovin au Nord-Cameroun est essentiellement aux mains d'éleveurs qui pratiquent la transhumance, sur des circuits parfois limités (pour les Arabes Choa) ou complexes et sur de vastes amplitudes pour les Peuls. En marge de ces grands éleveurs, existent des groupes d'agropasteurs non négligeables, anciennement implantés sur les bords du Logone et dans les monts Mandara. Enfin, un élevage villageois sédentaire se développe aujourd'hui parmi des populations traditionnellement sans bovins. Les effectifs (chiffres officiels) du cheptel bovin depuis le lac Tchad jusqu'à la latitude de Garoua atteignent, pour 1989-90, 1 000 613 têtes.

Une proximité affective s'établit le plus souvent entre les éleveurs et leurs bétails ce qui peut constituer un risque de transmission de zoonoses. Actuellement, nombre de maladies trouvent leur origine dans les espèces animales vivant à proximité ou au sein même des occupations humaines. Ces maladies infectieuses, d'origine bactérienne, virale ou parasitaire, naturellement transmissibles de l'animal à l'homme, sont regroupées par l'OMS sous le terme de zoonoses (World Health Organization, 1951). Si la consommation de viandes ou de produits laitiers contaminés est dans bien des cas incriminée dans cette transmission inter-espèces (par exemple la salmonellose, le ténia), d'autres modes de transmission sont également possibles, incluant la voie aérienne, le contact du sang ou de la salive d'un animal infecté avec une plaie ou une muqueuse, ou encore l'ingestion accidentelle de fèces d'animaux porteurs d'agents pathogènes.

Plusieurs études ont ainsi démontré le lien entre l'élevage de bovins et la multiplication des cas de tuberculose dans la partie septentrionale du pays. La tuberculose est une maladie

infectieuse des vertébrés causée par des bactéries appartenant au genre *Mycobacterium*. La maladie infecte divers mammifères, incluant l'homme. Chez ce dernier, deux bactéries principales peuvent être responsables de l'infection : *M. tuberculosis* et *M. bovis*. Tandis que la première semble, à l'heure actuelle, être spécifique ou presque à l'espèce humaine, la seconde se développe en premier lieu chez les bovins (Vincent, Gutierrez Perez, 1999), qui constituent un réservoir d'infection pour l'homme. L'une et l'autre de ces formes de tuberculoses peuvent entraîner des lésions squelettiques identifiables lors de l'examen anthropologique de séries archéologiques [ill. 1]. Pour autant, la distinction entre les formes humaines et bovines ne peut pas être réalisée par une simple étude macroscopique et nécessite le recours à des analyses en paléobiochimie moléculaire (Donoghue, 2009).

Dans leur article, Alexander et McNutt illustrent cette affirmation en passant en revue les relations entre les différentes pratiques de pâturage des pasteurs au Botswana et au Kenya, les chiens domestiques qui travaillent avec eux et le chien sauvage africain, et les maladies infectieuses dans cet environnement.

4. Le niveau de connaissance et les perceptions des risques de zoonoses

La connaissance du lien existant entre santé humain, santé animal et environnement est encore limitée au sein des populations. En dehors des personnels des institutions publiques associés aux activités stratégiques ou opérationnelles du *One Health*, aucun autre enquêté notamment les communautés locales rencontrées, n'avait jamais entendu parler du *One Health* et peu avait une idée vague du lien pouvant exister entre les interactions hommes-animaux et l'émergence ou la réémergence des zoonoses. Simon Denyer¹⁷² va d'ailleurs démontrer que la reconnaissance du lien entre la viande de brousse et les zoonoses est limitée. Il ressort ainsi de son étude qu'environ 45 % des personnes interrogées ont imputé aux expériences de laboratoire ou de recherche la responsabilité de maladies telles que l'Ebola, le VIH et le COVID-19, tandis que 26 % seulement ont cité le contact avec des animaux sauvages ou la consommation de viande de brousse. Cela peut s'expliquer en partie par l'absence de preuves directes, telles qu'un animal manifestement malade ou mort, liées à la maladie humaine. Les gens peuvent également être réticents à blâmer les animaux sauvages dont ils dépendent comme source de protéines (Wilkie et al. 2016). Renforçant ce constat, 87% des répondants ont déclaré que COVID-19 n'avait eu aucun impact sur leurs intentions d'acheter ou de consommer de la viande de pangolin. Cependant, étant donné que l'enquête n'a demandé l'avis que des consommateurs de viande de

¹⁷² Simon Denyer, *op.cit.* p.9.

brousse, elle a pu manquer des personnes qui avaient complètement cessé de manger de la viande de brousse.

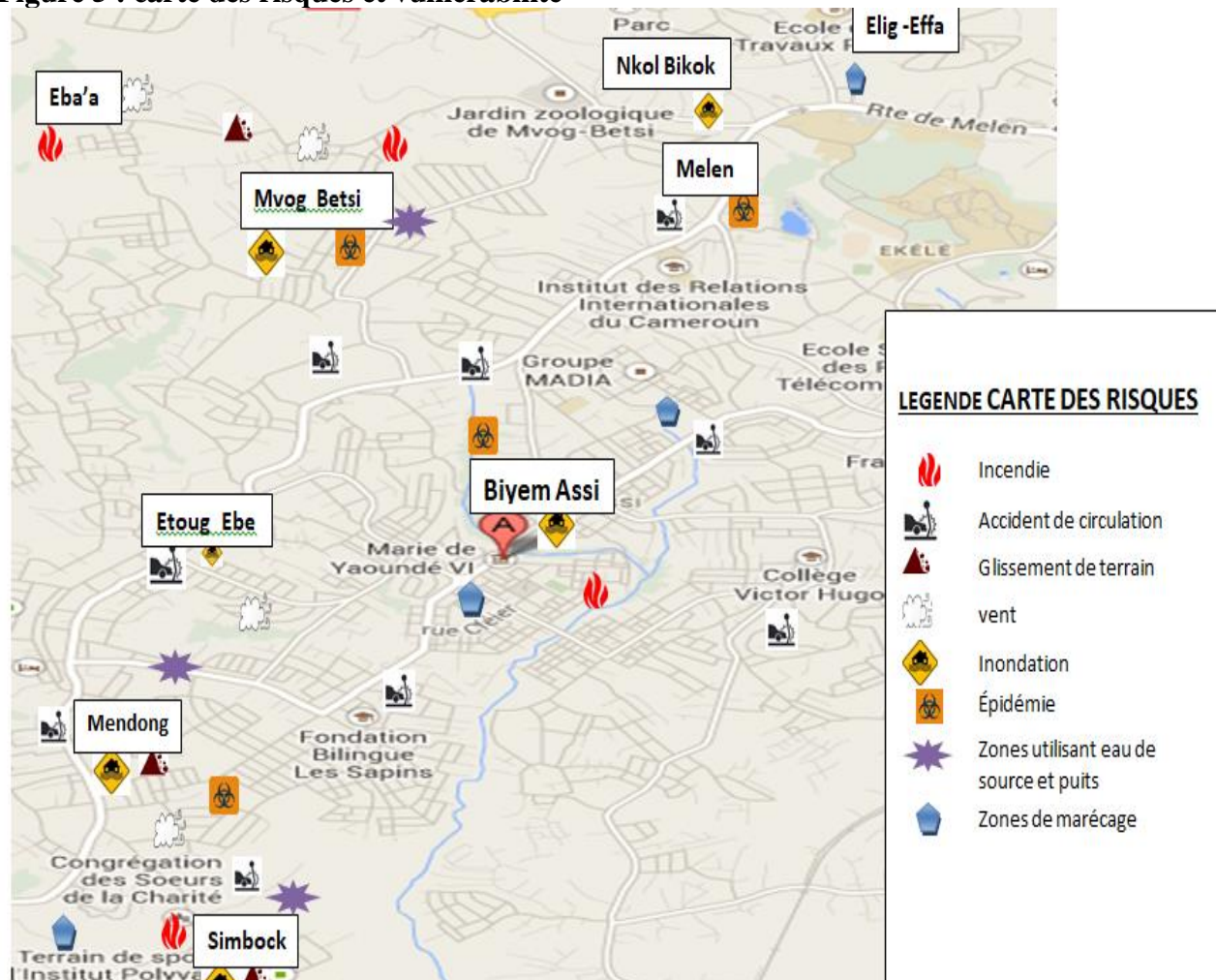
Les obstacles au dépistage du VHC observés chez les patients comprennent une faible perception individuelle du risque de contracter le virus, la stigmatisation perçue et la peur d'un résultat positif. Les facteurs qui facilitent le dépistage du VHC et qui sont mentionnés par les patients comprennent une meilleure connaissance du mode de transmission et de la manifestation de l'infection au VHC et l'intégration du dépistage du VHC aux soins de routine, qu'il accompagne ou non le dépistage du VIH. Les obstacles au dépistage du VHC comprennent le manque de connaissances spécifiques au VHC et la gêne de poser des questions sur les comportements à risque.

En outre, la compréhension de la façon dont les communautés perçoivent les risques et y réagissent, peut apporter des clés de compréhension de la difficile opérationnalisation du *One Health* au Cameroun. Un risque doit être perçu par une population cible si l'on veut obtenir un changement de comportement. La réalisation des objectifs préventifs implique d'analyser les conduites et les modes de vie des populations de compléter l'indispensable quantification épidémiologique des pathologies et des comportements « à risque », par l'étude des significations que leur accordent leurs auteurs représentation de la maladie.

5. L'installation dans les zones à risques zoonotiques

Plusieurs populations sont installées dans des zones à risques zoonotiques qui entretiennent de cycle de contamination, transmission et réponse. En effet, un constat général s'est dégagé de notre descentes sur le terrain au niveau des abattoirs, marchés à bétails et fermes de la ville de Yaoundé, la proximité des habitats des populations riveraines avec ces lieux potentiels de transmission des zoonoses pouvant être à l'origine des épidémies. Ainsi, une évaluation menée au sein de l'arrondissement de Yaoundé 6 permet d'identifier plusieurs foyers à risques d'épidémie comme il ressort de la carte ci-dessous.

Figure 5 : carte des risques et vulnérabilité



Source : Croix rouge, 2013. ¹⁷³

6. Les représentations sociales et les croyances en matière de maladie et de santé

Les représentations sociales sont un ensemble d'opinions, d'informations, de valeurs et de croyances sur un objet particulier (l'objet de la représentation). Une « représentation sociale est donc toujours représentation de quelque chose (l'objet) et de quelqu'un (le sujet) »¹⁷⁴. Cette relation objet-groupe constitue le principe autour duquel la théorie des représentations sociales s'organise. Pour GUIMELLI, « elles constituent une modalité de la connaissance dite de "sens commun" dont la spécificité réside dans le caractère social des processus qui la produisent ».

Pour serge MOSCOVI, une représentation sociale est un système de valeurs, de concept et de pratique ayant deux vocations : d'abord instituer (instaurer) un cadre qui donne aux individus la chance de s'orienter dans l'environnement social et le dominer. Et par la suite

¹⁷³ Croix rouge, Evaluation de la vulnérabilité et des capacités de l'arrondissement de Yaoundé VI, 2013.

¹⁷⁴ Denise, JODELET (dir), *Les représentations sociales*, Paris, PUF, 1989.

assurer la communication entre les membres d'une communauté. Dès lors, l'image que donne l'individu, permet à la fois d'orienter le groupe mais aussi de garantir les méditations entre ceux-ci pour car les représentations sociales sont « des contenus organisés » c'est-à-dire les opinions, les images, les symboles, le langage qui structurent la vie des individus ou des groupes. D'après Denise JODELET, il n'y a pas de représentation sans construction par le sujet d'une interprétation de l'objet qui peut être une chose, un évènement ou encore une idée. Denise JODELET définit la représentation sociale comme « une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourante à la construction d'une réalité commune à un ensemble social »¹⁷⁵.

Les représentations sont en général un ensemble de valeurs, de conceptions et de croyances conçues par un groupe, mises en commun et transmises lors d'interactions. Ainsi, les représentations des populations peuvent constituer un obstacle à leur prise en charge. La santé est un fait social, un fait de culture et donc un bâti communautaire car, c'est le groupe d'appartenance qui définit sa représentation du monde qui l'entoure ainsi que ce qu'on peut désigner comme état normal ou pathologique de ses sujets.

Les représentations sociales peuvent être un frein à la mise en œuvre du OH dans la lutte contre les épidémies par-ce-qu'elles amènent les populations à croire que la maladie est d'origine mystique ce qui poussent les paysans à rejeter toutes aides venant de l'extérieurs.

Par exemple, les représentations sociales issues du savoir populaire sur la Covid-19, influencé par des infox véhiculées à travers les réseaux sociaux numériques, modèlent les comportements et orientent les stratégies de prévention des groupes considérés comme « vulnérables », donc susceptibles de contribuer à l'expansion de la pandémie. Ces représentations apparaissent comme des facteurs d'épidémisation et montrent que pour être efficaces, les stratégies de lutte contre les pandémies de type Covid-19 doivent intégrer des contenus et des formes de communication susceptibles de pousser les masses à adopter les comportements adéquats¹⁷⁶. La construction d'un système de croyance « La Covid-19 ne se transmet pas dans des climats chauds ». Tel est l'un des discours abondamment relayés sur les RSN, et repris par certains enquêtés. Ce discours est apparu alors que la pandémie sévissait déjà dans des pays comme l'Arabie Saoudite ou l'Iran. Une infox¹⁷⁷ qui peut justifier l'imprudence

¹⁷⁵ Denise, JODELET, *op.cit.*

¹⁷⁶ Laurain ASSIPOLO, « La Covid-19 au Cameroun : savoir populaire et représentations sociales »,

¹⁷⁷ Selon le Toupictionnaire, infox est un mot-valise créé à partir d'information (info) et d'intoxication (intox). Avec la locution information fallacieuse, il a été proposé en octobre 2018 par la Commission d'enrichissement de

et la suspicion des Camerounais convaincus que le SARS-CoV-2 est une « fabrication des Blancs », que la mélanine rendrait les Africains plus résistants. Les enquêtés ont également été sensibles à la théorie d'une création humaine du virus et à celle d'une création par accident en laboratoire. L'animisme, qui reste la « religion » dominante, attribue en effet une âme non seulement aux êtres vivants, mais aussi aux objets, à la nature, au vent, à l'eau, au feu et... aux épidémies. Et il met en scène tout un monde de démons, de maléfices et d'esprits malfaisants. Pour s'en prémunir, les villageois s'en remettent à des fétiches, à des guérisseurs ou à des rites sacrificiels variables, selon les groupes ethniques, et ils cherchent la protection des sorciers et des ancêtres¹⁷⁸. Dans cet univers de superstitions et de magie, une maladie inconnue peut être niée. Selon l'anthropologue sénégalais Cheikh Ibrahima Niang, « quand les populations disent qu'Ebola n'existe pas, elles se rebellent contre quelque chose ». À la fois le paternalisme des autorités, l'information insuffisante, ou le manque de compréhension de la structure sociale de ces pays par les étrangers.

