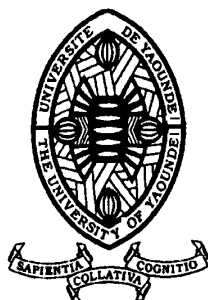


UNIVERSITE DE YAOUNDE I
THE UNIVERSITY OF YAOUNDÉ I

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

UNITÉ DE RECHERCHE ET DE
FORMATION EN SCIENCES
HUMAINES ET SOCIALES

DÉPARTEMENT DE
SOCIOLOGIE



POST GRADUATE SCHOOL FOR
THE HUMAN, SOCIAL AND
EDUCATIONAL SCIENCES

DOCTORAL RESEARCH UNIT FOR
THE HUMAN AND SOCIAL
SCIENCES

DEPARTMENT OF SOCIOLOGY

COLLABORATION INTERSECTORIELLE EN FAVEUR DE
L'INTÉGRATION DES OBJECTIFS DE SANTÉ DANS LES
POLITIQUES D'HABITAT URBAIN À YAOUNDÉ ET DOUALA :
ENJEUX, LOGIQUES ET PRATIQUES D'ACTEURS

Thèse présentée publiquement le 11 décembre 2024 en vue de l'obtention du
Doctorat Ph.D en Sociologie
Spécialisation : Population et Développement

Par

Boniface TAKOUA

Titulaire d'un Master en Sociologie



JURY

Président : NZHIE ENGONO Jean, Pr.

Université de Yaoundé I;

Membres : LEKA ESSOMBA Armand, Pr.

Université de Yaoundé I;

DELI TIZE Teri, M.C.

Université de Yaoundé I;

MBALLA ELANGA Edmond, MC.

Université de Douala

Rapporteurs : DJOUDA FEUDJIO Yves Bertrand, MC. Université de Yaoundé I;

NGUENDO –YONGSI HENOCK Blaise, M.C. Université de Yaoundé II

Octobre 2024

AVERTISSEMENT

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

SOMMAIRE	ii
DÉDICACE.....	iv
REMERCIEMENTS	v
SIGLES ET ACRONYMES	vi
A-LISTE DES PHOTOS.....	ix
B- LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX	x
RÉSUMÉ.....	xi
ABSTRACT	xii
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
PREMIÈRE PARTIE :DÉTERMINANTS GÉNÉRAUX DE LA SANTÉ ET POLITIQUES DE PROMOTION DES QUESTIONS SANTÉ AU CAMEROUN : DES FACTEURS DE SANTÉ URBAINE À L’ADOPTION DES STRATÉGIES.....	68
D’INTÉGRATION DES OBJECTIFS DE SANTÉ DANS LES POLITIQUES DES ÉTABLISSEMENTS HUMAINS PAR LE CAMEROUN	68
INTRODUCTION PREMIÈRE PARTIE	69
CHAPITRE I :DÉTERMINANTS GÉNÉRAUX DE LA SANTÉ DANS LES VILLES DE YAOUNDÉ ET DOUALA	70
CHAPITRE II: ENGAGEMENTS POLITIQUES DU CAMEROUN EN FAVEUR DE L’INTÉGRATION DES OBJECTIFS DE SANTÉ DANS LES POLITIQUES D’HABITAT URBAIN.....	126
DEUXIÈME PARTIE :ACTEURS ET PROJETS DE COLLABORATION INTERSECTORIELLE EN FAVEUR DE L’INTÉGRATION DES OBJECTIFS DE SANTÉ	

DANS LES POLITIQUES D'HABITAT URBAIN.....	179
INTRODUCTION DEUXIÈME PARTIE.....	180
CHAPITRE III :ACTEURS D'INTÉGRATION DES OBJECTIFS DE SANTÉ DANS LES POLITIQUES D'HABITAT URBAIN AU CAMEROUN	181
CHAPITRE IV :EXPÉRIENCES DE COLLABORATION INTERSECTORIELLE VISANT L'INTÉGRATION DES OBJECTIFS DE SANTÉ DANS LES POLITIQUES D'HABITAT A YAOUNDÉ ET DOUALA : LOGIQUES ET PRATIQUES D'ACTEURS	237
CONCLUSION DE LA DEUXIÈME PARTIE.....	288
TROISIÈME PARTIE :ENJEUX DE L'APPROPRIATION DE LA COLLABORATION INTERSECTORIELLE EN FAVEUR DE L'INTÉGRATION DES OBJECTIFS DE SANTÉ DANS LES POLITIQUES D'HABITAT URBAIN ET LES GOULOTS D'ÉTRANGLEMENT À LA MISE EN ŒUVRE DE CETTE APPROCHE EN CONTEXTE URBAIN CAMEROUNAIS.....	291
INTRODUCTION TROISIÈME PARTIE	292
CHAPITRE V :ENJEUX DE L'APPROPRIATION DE L'ACTION DE COLLABORATION INTERSECTORIELLE EN FAVEUR DE L'INTÉGRATION DES OBJECTIFS DE SANTÉ DANS LES POLITIQUES D'HABITAT URBAIN.....	293
CHAPITRES VI :GOULOTS D'ÉTRANGLEMENT À LA COLLABORATION INTERSECTORIELLE EN FAVEUR DE L'INTÉGRATION DES OBJECTIFS DE SANTÉ DANS LES POLITIQUES D'HABITAT URBAIN AU CAMEROUN	346
CONCLUSION GÉNÉRALE	401
BIBLIOGRAPHIE	413
ANNEXES	xi
INDEXES DES AUTEURS.....	lxxvii
TABLE DE MATIÈRES.....	lxxxv

À

Mon père SIMOU KAMSU Patrick

REMERCIEMENTS

Plusieurs personnes nous ont apporté leur soutien pour conduire ce travail à son terme. Qu'il nous soit permis de leur exprimer notre gratitude à cet effet.

Nous tenons tout d'abord, à remercier sincèrement nos Directeurs de Thèse, les Professeurs Yves Bertrand DJOUDA FEUDJIO et Hénock Blaise NGUENDO-YONGSI pour la disponibilité et les conseils, les critiques, les orientations et surtout la patience tout au long de ce travail.

Nos remerciements vont également à l'endroit du professeur LEKA ESSOMBA Armand et tout le corps enseignant du Département de Sociologie de l'Université de Yaoundé I qui, à travers la qualité des enseignements, la culture scientifique qu'ils nous ont dispensée, ont énormément contribué à notre socialisation sociologique.

Nous tenons pareillement à témoigner notre gratitude au Docteur Monstapha Moncher NSANGO, pour ses encouragements à notre engagement dans la recherche et son attachement à notre réussite académique.

Merci à :

-Nos aînés académiques ;

-Tous nos camarades de promotion ;

-Notre épouse TEH VICTORY Mbnog ;

- Nos enfants KOUVOU Longuie Rose, ZRA SIMOU Kamsu et KORA Joanna

-Notre père Drégon ZRA et notre mère Darége MASSA qui ont guidé nos premiers pas à l'école ;

- Tous nos informateurs qui nous ont fourni la matière première pour une bonne compréhension du sujet, nous exprimons nos hommages.

Nous demeurons entièrement reconnaissant à tous ceux qui de près ou de loin, ont contribué à l'aboutissement de cette entreprise scientifique et dont les noms ne figurent pas ici.

SIGLES ET ACRONYMES

AES-SONEL : Applied Energy Service- Société Nationale d'Électricité

BAD : Banque Africaine de Développement

BM : Banque Mondiale

BTP : Bâtiments et Travaux Publics

CAMWATER : Cameroon Water Utilities Corporation

CA : Commune d'Arrondissement

CAD : Comité d'Animation au Développement

CAY : Communes d'Arrondissement de Yaoundé

CEFAM : Centre de Formation pour l'Administration Municipale

CENAME : Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et consommables Médicaux Essentiels

CHRACERH : Centre Hospitalier de Recherche et d'Application en Chirurgie Endoscopique et de Reproduction Humaine

CMA : Centre Médical d'Arrondissement

CSU : Couverture Santé Universelle

CFC : Crédit Foncier du Cameroun

CHU : Centre Hospitalier Universitaire de Yaoundé

CIPRE : Centre International de Promotion de la Récupération

CNUED : Conférence des Nations Unies sur l'Environnement et le Développement

CTD : Collectivités Territoriales Décentralisées

CU : Communauté Urbaine

CUY : Communauté Urbaine de Yaoundé

CSSS : Centre de santé et de services sociaux

DEEE ou D3E : Déchets d'équipements électriques et électroniques

DMS : Déchets Solides Ménagers

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

DSRP : Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté

ECAM : Enquête Camerounaise Auprès des Ménages

FEICOM : Fonds Spécial d'Équipement et d'Intervention Intercommunale

FMI : Fonds Monétaire International

HD : Hôpital de District

GIZ : Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit

GTC/CNLS : Groupe Technique du Comité National de Lutte contre le Sida

HiAP : Health in All Policies (**SDTP** : Santé Dans Toutes les politiques)

HYSACAM : Hygiène et Salubrité du Cameroun

INS : Institut National de la Statistique

MAETUR : Mission d'Aménagement et d'Équipement des Terrains Urbains et Ruraux

MINAT : Ministère de l'Administration Territoriale

MINEP : Ministère de l'Environnement et de la Protection de la Nature

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

MINFI : Ministère des finances

MINHDU : Ministère de l'Habitat et du Développement Urbain

MINSANTE : Ministère de la Santé Publique

MINDCAF : Ministère des Domaines, du Cadastre et des Affaires Foncières

MINDDEVEL : Ministère de Décentralisation et du Développement Local

MINTOUL : Ministère du Tourisme et des Loisirs

MINTP : Ministère des Travaux Publics

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

MNIPROMALO : Mission de Promotion des Matériaux Locaux

MSSS : Ministère de la santé et de services sociaux

NASLA: National School of Local Administration

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU-Habitat : Programme des Nations Unies pour les Établissements Humains

ONUSIDA : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida

ONG : Organisation Non Gouvernementale

PDUE : Projet de Développement des Secteurs Urbains et d'Approvisionnement en eau

PNUE : Programme des Nations Unies pour l'Environnement
PNGE : Plan National de Gestion de l'Environnement
PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement
PNLP : Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNLT : Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNPAM : Programme National de l'Allaitement Maternel
PNDP : Plan National de Développement Participatif
PSU : Programme Social d'Urgence
PS : Plan de Secteur
PCD : Plan Communal de Développement
SSS : Stratégie Sectorielle de Santé
SND30 : Stratégie Nationale de Développement à l'horizon 2030
SMIG : Salaire Minimum interprofessionnel Garanti
SDEAU : Schéma Directeur d'Aménagement Urbain
SIC : Société Immobilière du Cameroun
SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise
UIPES : l'Union Internationale de la Promotion de la santé et d'Éducation pour la santé
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine
WHO : *World Health Organization* (Organisation mondiale de la santé)

A-LISTE DES PHOTOS

Photo N° 1 : Photo des eaux usées ruisselant le long de la voie publique avec des conséquences sur l'environnement et la santé urbaine.....	73
Photo N° 2 : Effet négatif des eaux usées sur les ouvrages d'assainissement urbain le bien-être.....	75
Photo N° 3 : Déchets obstruant les rigoles	81
Photo N° 4: Déchets obstruant les voies publiques.....	82
Photo N° 5 : Illustration d'une inondation au quartier Maképé Missoké.....	121
Photo N° 6 : : Les sept collines symboles de Yaoundé.....	394
Photo N° 7 : Excavation à Mendong : Un « grignotage » anarchique et progressif des pentes boisées, un facteur aggravant pour le risque de glissement de terrains.....	395

B- LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1: Projection de la population du Cameroun jusqu'en 2035 (en millions)..... 142

Tableau 1 : Énumération des conventions ratifiées par le Cameroun au profit de
l'environnement : xxv

Tableau 2: répartition des rôles et responsabilités des acteurs intersectoriels dans le cadre de
riposte contre le choléra au Cameroun en 2018 xxxi

RÉSUMÉ

Cette thèse naît du constat selon lequel, contrairement à certaines approches politiques de développement adoptées et mises en œuvre par l'État du Cameroun, il se dégage un faible niveau d'appropriation par les pouvoirs publics, de l'approche de collaboration intersectorielle, en faveur de l'intégration des objectifs de santé dans toutes les politiques. Autrement dit, malgré l'adoption de cette approche holistique et inclusive par le Cameroun et les appels des organisations internationales de promotion des objectifs de santé, à l'instar de l'Organisation Mondiale de la Santé en faveur de son appropriation, il se dégage paradoxalement un faible niveau d'appropriation de cette stratégie dans les politiques d'habitat urbain à Yaoundé et Douala. La question issue de ce constat a été celle de savoir : quelles sont les logiques et pratiques qui sous-tendent la mise en œuvre de cette approche dans les politiques des établissements humains de Douala et Yaoundé. En réponse, il ressort que bien que l'intégration de cette approche dans les politiques des établissements humains entraîne des avantages socioéconomiques, politiques, environnementaux pour le bien-être général des populations citadines, sa mise en œuvre reste limitée ou plombée par des goulots d'étranglement d'ordres socioéconomique, politique et environnemental dans ces deux villes. Ce qui favorise le développement des collaborations de façade, mitigées, temporaires et difficiles entre les acteurs de promotion des questions de santé urbaine dans lesdites villes. Cette hypothèse a été portée par un triple soubassement théorique : la théorie de conflits et de pouvoirs, la théorie des coalitions et l'approche sociocritique. Tout comme dans certains pays du Nord et du Sud ayant adopté avec succès le HiAP, son appropriation s'est avérée importante pour la réduction des inégalités et la promotion de l'égalité en santé dans le secteur d'habitat urbain des capitales économique et politique du Cameroun. Ce nouveau paradigme de gouvernance transversale permet aux acteurs de s'attaquer efficacement à la diversité et à la complexité de déterminants généraux de santé, dans le cadre d'une collaboration intersectorielle en vue de réduire de manière efficiente et efficace les problèmes de santé urbaine. L'avantage de la mise sur pied de cette approche réside en outre dans le fait qu'elle permet d'augmenter l'efficacité et l'efficience des politiques de santé de manière collective, en rassemblant les expertises et les énergies pour la promotion des questions de bien-être général dans les établissements humains. À cet effet, le recours à cette approche, représente une option privilégiée pour riposter efficacement aux déterminants multiformes et complexes de la santé, face auxquels les efforts du seul secteur du MINSANTE se sont avérés limités. Cependant l'appropriation de cette approche dans le secteur d'habitat urbain de Yaoundé et Douala reste entre autres freinée par des goulots d'étranglement tels que l'égoïsme des acteurs, les conflits d'intérêt et de pouvoir, l'incivisme des populations, le laxisme de certaines autorités compétentes, l'ignorance de l'approche intersectorielle par les acteurs, l'insuffisance des ressources financières, matérielles et humaines destinées à cet effet. La faible appropriation du HiAP en contexte urbain camerounais, traduit l'échec des actions menées par les pouvoirs publics à cet effet dans un contexte de décentralisation. Pour faciliter son appropriation dans le secteur d'habitat urbain camerounais, les différents acteurs qui y sont impliqués, doivent tenir compte des réalités, des spécificités et du contexte urbain de chaque ville.

Mots clés : approche HiAP, collaboration intersectorielle, établissements humains, objectifs de santé et santé urbaine.

ABSTRACT

This thesis arises from the observation that, contrary to certain development policy approaches adopted and implemented by the State of Cameroon, there emerges a low level of appropriation by the public authorities of the intersectoral collaboration approach, in favoring the integration of health objectives into all policies. In other words, despite the adoption of this holistic and inclusive approach by Cameroon and the calls from international organizations promoting health objectives, like the World Health Organization in favor of its appropriation, it emerges paradoxically a low level of appropriation of this strategy in urban housing policies in Yaoundé and Douala. The question arising from this observation was to know: what are the logics and practices which underlie the implementation of this approach in the human settlements sector of Douala and Yaoundé. In response, it appears that although the integration of this approach into human settlements policies leads to socio-economic, political and environmental benefits for the general well-being of urban populations, its implementation remains limited or weakened by bottlenecks. strangulation of socio-economic, political and environmental orders in these two cities. This favors the development of superficial, mixed, temporary and difficult collaborations between those involved in promoting urban health issues in said cities. This hypothesis was supported by a triple theoretical foundation: the theory of conflicts and powers, the theory of coalitions and the sociocritical approach. Just as in certain countries of the North and South having successfully adopted the HiAP, its appropriation has proven to be important for the reduction of inequalities and the promotion of health equality in the urban housing sector of economic and political capitals. from Cameroon. This new paradigm of transversal governance allows actors to effectively address the diversity and complexity of general health determinants, within the framework of intersectoral collaboration with a view to efficiently and effectively reducing urban health problems. The advantage of establishing this approach also lies in the fact that it makes it possible to increase the effectiveness and efficiency of health policies collectively, by bringing together expertise and energy for the promotion of issues of general well-being in human settlements. To this end, the use of this approach represents a preferred option to respond effectively to the multifaceted and complex determinants of health, in the face of which the efforts of the MINSANTE sector alone have proven to be limited. However, the appropriation of this approach in the urban housing sector of Yaoundé and Douala remains hampered, among other things, by bottlenecks such as the selfishness of the actors, conflicts of interest and power, the incivism of the populations. , the laxity of certain competent authorities, the ignorance of the intersectoral approach by the actors, the insufficiency of financial, material and human resources intended for this purpose. The weak appropriation of the HiAP in the Cameroonian urban context reflects the failure of the actions carried out by the public authorities for this purpose in a context of decentralization. To facilitate its appropriation in the Cameroonian urban housing sector, the different actors involved must take into account the realities, specificities and urban context of each city.

Keywords: HiAP approach, intersectoral collaboration, human settlements, health goals and urban health.

INTRODUCTION GÉNÉRALE

I-Contexte de l'étude

Selon l'Organisation Mondiale de la santé(OMS), l'approche HiAP est définie comme Health in All Policies (la Santé dans Toutes les Politiques). C'est une nouvelle forme de gouvernance transversale, holistique et intersectorielle qui tient systématiquement compte des conséquences sanitaires dans toutes les politiques menées dans tous les secteurs, dans le cadre des synergies d'action entre les acteurs plurisectoriels et pluridisciplinaires afin d'améliorer santé des populations et l'équité en santé¹. Cette approche, dont on trouve les premières traces dans la Déclaration d'Alma-Ata en 1978, est prônée et recommandée par l'OMS à tous les Etats et gouvernements est devenue une référence pour réduire de manière efficace et efficiente les problèmes de santé complexes en agissant à tous les paliers d'élaboration des politiques publiques qui conditionnent les facteurs qui les influencent.

Dans cette partie introductive, il sera question de présenter le contexte de l'étude qui se décline en situation historique, dans le monde, en Afrique, au Cameroun et principalement dans les villes de Yaoundé et Douala-Cameroun.

A-Historique du HiAP

Cette approche a été officialisée par l'OMS dans le cadre des conférences d'Adelaïde et d'Helsinki tenues respectivement en 2010 et 2013 sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques² et sur la santé dans toutes les politiques³. Elle constitue le dernier jalon de l'évolution historique du champ de l'action intersectorielle pour la santé qui s'est amorcée à la Conférence d'Alma-Ata avec la stratégie de la santé pour tous⁴, suivie par le domaine d'action des politiques publiques favorable à la santé proposé par la Charte d'Ottawa et celui des déterminants sociaux de la santé⁵. En effet, cette approche se déploie à promouvoir les objectifs de santé dans toutes les politiques à l'échelle mondiale depuis 1978, l'année de sa création.

¹ OMS, Contribuer au développement économique et social : une action intersectorielle durable pour améliorer la santé et l'équité en santé, 2014, p.12, consulté en ligne sur Cairn.info <https://shs.cairn.info>. Revue sciences sociales et santé 2016/2vol/34, le 12/05/2021.

² OMS, Déclaration d'Adelaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques, 2010, consulté en ligne sur www.who.int/social-determinants/french-Adelaide-statement-for-web.pdf, le 12/05/2021.

³ OMS, Déclaration d'Helsinki pour la santé dans toutes les politiques, 2013, consulté en ligne sur <http://www.who.int/social-determinants/publications/health-policies-manual/key-message-fr.pdf>, le 12/05/2021.

⁴ OMS, Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, 1978, consulté en ligne sur www.who.int/topics/primary-health-care/alma-ata-declaration/fr/, le 12/05/2021.

⁵ OMS, Commission des déterminants sociaux de la santé, combler le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé, 2008, consulté en ligne sur www.who.int/social-determinants/thecommission/finalreport/closethegap-how/french/index.html, le 12/05/2021.

1-Situation dans le monde

Plusieurs auteurs ont consacré leurs travaux à l'histoire de l'appropriation du HiAP dans le monde. C'est le cas de Kimmo Leppo et *al.* qui soutiennent que dans les années 1980, le HiAP faisait déjà partie de nombreuses stratégies de promotion des questions de santé, desquelles a émergé le mouvement de collaboration intersectorielle en faveur de la promotion des objectifs de santé⁶. Des organisations gouvernementales et internationales tels que l'ONU-Habitat et l'OMS ont exhorté l'ensemble des pays à mettre en œuvre l'approche HiAP pour promouvoir l'égalité en santé dans tous les secteurs⁷.

A cet effet, en 2001, le gouvernement finlandais adopte un programme coopératif intitulé *Public Health program*⁸. Celui-ci fournit un cadre d'action de la promotion de la santé pour plusieurs secteurs de la société. C'est exactement en 2006 que la Finlande adopte effectivement le programme "Health in All Policies" pour réduire l'obésité et le niveau de consommation du sel par les populations. En France, ce sont les écrits de Malcolm Ward qui soulignent l'appropriation de la stratégie HiAP, en mettant l'accent sur les divers défis qu'il a relevés⁹. Les gouvernements norvégiens et suédois ne sont pas en reste. En 1987, le Norvège a produit un livre blanc intitulé *Health Policy Towards the year 2000* qui a le mérite d'inclure les préoccupations de santé dans toutes les politiques publiques¹⁰. C'est en 1993 qu'il publie le livre blanc intitulé *Challenges in Health Promotion and Preventive Efforts*, dans lequel l'action intersectorielle était présentée comme un enjeu important¹¹. Le gouvernement suédois, quant à

⁶ Kimmo Leppo, Eva Ollila, Sebastián Pena, Mathias Wismar, Sarah Cook, *Health in All policies final: seizing opportunities, implementing policy*, Ministry of Social Affairs and Health of Finland, United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD), Finland, 2013, consulté en ligne sur <https://www.eurohealthobservatory.who.int>, le 17/04/2023.

⁷ OMS, Rio Political Declaration on Social Determinants of Health, "the 2011 Political Declaration of the UN High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases", 2014, p.1, consulté en ligne sur <https://www.cil.nus.edu.sg/databases/cil>, le 05/04/2023.

⁸ Ministry of Social Affairs and Health, "Government Resolution on the Health 2015 public health program", Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, Department for Promotion of welfare and Health, Finland. 2001, p.4.

⁹ Malcolm Ward, "Report of the health in all policies focus area group on transport, planning and health", in *crossing bridges*, 2011, p.12.

¹⁰ Christer Hogstedt, Henrik Moberg, Bernt Lundgren & Mona Backhans, "Health for all? A critical analysis of public health policies in eight European countries", Stockholm, Swedish National Institute of Public Health, 2008, p.64, consulté en ligne sur <https://www.fhi.se/en/Publications/All-publications-in-english/Health-for-all>, le 22/03/2023.

¹¹ *Ibid.*

lui, a adopté en 2008 la loi intitulée *A renewed public health policy*¹², qui prescrit l'intégration des objectifs de santé dans les diverses missions sectorielles du gouvernement¹³.

Le gouvernement de la Nouvelle-Zélande quant à lui, a adopté des politiques qui offrent un cadre général d'action pour améliorer la santé et réduire les inégalités qui s'appuient sur l'action intersectorielle en santé. Parmi ces politiques, figure le plan intitulé *Strengthening public health action : A strategic direction to improve, promote and protect public Health*¹⁴. Adoptée au milieu des années 1990, cette stratégie recommande la multiplication des coalitions entre le secteur de la santé et les autres secteurs de l'activité gouvernementale¹⁵.

L'Australie-Méridionale et le Québec sont aussi des exemples d'initiatives gouvernementales qui s'appuient sur l'approche HIAP. Ainsi, le gouvernement de l'Australie-Méridionale a mis sur pied en 2007, un plan stratégique qui se fonde sur la collaboration intersectorielle avec l'engagement du plus grand nombre d'acteurs possible en faveur de l'accroissement de la prospérité, l'amélioration de bien-être de la population et le développement durable¹⁶. Pour relever le défi de la santé, le gouvernement québécois a publié en 2004 son programme d'action intitulé *Briller parmi les meilleurs, la vision et les priorités d'action du gouvernement*¹⁷. À cet effet, il a mis sur pied un groupe de travail intersectoriel *ad hoc*¹⁸.

En somme, il convient de reconnaître que l'appropriation du HiAP par les pays du Nord est présentée comme une exigence pour la promotion des questions de bien-être général des populations. De ce fait, plusieurs pays africains leur ont emboité les pas.

¹² Government of South Australia, South Australia's strategic plan, Adelaide, Government of South Australia, Department of the Premier and Cabinet, 2007.

¹³ Christer Hogstedt, Henrik Moberg, Bernt Lundgren & Mona Backhans, "Health for all? A critical analysis of public health policies in eight European countries", *op.-cit*, p.64.

¹⁴ Ministry of Health, "Strengthening public health action, A strategic direction to improve, promote and protect public health", Wellington: Ministry of Health, Government of New Zealand, 1997.

¹⁵ Louise St-Pierre, *L'approche pangouvernementale pour l'intégration de la santé dans toutes les politiques : Clarification des concepts et portrait d'initiatives gouvernementales*, *op.-cit*, p.32.

¹⁶ Smith Thapa, "South Australia's Strategic Plan and HiAP: perfect partners", *Public Health Bulletin*, 2008, 5, pp. 23-26.

¹⁷ Gouvernement du Québec, « Briller parmi les meilleurs, La vision et les priorités d'action du Gouvernement québécois », Québec, 2004.

¹⁸ Perrault, « L'amélioration des saines habitudes de vie chez les jeunes : Recommandations », Québec, Gouvernement du Québec, 2005.

2-Situation en Afrique

Pour comprendre l'appropriation du HiAP «Health in all Policies» par les pays du Sud (africains), il faut remonter à la conférence des ministres de la santé de l'Union africaine tenue à Johannesburg en 2007 sur la stratégie africaine de la santé 2007-2015 et à la Déclaration de l'Union africaine tenue à Addis-Abeba en 2019, sur la prise en compte des déterminants sociaux de la santé dans la région africaine à travers l'adoption de l'approche HiAP « *santé dans toutes les politiques* ». Le constat global est que les systèmes de santé en Afrique connaissent encore plusieurs problèmes structurels. L'examen de ces faiblesses des politiques de santé montre que les États africains n'ont pas encore mis sur pieds une véritable approche collaborative et holistique favorable à la promotion des questions de santé¹⁹.

Face à ces faiblesses structurelles des systèmes de santé africains et surtout « *conscients du fait que les déterminants sociaux de la santé dans la région africaine ne peuvent être abordés correctement par les seuls ministres de la santé*²⁰ », les chefs d'État et de Gouvernement des États membres de l'Union africaine réunis à Addis-Abeba ont proposé de s'engager résolument en faveur de l'adoption de l'approche HiAP. A cet effet, ils déclarent que « *Nous nous engageons ici fermement à soutenir et à renforcer la réforme du secteur de la santé dans les pays africains en adoptant l'approche de « la santé dans toutes les politiques » afin de progresser vers la réalisation des objectifs de couverture universelle et de développement durable en Afrique*²¹ ».

En dépit de l'engagement des pays membres de l'Union africaine en faveur de l'appropriation de la stratégie de gouvernance HiAP, présentée comme l'un des moyens les plus efficaces pour atteindre les objectifs du développement durable des Nations Unies, en vue de réduire efficacement les inégalités sociales en santé, seule une minorité de pays a effectivement mis en œuvre avec succès cette approche. C'est le cas notamment du Soudan, du Kenya et du Burundi. Cette expérience reste limitée dans certains pays comme le Cameroun.

3- Situation au Cameroun

L'histoire du HiAP avec le Cameroun, commence avec l'adoption de cette approche par ce dernier lors des deux conférences de l'Union Africaine tenues respectivement à Johannesburg en 2007, sur la stratégie africaine de la santé en 2007-2015 et à Addis-Abeba en 2019, sur la prise en compte des déterminants sociaux de la santé dans la région africaine par

¹⁹Third session of the African Union Conference of Ministers of Health Johannesburg, South Africa, 9-13 April 2007, Camh/Min/5(Iii). Thème: "Strengthening Of Health Systems For Equity And Development In Africa", Draft Rev 2, Africa Health Strategy: 2007 - 2015

²⁰ Trente-quatrième session ordinaire de la Conférence de l'Union africaine des chefs d'Etat et de gouvernement des Etats membres de l'Union Africaine, Addis-Abeba, Ethiopie, 10-11 février 2019, p.1.

²¹*Ibid.*, p. 2.

l'adoption de l'approche HiAP (la santé dans toutes les politiques). Ladite stratégie est en phase avec les souscriptions du Cameroun aux déclarations et actes internationaux en matière de santé à l'instar de la déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires ; de la charte d'Ottawa de 1986 qui insiste sur le fait que la santé va au-delà des soins de santé. Elle place la santé à l'ordre du jour des décideurs politiques dans tous les secteurs et à tous les niveaux, en s'adressant à eux pour qu'ils soient conscients des conséquences sur la santé de leurs décisions et d'accepter leurs responsabilités en matière de santé ; de la charte de Bangkok de 2005 qui exige la participation de toutes les parties prenantes dans le développement de milieux sains, à savoir les écoles, les villes et les collectivités, afin de coordonner les actions entre les services de santé et les autres secteurs ; de la déclaration de Libreville sur la santé et l'environnement en Afrique dans le but de fournir un cadre concerté et intégré pour s'attaquer de façon cohérente aux interfaces santé et environnement. Elle a été signée en 2008 par des Ministres chargés de la Santé et de l'Environnement des 52 pays Africains et de la Résolution de l'Assemblée Mondiale de la Santé sur la santé dans toutes les politiques²².

Les travaux de certains auteurs tels que Blaise Nguendo-Yongsi et al, Pierre Ongolo Zogo et al et de Paul Martin Jonas Kana se sont étendu sur l'appropriation de cette approche en contexte Cameroun et dans la ville de Douala en particulier. Pour Blaise Nguendo-Yongsi et al., il faut impérativement mettre en œuvre l'approche HiAP pour répondre efficacement aux problèmes liés aux mauvaises conditions de logement ; à la mauvaise gestion de l'eau qui crée des risques accrus de maladies à transmission hydrique et vectorielle et à un environnement malsain²³. Pierre Ongolo Zogo et al. ont également largement évoqué la nécessité de la mise en œuvre de l'approche HiAP. En effet, au regard de la diversité et de la complexité des déterminants issus des défis de l'urbanisation galopante et qui influencent la santé des citoyens dans la ville de Douala, ces auteurs prônent l'adoption systématique de la stratégie de « santé dans toutes les politiques »²⁴. Pour Paul Martin Jonas Kana le HiAP est pour le Cameroun, un moyen incontournable pour atteindre sa vision de pays émergent en 2035.

²² La résolution WHA.62.14 adoptée en 2009 lors de l'Assemblée Mondiale de la Santé portant sur la réduction des inégalités en matière de santé grâce à l'action sur les déterminants sociaux de la santé et exhorte les États Membres à améliorer la santé de leurs populations, p.2.

²³ Blaise Nguendo-Yongsi, Trish Muzenda, Yves Bertrand Djouda Feudjio, Daline Nora Kenfack Momo et Tolu Oni, « Intersectoral collaboration for healthier human settlements: perceptions and experiences from stakeholders in Douala, Cameroon », *op.cit.*, pp.602-615.