Pour montrer que les représentations constituent un frein à l'opérationnalisation du one health nous pourrions également recourir au cas de la tuberculose à l'ouest Cameroun pour illustrer. Dans le royaume bamoun, les profanes qui constituent la plus importante frange de la population possèdent plusieurs étiologies qui leurs permettent d'interpréter et d'expliquer les causes et les manifestations de la tuberculose. Certains d'entre eux postulent que cette maladie est provoquée par l'inhalation l'expectoration émise par un chat au cours d'un éternuement. Au cours d'une enquête ici à Bangourain, la tuberculose à plusieurs causes. Jusqu'aujourd'hui, quelques personnes, même parmi celles qui vivent au centre-ville ici, pensent que la tuberculose est transmise par les expectations d'un chat. Dans d'autres cas, la tuberculose est associée à une œuvre malfaisante d'un sorcier. Dans cette entité sociale en effet, le "kuo kufum" est présenté par la grande Majesté comme une maladie résultant des pratiques maléfiques d'un proche utilisant son pouvoir Mystique pour le nuire.¹⁷⁹

Il est important de comprendre le comportement humain (comme les pratiques sociales et démographiques, les pratiques agricoles et d'élevage, les croyances et les systèmes culturels)

la langue française pour devenir l'équivalent de l'anglais fake new dans la langue française. Le terme infox (fake news) est un néologisme désignant une information mensongère conçue de manière délibérée pour induire en erreur et être diffusée dans les médias de masse afin de toucher un large public.

¹⁷⁸ Peurs et croyances : un obstacle dans la lutte contre Ebola, Publié le 23/09/2014 11:00, Véronique le Jeune

¹⁷⁹ Offres, Recours & Accès aux Soins de Santé « Parallèles » en Afrique, Ouvrage collectif en santé mondiale, sous la direction de d'Yves-Bertrand Djouda-Feudjio. Yves Bertrand DJOUDA FEUDJIO H. Blaise NGUENDO YONGSI Antoine SOCPA (2015). En Afrique. SCIENCE ET DECOUVERTES.

lorsqu'on essaie d'appréhender les maladies infectieuses, en particulier les zoonoses, la santé humaine et les réponses humaines pour prévenir et gérer les problèmes de santé découlant de ces maladies infectieuses¹⁸⁰.

II. LES PESANTEURS POLITICO-INSTITUTIONNELLES ET ÉCONOMIQUES À L'OPÉRATIONNALISATION DE L'APPROCHE ONE HEALTH AU CAMEROUN

Plusieurs pesanteurs politico-institutionnelles et économiques rendant difficile l'opérationnalisation de l'approche *One Health* au Cameroun ont été également identifiées dans ce travail. Il s'agit notamment : des défis de la coordination et des luttes de leadership, les difficultés d'accès à l'information sanitaire, une faible implication des chercheurs en sciences sociales et humaines et des problèmes d'ordre économique et financier.

1. Le déficit de coordination des institutions responsables de cette approche et des problèmes de leadership

Le gouvernement du Cameroun a adopté en 2012 l'approche « Une Seule Santé ». Ainsi il a été mis en place en 2014 le Programme National de Prévention et de Lutte contre les Zoonoses Émergentes et Ré-émergentes (PNPLZER), comme mécanisme de coordination multisectorielle « Une Seule Santé ». Néanmoins, les efforts de collaboration multisectorielle dans les domaines d'intervention des différents acteurs de la plateforme « Une Seule Santé » se heurtent encore à des difficultés. Il est clair que l'approche *One Health* n'est pas venu maître un terme aux problèmes de collaboration et de leadership qui existaient entre les différents départements ministériels en matière de santé. Nous observons toujours une faible collaboration interministérielle causée par un problème de leadership « car ici chacun veut être le lead » déclare en effet l'une de nos personnes ressources lors d'un entretien qu'elle nous a accordé. L'existence de problème de leadership est l'origine des freins à l'opérationnalisation du OH au Cameroun.

Sur le plan institutionnel, on n'arrive pas à mettre en place une réelle plate-forme une santé. Car il existe plusieurs conflits entre les sectoriels pour la coordination des activités OH, Certains acteurs du champ de la santé camerounaise notamment, les administrations pensent que c'est le programme zoonose qui devrait assurer ce leadership. Cependant, le leadership du

¹⁸⁰ Maxine A. Whittaker, « Chapitre 6 - Le rôle des sciences sociales dans *One Health* - Bénéfices réciproques », in *One health, Une seule santé, théorie et pratique des approches intégrées de la santé*, pp. 99-112.

programme zoonose est souvent contesté en matière de *One Health* par d'autres administrations car certains ministères revendiquent la paternité de ce programme : « ils veulent le récupérer les problèmes d'incompréhension de textes problème » affirme une autre personne ressource. Et elle ajoute : « Le MINESANTE estime que ce sont eux qui doivent assurer autrement dit, plusieurs actions évoluent toujours de façon isolée car tel ministère dit que cette question lui est propre l'autre dit la même chose et vis-vers-ça nous allons encore prendre l'exemple du choléra. Quand il y a une épidémie de choléra seuls les professionnels de la santé humaine sont impliqués car ils disent que ce sont les hommes qui sont touchés et non les animaux. En quelques mots il y'a encore un peu d'orgueil de certains sectoriels ».

Il n'existe donc pas encore une plate- forme consensuelle d'échange officielle pour cette approche au Cameroun, par conséquent, les administrations clés ne sont pas suffisamment impliquées ce qui entraîne la faible appropriation du concept par les parties prenantes, et la faible prise en compte du OH dans les politiques et stratégies sectorielles, ainsi que dans les documents de politiques d'intervention sectorielle des administrations pour résoudre les problèmes de santé publique. En outre, Les documents directeurs qui encadrent la gestion des évènements des urgences de santé publique au Cameroun sont déjà un peu obsolètes ou caduques. Par exemple, sur le plan des textes réglementaires en vigueur, plusieurs sont anciens et n'exprimaient ni implicitement, ni explicitement l'approche « Une Seule Santé », ce qui rend difficile l'engagement de certains secteurs en occurrence le secteur de la faune (MINFOF), de l'environnement (MINEPDED) et de l'agriculture (MINADER)¹⁸¹.

L'approche une santé n'est envisageable que si les acteurs en santé humaine, en santé animale et de l'environnement sont capables d'unir leurs réflexions et d'agir ensemble. Cette action commune suppose non seulement une communication étroite autour de l'analyse du risque, mais aussi une collaboration lors de la gestion de crise. Dans le cas de la crise COVID, en dehors de la seule surveillance virale chez les animaux domestiques et sauvages afin d'établir les recommandations basées sur l'analyse du risque, une implication plus précoce et plus importante du monde de la santé animale et une meilleure articulation avec le monde de la santé humaine aurait certainement eu une valeur ajoutée par :

¹⁸¹ Cartographie des activités et analyse des politiques « *Une seule Santé* » au Cameroun, Dr LOUL Séverin, Juin, 2020

- sa connaissance des coronavirus chez les animaux (espèces concernées, capacité d'évolution, contrôle des épizooties, développement de vaccins, déploiement de la vaccination, résistances aux différents types de contremesure) ;
- sa capacité de tests diagnostiques et de dépistage en laboratoire vétérinaire, et de séquençage de masse ;
- son expérience avérée de gestion au niveau populationnel de crises sanitaires : diagnostic à grande échelle, surveillance active et passive, séroprévalence, recherche et caractérisation des pathogènes, vaccination.

Cette collaboration, notamment dans le champ du dépistage et du diagnostic, ne va pas de soi. De nombreux écueils à sa mise en place existent, tant culturels et logistiques qu'organisationnels, administratifs, et réglementaires. L'établissement de collaborations étroites et de schémas de réponses coordonnés doit permettre de résoudre ces difficultés et doit être préparé. Il s'avère également indispensable de coordonner au plus haut niveau de la gouvernance sanitaire l'organisation de cette réponse opérationnelle de terrain tant pour la réponse individuelle (gestion et prise en charge des cas) que pour la réponse collective (gestion de l'épidémie).

2. Le problème de partage d'informations, de faible appropriation de l'approche *One Health* et de la faible implication de certains acteurs

Selon un responsable du MINEPIA, les organisations administratives, les acteurs ne sont pas très au courant de ce qu'ils doivent faire : « moi je vais prendre l'exemple de ce qui nous préoccupe le plus le choléra. Le choléra au Cameroun a été abandonné au ministère de la santé alors que le ministère de la santé ne devrait être qu'un acteur secondaire. De plus, quant au partage d'information il y'a les laboratoires qui ne sont pas ouvert quand tu vas chez eux ils sont toujours retissant ils ne peuvent pas faire ceci ils ne peuvent pas faire cela. Cependant, d'autre ne veulent pas partager les connaissances. Ils ne veulent pas partager les échantillons dans leurs laboratoires les structures qui ne collaborent pas ».

L'enquête de terrain a également révélé une faible appropriation de l'approche *One Health* par les acteurs. Une de nos personnes ressources affirme dans ce sens : « même si nous sommes réunis sur une table il y'a n'a qui n'ont pas encore vraiment bien intégré cette approche et n'ont pas encore mesuré vraiment les si je peux dire les atouts de cette approche-là donc sur un plan macro je peux dire que c'est ce problème et vraiment le principal facteur si je peux dire majeur ».

Les chercheurs en sciences humaines et sociales sont faiblement impliqués dans la mise en œuvre de l'approche *One Health* au Cameroun, tant au niveau stratégique qu'opérationnel. Le fait que les sciences sociales et humaines soient peu impliquées dans les questions de OH au Cameroun cause problème. Nous avons par exemple constaté que les acteurs des sciences sociales et humaines ne sont pas trop impliqués dans les ateliers de formations portant sur l'approche OH et quand il s'agit de prendre des décisions concernant cette approche. Ainsi, ce problème a été observé lors d'une formation sur le OH qui a eu lieu entre octobre et novembre 2022 au CREMER dont j'ai pris part. Nous avons dans la salle plusieurs médecins et vétérinaires et une seule dame qui représentait les sciences sociales. Pendant la même période une activité d'élaboration du plan d'action pour le plaidoyer sur l'approche OH se tenait également où nous n'avions pratiquement pas vu d'acteurs autres que les professionnelles de la santé prendre part j'ai également assisté à la journée mondiale OH 2022 à l'hôtel Djeuga palace de Yaoundé où les principaux intervenants étaient les hommes de science dure. C'est à juste titre que l'écologue de la santé du CREMER affirme : « le fait que les profils comme anthropologie et sociologie ne sont pas suffisamment pris en compte constitue une limite parce que en fait la plate-forme du programme zoonose fait beaucoup d'activités de sensibilisations mais je ne sais pas si la plate-forme a dans ces rangs les sociologues et les Anthropologues ».

En somme, l'absence ou la timide prise en compte des acteurs des sciences sociales et humaines dans la promotion et la prise de décisions sur l'approche OH est un véritable obstacle à l'implémentation de cette approche au Cameroun.

3. Une approche essentiellement élitiste et confrontée à des défis financiers

Le *One Health* reste encore une approche essentiellement élitiste nous observons un faible maillage du territoire dans la mise en œuvre des activités « Une Seule Santé » avec cependant une forte concentration des activités « Une seule Santé » au niveau Central de la pyramide administrative. Ce qui nous pousse à dire qu'au Cameroun le OH est une approche élitiste car elle est concentrée au niveau central et réservée à une catégorie précise¹⁸². Dans le document de cartographie il ressort, plus de 60% d'activités sont mises en œuvre exclusivement au niveau central et la quasi-totalité des départements qui n'abritent pas

¹⁸² Cartographie des activités et analyse des politiques « Une seule Santé » au Cameroun, Dr LOUL Séverin, Juin, 2020

les chefs-lieux des Régions ne bénéficient soit d'aucune activité pour la plupart, soit d'un nombre négligeable d'activité.

Ici, d'autres challenges sont liés aux questions de financement, d'où l'insuffisance ou de faible budgétisation de la part des administrations sectorielles, des ressources financières pour la mise en œuvre du OH. Les financements apportés par le Cameroun pour la mise en œuvre de l'approche une santé ne sont toujours pas suffisant. La plupart des financements proviennent de l'extérieur¹⁸³ en occurrence de la quadripartie à savoir : de la FAO, OMS, OMSA le PNUED et bien d'autre. L'informateur A6 affirme dans ce sens : « *Nous avons des limites économiques également : il faut des fonds, il faut développer des outils et ça il faut des fonds, il faut développer la technologie, il faut des fonds, donc le volet économique, il faut former le personnel, il faut renforcer les capacités* »¹⁸⁴.

III. DES PESANTEURS MULTIPLES AUX FAIBLES RESULTATS DE L'APPROCHE ONE HEALTH

Malgré des efforts fournis depuis la validation par le Gouvernement de cette stratégie et de ce programme, il reste de nombreux défis qui doivent être adressés. Les différents épisodes épidémiques qui ont frappé le Cameroun démontrent les faiblesses dans la mise en œuvre de la stratégie.

1. La persistance et la résurgence des épidémies au Cameroun

Malgré les avancées qui démontrent que l'approche « Une Seule Santé » a gagné en reconnaissance au Cameroun, l'on constate tout de même que cette approche est confrontée à une difficile maîtrise des épidémies et incapacité à faire face aux nouvelles formes d'épidémies. L'informateur A14 affirme dans ce sens :

*Je pense que si l'approche OH avait été implémentée et mise en œuvre il y'a très longtemps, plusieurs épidémies voire pandémies auraient été gérées précocement et rapidement vous voyez un peu, ça veut dire pour moi qu'une bonne implémentation de l'approche une santé permet de détecter précocement et de prévoir certaines épidémies de santé publique, de mieux les gérées efficacement et rapidement*¹⁸⁵.

La difficile maîtrise des épidémies par cette approche s'explique par le fait que le concept OH à des difficultés à réduire la probabilité des épidémies. Or depuis 2007, le concept « One

¹⁸³ «Etat des lieux de l'approche « One health » dans les pays de la CEMAC», Moustapha Moncher Nsangou, PhD , Avril 2022

¹⁸⁴ A6, masculin, professionnel, l'Entretien du 04 août 2022, GIZ bastos derrière usine

¹⁸⁵ A14, masculin, professionnel, Entretien du 22 juillet 2022, au CREMER.

Health » a été adopté par la communauté internationale dans l'optique d'améliorer la santé et le bien-être grâce à la prévention des risques et l'atténuation des effets des crises qui proviennent de l'interface entre l'homme, l'animal et environnement. Depuis 1980, la fréquence des flambées de maladies infectieuses émergentes (MIE) augmente au rythme annuel moyen de 6,7 % et, depuis 2000, on recense plusieurs centaines d'épidémies par an. Cette évolution est due en grande partie à l'extension de l'action humaine sur l'environnement, qui modifie les habitats naturels et accélère la transmission d'agents pathogènes des animaux à l'homme.

2. Une faible capacité à faire face aux nouvelles formes d'épidémie

On parle d'incapacité de l'approche *One Health* à faire face à l'émergence de nouvelles épidémies au Cameroun et dans nombreux pays du monde par ce que plusieurs années après l'adoption de cette approche, force est de constater qu'au quotidien on observe toujours une évolution et une émergence de nouvelle épidémie et pandémie tels que la covid -19, la variole de singe, le dromadaire et le virus de la fièvre hémorragique de Crimée-Congo et surtout le choléra. En effet, la persistance et la multiplication des foyers de choléra en Afrique du Centre sont de plus en plus préoccupantes. Ces foyers épidémiques engendrent de nombreux décès au sein d'une population déjà affectée par une situation de sécurité alimentaire alarmante et souffrant d'un taux élevé de malnutrition. Cette situation est aggravée par les impacts socio-économiques de la COVID-19. Au 31 mai 2022, le Cameroun était déjà en alerte avec une augmentation de 284 % des cas et de 126 % des décès liés au choléra par rapport à la même période en 2021. Le Cameroun est en proie à une grande flambée épidémique qui touche 6 régions sur 10. Entre 2021 et 2022, le nombre de cas de choléra a augmenté de 10 à 7,601 et les décès ont augmenté de 112 %. L'épidémie a atteint des prisons, les grandes agglomérations de Yaoundé et de Douala et des sites de personnes déplacées internes¹⁸⁶.

¹⁸⁶ Note de Plaidoyer sur la persistance des flambées de choléra en Afrique de l'Ouest et du Centre, Cholera platform, 2023.

CONCLUSION GÉNÉRALE

In fine, le présent travail de recherche portait sur la question de l'approche *one health* dans les politiques de lutte contre les épidémies au Cameroun : une analyse des stratégies, des enjeux et des pesanteurs à partir de la ville de Yaoundé. Il part du constat selon lequel, en dépit de l'adoption de l'approche *one health* dans les politiques de lutte contre les épidémies au Cameroun, le constat sur le terrain fait état de la persistance et de la récurrence des épidémies qui continuent de faire de nombreux ravages au sein des communautés. L'approche *one health* reste ainsi confrontée à de nombreuses difficultés qui entravent sa mise en œuvre.

Pour aborder cette thématique, nous sommes partis de la question de recherche suivante : Comment comprendre la difficile opérationnalisation de l'approche *One Health* en matière de lutte contre les épidémies au Cameroun ? Autour de cette question principale ont été construites les trois questions spécifiques suivantes : Quels sont les acteurs et les stratégies de mise en œuvre de l'approche *One Health* dans les politiques de lutte contre les épidémies au Cameroun ? ; Quelles sont les pesanteurs à la mise en œuvre de l'approche *One Health* au Cameroun ? ; Quelles sont les transformations induites par l'approche *One Health* dans la lutte contre les épidémies au Cameroun ? Dans le but d'aborder ces questions de recherche, nous avons posé comme hypothèse principale : Bien que l'introduction de l'approche *one health* ait amélioré les politiques de lutte contre les épidémies au Cameroun, son opérationnalisation reste entravée par des pesanteurs socioculturelles, politico-institutionnelles et économiques. De cette hypothèse principale découlent trois hypothèses spécifiques à savoir : La mise en œuvre de l'approche *One Health* au Cameroun fait appel à des acteurs multisectoriels, qui mettent en place des cadres de concertation et de collaboration en matière de formation et de renforcement des capacités, d'échanges d'informations et de connaissances ainsi que de surveillance et de prise en charge épidémiologiques; La mise en œuvre de l'approche *One health* dans la lutte contre les épidémies au Cameroun est confrontée à des pesanteurs d'ordre socioculturel, politico-institutionnel et économiques; L'adoption de l'approche *One health* induit des transformations institutionnelles et stratégiques, infrastructurelles et opérationnelles ainsi que des dynamiques en matière d'ouverture et de coopération internationale dans la lutte contre les épidémies.

Pour vérifier ces hypothèses les théories explicatives auxquelles nous avons fait recours sont entre autres, la théorie systémique, la théorie des représentations sociales et l'ethnométhodologie. La théorie systémique nous a permis d'analyser les relations de réciprocité, de dépendance et d'influence qui existent entre différents acteurs du système de santé ainsi que de nombreuses disciplines. Elle a permis de mettre en évidence les changements

observés, les transformations survenues dans le système de santé du Cameroun à la suite de la mise en œuvre du *One health* ainsi que les résistances systémiques à l'opérationnalisation de cette nouvelle approche de lutte contre les épidémies au Cameroun. La théorie des représentations sociales nous a aidée à mieux appréhender la réalité sociale de notre objet. Elle a permis d'identifier et d'analyser les représentations que les acteurs ont du *One Health*. La théorie des représentations sociales offre un éclairage particulier favorisant une meilleure compréhension des rapports entre la personne, les animaux et l'environnement ; elle permet de mieux saisir les dynamiques sociales impliquées dans les enjeux du *One Health*. Et l'ethnométhodologie nous a permis d'analyser la manière à travers laquelle les professionnels de santé et les différents acteurs impliqués s'investissent dans la mise en œuvre de l'approche *one health* au Cameroun, de l'intérieur (« *from within* ») les traits observables de la vie sociale. De plus, dans le cadre de cette recherche, nous avons opté pour une démarche qualitative. Elle consiste à qualifier, à décrire, à analyser les données que nous avons recueillies sur le terrain afin de les rendre plus pertinentes et plus évidentes. Cette démarche nous a permis d'interroger notre population cible à travers l'utilisation de certaines techniques spécifiques telles que ; l'entretien semi directif et la recherche documentaire. Dans le cadre de la rédaction proprement dite, nous avons utilisé les verbatim afin de mieux présenter, expliquer et comprendre notre objet d'étude.

Pour analyser toutes les données recueillies sur le terrain, nous avons utilisés l'analyse de contenu qui est une technique utilisée en sciences sociales pour analyser, interpréter et traiter des données qualitatives. Cette analyse nous a permis de dévoiler le contenu des réponses des enquêtés de ce fait, à l'aide des informations contenues dans les guides d'entretiens, et la transcription des enregistrements audio, nous avons catégorisé les données récoltées en fonction des différentes thématiques pour comprendre de manière précise la difficile opérationnalisation de l'approche OH dans les politiques publiques de sante malgré tous les efforts fournis par les différents acteurs.

Plusieurs résultats ressortent de l'analyse des données de terrain et de celles documentaires qu'il convient de préciser ici :

Tout d'abord, une multitude d'événements épidémiologiques ont structuré l'émergence et l'évolution de l'approche *One Health* au Cameroun. Il s'agit notamment de l'épidémie de l'Anthrax en périphérie de la réserve du Dja en 2005, suivi de l'épidémie de grippe aviaire de 2006 qui ont respectivement conduit à la création d'un programme multisectoriel de prévention

et de lutte contre les zoonoses et d'un comité interministériel *ad hoc* pour lutter contre l'épidémie de grippe aviaire. Trois principales raisons ont ainsi conduit à l'adoption de l'approche OH au Cameroun à savoir, la flambée d'épidémies notamment la grippe-aviaire en 2006 et la faible capacité du MINSANTE à pouvoir gérer toute seule les questions de santé propre aux humains. A ces deux principales raisons, il faut ajouter l'impulsion de l'approche *One Health* au Cameroun par les acteurs de la coopération internationale. En effet, ces trois dernières décennies, le Bassin du Congo auquel appartient le Cameroun a été confronté à des épidémies d'origine zoonotique qui ont causé et causent de nombreux décès aussi bien au sein des populations animales domestiques et sauvages que sur les populations humaines. Entre 2004 et 2012, le Cameroun a fait face à plusieurs menaces de maladies émergentes ou ré-émergentes d'origine zoonotique telles que l'anthrax, la grippe aviaire hautement pathogène H5N1, la grippe pandémique AH1N1, la rage, la tuberculose qui ont causé et causent de nombreux décès aussi bien au sein des populations animales domestiques et sauvages que sur les populations humaines. Face à la récurrence de la menace d'émergence et de réémergence des maladies zoonotiques et les conséquences sanitaires et socioéconomiques y relatives, en l'absence d'une structure intersectorielle de veille sanitaire, le Cameroun a pris la résolution de mettre en place un Comité ad hoc en charge de l'élaboration du programme national de prévention et de lutte contre les zoonoses émergentes et ré-émergentes fondé sur l'approche « Une Santé ». L'adoption de l'approche *One Health* avait donc pour objectif de réduire les risques d'épidémies et de pandémies zoonotiques émergentes et ré-émergentes dans le pays.

La seconde raison explicative de l'adoption de l'approche *One Health* au Cameroun est la faible capacité du ministère de la santé publique à gérer de façon isolée les cas d'épidémie de plus en plus récurrents ainsi qu'à la prise de conscience de la nécessité de mutualiser les efforts et les ressources pour mieux prévenir et répondre efficacement aux cas d'épidémies émergentes et ré-émergentes. L'adoption de l'approche *One health* au Cameroun est enfin le fruit, de la coopération internationale, avec des efforts visant à soutenir la mise en place de plateformes interministérielles *One Health* dans plusieurs pays de l'Afrique subsaharienne et dans les autres pays du monde.

De même, au Cameroun, l'approche *One Health* est mise sur pied à travers un cadre politique et un cadre légal bien précis. Pour ce qui est du cadre politique, plusieurs documents stratégiques et plans d'actions orientent et guident l'action du pays en matière de *One health*. Il s'agit en occurrence de la Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027, la Stratégie Nationale "Une Santé" du Cameroun (2012 et 2018), le Plan d'action pour le plaidoyer et la communication sur

l'approche « Une Santé » (2016-2018), le Plan stratégique intégré d'élimination de la rage humaine d'origine animale au Cameroun (2018-2030), le Plan d'action nationale de lutte contre la résistance aux antimicrobiens 2018- 2020 et le Plan d'action national pour la sécurité sanitaire (PANSS) 2019-2024. En ce qui concerne le cadre, l'approche *One health* repose au Cameroun de façon explicite sur l'Arrêté n° 028/CAB/PM du 4 avril 2014 portant création, organisation et fonctionnement du programme national de prévention et de lutte contre les zoonoses émergentes et ré-émergentes ainsi que sur la Décision N8190415/MINESUP/SG/IG/A/DAJ portant création, organisation et fonctionnement du réseau des Institutions Universitaires du Cameroun sur l'approche "Une Santé". D'autres textes réglementaires implicites, encadrent le déploiement de cette approche au Cameroun. Il s'agit notamment de : la Loi n°2000/017 du 19 décembre 2000 portant réglementation de l'inspection sanitaire vétérinaire ; la Loi n' 96/12 du 5 Août 1996 portant loi-cadre relative à la gestion de l'environnement ; la Loi N°2003/2006 du 21 Avril 2003 portant régime de la sécurité en matière de biotechnologie moderne au Cameroun ; la Loi n°2003-003 du 21 avril 2003 portant protection phytosanitaire ; la Loi n°98-015 du 14 juillet 1998 relative aux établissements classés dangereux, insalubres ou incommodes ; le Décret n° 2005/0769/PM portant organisation du Conseil National Phytosanitaire ; l'Arrêté N 028/CAB/PM du 4 avril 2014 portant création, organisation et fonctionnement du programme national de prévention et de lutte contre les zoonoses émergentes et ré-émergentes et l'Arrêté n° 037/PM du 19 mars 2003 portant création, organisation et fonctionnement d'un Observatoire National des Risques.

Il ressort également de l'analyse des données que l'approche *One Health* est mise en œuvre au Cameroun par une pluralité d'acteurs internationaux et nationaux. Les communes et les régions, ne sont pas encore réellement impliquées dans la mise en œuvre du *One Health*.

Ces différents acteurs agissent suivant une stratégie reposant sur cinq (5) principaux piliers : (i) la mise en place du cadre institutionnel « *une santé* » ; (ii) la formation et le partage de connaissances ; (iii) le développement des thématiques de recherche sur les maladies émergentes et réémergences ; (iv) le renforcement du système de surveillance, d'investigation et de réponse de l'environnement et de la santé humaine et (v) la communication et la sensibilisation sur le concept « *une santé* ». Au Cameroun, le principal cadre institutionnel de l'approche *One Health* est le Programme National de Prévention et de Lutte contre les Zoonoses en abrégé programme zoonose qui fait d'office de plateforme nationale une santé. En 2014, un arrêté portant création, organisation et fonctionnement du Programme National de Prévention et de Lutte contre les Zoonoses est signé par le Premier Ministre, Chef du Gouvernement et, en

2015, ce programme devient le premier programme à prendre en compte et à mettre en œuvre l'approche « Une Santé ». Plusieurs formations et ateliers de renforcement de capacités sont organisés à l'endroit des acteurs du *One Health* au Cameroun. En effet, la mise en œuvre de cette stratégie nationale au Cameroun, s'est traduit par la réalisation de plusieurs activités par les sectoriels à savoir : la création d'un programme de lutte contre les zoonoses et les maladies émergentes/ré émergentes en 2014 ; la formation des sectoriels (MINEPIA, MINEFOF, MINSANTE, MINADER, MINEPDED) l'approche *One Health* ; la sensibilisation des populations installées dans les foyers à risque ; la communication dans les communautés vulnérables et à risques à travers des affiches ; la coordination des activités de lutte contre les zoonoses et les maladies émergentes/ré émergentes par le programme zoonose ; l'identification des maladies prioritaires par le Cameroun (on est passé de 5 à 10 zoonoses prioritaires) ; l'élaboration d'un plan opérationnel de lutte contre les maladies zoonotiques ; la mise en place d'un réseau de surveillance épidémiologique qui collecte les informations et la contribution des laboratoires qui font la recherche sur les questions zoonotiques (CREMER, CRESAR, LANAVET, etc.).