²⁴ Ongolo Zogo Pierre, Nsangou Moustapha Moncher, Ndongo Jean Serges, Waffeu Sadeu Guy & Atangana José, « Améliorer la gouvernance urbaine pour la santé et le bien-être à Douala –Cameroun », in *Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé (CDBPS-H)*, Yaoundé, 2021, Consulté en ligne sur <https://www.cdbph.org/index.php/1306>, le 08/04/2023.

De façon générale, l'apport des travaux réalisés par les auteurs précédents sur la nécessité de la mise en œuvre de la gouvernance intersectorielle en faveur de l'intégration des objectifs de santé dans toutes les politiques a été important dans l'orientation de notre travail de recherche.

A la suite du contexte de l'étude, seront présentés, la justification du choix du sujet, le problème et la problématique de recherche, les questions de recherche, les hypothèses, les objectifs de recherche, la méthodologie, l'intérêt de l'étude, les considérations éthiques, les stratégies de collecte des données, les limites de l'étude, les difficultés rencontrées et le plan de présentation du travail.

II-Justification de l'étude

L'intérêt pour cette thématique répond à une double préoccupation personnelle et scientifique.

Ce double intérêt est lié au fait que depuis notre entrée dans l'administration en 2012 et après avoir soutenu notre Master 2, nous avons été marqué par les difficultés qu'éprouve le MINSANTE à agir efficacement sur les divers et complexes déterminants observés dans tous les secteurs. Travailler sur ce sujet nous permet d'apporter notre modeste contribution en faveur de la promotion des objectifs de santé en milieu urbain dans le cadre d'une collaboration intersectorielle pour ainsi compléter l'approche solitaire et individuelle menée par les pouvoirs publics camerounais qui a montré toutes ses limites face à la diversité et complexité des déterminants de la santé. Compte tenu du fait que nos deux encadreurs ont fait un travail à ce sujet dans la ville de Douala, nous nous sommes proposé de faire une extension de cette étude dans la ville de Yaoundé pour comprendre dans une perspective comparative comment les pouvoirs publics des deux capitales s'approprient ladite approche dans le secteur de l'habitat urbain. Ce qui nous a permis de comprendre et conclure que la mise en œuvre de cette nouvelle approche de gouvernance holistique, doit tenir compte du contexte et réalités socioéconomiques et politiques de chaque ville et pays. Car, les réalités de la ville de Douala ne sont pas les mêmes que celle de Yaoundé, encore moins que celles des pays comme le Canada et l'Australie où cette approche a été implémentée avec succès.

III-Justification des sites de l'étude

La présente étude a été réalisée dans les ville de Douala et de Yaoundé qui représentent respectivement les capitales économique et politique du Cameroun. Considérées comme les deux plus grandes villes du pays, elles abritent à elles seules près de 20% de la population

nationale²⁵. L'une des motivations du choix de la ville de Douala est liée à l'étude menée par nos deux encadreurs sur l'appropriation de l'action de collaboration intersectorielle en faveur de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques des établissements humains de cette ville²⁶. De ce fait, notre étude se situe dans une perspective d'approfondissement de leur travail dans ladite ville. Baptisée capitale économique du pays, plus de 70% des activités industrielles du Cameroun s'y déroulent²⁷. Ces activités participent à la destruction du cadre de vie et de l'environnement en générale avec des forts impacts sur la santé des populations. Considérée comme la plus grande ville du pays avant Yaoundé, Douala concentre 10 % de la population du Cameroun et environ 20% de la population urbaine du pays. Elle est également la plus grande ville de la zone CEMAC²⁸. Estimé à environ 4 millions d'habitants en 2025, la surface urbanisée est majoritairement occupée par l'habitat (64%), dont plus de la moitié par l'habitat anarchique²⁹. L'augmentation de la population urbaine de ces deux villes a entraîné une augmentation de la demande et de la pression sur les infrastructures existantes, en particulier le logement et les soins de santé³⁰. Ces fortes demandes ont entraîné une insalubrité, un désordre urbain et un habitat spontané péri-urbain anarchique, d'une part et d'une dégradation des indicateurs d'accès aux services de base à l'instar de l'eau potable, de l'éclairage public, de l'hygiène et assainissement, des soins de santé primaires, des espaces de loisir et de divertissement, des aires de jeux, des voies publiques et des cadres de soulagement d'autre part³¹. Ville côtière située à proximité des rives avec une forte pluviométrie, Douala est l'une des villes la plus vulnérable aux inondations qui représentent un enjeu sanitaire important. De ce fait, elle est exposée quotidiennement aux inondations et à l'érosion côtière³². Ces inondations représentent des risques sanitaires et facteurs de multiplications des maladies qui y sont récurrentes telles que le choléra et le paludisme³³.

²⁵ MNSANTE, Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) 2016-2027, Draft du 11 janvier 2016, p.3.

²⁶ Blaise Nguendo-Yongsi, Trish Muzenda, Yves Bertrand Djouda Feudjio, Daline Nora Kenfack Momo et Tolu Oni, « Intersectoral collaboration for healthier human settlements: perceptions and experiences from stakeholders in Douala, Cameroon », *op.cit.*, pp.602-615.

²⁷ Genesis Tambang Yengoh, Zephania N Fogwe & Frederick Ato Armah, "Floods in the Douala metropolis, Cameroon: attribution to change in rainfall characteristics or planning failures", in *journal of environment planning and management*, Vol. 60, 2017, pp.204-230, consulté en ligne sur [https:// www.tandfonline com](https://www.tandfonline.com), le 18/04/2023.

²⁸ Communauté Urbaine de Douala, Plan Directeur d'Urbanisme de Douala à l'horizon 2025, 15

²⁹ *Ibid.*

³⁰ Blaise Nguendo-Yongsi, Trish Muzenda, Yves Bertrand Djouda Feudjio, Daline Nora Kenfack Momo et Tolu Oni, "Intersectoral collaboration for healthier human settlements: perceptions and experiences from stakeholders in Douala, Cameroon", *op.cit.*, pp.602-615.

³¹ Pierre Ongolo Zogo, Nsangou Moustapha Moncher, Jean Serges Ndongo, Guy Waffeu Sadeu et José Atangana, « Améliorer la gouvernance urbaine pour la santé et le bien-être à Douala-Cameroun », *op.cit.*

³² Modeste Bouabre Gnoka, « Développement urbain et menace d'érosion côtière à Abidjan », in *European Scientific Journal*, Vol.9, n°29, 2013.

³³ Blaise Nguendo-Yongsi Henock, « Vulnérabilités aux risques naturels et santé en milieu urbain : inondations et risques sociosanitaires dans le bassin versant de Bobongo à Douala-Cameroun », *op.-cit.*, p. 58.

Plusieurs raisons justifient également le choix de la ville de Yaoundé. Elle permet de faire une extension pour comprendre comment les pouvoirs publics s'approprient l'approche HiAP en faveur des politiques d'habitat urbain. Comme indiqué ci-dessus, ce choix supplémentaire de la ville de Yaoundé, nous a permis de comprendre dans une perspective comparative comment les pouvoirs publics des deux capitales s'approprient ladite approche dans le secteur de l'habitat urbain. Ce qui nous a permis de conclure que la mise en œuvre de cette nouvelle forme de gouvernance holistique, doit tenir compte du contexte et réalités socioéconomiques et politiques de chaque ville et pays. Car, les réalités de la ville de Douala ne sont pas les mêmes que celle de Yaoundé, encore moins que celles des pays comme le Canada et l'Australie où cette approche a été implémentée avec succès. Dénommé capitale politique et siège des institutions du Cameroun, Yaoundé concentre plus de la moitié des activités administratives et politiques du Cameroun et par conséquent, constitue le siège de toutes les institutions de promotion des questions de santé urbaine. En raison de ses prouesses institutionnelles et sous l'effet conjugué de l'ajustement structurel, de la migration liée aux conflits internes et de déplacement d'autres villes du pays et des pays voisins³⁴, de l'exode rural, cette métropole est devenue en l'espace de ces deux dernières décennies, le théâtre d'une croissance démographique annuelle extraordinaire et d'une urbanisation rapide avec environ 2,5 millions d'habitants selon une projection établie en 2005 à partir des chiffres du troisième recensement général de la population et de l'habitat (1 817 524 hab). Tout comme dans la ville de Douala, cette forte population urbaine entraîne également une forte demande et pression sur les services sociaux de base avec pour conséquences l'occupation anarchiques de l'espace, le manque d'infrastructures sanitaires, scolaires, de loisir et de logement. Ce qui entrave le bien-être des populations. Qualifiée de "ville aux sept collines", Yaoundé est un site d'aménagement et d'urbanisation contraignant et difficile. Elle se développe dans un site collinaire avec de pentes abruptes et de bas-fonds inondables qui expliquent la récurrence des glissements des terres et d'aléas hydroclimatiques.

Les raisons développées ci-dessus, font des villes de Yaoundé et Douala les sites les plus appropriés pour réaliser cette recherche. Car, comme l'indique *la Déclaration d'Athènes sur les Villes-Santé*, les villes et les régions urbaines à forte densité de population sont des lieux

³⁴Blaise Nguendo-Yongsi Henock, « Vulnérabilités aux risques naturels et santé en milieu urbain : inondations et risques sociosanitaires dans le bassin versant de Bobongo à Douala-Cameroun », *op.cit.*, p. 58.

privilegiés pour l'application d'importantes politiques intersectorielles combinant des objectifs environnementaux, économiques, sociaux et sanitaires³⁵.

IV-Problème de recherche

Le Cameroun est sûrement semblable à un ensemble de pays en développement, allant d'un sommet international à une conférence au sommet en passant par une initiative multilatérale, produisant à chaque fois les documents requis pour accéder aux financements qui se succèdent sans toutefois offrir de continuité ou de cadre cohérent³⁶.

À travers ces propos, Mylène Lagarde dénonçait déjà les faiblesses et les difficultés de la mise en œuvre des orientations et des engagements internationaux ratifiés par le Cameroun. En effet, depuis la déclaration d'Alma-Ata en 1978 sur la promotion des soins de santé primaire et l'accès de tous à un niveau de santé acceptable à l'an 2000. Avec le slogan « santé pour tous en l'an 2000 », en passant par la déclaration de Rio sur l'environnement et le développement durable de 1992, jusqu'aux déclarations d'Adelaïde et d'Helsinki de 2010 et 2013 sur l'approche HiAP (Health in All Policies), l'OMS n'a cessé d'attirer l'attention de tous les gouvernements sur le fait que les actions de promotion de la santé ont désormais une portée transversale, inclusive, holistique et dépasse le seul secteur des soins de santé. L'OMS, dont le Cameroun est membre et plusieurs auteurs présentent la stratégie HiAP, qui implique la collaboration intersectorielle comme une démarche indispensable pour s'attaquer efficacement aux différents déterminants de la santé dans tous les secteurs de la vie, dans le cadre d'une synergie d'action entre les différents acteurs de la société³⁷. De ce fait, des facteurs comme *« l'éducation, le logement, l'environnement social et physique, considérés comme des déterminants importants de la santé, sont influencés par des décisions qui se prennent dans plusieurs secteurs de l'action gouvernementale³⁸ »*. Par conséquent, cette évolution des connaissances sur les facteurs qui créent le bien-être général doit ainsi amener les différents

³⁵ Athens Declaration for healthy cities, Copenhagen, Bureau régional de l'Europe de l'OMS, 1998, consulté en ligne sur <http://www.who.dk/healthy-cities/hcpub.htm#Declaration>, le 07/05/2023.

³⁶ Mylène Lagarde, *La santé au Cameroun : politique sectorielle et Document stratégique de réduction de la pauvreté*, DSRP), ASPROCOP, 2003.

³⁷ OMS, Déclaration d'Adelaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques : « vers une gouvernance partagée en fonction de la santé et du bien-être », Rapport de la réunion internationale sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques, 2010, p.1.

³⁸ Aurelien Abrassart, Anna Lucia Graff & Kilian Kunzi, « Approche multisectorielle de la promotion de la santé : un guide pour la Suisse romande et le Tessin », in *Promotion santé Suisse*, n° 39, 2017, p.6, consulté en ligne sur www.promotion.santé.ch/publication, le 12/10/2021.

gouvernements à considérer la santé de la population comme un enjeu transversal qui interpelle l'ensemble des secteurs de la société à collaborer³⁹.

À cet effet, la stratégie de collaboration intersectorielle, favorable à l'intégration des objectifs de santé dans toutes les politiques a longtemps été préconisée comme une pierre angulaire pour relever les défis liés à la complexité et à la diversité des déterminants de la santé, en particulier dans les établissements humains en contexte urbain⁴⁰. Relever ces défis nécessite une collaboration intersectorielle, car les mandats visant à s'attaquer aux déterminants sous-jacents de la santé comme les établissements humains inadéquats qui influencent négativement les indicateurs de santé ne relèvent pas du seul secteur de la santé⁴¹. Allant dans le même sens, Ongolo Zogo et *al.* font remarquer dans leur étude sur la ville de Douala que,

*la perspective systématique santé dans toutes les politiques est essentielle à la gestion des interactions et interconnexions complexes entre les transformations environnementales urbaines d'une part et la santé et le bien-être des citoyens d'autre part. Une gouvernance efficace pour améliorer la santé et le bien-être en milieu urbain nécessite le recours aux données probantes fiables et un processus participatif et multisectoriel de décision*⁴².

C'est dans cette optique qu'elle est présentée comme un nouveau paradigme de gouvernance qui permet « *d'améliorer les compétences techniques pour aborder les déterminants de la santé et de l'équité dans les villes grâce à l'approche « santé dans toutes les politiques*⁴³ » et de « *favoriser le dialogue et la coopération entre les secteurs concernés de sorte que la santé soit prise en considération dans les politiques publiques pertinentes et que l'action intersectorielle soit renforcée*⁴⁴ ».

Fort du constat qui précède, plusieurs organisations étatiques et auteurs avisés, ainsi que l'OMS appellent tous les pays du monde à intégrer l'approche « HiAP » dans toutes les

³⁹Louise St-Pierre, *L'approche pangouvernementale pour l'intégration de la santé dans toutes les politiques : Clarification des concepts et portrait d'initiatives gouvernementale*, Paris, UIPES, 2009, p. 3, consulté en ligne sur <http://www.apsc.gov.au/mac/coonectinggovernment>, le 12/10/2021.

⁴⁰Blaise Nguendo-Yongsi, « Perceptions, Experiences and obstacles for intersectoral action for health: Perspectives of policymakers in Douala-Cameroon », in *International journal of science academic research*, vol.02, n°1, 2021, pp.848-856, consulté en ligne sur <http://www.scienceijsar.com>, le 08/04/2023.

⁴¹OMS, Déclaration d'Adelaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques : « vers une gouvernance partagée en fonction de la santé et du bien-être », *op.cit.*, p.1.

⁴²Pierre Ongol Zogo, Nsangou Moustapha Moncher, Jean Serges Ndongu, Guy Waffeu Sadeu et José Atangana, « Améliorer la gouvernance urbaine pour la santé et le bien-être à Douala –Cameroun », in *Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé (CDBPS-H)*, Yaoundé, 2021, Consulté en ligne sur [thtps : //www.cdbph.org/index.php/1306](https://www.cdbph.org/index.php/1306), le 08/04/2023.

⁴³*Ibid.*

⁴⁴Paul Martin Jonas Kana, *Des politiques de santé au Cameroun : des obstacles à la nécessaire coordination*, Groupe de Recherche Interrégional pour la promotion de la Santé et le Développement (CRISE.D2), Yaoundé, 2020, p.89.

politiques dans le cadre d'une collaboration intersectorielle⁴⁵. Tout comme certains pays membres de l'OMS et de l'Union africaine, le Cameroun a adopté « HiAP » en souscrivant entre autres aux recommandations des conférences des Chefs d'États et de gouvernement des États membres de l'Union africaine tenues respectivement à Johannesburg en 2007 et à Addis-Abeba en 2019 sur « *la prise en compte des déterminants sociaux de la santé dans les régions africaines par l'adoption de l'approche de la santé dans toutes les politiques* »⁴⁶. Cependant, malgré cet engagement du Cameroun et les divers appels à l'appropriation de cette approche, il se dégage paradoxalement le constat de faible niveau d'appropriation de ladite approche par les pouvoirs publics dans le secteur d'habitat urbain à Douala et à Yaoundé.

V-Problématique

Dans cette recherche, il est question d'apporter une modeste contribution à l'analyse de la « *collaboration intersectorielle en faveur de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain à Yaoundé et Douala : enjeux, logiques et pratiques d'acteurs* ». Cette idée est reprise par Paul N'da pour qui : « *On arrive toujours trop tard dans un monde trop vieux. Il y a toujours quelque chose de déjà écrit : si ce n'est pas directement sur notre thème ou sur notre sujet, c'est sur les aspects approchant ; si ce n'est pas chez nous, c'est sous d'autres cieux* »⁴⁷.

Ainsi, pour mieux analyser les questions liées au présent projet de recherche, il est opportun de procéder de prime abord à une revue de la littérature disponible. Cette tâche a pour objectif de répondre à une exigence méthodologique et épistémologique. Compte tenu de cette exigence méthodologique, il a été nécessaire de prendre connaissance des travaux antérieurs, identifiés et consultés. Il s'est agi notamment de procéder à une revue documentaire au niveau international, en contextes africains et camerounais, en rapport avec l'approche Health in All Policies, la collaboration intersectorielle en santé, l'habitat et la santé urbains et les déterminants généraux de santé.

⁴⁵OMS, Déclaration d'Adelaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques, consulté en ligne sur www.who.int/social_determinants/french_adelaide_statement_for_web, le 22/10/2021.

⁴⁶ Trente-quatrième session ordinaire de la Conférence de l'Union africaine des chefs d'État et de gouvernement des États membres de l'Union Africaine : « la prise en compte des déterminants sociaux de la santé dans les régions africaines par l'adoption de l'approche de la santé dans toutes les politiques », Addis-Abeba, Éthiopie, 10-11 février 2019, p.1.

⁴⁷Paul N'da, *Recherche et méthodologie en sciences sociales et humaines*, Paris, L'Harmattan, 2008, p.832.

A- « Health in All Policies » en contexte International

Cette première articulation de notre travail est consacrée à la revue documentaire internationale pouvant permettre de comprendre : le contexte, les objectifs, les enjeux et les défis liés à l'appropriation de l'approche HiAP ; le lien entre l'habitat et la santé ; la nécessité de l'approche HiAP ; la stratégie de collaboration intersectorielle en santé ; la santé urbaine et ses rapports avec les politiques de développement urbain et les déterminants sociaux de la santé.

1- « Health in all Policies » : Contexte, objectifs, enjeux et défis

La littérature internationale sur le « Health in all Policies » est abondante et significative. Sur le plan historique, Kimmo Leppo et *al.* soutiennent que dans les années 1980, le HiAP faisait déjà partie de nombreuses stratégies de promotion des questions de santé, desquelles a émergé le mouvement de collaboration intersectorielle en faveur de la promotion des objectifs de santé⁴⁸. Selon les publications de l'OMS, l'avènement de l'approche HiAP peut être bien retracé :

The Health in All Policies approach builds on a rich heritage of ideas, actions and evidence that have emerged since the Alma Ata Declaration on Primary Health Care (1978) and the Ottawa Charter for Health Promotion (1986). (...) The HiAP approach has been reinforced in the more recent 2011 Rio Political Declaration on Social Determinants of Health⁴⁹, and the UN General Assembly Resolution on the Prevention and Control of Non-Communicable Diseases⁵⁰.

Ces dernières années, bien d'auteurs, organisations gouvernementales et organismes internationaux tels que l'ONU-Habitat et l'OMS ont encouragé et exhorté l'ensemble des pays à prendre en compte les questions de santé dans toutes les politiques publiques. L'on peut se souvenir qu'il s'est tenu du 10 au 14 juin 2013, la 8^{ème} conférence mondiale sur la promotion de la santé à Helsinki, en Finlande, sur le thème « Santé dans Toutes les Politiques » inspiré par la déclaration d'Alma Ata sur la santé primaire en 1978 et de la charte d'Ottawa sur la promotion de la santé en 1986. La Déclaration d'Helsinki sur le HiAP a été davantage enrichie ou renforcée en 2011 par «Rio Political Declaration on Social Determinants of Health, the 2011

⁴⁸ Kimmo Leppo, Eva Ollila, Sebastiàn Pena, Mathias Wismar, Sarah Cook, *Health in All policies final: seizing opportunities, implementing police*, Ministry of Social Affairs and Health of Finland, United Nations Research Institute for Social Development(UNRISD), Finland, 2013, consulté en ligne sur <https://www.eurohealthobservatory.who.int>, le 17/04/2023.

⁴⁹ OMS, "Housing: Share interests in health and development", in *social determinant of health sectoral briefing series 1*, Geneva, 2011, consulté en ligne sur <https://apps.who.int/handle>, le 05/04/2023.

⁵⁰ OMS, Political Declaration of the high-level Meeting of the general Assembly on the prevention and the non-communicable diseases, 2014, p.1, consulté en ligne sur <https://digitallibrary.un.org/record>, le 05/04/2023.

*Political Declaration of the UN High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases*⁵¹».

Cette approche est aujourd'hui devenue une approche indispensable pour intégrer la santé dans tous les secteurs. Dans divers documents consultés, on peut globalement retenir que le HiAP (Health in All Policies) est une approche qui met en évidence la synergie entre le secteur de la santé et les autres secteurs, car, ceux-ci ont une influence sur la santé des individus. Pour Fran Baum et al.,

*Health in All Policies (HiAP) has developed as a mechanism to promote action on the social determinants of health (SDH) by facilitating action in sectors where health is not a primary consideration (...) Regardless of the particular strategy applied, HiAP responds to the recognition that population health and equity are influenced by a multitude of factors, most of which are outside of the usual scope of the health system*⁵².

Cette approche a été renforcée en 2011 par la Déclaration politique de Rio sur les déterminants de la santé⁵³, et par l'Assemblée Générale de l'ONU en charge des préventions et du contrôle des maladies⁵⁴. Elle met en évidence plusieurs principes dont l'un des plus importants est le soutien à la collaboration entre le gouvernement et les différents secteurs non gouvernementaux en charge de la promotion des questions de santé. Les études de Rudolph Linda & al., élaborent une définition explicite qui permet de comprendre le Health in All Policies, en ces termes :

Health in All Policies is a collaborative approach to improving the health of all people by incorporating health considerations into decision-making across sectors and policy areas. Health is influenced by the social, physical, and economic environments, collectively referred to as the "social determinants of health." Health in All Policies, at its core, is an approach to addressing the social determinants of health that are the key drivers of health outcomes and health inequities. Health in All Policies supports improved health outcomes and health equity through collaboration between public health practitioners and those nontraditional partners who have influence over the social determinants of health. o Health in All Policies approaches include five key elements: promoting health and equity, supporting intersectoral collaboration, creating cobenefits for multiple partners, engaging stakeholders, and creating structural or process change. Health in All Policies encompasses a wide spectrum of activities and

⁵¹ OMS, Rio Political Declaration on Social Determinants of Health, "the 2011 Political Declaration of the UN High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases", 2014, p.1, consulté en ligne sur <https://www.cil.nus.edu.sg/database/cil>, le 05/04/2023.

⁵² Fran Baum, Angela Lawless, Toni Delany, Colin MacDougall, Carmel Williams, Danny Broderick, Deborah Wildgoose, Elizabeth Harris, Dennis McDermott, Ilona Kickbush, Jennie Popay & Micheal Maramot, "Evaluation of Health in All Policies: concept, theory and application", in *Health Promotion International*, vol.29, 2014, p.130, consulté en ligne sur <https://www.doi.org/10.1093/heapro/dau032>.

⁵³ OMS, "Housing: Share interests in health and development", *op.cit.*

⁵⁴ OMS, Political Declaration of the high-level Meeting of the general Assembly on the prevention and the non-communicable diseases, p.1, *op.cit.*

*can be implemented in many different ways. Health in All Policies initiatives build on an international and historical body of collaborative work*⁵⁵.

Le Health in All Policies est une approche nécessaire pour promouvoir l'égalité en santé dans tous les secteurs de la société. Ceci en intégrant l'égalité sanitaire dans les politiques de développement. Il faut dire que la littérature fait constater que le Health in All Policies a été appliqué avec succès dans plusieurs pays. D'ailleurs, les études de Matthias Wismar et *al.*, révèlent que l'Union Européenne promeut le HiAP comme une meilleure stratégie pour résoudre les problèmes de santé dans leur globalité.

*When successfully implemented, HiAP can contribute positively to key aims of promoting public health, such as ameliorating population health status and it can also help to diminish health inequalities both within countries and throughout the wider region. It is not surprising therefore, that recently intersectoral governance and HiAP have gained high level attention as a priority of WHO's Health2020 strategy, while the EU is also promoting it as a strategic policy tool*⁵⁶.

Pour l'Europe, il est donc important de renforcer les liens entre le secteur de la santé et d'autres secteurs, car leurs actions collectives ont une influence certaine sur la santé humaine. La contextualisation du HiAP a permis à l'Europe de créer une plateforme d'échange entre le secteur de la santé et d'autres secteurs comme celui du transport pour réduire le taux d'accident ; le secteur du travail, de l'agriculture, de l'environnement, de la gouvernance et de l'éducation. À titre d'exemple, dans le cadre de la lutte contre les maladies du cœur, il a été noté que les facteurs liés aux maladies du cœur sont notamment la mauvaise nutrition de l'individu, la cigarette, le manque d'activités physiques et l'obésité. Ainsi, pour promouvoir la santé du cœur, il a été recommandé de manger moins gras, de cuisiner avec de l'huile végétale, de manger des fruits, des légumes et des céréales. Dans ce cadre, le secteur des finances, de l'agriculture et ceux qui ont un trait direct avec la nutrition ont mis les moyens en œuvre pour permettre la disponibilité de ces produits dans les rayons de vente alimentaire, avec des coûts raisonnables. Plusieurs projets de ce genre ont été mis sur pied pour réduire des fléaux comme le tabagisme, l'obésité, les problèmes de tension artérielle. Dans la République de l'Equateur, le HiAP est adopté avec le concept de "Good Living".

L'Angleterre, la Finlande, la France, la Norvège, la Suède, la Nouvelle-Zélande, et deux entités de pays fédérés tels que l'Australie-Méridionale et le Québec, sont entre autres des

⁵⁵Rudolph Linda & Julia Caplan, "Health in All Policies: a guide for state and local governments," Oakland(CA), American Public Health Association(APHA) and Public Health Institute, 2013, consulté en ligne sur <https://www.apha.org/NR/rdonlyres>, le 05/04/2023.

⁵⁶ Matthias Wismar, David McQueen, Vivian Lin, Catherine Jones & Magie Davies, "Intersectoral Governance for Health in All Policies: Structures, actions and experiences", Eurohealth incorporating Euro Observer, Vol.18, n°.4 , 2012, p.3, consulté en ligne sur <https://apps.who.int/iris/handle>, le 06/04/2023.

exemples d'initiatives gouvernementales marquantes⁵⁷, ayant entamé des réflexions et même des actions concrètes et bénéfiques en mettant en œuvre la gouvernance HiAP.

Pour le cas des pays européens, les études de Matthias Wismar et *al.*⁵⁸, soutiennent que l'Union Européenne promeut la stratégie HiAP, comme la meilleure approche capable de résoudre les problèmes de santé dans leur globalité.

À cet effet, douze ministères et un certain nombre d'autorités régionales et locales du gouvernement anglais, ont entériné en 2003 un important programme intitulé *Tackling Health Inequalities : A Programme for Action*, pour lutter contre les inégalités en mettant en avant une la stratégie intersectorielle⁵⁹. Ce programme a été porté et affirmé par la plus haute autorité du gouvernement britannique en plus du Ministère de la Santé⁶⁰.

En 2001, le gouvernement finlandais adopte un programme coopératif intitulé *Public Health program*⁶¹. Celui-ci fournit un cadre d'action de la promotion de la santé pour plusieurs secteurs de la société. Il s'appuie sur la reconnaissance du fait que la santé est surtout influencée par les secteurs non médicaux ; d'où, la création du *Ministry of Social Affairs and Health*⁶², financé par un budget spécial. C'est exactement en 2006 que la Finlande adopte effectivement le programme "Health in All Policies" qui met en exergue la santé de la population par le gouvernement et les autres secteurs du service public et privé. La mise en œuvre de ce programme a été soutenue par le Ministère des Affaires Sociales, de la Santé, de l'Éducation, de la Nutrition pour réduire l'obésité et le niveau de consommation du sel par les populations.

En France, ce sont les écrits de Malcolm Ward qui soulignent l'appropriation de la stratégie HiAP, en mettant l'accent sur les divers défis qu'il a relevés en ces termes :

The "Health in All policies" (HiAPs) approach is an emerging one in France, despite the fact it is rarely mentioned as such in the public discourse. Much more often, official documents refer more vaguely (but increasingly) to a need for intersectoral cooperation. In particular, literature shows that HiAP and/or inter-sectoral cooperation in France has become a widely recognized necessity in the identification and implementation of health policies and programmes at local level (cities and

⁵⁷Louise St-Pierre, *L'approche pangouvernementale pour l'intégration de la santé dans toutes les politiques : Clarification des concepts et portrait d'initiatives gouvernementales*, op.cit., p.3.

⁵⁸Matthias Wismar, David McQueen, Vivian Lin, Catherine Jones & Magie Davies, "Intersectoral Governance for Health in All Policies: Structures, actions and experiences", op.cit., p.3.

⁵⁹Wilbert Keon & Lucie Pepin, « Politiques sur la santé de la population : Perspectives Internationales », Ottawa, Sénat canadien, 2008, consulté en ligne sur <https://sencanada.ca>. Ca. Sen, le 06/03/2023.

⁶⁰Louise St-Pierre, *L'approche pangouvernementale pour l'intégration de la santé dans toutes les politiques : Clarification des concepts et portrait d'initiatives gouvernementales*, op.cit., p.22.

⁶¹Ministry of Social Affairs and Health, "Government Resolution on the Health 2015 public health program", Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, Department for Promotion of welfare and Health, Finland. 2001, p.4.

⁶²*Ibid.*, p.4.

regions); and to address social inequalities in health. While the government maintains the leadership in establishing health policies, their implementation is progressively delegated to the regional and local levels, where the identification of needs can be more participatory and where the cooperation between different sectors to find holistic solutions is easier. This approach is considered to be essential, in particular, for reducing social inequalities with an impact on health⁶³.

Les gouvernements norvégiens et suédois ne sont pas en reste. En 1987, le gouvernement norvégien produit un livre blanc intitulé *Health Policy Towards the year 2000* qui a le mérite d'inclure les préoccupations de santé dans toutes les politiques publiques⁶⁴. Ceci à travers le développement des partenariats entre le gouvernement, les municipalités et les autres organisations de la société civile⁶⁵. C'est en 1993 qu'il publie le livre blanc intitulé *Challenges in Health Promotion and Preventive Efforts*, dans lequel l'action intersectorielle était présentée comme un enjeu important⁶⁶. Le gouvernement suédois, quant à lui, a adopté en 2008 la loi intitulée *A renewed public health policy*⁶⁷, qui prescrit l'intégration des objectifs de santé dans les diverses missions sectorielles du gouvernement⁶⁸.

Le gouvernement de la Nouvelle-Zélande quant à lui, a adopté des politiques qui offrent un cadre général d'action pour améliorer la santé et réduire les inégalités qui s'appuient sur l'action intersectorielle ou l'approche pangouvernementale favorable à la santé. Parmi ces politiques, figure le plan intitulé *Strengthening public health action : A strategic direction to improve, promote and protect public Health*⁶⁹. Adoptée au milieu des années 1990, cette stratégie recommande l'accroissement des actions intersectorielles, la multiplication des coalitions entre le secteur de la santé et les autres secteurs de l'activité gouvernementale⁷⁰.

L'Australie-Méridionale et le Québec sont aussi des exemples d'initiatives gouvernementales qui s'appuient sur l'approche HIAP. Ainsi, le gouvernement de l'Australie-Méridionale a mis sur pied en 2007, un plan stratégique qui se fonde sur la collaboration

⁶³ Malcolm Ward, "Report of the health in all policies focus area group on transport, planning and health", in *crossing bridges*, 2011, p.12.