L'analyse des données de terrain a permis en outre d'identifier plusieurs pesanteurs qui constituent des freins à l'opérationnalisation de l'approche *One Health* au Cameroun. Il s'agit des pesanteurs d'ordre socioculturel, politico-institutionnel et économique-financier. Les pesanteurs socioculturelles sont liées aux connaissances, attitudes et pratiques des populations du Cameroun en général et de la ville de Yaoundé en particulier. Nous pouvons citer entre autres : les habitudes alimentaires basées sur la consommation de la viande de brousse et des produits issus des animaux qui sont des réservoirs pour certains agents pathogènes à l'origine de l'émergence des maladies zoonotiques (par exemple : Ébola, Marburg etc.) ; la pratique de l'élevage urbain et périurbain notamment de la volaille et des petits ruminants ainsi que de l'agriculture urbaine qui sont des pratiques à risque zoonotique. A ces attitudes et pratiques, il faut ajouter le faible niveau de connaissance des populations en matière de zoonose et de *one health* ainsi que l'installation de ces dernières dans les zones à risques zoonotiques tels que les alentours des abattoirs, marchés à bétails et fermes avicoles qui entretiennent de cycle de la contamination et de la transmission. Enfin, les représentations sociales et les croyances en matière de maladie et de santé peuvent également être un frein à la mise en œuvre du OH dans la mesure où elles amènent les populations à croire que certaines épidémies sont d'origine mystique ou surnaturelle.

Les pesanteurs politico-institutionnelles et économiques se matérialisent par : les déficits de coordination des institutions responsables de l'implémentation de cette approche au Cameroun et des problèmes de leadership, les difficultés d'accès à l'information sanitaire, une faible implication des chercheurs en sciences sociales et humaines, le caractère élitiste de son implémentation et des problèmes d'ordre économique et financier. Il n'existe pas encore une plate-forme consensuelle d'échange officielle pour cette approche au Cameroun, par conséquent, les administrations clés ne sont pas suffisamment impliquées ce qui entraîne la faible appropriation du concept par les parties prenantes, et la faible prise en compte du OH dans les politiques et stratégies sectorielles, ainsi que dans les documents de politiques d'intervention sectorielle des administrations pour résoudre les problèmes de santé publique. Un autre challenge de cette approche est son financement caractérisé par l'insuffisance ou la faible budgétisation de la part des administrations sectorielles, des ressources financières pour la mise en œuvre du OH. Les financements apportés par le Cameroun pour la mise en œuvre de l'approche une santé ne sont toujours pas suffisant et proviennent de l'extérieur.

Ces différentes pesanteurs impactent négativement sur les retombées de l'approche *One Health* au Cameroun. De ce fait, malgré les efforts fournis on assiste à la persistance et la résurgence des épidémies au Cameroun et une faible capacité des acteurs du système de santé à faire face aux nouvelles formes d'épidémies.

Somme toute, s'il est vrai que l'approche *One Health* est confrontée au Cameroun à des pesanteurs socioculturelles, politico-institutionnelles et économiques qui constituent des obstacles ou des freins à son opérationnalisation, il faut néanmoins reconnaître que l'introduction de cette approche entraîne des dynamiques ou un début de transformation du système de santé du pays particulièrement en matière de lutte contre les épidémies et les pandémies qu'il convient dans ce chapitre d'identifier et d'analyser. Ces dynamiques ou transformations sont observables à plusieurs niveaux : au niveau de l'ouverture et de la coopération internationale en matière de lutte contre les épidémies et pandémies, au niveau institutionnel et stratégique, ainsi qu'au niveau infrastructurel et opérationnel.

Au regard de ce qui précède, il faut bien admettre que des pesanteurs d'ordre socioculturel, politico-institutionnel et économique-financier freinent l'opérationnalisation de l'approche *One Health* qui commence néanmoins à impacter positivement le système de santé camerounais et à renforcer son efficacité dans la lutte contre les épidémies.

Au terme de cette étude, nous espérons que ce travail de recherche pourra nourrir des réflexions sur la question et permettre aux pouvoirs publics et aux acteurs du système de santé, de mieux cerner cette question, et d'engager conséquemment des actions pour une réelle opérationnalisation de cette approche au Cameroun. D'autres recherches futures pourront porter par exemple sur la place des communautés locales dans l'opérationnalisation de l'approche *One Health* ; ou une analyse des pratiques institutionnelles en la matière.

Somme toute, au-delà de sa portée sociologique, cette recherche a aussi une utilité sociale ou pratique, car comme le dit le père de la sociologie, Émile DURKHEIM¹⁸⁷ (1986 : 39) : « *Nous estimerions que nos recherches ne méritent pas une heure de peine si elles ne devaient avoir qu'un intérêt spéculatif [...] la science peut nous aider à trouver le sens dans lequel nous devons orienter notre conduite, à déterminer l'idéal vers lequel nous tendons confusément* ». Dans le même ordre d'idée, Jean Marc ELA¹⁸⁸ affirme : « *toute recherche sociologique se doit de produire des connaissances pertinentes et opératoires, capables d'édifier les acteurs sociaux concernés* ». En d'autres termes, les résultats d'une recherche sociologique fondamentale peuvent contribuer à la résolution d'un problème social.

¹⁸⁷ E., DURKHEIM, *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, PUF, 11^e éd, 2002.

¹⁸⁸ J-M, ELA, *Guide pédagogique de formation à la recherche pour le développement en Afrique*, Paris, L'Harmattan, 2001.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

OUVRAGES GÉNÉRAUX

BARDIN Laurence, *L'analyse de contenu*, Paris, PUF, 1977.

BEAUD Michel, *L'art de la thèse. Comment préparer et rédiger une thèse de doctorat, un mémoire de DEA, maîtrise ou tout autre travail universitaire à l'ère du net ?* Paris, La Découverte, 1999.

DAUNAIS Jean-Paul, *l'entretien non directif*, in Benoit Gautier (Ed.), *recherche sociale* 2^e éd, Quebec ; Presse de l'Université du Quebec, 1992.

DURKHEIM Emile, *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, PUF, 11^e éd, 2002.

GHIGLION Rodolphe et MATALON Benjamin, *Les enquêtes sociologiques : Théorie et pratique*, Paris, Armand Colin, 1978.

GRAWITZ Madeleine, *Méthodes des sciences sociales*, Paris, Dalloz, 11^e édition (la 9^e édition a été publiée en 1993), 2021*pratique*, Paris, Armand Colin, 1998.

JODELET Denise, (dir), *Les représentations sociales*, Paris, PUF, 1989.

NDA Pierre, *méthodologie de la recherche. De la problématique à la discussion des résultats*, bidjan, ed universitaires de côte d'ivoire, 3^e éd, 2006.

NGIMA MAWOUNG Godefroy, *L'entretien en science social dans le contexte africain : état des lieux*, in Valentin NGA NDONGO et Emmanuel KAMDEM, *La sociologie aujourd'hui, une perspective africaine* ; Paris, Harmattan, 2010.

QUIVY Raymond et VAN CAMPENDHOUD Luc, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Dumont, 2^e édition, 1995,.

OUVRAGE SPÉCIALISÉS

Fokouo Fogha Jean Valentin et Noubiap Jean Jacques , *La lutte contre la COVID-19 au Cameroun nécessite un second souffle*, Pan Afr Med J. 2020.

JEAN Pierre Olivier de Sardan, RIDDE Valery, *Une politique publique de santé et ses contradictions. La gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali t au Niger*, Paris, Karthala ,2014.

LAURIN, Amélie, *L'approche intégrée « One Health » : protéger le vivant pour prévenir les pandémies*, Le 05 septembre 2021.

Offres, Recours & Accès aux Soins de Santé « Parallèles » en Afrique, Ouvrage collectif en santé mondiale, sous la direction de Yves Bertrand DJOUDA FEUDJIO H. Blaise NGUENDO YONGSI Antoine SOCPA (2015). En Afrique. SCIENCE ET DECOUVERTES.

VIDAL Laurent, *Les professionnels de santé en Afrique de l'Ouest - Entre savoirs et pratiques*, L'Harmattan, février 2005.

ZINSSTAG et al, *One Health, une seule santé. Théorie et pratique des approches intégrées de la santé*, éditions Quæ,2020.

ARTICLES SCIENTIFIQUES

« Fièvre jaune : transission symptoms,pays à risque ,journal des femmes santé article mise à jour le 04/06/20.

ASSIPOLO Laurain, « La Covid-19 au Cameroun : savoir populaire et représentations sociales », Yaoundé , monange, 2021.

BARTHET et ROUCAUTE, *Variole du singe : les pays africains réclament un accès équitable au vaccin*, Publié le 07 juin ,2022.

BAXERRES Carine, EBOKO, « Politiques, acteurs et dynamiques à l'ère de la *Global Health* », Dans *Politique africaine* 2019/4 (n° 156), pages 5 à 20.

Bi Vroh, Seck, 2016, « La mise en œuvre du concept *One Health* est-elle une réalité en Afrique ? », *Santé Publique* 2016/3 (Vol. 28).

- BOUKARY Adbou Razac *et al*, « La tuberculose à *Mycobacterium bovis* en Afrique subsaharienne », *Ann. Med. Vet.*, 2011 p23-37.
- BRESALIER Michael *et al*, « *One Health* dans l'histoire », in ZINSSTAG, *One Health, Une seule santé. Théorie et pratique des approches intégrées de la santé*, coord, coll. « Synthèses », Éditions Quae, 2020.pp.21-40.
- DUHAMEL Stéphanie, « *One Health* - Une seule santé, évaluation d'une approche intégrée en santé », Edition AFD, N°64 avril 2021, p.12.
- EBOKO, Fred, « Vers une matrice de l'action publique en Afrique ? Approche trans-sectorielle de l'action publique en Afrique contemporaine », n° 45, 2015.
- FA, John Emmanuel, NASI Robert, et Nathalie van Vliet, « Viande de brousse, impacts anthropiques et santé humaine dans les forêts tropicales humides : le cas du virus Ebola », *Santé Publique*, vol. 1, no. HS1, 2019, pp. 107-114.
- Gibbs E.P.J) « The evolution of One Health: a decade of progress and challenges for the future [archive] » . *Veterinary Record*, 174(4), 2014, 85-91.
- GIBBS E.P.J. « The evolution of One Health: a decade of progress and challenges for the future », *Vet Rec*, 174:85–91. DOI : 10.1136/vr. 2014, p.143.
- IMBERT Geneviève « L'entretien semi directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie », *Recherches en soins infirmiers*, 2010vol. 3, n° 102, pp. 23-34.
- KECHIDI Med, *La théorie de la structuration: une analyse des formes et des dynamiques organisationnelles*, in *Relations industrielles*, vol.60(2), (2005).pp.348-369.
- LAOUALI Ali *et al*, « Enjeux et contraintes de l'élevage urbain et périurbain des petits ruminants à Maradi au Niger : quel avenir ? », *Revue, Elèv.Méd.Vét Pays trop*, 2003, 56 (1-2) : 73-82.
- SAVOIE-ZAJC Lorraine « L'analyse de données qualitatives : Pratiques traditionnelle et assistée par le logiciel », *NUD/IST, Recherches qualitatives*, n°20, 2000, pp. 99-123.
- SOLANO Philippe, « pour une systématisation de l'approche *One health*- une seule santé le cas des maladies tropicales non négligées », *IRD* ,2014 p1.
- Véronique le jeune, « Peurs et croyances : un obstacle dans la lutte contre Ebola », Publié le 23/09/2014 11 :00.
- WHITTAKER Maxine A, « Chapitre 6 - Le rôle des sciences sociales dans One Health - Bénéfices réciproques », in *One health, Une seule santé, théorie et pratique des approches intégrées de la santé*.pp.99.112.

THÈSES ET MÉMOIRE

MARION Bordier Bouchot Comment mettre en œuvre le concept "*One Health*" pour améliorer la surveillance des dangers sanitaires à l'interface homme-animal-environnement ? 2020 thèse
 Domaine : Sciences du Vivant [q-bio] / Médecine humaine et pathologie, Université de Paris Est.

NGA NDONGO Valentin, L'opinion camerounaise, Paris 10 (Nanterre), Doctorat d'Etat ès lettres et sciences humaines, spécialité sociologie, 1999.

RAPPORTS ET STRATÉGIES NATIONALES

Booster One Health en Afrique en réunissant l'eau, l'assainissement et la conservation de l'eau douce, Publié le 22 mars 2021.

Bulletin une seule sante du Cameroun N002 juillet 2022. Une publication trimestrielle du programme national de prévention et de lutte contre des zoonoses émergentes et re émergentes. La sécurité sanitaire des aliments .la Cameroun célèbre et réfléchit. Sali Ballo.

DENYER Simon, Comprendre la consommation urbaine de viande de pangolin au Cameroun, WILDAID, Fri, February 18,2022.

FAO, « Plateforme « Une seule santé » : Prévenir de nouvelles pandémies grâce à une coordination multisectorielle efficace », CONFÉRENCE RÉGIONALE DE LA FAO POUR L'AFRIQUE, Trente-deuxième session, Malabo (Guinée équatoriale), 11-14 avril 2022.

Gouvernement du Québec, Fiche du terme - Habitude alimentaire, 2023.

Le plan d'action nationale pour la sécurité sanitaire PANSS 2019 .2024.

L'OMSA sous le concept '*One Health*' fondation Vetai,2020.

LOUL Séverin Cartographie des activités et analyse des politiques « *Une seule Santé* » au Cameroun, Juin, 2020.

MIMCHE Honoré, Approches qualitatives des faits de population (collecte et analyse des données qualitatives), Notes de cours, IFORD, Yaoundé 2013.

MISANTE, Plan d'Action pour le Plaidoyer et la Communication sur l'approche « Une Santé », 2016–2018.

MISANTE, Stratégie Nationale « Une Santé » du Cameroun, mars 2012, P.5.

Mise en œuvre du concept *one health* dans les pays du sud
une approche globale pour relever les principaux défis des communautés d'éleveurs document
technique, juin 2020.

NSANGOU Moustapha Moncher, l'approche *One Health* dans la sous-région CEMAC Mai
2021.

OMS, Guide Technique Pour la Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte dans la Région
Africaine, Février 2011.

One Health et Systèmes Vétérinaires en Afrique, Faire le point sur la couverture actuelle, les
besoins et les opportunités pour répondre aux menaces actuelles et changeantes, *Ecohealth*
Alliance, 2022.