⁶⁴ Christer Hogstedt, Henrik Moberg, Bernt Lundgren & Mona Backhans, "Health for all? A critical analysis of public health policies in eight European countries", Stockholm, Swedish National Institute of Public Health, 2008, p.64, consulté en ligne sur <https://www.fhi.se/en/Publications/All-publications-in-english/Health-for-all>, le 22/03/2023.

⁶⁵ Wilbert Keon & Lucie Pepin, « Politiques sur la santé de la population : Perspectives Internationales », *op.cit.*

⁶⁶ *Ibid.*

⁶⁷ Government of South Australia, South Australia's strategic plan, Adelaide, Government of South Australia, Department of the Premier and Cabinet, 2007.

⁶⁸ Christer Hogstedt, Henrik Moberg, Bernt Lundgren & Mona Backhans, "Health for all? A critical analysis of public health policies in eight European countries", *op.cit.*, p.64.

⁶⁹ Ministry of Health, "Strengthening public health action, A strategic direction to improve, promote and protect public health", Wellington: Ministry of Health, Government of New Zealand, 1997.

⁷⁰ Louise St-Pierre, *L'approche pangouvernementale pour l'intégration de la santé dans toutes les politiques : Clarification des concepts et portrait d'initiatives gouvernementales*, *op.cit.*, p.32.

intersectorielle avec l'engagement du plus grand nombre d'acteurs possible. Ce plan gouvernemental a pour objectifs : l'accroissement de la prospérité, l'amélioration de bien-être de la population, le développement durable⁷¹. Pour relever le défi de la santé, le gouvernement québécois a publié en 2004 son programme d'action intitulé *Briller parmi les meilleurs, la vision et les priorités d'action du gouvernement*⁷². À cet effet, ce gouvernement a mis sur pied un groupe de travail intersectoriel *ad hoc*⁷³. Ce groupe est composé de dix-sept membres provenant de plusieurs secteurs de la société pour permettre aux jeunes de grandir dans un environnement favorisant une saine alimentation et la pratique de l'activité physique.

Pour réussir le Health in All Policies, la littérature renseigne de prendre en compte plusieurs exigences, notamment, les activités telles que la création d'une plateforme d'échange entre le gouvernement et les autres secteurs ; le plaidoyer pour la promotion de la santé et pour la prise en compte des déterminants sociaux de la santé dans la prise des décisions de tous les secteurs ; la promotion d'une synergie entre les différents secteurs et les institutions partenaires pour la promotion des questions de santé dans toutes les politiques et la construction des savoirs.

Pour résumer les atouts et exigences du HiAP, il convient bien de revenir sur l'ouvrage de Kimmo Leppo et *al.*⁷⁴. Dans ce collectif, les auteurs rappellent bien ce qu'est l'HiAP et son importance pour la promotion des objectifs de santé. Le HiAP est une approche des politiques publiques intersectorielles qui prend systématiquement en compte les implications des décisions en système de santé, cherchant les synergies pour améliorer la santé de la population pour une santé équitable pour tous. Elle met également un accent sur les conséquences des politiques publiques sur les déterminants de la santé et vise à améliorer la responsabilité des décideurs en matière d'impact sur la santé à tous les niveaux de l'élaboration des politiques. Globalement, selon Kimmo Leppo et *al.*⁷⁵, les fonctionnalités clés du HiAP incluent une base solide des droits de l'Homme et de justice sociale. Les auteurs pensent que tous les secteurs influenceraient la santé, notamment l'habitat, l'éducation, le transport, le développement durable ou environnement, la sécurité sociale, l'agriculture, l'aménagement urbain, etc.

⁷¹ Smith Thapa, "South Australia's Strategic Plan and HiAP: perfect partners", *Public Health Bulletin*, 2008, 5, pp. 23-26.

⁷² Gouvernement du Québec, « *Briller parmi les meilleurs, La vision et les priorités d'action du Gouvernement québécois* », Québec, 2004.

⁷³ Perrault, « *L'amélioration des saines habitudes de vie chez les jeunes : Recommandations* », Québec, Gouvernement du Québec, 2005.

⁷⁴ Kimmo Leppo, Eva Ollila, Sebastià Pena, Mathias Wismar, Sarah Cook, *Health in All policies final: seizing opportunities, implementing police, op.cit.*

⁷⁵ Kimmo Leppo, Eva Ollila, Sebastià Pena, Mathias Wismar, Sarah Cook, *Health in All policies final: seizing opportunities, implementing police, op.cit.*

Dans les pays à faible revenu, Sara Cook⁷⁶ insiste sur les défis et les voies d'accès au HiAP. Pour cet auteur, la santé entretient des rapports étroits avec le développement surtout économique en ce qui concerne les déterminants de la santé. Les pays à faible revenu doivent donc faire montre d'un engagement politique multisectoriel ; surtout dans un contexte régulièrement dominé par le manque de coopération et de coordination des politiques des différents secteurs. Face à ces contraintes, il est peu probable que le secteur santé fasse des progrès significatifs vers une meilleure santé pour tous dans ces contextes de précarité. L'hétérogénéité des contextes économiques, sociaux et politiques de ces pays à faible revenu implique que les stratégies du HiAP doivent être spécifiques à chaque contexte, déterminées par le système politique et les institutions d'un pays, le niveau de développement socio-économique et les inégalités, les problèmes de santé, les priorités et les capacités du gouvernement et des ressources disponibles. À propos de cette contextualisation, l'OMS souligne par exemple, « *individual countries will adopt and adjust the components in ways that are most relevant for their specific governance, economic and social contexts*⁷⁷ ». Les voies d'accès au HiAP doivent ainsi être contextualisées ; chaque pays, en fonction de ses politiques, de son environnement économique et de ses ressources, mais, quel que soit le niveau d'appropriation, la santé doit rester une clé essentielle et intersectorielle. Les pouvoirs publics doivent de ce fait, prendre en compte les engagements mondiaux existants, les cadres normatifs et juridiques connus.

Il convient aussi de retenir que dans les perspectives de l'OMS, les acteurs devant appliquer ou faire appliquer le HiAP, doivent être bien ciblés ainsi que leurs responsabilités dans la collaboration intersectorielle en faveur de la promotion de la santé.

*Although governments as a whole bear the ultimate responsibility for the health of their citizens, health authorities at all levels are key actors in promoting HiAP. They should therefore actively seek opportunities to collaborate with and influence other sectors. Intergovernmental organizations and structures (multilateral, bilateral, regional, etc.) can provide significant support to multisectoral action on health and development outcomes*⁷⁸.

En somme, il convient de reconnaître avec la littérature internationale que l'appropriation du HiAP par les pouvoirs publics est présentée comme une exigence en matière de promotion des questions de santé et de développement en général. Ses

⁷⁶Kimmo Leppo, Eva Ollila, Sebastiàn Pena, Mathias Wismar, Sarah Cook, *Health in All policies final: seizing opportunities, implementing police*, op.cit.

⁷⁷ OMS, "Health in All Policies (HiAP): Framework for country action", 2014, p.1, consulté en ligne sur <https://www.afro.who.int/files>, le 05/04/2023.

⁷⁸ OMS, "Health in All Policies (HiAP): Framework for country action", op.cit.

perspectives restent globales et ses atouts semblent dominés sur les risques ou faiblesses. Pour ce qui est du devenir de cette approche, l'OMS soutient que :

HiAP is still a work in progress to which actors in many countries and at many levels are contributing every day. It is a powerful reminder that the phrase “health in all policies” is both aspirational and deeply pragmatic: it simultaneously guides everyday practice while reminding decision makers of what health – in its broadest sense of “complete physical, mental and social well-being” is all about. HiAP can make a significant contribution to the achievement of the current Millennium Development Goals, and should remain a key consideration in the drafting of the post-2015 development agenda. Recognizing the risks but also the benefits associated with ongoing globalization, the recent UN document realizing the future we want for all stated (United Nations 2010)⁷⁹.

En guise de synthèse de la revue de littérature sur le HiAP, il convient de retenir que les caractéristiques clés qui le fondent finalement intègrent entre autres : le « *promote health equity and sustainability*⁸⁰ » ; le « *support intersectorial collaboration*⁸¹ » ; le « *Benefit multiples partners*⁸² » ; le « *Engage Stakeholder*⁸³ » ; le « *create structural or procedural changes*⁸⁴ ».

Ces atouts du HiAP doivent ainsi être capitalisés en tenant compte de ses défis comme le soulignent Fran Baum et al, « *Evaluation of HiAP poses practical, theoretical and methodological challenges. HiAP operates in complex and dynamic systems which involve a range of sectors and disciplines, drawing on multiple, specialized knowledge bases*⁸⁵ ».

La littérature qui vient d'être mentionnée ci-dessus, retrace l'histoire et les objectifs, ainsi que les avantages et les défis liés à la mise en œuvre de l'approche HiAP. C'est une expérience de l'appropriation du HiAP vécue avec succès dans les pays du Nord et présentée par plusieurs auteurs et les organismes des Nations Unies, comme une approche indispensable pour réduire efficacement les déterminants généraux de la santé, en vue de la promotion des questions de

⁷⁹ OMS, “Health in All Policies (HiAP): Framework for country action”, *op.cit.*

⁸⁰ Prendre en compte la santé, la durabilité, l'équité dans tous les projets et programmes spécifiques, dans le processus de développement, et, dans toutes les prises de décisions gouvernementales on doit prendre en compte le volet santé et bref, vulgariser les principes de santé afin que cela soit connu de tous, de plus la promotion de l'équité est un fait normal dans l'implémentation du HiAP.

⁸¹ Le HiAP nécessite la collaboration de plusieurs partenaires qui reconnaîtront que la santé exige une synergie d'actions entre tous les ministères du gouvernement.

⁸² Faire bénéficier plusieurs partenaires et chercher la réussite de tous les partenaires impliqués.

⁸³ Le HiAP favorise une synergie entre une variété de parties prenantes et membres de la société tels que les experts politiques, les avocats, les partenaires privés et les bailleurs de fonds ; ainsi, un partenariat solide est essentiel pour une implémentation efficiente des politiques au sein d'une communauté.

⁸⁴ Le HiAP créerait des changements structurels si cela était pris en compte lors des prises de décisions gouvernementales et appliquées sur le terrain. Cela requiert le maintien des structures avec lesquels la collaboration intersectorielle et les mécanismes de promotion sanitaire et d'équité sociale ont été implémentés par le gouvernement.

⁸⁵ Fran Baum, Angela Lawless, Toni Delany, Colin MacDougall, Carmel Williams, Danny Broderick, Deborah Wildgoose, Elizabeth Harris, Dennis McDermott, Ilona Kickbush, Jennie Popay & Micheal Maramot, “Evaluation of Health in All Policies: concept, theory and application”, *op.cit.*, p. 33.

santé dans tous les secteurs de la vie dans le contexte occidental. Par contre, cette étude se préoccupe par ailleurs des enjeux et des obstacles de l'appropriation du HiAP en contexte camerounais, notamment dans le secteur d'habitat urbain à Yaoundé et Douala.

2-Nécessité de l'appropriation de l'approche de « collaboration intersectorielle en santé »

Au regard de la précédente littérature et les différentes autres consultées au profit de cette étude, force est de constater que la stratégie HiAP qui se met en œuvre à travers la « *collaboration intersectorielle* » ou « *l'action intersectorielle* » a été énormément sollicitée pour réduire efficacement les divers déterminants de la santé, depuis son introduction à la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, tenue à Alma-Ata au Kazakhstan en 1978, jusqu'aux déclarations d'Adelaïde et d'Helsinki en 2010 et 2013. C'est dans cette optique qu'en 2000, la Charte de Bangkok pour la promotion de la santé a confirmé la nécessité de transcender les limites sectorielles pour réduire les inégalités sociales en santé. En 2006, l'Union Européenne a introduit la santé dans toutes les politiques, une stratégie visant des répercussions sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques intersectorielles⁸⁶. Cette histoire de l'importance du concept « *collaboration intersectorielle* », est résumée par Public Health Agency of Canada en ces termes :

The concept of intersectoral action was introduced at the International Conference on Primary Health Care in AlmaAta, Kazakhstan in 1978. The primary health care model explicitly stated the need for a comprehensive health strategy that not only provided health services but also addressed the underlying social economic and political causes of poor health⁸⁷. In the 1980's, conferences related to IA and the Ottawa Charter further underscored the need to work between sectors to realise health gains. WHO notes, A formal commitment to IA became part of many countries' official health policy frameworks in the 1980s. However, the track record of actual results from national implementation of IA was feeble... IA to address social and environmental health determinants generally proved, in practice, to be the weakest component of the strategies associated with Health for All⁸⁸. In the 1990s, with the growth of knowledge on determinants of health, efforts to work across sectors also expanded. In 1997, the WHO hosted a special conference on IA (noted in the introductory comments of this paper). In 2000, the Bangkok Charter for Health Promotion confirmed the need to work across sectoral boundaries. Specific policies to address health disparities were subsequently developed in a number of OECD countries. The United Kingdom and Swedish policies are often cited⁸⁹.

⁸⁶ Public Health Agency of Canada, "Crossing Sectors Experiences in Intersectoral Action, Public Policy and Health", 2015, p.1.

⁸⁷ *Ibid.*

⁸⁸ WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, "Health in all policies: training manual. 1. Health Policy. 2. Health Status Disparities. 3. National Health Programs. 4. Teaching Materials", World Health Organization, 2015, p.11.

⁸⁹Public Health Agency of Canada, "Crossing Sectors Experiences in Intersectoral Action, Public Policy and Health", *op.cit.*, p.1.

La déclaration d'Adélaïde en faveur de l'intégration de la santé dans toutes les politiques rappelle la nécessité de la mise sur pied d'une action gouvernementale concertée en indiquant qu'une « *telle stratégie requiert une nouvelle forme de gouvernance marquée par un leadership partagé à l'intérieur du gouvernement, entre les différents secteurs et entre les échelons de gouvernement*⁹⁰ ».

Plusieurs auteurs ont également relevé, dans leurs travaux, la nécessité de la collaboration intersectorielle, tout en soulignant les défis liés à sa mise en œuvre. C'est dans ce sillage que nous nous sommes intéressés aux travaux de Matthias Wismar et *al.* qui soulignent l'imbrication entre le secteur de la santé et d'autres secteurs, dans le but d'influencer profondément les déterminants de la santé dans le cadre des interventions collaboratives en ces mots ci-après :

*Many policies with important consequences for the health of the population are outside the health sector and the remit of ministries of health. If we want to address the health consequences of these policies, we need to reach out. To this end, intersectoral governance can help to build bridges and facilitate dialogue and collaboration between other ministries, sectors and stakeholders*⁹¹.

Toutefois, les travaux de Ståhl précisent que même si dans bon nombre de stratégies, la combinaison de la santé et d'autres politiques se traduiront par un « gain mutuel », dans d'autres cas il est possible que les valeurs et les objectifs des diverses stratégies soient incompatibles. Dans ces cas, on suggère que les buts et les objectifs fassent l'objet de négociations et que des compromis soient établis de manière consensuelle⁹².

C'est dans cette optique que les travaux de Paul-Jean Fortin et *al.* relèvent clairement l'existence d'un triple consensus. Le premier élément de consensus porte sur les raisons qui nécessitent une action intersectorielle en santé⁹³. Pour ces auteurs, dans « *l'action intersectorielle en santé* » aux niveaux local et central au Québec, ces raisons résident dans le fait que « *l'état de santé est déterminé par des décisions prises dans des secteurs autres que celui des services fournis dans le cadre d'un système de santé et de bien-être*⁹⁴ », d'où le besoin

⁹⁰ OMS, Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques : « Vers une gouvernance partagée en faveur de la santé et du bien-être », Gouvernement d'Australie-Méridionale, Adélaïde, 2010.

⁹¹ Matthias Wismar, David McQueen, Vivian Lin, Catherine Jones & Magie Davies, *Intersectoral governance for Health in All Policies: Structures, actions and experiences*, *op.cit.*, p.3.

⁹² *Ibid.*

⁹³ Jean-Paul Fortin, Gisèle Gro, Vincent Lemieux, Mielle O'Neill & Paul Lamarche, « L'action intersectorielle en santé », Rapport synthèse, Institut National de Santé publique du Québec (INSPQ), n° 514, 1994, pp.597-606.

⁹⁴ *Ibid.*, p.4.

d'agir en coopération avec les autres secteurs⁹⁵, car en incluant les secteurs autres que celui de la santé dans le processus de prise de décision, l'approche multisectorielle permet à ses décideurs politiques de prendre conscience de l'impact que beaucoup de politiques publiques peuvent avoir en termes de santé⁹⁶. C'est dans le même sillage qu'Aurélien Abrassart et *al.* dans l'« *approche multisectorielle de la promotion de la santé* », s'évertuent à démontrer que la mise en œuvre d'une approche multisectorielle est nécessaire pour la promotion efficace de la santé dans les différents cantons latins en Suisse, dans la mesure où elle « *permet d'établir une collaboration afin de concilier des intérêts divergents et de considérer de manière systématique la santé au niveau des décideurs politiques et de l'administration*⁹⁷ ». Ceci en prenant systématiquement en compte la santé dans les politiques publiques et en mettant en synergie les divers secteurs, dans le but d'améliorer l'état de santé et le bien-être complet de la population⁹⁸.

Le deuxième élément vise la définition de l'action intersectorielle « *comme la résultante d'un processus qui permet à des acteurs de différents secteurs de travailler ensemble dans le but de résoudre un problème dont la solution exige une action concertée* »⁹⁹.

Le troisième élément du consensus, s'appuie sur le fait d'intervenir absolument de manière intersectorielle si on veut solutionner les problèmes de santé qui affectent les populations¹⁰⁰. C'est d'ailleurs pour cette raison que Ilona Kickbusch soutient que « *le meilleur moyen d'arriver à garantir à tous un état de santé le meilleur possible*¹⁰¹ », passe par la mise en œuvre d'une approche collaborative systématique. Pour sa part Bourque Denis fait constater que l'action intersectorielle représente « *une innovation contributive à la transformation des problèmes collectifs des communautés en réponses collectives*¹⁰² ».

⁹⁵ Ilona Kickbusch, "Health in All Policies: Where to from here?" in *Health promotion international*, Vol.25, n° 3doi. 10.1093/heapro/daq 0552, Oxfordjournal, 2010, p.13, consulté en ligne sur <https://www.researchchgate.net>, le 23/10/2021.

⁹⁶ Fran Baum, Angela Lawless, Toni Delany, Colin MacDougall, Carmel Williams, Danny Broderick, Deborah Wildgoose, Elizabeth Hrris, Dennis Mcdermott, Ilona Kickbush, Jennie Popay & Micheal Maramot, "Evaluation of Health in All Policies: concept, theory and application", in *Health Promotion International*, p.130, *op.cit.*

⁹⁷ Aurelien Abrassart, Anna Lucia Graff & Kilian Kunzi, « Approche multisectorielle de la promotion de la santé : un guide pour la Suisse romande et le Tessin », in *Promotion santé Suisse*, *op.cit.*, p.12.

⁹⁸ Eeva Ollila, Fran Baum & Sebastian Pena, "Introduction to Health in All Policies and the analytical framework of the book". Kimmo Leppo, Harris, Eeva Ollila, Sebastian Pena, Mathiasn Wismar & Sarah. Cook (Eds.), "Health in All Policies. Seizing opportunities, implementing policies", Finland, Ministry of Social Affairs and Health, 2013, p. 8.

⁹⁹ Jean-Paul Fortin, Gisèle Gro, Vincent Lemieux, Mielle O'Neill & Paul Lamarche, « L'action intersectorielle en santé », *op.cit.*, p.14.

¹⁰⁰ *Ibid.*

¹⁰¹ Ilona Kickbusch, "Health in All Policies: Where to from here?" *op. cit.*, p.13.

¹⁰² Denis Bourque, « Concertation et partenariat. Entre levier et piège du développement des communautés », Vol. 51, n°3, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2009, p.125.

Fort de ces constats, Sarker et Joarder, Sénécal et Coll, considèrent respectivement cette approche de gouvernance transversale, *a priori* comprise par tous, comme « *L'action intersectorielle devenue incontournable pour les acteurs de santé publique afin de promouvoir l'amélioration de la santé et du bien-être de la population*¹⁰³. » et comme « *un jeu d'acteurs au demeurant très raffiné qui a le mérite de rapprocher les acteurs communautaires des représentants des pouvoirs publics, d'ouvrir le dialogue et de générer des projets concertés*¹⁰⁴ ». Ceci parce qu'elle permet d'aborder dans une perspective plus globale, le problème des déterminants de la santé, permettant ainsi à toutes les politiques publiques de porter un effet positif sur la santé des populations¹⁰⁵.

Toutefois, la mise en œuvre de la collaboration intersectorielle n'est pas donnée à l'avance. Elle exige que les acteurs suivent une bonne préparation avant de s'y engager. C'est une initiative qui n'est prise que lorsque les acteurs ont été bien formés et maîtrisent les contours des obstacles et enjeux à surmonter. Les défis à relever à ce sujet sont résumés par les questions suivantes posées par Kickbush et Buckett :

Comment les dynamiques et relations de pouvoir entre le secteur de la santé et les autres secteurs peuvent-elles être gérées afin que des liens fructueux puissent se développer ? Comment peut-on développer un objectif commun compte tenu du fait que les arrangements institutionnels font en sorte que chaque secteur cherche à atteindre ses propres objectifs ? Comment peut-on développer une culture de coopération étant donné que les secteurs, et leurs leaders sont en compétition pour les ressources et leur « gloire sous le soleil » ?¹⁰⁶.

Compte tenu des difficultés susceptibles de plomber l'implantation du processus de collaboration intersectorielle, Bull et al. rappellent qu'elle a besoin de s'appuyer sur une politique publique efficace. À cet effet, ils mentionnent des critères à remplir en vue de la mise en œuvre d'une politique et des plans d'action intersectoriels efficaces en santé. Entre autres critères, nous pouvons citer :

une consultation des principales parties prenantes lors de l'élaboration des politiques et des plans d'action ; l'adoption d'une approche globale utilisant plusieurs stratégies (interventions axées sur l'individu et sur l'environnement) et ciblant différents groupes de population ; travailler à différents niveaux

¹⁰³Sarker Malabika & Joarder Taufique, « Collaboration intersectorielle : une nouvelle voie pour promouvoir la promotion de la santé communautaire », in *Global Health Promotion (GHP)*, Vol.19, n° 4, 2012, pp .62-64.

¹⁰⁴ Gilles Senecal, Geneviève Cloutier, Léa Methe Myrand, Amélie Dubé & Andréanne Chevalier, « Les effets de la concertation : Etude sur les Tables intersectorielles de quartier de Montréal », in *Centre-Urbanisation Culture Société*, Montréal(Québec) H2X 1 E3, 2010, p.11.

¹⁰⁵ Fran Baum, Angela Lawless, Toni Delany, Colin MacDougall, Carmel Williams, Danny Broderick, Deborah Wildgoose, Elizabeth Harris, Dennis McDermott, Ilona Kickbush, Jennie Popay & Micheal Maramot, "Evaluation of Health in All Policies: concept, theory and application", op.cit., p.131.

¹⁰⁶ Ilona Kickbush & Kevin Buckett, "Implementing health in all policies", in *International Journal of Health Policy and Management (IJHPM)*, Vol.4, n°5, pp. 609-610.

(local, national, individuel, auprès d'une communauté entière et au niveau de l'environnement physique) ; l'élaboration d'une politique et d'un plan d'action entre plusieurs organismes, par un travail de coalitions, d'alliances et de partenariats (gouvernement croisé, non- gouvernemental comme relevant du secteur privé), etc.¹⁰⁷.

La place accordée par les auteurs précédents à la collaboration intersectorielle pour la promotion des questions de santé dans toutes les politiques dans les pays dits développés de l'hexagone, l'accent mis sur les obstacles liés à sa mise en œuvre permettent de comprendre notre intention de recherche. Au regard de la diversité et de la complexité des déterminants sociaux qui impactent la santé des populations dans tous les secteurs au Cameroun, cette recherche s'est proposée de questionner les enjeux (les avantages) liés à l'appropriation de la stratégie de collaboration intersectorielle en faveur de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain dans un pays du Sud en voie de développement qu'est le Cameroun, plus précisément dans les villes de Douala et de Yaoundé. Un secteur moins exploré pourtant aux enjeux variés et efficaces pour la promotion d'un environnement sain pour un bien-être complet des populations. Il ne s'agit pas d'une tendance inconnue du champ scientifique, mais d'un pan un peu négligé.

3-Rapport entre les objectifs de santé et les politiques de développement urbain

La présente revue de littérature met également un accent spécifique sur le lien qui existe entre les questions de santé et les politiques de développement urbain. A cet effet, Hugh Barton et Catherine Tsourou affirment que, « *La santé devrait être un objectif primordial pour beaucoup de professions et d'institutions et que les urbanistes jouent un rôle fondamental dans l'établissement d'un environnement favorable à la santé¹⁰⁸* ». De ce fait, les pouvoirs publics doivent impérativement tenir compte des objectifs de santé dans le cadre de l'élaboration et de l'implémentation des politiques de planification urbaine et des plans d'urbanisme en vue de promouvoir un environnement ou un cadre de vie saine. Le document intitulé: United Nations Human Settlements Programme Compendium of Inspiring Practices: Health Edition, International Guidelines on Urban and Territorial Planning, confirme cette these en soulignant que,

¹⁰⁷ Fiona Bull, Bull Bellew, Stephnaie Schöppe & Adrian Bauman, « Developments in National Physical Activity Policy: an international review and recommendations towards better practice », in *Journal of Science and Medicine in Sport, Physical Activity*, Vol.7, n° 1, 2004, p. 93, consulté en ligne sur <https://api.semanticscholar.org/CorpusID/20841822>, le 06/04/2023.

¹⁰⁸ Hugh Barton & Catherine Tsourou, *Urbanisme et santé : Un guide de l'OMS pour un urbanisme centré sur les habitants*, Association internationale pour la promotion de la Santé et du Développement Durable(S2D), Rennes-France, 2004, p.1.

*Good planning practices can have positive benefits on human and environmental health. (...) By placing health at the centre of planning from the beginning and leading the planning process, health can be dealt with as both a planning input and outcome (...) The inclusion of health in urban policies is an effective channel for improving and strengthening urban governance systems with a view to achieving better urban health (...)*¹⁰⁹.

En parcourant minutieusement le Manuel intitulé, *Urban heart : Urban health equity assessment and response tool user manual*, l'on peut aisément comprendre le lien qui existe entre les questions de santé et les politiques de développement urbain. Il souligne que

“The urban health equity assessment and response tool is a decision-support tool to identify and reduce health inequities in cities”. Le « Cœur Urbain » est un support numérique contenant des informations ou de data base pour permettre aux autorités municipales, nationales, communautaires et aux managers de connaître ou prendre conscience des risques d'inégalités en santé auxquels font face les citoyens, ainsi que les causes et conséquences liées à ces inégalités de santé vécues par ces derniers¹¹⁰. Lors de l'élaboration des politiques de planification et des programmes d'intervention en santé, les décideurs doivent tenir compte des objectifs de santé en fonction des problèmes répertoriés dans chaque ville et de l'équité en santé. En somme, cet important manuel comprend six points ou étapes qui relèvent avec emphase la corrélation existante entre les objectifs de santé et les politiques de développement urbain, à savoir ¹¹¹:

Build an inclusive team : évoque la mise sur pied d'une équipe engagée dans le processus de santé pour la ville pour susciter l'adhésion des partenaires au programme dans d'autres secteurs, en fonction de leurs importances et leurs domaines d'intervention dans le programme de la santé enfin de promouvoir la faisabilité de ce programme ; *Define your local indicator set and benchmarks* : précise l'ensemble des indicateurs ou outils nécessaires à la collecte des informations sur la santé et qui serviront d'équipements aux personnes qui mettront sur pied une politique équitable en faveur des personnes ciblées ; *Assemble relevant and valid data* : c'est la phase de validation et de la sauvegarde des données qui serviront de base de données nécessaires pour guider le processus de prise de décision. Ceci, en fonction des problèmes des villes répertoriées ou faire une matrice ou les problèmes seront coloriés pour faciliter le travail ou une carte faisant sortir tous les problèmes de santé de la ville pour traiter

¹⁰⁹United Nations Human Settlements Programme, “Compendium of inspiring practices: Health Edition, International guidelines on urban and territorial planning”, 2018, pp.4-6.

¹¹⁰ WHO, Urban Heart: “Urban health equity assessment and response tool”, User Manual, The WHO Centre for Health Development, 2010.

¹¹¹*Ibid.*

les plus urgents. C'est-à-dire, ceux qui apparaissent plusieurs fois, ainsi que les causes et conséquences des maladies répertoriées ; *Assesse and prioritize Heath equity gaps and gradients* est l'étape de l'identification des problèmes de santé prioritaires de la ville en incluant divers acteurs et s'assurer que les données collectées soient bien lues et utilisées en fonction des objectifs du gouvernement ; *Identify the best réponse* : une fois les problèmes répertoriés en fonction des objectifs, il faudra adopter une meilleure réponse ou une solution collective pour les résoudre le plutôt possible.

Cette vision et plan d'action sur la santé en milieu urbain sont également soutenus par un certain nombre de mandats internationaux et administratifs des organes directeurs¹¹². À cet effet, en novembre 2010 s'est tenu à Kobe au Japon le Forum mondial sur l'urbanisation et la santé, au cours duquel l'OMS et l'ONU-Habitat ont lancé le rapport conjoint intitulé, *La face cachée des villes : mettre au jour et vaincre les inégalités en santé en milieu urbain*¹¹³. Ce rapport appelle les pouvoirs publics à tenir compte pendant l'élaboration et la mise en œuvre des politiques d'urbanisation, de l'action des objectifs de santé sur le milieu urbain¹¹⁴. Entre autres, en 2015, le Conseil d'administration d'ONU-Habitat en collaboration avec l'OMS, a mis sur pied le plan de planification territoriale¹¹⁵ qui repense la santé en rapport avec les politiques d'urbanisation. En 2008, l'ONU-Habitat, à la suite de la vaste enquête menée dans 20 pays, a insisté non seulement sur les différents problèmes urbains répertoriés, mais, surtout sur quatre enseignements clés ci-après qui méritent d'être revisités ¹¹⁶:

La nécessité d'une collaboration entre professionnels de santé, planificateurs urbains et territoriaux. Son but principal est de chercher à changer la façon de planifier les villes en intégrant les objectifs de santé en tant que facteurs de développement urbain : « *Collaboration*

¹¹²OMS/Organisation de la Santé Panaméricaine, 148e Session du Comité Exécutif, Washington, DC, E-U, du 20 au 24 juin 2011, p.2.

¹¹³ *Ibid.*

¹¹⁴ World Health Organisation, the WHO Kobe Center for Health Development, and United Nations Human Settlements Program (UN-Habitat). Kobe call to action, Kobe, Japan, Geneva, Switzerland, WHO, 2010, consulté en ligne sur [thhp://www.who.or.jp/index-files/Kobe% 20Call% 20 to%20 Action %20FINAL](http://www.who.or.jp/index-files/Kobe%20Call%20to%20Action%20FINAL), le 15/06/2021:

¹¹⁵ ONU-Habitat, International Guidelines on Urban and Territorial Planning. Compendium of Inspiring Practices, Health Edition, 2018.