PREDICT Consortium. Reducing Pandemic Risk, Promoting Global Health. *One Health*
Institute, University of California, Davis.

2014. http://www.vetmed.ucdavis.edu/ohi/predict/final_report.cfm

UDAID et *One Health* : réduire les risques et conserver la faune sauvage, USAID, septembre
2021.

Une santé Plan d'action conjoint (2022-2026) Agir ensemble pour la santé des humains, des
animaux, des plantes et de l'environnement.

United nation : oms : organisation mondiale de la sante 2013.

USAID, Programme national de prévention et de lutte contre les zoonoses émergentes et re-
émergentes, Mars 2012, p.15.

Vétérinaires Sans Frontières International, Mise en œuvre du concept *one health* dans les pays
du sud une approche globale pour relever les principaux défis des communautés d'éleveurs.
Document technique, juin 2020, p.5.

WEBOGRAPHIE

Alexander Langmuir, « The surveillance of communicable diseases of national importance »,
New England Journal of Medicine, vol. 268, 1963, p. 182-192 (ISSN 0028-4793).

Atangana-Abé J, La gestion de la pandémie de COVID-19 au Cameroun : bilan et
perspectives. *Revue Organisations & territoires*, 30(3), 2021, 121–139.
<https://doi.org/10.1522/revueot.v30n3.1386>.

BERBES-BLAZQUEZ , OESTREICHER ., MERTENS ., ET AL (2014), “Ecohealth and
resilience thinking: a dialog from experiences in research and practice”, *Ecology and Society*,
19(2): 24. [HTTPS://DOI.ORG/10.5751/ES06264-190224](https://doi.org/10.5751/ES06264-190224).

CESARO Jean-Daniel et APOLLONI Andrea, « Élevage et urbanité, dans les villes développées ou en développement, quelles oppositions et quelles complémentarités ? », *Territoire en mouvement Revue de géographie et aménagement* [En ligne], 44-45 | 2020, mis en ligne le 19 février 2020, consulté le 01 août 2023. URL : <http://journals.openedition.org/tem/6131> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/tem.6131>.

DJEUGAP Guedia Amélie Mermoze, « Elevage Urbain : Pratiques Quotidiennes dans les Villes Moyennes de L'ouest-Cameroun ». Doi:10.19044/esj.2020.v16n17p115 URL:<http://dx.doi.org/10.19044/esj.2020.v16n17p115>

Joseph BENIE BI VROH et Ibrahima SECK, « La mise en œuvre du concept one health est-elle une réalité en Afrique ? », *Santé publique*, volume 28 / N°3 - mai-juin 2016, pp. 283-285, <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2016-3-page-283.htm>, [consulté le 13/03/2022].
M. GUIE, M. PEYRE, Le concept « Une seule santé » : une réponse à l'incertitude dans la gouvernance internationale des zoonoses émergentes ? Atelier Cirad/INRA « Systèmes d'information et outils de pilotage du secteur élevage dans les pays du Sud », Montpellier, France, 11-13 juillet 2011. http://agritrop.cirad.fr/572333/1/document_572333.pdf, [consulté le 10/03/2022].

Mieux vaut prévenir que guérir : l'approche « Une seule santé » contre la prochaine pandémie, Logo du Groupe de la Banque mondiale, COMMUNIQUÉS DE PRESSE 24 OCTOBRE 2022.

Priorisation des maladies zoonotiques pour l'engagement intersectoriel au Cameroun Yaoundé .Cameroun 3-4 mars 2016 .

SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE 2019 : LE CAMEROUN VALIDE LE RAPPORT ANNUEL, FAO au Cameroun, 20/02/2020.

USAID <https://WWW.usaid.gov/results-and-data /butget-spending> site officiel consulte le 8 juillet 2024 .

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien semi-directif

GUIDE D'ENTRETIEN ADRESSE AUX ORGANISMES ETATIQUES (MENADER, MINEFOF, MINEPDED, MINEPIA, MINSANTE ...)

Chers monsieur /Chère Madame, je suis Rosette NGUEGUIM MATSADENG, étudiante en Master II sociologie, spécialité : population et développement à l'Université de Yaoundé 1. Dans le cadre de la rédaction de mon mémoire de Master, je mène une recherche portant sur : « *L'APPROCHE ONE HEALTH DANS LES POLITIQUES DE LUTTE CONTRE LES ÉPIDÉMIES AU CAMEROUN : ENJEUX, STRACTÉGIES ET PESANTEURS* ».

L'objectif principal de cette étude est d'analyser les mécanismes et les difficultés rencontrées dans l'opérationnalisation de l'approche « *One health* » dans les politiques de lutte contre les épidémies au Cameroun. Pour mener à bien mon travail, je vous prie de répondre aux questions avec plus d'objectivité. Je vous garantis la confidentialité de votre identité.

I. IDENTIFICATION DU RÉPONDANT

Noms et Prénoms (facultatif).....

Statut ou Fonction.....

Date.....

Durée.....

Lieu de l'entretien.....

II. L'APPROCHE ON HEALTH AU CAMEROUN : L'ETAT DE LIEUX

1. C'est quoi l'approche *One health* ? Quels sont les objectifs de cette approche ? et comment procède-t-elle ?
2. Quelles sont les raisons qui ont conduit à l'implémentation de l'approche *One health* au Cameroun ?

3. A quel moment a-t-on commencé à parler de cette approche au Cameroun ?
4. Quelle est la situation actuelle de la mise en œuvre de l'approche *One Health* au Cameroun ?
5. A partir de quel élément ou quel indicateur faites-vous cette appréciation de la situation du *One Health* au Cameroun ?
6. Avez-vous idée des bonnes pratiques en matière du *One Health* dans d'autres pays d'Afrique et du monde ?
7. Quelles sont les actions menées dans votre ministère pour promouvoir cette approche au Cameroun ?

III. ACTEURS ET MECANISMES DE MISE EN ŒUVRE DU *ONE HEALTH* AU CAMEROUN

8. Quels sont les acteurs impliqués dans la mise en œuvre de l'approche *One Health* au Cameroun et quels sont leurs rôles respectifs ?
9. Que pensez-vous de cette approche ?
10. Comment cette approche est-elle pensée ?
11. Quelles sont les ressources qui sont mobilisées pour la mise en œuvre de cette approche ?
12. Quelles sont les différentes stratégies et mécanismes de mise en œuvre du *One Health* au Cameroun ?
13. Quelles appréciations faites-vous de ces stratégies et mécanismes ?

IV. LES PESANTEURS DE LA MISE EN ŒUVRE DE L'APPROCHE *ONE HEALTH* AU CAMEROUN

14. Existe-t-il un lien entre la persistance et la récurrence des épidémies et la mise en œuvre de l'approche *One health* ?
15. Quelles sont les pesanteurs institutionnelles et politiques de la mise en œuvre du *one health* au Cameroun ?
16. Quels sont les obstacles d'ordre socioculturels à la mise en œuvre du *One Health* au Cameroun ?
17. Quels sont les autres obstacles qui entravent la mise en œuvre du *One health* au Cameroun ?

V. ETUDE DE CAS DE LA MISE EN ŒUVRE DE L'APPROCHE *ONE HEALTH* AU CAMEROUN

18. Du point de vue de l'approche « One Health » quelle était la politique déployée pour lutter contre la covid-19 au Cameroun ?
19. Quels sont les différents acteurs qui ont été mobilisés dans ce sens ?
20. Comment étaient-ils structurés, organisés et coordonnés ? Et quel était leur rôle respectif ?
21. Quels sont les résultats concrets de l'approche « One Health » dans la lutte contre la covid-19 au Cameroun ?
22. Qu'est-ce qui a fait la force de cette approche par rapport aux approches classiques de lutte contre les épidémies ?
23. Quelles sont les limites de la mise en œuvre de cette approche ? (Au niveau stratégiques, intermédiaires et opérationnelles)

VI. ATTENTES ET PERSPECTIVES DE LA MISE EN ŒUVRE DE L'APPROCHE « *ONE HEALTH* » AU CAMEROUN

24. Quelle idée pouvez-vous suggérer afin de faciliter la mise en œuvre de l'approche « *one health* » au Cameroun ?
25. Quelles sont les zones/quartiers à risque de zoonoses dans la ville de Yaoundé ?

SVP Avez-vous autres choses à ajouter ?

Avez-vous des documents ou des rapports que nous pouvons consulter dans le cadre de cette étude ?

S'il vous plait est-il possible d'avoir votre contact ?

NOUS VOUS REMERCIONS POUR VOTRE DISPONIBILITE

GUIDE D'ENTRETIEN ADRESSE AUX ORGANISMES NON ETATIQUES
(OMS,FAO,OIE,LA GIZ ,ONG...)

Chers monsieur /Chère Madame, je suis Rosette NGUEGUIM MATSADENG, étudiante en Master II sociologie, spécialité : population et développement à l'Université de Yaoundé 1. Dans le cadre de la rédaction de mon mémoire de Master, je mène une recherche portant sur : « *L'APPROCHE ONE HEALTH DANS LES POLITIQUES DE LUTTE CONTRE LES ÉPIDÉMIES AU CAMEROUN : ENJEUX, STRACTÉGIES ET PESANTEURS* ».

L'objectif principal de cette étude est d'analyser les mécanismes et les difficultés rencontrées dans l'opérationnalisation de l'approche « *One health* » dans les politiques de lutte contre les épidémies au Cameroun. Pour mener à bien mon travail, je vous prie de répondre aux questions avec plus d'objectivité. Je vous garantis la confidentialité de votre identité.

III. IDENTIFICATION DU RÉPONDANT

Noms et Prénoms (facultatif).....

Statut ou Fonction.....

Date.....

Durée.....

Lieu de l'entretien.....

IV. L'APPROCHE *ON HEALTH* AU CAMEROUN : L'ETAT DE LIEUX

26. C'est quoi l'approche « *One health* » ? Quels sont les objectifs de cette approche ? et comment procède-t-elle ?

27. Quelles sont les raisons qui ont conduit à l'implémentation de l'approche « *One health* » au Cameroun ?

28. A quel moment a-t-on commencé à parler de cette approche au Cameroun ?

29. Quelle est la situation actuelle de la mise en œuvre de l'approche « *One Health* » au Cameroun ?

30. A partir de quel élément ou quel indicateur faites-vous cette appréciation de la situation du « *One Health* » au Cameroun ?

31. Avez-vous idée des bonnes pratiques en matière du « *One Health* » dans d'autres pays d'Afrique et du monde ?
32. Quelles sont les actions menées dans votre organisation pour promouvoir cette approche au Cameroun ?

III. ACTEURS ET MECANISMES DE MISE EN ŒUVRE DU *ONE HEALTH* AU CAMEROUN

33. Quels sont les acteurs impliqués dans la mise en œuvre de l'approche « *One Health* » au Cameroun et quels sont leurs rôles respectifs ?
34. Que pensez-vous de cette approche ?
35. Comment cette approche est-elle pensée ?
36. Quelles sont les ressources qui sont mobilisées pour la mise en œuvre de cette approche ?
37. Quelles sont les différentes stratégies et mécanismes de mise en œuvre du « *One Health* » au Cameroun ?
38. Quelles appréciations faites-vous de ces stratégies et mécanismes ?

IV. LES PESANTEURS DE LA MISE EN ŒUVRE DE L'APPROCHE *ONE HEALTH* AU CAMEROUN

39. Existe-t-il un lien entre la persistance et la récurrence des épidémies et la mise en œuvre de l'approche « *One health* » ?
40. Quelles sont les pesanteurs institutionnelles et politiques de la mise en œuvre du « *one health* » au Cameroun ?
41. Quels sont les obstacles d'ordre socioculturels à la mise en œuvre du « *One Health* » au Cameroun ?
42. Quels sont les autres obstacles qui entravent la mise en œuvre du « *One health* » au Cameroun ?

VII. ETUDE DE CAS DE LA MISE EN ŒUVRE DE L'APPROCHE *ONE HEALTH* AU CAMEROUN

43. Du point de vue de l'approche « *One Health* » quelle était la politique déployée pour lutter contre la covid-19 au Cameroun ?
44. Quels sont les différents acteurs qui ont été mobilisé dans ce sens ?
45. Comment étaient-ils structurés, organisés et coordonnés ? Et quel était leur rôle respectif ?
46. Quels sont les résultats concrets de l'approche « *One Haelth* » dans la lutte contre la covid-19 au Cameroun ?
47. Qu'est-ce qui a fait la force de cette approche par rapport aux approches classiques de lutte contre les épidémies ?
48. Quelles sont les limites de la mise en œuvre de cette approche ? (Au niveau stratégiques, intermédiaires et opérationnelles)

VIII. ATTENTES ET PERSPECTIVES DE LA MISE EN ŒUVRE DE L'APPROCHE *ONE HEALTH* AU CAMEROUN

49. Quelle idée pouvez-vous suggérer afin de faciliter la mise en œuvre de l'approche « *one health* » au Cameroun ?
50. Quelles sont les zones/quartiers à risque de zoonoses dans la ville de Yaoundé ?

SVP Avez-vous autres choses à ajouter ?

Avez-vous des documents ou des rapports que nous pouvons consulter dans le cadre de cette étude ?

S'il vous plait est-il possible d'avoir votre contact ?

NOUS VOUS REMERCIONS POUR VOTRE DISPONIBILITE

GUIDE D'ENTRETIEN ADRESSE AUX POPULATIONS

Chers monsieur /Chère Madame, je suis Rosette NGUEGUIM MATSADENG, étudiante en Master II sociologie, spécialité : population et développement à l'Université de Yaoundé 1. Dans le cadre de la rédaction de mon mémoire de Master, je mène une recherche portant sur : « *L'APPROCHE ONE HEALTH DANS LES POLITIQUES DE LUTTE CONTRE LES ÉPIDÉMIES AU CAMEROUN : ENJEUX, STRACTÉGIES ET PESANTEURS* ».

L'objectif principal de cette étude est d'analyser les mécanismes et les difficultés rencontrées dans l'opérationnalisation de l'approche « *One health* » dans les politiques de lutte contre les épidémies au Cameroun. Pour mener à bien mon travail, je vous prie de répondre aux questions avec plus d'objectivité. Je vous garantis la confidentialité de votre identité.

V. IDENTIFICATION DU RÉPONDANT

Noms et Prénoms

Statut ou Fonction.....

Date.....

Durée.....

Lieu de l'entretien.....