¹¹⁶ Dans les 20 pays, l'ONU-Habitat a globalement répertorié comme problèmes urbains majeurs : L'augmentation rapide de la population dans les zones urbaines, les inégalités associées aux logements, l'augmentation des embouteillages ; l'absence d'isolation adéquate et ventilation exposant les personnes à des températures extrêmes ; le manque d'infrastructure aménagés et adéquats ; le manque des toilettes publiques obligeant les usagers à faire les besoins à l'air libre ; l'exposition aux effets des gaz polluants produits par les véhicules à moteur ; polluent l'air ; les inondations ; les catastrophes, manque d'électricité, d'eau potable ; les mauvaises conditions de logement, manque d'approvisionnement et assainissement des eaux, mauvaise gestion des déchets solides, ainsi que la faible sensibilisation sur la prolifération des moustiques et des mouches domestiques qui transmettent des maladies telles que la dengue, la typhoïde et le choléra.

as a process is not only a methodology to bring together two or more parties for engagement and participation, it is also a learning tool that involves intellectual exchange and cross-fertilization of ideas from different perspectives » ;

Le poids de l'intégration des multi-acteurs à différents niveaux dans l'optique de renforcer l'amélioration de l'aménagement du territoire pour une ville saine : *« reates the advantages of ownership and involvement, among other things » ;*

La santé doit être au centre de la planification urbaine et territoriale dans la mesure où les bonnes planifications et constructions des habitats peuvent avoir des avantages positifs sur la santé humaine : *« Putting health at the centre of any planning and letting that lead the process ensures health benefits are an outcome » ;*

L'intégration de la santé dans les politiques urbaines au travers des consultations base de données pour inspirer les actions futures pour l'amélioration de la santé des populations : *« Putting health practices into urban policy is an effective way to improve and strengthen government systems that are aimed at achieving better Heath... ».*

La revue littéraire internationale précédente, fait le point sur l'importance de la prise en compte des objectifs de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de planification urbaine pour la promotion de la santé. Cette étude cherche à saisir comment les acteurs du développement urbain et de la promotion des questions de santé s'approprient certaines politiques liées aux objectifs de santé et au développement urbain pour la promotion d'un cadre de vie décent ou sain dans les villes de Yaoundé et Douala.

4-Lien entre habitat et santé

Selon les observations de l'OMS, la qualité d'établissements humains détermine la qualité de la santé des personnes. À cet effet, l'OMS définit la santé environnementale comme celle qui *« comprend les aspects de la santé humaine, y compris la qualité de la vie, qui sont déterminés par les facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux, psychosociaux et esthétiques de notre environnement. Elle concerne également la politique et les pratiques de gestion, de résorption, de contrôle et de prévention des facteurs environnementaux susceptibles d'affecter la santé des générations actuelles et futures¹¹⁷ »*. Les conditions dans lesquelles s'inscrit l'environnement/ l'habitat et la façon dont celui-ci est géré, sont fondamentales pour

¹¹⁷ <http://solidarités-sante.gouv.fr/sante-et-environnement>, consulté le 12/06/ 2021.

la santé humaine et le bien-être. Ainsi, en « *agissant sur les caractéristiques de l'habitat, il est possible d'avoir des effets positifs ou négatifs sur les occupants*¹¹⁸ ».

Un habitat favorable à la santé est celui qui met en lumière l'importance qu'il y a à reconnaître : « *les implications de la politique et des pratiques de l'aménagement urbain en matière de santé et le besoin qu'il y a de pousser les choses avant en poursuivant des objectifs comme pivot des travaux d'urbanisme*¹¹⁹ ». C'est ainsi que l'amélioration des conditions d'habitat peut sauver des vies, réduire les maladies, améliorer les conditions de bien-être et la qualité de vie, réduire la pauvreté, aider à atténuer le changement climatique et contribuer à la réalisation de plusieurs objectifs de développement durable, y compris ceux qui concernent la santé et les villes durables. « *Housing is therefore a major entry point for intersectoral public health programmes and primary prevention*¹²⁰ ». Entre autres problèmes de santé liés à une mauvaise qualité d'habitat, l'OMS relève que

*Housing can expose people to a number of health risks. As discussed in the WHO Housing and health guidelines (HHGL), structurally deficient housing increases the likelihood that people slip or fall, increasing the risk of injury. Poor accessibility to their house puts disabled and elderly people at risk of injury, stress and isolation. Housing that is insecure, sometimes due to affordability issues or weak security of tenure, is stressful. Housing that is difficult or expensive to heat contributes to poor respiratory and cardiovascular outcomes, while high indoor temperatures can cause heatrelated illnesses and increase cardiovascular mortality*¹²¹.

Ainsi, selon l'OMS, les avantages d'un habitat décent sont nombreux et influencent directement et positivement la santé. À propos de ces avantages, l'OMS soutient qu'un habitat sain est un cadre qui favorise un état physique, mental complet et le bien-être social. Un habitat favorable à la santé développe le sentiment de joie et de sécurité chez les habitants. Il en est de même pour un logement sain qui se réfère à la structure physique, y compris son état solide du point de vue structurel, en protégeant des intempéries et de l'humidité excessive, et en facilitant des températures confortables, un assainissement et un éclairage adéquats, un espace suffisant, une sécurité du carburant, du raccordement à l'électricité ; une protection contre les polluants, les risques de blessures, moisissures et parasites. Enfin, un logement sain repose sur

¹¹⁸ Haut Conseil de la santé publique. Facteurs contribuant à un habitat favorable à la santé : « Etat des lieux des connaissances et recommandations pour asseoir des politiques publiques pour un habitat sain », 31 janvier 2019, p. 9.

¹¹⁹ Hugh Barton & Catherine Tsourou, *Urbanisme et santé : Un guide de l'OMS pour un urbanisme centré sur les habitants*, op.cit., p. 2.

¹²⁰ Ibid.

¹²¹ WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, "Health in all policies, 2015: training manual. 1. Health Policy. 2. Health Status Disparities. 3. National Health Programs. 4. Teaching Materials", World Health Organization.

l'environnement qui doit procurer un accès aux services, espaces verts et options de transport actif et public, ainsi que la protection contre les déchets, la pollution et les effets des catastrophes naturelles ou provoqués par l'Homme.

À propos des recommandations de l'OMS en matière de construction de logements, la littérature renseigne qu'un logement adéquat doit respecter les critères suivants : la sécurité d'occupation ; la disponibilité des services, de matériels, d'installations et d'infrastructures ; l'amorçabilité ; l'habitabilité ; accessibilité ; emplacement ; et l'adéquation culturelle. Dans l'optique de promouvoir des établissements humains décents favorables au bien-être des populations, l'OMS indique la nécessité de mettre en collaboration le secteur de la santé et celui d'habitat. Car, selon cet organisme onusien, de millions de personnes se débattent chaque jour dans des maisons pauvres, surpeuplées, manquant de services de base. Ces faits représentent les défis auxquels font face les responsables de politiques de logement et ont de l'impact sur la santé et le bien-être des populations. L'OMS martèle en affirmant que: « *well-designed, accessible housing and adequate services can successfully address fundamental determinants of health for disadvantaged individual and communities*¹²² ».

Compte tenu de l'importance des objectifs de santé dans la promotion d'un cadre de vie sain, il est donc nécessaire que les deux secteurs collaborent mutuellement. Le fait que le secteur d'habitat considère les impacts de santé dans ses politiques est bénéfique pour les habitants. En effet, les politiques d'habitat soutenables qui prennent en compte la qualité de vie des citoyens en y intégrant les objectifs de santé créent de meilleures conditions de vie. Le fait par exemple pour le secteur santé d'améliorer les déterminants de la santé du secteur de l'habitat est capital pour réduire les coûts de soins de santé. Certaines maladies sont causées par le fait de vivre dans des établissements humains humides, froids, moisissus où règnent la promiscuité et l'obscurité.

Historiquement, c'est après avoir pris connaissance des liens qui existent entre les conditions d'habitat et la santé au début de la révolution industrielle que les gouvernements occidentaux ont pris la résolution d'intégrer les questions de santé dans les politiques d'habitat. Par conséquent, il est désormais primordial que les secteurs santé et habitat travaillent en synergie dans le but d'améliorer le bien-être des populations. Il s'agit de travailler en collaboration dans le cadre des formulations des politiques, des normes et standard de tous les secteurs à l'instar de la construction, de la régulation de l'énergie, de la conservation de l'eau,

¹²² OMS, Housing: "Share interests in health and development", in *social determinant of health sectoral briefing series 1*, Genève, 2011.

de la qualité de l'air à l'intérieur de la maison et les émissions des gaz, de sécurité et de logement décent.

Il apparaît de ce qui précède que la qualité d'habitat détermine la qualité ou les conditions de santé des habitants et qu'il est impératif que les différents secteurs de promotion de santé et d'habitat collaborent pour une promotion des questions de santé et des cadres de vie sains. Bien que de cette idée nous a inspiré pour formuler notre sujet de recherche qui prend en compte la collaboration entre les secteurs de promotion de l'habitat et de la santé urbains, elle nous a surtout permis d'orienter la présente étude pour comprendre comment les déterminants liés aux établissements humains impactent négativement ou positivement la santé et le bien-être général des populations des villes de Yaoundé et Douala.

4-Logiques des déterminants de la santé

Le constat général qui se dégage de la littérature disponible sur les différents déterminants de la santé révèle que les inégalités en matière de santé rencontrées dans tous les pays, proviennent des conditions dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent : « *The social determinants of health are the conditions in which people are born, grow, live, work and age (...) ¹²³* ».

Ces conditions sont appelées déterminants sociaux de la santé et qui sont classifiés à plusieurs niveaux. Il s'agit entre autres des niveaux économiques, politiques, culturels et environnementaux. Parmi les plus classiques, on retrouve le modèle de Whitehead & Dahlgren, celui des Commissions des Déterminants Sociaux de la Santé de l'OMS et du Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (MISSS) en 2010¹²⁴. Le modèle de déterminants de Whitehead et Dahlgren apporte une vision plus détaillée et plus dynamique qui marque un tournant dans la prise en compte des inégalités de santé en 1991. Pour cet auteur, les importantes inégalités de l'état de santé des populations observées à travers le monde ne peuvent pas s'expliquer uniquement par des différences individuelles et génétiques¹²⁵. Parlant davantage des déterminants de la santé, Alvaro Matida, souligne à l'article 2 de la Constitution du Brésil

¹²³ WHO library cataloguing-in-publication data, "Health in all policies, 2015: training manual. 1. Health Policy. 2. Health status disparities. 3. National health programs. 4. Teaching materials", World Health Organization, 2015, p. 4.

¹²⁴ Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (MISSS), « Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants, Résultat d'une réflexion commune », consulté en ligne sur <http://publications.miss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/23-05-2020.PDF>

¹²⁵ Goran Dahlgren & Margaret Whitehead, *Policies and strategies to promote social equity in health*, Stockholm, Institute for futures studies, 1991.

de 1988, que: « *Health determinants are, among others, food, basic sanitation, the environment, labor, income, education, transportation, leisure and the access to consumer goods and social services; the health levels of the population reflect the social and economic organization of the country* »¹²⁶.

Pour faire face aux déterminants de la santé, notamment aux inégalités de santé, l'OMS, recommande d'intégrer des questions de santé dans toutes les politiques de développement. A propos, elle souligne que,

*Social protection services and income transfers are put in place by governments to reduce household's vulnerability to poverty, to manage risks and counteract the negative impacts that unexpected events may have on their income, wealth or health, and to lift them out of chronic poverty. Social protection is a key determinant of population health and health equity*¹²⁷.

Pour l'OMS, les gouvernements doivent assurer l'accessibilité de la santé dans les autres services sociaux pour réduire les catastrophes et leurs impacts sur le bien-être. Ainsi, la combinaison entre la santé et les services sociaux et d'assurance permet de planifier ensemble des interventions pour améliorer l'accès à la santé dans les projets de protection de la communauté. La santé et les autres services sociaux et assurances ont un intérêt commun dans la protection des couches vulnérables et dans la réalisation des droits de tous à la sécurité sociale telle que définie dans la déclaration universelle des Droits de l'Homme. Par ailleurs, la santé et les autres domaines de la protection sociale peuvent collaborer dans le développement et la promotion de la structure universelle de protection sociale. Le secteur santé a un rôle important à jouer dans la promotion du financement durable des soins de santé universelle. La santé, dans la protection sociale peut aussi contribuer aux autres services sociaux en planifiant les réponses de service de santé dans les projets de protection sociale de la communauté et aider à identifier les groupes vulnérables.

Cette partie de la recherche relative à la revue littéraire internationale sur l'approche HiAP est consacrée aux logiques des déterminants généraux de santé sur le plan international. Par contre, le chapitre I de cette recherche a été consacré à l'étude des divers déterminants qui influencent la santé des populations dans un secteur spécifique du Cameroun, qu'est les établissements humains des villes de Yaoundé et Douala.

¹²⁶Alien Matilda, *Connecting SDH actions with HiAP in Brazil*, Center for global health, Adelaide, 2010.

¹²⁷ OMS, "Social determinants of health sectorial briefing series. Social protection: shared interests in vulnerability reduction and development", Genève, 2012.

B-Adoption du « Health in All Policies » en contexte africain

Après avoir fait le point sur la littérature relative aux Contextes, objectifs, enjeux et défis à l'adoption au niveau international de l'approche HiAP: « Health in All Policies », de la nécessité de l'appropriation de l'approche de « collaboration intersectorielle en santé », des rapports entre « les objectifs de santé et les politiques de développement urbain », entre « l'habitat urbain et la santé » et « les déterminants sociaux de santé » dans divers pays du Nord, la nécessité de questionner son appropriation par les pouvoirs publics des pays du Sud (africains) s'est posée.

Il faut d'emblée reconnaître que la littérature scientifique relative à l'adoption du HiAP au niveau africain n'est pas aussi dense que dans les pays du Nord. En effet, en dehors des travaux de Joy Mauti qui relèvent l'appropriation de cette stratégie de promotion des questions de santé dans toutes les politiques par certains pays de l'Afrique Subsaharienne, à l'instar du Soudan, du Kenya, de la Namibie et du Burundi, les restes des travaux y relatifs portent sur les conclusions des conférences, des déclarations de l'Union Africaine tenues respectivement à Johannesburg en 2007 et Addis-Abeba en 2019. Avant de relever les expériences vécues par ces pays en matière d'adoption du HiAP, nous allons d'abord nous appesantir sur les actions menées par l'Union africaine à cet effet. Le constat général est qu'en dépit de l'importance de cette approche pour la promotion des questions de santé, son adoption par les pays africains reste toujours plombée par des problèmes structurels et financiers.

1-Action de l'Union africaine

Pour comprendre l'adoption ou non de la stratégie HiAP «Health in all Policies» par les pays du Sud (africains), il faut remonter à la conférence des ministres de la santé de l'Union africaine tenue à Johannesburg en 2007 sur la stratégie africaine de la santé 2007-2015 et à la Déclaration de l'Union africaine tenue à Addis-Abeba en 2019, sur la prise en compte des déterminants sociaux de la santé dans la région africaine à travers l'adoption de l'approche HiAP « *santé dans toutes les politiques* ». Le constat global est que les systèmes de santé en Afrique connaissent encore plusieurs problèmes structurels. L'examen de ces faiblesses des politiques de santé montre que les États africains n'ont pas encore mis sur pieds une véritable approche collaborative et holistique favorable à la promotion des questions de santé¹²⁸.

¹²⁸Third session of the African Union Conference of Ministers of Health Johannesburg, South Africa, 9-13 April 2007, Camh/Min/5(Iii). Thème: "Strengthening Of Health Systems For Equity And Development In Africa", Draft Rev 2, Africa Health Strategy: 2007 - 2015

Face à ces faiblesses structurelles des systèmes de santé africains et surtout « *conscients du fait que les déterminants sociaux de la santé dans la région africaine ne peuvent être abordés correctement par les seuls ministres de la santé*¹²⁹ », les chefs d'État et de Gouvernement des États membres de l'Union africaine réunis à Addis-Abeba ont proposé de s'engager résolument en faveur de l'adoption de l'approche HiAP. A cet effet, ils déclarent que « *Nous nous engageons ici fermement à soutenir et à renforcer la réforme du secteur de la santé dans les pays africains en adoptant l'approche de « la santé dans toutes les politiques » afin de progresser vers la réalisation des objectifs de couverture universelle et de développement durable en Afrique*¹³⁰ ».

En dépit de l'engagement des pays membres de l'Union africaine en faveur de l'appropriation de la stratégie de gouvernance HiAP, présentée comme l'un des moyens les plus efficaces pour atteindre les objectifs du développement durable des Nations Unies, en vue de réduire efficacement les inégalités sociales en santé, seule une minorité de pays a effectivement mis en œuvre avec succès cette approche. C'est le cas notamment du Soudan, du Kenya et du Burundi. Le pays comme le Cameroun reste encore à la traine. Ce qui a suscité dans le cadre de cette étude, la question relative aux goulots d'étranglement à l'intégration de l'approche HiAP dans les politiques d'habitat urbain en contexte camerounais, notamment à Douala et Yaoundé.

2-Expériences de certains pays africains

Comme il a été relevé plus haut, plusieurs pays africains ont adopté l'approche HiAP en dépit de certaines difficultés auxquelles sa mise en œuvre fait face.

Le Soudan est l'un des premiers pays africains à adopter cette approche en 2007. Cet engagement s'illustre à travers les déclarations suivantes:

The national health policy 2007 in Sudan recognized the importance of tackling the social determinants of health and considers health as multifaceted issue, which requires the involvement of others sectors. Therefore, the Federal Ministry of health, though the Public Health institute, moved towards introducing the Health in All Policies approach as a mechanism to improve health and health equity»¹³¹.

Concernant cet engagement, Joy Mauti indique que le Soudan est en avance sur les autres pays d'Afrique en raison d'un niveau élevé d'engagement politique. À cet effet, l'ancien Président Omar AL-BASHIR a soutenu HiAP comme feuille de route, tandis que son Vice-

¹²⁹ Trente-quatrième session ordinaire de la Conférence de l'Union africaine des chefs d'Etat et de gouvernement des Etats membres de l'Union Africaine, Addis-Abeba, Ethiopie, 10-11 février 2019, p.1.

¹³⁰ *Ibid.*, p.2.

¹³¹ Public Health Institute, Federal Ministry of Health: "Road map for implementing Health in All Policies in Sudan", ALSAHAFA, Khartoum, 2016, p.6.

Président rencontrait régulièrement les groupes de travail intersectoriel sur la santé dans toutes les politiques¹³².

Compte tenu des difficultés liées à l'implémentation de cette action intersectorielle, plusieurs mesures ont été prises par le Soudan. Il s'agit entre autres de: la création de huit groupes de travail intersectoriel au début de 2016 ; la création d'un groupe de suivi, de pilotage et de stratégie ; l'élaboration d'une feuille de route associant les principaux défis sanitaires aux ministères concernés ; l'obligation pour tous les Ministres de produire au Ministre de la Santé des rapports liés à la santé au sein de leur département ministériel respectif ; la création d'une « taskforce » pour fiancer le HiAP ; amener le parlement à voter une loi régissant le fonctionnement du HiAP ; faire usage du HiAP pour lutter contre des maladies comme la Malaria et instaurer une unité de monitoring en santé¹³³.

Au Burundi, c'est à travers le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA, que ce dernier s'est doté d'un cadre de stratégie de promotion de la santé dans toutes les politiques. Cette stratégie s'inscrit en droite ligne avec le Plan National de Développement 2018-2027, de la Politique Nationale de Santé 2016-2025 et du Plan National de Développement Sanitaire 2019-2023¹³⁴. Ladite stratégie est en phase avec les souscriptions du Burundi aux déclarations et actes internationaux en matière de santé, notamment la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaire, les Objectifs de Développement Durable (ODD), la Charte d'Ottawa de 1986, la charte de Bangkok de 2005 et la résolution de l'Assemblée mondiale de la santé de mai 2014 sur la santé dans toutes les politiques¹³⁵. L'approche intersectorielle, devenue un enjeu porté au plus haut niveau au Burundi a été pris en compte au cours du processus de l'élaboration de la stratégie de coordination du Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA. Cette stratégie de promotion de la santé a pour but, de réduire les inégalités sociales pour promouvoir l'égalité en matière de santé. Pour atteindre ces objectifs, le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA a mis en place un comité technique multisectoriel pour

¹³² Joy Mauti, « La santé dans toutes les politiques : une approche intersectorielle de l'élaboration des politiques », Doctorat PHD, Université de Paris IV, 2021, consulté en ligne sur <https://journals.openedition.org/mcv>, le 07/04/2023.

¹³²Public Health Institute, Federal Ministry of Health: "Road map for implementing Health in All Policies in Sudan", *op. cit.*, pp.12-14.

¹³³ Joy Mauti, « La santé dans toutes les politiques : une approche intersectorielle de l'élaboration des politiques », *op.cit.*

¹³⁴ Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA au Burundi, « Stratégie de promotion de la santé dans toutes les politiques au Burundi, Agir ensemble pour la santé de tous », 2019, p.5.

¹³⁵*Ibid.*, p. 6.

élaborer, avec l'appui technique et financier de l'OMS, une stratégie de promotion de la santé basée sur les déterminants sociaux de la santé. En 2018, à l'initiative du Ministère de la Santé du Burundi et de l'Organisation Mondiale de la Santé, un projet de « Santé dans les secteurs connexes » a été lancé¹³⁶.

Le Kenya et la Namibie font aussi partie des pays africains qui ont fait l'effort d'élaborer des cadres HiAP. Cette stratégie a été lancée par le Kenya en 2021 à travers le projet dénommé « Sanergy » focalisé sur les toilettes publiques à Nairobi. Ce projet a pour objectif de lutter contre les problèmes de santé.

Toutefois, la mise sur pied du HiAP n'étant évidente, elle a été freinée par certaines difficultés dans ces deux derniers pays. Le projet a manqué le soutien nécessaire du gouvernement central. De ce fait, « *Les politiques sont bonnes sur le papier*¹³⁷ », affirme Mauti, mais « *La pratique est toute autre histoire*¹³⁸ ». A cet effet, l'auteur recommande de créer un département intersectoriel sous la tutelle du Président de la République, car au Kenya particulièrement, l'implantation du HiAP est « arbitraire ». Le fait que la santé dans toutes les politiques relève de la compétence du Ministre de la Santé, a fait qu'on en sait peu sur l'approche au sein des autres ministères. Les budgets sont également des facteurs de tension. D'ailleurs, sur les 41 juridictions impliquées dans l'approche, moins de la moitié ont alloué un budget dédié aux activités du HiAP¹³⁹. Mauti relève que dans le contexte africain, l'approche échouera si elle nécessite un budget supposé important. « *Si vous décidez de financer HiAP comme un autre programme vertical, cela ne fonctionnera certainement pas*¹⁴⁰ », déclare-t-elle. « *Vous devez faire comprendre à chaque secteur que la santé est importante, afin qu'ils puissent même budgétiser le HiAP dans le cadre de leurs propres activités*¹⁴¹ ».

Cependant, Mauti espère que le renforcement de l'approche à travers le continent peut renforcer la résilience des sociétés à la pandémie actuelle de la COVID-19 et apporter un large éventail d'avantages futurs. Par conséquent, « *Tous les secteurs du gouvernement doivent se réunir pour aborder les politiques publiques avec la santé au centre*¹⁴² ».

La revue ci-dessus fait un état des lieux de l'appropriation de l'approche HiAP et les

¹³⁶ Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA au Burundi, « Stratégie de promotion de la santé dans toutes les politiques au Burundi, Agir ensemble pour la santé de tous », *op.cit.*

¹³⁷ Joy Mauti, « La santé dans toutes les politiques : une approche intersectorielle de l'élaboration des politiques », *op.cit.*

¹³⁸ *Ibid.*

¹³⁹ *Ibid.*

¹⁴⁰ *Ibid.*

¹⁴¹ *Ibid.*

¹⁴² *Ibid.*

difficultés liées à sa mise en œuvre par certains pays africains. Qu'en est-il du cas du Cameroun et en particulier dans les de Yaoundé et Douala ? Telle est la question qu'on peut se poser à l'issue de cette sous-partie. C'est pour cette raison que nous avons cherché à comprendre comment les pouvoirs publics camerounais s'approprient ce nouveau paradigme de gouvernance intersectorielle en santé en faveur des politiques des établissements humains de ces deux villes.

C-Constata sur l'adoption du HiAP et sa faible appropriation par le Cameroun

Il s'est agi dans cette partie, de dresser dans un premier temps la littérature relative à l'adoption du HiAP par le Cameroun, ainsi que sa nécessité avant de relever celle qui est liée à sa faible appropriation.

1- Constata sur l'adoption du HiAP par le Cameroun et sa nécessité

Avant d'évoquer les travaux scientifiques liés à la nécessité de l'adoption du HiAP par le Cameroun, soulignons que ce dernier l'a adoptée lors de plusieurs conférences. C'est le cas notamment des deux conférences de l'Union Africaine tenues respectivement à Johannesburg en 2007, sur la stratégie africaine de la santé en 2007-2015 et à Addis-Abeba en 2019, sur la prise en compte des déterminants sociaux de la santé dans la région africaine par l'adoption de l'approche HiAP (la santé dans toutes les politiques). Ladite stratégie est en phase avec les souscriptions du Cameroun aux déclarations et actes internationaux en matière de santé à l'instar de la déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires ; de la charte d'Ottawa de 1986 qui insiste sur le fait que la santé va au-delà des soins de santé. Elle place la santé à l'ordre du jour des décideurs politiques dans tous les secteurs et à tous les niveaux, en s'adressant à eux pour qu'ils soient conscients des conséquences sur la santé de leurs décisions et d'accepter leurs responsabilités en matière de santé ; de la charte de Bangkok de 2005 qui exige la participation de toutes les parties prenantes dans le développement de milieux sains, à savoir les écoles, les villes et les collectivités, afin de coordonner les actions entre les services de santé et les autres secteurs ; de la déclaration de Libreville sur la santé et l'environnement en Afrique dans le but de fournir un cadre concerté et intégré pour s'attaquer de façon cohérente aux interfaces santé et environnement. Elle a été signée en 2008 par des

Ministres chargés de la Santé et de l'Environnement des 52 pays Africains et de la Résolution de l'Assemblée Mondiale de la Santé sur la santé dans toutes les politiques¹⁴³.

La littérature sur la nécessité de l'adoption ou non du « *Health in all Policies* » en contexte camerounais en général et dans les villes de Douala et de Yaoundé en particulier n'est pas suffisamment dense. Toutefois, nous nous sommes intéressés aux travaux de Blaise Nguendo-Yongsi et al, de Pierre Ongolo Zogo et al qui s'y sont largement étendus et de Paul Martin Jonas Kana qui l'ont évoqué.

Pour Blaise Nguendo-Yongsi et al., il faut impérativement mettre en œuvre l'approche HiAP pour répondre efficacement aux problèmes liés aux mauvaises conditions de logement ; à la mauvaise gestion de l'eau qui crée des risques accrus de maladies à transmission hydrique et vectorielle et à un environnement malsain¹⁴⁴. Selon ces acteurs, il y a lieu d'élargir la compréhension des parties prenantes et de la communauté sur la relation entre les maladies non transmissibles et le logement inadéquat ; une réimagination des structures de gouvernance pour soutenir la collaboration intersectorielle en santé, et un besoin de partenariats de recherche plus transdisciplinaire travaillant avec les décideurs pour contribuer à la conception de l'action intersectorielle pour la santé de manière à intégrer les données existantes et à intégrer les évaluations d'impact sur la santé¹⁴⁵. Pour y parvenir, les pouvoirs publics doivent adopter une communication efficace et un leadership de responsabilisation basée sur l'esprit de coalition¹⁴⁶.

Les travaux de Pierre Ongolo Zogo et al. sur « *Améliorer la gouvernance urbaine pour la santé et le bien-être à Douala –Cameroun* » ont également largement évoqué la nécessité de la mise en œuvre de l'approche HiAP. En effet, au regard de la diversité et de la complexité des déterminants issus des défis de l'urbanisation galopante et qui influencent la santé des citoyens dans la ville de Douala, ces auteurs prônent l'adoption systématique de la stratégie de « santé dans toutes les politiques »¹⁴⁷. Selon eux, elle est

Essentielle à la gestion des interactions et interconnexions complexes entre les transformations environnementales urbaines d'une part et la santé et le bien-être des citoyens d'autre part. Une gouvernance efficace pour améliorer la santé et le

¹⁴³ La résolution WHA.62.14 adoptée en 2009 lors de l'Assemblée Mondiale de la Santé portant sur la réduction des inégalités en matière de santé grâce à l'action sur les déterminants sociaux de la santé et exhorte les États Membres à améliorer la santé de leurs populations, p.2.

¹⁴⁴ Blaise Nguendo-Yongsi, Trish Muzenda, Yves Bertrand Djouda Feudjio, Daline Nora Kenfack Momo et Tolu Oni, « Intersectoral collaboration for healthier human settlements: perceptions and experiences from stakeholders in Douala, Cameroon », *op.cit.*, pp.602-615.

¹⁴⁵ *Ibid.*

¹⁴⁶ *Ibid.*

¹⁴⁷ Pierre Ongolo Zogo, Nsangou Moustapha Moncher, Jean Serges Ndong, Guy Waffeu Sadeu et José Atangana, « Améliorer la gouvernance urbaine pour la santé et le bien-être à Douala –Cameroun », *op.cit.*

*bien-être en milieu urbain nécessite le recours aux données probantes fiables et un processus participatif et multisectoriel de décision*¹⁴⁸.

L'implémentation et la mise en cohérence de ce nouveau paradigme de gouvernance intersectorielle imposent l'engagement des acteurs urbains tels que « *les autorités municipales et administratives déconcentrées, leaders traditionnels et religieux, acteurs économiques, organisations de la société civile, association et organisation à base communautaire, forces de maintien de l'ordre, personnels des services socio-sanitaires*¹⁴⁹ ». Ainsi, ces acteurs vont-ils établir les nouvelles modalités de promotion, de prévention, de restauration et de protection de la santé et du bien-être des citoyens.

Pour emboîter les pas aux précédents auteurs, Paul Martin Jonas Kana présente l'adoption de la stratégie politique HiAP par les pouvoirs publics camerounais, comme moyen incontournable de l'atteinte de sa vision de pays émergent en 2035. En effet, selon ses travaux, l'atteinte de cette vision projetée en 2035 par le Gouvernement camerounais ne devrait pas se focaliser essentiellement sur « les grandes réalisations » des projets structurants, mais devrait impérativement intégrer tout autant les objectifs de santé dans tous les secteurs de développement, si les autorités les veulent durables¹⁵⁰. Par conséquent, tout comme le développement durable, la santé se repose sur quatre principaux piliers que sont la qualité de l'environnement, l'habitat, l'économie et le social. En fait, la santé et le développement durable sont symétriques. En d'autres termes, la "bonne" santé est une des conditions du développement harmonieux, qu'il soit économique ou social. La présence de maladie, au-delà de l'impact direct, entraîne des coûts pour la société, par le biais des soins ou la baisse de la productivité¹⁵¹.

La réalisation de tels objectifs de développement exige que l'on puisse dépasser le cadre simple des politiques de soins pour s'attaquer aux racines et aux facteurs qui les entretiennent. Pour cela, il faut nécessairement associer « *tous les secteurs et domaines connexes du développement national et communautaire, en particulier l'agriculture, l'élevage, la production alimentaire, l'industrie, l'éducation, le logement, les travaux publics et les communications*...¹⁵² ». Il s'agit notamment d'intégrer les questions de « santé dans

¹⁴⁸Pierre Ongolo Zogo, Nsangou Moustapha Moncher, Jean Serges Ndong, Guy Waffeu Sadeu et José Atangana, « Améliorer la gouvernance urbaine pour la santé et le bien-être à Douala –Cameroun », *op.cit.*

¹⁴⁹*Ibid.*

¹⁵⁰ Paul Martin Jonas Kana, Des politiques de santé au Cameroun : des obstacles à la nécessaire coordination, *op.cit.*, p. 9.

¹⁵¹*Ibid.*

¹⁵² OMS, « Conférence internationale sur les soins de santé primaires », 6-12 septembre 1978, Déclaration d'Alma-Ata (Ex-URSS), pp.6-12.

toutes les politiques » en agissant efficacement dans une action intersectorielle sur les déterminants biologiques, physiques, les facteurs socio-économiques de la santé et sur ceux liés aux cadres et modes de vie. Cette action holistique pourra facilement conduire le Cameroun vers l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), réduire les déterminants qui mettent en mal la santé des populations¹⁵³.

De façon générale, l'apport des travaux réalisés par les auteurs précédents sur la nécessité de la mise en œuvre de la gouvernance intersectorielle en faveur de l'intégration des objectifs de santé dans toutes les politiques a été important dans l'orientation de notre travail de recherche. Cependant, notre étude s'inscrit dans le prolongement et le dépassement des travaux effectués par ces devanciers. À cet effet, loin de faire la plaidoirie pour l'adoption du HiAP en contexte camerounais tel qu'effectuée par Pierre Ongolo Zogo et *al* et Paul Martin Jonas Kana, notre étude recherche à comprendre et analyser les enjeux de la mise en œuvre du HiAP et les expériences de projets de collaboration intersectorielle en vécues par les acteurs au profit de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain à Yaoundé et Douala.