VI. CONNAISSANCE ET PERCEPTION SUR L'APPROCHE *ONE HEALTH*

51. Avez-vous déjà entendu parler du « *One health* » ou de l'approche *une seule santé* ? Si oui par quel canal ?

52. Savez-vous que plusieurs maladies proviennent du contact entre les hommes, les animaux et leur environnement ? Si oui pouvez-vous citer certaines de ces maladies ?

VII. QUOTIDIEN DES POPULATIONS AVEC LES ANIMAUX

53. Etes-vous conscient des risques de santé auxquels vous êtes exposés en vivant à côté de l'abattoir /de la ferme/ des chauves sauris ? Si oui, de quels risques s'agit-il ?

54. Avez-vous été victimes ou témoin des cas de personnes tombées malades parce qu'ils vivent à côté des animaux ou dans ce quartier ?
55. Quels sont selon vous les comportements à risques adoptés par les populations envers les animaux ?
56. Que faites-vous à votre niveau pour réduire ces risques ?
57. Avez-vous été informés ou sensibilisés sur l'existence de ces risques ? Si oui, par qui ?
58. Avez-vous déjà reçu une note formelle des autorités vous demandant de libérer ou quitter cette zone ? Si oui pourquoi n'avez-vous pas obéi ?

VIII. HABITUDES ALIMENTAIRES

59. Consommez-vous habituellement les viandes de brousse et les produits issus des animaux ?
60. Pensez-vous qu'il existe des risques sanitaires liées à la consommation de ces aliments ?
61. Prenez-vous souvent des précautions sanitaires quand vous cuisiné ou préparer ces viandes ? Si oui lesquels ?

SVP Avez-vous autres choses à ajouter ?

NOUS VOUS REMERCIONS POUR VOTRE DISPONIBILITE

GUIDE D'ENTRETIEN FERMES, ABATTOIRS ET MARCHES D'ANIMAUX

Chers monsieur /Chère Madame, je suis Rosette NGUEGUIM MATSADENG, étudiante en Master II sociologie, spécialité : population et développement à l'Université de Yaoundé 1. Dans le cadre de la rédaction de mon mémoire de Master, je mène une recherche portant sur : « *L'APPROCHE ONE HEALTH DANS LES POLITIQUES DE LUTTE CONTRE LES ÉPIDÉMIES AU CAMEROUN : ENJEUX, STRACTÉGIES ET PESANTEURS* ».

L'objectif principal de cette étude est d'analyser les mécanismes et les difficultés rencontrées dans l'opérationnalisation de l'approche « *One health* » dans les politiques de lutte contre les épidémies au Cameroun. Pour mener à bien mon travail, je vous prie de répondre aux questions avec plus d'objectivité. Je vous garantis la confidentialité de votre identité.

IX. IDENTIFICATION DU RÉPONDANT

Noms et Prénoms

Statut ou Fonction.....

Date.....

Durée.....

Lieu de l'entretien.....

X. CONNAISSANCE ET PERCEPTION SUR L'APPROCHE *ONE HEALTH*

62. Avez-vous déjà entendu parler du « *One health* » ou de l'approche *une seule santé* ? Si oui par quel canal ?

63. Savez-vous que plusieurs maladies proviennent du contact entre les hommes, les animaux et leur environnement ? Si oui pouvez-vous citer certaines de ces maladies ?

XI. RAPPORT AUX ANIMAUX

64. Etes-vous conscients des risques de santé auxquels vous êtes exposés en travaillant dans une ferme / un abattoir/ un marchés à animaux ? Si oui lesquels ?

65. Avez-vous été victimes ou témoin des cas de personnes tombées malades parce qu'ils travaillaient ici ?

66. Quels sont les dispositions prises pour éviter la transmission des maladies des animaux aux hommes au sein de la ferme/ de l'abattoir / du marché ?

67. Pensez-vous que ces dispositions sont efficaces ? Pourquoi ?

68. Quels sont selon vous les comportements à risques adoptés par vos collègues ou vous envers les animaux ?

69. Avez-vous été sensibilisés ou formés sur l'existence de ces risques ? Si oui, par qui ?

70. Quels sont selon vous les risques de maladies transmissent de l'animal à l'homme que courent les populations vivant au tour de la ferme/ de l'abattoir / du marché ?

SVP Avez-vous autres choses à ajouter ?

NOUS VOUS REMERCIONS POUR VOTRE DISPONIBILITÉ

Annexe 2 : Liste des informateurs

N°	Noms	Statuts/fonctions	Jours d'entretiens	Lieux
1	A1	infirmière vétérinaire	28.07.22	zoo de mvog-betsi
2	A2	Etudiante	03.08.22	Mvog-betsi
3	A3	Fermier	07/04/23	Mfou
4	A4	Fermier	07/04/23	Mfou
5	A5	Facilitateur	05/04/23	L'Education
6	A6	CT OH de la GIZ	04.08.22	GIZ bastos derrière usine
7	A7	CT du ministère de l'environnement	05.09.22 et le 12.09.22	ministère de l'environnement
8	A8	Fermier	07/04/23	Mfou
9	A9	Eleveur	07/04/23	Mfou
10	A10	vétérinaire consultant à l'OMS	19.09.22	OMS bastos
11	A11	fermier	07/04/23	Mfou
12	A12	Biologiste	21.07.22	LANAVET
13	A13	conservateur du zoo	01.08.22	zo o de Mvog-betsi
14	A14	Ecologue de la sante	22/07/22	CREMER
15	A15	épidémiologiste A LA FAO	21.09.22	la FAO Bastos

16	A16	médecin à la direction des lutttes contre les épidémies et pandémies	17.08.22	direction des lutttes contre les épidémies et pandémies
17	A17	Fermier	07/04/23	Mfou
18	A 18	Étudiante	03.08.22	Mvog-betsi
19	A19	Vétérinaire	05.08.22	chez elle à la cite verte
20	A20	Esthéticienne	03.08.22	Mvog-betsi,
21	A21	Commerçant	05/04/23	Melen
22	A22	Employé à yoomee	05/04/23	Education
23	A 23	Vétérinaire	06/04/23	Marche du 8 ^e
24	A24	chef service régional des services vétérinaires au MINPIA	22.07.22	MINPIA
25	A25	Commerçant	03.08.22	Mvog-betsi,
26	A26	Responsable suivi évaluation programme zoonose	01.08.22	programme zoonose mvog-betsi,
27	A27	Bouche	06/04/23	Marche du 8 ^e
28	A28	Retraite	05/04/23	Melen
29	A29	Bouche	06/04/23	Marche du 8 ^e

Annexes 3

<p>REPUBLIQUE DU CAMEROUN ----- MINISTERE DE L'ELEVAGE, DES PECHEES ET DES INDUSTRIES ANIMALES ----- SECRETARIAT GENERAL <i>ouf</i> ----- DIRECTION DES SERVICES VETERINAIRES <i>b</i> -----</p>	<p>REPUBLIC OF CAMEROON ----- MINISTRY OF LIVESTOCK, FISHERIES AND ANIMAL INDUSTRIES ----- GENERAL SECRETARIAT ----- DEPARTMENT OF VETERINARY SERVICES <i>pa</i> -----</p>
--	--

Décision N° **00032** /MINEPIA/SG/DSV/SDPSC/du **11 MAR 2011** portant constatation
 de la composition du Comité chargé de l'élaboration du Programme National de Contrôle et de
 Lutte contre les Zoonoses Emergentes et Ré-émergentes

LE MINISTRE DE L'ELEVAGE, DES PECHEES ET DES INDUSTRIES ANIMALES,

Vu la Constitution,

Vu Le Décret n° 2004/320 du 08 décembre 2004 portant organisation du Gouvernement,
modifié et complété par le décret n°2007/268 du 07 Septembre 2007 ;

Vu le Décret n° 2007/269 du 07 septembre 2007 portant formation du Gouvernement ;

Vu le Décret n° 2005/152 du 04 mai 2005 portant organisation du Ministère de l'Elevage, des
Pêches et des Industries Animales ;

Vu Le décret n°2009/223 du 30 juin 2009 portant réaménagement du Gouvernement ;

Vu L'Arrêté n°070/PM du 28 Avril 2008 portant création d'un comité chargé de l'élaboration
du programme national de contrôle et de lutte contre les zoonoses émergentes et ré-
émergentes ;

Considérant les nécessités de service,

DECIDE

Article 1^{er}: Il est constaté ainsi qu'il suit, la composition du Comité chargé de l'élaboration du
programme national de contrôle et de lutte contre les zoonoses émergentes et ré-émergentes

- Président
Madame **OULI NDONGO Monique** ; Secrétaire Général du Ministère de l'Elevage, des
Pêches et des Industries Animales ;

- Vice Président
M. **KOULAGNA KOUTOU Denis** ; Secrétaire Général du Ministère des Forêts et de la
Faune

- Secrétaires
Dr **BASCHIROU DEMSA MOUSSA** ; Directeur des Services Vétérinaires
M. **TABI Philip TAKO-ETA** ; Directeur de la Faune et des Aires protégées

- Membres

Représentant du Ministère de l'Agriculture et du Développement Rural

M. ENYENGUE ATEBA Michel

Représentant du Ministère de la Recherche Scientifique et de l'Innovation

Dr TANYA Vincent.

Représentant du Ministère de la Santé Publique ;

Dr YOMOG Mathieu

Représentant du Ministère de l'Environnement et de la Protection de la Nature

M. ADAMA Salifou

Représentant du Ministère du Tourisme;

Mme Angeline Florence NGOMO

Représentant du Ministère des Finances

M. NGOUH Salifou

Représentant du Ministère de l'Economie, de la Planification et de l'Aménagement
du Territoire

Mme MEZOE Rose Carine

Le Chef de la Division des Etudes, des Statistiques et de la Coopération au Ministère
de l'Elevage, des Pêches et des Industries Animales ;

Mme WEULASSAGOU Renée Degrâce

Le Chef de Division de la Coopération au Ministère des Forêts et de la Faune;

Mme EHEHT Victorine

Le Représentant du Réseau National d'Epidémiosurveillance des maladies animales

Dr LOUL Séverin

Représentant de l'Ordre National des Vétérinaires du Cameroun

Dr FOTSO KAMGA Zéphyrin

Trois Représentants des Organisations Non Gouvernementales de Protection de la Faune
et partenaires au MINFOF

WWF

WCS

UICN

Le Représentant du Syndicat des Guides de chasses du Cameroun

M. KOURYANA Esaie

Article 2 : Le Président du Comité peut à titre consultatif et en tant que de besoin, inviter toutes personnes à prendre part aux travaux en raison de ces compétences sur la question à examiner.

Article 3 : Les fonctions de Président et de membre du comité sont gratuites toutefois, ils peuvent bénéficier des frais de cessions et de missions.

Article 4 : La présente décision sera enregistrée et communiquée partout ou besoin sera./.

Yaoundé, le **11 MAR 2011**

AMPLIATIONS:

- PM/SG
- MINEPIA/CAB
- MINEPIA/SG
- INTERESSES
- CHRONO
- ARCHIVES

**Le Ministre de l'Elevage, des Pêches et
des Industries Animales**



- Le Chef de la Division des Etudes, des Statistiques et de la Coopération au Ministère de l'Elevage, des Pêches et des Industries Animales ; ✓
- Le Chef de la Division de la Coopération au Ministère des Forêts et de la Faune ;
- Le Représentant du Réseau National d'Epidémiologie au Ministère de l'Elevage, des Pêches et des Industries Animales ;
- Un représentant de l'Ordre National des Vétérinaires du Cameroun ;
- Trois (03) représentants des Organisations non gouvernementales de protection de la faune et partenaires du Ministère des Forêts et de la Faune ;
- Un représentant du Syndicat des Guides de chasse du Cameroun.

(2) Le Directeur des Services Vétérinaires au Ministère de l'Elevage, des Pêches et des Industries Animales et le Directeur de la Faune et des Aires Protégées au Ministère des Forêts et de la Faune assurent le Secrétariat du Comité.

Article 4.- Le Comité se réunit en tant que de besoin sur convocation de son Président.

Article 5.- Le Président du Comité peut, à titre consultatif et en tant que de besoin, inviter toute personne à prendre part aux travaux en raison de ses compétences sur les questions à examiner.

Article 6.- (1) Les frais de fonctionnement du Comité sont imputés aux budgets du Ministère de l'Elevage, des Pêches et des Industries Animales et du Ministère des Forêts et de la Faune.

(2) Le Comité peut en outre bénéficier des contributions des partenaires au développement.

Article 7.- Les fonctions de Président et de membre du Comité sont gratuites. Toutefois, ils peuvent bénéficier des frais de cessions dont le montant est fixé conjointement par les Ministres chargés de l'Elevage, des Pêches et des Industries Animales, des Forêts et de la Faune.

Article 8.- Le mandat du Comité prend fin dès la mise en place des structures de gestion du programme national de contrôle et de lutte contre les zoonoses émergentes et ré-émergentes de la Faune Sauvage.

Article 9.- Le Ministre de l'Elevage, des Pêches et des Industries Animales et le Ministre des Forêts et de la faune sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'application du présent arrêté qui sera enregistré, publié suivant la procédure d'urgence, puis inséré au Journal Officiel en français et en anglais. /-

Yaoundé, le 28 AVR 2008

LE PREMIER MINISTRE,
CHEF DU GOUVERNEMENT,


INONI Ephraïm



Ministère de l'Elevage, des Pêches et des Industries Animales
Direction Vétérinaire
Service de l'Enregistrement
Yaoundé, le 28/04/08
N° 00184

REPUBLICQUE DU CAMEROUN

PAIX - TRAVAIL - PATRIE

ARRETE N° 070 /PM DU 20 AVR 2008

portant création d'un Comité chargé de l'élaboration du programme national de contrôle et de lutte contre les zoonoses émergentes et ré-émergentes de la faune sauvage.

LE PREMIER MINISTRE, CHEF DU GOUVERNEMENT,

- Vu la Constitution ;
- Vu la loi n°94/01 du 20 janvier 1994 portant régime portant régime des forêts, de la faune et de la pêche ;
- Vu la loi n° 2000/17 du 19 décembre 2000 portant réglementation de l'inspection sanitaire vétérinaire ;
- Vu la loi n° 2001/006 du 16 avril 2001 portant nomenclature et règlement zoosanitaire des maladies du bétail réputées légalement contagieuses et à déclaration obligatoire ;
- Vu le décret n° 2004/320 du 08 décembre portant organisation du Gouvernement, modifié et complété par le décret n° 2007/268 du 07 septembre 2007 ;
- Vu le décret n°2004/321 du 08 décembre 2004 portant nomination d'un Premier Ministre,

ARRETE :

Article 1^{er}. - Il est créé, à compter de la date de signature du présent arrêté, un Comité chargé de l'élaboration du programme national de contrôle et de lutte contre les zoonoses émergentes et ré-émergentes de la faune sauvage, ci-après désigné le « Comité ».