2- Constat de la faible appropriation du HiAP par le Cameroun

De tous les travaux scientifiques réalisés sur l'appropriation du HiAP par le Cameroun, l'étude menée par Blaise Nguendo-Yongsi dans la ville de Douala est celle qui a fait le point sur la situation de la faible appropriation du HiAP. Pour cet auteur, parmi les facteurs qui illustrent la faible mise œuvre du HiAP à Douala, figurent le fait que de nombreux secteurs travaillent en silos, les incitations organisationnelles à favoriser la collaboration avec d'autres secteurs sont limitées, les canaux de communication complexes qui limitent les expériences de collaboration, l'ignorance de cette approche par les autorités et l'insuffisance de ressources financières allouées à cet effet¹⁵⁴. Selon cet auteur, plusieurs projets urbains se sont effondrés en raison des expériences de collaboration mitigées vécues par les acteurs, de la méfiance de ces derniers et de la faible collaboration existante¹⁵⁵.

Parmi les raisons qui justifient la faible appropriation du HiAP par les autorités des villes de Yaoundé et Douala, figurent le fait qu'aucun document de planification et de promotion des questions de santé publique ne fait mention de cette approche. En lisant attentivement les

¹⁵³Paul Martin Jonas Kana, *Des politiques de santé au Cameroun : des obstacles à la nécessaire coordination*, *op.cit.*, p. 9.

¹⁵⁴ Blaise Nguendo-Yongsi, « Perceptions, Experiences and obstacles for intersectoral action for health: Perspectives of policymakers in Douala-Cameroon », *op.cit.*, pp.848-856.

¹⁵⁵ *Ibid.*

documents tels que les Plans Directeurs d'Urbanisme, la stratégie nationale de l'habitat, les Stratégies Sectorielles de Santé (SSS) et l'Agenda 21 de la ville de Douala, l'expression « *Health in All Policies* » (HiAP) n'apparaît nulle part et les développements qui y sont contenus n'ont pas été faits dans l'esprit du HiAP¹⁵⁶. Au regard de ce constat lié à la faible appropriation du HiAP à Yaoundé et Douala, notre étude envisage comprendre et analyser les causes de cette faiblesse.

VI-Questions de recherche

Ces questions se subdivisent en une question principale et à trois questions secondaires.

a) Question principale

Quelles sont les logiques et pratiques qui sous-tendent l'appropriation de l'approche de collaboration intersectorielle en faveur de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain à Douala et Yaoundé ?

b) Questions secondaires

Q1. Quelles sont les mesures adoptées et mises en œuvre par les pouvoirs publics pour agir sur les déterminants généraux de la santé en vue de favoriser l'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain à Yaoundé et Douala ?

Q2. Comment les acteurs en charge de la gouvernance urbaine, s'approprient-ils l'approche de collaboration intersectorielle en vue d'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain à Yaoundé et Douala ?

Q3 Quels sont les enjeux et les obstacles liés à l'appropriation de l'approche de collaboration intersectorielle au profit de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain à Yaoundé et Douala ?

VII- Hypothèses de recherche

Ce travail compte une hypothèse principale et trois hypothèses secondaires.

a) Hypothèse principale

Malgré les enjeux socioéconomiques et politiques que génère l'appropriation de l'approche de collaboration intersectorielle en santé urbaine pour le bien-être général des populations, son appropriation reste plombée par des obstacles liés entre autres aux conflits

¹⁵⁶ Blaise Nguendo-Yongsi, Trish Muzenda, Yves Bertrand Djouda Feudjio, Daline Nora Kenfack Momo et Tolu Oni, « Intersectoral collaboration for healthier human settlements: perceptions and experiences from stakeholders in Douala, Cameroon », *op.cit.*, pp.602-615.

d'intérêt et de pouvoir entre les secteurs, à l'égoïsme et l'incivisme des acteurs. Ce qui a favorisé le développement des collaborations intersectorielles de façade, temporaires, occasionnelles, mitigées et difficiles entre ces derniers à Yaoundé et Douala.

b-Hypothèses secondaires

Elles sont trois :

H1. L'Engagement du Cameroun en faveur de la promotion des questions de santé urbaine s'est traduit non seulement par l'adoption de diverses résolutions et politiques de promotion des établissements humains qui tiennent compte des objectifs de santé aux niveaux international et national, mais aussi, par l'intégration de ces mesures dans les documents de politiques nationales et locales par les pouvoirs publics.

H2. Plusieurs expériences de collaboration intersectorielle en santé urbaine communes et spécifiques aux villes de Douala et Yaoundé, ont été réalisées par certains départements ministériels, les CTD avec l'appui des partenaires techniques et financiers au développement en vue de la promotion des questions sanitaires, socioéconomiques et environnementales.

H3. En dépit du caractère efficace, efficient et cohérent du HiAP dans le cadre de la réduction des inégalités et de la promotion de l'égalité en santé, son appropriation reste freinée par plusieurs goulots d'étranglements parmi lesquels, les conflits d'intérêt et de pouvoir, l'égoïsme des acteurs, l'ignorance de cette approche par les autorités, l'insuffisance des ressources financières, humaines et matérielles et l'incivisme des populations.

VIII-Méthodologie

Dans un travail scientifique, le chercheur doit rendre compte de la démarche qui l'a aidé à obtenir les données qu'il présente. C'est ce que relève d'ailleurs Madeleine Grawitz lorsqu'elle affirme que, « *la méthode, c'est la branche de la logique qui étudie les principes et démarches de l'investigation scientifique*¹⁵⁷ ». Cette partie de l'introduction est donc consacrée au cadre théorique et aux techniques de collecte de données.

A-Cadre théorique

Pour saisir un phénomène social, il est nécessaire de procéder au préalable à sa construction. C'est ce que soutient Madeleine Grawitz en affirmant que : « *la nécessité de l'expérience est saisie par la théorie avant d'être découverte par l'observation*¹⁵⁸ ». Ainsi,

¹⁵⁷ Madeleine Grawitz, *Lexique des sciences sociales*, Paris, Dalloz, 2004, 8^{ème} édition, p. 274.

¹⁵⁸ *Ibid.*, p. 62.

compte tenu de cette nécessité, notre cadre théorique est construite autour de trois théories. Ce sont notamment, la théorie des coalitions, la théorie des organisations comme culture et l'approche sociocritique.

1-Théorie des coalitions

La coalition est définie par Fortin et *al.* comme « *le fait de deux ou plusieurs parties (individus ou organismes) qui acceptent de coopérer dans le but d'atteindre des objectifs communs et qui s'entendent sur la répartition des avantages attendus* »¹⁵⁹. Selon ces auteurs, la collaboration intersectorielle ou la coopération est un moyen de maximiser les bénéfices économiques et psychologiques dans une relation d'échange¹⁶⁰. La théorie des coalitions,¹⁶¹ ainsi que la norme de réciprocité¹⁶² constituent les bases de la collaboration intersectorielle et de partenariat. Cette théorie montre que les parties prenantes dans une relation de coalition ou de collaboration sont prêtes à interagir dans la mesure où chacune tire un avantage de la collaboration et que le bénéfice tiré est supérieur aux pertes engendrées par cette interaction. Le modèle repose sur cinq concepts, à savoir : l'échange, la négociation, la réciprocité, la loyauté et la différenciation. Bref, c'est un système qui s'articule principalement autour des notions de confiance et de gratitude¹⁶³. Avec les normes de loyauté, de négociation et de réciprocité¹⁶⁴, Gouldner stipule que la relation peut se perpétuer et que les obligations des deux parties se renforceront et seront respectées. À partir de ces principes¹⁶⁵, Gouldner postule que l'individu aide ceux qui l'ont aidé et qu'il ne traite pas mal ceux qui l'ont aidé.

Les formulations explicites de la théorie des coalitions sont proposées par William Gamson en 1961¹⁶⁶, et par Fortin et *al.* en 1994¹⁶⁷. Selon ces auteurs, ce modèle sociopolitique est composé de cinq paramètres suivants :

la distribution initiale des moyens ou ressources entre les membres (atouts); la part des bénéfices qu'un acteur peut espérer retirer de chacune des coalitions

¹⁵⁹ Jean-Paul Fortin, Gisèle Gro, Vincent Lemieux, Mielle O'Neill & Paul Lamarche, « L'action intersectorielle en santé », Rapport synthèse, Institut National de Santé publique du Québec(INSPPQ), 1994, p.3.

¹⁶⁰ Naomi I Brill, "Teamwork: Working together in the human service", in *Social work*, Vol. 22, Philadelphia, Lippincott Company, 1976, p. 155.

¹⁶¹ Peter Blau, "Exchange and Power in social life", in *Sociologie du travail*, n° 1, New York, 1964, pp. 101-102.

¹⁶² Alvin Gouldner, "The norm of reciprocity: A preliminary statement", in *American Sociological Review*, Vol.25, n°2, 1960, pp. 161-178.

¹⁶³ Alvin Gouldner, "The norm of reciprocity: A preliminary statement", in *American Sociological Review*, Vol.25, n°2, 1960, pp. 161-178.

¹⁶⁴ *Ibid.*

¹⁶⁵ *Ibid.*

¹⁶⁶ , 2008, pp. 216-221.

William Gamson, "A theory of coalition formation", in *American sociological review*, *op-cit.*

¹⁶⁷ Jean-Paul Fortin, Gisèle Gro, Vincent Lemieux, Mielle O'Neill & Paul Lamarche, « L'action intersectorielle en santé », *op.cit.*, pp .5-6.

*(avantages); les préférences stratégiques de nature non utilitaire entre les participants tenant à leurs inclinations mutuelles (liens); le mode de décision, c'est-à-dire la somme des moyens requis pour franchir le seuil qui permet de contrôler efficacement la décision; le mode d'organisation qui réfère aux règles du jeu influençant la situation et le comportement*¹⁶⁸.

Cette formulation théorique a été approfondie à travers les études de plusieurs chercheurs intéressés par les coalitions gouvernementales. Certains travaux ont porté sur les moyens, c'est-à-dire les atouts que possèdent les acteurs lorsqu'ils décident de former une coalition politique avec les autres acteurs. C'est le cas de Vincent Lemieux qui a proposé en 1991 un modèle de classification des différents types d'atouts que peut apporter un acteur à une coalition¹⁶⁹ : les atouts normatifs réfèrent aux idéaux ou aux causes motivant les acteurs ; les atouts positionnels renvoient au statut relié à un poste ; les atouts actionneurs de commande ont trait aux moyens dont dispose un acteur pour intervenir sur les moyens qu'ont les autres membres ; les atouts relationnels ont à voir avec l'utilisation faite par un acteur de ses liens ou de ses contacts personnels ou professionnels ; les atouts matériels se rapportent aux ressources financières et matérielles que possède un acteur ; les atouts informationnels ont trait à l'expertise possédée par un acteur dans un domaine particulier ou encore aux informations particulières qu'il a pour influencer les décisions ; les atouts personnels concernent le charisme individuel de l'acteur.

La théorie des coalitions a permis non seulement d'identifier les enjeux, voire les avantages socio-économiques et politiques qui justifient l'adoption et l'appropriation par les pouvoirs publics de l'approche de collaboration intersectorielle en faveur de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain à Yaoundé et Douala, mais, aussi, elle a permis de mettre en exergue les différents moyens et ressources apportés par chaque secteur ou acteur pour réaliser des projets intersectoriels en vue d'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain à Yaoundé et Douala.

¹⁶⁸ Jean-Paul Fortin, Gisèle Gro, Vincent Lemieux, Mielle O'Neill & Paul Lamarche, « L'action intersectorielle en santé », *op.cit.*, pp .5-6.

¹⁶⁹ Vincent Lumineux, *L'utilité politique des rivaux*, in *Revue canadienne de science politique*, XXIVA, 1991, pp. 735-753.

2- La théorie des organisations comme culture

Cette théorie est développée par Philippe Bernoux dans son ouvrage intitulé *La sociologie de l'entreprise*¹⁷⁰ et reprise par le même auteur dans un autre ouvrage dénommé *La sociologie des organisations*¹⁷¹. D'après ledit auteur, toute organisation sociale se caractérise par une diversité et hétérogénéité de culture, d'identité et de valeurs propres différentes de celles des individus. Ce qui aboutit à des divergences des croyances, de perceptions, des valeurs et des normes entre ces derniers et l'organisation et qui sont sources de conflits. C'est-à-dire que les acteurs apprécient et perçoivent de leur manière les normes qui régulent leurs comportements et cherchent à les éviter ou à les travestir¹⁷². D'où l'émergence des conflits entre les acteurs qui forment la coalition ou la collaboration.

De ce fait, l'organisation comme lieu de production d'une culture, a sa propre identité qui se heurte à celle de acteurs pris individuellement ou collectivement. Ce qui crée l'incompatibilité des référents et des modèles liés à l'organisation d'un travail et à la manière dont il faut atteindre les objectifs assignés au préalable¹⁷³. Au cours de la collaboration relative au travail, les acteurs apprennent et se conforment aux règles de ladite collaboration. Ce processus d'apprentissage comporte des contraintes que les acteurs adoptent différemment. Ce qui crée l'indifférence des acteurs par rapport à l'action collective. Ces conflits et indifférence limitent ou plombent la mise en œuvre de l'action de collaboration en vue de la promotion des questions de développement, définies de manière consensuelle au préalable.

Cette théorie a permis dans le cadre de cette recherche, d'identifier les différents goulots d'étranglement à l'appropriation de l'approche de collaboration intersectorielle en faveur de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain à Yaoundé et Douala. Ces obstacles se manifestent entre autres par les conflits d'intérêt et de pouvoir qui traduisent l'égoïsme des acteurs, l'incivisme des populations et le laxisme de certaines autorités.

¹⁷⁰ Philippe Bernoux, *La sociologie de l'entreprise*, Paris, Editions Seuil, 1999, p. 180.

¹⁷¹ Philippe Bernoux, *La sociologie des organisations. Initiation théorique suivie de douze cas pratiques*, 6^e édition, Revue et corrigée, Paris ? Edition Seuil, 2009, p.220.

¹⁷² Robert Blum, *Dimensions sociologiques du travail social*, Paris, Le Centurion, 1970, p. 103.

¹⁷³ Philippe Bernoux, *La sociologie des organisations. Initiation théorique suivie de douze cas pratiques*, op.cit.

3- L'approche sociocritique de Claude Duchet

La sociocritique est une théorie du fait littéraire qui s'attarde sur l'univers social présent dans le texte, elle est un outil d'analyse ou de critique d'œuvre littéraire. Elle propose une lecture socio-historique du texte, en appuyant en premier lieu sur ce dernier : « *la compréhension est un problème de cohérence interne du texte qui suppose qu'on prenne à la lettre le texte, tout le texte et rien que le texte*¹⁷⁴ ». Selon Duchet, l'un des principaux moteurs de la sociocritique, porte sur le fait qu'elle mette l'accent sur la « socialité du texte ». A cet effet, cet auteur souligne que

*Au sens restreint, rappelons-le, la sociocritique vise d'abord le texte. Elle est même la lecture immanente en ce sens qu'elle reprend à son compte cette notion de texte élaborée par la critique formelle et l'avalise comme objet d'étude prioritaire. Mais la finalité est différente, puisque l'intention et la stratégie de la sociocritique sont de restituer au texte des formalistes sa teneur sociale, l'enjeu c'est ce qui est en œuvre dans le texte, soit un rapport au monde. La visée de montrer que toute création idéologique en cela précisément qu'elle véhicule tel ou tel énoncé préformé, parlé ailleurs par d'autres pratiques, parce qu'elle représente ou reflète telle ou telle réalité*¹⁷⁵.

Cependant, depuis le marxisme, la sociologie tente d'expliquer et d'interpréter les textes philosophiques ou littéraires dans leur contexte social. La sociologie de la littérature telle que défendue par des théoriciens comme Goldmann ou Lukács, part du principe que « toute œuvre littéraire a un équivalent conceptuel et peut être réduite en système¹⁷⁶ », il est donc possible d'appréhender la littérature comme système de valeurs et de signifiants ayant tous une corrélation avec les structures sociales du contexte de production de l'œuvre. A partir de l'approche de Zima, pour qui l'approche sociocritique elle-même se trouve être une critique du discours idéologique, nous tâcherons d'appréhender le texte littéraire lié aux pratiques de collaboration intersectorielle en faveur de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain à Yaoundé et Douala, non pas du point de vue de son seul aspect sémantique, mais, en adoptant une approche critique vis-à-vis des « *idéologies, des philosophies et des mots*¹⁷⁷ ». Car, comme le souligne cet auteur, « *la sociologie du texte se transforme en une critique du discours idéologique et une épistémologie sociale qui s'interrogent sur le discours théorique*¹⁷⁸ ».

¹⁷⁴ Lukacs Goldmann, *Marxisme et science humaines*, Paris, Gallimard, 1970.

¹⁷⁵ Claude Duchet, *Position et perspectives dans sociocritique*, Paris, Fernand Nathan, 1979, p.34.

¹⁷⁶ Pierre Zima, *Texte et société, perspectives sociocritiques*. Paris : l'Harmattan, 2011, p.10.

¹⁷⁷ *Ibid.*, p. 11.

¹⁷⁸ *Ibid.*, pp.37-38

Au sens de Zima, la sociocritique interroge l'implicite, ce qui est caché entre les lignes. Elle analyse le silence, les discours idéologiques et s'efforce à déchiffrer l'inconscient social et individuel du texte produit. Elle est une théorie littéraire, mais également une critique de la société. « Loin d'être une simple d'analyse de textes ¹⁷⁹ », cette théorie nous a permis de prendre position en tant que jeune chercheur en adoptant une posture critique pour découvrir les vérités que cachent les discours idéologiques et théoriques véhiculés par certains informateurs qui donnaient l'impression d'accuser les autres secteurs d'être les causes de l'échec de la mise en œuvre de l'approche HiAP ou affirmaient que cette approche se porte bien et ne souffre d'aucun problème en contexte camerounais. Pourtant la vérité est toute autre chose.

B-Techniques de collecte de données

Le choix des techniques de collecte des données dans le cadre de ce travail a porté essentiellement sur la méthode qualitative. Cette approche vise la recherche approfondie, l'explication, l'analyse des phénomènes visibles et des opinions pour leur compréhension en profondeur¹⁸⁰ ; car, comme l'indique Mendras, une technique sociologique doit être congruente avec la réalité sociale qu'elle essaie d'étudier¹⁸¹. La présente étude porte sur un thème qui nécessite la compréhension des réalités, des logiques et des pratiques d'acteurs, des actions menées par les acteurs dans le cadre de la collaboration intersectorielle en faveur de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain. Ce qui pour une raison ou une autre peut les amener à dissimuler certaines informations. Afin de pallier cette faiblesse, nous avons choisi des techniques qui vont nous permettre de nous approcher des informateurs ressources pour les interroger de manière approfondie en vue de débusquer ces réalités, les pratiques et les logiques cachées¹⁸².

En effet, cette méthodologie apparaît cohérente avec l'objectif de la recherche et le cadre de recherche. Comme le soulignent Creswell¹⁸³, Fortin et Gagnon¹⁸⁴, elle est tout aussi propice à fournir des réponses aux questions les plus complexes, d'explorer et décrire les situations, les événements et les comportements liés aux pratiques de collaboration intersectorielle en santé.

¹⁷⁹ Pierre Zima, *Texte et société, perspectives sociocritiques*, *op.cit.*, p.11.

¹⁸⁰ Alex Mucchielli, *Les méthodes qualitatives*, Paris, Armand Colin, 2012.

¹⁸¹ Henri Mendras, *Éléments de sociologie*, Paris, Armand Colin, 1967, p. 74.

¹⁸² Alain Touraine, *Pour la sociologie*, Paris Seuil, 1974, pp. 201-203.

¹⁸³ John Creswell, *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*, Fourth edition, Sage, Newbury Park, Los Angeles, 2017.

¹⁸⁴ Marie-Fabienne Fortin & Johanne Gagnon, *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives*, Chenelière éducation, Montréal, 2016, 3^e édition.

L'approche qualitative permet ainsi d'explorer les processus de développement de la collaboration, c'est-à-dire comment et pourquoi ce dernier est mis en œuvre. Selon ces auteurs, cette méthodologie donne plus précisément accès au sens que les acteurs confèrent aux actions, événements et expériences qu'ils vivent ou qu'ils ont déjà vécus. Dans ce cas, ce n'est pas le nombre d'informateurs et d'informations collectées qui compte, mais la qualité de ceux-ci. À cet effet, la recherche documentaire, l'observation directe et les entretiens ont été utilisés comme techniques de collecte de données pour réaliser cette étude.

1-Observation documentaire

L'observation documentaire¹⁸⁵ est un « *point essentiel de beaucoup de recherches sociologiques*¹⁸⁶ ». C'est une observation qui porte sur l'analyse des documents ou l'étude des traces¹⁸⁷. Elle est une méthode de collecte des données qualitatives, qui portent sur les sources écrites ou non. Elle se fait à travers un médiateur appelé document, entendu comme : « *tout élément matériel, toute "trace" en rapport avec l'activité des hommes vivant en société et qui, de ce fait, constitue indirectement une source d'informations sur les phénomènes sociaux*¹⁸⁸ ». Cette documentation permet d'obtenir une foule d'informations de manière non intrusive sur les réalités, les logiques et les pratiques d'acteurs en matière d'adoption et de mise en œuvre de l'approche de collaboration intersectorielle en faveur de la promotion des questions de santé urbaine. La documentation est considérée à cet effet comme source complémentaire, au point où lorsqu'elle est incomplète, il est possible de trianguler cette information avec celle obtenue dans le cadre des entretiens et d'observation.

Ainsi, les documents ont été obtenus par l'intermédiaire de personnes ayant des expériences ou connaissances en matière de promotion des établissements humains décents, des politiques de santé urbaine, ainsi qu'en termes de collaboration intersectorielle favorable à l'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain à Yaoundé et Douala. Outre les sources ci-dessus, nous avons tour à tour consulté les bibliothèques du Cercle-Philosophy-Socio-Anthropo (CPPSA) de l'Université de Yaoundé I, de la Faculté des Arts et Lettres, Sciences sociales et Humaines (FALSHS) de l'Université de Yaoundé I, les archives de : MINSANTE, MINDUH, MINEPDED, MINTOUL, la SIC, la MAETUR, des Mairies

¹⁸⁵ Jean-Louis Loubet del Bayle, *Initiation aux méthodes des sciences sociales*, Paris, L'Harmattan, 2000, p. 167.

¹⁸⁶ Jean Claude Combessie, *La méthode en sociologie*, Paris, La découverte, 2007, 5^e édition, p.12.

¹⁸⁷ Rodolphe Ghiglione & Benjamin Matalon, *Les enquêtes sociologiques : théories et pratiques*, Paris, Armand Collin, 1992, p. 92.

¹⁸⁸ Jean-Louis Loubet del Bayle, *Initiation aux méthodes des sciences sociales*, op.cit., p.167.

des villes et d'Arrondissements. En dehors des bibliothèques physiques et surtout avec le développement de la technologie, des bases de données numériques et des moteurs de recherche ont été consultés. Ces derniers ont été consultés dans les plateformes suivantes : Google scholar ; Google books, persee, hinari, cochrane library, ONU-Habitat, OMS, MINSANTE, MINDHU, SIC, MAETUR.

Au terme de la collecte, plus d'une centaine de documents ont été recensés. Il s'agit des ouvrages, des articles, des thèses de doctorat et mémoires, des comptes rendus des réunions, des rapports issus des conventions, des conférences, des documents des comités de pilotage, des comités conjoints, des sous-comités de travail sur les réalités de l'appropriation de l'approche HiAP et d'établissements humains. Aux côtés de ces documents, on liste aussi des arrêtés et décrets, des documents internes de stratégies politiques de développement, des plans directeurs d'urbanisme, le code d'habitation et de construction, des stratégies nationales de santé, de l'environnement, d'hygiène et de salubrité, de gestion des déchets et des lois cadres sur l'environnement et la décentralisation.

Bien que tous les documents consultés n'aient pas été conçus à des fins de recherche scientifique, le fait que certains aient été rédigés par les acteurs en charge de promotion des questions de santé, d'habitat décent et de collaboration intersectorielle au profit de l'intégration des questions de santé dans les politiques des établissements humains, constitue « *des sources documentaires où le chercheur peut aller puiser des informations*¹⁸⁹ ». Cela aussi permet de les considérer et d'en apprécier leur contribution à notre compréhension des processus d'appropriation de la collaboration intersectorielle en santé. En effet, cette documentation constitue une source fiable en ce qui a trait à la chronologie des événements et aux acteurs impliqués, d'autant plus qu'ils ont été produits dans différents contextes et par différents acteurs. Ce qui garantit l'accès à diverses perspectives sur les événements. Ces documents ont permis de combler les lacunes de l'observation directe tout au long de notre recherche.

2-Observation directe structurée

Considérée comme un « *Préalable obligé pour construire une bonne enquête par entretiens ou par questionnaire (...), les techniques d'observation se rapprochent finalement du travail ethnographique qui requiert une longue familiarité avec le terrain, la prise de note, l'attention à l'imprévu, la constitution d'une grille d'observation afin de classer les données*¹⁹⁰ ».

¹⁸⁹ Jean Claude Combessie, *La méthode en sociologie*, op.cit., p. 12.

¹⁹⁰ Jean-Pierre Durand & Robert Weil, *Sociologie contemporaine*, Paris, Vigot, 2006, 3^e édition, p. 422.

A ce titre, le sociologue observe les pratiques sociales, au même titre que le géographe lit dans le paysage les contraintes qui se sont imposées aux pratiques humaines et à la marque des transformations éventuelles induites en retour par ces pratiques. « *Aller voir sur place* », être physiquement présent dans la situation, la regarder se dérouler en temps réel, pour en rendre compte.

Notre observation directe structurée s'est déroulée dans les institutions des villes de Yaoundé et de Douala à travers des consultations des *lives online*. Du point de vue de la collaboration intersectorielle, il a été question d'observer des projets de collaboration intersectorielle réalisés par les acteurs des différents secteurs en faveur de la promotion des questions de santé urbaine dans les villes de Yaoundé et Douala. Des cadres de vie quotidienne, des infrastructures, des espaces de loisir et de divertissement tels que les logements, les bureaux, les toilettes, les établissements scolaires, les débits de boissons et les voies publiques, ont été également observés. Des pratiques qui impactent la santé des citoyens et constituent des obstacles à la promotion des questions de santé et de cadre de vie sain. Des phénomènes naturels tels que les inondations et le site naturel. Dans le cadre de ce travail, notre observation sur le terrain s'est reposée sur trois savoir-faire fortement imbriqués à savoir : « *percevoir, mémoriser et noter*¹⁹¹ » les logiques et les pratiques d'acteurs en rapport avec cette recherche.

Toutefois, il n'était pas question de se contenter de tout ce qui est vu pour en conclure. Un travail d'objectivation des constats de l'observation a été effectué dans le but d'éviter de rendre compte au *finish* des biais qui se dissimulent dans ce qui se donne à voir. Antigone Mouchtouris mettait en garde à cet effet en soulignant que,

*L'acte le plus important dans l'observation n'est pas uniquement de décrire la forme des échanges sociaux, mais d'atteindre un certain discernement de la réalité sociale. C'est ainsi que l'individu observateur ne va pas uniquement travailler sur ce qu'il constate ni se fier à ses a priori, ou à son regard empirique (les matériaux de n'importe quel témoin) d'un événement social*¹⁹².

3-Entretiens

Les outils de collecte de données ci-dessus apparaissent insuffisants pour rendre compte de l'objet étudié. À cet effet et surtout compte tenu du fait que la recherche qualitative a pour but de comprendre en profondeur les pratiques d'acteurs, la technique d'entretien s'est avérée

¹⁹¹ Stéphane Beaud et Florence Weber, *Guide de l'enquête de terrain*, Paris, La découverte, 2003, p.143.

¹⁹² Antigone Mouchtouris, *L'observation : un outil de connaissance du monde*, Paris, L'harmattan, 2012, p. 170.

opportune¹⁹³. Celle-ci a été utilisée sous deux genres distincts. À savoir d'une part, l'entretien semi-directif qui a permis d'interviewer¹⁹⁴. Les guides d'entretien qui ont servi à cet exercice sont à consulter à l'annexe n°1.

D'autre part, le genre d'entretien narratif, appelé récit de vie a été utilisé. *Comme le relève François de Singly : « C'est un entretien au cours duquel un « chercheur » (...) demande à une personne, que nous désignerons (...) comme « sujet », de lui raconter tout ou partie de son expérience vécue¹⁹⁵»*. Nous l'appelons aussi entretien biographique pour garder en éveil cette dimension biographique de collaboration intersectorielle en santé urbaine qui concerne cette étude. L'entretien biographique a permis de comprendre notamment comment les acteurs de cette recherche se sont appropriés la stratégie de collaboration intersectorielle en faveur de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques des établissements humains.

En outre, étant donné que l'objectif principal est de saisir les logiques et les pratiques d'acteurs qui sous-tendent la mise en œuvre de l'approche de collaboration intersectorielle en faveur de l'intégration des questions de santé dans les politiques d'habitat urbain, sans influencer les acteurs, le choix des termes apparaît important. De ce fait, en moyenne, sept questions par guide d'entretien ont été prédéterminées¹⁹⁶. Les guides d'entretien avaient été formulés avec l'intention de réduire et d'éviter au maximum les suggestions de réponses aux participants¹⁹⁷. Au fil des entretiens, ces guides ont également été adaptés à chacun des participants et en fonction des connaissances relatives à leurs secteurs d'activité et expériences professionnelles liées à l'objet de recherche étudié.

Pour ce qui est de la sélection des participants, elle a été effectuée par choix raisonné¹⁹⁸ qui consiste à identifier « *who it is that has, does or is the experiences, perspectives, behaviors, practices, identities, personalities, and so on, that your research questions will require you to investigate¹⁹⁹* ». Cette sélection stratégique a permis d'identifier les acteurs et les secteurs engagés dans la collaboration en vue de la promotion des questions de santé urbaine.

¹⁹³ Larry Lutton, *Qualitative Research Approaches for Public Administration*, Routledge, New York, 2015, 1^{ère} édition, p.184.

¹⁹⁴ A l'annexe 2, s'y trouvent toutes les informations sur l'identité des informateurs et les lieux de déroulement de l'entretien.

¹⁹⁵ François de Singly, *Le récit de vie*, Paris, Armand Colin, 2016, 4^e édition, p.11.

¹⁹⁶ A l'annexe 1 de ce travail, se trouvent toutes les informations relatives aux différents guides d'entretien.

¹⁹⁷ John Creswell, *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*, op.cit.

¹⁹⁸ Jennifer Mason, *Qualitative researching*, SAGE Publications, London Thousand Oaks, 2002, 2^e édition, p. 129.

¹⁹⁹ *Ibid.*

C-Population et l'échantillon

La stratégie d'échantillonnage mobilisée est non-probabiliste à choix raisonné et ne vise pas la représentativité du point de vue statistique²⁰⁰. La sélection a donc été réalisée en fonction de critères de diversifications incluant ainsi la diversité des secteurs et d'expertises, de responsabilités, des expériences et de profils, de même que l'ancienneté, à l'effet d'obtenir une variété de perspectives sur le phénomène étudié. La population d'étude ici, constitue l'ensemble de personnes ressources ou des informateurs privilégiés. La méthode repose sur l'hypothèse selon laquelle, il existe une corrélation entre le phénomène étudié et la population choisie pour obtenir les informations les plus homogènes possibles. Il a été question pour nous de rencontrer des individus ayant une certaine expérience et responsabilité des projets réalisés dans le cadre des collaborations intersectorielles en vue de la promotion des questions de santé dans les politiques des établissements humains à Yaoundé et Douala. À cet effet, soixante informateurs ressources sont regroupés dans le tableau de l'annexe 2. A savoir quarante informateurs pour la ville Yaoundé et vingt pour la ville de Douala. Le seuil de saturation a été atteint dans la ville de Yaoundé à quarante informateurs parce qu'étant le siège des institutions, elle concentre en même temps les informateurs des services centraux et ceux des services déconcentrés, des CTD, du secteur de sécurité et des ONGs. Entant que siège des institutions, elle concentre également les sièges de la plupart des organismes de promotion des objectifs de santé urbaine sous tutelle comme la SIC, la MAETUR, le CFC, le MATGENIE, le CENAME et les partenaires techniques et financiers à l'instar de l'OMS, l'ONU-Habitat, le GIZ, la BAD, le PNUD et le PNUE. Ce qui n'était pas le cas pour la capitale économique où le seuil de saturation a été atteint à vingt informateurs constitués de personnels des services déconcentrés comme les délégations, ceux des CTD, du secteur de sécurité et des ONGs.

D-Considérations éthiques

Avant l'enquête de terrain, une attestation de recherche a été fournie par le Département de sociologie de l'Université de Yaoundé I. Des autorisations de collecte des données ont également été accordées par certains départements ministériels et institutions de promotion des questions de santé urbaine situés dans les villes de Yaoundé et Douala. Un formulaire de

²⁰⁰Marie-Fabienne Fortin & Johanne Gagnon, *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives*, op.cit.

consentement éclairé a été présenté aux informateurs et l'usage des noms susceptibles de garantir l'anonymat et la confidentialité des répondants a été de mise.

E-Analyse des données

La méthode d'analyse des données qualitative utilisée dans notre recherche porte sur l'analyse de contenu. Cette méthode cherche à rendre compte de ce qu'ont dit les interviewés de façon la plus objective et plus fiable possible. À cet effet, Ghiglione et Matalon indiquent que l'analyse de contenu est « *une technique de recherche pour la description objective, systématique et qualitative, du contenu manifeste et communication ayant pour but de les interpréter*²⁰¹ ».

Les données à analyser sont des entretiens et des notes d'observation. Compte tenu du fait que « *l'entretien ne parle pas de lui-même, il faut pour parvenir aux résultats de la recherche, effectuer une opération essentielle, qui est l'analyse du discours. Elle consiste à sélectionner et à extraire des données susceptibles de permettre la confrontation des hypothèses aux faits*²⁰² ». De ce fait, l'enquête qualitative repose sur cette analyse de contenu et contextuelle puisque l'action sociale n'a de signification que dans une situation particulière. Ceci nous a amené à prendre en compte les lieux où se déroulés nos enquêtes, les acteurs, leur statut et même dans cette analyse qui repose sur la description et l'interprétation des pratiques, des comportements et des conduites à l'effet de les comprendre pour mieux les expliquer sans les juger.

Ainsi, nous avons eu recours à l'interdisciplinarité²⁰³ pour avoir une saisie globale et totale de notre sujet de recherche. Il s'agit de l'histoire, la géographie, l'anthropologie, la psychologie, le droit, l'économie, la philosophie, la médecine, vu que la logique de la sociologie contemporaine l'expose à une ouverture, étant donné que « *une seule science ne peut ouvrir la porte de la vérité*²⁰⁴ ». Cette partie est constituée du dépouillement, de la transcription et de la catégorisation.

²⁰¹ Rudolphe Ghiglione et Benjamin Matalon, *Les enquêtes sociologiques*, Paris Armand Colin, 1978, p.55.

²⁰² Alain Blanchet et Anne Gotman, *L'enquête et ses méthodes : L'entretien*, Paris, Armand Colin, 2^e ed. Coll 128, 2007, p.17.

²⁰³ Georges Gurvitch, *La vocation actuelle de la Sociologie*, Paris, PUF, 1950.

²⁰⁴ Georges Balandier, *Sens et Puissance : Les dynamiques sociales*, Paris, PUF, 1971.

1- Dépouillement et transcription

Cette étape nous a permis de reproduire et de saisir les données ou les informations collectées sur le terrain, enregistrées sur dictaphone ou dans le journal de terrain sur un support physique.

Pour rester fidèle à l'esprit et aux propos de nos interviewés, un dictaphone a été utilisé pour collecter certains entretiens approfondis. Le journal de terrain quant à lui, a permis de noter tous les éléments, détails et attitudes des interviewés avec la description de l'environnement de travail. Cette phase s'est faite au fur et à mesure que les données ont été collectées dans le but de garder le fil de ce qui a été dit. Ainsi, après cet exercice de transcription, la phase de regroupement ou de catégorisation des données a été entamée.

2-Catégorisation

Dans le processus d'analyse de cette étude, la catégorisation est l'étape qui a suivi la transcription. Elle a consisté à regrouper les données allant dans le même sens en vue de permettre une meilleure exploitation et par conséquent, une meilleure analyse. Après la transcription des données sur le papier, nous avons procédé à un regroupement des données en fonction de leur sens non seulement pour faciliter leur saisie en profondeur, mais aussi pour relever les occurrences dans les propos et les attitudes des acteurs interrogés, car l'utilisation des techniques qualitatives n'exclut pas le recours à la mathématisation des faits. Ensuite, nous avons procédé à une codification de ces données. Cette étape a été suivie par celle de l'analyse proprement dite.

IX-Délimitation spatio-temporelle

Cette étude est délimitée dans l'espace et dans le temps.

A-Délimitation spatiale

La présente étude a été spatialement délimitée aux deux plus grandes villes du Cameroun qui sont Douala et Yaoundé qui représentent respectivement les capitales économique et politique du Cameroun. Elles abritent à elles seules près de 20% de la population nationale²⁰⁵. L'une des motivations du choix de la ville de Douala est liée à l'étude menée par nos deux encadreurs sur l'appropriation de l'action de collaboration intersectorielle en faveur de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques des établissements humains de cette

²⁰⁵ MNSANTE, Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) 2016-2027, Draft du 11 janvier 2016, p.3.

ville²⁰⁶. De ce fait, notre étude se situe dans le dépassement de leur recherche. Baptisée capitale économique du pays, plus de 70% des activités industrielles du Cameroun s’y déroulent²⁰⁷. Ces activités participent à la destruction du cadre de vie et de l’environnement en générale avec des forts impacts sur la santé des populations. Considérée comme la plus grande ville du pays avant Yaoundé, Douala concentre 10 % de la population du Cameroun et environ 20% de la population urbaine du pays. Elle est également la plus grande ville de la zone CEMAC²⁰⁸. Estimé à environ 4 millions d’habitants en 2025, la surface urbanisée est majoritairement occupée par l’habitat (64%), dont plus de la moitié par l’habitat anarchique²⁰⁹. L’augmentation de la population urbaine de ces deux villes a entraîné une augmentation de la demande et de la pression sur les infrastructures existantes, en particulier le logement et les soins de santé²¹⁰. Ces fortes demandes ont entraîné une insalubrité, un désordre urbain et un habitat spontané péri-urbain anarchique, d’une part et d’une dégradation des indicateurs d’accès aux services de base à l’instar de l’eau potable, de l’éclairage public, de l’hygiène et assainissement, des soins de santé primaires, des espaces de loisir et de divertissement, des aires de jeux, des voies publiques et des cadres de soulagement d’autre part²¹¹. Ville côtière située à proximité des rives avec une forte pluviométrie, Douala est l’une des villes la plus vulnérable aux inondations qui représentent un enjeu sanitaire important. De ce fait, elle est exposée quotidiennement aux inondations et à l’érosion côtière²¹². Ces inondations représentent des risques sanitaires et facteurs de multiplications des maladies qui y sont récurrentes telles que le choléra et le paludisme²¹³.

Plusieurs raisons justifient également le choix de la ville de Yaoundé. Elle permet de faire une extension pour comprendre comment les pouvoirs publics s’approprient l’approche HiAP en faveur des politiques d’habitat urbain. Dénommé capitale politique et siège des

²⁰⁶ Blaise Nguendo-Yongsi, Trish Muzenda, Yves Bertrand Djouda Feudjio, Daline Nora Kenfack Momo et Tolu Oni, « Intersectoral collaboration for healthier human settlements : perceptions and experiences from stakeholders in Douala, Cameroon », *op.cit.* .

²⁰⁷ Genesis Tambang Yengoh, Zephania N Fogwe & Frederick Ato Armah, “Floods in the Douala metropolis, Cameroon: attribution to change in rainfall characteristics or planning failures”, in *journal of environment planning and management*, Vol. 60, 2017, pp.204-230, consulté en ligne sur [https:// www.tandfonline com](https://www.tandfonline.com), le 18/04/2023.

²⁰⁸ Communauté Urbaine de Douala, Plan Directeur d’Urbanisme de Douala à l’horizon 2025, 15

²⁰⁹ Ibid.

²¹⁰ Blaise Nguendo-Yongsi, Trish Muzenda, Yves Bertrand Djouda Feudjio, Daline Nora Kenfack Momo et Tolu Oni, “Intersectoral collaboration for healthier human settlements: perceptions and experiences from stakeholders in Douala, Cameroon”, *op.cit.*, pp.602-615.

²¹¹ Pierre Ongolo Zogo, Nsangou Moustapha Moncher, Jean Serges Ndongo, Guy Waffeu Sadeu et José Atangana, « Améliorer la gouvernance urbaine pour la santé et le bien-être à Douala-Cameroun », *op.cit.*

²¹² Modeste Bouabre Gnoka, « Développement urbain et menace d’érosion côtière à Abidjan », in *European Scientific Journal*, Vol.9, n°29, 2013.

²¹³ Blaise Nguendo-Yongsi Henock, « Vulnérabilités aux risques naturels et santé en milieu urbain : inondations et risques sociosanitaires dans le bassin versant de Bobongo à Douala-Cameroun », *op.cit.*, p. 58.

institutions du Cameroun, Yaoundé concentre plus de la moitié des activités administratives et politiques du Cameroun et par conséquent, constitue le siège de toutes les institutions de promotion des questions de santé urbaine. En raison de ses prouesses institutionnelles et sous l'effet conjugué de l'ajustement structurel, de la migration liée aux conflits internes et de déplacement d'autres villes du pays et des pays voisins²¹⁴, de l'exode rural, cette métropole est devenue en l'espace de ces deux dernières décennies, le théâtre d'une croissance démographique annuelle extraordinaire et d'une urbanisation rapide avec environ 2,5 millions d'habitants selon une projection établie en 2005 à partir des chiffres du troisième recensement général de la population et de l'habitat (1 817 524 hab). Tout comme dans la ville de Douala, cette forte population urbaine entraîne également une forte demande et pression sur les services sociaux de base avec pour conséquences l'occupation anarchiques de l'espace, le manque d'infrastructures sanitaires, scolaires, de loisir et de logement. Ce qui entrave le bien-être des populations. Qualifiée de "ville aux sept collines", Yaoundé est un site d'aménagement et d'urbanisation contraignant et difficile. Elle se développe dans un site collinaire avec de pentes abruptes et de bas-fonds inondables qui expliquent la récurrence des glissements des terres et d'aléas hydroclimatiques.

Les raisons développées ci-dessus, font des villes de Yaoundé et Douala les sites les plus appropriés pour réaliser cette recherche. Car, comme l'indique *la Déclaration d'Athènes sur les Villes-Santé*, les villes et les régions urbaines à forte densité de population sont des lieux privilégiés pour l'application d'importantes politiques intersectorielles combinant des objectifs environnementaux, économiques, sociaux et sanitaires²¹⁵.

B-Délimitation temporelle

Du point de vue temporel, cette recherche est sensible à l'adoption de la stratégie de collaboration intersectorielle en faveur de la promotion des questions de santé dans les politiques des établissements humains en milieu urbain qui s'est inscrite parmi les approches internationales ayant marqué et continuent à influencer les différents déterminants de la santé dans le monde et en Afrique. Elle commence à prendre effectivement de l'ampleur dans le

²¹⁴Blaise Nguendo-Yongsi Henock, « Vulnérabilités aux risques naturels et santé en milieu urbain : inondations et risques sociosanitaires dans le bassin versant de Bobongo à Douala-Cameroun », *op.cit.*, p. 58.

²¹⁵Athens Declaration for healthy cities, Copenhagen, Bureau régional de l'Europe de l'OMS, 1998, consulté en ligne sur <http://www.who.dk/healthy-cities/hcppub.htm#Declaration>, le 07/05/2023.

monde depuis les déclarations d'Adelaïde et d'Helsinki de 2010 et 2013 sur l'approche « HiAP » (la santé dans toutes les politiques)²¹⁶.

Ceci dit, elle n'ignore pas les périodes précédentes et celles d'après, avec notamment les temps de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, tenue à Alma-Ata au Kazakhstan en 1978, où le concept de collaboration intersectorielle a été introduit. Le modèle de soins de santé primaires fait explicitement état de la nécessité de la mise en œuvre d'une « *stratégie détaillée en matière de santé qui, non seulement, prévoit la prestation de services de santé, mais s'attaque également aux causes sociales et économiques fondamentales d'un mauvais état de santé* »²¹⁷. Dans les années 1980, la nécessité d'une collaboration entre les secteurs aux fins de réalisation de gains en matière de santé, a de nouveau été mise en lumière à des conférences ayant pour thème l'action intersectorielle. La Charte d'Ottawa de 1986 appelle à l'engagement et à la contribution des autres secteurs et retient l'adoption de politiques publiques favorables à la santé pour agir sur les déterminants, améliorer la santé de la population et atteindre l'équité en santé²¹⁸. Selon l'OMS,

*Bon nombre de pays ont intégré un engagement formel en matière de collaboration intersectorielle à leurs cadres officiels de politique sanitaire dans les années 1980. L'action intersectorielle axée sur des déterminants sociaux et environnementaux de la santé s'est d'ordinaire avérée, dans la pratique, le volet le plus faible des stratégies associées à la Santé pour tous*²¹⁹.

Dans les années 1990, les efforts en vue de l'appropriation de l'action intersectorielle se sont multipliés, à mesure que s'accumulaient les connaissances sur les déterminants de la santé. En 1997, l'OMS a organisé une conférence spéciale sur l'action intersectorielle comme mentionné dans les commentaires introductifs de la présente thèse. En 1998, *La Déclaration d'Athènes sur les Villes-Santé*, affirme que la santé se trouve promue plus efficacement quand de nombreux secteurs d'activité travaillent ensemble et apprennent les uns des autres. Parce que la santé peut être gagnée ou endommagée en fonction du milieu de vie, elle est soumise à l'influence de la plupart des secteurs de l'administration municipale tout comme à celles du secteur privé. Les

²¹⁶ World Health Organization et Ministry of Social Affairs and Health, Déclaration d'Helsinki sur la santé dans toutes les politiques, adoptées à l'occasion de la Huitième Conférence mondiale sur la promotion de la santé, Helsinki, Finlande, 10-14 juin 2013.

²¹⁷ WHO Commission on Social Determinants of Health, "Action on the social determinants of health: Learning from previous experiences", WHO secretariat of the Commission on social determinants of health, Geneva, 2005b, p.11, consulté en ligne sur http://www.who.int/social_determinants/en/, le 18/04/2023.

²¹⁸ OMS, Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, 1986, Consulté en ligne sur www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-chartre/pdf/chartre.pdf, le 18/04/2023.

²¹⁹ WHO Commission on Social Determinants of Health 2005b, "Action on the social determinants of health: Learning from previous experiences (a background paper prepared for the Commission on Social Determinants of Health) March", *op.cit.*

secteurs d'activité impliqués peuvent être définis à la fois en termes d'organisation et de domaines d'actions, ils comprennent : les secteurs de la santé, les secteurs sociaux, environnementaux et économiques ; les secteurs publics et privés, le secteur associatif et universitaire ; les différents échelons du gouvernement, national, régional, local et de quartier ; les organismes impliqués dans la prestation de services au public et les équipements²²⁰. Ainsi l'approche traditionnelle qui vise à s'attaquer aux problèmes urbains se fonde sur l'élaboration au XIX^e siècle des disciplines fortement marquées et cloisonnées. Pour décrire cette approche, Hancock souligne que la plupart des problèmes auxquels nous sommes confrontés au XXI^e siècle traversent ces cloisonnements²²¹. En 2000, la Charte de Bangkok pour la promotion de la santé a confirmé la nécessité de transcender les limites sectorielles.

Au milieu des années 2000, l'approche de la « santé dans toutes les politiques » s'est développée en Europe, sous la présidence finlandaise de l'Union européenne. L'influence de ces courants internationaux est bien visible dans le secteur de la santé et des services sociaux en Afrique depuis la conférence des ministres de la Santé de l'Union Africaine tenue à Johannesburg en 2007. Cette conférence a permis aux différents participants parmi lesquels le Cameroun, de réfléchir sur la stratégie africaine de la santé 2007-2015 et la Déclaration de l'Union Africaine sur la prise en compte des déterminants sociaux de la santé dans la région africaine à travers l'adoption de l'approche de santé dans toutes les politiques, tenue à Addis - Abeba en 2019.

Depuis 1978, date de l'adoption et de la mise en œuvre des termes de la conférence d'Alma-Ata par le Cameroun à nos jours, plusieurs politiques et stratégies de promotion de l'habitat favorables aux objectifs de santé ont été adoptées et mises en œuvre par les pouvoirs publics camerounais dans le cadre des collaborations intersectorielles. Au niveau national, elle est prescrite dans les programmes des différents départements ministériels en charge de promotion de la santé dans les établissements humains, comme l'une des stratégies incontournables pour la mise en œuvre de leur feuille de route. C'est dans cette logique que l'approche multisectorielle a été privilégiée pour la mise en œuvre et le suivi-évaluation de la SSS 2016-2027²²², ainsi que des Plans Directeur d'Urbanisme des villes de Yaoundé²²³ et de

²²⁰ Athens Declaration for healthy cities, *op.cit.*

²²¹ Trevor Hancock, "Planning and creating healthy and sustainable cities", Copenhague, Bureau régional de l'Europe de l'OMS, 2003, pp. 65-88, consulté en ligne sur [http://www.who.dk/healthycities/hcppub.htm#Our cities](http://www.who.dk/healthycities/hcppub.htm#Our%20cities).

²²² MINSANTE, Stratégie Sectorielle de Santé (SSS), Draft du 11 janvier 2016, p.19.

²²³ Communauté Urbaine de Yaoundé, Plan Directeur d'Urbanisme, Yaoundé 2020, p.3.

Douala²²⁴. D'une période à une autre, la collaboration intersectorielle est présentée et recommandée au niveau exogène et endogène, comme une stratégie qui permet de minimiser le double emploi et la confusion des rôles en même temps qu'elle optimise l'utilisation des ressources et des résultats²²⁵.

X-Définitions des concepts opératoires

Comme l'indique Durkheim :

*Toute investigation scientifique porte sur un groupe déterminé de phénomènes qui répondent à une même définition. La première démarche du sociologue doit être de définir les choses dont il traite que l'on sache bien de quoi il est question. C'est la première et la plus indispensable condition de toute preuve de vérifications*²²⁶

Pour le présent travail, des concepts suivants apparus comme fondamentaux ont nécessité une précision sémantique : collaboration intersectorielle, objectifs de santé, politiques d'habitat et enjeux.

1-Collaboration intersectorielle

Au-delà du concept général de collaboration, définissons ici le concept plus spécifique de collaboration intersectorielle. Elle peut-être définie « *as the linking or sharing of information, resources, activities, and capabilities by organizations in two or more sectors to achieve jointly an outcome that could not be achieved by organizations in one sector separately*²²⁷ ». Cette définition met en exergue la notion de secteurs, mais qu'entend-on par ce terme ? À cette question Divay et *al.* proposent trois réponses²²⁸ : la première concerne les secteurs d'activité économiques faisant l'objet de statistiques nationales ; la deuxième porte sur les secteurs-ordres, qui correspondent aux grandes sphères de la société, telles que l'État, le marché et la communauté et la troisième est liée aux secteurs champs, qui réfèrent aux différents secteurs d'activités de la sphère publique. À la suite des auteurs précédents, d'autres auteurs ont proposé des définitions plus ou moins englobantes de la collaboration intersectorielle. C'est le cas de

²²⁴ Communauté Urbaine de Douala, Plan Directeur d'Urbanisme de Douala à l'horizon 2025, p. 14.

²²⁵ Barton & Catherine Tsourou, « Urbanisme et santé : Un guide de l'OMS pour un urbanisme centré sur les habitants », *op.cit.*, p.34.

²²⁶ Emile Durkheim, *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, PUF, 1999, p.34.

²²⁷ John Bryson, Barbara Crosby, Melissa Middleton Stone, "The Design and Implementation of Cross-Sector Collaborations: Propositions from the Literature", in *Public Administration Review*, Vol. 66, n° 1, 2006, p.44.

²²⁸ Gerard Divay, Serge Belley & Marie-Claude Prémont, « La collaboration intersectorielle : spécificités, questionnements et perspectives », in *Innovation Journal*, 2013, p.18.

Bryson et *al.* qui ont inclu dans leur définition des secteurs-ordres, plus spécifiquement les entreprises, les organismes à but non lucratif, les fondations, les médias, la communauté et la sphère publique²²⁹. Pour sa part, Potvin considère la collaboration intersectorielle entre différents champs du secteur public ou plus particulièrement comme «*the alignment of intervention strategy and resources between actors from two or more sectors within the public sphere in order to achieve complementary objectives that are relevant and valued by all parties*»²³⁰.

À la suite des définitions précédentes, celle des secteurs champs utilisés par Divay et *al.* et qui renvoient à l'utilisation du terme secteur par Potvin, est la plus appropriée à notre travail de recherche. La collaboration intersectorielle favorable à la santé renvoie donc dans notre étude aux «*actions entreprises par d'autres secteurs que celui de la santé, en collaboration avec le secteur de la santé, qui visent des résultats de santé ou d'équité en santé ou ciblent des déterminants de la santé ou de l'équité en santé*»²³¹. La collaboration intersectorielle favorable à la santé est menée ici de manière délibérée entre les acteurs de divers «secteurs» ou domaines d'activité, tels que la communauté, l'éducation, le transport, les travaux publics, le logement, l'aménagement urbain, la sécurité publique, l'environnement, l'eau et l'énergie, l'habitat, le tourisme, les collectivités territoriales décentralisées, les partenaires financiers et techniques nationaux et internationaux, les organismes privés, les ONG locales et étrangères²³². D'autres acteurs qui agissent en faveur de la santé urbaine, telles les fondations, les associations, les entreprises et les médias qui ont été également impliqués. L'action intersectorielle prend donc plusieurs formes, selon les acteurs qui conçoivent et mettent en œuvre les actions favorables à la santé.

Dans un cas comme dans l'autre, la collaboration plus étroite entre le MINSANTE et les autres secteurs s'avère nécessaire pour favoriser une meilleure prise en compte des enjeux de santé dans tous les secteurs. Enfin, l'intersectorialité concerne l'interdépendance entre les secteurs aux différents paliers (local, régional, central) et tant sur les axes horizontal et vertical.

²²⁹ John Bryson, Barbara Crosby, Melissa Middleton Stone, "The Design and Implementation of Cross-Sector Collaborations: Propositions from the Literature", *op.cit.*, p.44.

²³⁰ Louise Potvin, "Intersectoral action for health: more research is needed!" *int J Public Health*, Vol.57, n°1, 2012, p.5.

²³¹ Kimmo Leppo, Eva Ollila, Sebastià Pena, Mathias Wismar, Sarah Cook, *Health in All policies final: seizing opportunities, implementing police*, *op.cit.*, p.350.

²³² Francois Bourdillon, *Promotion, prévention et programmes de santé, Agences régionales de santé*, Saint-Denis, Coll Varia, 2009, p. 49.

2-Enjeux :

Étymologiquement, le Petit Larousse définit ce concept comme : « ce que l'on risque dans un jeu, en particulier une somme d'argent. C'est ce que l'on peut gagner ou perdre dans une entreprise quelconque ²³³ ». L'enjeu par exemple de la finale de la coupe du monde, c'est gagner ou perdre le titre du champion du monde. Le mot enjeux vient de, « dans, dedans » et de jeu, « activité ludique ». Le mot jeu, vient du latin « plaisanterie ». L'enjeu désigne, littéralement, l'argent qui est mis en jeu. La théorie des coalitions développée par William Gamson en 1961²³⁴ et par Fortin et *al.* en 1994²³⁵ et utilisée dans le cadre de cette étude présente l'enjeu comme « le fait de deux ou plusieurs parties (individus ou organismes) qui acceptent de coopérer dans le but d'atteindre des objectifs communs et qui s'entendent sur la répartition des avantages attendus²³⁶ ».

Au regard de ce qui précède, la définition de l'enjeu proposée par Fortin & *al.* relative aux attentes des acteurs sur la répartition des avantages est la plus appropriée pour cette étude. En effet, le terme enjeu ici, renvoie aux divers avantages que peut procurer l'appropriation de la stratégie de collaboration intersectorielle en faveur de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain, aux différents acteurs qui y sont impliqués.

3-Objectifs de santé

Pour comprendre ce concept, il faut se référer à la définition de la santé donnée ci-dessous et qui se trouve formulée dans la charte de l'Organisation Mondiale de la Santé de 1946, selon laquelle,

La santé est un état de complet bien-être à la fois physique, mental et social et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité. Pouvoir bénéficier du niveau de santé le plus élevé possible est l'un des droits fondamentaux de tout être humain, sans distinction de race, de religion, de conviction politique ou de conditions économiques et sociales²³⁷.

L'hypothèse traditionnelle et classique qui veut que les objectifs et la politique de santé se focalisent essentiellement sur l'individu et le traitement de la maladie, et ne concernent que les professionnels de santé, est remise en cause par cette nouvelle définition de la santé de

²³³ Petit Larousse Français, édition 2015.

²³⁴ William Gamson, "A theory of coalition formation", *op.cit.*, p.26.

²³⁵ Jean-Paul Fortin, Gisèle Gro, Vincent Lemieux, Mielle O'Neill & Paul Lamarche, « L'action intersectorielle en santé », *op.cit.* pp. 5-6.

²³⁶ *Ibid*, p.3.

²³⁷ OMS, 1946.

l'OMS. Au regard de la diversité et de la complexité des déterminants de la santé, la nouvelle approche de promotion de la santé de l'OMS dénommée HiAP, recommande que les objectifs de santé se rapprochent du modèle social dans lequel la santé est le résultat d'une série de facteurs socio-économiques, culturels et environnementaux, des conditions de logement et d'emploi et du type de population. C'est pour cette raison que la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé définit les « objectifs de santé », comme une préoccupation explicite envers la santé et l'équité dans tous les secteurs²³⁸. Pour Bourdillon, ils sont « ... *des politiques sociales, économiques, éducatives, de l'emploi et des loisirs, de l'environnement, de l'habitat et de l'urbanisme [... et] supposent l'interpellation directe des décideurs sur leurs responsabilités et l'impact de leurs décisions sur la santé publique* ²³⁹ ».

Ainsi, les liens entre l'habitat urbain et la santé sont complexes et revêtent de nombreuses dimensions y compris des dimensions sociales, environnementales et économiques. Un habitat urbain, favorable aux objectifs de santé, se focalise sur les aspects positifs. Ce qui implique que les pouvoirs publics en charge de la promotion de la santé urbaine doivent réorienter leur travail en fonction de l'équité en santé, du bien-être et de la qualité de la vie et s'attacher plus particulièrement à faire en sorte que ces objectifs liés à la santé soient au centre du processus de prise de décisions²⁴⁰. Les objectifs de santé liés à l'habitat urbain décrit ci-dessus illustrent comment, en agissant sur toute une série de facteurs de la vie des villes dans le cadre d'une collaboration intersectorielle, les établissements humains urbains peuvent aussi bien contribuer à la promotion de la santé et de la qualité de la vie, que leur être nuisible²⁴¹. Ainsi, un habitat urbain favorable aux objectifs de santé, implique l'appropriation des politiques et pratiques d'aménagement et d'urbanisme en vue de la promotion de l'équité en santé et du bien-être. Ce qui présente beaucoup de points communs avec les principes du développement durable et nécessite de porter une attention particulière aux êtres humains et à la manière dont ils traitent l'environnement dans leur projet urbain plutôt que de se préoccuper uniquement du bâti et de l'économie.

L'intégration des objectifs de santé dans l'habitat urbain implique la prise en compte au sein même du processus décisionnel des valeurs telles que l'égalité, l'équité en santé, le bien-être, la collaboration intersectorielle et la participation de tous les secteurs de la société. Ceci

²³⁸ OMS, Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, Canada, 1986.

²³⁹ François Bourdillon, *Promotion, prévention et programmes de santé*, op.cit., p. 48.

²⁴⁰ Hugh Barton & Catherine Tsourou, « Urbanisme et santé : Un guide de l'OMS pour un urbanisme centré sur les habitants », op.cit., p.34.

²⁴¹ Ibid., pp .34-35.

pour permettre d'améliorer la qualité des espaces publics ainsi que la cohésion sociale et de promouvoir des modes de vie sains. Dans la plupart des cas, les agences de promotion des établissements humains décents et durables ne sont pas les seuls organismes ni nécessairement les principaux responsables compte tenu de la diversité des déterminants sociaux qui affectent la santé des citoyens. À cet effet, une collaboration entre les différents acteurs s'avère essentielle, les différentes institutions sociales, économiques et environnementales doivent nécessairement être impliquées.

Le but principal de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain est de « *créer un environnement qui permette aux individus de mener une vie saine. Grâce à une telle politique, il est possible ou plus facile pour les citoyens de faire des choix sains. Elle a pour effet que les environnements sociaux et physiques améliorent la santé* »²⁴².

4-Politiques d'habitat

Pour mieux saisir la notion de politique d'habitat, il importe judicieusement de faire tout d'abord une dissection de politique et habitat.

Le mot « habitat » appartient au vocabulaire de la botanique et de la zoologie ; il indique d'abord vers 1808, le territoire occupé par une plante à l'état naturel, puis vers 1881, le milieu géographique adapté à la vie d'une espèce animale ou végétale, ce que nous désignons dorénavant par « niche écologique »²⁴³. Au début du XX^e, cette acception est généralisée au milieu dans lequel l'Homme évolue. Il vient du latin *habitable*, qui signifie tout simplement « où l'on peut habiter », et qui sous-entend que ce qui est « inhabitable » ne permet pas « l'habitation »²⁴⁴.

Depuis lors, la définition de l'habitat a évolué. À cet effet, en 1928, le mot habitat a été adopté par les géographes au congrès du Caire pour désigner les modes de groupement des établissements humains. En effet, des auteurs comme Albert Demangeon²⁴⁵ Max Sorre²⁴⁶ et Roger Dion ont posé les jalons des principales études géographiques de l'habitat en le désignant comme « le mode d'arrangement des établissements humains à la surface de la

²⁴² Hugh Barton & Catherine Tsourou, « Urbanisme et santé : Un guide de l'OMS pour un urbanisme centré sur les habitants », *op.cit* p.34.

²⁴³ Dictionnaire historique de la langue française, sous la direction d'Alain Rey, deux volumes, Robert, 1992.

²⁴⁴ Dictionnaire de la langue française, par Emile Littré, Cinq volume, Encyclopaedia britannica, Chicago, 1978.

²⁴⁵ Demangeon Albert, « L'habitation rurale en France », essai de classification de principaux types, in *Annales de Géographie*, 1920, pp .352-352

²⁴⁶ Max Sorre, *Les fondements de la géographie humaine*, Paris, Armand Colin, 3 tomes : tome 1, 1943.

terre²⁴⁷ ». Le dictionnaire de l'urbanisme et de l'aménagement de Pierre Merlin et Françoise Choay, définit l'habitat comme un cadre et des conditions de vie d'une population et en particulier comme un « mode de groupement des établissements humains. En milieu urbain, il part d'un tissu bâti spécialement affecté au logement des habitants et qui constitue en général la fonction principale des villes, associée ou non avec d'autres fonctions ²⁴⁸». Pour l'Encyclopaedia Universalis de 2004, l'habitat est une aire habitée par un individu, une espèce, un groupe d'espèces ou d'individus. Cette définition fait allusion à tout l'environnement en général et au cadre de vie des populations en particulier. C'est en 1993 dans la Charte d'Athènes que l'architecte Charles Jeanneret dit Le Corbusier donne avec précision un contenu à la notion d'habitat dans une approche globalisante et moderniste. Cet auteur attribue quatre fonctions importantes à l'habitat urbain, à savoir : se loger, travailler, circuler et se divertir. À cet effet, il y associe toutes les fonctions sociales possibles telles que : l'énergie, le logement, l'emploi, le divertissement et le loisir, le transport, l'urbanisme, l'aménagement, et l'environnement, etc.). Cette définition est similaire à celle formulée en 2008 par le MINHDU, selon laquelle l'habitat est un espace de vie qui comprend, notamment, des habitations, des équipements collectifs (marchés, centres de santé, écoles, services publics et privés, bâtiment public et privés...), des infrastructures (voiries, fontaines publiques, jardins publics, aires de loisirs, espaces de jeux, places et monuments publics...) et des réseaux (assainissement, eau, électricité, téléphone, informatique...)²⁴⁹.