Article 2. - Le Comité qui est placé sous l'autorité du Ministre de l'Elevage, des Pêches et des Industries Animales est chargé de :

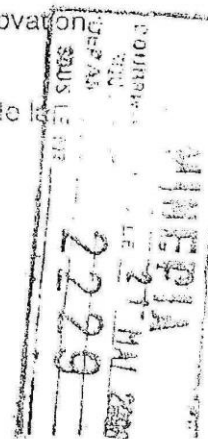
- l'élaboration du programme national de contrôle et de lutte contre les zoonoses émergentes et ré-émergentes sur la Faune ;
- l'identification des sources de financement.

Article 3. - (1) Le Comité se compose ainsi qu'il suit :

- **Président :** Le Secrétaire Général du Ministère de l'Elevage, des Pêches et des Industries Animales.
- **Vice-Président :** Le Secrétaire Général du Ministère des Forêts et de la Faune.

Membres :

- Un représentant du Ministère de l'Agriculture et du Développement Rural ;
- Un représentant du Ministère de la Recherche Scientifique et de l'Innovation ;
- Un représentant du Ministère de la Santé Publique ;
- Un représentant du Ministère de l'Environnement et de la Protection de la Nature ;
- Un représentant du Ministère du Tourisme ;
- Un représentant du Ministère des Finances ;
- Un représentant du Ministère de l'Economie, de la Planification et de l'Aménagement du territoire ;



- Le Chef de la Division des Etudes, des Statistiques et de la Coopération au Ministère de l'Elevage, des Pêches et des Industries Animales ; ✓
- Le Chef de la Division de la Coopération au Ministère des Forêts et de la Faune ;
- Le Représentant du Réseau National d'Epidémiologie au Ministère de l'Elevage, des Pêches et des Industries Animales ;
- Un représentant de l'Ordre National des Vétérinaires du Cameroun ;
- Trois (03) représentants des Organisations non gouvernementales de protection de la faune et partenaires du Ministère des Forêts et de la Faune ;
- Un représentant du Syndicat des Guides de chasse du Cameroun.

(2) Le Directeur des Services Vétérinaires au Ministère de l'Elevage, des Pêches et des Industries Animales et le Directeur de la Faune et des Aires Protégées au Ministère des Forêts et de la Faune assurent le Secrétariat du Comité.

Article 4.- Le Comité se réunit en tant que de besoin sur convocation de son Président.

Article 5.- Le Président du Comité peut, à titre consultatif et en tant que de besoin, inviter toute personne à prendre part aux travaux en raison de ses compétences sur les questions à examiner.

Article 6.- (1) Les frais de fonctionnement du Comité sont imputés aux budgets du Ministère de l'Elevage, des Pêches et des Industries Animales et du Ministère des Forêts et de la Faune.

(2) Le Comité peut en outre bénéficier des contributions des partenaires au développement.

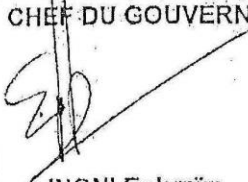
Article 7.- Les fonctions de Président et de membre du Comité sont gratuites. Toutefois, ils peuvent bénéficier des frais de cessions dont le montant est fixé conjointement par les Ministres chargés de l'Elevage, des Pêches et des Industries Animales, des Forêts et de la Faune.

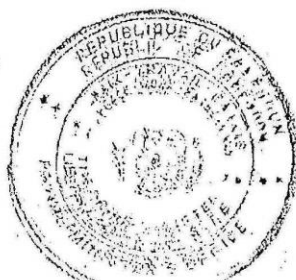
Article 8.- Le mandat du Comité prend fin dès la mise en place des structures de gestion du programme national de contrôle et de lutte contre les zoonoses émergentes et ré-émergentes de la Faune Sauvage.

Article 9.- Le Ministre de l'Elevage, des Pêches et des Industries Animales et le Ministre des Forêts et de la faune sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'application du présent arrêté qui sera enregistré, publié suivant la procédure d'urgence, puis inséré au Journal Officiel en français et en anglais.-

Yaoundé, le 28 AVR 2008

LE PREMIER MINISTRE,
CHEF DU GOUVERNEMENT,


INONI Ephraïm



Ministère de l'Elevage, des Pêches et des Industries Animales
Direction Vétérinaire
Yaoundé, le 25/08/08
N° 00184

RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix – Travail – Patrie

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I

FACULTÉ DES ARTS, LETTRES
ET SCIENCES HUMAINES

DÉPARTEMENT DE SOCIOLOGIE

BP : 755 Yaoundé

Siège : Bâtiment Annexe FALSH-UYI, à côté AUF

E-mail : depart.socio20@gmail.com



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace – Work – Fatherland

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF ARTS, LETTERS
AND SOCIAL SCIENCES

DEPARTMENT OF SOCIOLOGY

ATTESTATION DE RECHERCHE

Je soussigné, Professeur **LEKA ESSOMBA Armand**, Chef de Département de Sociologie de l'Université de Yaoundé I, atteste que l'étudiante **NGUEGUIM MATSADENG Rosette**, Matricule **17D279**, est inscrite en Master, option Population et développement. Elle effectue, sous la direction du **Professeur BIOS NELEM Christian** un travail de recherche sur le thème : « *L'approche « One Health » dans les politiques de luttres contre les épidémies au Cameroun : stratégies, enjeux et pesanteurs* ».

Je vous serais reconnaissant de lui fournir toute information non confidentielle, susceptible de l'aider dans cette recherche.

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

Fait à Yaoundé, le 27 AVR 2022

Le Chef de Département



Armand LEKA ESSOMBA
Maître de Conférences

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

SECRETARIAT GENERAL

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

N° D30-1071 /L/MINSANTE/SG/DRH/SDDRH/SFS

Réf: V/L du 25/07/2022

REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

SECRETARIAT GENERAL

DEPARTMENT OF HUMAN RESOURCES

Yaoundé, le **21 SEPT 2022**

LE MINISTRE

A

Madame NGUEGUIM MATSADENG Rosette

**Etudiante en Master en Sociologie de la
Population de l'Université de Yaoundé I**

Tel : 697 672 332/671 990 937

**Objet : obtention d'un mandat
de recherche.**

Madame,

Faisant suite à votre correspondance dont la référence et l'objet sont repris en marge,

J'ai l'honneur de vous faire connaître que, vous êtes autorisée à mener des recherches sur le thème « l'approche *One Health* dans les politiques de lutttes contre les épidémies au Cameroun : stratégies, enjeux et pesanteurs » au sein de mon département ministériel.

A cet effet, vous voudrez bien prendre attache avec la Direction de la Lutte contre la Maladie, les Epidémies et Pandémies pour les modalités d'encadrement de vos travaux de recherche.

Veuillez agréer, **Madame**, l'assurance de ma considération distinguée.

Copies :

- DLMEP
- SDDRH

*Vous Mme Emah
697 67 63 06
Jue E
06/10/2022*



POUR LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET PAR DELEGATION
LE SECRETAIRE GENERAL

Pr. NJOCK LOUIS RICHARD

Mlle NGUEGUIM
 MATSADENG Rosette
 697672332 / 671990937
 rosettengueguim9@gmail.com

Yaoundé le 25 Juillet 2021

P.309

A

Son Excellence Monsieur Le Ministre de la
 Santé Publique

Objet Demande d'autorisation.

Excellence Monsieur Le Ministre,

REPUBLIQUE DU CAMEROUN	
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE	
Sous-Direction de l'Accueil, du Courrier et de Liaison	
Arrivée le:	27 JUIL 2022
Sous le N°:	DRH-3038
Sortie le:	27 JUIL 2022
Destination:	DRH
Classé le:	28/07/22

Dans le cadre de la rédaction de mon mémoire de master II en Sociologie de la population et du développement à l'Université de Yaoundé I, intitulée « *L'APPROCHE ONE HEALTH DANS LES POLITIQUES DE LUTTE CONTRE LES ÉPIDÉMIES AU CAMEROUN : ENJEUX, STRATÉGIES ET PESANTEURS* », je viens par la présente, auprès de votre très haute personnalité, solliciter une autorisation d'accès aux archives et à la documentation y relative de votre département ministériel ainsi que de récolter des données (réaliser des entretiens avec les points focaux *One Health* du MINSANTE) tant au niveau de l'administration centrale que déconcentrée durant les périodes et les heures les plus adéquates afin de ne pas déranger le bon déroulement de votre administration.

En exprimant à l'avance notre plus vive gratitude, convaincu que cette recherche permettra d'apporter une modeste contribution aux questions de santé au Cameroun, et assuré de l'intérêt que vous portez à ces questions, je vous prie de recevoir, Excellence Monsieur le Ministre, l'assurance de notre profond respect et de notre dévouement.

P.J

- Attestation de recherche du Chef de Département de Sociologie
- Liste de sélection en master.

(Signature)

NGUEGUIM Rosette

Mlle NGUEGUIM
 MATSADENG Rosette
 697672332 / 671990937
 rosettengueguim9@gmail.com

Yaoundé le 02 Aout 2021



A
 Monsieur Le directeur général de la GIZ au
 Cameroun

02 AOUT 2022

Objet Demande d'autorisation de recherche

Monsieur Le directeur,

Dans le cadre de la rédaction de mon mémoire de master II en Sociologie de la population et du développement à l'Université de Yaoundé I, intitulée « *L'APPROCHE ONE HEALTH DANS LES POLITIQUES DE LUTTE CONTRE LES ÉPIDÉMIES AU CAMEROUN : ENJEUX, STRATÉGIES ET PESANTEURS* », je viens par la présente, auprès de votre très haute personnalité, solliciter une autorisation d'accès aux archives et à la documentation y relative de votre organisation ainsi que de récolter des données (réaliser des entretiens avec les points focaux *One Health* de la GIZ) durant les périodes et les heures les plus adéquates afin de ne pas déranger le bon déroulement de votre direction.

En exprimant à l'avance notre plus vive gratitude, convaincu que cette recherche permettra d'apporter une modeste contribution aux questions de santé au Cameroun, et assuré de l'intérêt que vous portez à ces questions, je vous prie de recevoir, Monsieur le directeur, l'assurance de notre profond respect et de notre dévouement.

P.J.:

- Attestation de recherche du Chef de Département de Sociologie
- Liste de sélection en master.

NGUEGUIM Rosette

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix-Travail-Patrie

MINISTERE DES FORETS ET DE LA FAUNE

SECRETARIAT D'ETAT

SECRETARIAT GENERAL

DIRECTION DES AFFAIRES GENERALES (Pis) 17

SOUS DIRECTION DES PERSONNELS,
DE LA SOLDE ET DES PENSIONS

SERVICE DU PERSONNEL

BUREAU DE LA FORMATION

N° 4521 /L/MINFOF/SETAT/SG/DAG/SDPSP/SP/BFORM/TB



BP : 34430
Yaoundé

REPUBLIC OF CAMEROON
Peace-Work-Fatherland

MINISTRY OF FORESTRY AND WILDLIFE

SECRETARIAT OF STATE

SECRETARIAT GENERAL

DEPARTMENT OF GENERAL AFFAIRS

SUB DEPARTMENT IN CHARGE OF PERSONNEL,
SALARIES AND PENSIONS

PERSONNEL SERVICE

TRAINING OFFICE

Yaoundé le

10 AUG 2022

LE MINISTRE

A

Madame NGUEGUIM MATSADENG Rosette,
étudiante inscrite en Master II option : « Population et
Développement »

S/C

Le Doyen de la Faculté des Arts, Lettres et Sciences
Humaines de l'Université de Yaoundé I

Email : rosettengueguim9@gmail.com

Tel : 697 672 332 / 671 990 937

Objet : autorisation de recherche

Madame,

-YAOUNDE-

Comme suite à la correspondance dont l'objet et la référence sont repris en marge,

J'ai l'honneur de vous faire connaître que je marque mon accord pour que vous effectuiez une collecte de données pour une période d'un (1) mois au Service des Archives et de la Documentation, nécessaire à l'analyse de votre thème de recherche intitulé : « L'approche « One Health » dans les politiques de luttés contre les épidémies au Cameroun : stratégies, enjeux et pesanteurs », du **mardi 16 août au vendredi 16 septembre 2022.**

Dès réception de la présente, vous devrez bien prendre attache avec ladite structure pour les modalités pratiques y afférentes, dans le strict respect des mesures de lutte contre la COVID 19, édictées par le Premier Ministre, Chef du Gouvernement.

Un rapport de fin de recherche devra être produit à cet effet et transmis à mes services compétents.

Veuillez agréer, Madame, l'expression de ma parfaite considération. /-



**Pour le Ministre
des Forêts et de la Faune
et par Délégation
Le Secrétaire Général**

Joseph Nyongwen

Mlle NGUEGUIM
 MATSADENG Rosette
 697672332 / 671990937
 rosettengueguim9@gmail.com

Yaoundé le 25 Juillet 2021

SG => le 01/08/22



A

Son Excellence Monsieur Le Ministre de
 l'Environnement, de la Protection de la nature
 et du développement durable

CT2 16-08-2022

Objet Demande d'autorisation. de Recherche.

Excellence Monsieur Le Ministre,

Dans le cadre de la rédaction de mon mémoire de master II en Sociologie de la population et du développement à l'Université de Yaoundé I, intitulée « *L'APPROCHE ONE HEALTH DANS LES POLITIQUES DE LUTTE CONTRE LES ÉPIDÉMIES AU CAMEROUN : ENJEUX, STRACTÉGIES ET PESANTEURS* », je viens par la présente, auprès de votre très haute personnalité, solliciter une autorisation d'accès aux archives et à la documentation y relative de votre département ministériel ainsi que de récolter des données (réaliser des entretiens avec les points focaux *One Health* du MINEPDED) tant au niveau de l'administration centrale que déconcentrée durant les périodes et les heures les plus adéquates afin de ne pas déranger le bon déroulement de votre administration.

En exprimant à l'avance notre plus vive gratitude, convaincu que cette recherche permettra d'apporter une modeste contribution aux questions de santé au Cameroun, et assuré de l'intérêt que vous portez à ces questions, je vous prie de recevoir, Excellence Monsieur le Ministre, l'assurance de notre profond respect et de notre dévouement.

P.J.:

- Attestation de recherche du Chef de Département de Sociologie
- Liste de sélection en master.