La politique peut être définie comme l'ensemble des décisions d'une autorité publique ou privée relatives aux objectifs à atteindre et aux moyens d'action à prendre à l'égard d'une situation donnée. Ces décisions doivent être exprimées dans un document officiel, tel qu'un énoncé de politique ou par d'autres voies²⁵⁰.

Par conséquent, la politique d'habitat est une stratégie d'amélioration de cadre et des conditions de vie des populations en vue de la promotion de leur bien-être général. C'est un cadre de « *l'élaboration d'une stratégie ambitieuse de construction de logements sociaux à la hauteur de nos besoins*²⁵¹ ». La Politique Nationale d'Habitat met en œuvre un vaste programme des « *grandes réalisations* » du gouvernement, une contribution significative, sinon

²⁴⁷ Pierre Merlin & Françoise Choay, 1996, Dictionnaire de l'urbanisme et de l'aménagement, cité par Togué Djuidje, 2008.

²⁴⁸ *Ibid.*

²⁴⁹ Ministère de l'Habitat et du Développement Urbain, Arrêté N° 0009/E/2/MINHDU DU 21 août 2008 fixant les normes d'habitat social.

²⁵⁰ Institut national de santé publique du Québec, 2008.

²⁵¹ Message du Président Paul Biya à l'occasion de la 52^{ème} édition de la Fête de la Jeunesse, Yaoundé, le 10 février 2018.

déterminante à « *une croissance forte, durable, inclusive, produisant l'impact souhaité sur la qualité de vie, jusqu'à l'atteinte de l'émergence en 2035*²⁵² ». La Politique d'habitat définit par ailleurs, le cadre de référence en vue de l'orientation de la coopération avec les partenaires internationaux impliqués dans le développement du Cameroun, ainsi que pour le secteur privé appelé à jouer un rôle plus important dans la production de l'offre de logements convenables²⁵³. Au Cameroun, la démarche adoptée pour la préparation du document de Politique Nationale de l'Habitat s'est voulue holistique. Le diagnostic et les propositions ont été partagés, à travers une approche participative, avec les représentants de la plupart des départements ministériels, institutions publiques et privés, ONG de la société civile regroupés au sein d'un groupe de travail ad- hoc et élargi lors des quatre ateliers organisés à cet effet²⁵⁴. L'ONU-Habitat, l'organisation du système des Nations Unies, chargée spécifiquement des questions de développement urbain a vivement encouragé le Ministère de l'Habitat et du Développement Urbain dans sa démarche et prodigué des conseils utiles à la production d'un document pertinent et aligné sur les cadres nationaux et engagements internationaux du Cameroun²⁵⁵.

La Politique d'Habitat, est une stratégie politique de développement qui a pour objectif d'« *améliorer les cadres de vie de toutes les couches de populations tant en milieu urbain que rural*²⁵⁶ ». Elle permet de mettre en œuvre un ensemble d'initiatives politiques cohérentes et interdépendantes et à entreprendre pour réajuster le dispositif institutionnel, législatif et réglementaire, redynamiser la fabrique de l'habitat ; d'une part, par la restructuration des institutions publiques qui y sont dédiées, d'autre part, par une redéfinition des rôles des différents acteurs depuis la planification territoriale jusqu'au contrôle des constructions, la restructuration de la finance de l'habitat et le déclenchement d'un processus d'industrialisation dans le secteur de l'habitat²⁵⁷.

En dehors du cadre politique national dont l'assise stratégique susmentionnée repose sur la Vision 2035, le DSCE, la Stratégie du développement du sous-secteur urbain, la SND30 et la politique nationale de l'Habitat, cette étude s'élabore dans un contexte international marqué par l'engagement du Cameroun à la réalisation de plusieurs objectifs internationaux formulés

²⁵² Toast de S.E.M. Paul BIYA, Président de la République du Cameroun, à l'occasion du Dîner offert en l'honneur de Madame Christine Lagarde, Directrice Générale du FMI, Yaoundé, le 07 janvier 2016

²⁵³ MINH DU, « Politique nationale de l'habitat », 2018, p.8, consulté en ligne sur <http://www.novapdf.com>, le 12/05/2023.

²⁵⁴ MINH DU, « Politique nationale de l'habitat », *op.cit.*

²⁵⁵ *Ibid.*, p.9.

²⁵⁶ *Ibid.*

²⁵⁷ *Ibid.*

non seulement lors des conférences des Nations Unies sur l'habitat, mais aussi dans les ODD et l'agenda 2063 de l'Union africaine²⁵⁸.

La **politique d'habitat**, dont il est question dans le cadre de cette étude, est celle favorable aux objectifs de santé. Elle se caractérise par une préoccupation pour la santé et l'équité en santé dans tous les secteurs et à tous les niveaux. Le but principal de cette politique consiste pour les pouvoirs publics à créer un environnement qui permette aux individus de mener une vie saine. Grâce à une telle politique, il est possible et plus facile pour les citoyens de faire des choix sains. Elle a pour effet que les environnements sociaux et physiques améliorent la santé²⁵⁹.

XI-Plan du travail

Ce travail est structuré en trois parties, composées respectivement de deux chapitres. La première partie met un accent sur les déterminants généraux de la santé et les politiques adoptées pour agir sur les déterminants généraux de la santé en vue de promouvoir les questions de santé dans les politiques des établissements humains à Yaoundé et Douala. Son premier chapitre donne un aperçu général des facteurs communs et spécifiques aux deux villes et qui impactent négativement la santé des populations. Le second chapitre met en exergue les différentes stratégies politiques adoptées par les pouvoirs publics camerounais pour faire face à ces déterminants en vue de promouvoir les objectifs de santé dans les politiques des établissements humains. La deuxième partie examine les divers acteurs de promotion des questions de santé urbaine et les projets de collaborations intersectorielles réalisés par ces acteurs en vue d'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain des capitales politique et économique. Elle met l'accent sur les différents acteurs en charge d'intégration des objectifs de santé dans les politiques et pratiques d'établissements humains (chapitre troisième) et les différents projets communs et spécifiques aux capitales politique et économique, réalisés par ces acteurs dans le cadre des collaborations intersectorielle dans le but d'intégrer les questions de santé dans les politiques et pratiques d'habitat urbain (chapitre quatrième). Enfin, la troisième partie questionne les enjeux et les obstacles à l'appropriation de l'approche de collaboration intersectorielle en faveur de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques des établissements humains en contexte urbain camerounais. Elle relève les différents avantages liés à la mise en œuvre de l'approche HiAP dans le secteur d'habitat urbain

²⁵⁸ MINH DU, « Code d'habitation et de construction au Cameroun », ARINSKEEM Ltd, p. 33.

²⁵⁹ Wilbert Keon & Lucie Pepin, « Politiques sur la santé de la population : Perspectives Internationales », *op.cit.*

(chapitre cinquième), et s'intéresse aux obstacles à la mise en œuvre de l'approche de collaboration intersectorielle en faveur de l'intégration des questions de santé dans les politiques des établissements humains des capitales politique et économique du Cameroun. Il s'agit des difficultés communes et spécifiques aux deux villes (chapitre sixième).

PREMIÈRE PARTIE :

**DÉTERMINANTS GÉNÉRAUX DE LA SANTÉ ET POLITIQUES DE
PROMOTION DES QUESTIONS SANTÉ AU CAMEROUN : DES
FACTEURS DE SANTÉ URBAINE À L'ADOPTION DES STRATÉGIES
D'INTÉGRATION DES OBJECTIFS DE SANTÉ DANS LES
POLITIQUES DES ÉTABLISSEMENTS HUMAINS PAR LE
CAMEROUN**

INTRODUCTION PREMIÈRE PARTIE

La première partie de cette thèse, met un accent particulier sur les différents déterminants de la santé et les politiques adoptées par les pouvoirs publics camerounais en faveur de l'intégration des questions de santé dans les politiques d'habitat à Yaoundé et Douala. Ce tour d'horizon s'articule autour des différents facteurs qui impactent négativement la santé des populations citadines et autour les diverses stratégies politiques adoptées et mises en œuvre pour réduire les déterminants de la santé, facilitant ainsi la promotion de la santé urbaine.

Le premier chapitre de cette première partie s'ouvre avec les déterminants généraux de la santé dans les villes de Yaoundé et Douala. Il s'agit globalement des facteurs environnementaux, économiques, sociaux, politiques et individuels associés à un problème de santé particulier ou à un état de santé global. Le second chapitre de cette partie aborde de manière générale, les différentes mesures prises et mises en œuvre par le gouvernement dans le but de contrecarrer les effets négatifs des déterminants de la santé. Il s'agit de relever les engagements politiques nationaux et internationaux adoptés et implémentés en faveur de la promotion de la planification et de l'aménagement convenable, de l'environnement décent et de questions de santé publique appropriées. *Grosso modo*, il est question de répertorier les différentes politiques endogènes et exogènes adoptées par le Cameroun en vue de la promotion des questions de santé dans les politiques des établissements humains dans les capitales politique et économique.

CHAPITRE I :

DÉTERMINANTS GÉNÉRAUX DE LA SANTÉ DANS LES VILLES DE YAOUNDÉ ET DOUALA

Comme l'indique son intitulé, ce chapitre est consacré aux déterminants généraux qui impactent la santé des populations dans les villes de Douala et Yaoundé. De manière concise, l'OMS définit les déterminants de la santé comme un ensemble de : « *Facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations*²⁶⁰ ». Ils proviennent généralement des origines individuelles ou collectives, innées ou acquises et des systèmes de santé (soins de santé). Pour qualifier les déterminants de la santé, l'agence de santé publique du Canada en a retenu douze²⁶¹ à savoir : le niveau de revenu et le statut social ; les réseaux de soutien social ; l'éducation ; l'emploi et les conditions de travail ; les environnements sociaux et physiques ; les habitudes de santé et la capacité d'adaptation personnelle ; les services de soins et la culture.

Dans la même logique que les définitions précédentes, nous allons présenter les différents déterminants communs et spécifiques aux villes de Douala et de Yaoundé et qui impactent négativement la santé des populations.

I-Déterminants communs aux villes de Yaoundé et Douala

Entre autres facteurs communs qui impactent de manière similaire la santé urbaine dans ces deux villes, figurent les problèmes environnementaux, ceux liés au manque d'infrastructures de base, aux déterminants et inégalités socioéconomiques, politiques, culturels, l'insécurité et à certaines maladies récurrentes comme le paludisme et la typhoïde.

²⁶⁰ OMS, Commission des déterminants sociaux de la santé, « Comblent le fossé en une génération, Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé », Genève, 2009.

²⁶¹ Le Livre blanc du gouvernement fédéral : Nouvelle perspective de la santé des Canadiens (Rapport Lalonde), soutenait qu'en modifiant le mode de vie ou l'environnement physique et social, on arriverait probablement à améliorer davantage la santé que si l'on investissait plus d'argent dans les systèmes existants de prestation de soins. Le rapport Lalonde est à l'origine du concept de promotion de la santé, consulté en ligne sur http://rcrpp.org/documents/24952_fr.pdf, le 17/04/2023.

A-Déterminants environnementaux

Les populations des villes de Yaoundé et Douala font face aux risques environnementaux liés aux pollutions et nuisances diverses. Les quartiers spontanés et anarchiques de ces deux villes, sont les plus exposés à ces dernières. Il s'agit des intoxications qui émanent des eaux usées, des facteurs liés à la pollution atmosphérique et les nuisances sonores, facteurs liés à la mauvaise gestion des ordures ménagères et à l'infection des puits d'eau par les déchets.

1- Pollutions liées aux eaux usées

Face à la forte demande d'une démographie urbaine croissante et l'insuffisance des ressources financières, matérielles et humaines appropriées, les pouvoirs publics et les Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD) en particulier, ont du mal à relever les défis liés à la gestion des eaux usées dans les villes de Yaoundé et de Douala. C'est ce que souligne Nguendo-Yongsi en affirmant que *« la croissance continue de la population et l'industrialisation effrénée ont entraîné l'abandon dans la nature de rejets constitués de matières solides et d'eaux résiduaires, à l'impact négatif sur la santé²⁶² »*. Les ouvrages d'assainissement individuel, à savoir : les fosses septiques, les latrines et les ouvrages d'assainissement collectif comme le réseau d'égout et les stations d'épuration sont devenus des facteurs de pollutions du fait de leur dysfonctionnement. Les moyens mobilisés par le gouvernement pour équiper certains quartiers des stations par boues de vidange n'ont pas produit les résultats escomptés. Au point où, quelques années après leur acquisition, ces stations sont tombées dans un état de désuétude avancée. En outre, la plupart de structures qui produisent abondamment des déchets liquides dans ces deux villes, ne disposent pas de stations d'épuration des eaux usées. En dehors de l'Hôpital General de Douala, aucun autre hôpital ne possède ces stations d'épuration. Ce dysfonctionnement des ouvrages d'assainissement des déchets liquides a causé des stagnations anarchiques des eaux usées sur les voies publiques, les rigoles, les rivières et les drains qui nuisent à la santé. Cette situation a poussé Nguendo-Yongsi à déclarer que *« Les modes d'assainissement mis en place ne peuvent plus être considérés seulement comme des commodités, mais comme des nuisances, car les risques sanitaires qu'ils font courir aux citoyens sont assez élevés, ainsi que l'attestent les maladies diarrhéiques qui y sont associées²⁶³ »*. Les faiblesses des systèmes d'assainissement des eaux usées créent des

²⁶²Blaise Nguendo-Yongsi, Gérard Salem & Jean-Pierre Thouez, « Risques sanitaires liés aux modes d'assainissement des excréta à Yaoundé, Cameroun », in *Natures Sciences Sociétés*, Vol.16, n°1, 2008, p.4.

²⁶³*Ibid.*

conséquences désastreuses non seulement sur l'environnement, mais aussi sur la santé des populations citadines et le réseau urbain.

1-1-Pollution de l'environnement par les eaux usées

Selon nos observations et les informations recueillies auprès de certains habitants des quartiers de Yaoundé et de Douala, la mauvaise gestion des eaux usées crée des risques environnementaux et sanitaires. Cette situation est soulignée par les travaux d'Assako Assako et de Nguendo-Yongsi pour qui l'impact négatif des eaux usées, domestiques et industrielles, est perceptible sur la qualité des eaux des cours d'eau²⁶⁴. Au plan environnemental, ces risques se manifestent au niveau de : la pollution et la dégradation de la qualité de l'eau des rivières, des étangs et lacs par les déchets liquides. Cela peut avoir comme conséquences : la disparition des ressources halieutiques comme les crevettes et les poissons ; la contamination des sols, entraînant la détérioration de la qualité des sols ; la détérioration du cadre de vie avec les dégagements des odeurs nauséabondes, la destruction du patrimoine urbain, sans oublier que l'insalubrité constitue un facteur gênant pour les citoyens dans la mesure où elle les expose aux risques de maladies²⁶⁵. Cette pollution du cadre de vie est dénoncée par un chef de ménage d'un Camp SIC situé à Yaoundé en ces termes :

Il y a des moments où les remontées des déchets liquides nous polluent l'environnement et rendent la vie impossible ici avec les remontées des mauvaises odeurs qui nous chassent de chez nous. Tous les appareils de canalisation de ces déchets jadis installés sont caducs et dégradés, c'est pourquoi les cacas peuvent couler les longs des voies publiques comme vous voyez en face CCA Biyem-Assi et au carrefour Caca. Ces déchets toxiques, dégradent la route que vous voyez là à la décente et arrivent dans la rivière qui passe derrière Niki nous chasser tous les poissons qu'on avait là-bas à l'époque. Ces déchets sont aussi à l'origine de la prolifération des moustiques, des cafards, des souris et des mauvaises odeurs qui sont des vecteurs de transmissions des maladies comme le paludisme, la dysenterie et le choléra²⁶⁶.

²⁶⁴Blaise Nguendo-Yongsi, Gérard Salem & Jean-Pierre Thouez, « Risques sanitaires liés aux modes d'assainissement des excréta à Yaoundé, Cameroun », *op.cit*, p. 12.

²⁶⁵René Joly Assako Assako, Dominique Meva'a Abomo & Louis Bernard Tchuikoua, « Étude géographique de l'épidémie de choléra à Douala ou la qualité de vie à l'épreuve des pratiques urbaines » in *Espace, qualité de vie et bien être*, Presse de l'Université d'Angers, Angers, 2005, pp.307-3016.

²⁶⁶ Entretien réalisé avec un chef de ménage au Camp Sic de Yaoundé, le 11/10/2021

Photo N° 1 : Photo des eaux usées ruisselant le long de la voie publique avec des conséquences sur l'environnement et la santé urbaine.



Source : Boniface Takoua le 11/10/2022, Carrefour caca à Yaoundé 6.

Les photos ci-dessus sont des exemples des eaux usées abandonnées le long des voies publiques du fait des dysfonctionnements des ouvrages d'assainissements. Ce qui aggrave le niveau de pollution de l'environnement au détriment de la santé des citoyens.

1-2- Risques liés à la mauvaise gestion des eaux usées

Comme il a été souligné précédemment, la mauvaise gestion des eaux usées perceptibles le long des voies publiques, des drains et des autres espaces ouverts au public dans les villes de Yaoundé et Douala, constitue une menace pour la santé des populations et les infrastructures urbaines. Cette menace se manifeste par la multiplication de gîtes des vecteurs de maladies à l'instar des cafards, des souris, des moustiques, des mouches, sans oublier des odeurs nauséabondes que ces eaux génèrent. Ces eaux qui contiennent des microbes pathogènes constituent des sources de transmission des maladies comme, le paludisme, la dysenterie amibienne, la typhoïde et le choléra.

Selon le personnel de formations sanitaires et des ménages riverains à ces eaux usées, les maladies d'origine hydriques, sont les causes majeures d'hospitalisation, d'invalidité et des décès de plusieurs citoyens. Il existe un lien étroit entre les maladies hydriques perçues par les

ménages et celles déclarées au niveau des formations sanitaires. L'analyse des données déclarées au niveau des délégations régionales de la santé du Centre et du Littoral illustre clairement que « *les risques de maladies hydriques sont élevés dans toute la ville, sans distinction de tissu urbain, notamment dans les ménages riverains des cours d'eau et des zones de stagnation des eaux usées*²⁶⁷ ». Selon des cas de maladies déclarées par les formations sanitaires des deux capitales, les catégories d'enfants de moins de 5 ans, sont plus affectées que les adultes.

1-3-Impact des dysfonctionnements des ouvrages d'assainissement des eaux usées sur les réseaux urbains

Le défaut ou le dysfonctionnement des ouvrages d'assainissement des eaux usées en milieu urbain, participent à la détérioration des réseaux techniques urbains. Les personnels des Mairies des deux villes, interrogés sur la question ont relevé les problèmes relatifs au manque d'ouvrages d'assainissement individuel comme les fosses septiques, des latrines et des ouvrages d'assainissement collectif à l'instar de réseau d'égout et stations d'épuration, d'obstruction des ouvrages de drainage des eaux pluviales, de la détérioration des installations de canalisation à l'origine des remontées d'eaux usées sur les voies publiques. La destruction des infrastructures publiques et la pollution du cadre de vie urbain sont entre autres conséquences évoquées.

Le fait que les eaux usées qui contiennent l'acide soient au contact des infrastructures routières faites en bitumes bitumineux, participent à la destruction de ces infrastructures urbaines et par conséquent, réduisent considérablement leur durée de vie. Cette situation rend non seulement difficile la mobilité des personnes et des biens, mais, les coûts de leur réhabilitation sont souvent insupportables par les collectivités territoriales décentralisées²⁶⁸. Cette pollution remet en cause la beauté et la qualité des infrastructures routières. Les cas du carrefour caca et la décente du Camp Sic Acacia au quartier Biyem-Assi à Yaoundé, sont de parfaites illustrations de la destruction des infrastructures routières causée par les eaux usées. Les usagers de ces routes sont exaspérés non seulement des remontés quotidiennes des eaux usées et des excréta qui ruissèlent le long des voies publiques et des drains, mais surtout de la dégradation de ces axes routiers qui rend pénible la circulation avec pour corollaire, les embouteillages. Pour un chef de ménage habitant le Camp Sic Acacia, « *Cette route était la*

²⁶⁷ Joseph Wethé, Michel Radoux & Emile Tanawa, « Assainissement des eaux usées et risques socio- sanitaires et environnementaux en zones d'habitat planifié de Yaoundé (Cameroun) », in *santé et environnement*, Vol.4, n°1, 2003.

²⁶⁸ *Ibid.*

référence à Yaoundé, mais, depuis que l'Etat a laissé circuler les eaux usées le long, elle s'est considérablement dégradée comme vous voyez au point où la circulation est devenue difficile. Plusieurs accidents s'y produisent par jour²⁶⁹ ». Les images ci-après en sont des parfaites illustrations.

Photo N° 2 : Effet négatif des eaux usées sur les ouvrages d'assainissement urbain le bien-être.



Source : Boniface Takoua le 11/10/2022, Carrefour caca à Yaoundé 6.

Les images ci-dessus traduisent l'action de destruction des infrastructures routières et de l'environnement par les eaux usées, du fait des dysfonctionnements des ouvrages d'assainissement.

2-Pollution par les facteurs exogènes

Ce sont des facteurs sur lesquels l'Homme n'exerce pas suffisamment de pouvoir et de contrôle, mais qui ont pourtant des effets déterminants sur la santé et le bien-être des populations²⁷⁰. Il s'agit des facteurs qui participent à la pollution de l'air et les nuisances sonores.

²⁶⁹ Entretien réalisé avec un chef de ménage au Camp Sic de Yaoundé, *op.cit.*

²⁷⁰ Point de repère, « Vers un urbanisme favorable à la santé », Agence d'urbanisme de l'aire métropolitaine lyonnaise, 2017, p.10

2-1-Pollution atmosphérique

Le problème de la pollution de l'air dans les villes africaines est devenu une menace accentuée entre autres par l'importation de vieux véhicules d'occasion alimentés par du carburant de mauvaise qualité ; la poussière et l'installation d'unités industrielles en plein centre urbain. Les villes de Douala et de Yaoundé n'échappent pas à cette réalité, compte tenu du développement des activités industrielles, agricoles, commerciales, du transport routier individuel caractérisé par la prédominance de vieux véhicules d'occasion et le phénomène de taxi-moto communément appelé « Bensikin » à Douala. Il sera question de présenter les différents polluants de l'air, ainsi que leur impact sur la santé et l'environnement.

Selon les experts environnementalistes rencontrés dans les villes de Douala et Yaoundé, les activités commerciales et industrielles y génèrent des émissions qui contiennent des polluants atmosphériques très dangereux pour la santé. Les particules ou fumées noires proviennent essentiellement des industries beaucoup plus nombreuses à Douala, des véhicules à moteur vieillissant et aussi des activités humaines effectuées dans des lieux de sociabilité comme les bars, des foyers pour braiser le poisson et frire les beignets avec des fours installés à ciel ouvert dotés de cheminées et qui servent à la cuisson de viande au niveau de carrefours chauds comme les ronds-points Damas, Jouvence, rond-point Express, Nkoabang. Un expert des questions environnementales et écologiques tente d'énumérer les principaux polluants que l'on retrouve dans ces émissions en ces termes :

Il s'agit des oxydes de carbone (CO, CO₂), des oxydes d'azote (NO, NO₂), des oxydes de soufre (SO₂, SO₃) des particules en suspension et fumées, de l'Ozone (O₃), du plomb (Pb), des hydrocarbures l'hydrogène sulfuré (HS) des mercaptans et des aldéhydes. Il émane de ces polluants des éléments dangereux pour la santé des citadins à savoir les particules de fumées noires, des gaz et des hydrocarbures²⁷¹.

En outre, il nous a été donné d'observer certaines activités dangereuses pour la santé et l'environnement urbains. Il s'agit entre autres des activités industrielles, commerciales et routières qui sont génératrices des gaz comme le dioxyde de soufre (SO₂) qui proviennent des feux de charbon (braises des poissons, de viande, incinération des déchets ménagers et industriels). Ces polluants sont en hausse dans les quartiers à forte concentration de populations comme Dokoti à Douala. Il y a également l'oxyde d'azote (NO_x) produit par les automobiles

²⁷¹ Entretien réalisé avec un expert des questions environnementales et écologiques dans la ville de Yaoundé, le 08/10/2021.

en hausse dans les quartiers Mvan, Biscuiterie, et Akwa, secteurs à forte concentration d'agences de voyages ; le benzène, l'ozone, le dioxyde et monoxyde de carbone CO et des hydrocarbures. Il faut préciser que, ces gaz proviennent des combustions industrielles comme les brasseries situées en pleins quartiers Bali à Douala et Nsam à Yaoundé ; les incinérations des déchets, du tabagisme et surtout des transports routiers. L'incinération des mélanges d'ordures plastiques et biomédicales, qui est une activité courante dans les villes camerounaises est souvent à l'origine d'importantes quantités de fumées contenant diverses sortes de gaz qui se dissipent dans l'atmosphère, est très dangereux pour la santé.

Si les populations de Douala se plaignent beaucoup plus des industries comme facteurs de pollution de l'air, celles de Yaoundé accusent plutôt la poussière pendant la saison sèche et de vieux véhicules comme principale cause de pollution. L'usage abusif et accru par des tenanciers de laveries et de blanchisseries, de détergents et insecticides avec propulseurs, des insecticides contenant aussi bien des dérivés organochlorés que des dérivés chlorés, notamment le perchlore, constitue également des facteurs de pollution atmosphérique. Ils sont déversés au quotidien dans la nature.

Les activités industrielles ne sont pas en reste, elles contribuent aussi à la pollution de l'air. Bien que Yaoundé ne soit pas une ville très industrialisée comme Douala, les usines qui s'y trouvent, notamment les cimenteries de Nomayos, les brasseries de Nsam entre autres, font l'objet de sérieuses préoccupations quant à la préservation de l'environnement, surtout dans les zones où elles sont localisées. *« Elles sont responsables des rejets des quantités importantes de particules solides émises dans la ville. Les brasseries, les usines textiles et les cimenteries rejettent des fumées, des gaz et des particules qui, dans l'air, constituent des risques graves pour la santé »*²⁷², affirme un expert des questions environnementales.

À cela, il faut ajouter les nuisances olfactives à l'origine des « nausées », de « vomissements », de « perte d'appétit », d'odeurs nauséabondes résultant de la biodégradation des déchets des décharges sauvages, des poulaillers, des porcheries qui se multiplient dans les deux villes, du fait de l'incivisme des populations et souvent des grèves observées par le personnel d'HYSACAM. Cette pratique est beaucoup plus lisible et courante dans les quartiers anarchiques, enclavés et inaccessibles par les services d'HYSACAM. Elle est souvent plus manifeste quand le personnel d'HYSACAM décide de faire la grève comme au mois de novembre 2021 à Yaoundé. Période pendant laquelle, les ordures jonchaient et bloquaient les

²⁷² Entretien réalisé avec un expert des questions environnementales et écologiques dans la ville de Yaoundé, *op.cit.*

routes de la capitale politique du Cameroun. Dans l'espace domestique, les mauvaises odeurs qui sont aussi citées comme des éléments constitutifs de la pollution de l'air, proviennent des toilettes, des porcheries et poulaillers installés à l'intérieur et à proximité des habitations urbaines. De façon générale, la perception des odeurs est très liée au facteur de proximité. Ces odeurs sont considérées comme de « mauvaises » odeurs à cause des effets ressentis, voire des malaises qu'elles peuvent provoquer.

La pollution atmosphérique impacte la vie humaine de manière générale en ville, mais les couches les plus vulnérables sont les enfants et les personnes âgées. Le fait que les enfants ont des appareils respiratoire et circulaire encore en pleine croissance et les personnes âgées, qui ont un métabolisme donnant des signes de faiblesse, les exposent à certaines maladies telles que l'asthme, l'emphysème ou les maux de cœur. Les maladies causées par les pollutions atmosphériques dans ces deux villes, concernent selon un personnel médical :

la toux sèche, l'asthme, la pneumonie, la bronchite chronique ou simple irritation oculaire, des sifflements respiratoires et des éternuements causés par la poussière ; le cancer de poumon causé par les fumées du tabac, des véhicules et des industries; les troubles cardio-vasculaires, l'hyperglobulie provoquée par les aérosols ; l'anémie causée par les traces de CO ; les inflammations oculaires, les affections ORL, les risques d'infection, les intoxications alimentaires, les troubles respiratoires et les maladies de la peau²⁷³.

2-2-Nuisances sonores

Dans tous les cadres de vie réservés à l'espèce humaine, l'ouïe demeure l'un des sens les plus sollicités. Ainsi, en milieu urbain, la qualité de vie est aussi liée à la qualité des sons distillés par les populations en toute circonstance. Dans les villes de Douala et de Yaoundé, la conception des quartiers résidentiels n'est pas toujours pensée en termes de respect d'environnement sonore et de confort sonore des habitants. Les citoyens sont victimes au quotidien des décibels distillés par les tenanciers des débits de boissons, de nouvelles églises dites réveillées, des discothèques et des structures de publicités. Ces nuisances aux origines diverses, orchestrées sous le regard des autorités administratives supposées les interdire par des mesures coercitives, impactent sérieusement la santé humaine et le bien-être en milieu urbain. Pourtant, le décret N° 90-1483 du 9 novembre 1990 fixant les conditions et les modalités d'exploitation des débits de boissons, et la loi N° 96/12 du 05 août 1996 portant loi-cadre

²⁷³Entretien réalisé avec un personnel médical dans la ville de Douala, le 08/02/2022.

relative à la gestion de l'environnement au Cameroun, interdisent toutes nuisances sonores susceptibles de porter atteinte à la tranquillité d'autrui en la rendant malsaine et pénible²⁷⁴.

Les témoignages de certaines autorités administratives qui reçoivent les plaintes des riverains des établissements, auteurs des nuisances sonores dans les capitales politique et économique, attestent de ce que les décibels orchestrés par des débits de boissons, des églises de réveilles et des discothèques, sont à la marge de la réglementation. Par conséquent, ces nuisances sonores sont insupportables et impactent sérieusement la santé et la tranquillité des citoyens. En effet, au lieu d'ouvrir les débits de boissons à 06 heures au plutôt et les fermer à 21 heures au plus tard, pour ce qui est des ventes à emporter (dépôts) et à 24h en ce qui concerne les ventes à consommer sur place (bars) comme le dispose le décret de 1990, certains de ces établissements de loisir non insonorisés, restent ouverts et orchestrent impunément les bruits 24 heures/24 heures. Prétextant se débrouiller et profitant de la tolérance administrative pour les uns et comptant sur leur proximité avec les autorités administratives pour les autres, plusieurs tenanciers de ces structures troublent la tranquillité des riverains en émettant des décibels insupportables de jour comme de nuit. Une haute autorité administrative retraitée, habitant le quartier Nsimeyong I, lieu-dit Biyem-Assi Lac, l'une des localités chaudes de la ville de Yaoundé, souligne et dénonce ces nuisances sonores en ces termes :

Il nous est impossible de travailler et de nous reposer à partir de 20 heures ici. Les nouvelles églises dites de réveilles quant à elles, ont choisi d'animer les réunions de prière des mardis, vendredis et dimanches avec les fortes musiques. Les bars perturbent avec les bruits 24h sur 24h. La situation malade de ma mère supputée s'aggrave au quotidien du fait de ces bruits, alors que le médecin lui a prescrit un repos médical. Elle meurt à petit feu et nous restons sans défense et nos plaintes et pétitions sans suite favorable des autorités compétentes²⁷⁵.