NGUEGUIM Rosette

Mlle NGUEGUIM
 MATSADENG Rosette
 697672332 / 671990937
 rosettengueguim9@gmail.com

Yaoundé le 25 Juillet 2021

01/08 SDA

A

Son Excellence Monsieur Le Ministre de
 l'agriculture et du développement rural

Objet Demande d'autorisation.

Excellence Monsieur Le Ministre,



Dans le cadre de la rédaction de mon mémoire de master II en Sociologie de la population et du développement à l'Université de Yaoundé I, intitulée « *L'APPROCHE ONE HEALTH DANS LES POLITIQUES DE LUTTE CONTRE LES ÉPIDÉMIES AU CAMEROUN : ENJEUX, STRACTÉGIES ET PESANTEURS* », je viens par la présente, auprès de votre très haute personnalité, solliciter une autorisation d'accès aux archives et à la documentation y relative de votre département ministériel ainsi que de récolter des données (réaliser des entretiens avec les points focaux *One Health* du MINADER) tant au niveau de l'administration centrale que déconcentrée durant les périodes et les heures les plus adéquates afin de ne pas déranger le bon déroulement de votre administration.

En exprimant à l'avance notre plus vive gratitude, convaincu que cette recherche permettra d'apporter une modeste contribution aux questions de santé au cameroun, et assuré de l'intérêt que vous portez à ces questions, je vous prie de recevoir, Excellence Monsieur le Ministre, l'assurance de notre profond respect et de notre dévouement.

P.J.:

- Attestation de recherche du Chef de Département de Sociologie
- Liste de sélection en master.

NGUEGUIM Rosette

Mlle NGUEGUIM
 MATSADENG Rosette
 697672332 / 671990937
 rosettengueguim9@gmail.com

Yaoundé le 25 Juillet 2021

DSV 01/08/2022



A

Son Excellence Monsieur Le Ministre de
 l'Élevage, des Pêches, et de l'Industrie Animale

Objet Demande d'autorisation.

Excellence Monsieur Le Ministre,

Dans le cadre de la rédaction de mon mémoire de master II en Sociologie de la population et du développement à l'Université de Yaoundé I, intitulée « *L'APPROCHE ONE HEALTH DANS LES POLITIQUES DE LUTTE CONTRE LES ÉPIDÉMIES AU CAMEROUN : ENJEUX, STRACTÉGIES ET PESANTEURS* », je viens par la présente, auprès de votre très haute personnalité, solliciter une autorisation d'accès aux archives et à la documentation y relative de votre département ministériel ainsi que de récolter des données (réaliser des entretiens avec les points focaux *One Health* du MINEPIA) tant au niveau de l'administration centrale que déconcentrée durant les périodes et les heures les plus adéquates afin de ne pas déranger le bon déroulement de votre administration.

En exprimant à l'avance notre plus vive gratitude, convaincu que cette recherche permettra d'apporter une modeste contribution aux questions de santé au Cameroun, et assuré de l'intérêt que vous portez à ces questions, je vous prie de recevoir, Excellence Monsieur le Ministre, l'assurance de notre profond respect et de notre dévouement.

P.J :

- Attestation de recherche du Chef de Département de Sociologie
- Liste de sélection en master.

NGUEGUIM Rosette

Mlle NGUEGUIM
 MATSADENG Rosette
 697672332 / 671990937
rosettengueguim9@gmail.com

Yaoundé le 02 Aout 2021

A

Monsieur Le directeur général de l'OMS au
 Cameroun

Objet Demande d'autorisation de recherche

Monsieur Le directeur,


Dans le cadre de la rédaction de mon mémoire de master II en Sociologie de la population et du développement à l'Université de Yaoundé I, intitulée « *L'APPROCHE ONE HEALTH DANS LES POLITIQUES DE LUTTE CONTRE LES ÉPIDÉMIES AU CAMEROUN : ENJEUX, STRATÉGIES ET PESANTEURS* », je viens par la présente, auprès de votre très haute personnalité, solliciter une autorisation d'accès aux archives et à la documentation y relative de votre organisation ainsi que de récolter des données (réaliser des entretiens avec les points focaux *One Health* de l'OMS) durant les périodes et les heures les plus adéquates afin de ne pas déranger le bon déroulement de votre direction.

En exprimant à l'avance notre plus vive gratitude, convaincu que cette recherche permettra d'apporter une modeste contribution aux questions de santé au Cameroun, et assuré de l'intérêt que vous portez à ces questions, je vous prie de recevoir, Monsieur le directeur, l'assurance de notre profond respect et de notre dévouement.

P.J :

- Attestation de recherche du Chef de Département de Sociologie
- Liste de sélection en master.

Reçu à l'OMS le
 02/08/2022
 Womela
 222211078


 NGUEGUIM Rosette

MATSADENG Rosette
697672332 / 671990937
rossettengueguim9@gmail.com

Yaoundé le 25 Juillet 2021

A

Son Excellence Monsieur Le Ministre des
Forets et de la Faune

Objet Demande d'autorisation.

Excellence Monsieur Le Ministre,



Dans le cadre de la rédaction de mon mémoire de master II en Sociologie de la population et du développement à l'Université de Yaoundé I, intitulée « *L'APPROCHE ONE HEALTH DANS LES POLITIQUES DE LUTTE CONTRE LES ÉPIDÉMIES AU CAMEROUN : ENJEUX, STRACTÉGIES ET PESANTEURS* », je viens par la présente, auprès de votre très haute personnalité, solliciter une autorisation d'accès aux archives et à la documentation y relative de votre département ministériel ainsi que de récolter des données (réaliser des entretiens avec les points focaux *One Health* du MINEFOF) tant au niveau de l'administration centrale que déconcentrée durant les périodes et les heures les plus adéquates afin de ne pas déranger le bon déroulement de votre administration.

En exprimant à l'avance notre plus vive gratitude, convaincu que cette recherche permettra d'apporter une modeste contribution aux questions de santé au Cameroun, et assuré de l'intérêt que vous portez à ces questions, je vous prie de recevoir, Excellence Monsieur le Ministre, l'assurance de notre profond respect et de notre dévouement.

P.J :

- Attestation de recherche du Chef de Département de Sociologie
- Liste de sélection en master.


NGUEGUIM Rosette

Mlle NGUEGUIM
MATSADENG Rosette
697672332 / 671990937
rosettengueguim9@gmail.com

Yaoundé le 02 Aout 2021



A
Monsieur Le représentant de la FAO au
Cameroun

Objet Demande d'autorisation de recherche

Monsieur le représentant,

Dans le cadre de la rédaction de mon mémoire de master II en Sociologie de la population et du développement à l'Université de Yaoundé I, intitulée « *L'APPROCHE ONE HEALTH DANS LES POLITIQUES DE LUTTE CONTRE LES ÉPIDÉMIES AU CAMEROUN : ENJEUX, STRATÉGIES ET PESANTEURS* », je viens par la présente, auprès de votre très haute personnalité, solliciter une autorisation d'accès aux archives et à la documentation y relative de votre organisation ainsi que de récolter des données (réaliser des entretiens avec les points focaux *One Health* de la FAO) durant les périodes et les heures les plus adéquates afin de ne pas déranger le bon déroulement de votre direction.

En exprimant à l'avance notre plus vive gratitude, convaincu que cette recherche permettra d'apporter une modeste contribution aux questions de santé au Cameroun, et assuré de l'intérêt que vous portez à ces questions, je vous prie de recevoir, Monsieur le représentant, l'assurance de notre profond respect et de notre dévouement.

P.J :

- Attestation de recherche du Chef de Département de Sociologie
- Liste de sélection en master.

NGUEGUIM Rosette

TABLE DE MATIÈRES

SOMMAIRE.....	i
DEDICACE.....	ii
REMERCIEMENTS	iv
LISTE DES ABRÉVIATIONS, ACRONYMES ET SIGLES	iii
LISTE DES ILLUSTRATIONS	ix
RÉSUMÉ.....	x
ABSTRACT.....	xi
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
PREMIÈRE PARTIE :ETAT DES LIEUX, ACTEURS ET STRATÉGIES DE MISE EN ŒUVRE DU " <i>ONE HEALTH</i> " AU CAMEROUN.....	34
CHAPITRE 1 :SOCIOHISTOIRE ET FONDEMENTS DE L'APPROCHE <i>ONE HEALTH</i> AU CAMEROUN	35
1.Aux origines de l'approche « <i>One Health</i> »	36
2.La consécration du <i>One Health</i> par les organisations internationales	39
3.L'émergence de l'approche <i>One Health</i> en contexte Africain	40
4.La naissance et l'évolution du <i>One Health</i> au Cameroun.....	41
II.LES FONDEMENTS DE L'ADOPTION DE L'APPROCHE <i>ONE HEALTH</i> AU CAMEROUN.....	43
1.La prolifération des épidémies aux conséquences sanitaires et socio-économiques graves.....	43
2.La faible capacité du ministère de la santé publique à gérer unilatéralement les épidémies récurrentes	45
3.L'impulsion de l'approche <i>One Health</i> par les acteurs de la coopération internationale... ..	46

III.LE CADRE POLITIQUE ET RÉGLEMENTAIRE DE L'APPROCHE <i>ONE HEALTH</i> AU CAMEROUN _____	49
1.Le cadre politique de l'approche <i>One Health</i> au Cameroun _____	49
2.Le cadre réglementaire de l'approche <i>One Health</i> au Cameroun_____	53
 CHAPITRE 2 :ACTEURS ET STRATÉGIES DE MISE EN ŒUVRE DE L'APPROCHE <i>ONE HEALTH</i> AU CAMEROUN	55
I.LES ACTEURS DE MISE EN ŒUVRE DE L'APPROCHE <i>ONE HEALTH</i> AU CAMEROUN_____	55
1.Les acteurs internationaux du <i>One Health</i> _____	55
1.1.Le groupe tripartite (OMS, OMSA, FAO) et le PNUE _____	56
1.2.Acteurs des coopérations bilatérales _____	60
1.3.Les ONG internationales _____	63
2.Les acteurs nationaux du <i>One Health</i> au Cameroun_____	65
2.1. Les sectorielles prioritaires dans la mise en œuvre du <i>One Health</i> au Cameroun _	65
2.2.Les acteurs non étatiques _____	68
II. LES STRATÉGIES DE MISE EN ŒUVRE DE L'APPROCHE AU CAMEROUN _____	68
1.La mise en place du cadre institutionnel « <i>une seule santé</i> » _____	68
2.La formation et le partage de connaissance _____	70
3.Le développement des thématiques de recherche sur les maladies émergentes et réémergences _____	71
4.Le renforcement du système de surveillance, d'investigation et de réponse de l'environnement et de la santé humaine _____	72
5.La communication et la sensibilisation sur le concept « <i>une santé</i> » _____	75
II.ACTIVITÉS MENÉES DANS LE CADRE DU <i>ONE HEALTH</i> AU CAMEROUN _____	76
1.Répartition des activités « <i>Une Seule Santé</i> » par domaine thématique _____	76

DEUXIÈME PARTIE :L'APPROCHE <i>ONE HEALTH</i> : ENTRE PESANTEURS ET MUTATIONS DANS LE CHAMP DE LUTTE CONTRE LES ÉPIDÉMIES AU CAMEROUN	80
CHAPITRE 3 : <i>ONE HEALTH</i> ET LES TRANSFORMATIONS DANS LES CHAMPS DE LUTTE CONTRE LES ÉPIDÉMIES AU CAMEROUN.....	81
I.LES MUTATIONS EN MATIÈRE D'OUVERTURE ET DE COOPÉRATION INTERNATIONALE	81
II.LES TRANSFORMATIONS INSTITUTIONNELLES ET STRATÉGIQUES ____	82
1.Le renforcement de la collaboration intersectorielle et interdisciplinaire ____	82
2.Le renforcement des stratégies de réponse aux épidémies : cas du Choléra ____	85
3.Renforcement de l'environnement universitaire et de la recherche ____	86
III.LES MUTATIONS INFRASTRUCTURELLES ET OPÉRATIONNELLES ____	88
1.Renforcement des infrastructures et équipements ____	88
2.Renforcement du système de surveillance des épidémies ____	89
3.Renforcement de la prévention et de la prise en charge des épidémies.....	91
4.Une analyse des mutations à partir du cas de la COVID-19.....	93
4.1.Éléments contextuels	93
4.2.Mesures stratégiques	94
4.3.Les mesures opérationnelles	95
4.4.Mesures à l'endroit de la population en général	96
4.5.Architecture sanitaire avant, pendant et après les pandémies au Cameroun ____	97
Il s'agit ici d'analyser la structure des actions mises en place au Cameroun avant, pendant et après des pandémies.	97
4.5.1.Veille sanitaire avant l'entrée d'une pandémie au Cameroun	97
4.5.2.Veille sanitaire pendant et après la pandémie.....	98

CHAPITRE 4 :LES PESANTEURS A L'OPÉRATIONNALISATION DE L'APPROCHE <i>ONE HEALTH</i> AU CAMEROUN	99
I.LES PESANTEURS SOCIOCULTURELLES A L'OPÉRATIONNALISATION DE L'APPROCHE <i>ONE HEALTH</i> AU CAMEROUN _____	99
I.1.Les habitudes alimentaires comme source d'émergence des maladies zoonotiques	100
1.La pratique de l'élevage urbain et périurbain comme comportement à risque zoonotique..._____	104
2.Les pratiques agropastorales en zones rurales comme facteur de transmission des maladies zoonotiques _____	105
3.Le niveau de connaissance et les perceptions des risques de zoonoses _____	107
4.L'installation dans les zones à risques zoonotiques _____	108
5.Les représentations sociales et les croyances en matière de maladie et de santé ____	109
II.LES PESANTEURS POLITICO-INSTITUTIONNELLES ET ÉCONOMIQUES A L'OPÉRATIONNALISATION DE L'APPROCHE <i>ONE HEALTH</i> AU CAMEROUN...._____	112
1.Le déficit de coordination des institutions responsables de cette approche et des problèmes de leadership_____	112
2.Le problème de partage d'informations, de faible appropriation de l'approche <i>One Health</i> et de la faible implication de certains acteurs _____	114
2. Une approche essentiellement élitiste et confrontée à des défis financiers _____	115
III.DES PESANTEURS MULTIPLES AUX FAIBLES RESULTATS DE L'APPROCHE <i>ONE HEALTH</i> _____	116
1.La persistance et la résurgence des épidémies au Cameroun _____	116
2.Une faible capacité à faire face aux nouvelles formes d'épidémies _____	117
CONCLUSION GÉNÉRALE	118
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	126
ANNEXES.....	133