Les observations ont permis de comprendre que ce laisser-aller entraîne les promoteurs des églises dites de réveille, d'organiser leurs prières hebdomadaires, campagnes d'évangélisation et les cultes des dimanches par les bruits assourdissants orchestrés à travers les baffles et les micros parfois exposés en plein air au mépris de la loi. Les plaintes déposées contre ces églises auprès des autorités compétentes restent pour la plupart sans suite. Car ces églises bénéficient de la protection des autorités. Il faut aussi noter que les bruits de ces églises installées dans tous les quartiers des deux villes et parfois même dans les domiciles des fidèles n'épargnent personne.

Les occasions des anniversaires, des mariages, des arrosages des galons, des

²⁷⁴ Loi N° 96/12 du 05 août 1996 portant Loi-Cadre relative à la gestion de l'environnement, Chapitre I(s), p.3.

²⁷⁵ Entretien réalisé à Yaoundé avec un habitant du quartier Nsimeyong I (Biyem-Assi Lac), le 25/10/2021.

nominations et des surprises-parties dans les villes de Yaoundé et de Douala constituent des moments infernaux pour les citadins du fait des tapages diurnes et nocturnes. Par conséquent, les impacts sanitaires de ces nuisances sonores sont de plusieurs ordres. Elles provoquent le stress, une gêne qui peut se manifester à travers la colère, la frustration, les troubles du sommeil et mentaux. Inversement, les citadins qui souffrent de troubles mentaux sont particulièrement sensibles aux nuisances sonores. En outre, l'exposition des individus aux bruits a entre autres conséquences : la diminution de la performance au travail ou à l'école, la déficience cognitive chez les enfants. Par ailleurs, les nuisances sonores constituent un risque pour l'appareil auditif, notamment dans le cadre de nuisances en milieu professionnel ou de loisirs.

3-Pollutions liées à la gestion des déchets solides ménagers

L'extension continuelle et l'occupation anarchique de l'espace urbain du fait de la forte croissance démographique de la population des pays du Sud, entraînent de nombreux facteurs de risques environnementaux qui influencent la santé des citadins. À cet effet, on compte plusieurs villes qui produisent d'énorme quantité de déchets, mais, manquent les moyens adéquats pour les gérer. Faute de moyens modernes appropriés pour la gestion des déchets dans certains quartiers spontanés, précaires et même structurés, les habitants ont mis en œuvre des stratégies et pratiques anarchiques qui mettent en mal le cadre de vie et la santé urbaine aux conséquences néfastes. Il s'agit des pratiques d'entassement et déversement anarchiques des déchets au bord et dans des cours d'eau, les rigoles et sur les voies publiques.

3-1-Entassement et déversement des déchets au bord et dans des cours d'eau et rigoles

Les bas-fonds de « la ville aux sept collines » et les bassins versants de Douala, ont été transformés en des lieux de déversement et d'entassement des déchets ménagers par certains habitants des quartiers spontanés et précaires. Malgré les dispositions prises par les pouvoirs publics pour assurer le ramassage de ces ordures par l'entreprise HYSACAM qui a disposé les bacs de collecte des ordures dans tous les quartiers accessibles, certains habitants des quartiers spontanés, ont délibérément choisi de les déverser dans les rivières. Selon les observations effectuées dans le cadre de cette étude, bien que ces pratiques soient plus récurrentes dans des quartiers moins structurés comme Bonas, Melen, Ndogbati, Maképé Missokè, Bépenda, on les observe aussi dans les quartiers dits structurés comme Bastos, Golf, Bonandjo et Bonapriso. Selon un expert des questions environnementales et écologiques, « *On observe les pratiques anarchiques de déversement et d'entassement des déchets dans les cours d'eau, même dans les quartiers de haut standing comme Bastos, Odza, Bonapriso et Bonandjo. Mais, elles sont plus récurrentes dans les quartiers populaires et précaires, comme le long des rivières Bonas,*

*Ahala, Biyem-Assi et Melen à Yaoundé et des rivières des quartiers Maképé Missokè, Bépanda et Tongo-Bassa à Douala*²⁷⁶ ». Ces pratiques, qui se multiplient à l'absence des sanctions sont des risques sanitaires et constituent de ce fait des sources de développement des vecteurs de transmission des épidémies comme le choléra.

Les pratiques de déversement des ordures ménagères dans les rigoles s'opèrent habituellement dans les nuits à l'abri de tout regard et sont plus récurrentes en saisons des pluies. En effet, pour cause d'inaccessibilité aux services d'HYSACAM, certaines personnes préfèrent déverser leurs déchets ménagers en amont, espérant que les torrents vont les conduire en aval. Malheureusement ils contribuent par cette démarche incivique, à boucher les installations de canalisation par les amas de déchets qui polluent le cadre de vie urbain. Ces modes de gestion des déchets sont observés à Yaoundé dans les quartiers comme Biyem-Assi le long de la rivière située entre Acacia et le Lycée de Biyam-Assi et celle jouxtant le quartier Kamini. A Tam-Tam, plus précisément le long de la rivière qui traverse la nouvelle route Tam-Tam jusqu'à Biyem-Assi Lac. A Douala, ces pratiques sont observées à Bépanda, Makepe, Mboppi, Camp Yabassi, Ngoua, Oyack. D'ailleurs pour Mbedoum, « *A Oyack, c'est la seule technique de gestion des déchets utilisée par les habitants situés le long de la pente droite du bassin versant du Ngoua et sur les pentes de la falaise nord de Bépanda plus précisément au niveau de Bépanda Petit Wouri*²⁷⁷ ».

Photo N° 3 : Déchets obstruant les rigoles



Source : Boniface Takoua le 11/10/2022, Décence Tam-Tam et Olezoa à Yaoundé 3.

Les images ci-dessus, illustrent cet incivisme des citoyens de certains quartiers de la ville de Yaoundé et Douala qui s'illustrent par le déversement des déchets ménagers dans les rigoles

²⁷⁶ Entretien réalisé avec expert des questions environnementales et écologiques, *op.cit.*

²⁷⁷ Mohamadou Mbedoum, « La gestion des ordures dans la zone Nylon à Douala », Université de Yaoundé I, Département de Géographie, Mémoire de maîtrise de Géographie, 1990, p. 129.

et rivières. Cette pratique participe à l'obstruction des voies publiques et des drains de celles-ci. Ce qui favorisent le développement des risques d'inondations et des maladies telles que le paludisme et le cholera

3-2-Déversement des déchets ménagers sur les voies publiques

Malgré les mesures prises par les pouvoirs publics à travers le contrat qui les lie à HYSACAM, qui met un point d'honneur sur la sensibilisation des populations à l'effet de mettre fin aux dépôts des ordures en bordure des voies publiques, cette pratique persiste. Même dans les quartiers dits structurés et de haut standing comme Bonandjo, Bonapriso, Bastos et Golf, où les bacs à ordures sont disposés par cette entreprise, les déchets ménagers continuent à joncher les voies publiques. Cette situation a été beaucoup plus visible en novembre 2021, au moment où les responsables d'HYSACAM revendiquaient le paiement de leurs arriérés de salaire à l'Etat du Cameroun et aux CTD. Ces pratiques qui consistent à déposer les déchets en bordure des voies publiques et à proximité des bacs à ordures d'HYSACAM, observées dans la plupart des quartiers de Yaoundé et de Douala, viennent confirmer l'hypothèse d'incivisme notoire dans la gestion des déchets par les populations. C'est une situation préoccupante qui vient non seulement remettre en cause le côté esthétique des deux villes, mais contribue aussi à polluer l'environnement. Selon un épidémiologue, ces pratiques constituent aujourd'hui « *le principal facteur de transmission des maladies comme le choléra, la diarrhée et le paludisme par le canal de l'air, des gîtes de vecteurs tels que les moustiques, les cafards et les mouches*²⁷⁸ ».

Photo N° 4: Déchets obstruant les voies publiques



Source : Boniface Takoua le 11/10/2022, Décence Tam-Tam.

²⁷⁸ Entretien réalisé avec un personnel médical (épidémiologie) dans la ville de Yaoundé, le 07/11/2021.

Les images précédentes, illustrent l'action de déversement des ordures ménagères sur les voies publiques dans les villes de Yaoundé et Douala. Ce qui rend difficile la mobilité des personnes et des biens sur ces axes routiers. Cette situation contribue à polluer l'environnement et à développer les vecteurs de transmission des maladies.

4-Pollution des puits d'eau par les ordures

La gestion irresponsable des déchets solides et liquides qui se matérialise par les déversements anarchiques et sauvages dans les drains, au bord et dans les cours d'eau, situés en périphérie des ménages ont pour conséquence directe, la pollution des puits d'eau utilisés par les citoyens.

4-1 -Pollution des puits par le canal des cours d'eau souillés

La triangulation des informations collectées et les observations effectuées dans le cadre de cette étude a permis de conclure que la plupart des ménages riverains au cours d'eau à Yaoundé et Douala choisissent d'y déverser les ordures. Après quelques jours, ces dernières se décomposent et produisent des bactéries pathogènes très dangereuses pour la santé. Il est établi que les cours d'eau et les eaux souterraines communiquent par le moyen d'interconnexion ou d'intercommunication et que les puits sont ravitaillés en eaux à partir des cours d'eau voisins. Par conséquent, la pollution des cours d'eau infecte les puits d'eau environnants. À défaut de faire des extensions d'eau et de se doter de forage faute de moyens financiers, certains ménages ont jeté leur dévolu sur les puits à l'effet de s'approvisionner. Ce phénomène est beaucoup plus récurrent dans de nouveaux quartiers non connectés aux installations de CAMWATER comme Simbok, Ahala II, Damas, Efoulan, Bobongo-cité Berge. C'est également le cas dans des quartiers précaires à l'instar de Melen, Mambanda. Les quartiers populaires comme TKC, New-Bell, Grand Hangar, Nyala et Oyack, ne sont pas en reste. L'un des informateurs, chef de ménage rencontré à Yaoundé 6, relève à cet effet que,

Chaque ménage doit impérativement avoir son puit d'eau pour pallier les difficultés liées aux coupures intempestives d'eau, à la cherté des abonnements et des factures d'eau de CAMWATER. Le puit que vous voyez là derrière, nous ravitaille en eau à boire, pour lessive et pour nous laver. Plusieurs voisins viennent à cet effet en puiser, même comme certaines personnes nous disent que ça peut nous transmettre des maladies, mais on n'a pas le choix²⁷⁹.

Certains chefs de ménage des quartiers populaires, précaires et de nouveaux quartiers ont choisi de construire des puits d'eau à l'intérieur de leur maison et à proximité immédiate de latrines traditionnelles, des caniveaux, des amas des ordures et des rivières contenant des

²⁷⁹ Entretien réalisé avec un chef de ménage au quartier Simbok à Yaoundé VI, le 08/11/2021.

déchets toxiques. Or, comme nous l'avons souligné ci-dessus, l'interconnexion ou l'intercommunication entre les puits d'eau, les latrines et les rivières souillées polluent automatiquement l'eau de ces puits. Cette pollution est beaucoup plus évidente en saison pluvieuse, avec notamment le concours des inondations qui entraînent les remontées des eaux souillées dans les puits. D'où la prolifération des maladies hydriques comme la dysenterie et la diarrhée.

4-2-Pollution des puits par les déchets exposés en plein air

Les déchets ménagers et industriels souvent exposés en plein air, loin des bacs à ordures et à proximité des puits d'eau en milieu urbain, qui alimentent les ménages constituent un danger pour la santé, car, une fois décomposés, ces déchets industriels et ménagers entassés à même le sol communiquent avec la nappe phréatique et contaminent ces puits par le canal des fissures du sol. Par conséquent, cette nappe phréatique qui alimente les puits d'eau, infecte à son tour ces derniers pourtant destinés à la consommation des populations. À cet effet, ces puits d'eau constituent des sources de transmission des maladies aux ménages. Ceux vivant dans les zones inondables comme Dibongo-Cité Berge et Bilongue à Douala et les bas-fonds de la ville aux sept collines sont plus exposés à ces risques de pollution. S'exprimant sur la question, un habitant du quartier Dibongo-Cité Berge, affirme :

Nous sommes régulièrement victimes des inondations. Ces inondations sont d'ailleurs les faits d'indisciplines des populations qui déversent les ordures sauvagement dans les rigoles et les drains aménagés. Je me souviens d'ailleurs qu'en 2015, une gigantesque inondation avait envahi tout ce quartier détruisant tous nos biens au passage. Ces inondations nous avaient obligés de fuir ce quartier. C'est quand ces eaux ont baissé que nous sommes revenus, malheureusement nous n'avons rien trouvé. Même nos puits, qui constituent nos sources de ravitaillements en eaux, étaient déjà pleins d'eaux souillées. Mais, on n'avait pas le choix que de nous en servir²⁸⁰.

Les populations des quartiers, comme Bélongue à Douala font référence à la pollution des puits, causée par l'évacuation des effluents industriels. Dans ce quartier, développé en aval par la zone industrielle de Bassa, se sont implantées des industries à l'instar des Brasseries UCB, la société de fabrication de savon qui jouxte l'aéroport de Douala. Ces industries déversent leurs effluents dans l'unique réseau hydrographique qui draine tout le quartier, faisant à son passage un travail érosif important qui provoque de nombreuses maladies. Après avoir constaté l'infection de leurs puits par ces effluents, les habitants de ce quartier affirment avoir déposé une série de plaintes contre ces entreprises auprès des autorités locales et

²⁸⁰Entretien réalisé avec un responsable, habitant du quartier Dibongo-Cité Berge à Douala, le 02/02/2022

administratives. Ces plaintes sont restées sans suite au grand dam des populations. Ainsi, pour un habitant du quartier Bassa, « *les déchets déversés par les brasseries dans l'unique cours d'eau qui traverse tout le quartier contaminent tous nos puits qui nous servent de l'eau à boire et de lessive. L'odeur de l'eau de nos puits a changé et cette situation nous expose à beaucoup de maladies*²⁸¹ ».

Selon les données développées ci-dessus, les problèmes de santé urbaine provoqués par les intoxications des eaux usées, la pollution atmosphérique et les nuisances sonores, la mauvaise gestion des ordures ménagères et l'infection des puits d'eau par les déchets, sont les faits de l'incivisme des populations et du laxisme des autorités compétentes. Cette situation cache la vraie face d'une société anémique où les pouvoirs publics se trouvent dans l'incapacité d'appliquer les règles relatives à la protection de l'environnement urbain, à la gestion des déchets et de l'espace urbain pour le bien-être des citoyens. Ce qui traduit l'absence d'une réelle collaboration intersectorielle entre les parties prenantes à cet effet.

B-Déterminants liés au manque d'infrastructures de base

L'insuffisance de certaines infrastructures de base en milieu urbain camerounais constitue des facteurs qui impactent négativement l'épanouissement et le bien-être général des populations citadines. L'insuffisance des logements décentes, des structures sanitaires, des équipements de loisirs et de divertissement, des toilettes publiques et des équipements de sécurité adéquats, constituent des facteurs qui affectent la santé et le bien-être des populations dans les villes de Douala et Yaoundé.

1-Insuffisance des logements

Au Cameroun, les politiques de promotion des établissements humains convenables, ne répondent pas toujours aux besoins de toutes les couches sociales, notamment en matière de logement social. Les ambiguïtés foncières, la cherté des terrains et des logements créent une situation de crise de logements à Yaoundé et à Douala. Les expulsions des ménages sans indemnisation ni recasement en milieu urbain viennent aggraver cette crise préjudiciable au bien-être général des populations citadines. Il s'agit d'une violation flagrante des obligations en matière de droit à un logement décent, conformément au Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Une autre grande préoccupation concerne la loi camerounaise qui criminalise le non-paiement du loyer, de sorte que les personnes qui se trouvent dans l'incapacité de payer leur loyer soient condamnées. Cette insuffisance, liée au

²⁸¹Entretien réalisé avec un responsable habitant le quartier Bassa à Douala, le 02/02/2022

droit aux logements dans ces deux villes est confirmée par le Code de l'habitat et de construction au Cameroun, selon lequel,

L'insuffisance quantitative et qualitative d'accès au logement, conduisant à un cadre de vie des populations peu décent et peu sécurisé. En effet, on enregistre sur le territoire national une forte demande en logements tant dans les grandes métropoles que dans les petites agglomérations. Le Rapport portant Etat des lieux et diagnostic du financement du logement social au Cameroun réalisé en 2010 situait la demande en logements décents à plus d'un million pour résorber les besoins les plus urgents des populations urbaines. De même, cette demande s'accroît de 10% par an, soit 100 000 logements par an pour chacune des seules villes de Yaoundé et Douala²⁸².

Comme le fait remarquer ce rapport diagnostic du MINHDU, la crise du logement que connaît le Cameroun et les villes de Douala et de Yaoundé en particulier, est avant tout liée à la fois à la quantité et la qualité de ces logements. Pour résoudre efficacement ce problème, il importe de mettre en œuvre l'action de collaboration qui regroupe les secteurs public et privé, la société civile et les partenaires financiers et techniques. Malgré les efforts fournis par le triptyque institutionnel MAETUR/SIC/CFC à cet effet, le problème se pose toujours avec acuité²⁸³. C'est ce qu'indique un haut responsable de la SIC dans son exposé présenté au Salon de l'Action Gouvernementale (SAGO) le 26 Juin 2022, en ces termes : « *les logements produits par les pouvoirs publics depuis 1952 à nos jours, sont largement insuffisants par rapport à la demande*²⁸⁴ ». Le projet de construction de 10000 logements sociaux et d'aménagement de 5000 parcelles constructibles actuellement en cours ne suffit pas pour combler ce gap²⁸⁵.

En outre, le coût élevé des logements constitue l'un des facteurs de la crise qui caractérise ce secteur et qui peut aujourd'hui justifier la nécessité de l'appropriation de l'approche « HIAP » dans ce secteur. Comme le souligne l'analyse de Valentin Nga Ndongo sur l'exclusion sociale et la pauvreté urbaine au Cameroun, la pauvreté est un facteur à prendre en compte dans l'explication des désordres urbains notés çà et là. Elle s'exprime en termes de chômage et surtout d'inaccessibilité aux services sociaux les plus élémentaires : eau potable, électricité, santé, téléphone, logement²⁸⁶. D'ailleurs, concernant spécifiquement la question d'accès au logement, le diagnostic effectué par le MINHDU,

²⁸² MINHDU, « Code de l'habitat et de construction au Cameroun », Rapport diagnostic *op.cit.*, p. 31.

²⁸³ *Ibid.*, p.32.

²⁸⁴ Extrait du Discours d'un responsable de la SIC au Salon de l'Action Gouvernementale (SAGO), au Palais polyvalent des Sports de Yaoundé, le 26/07/ 2022.

²⁸⁵ MINHDU, « Code de l'habitat et de construction au Cameroun », Rapport diagnostic, *op.cit.*, p.32.

²⁸⁶ Valentin Nga Ndongo, *Phénoménologie de la ville camerounaise*, in Martin Elouga, Valentin Nga Ndongo et Luc Mebenga Tamba, *Dynamiques urbaines en Afrique noire*, Paris, L'Harmattan, 2006, p.25.

révèle que les coûts de construction sont assez élevés au Cameroun, comparativement au revenu moyen des populations. Il en résulte qu'il est difficile de construire des maisons avec des normes uniformes à un coût accessible à la plupart des habitants. Les coûts standards des logements sont hors de portée pour les gagne-petit²⁸⁷.

C'est dans le même sens qu'un responsable de la SIC a laissé entendre que,

Les conditions financières d'accès au logement décent est un facteur d'exclusion des pauvres des villes de Douala et de Yaoundé. C'est même l'un des mobiles explicatifs des désordres urbains. Un petit studio coûte aujourd'hui en moyen 50 000 FCFA, ce qui dépasse largement le SMIG. Un appartement tourne autour de 100 000 FCFA, voire 2 000 000 FCFA. Il faut vraiment être riche pour y accéder. Les logements sociaux, sont sociaux de nom. Les pauvres n'y ont pas accès²⁸⁸.

Les propos précédents révèlent qu'il faut être financièrement et socialement aisé pour accéder au logement social au Cameroun. Pourtant, les rapports de l'Institut National de la Statistique sur l'emploi au Cameroun, indiquent des faibles revenus dont bénéficient les travailleurs camerounais. Rappelons également que le Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti (SMIG) est passé de 28. 216 FCFA à 36. 500 FCFA en 2014. En même temps, le coût moyen des locations varie de 60. 000 FCFA à 100. 000 FCFA dans les zones urbaines et semi urbaines²⁸⁹. Si l'on s'en tient aussi aux statistiques du rapport de politique nationale de l'habitat au Cameroun, plus de 40% des ménages en milieu urbain, et 80% sont exclus du système formel de production de logements, ne pouvant même pas accéder à un logement de type « construction sociale » tel que défini dans la grille standard de la CUD²⁹⁰.

Contrairement à ce que les pouvoirs publics laissent entendre par des slogans des logements sociaux et décents pour tous au Cameroun, les politiques d'accès aux logements décents et sociaux en milieu urbain camerounais est un échec. Car, ils ne sont décents et sociaux que de nom compte tenu du fait que cet accès est exclusivement réservé aux personnes « nanties ». Ce qui nous fait dire que l'accès au logement décent est un luxe et un facteur d'exclusion sociale des couches « vulnérables ».

2-Manque d'accès aux infrastructures sanitaires

Le Cameroun en général et les villes de Yaoundé et de Douala en particulier, disposent d'un nombre assez important d'infrastructures sanitaires. À titre d'exemple, les régions du Centre et du Littoral concentraient en 2018 près du tiers (33%) des structures sanitaires du

²⁸⁷ MINHDU, « Code de l'habitat et de construction au Cameroun », Rapport diagnostic, *op.cit.*, p. 33.

²⁸⁸ Entretien réalisé avec un responsable en service à la SIC à Yaoundé, le 09/11/2021.

²⁸⁹ MINHDU, « Code de l'habitat et de construction au Cameroun », Rapport diagnostic, *op.cit.*, p.34.

²⁹⁰ ONU-HABITAT, Rapport de Politique urbaine nationale du Cameroun, 2014.

pays²⁹¹. Cependant, elles ne sont pas toujours accessibles à toutes les catégories de citoyens. Pendant que les riches accèdent facilement aux meilleurs services de santé, les pauvres sont obligés de développer des trajectoires thérapeutiques parallèles et non appropriées à l'instar des pharmaciens de rue, des tradipraticiens, des naturopathes, des prêtres ou pasteurs exorcistes et de la médecine chinoise. Quand même ils y accèdent pour des raisons d'hospitalisation, ils y vivent dans des conditions de promiscuité déplorable et inconfortables du fait de manque des équipements médico-sanitaires nécessaires tels que les plateaux techniques, les services de soins et lits équivalents à leurs moyens financiers. Cette situation pose le problème d'inégalité d'accès aux services de santé²⁹².

En outre, le problème de manque des plateaux techniques de qualité dans les formations sanitaires des deux villes est lié à la vétusté des matériels sanitaires et d'une politique de maintenance déficitaire²⁹³. Ce dysfonctionnement des formations sanitaires est souligné par les travaux de Nguend Zacharie en des termes suivants :

La mauvaise distribution ou l'inopportunité de certains équipements dans des structures sanitaires ne remplissant pas les conditions d'utilisation optimales, avec notamment la vétusté du patrimoine sanitaire, l'insuffisance du personnel qualifié pour l'utilisation des équipements, des crédits et des pièces de rechange pour assurer la maintenance, et le manque de clarté en matière de partage des responsabilités dans la gestion des équipements entre le niveau central et la périphérie. Plusieurs structures sanitaires ne disposent pas de tous les équipements prévus pour leur niveau de services (appareil d'anesthésie, respirateur, électrocardiogramme, échographe, fauteuil dentaire avec fraiseuse, unité de radiologie, table de réanimation du nouveau-né)²⁹⁴.

Par ailleurs, la privatisation de matériels sanitaires constitue un déterminant qui impacte la santé des populations citadines. Elle se manifeste par la confiscation et l'usage de ces matériels des hôpitaux publics à des fins privées. À cet effet, certains personnels de santé interrogés ont dénoncé le fait que les matériels des hôpitaux publics tels que les appareils de laboratoire, climatiseurs, tables, chaises, télévisions, intrants, voitures et motos, se trouvent confisqués dans des structures privées de certains spécialistes et médecins des hôpitaux publics²⁹⁵. Il s'agit du détournement des matériels des hôpitaux publics pour des intérêts

²⁹¹ MINSANTE, « Profil sanitaire analytique 2016-Cameroun », OMS, 2016, p.32.

²⁹² *Ibid.*

²⁹³ Boniface Takoua, « Déviation des patients des formations sanitaires publiques vers le secteur hospitalier privé, Master en sociologie », Université de Yaoundé I, Juin 2019, p. 30.

²⁹⁴ Zacharie Nguend, « Inégalités sociales des dépenses de santé au Cameroun », Master professionnel en démographie, IFORD, Yaoundé, Novembre 2010, p.23.

²⁹⁵ BonifaceTakoua, « Déviation des patients des formations sanitaires publiques vers le secteur hospitalier privé », *op.cit.*, p.30.

individuels. À ce sujet, un responsable en service dans une formation sanitaire publique de Yaoundé confirme :

Il est connu de tous que l'un de nos chefs que je tais le nom, se sert toujours des matériels de cet hôpital public dans sa clinique privée basée à son domicile. Pendant que j'y étais en consultation privée, j'avais reconnu certaines chaises, tables et climatiseurs qui jadis appartenaient à notre hôpital là-bas. Il se sert également impunément du véhicule de cet hôpital pour le compte de sa clinique. Cette situation a créé le déficit du plateau technique²⁹⁶.

Si quelques-uns des spécialistes de santé des hôpitaux publics s'efforcent à remplir convenablement leurs obligations médicales pour sauver des vies, d'autres par contre, utilisent les matériels et le temps réservés pour le suivi des patients dans les structures publiques pour des affaires privées. Ces dernières concernent : L'usage des laboratoires des structures hospitalières publiques à des fins privées par certains agents de santé qui se font payer directement par les patients, l'usage des véhicules, des motos et des appareils d'échographie des services publics pour faire des consultations pour le compte des formations sanitaires privées parallèles. Cette confiscation des matériels des hôpitaux publics à des fins personnelles, constitue un handicap au suivi médical optimal des patients des FOSA publiques²⁹⁷.

3-Inaccessibilité des équipements de loisirs et de divertissement

Malgré les efforts faits par l'État du Cameroun pour réaliser des infrastructures sportives ces dernières années, elles ne sont pas toujours accessibles à tous. Elles sont réservées à l'organisation des championnats locaux et des compétitions internationales comme la dernière Coupe d'Afrique des Nations organisée par le Cameroun. La plupart d'espaces et d'équipements de loisirs ouverts au public dans les villes de Douala et de Yaoundé ont été arrangés par les municipalités, les mutuelles et les particuliers. En dehors des « Parcours Vita » de Yaoundé et de Douala, l'accès aux autres espaces de loisir y compris « le Bois Sainte Anastasie » de Warda à Yaoundé, est payant.

Cette insuffisance des infrastructures des loisirs et divertissements a poussé les jeunes des centres urbains à transformer les routes en terrain de basket et de football. Ceci, malgré les risques de se faire cogner par les véhicules avec lesquels ils partagent les mêmes voies publiques. Ce besoin en infrastructures de loisir et de divertissement est souvent plus exprimé

²⁹⁶Entretien réalisé avec un responsable en service dans une formation sanitaire à Yaoundé le 10/11/2021.

²⁹⁷ BonifaceTakoua, « Déviation des patients des formations sanitaires publiques vers le secteur hospitalier privé », *op.cit.*, p. 31.

par les citoyens pendant les vacances scolaires les fêtes nationales. Pendant ces périodes, les jeux divers installés par les personnels privés pour ces circonstances sont souvent très sollicités.

4-Insuffisance des toilettes publiques

Le Cameroun fournit beaucoup d'efforts en matière de promotion des services d'hygiène et d'assainissement. Avec la mise en œuvre de la stratégie nationale des déchets liquides²⁹⁸ et de la loi-cadre relative à la gestion de l'environnement²⁹⁹, l'insuffisance des lieux d'aisances et des systèmes d'assainissement demeure une réalité dans les services publics, privés et les lieux communs (marchés et gares de voyages, lieux de loisir et divertissement) . Les difficultés qui se posent ici portent sur l'accès aux toilettes publiques et le manque d'assainissement de celles-ci.

La rareté des lieux d'aisance dans les cités politique et économique est une réalité. Face à ce problème, les citoyens ont développé des stratégies alternatives de soulagement qui consistent à déféquer en pleine nature, dans des sacs plastiques, à proximité des habitations ou des cours d'eau³⁰⁰. Ces pratiques malsaines constituent des risques sanitaires et environnementaux en milieu urbain³⁰¹. Entre autres établissements qui sont dans cette situation, figurent³⁰² les structures publiques et privées telles que les Ministères, les établissements scolaires, les lieux publics marchands (gares routières, marchés, le long des axes urbains et les carrefours, etc.), les centres de santé (dispensaires, centre de santé primaire, cliniques publiques ou privées, etc.), les établissements de loisir et de divertissement (bars, restaurants, salles de jeu)³⁰³. Quand elles existent dans ces services, elles sont soit réservées aux chefs hiérarchiques, soit les conditions élémentaires d'hygiène et de salubrité, ne sont pas toujours réunies. Elles souffrent d'un manque criard d'entretien, de désinfectants, des papiers hygiéniques. Ce constat a également été fait par un responsable en service dans une Sous-Préfecture du Département du Mfoundi, qui déplore le manque des toilettes dans les services administratifs de Yaoundé en ces termes :

Nous avons une seule toilette fonctionnelle ici, elle est logée au bureau du Sous-Préfet. La deuxième toilette est abandonnée faute d'entretien. Mais comme tout le monde ne peut pas accéder au bureau du Sous-Préfet pour se mettre à l'aise, les

²⁹⁸ Stratégie Nationale d'Assainissement Liquide, Rapport Final, août 2011.

²⁹⁹ Loi n°96/12 du 5 août 1996 portant loi-cadre relative à la gestion de l'environnement.

³⁰⁰ Ramsés Abomo Akono, « Les Etats d'Afrique Subsaharienne à l'épreuve des toilettes publiques : entre crise d'accès, crise d'assainissement, risques et solutions », in *Revue Francophone du Développement Durable*, Hors-série, n°8, 2020, pp.33-50.

³⁰¹ Journée mondiale des toilettes, Le manque de toilettes tue ! 16 novembre 2012.

³⁰² Ramsés Abomo Akono, « Les Etats d'Afrique Subsaharienne à l'épreuve des toilettes publiques : entre crise d'accès, crise d'assainissement, risques et solutions », *op.cit.*, pp.33-50.

³⁰³ *Ibid.*

personnels sont souvent obligés de se débrouiller comme ils peuvent. Pareil pour les usagers. Ceux qui n'ont pas honte se mettent malheureusement à l'aise en plein air à proximité de nos services. Les moins courageux comme certaines femmes les font dans les plastiques pour les jeter par la suite dans la nature. Ces odeurs viennent souvent nous trouver ici au bureau et certains insectes comme les mouches, ne manquent pas de nous transmettre les maladies y relatives. Cette situation met permanemment notre santé en danger³⁰⁴.

Face à ce dysfonctionnement, il est courant de voir certains usagers développer des stratégies alternatives qui consistent à se mettre à l'aise dans la nature, à proximité des services, des habitations et des points d'eau. De telles actions, sont génératrices de graves risques sanitaires et environnementaux dans la mesure où les excréments abandonnés peuvent constituer des sources microbiennes. Ils facilitent le développement des vecteurs comme les mouches, les moustiques, les cafards qui peuvent à leur tour contaminer les aliments et les boissons destinées à la consommation. Ainsi, une eau ou aliment qui a été en contact avec ces vecteurs, s'infecte automatiquement et devient par conséquent un danger pour la santé humaine. À cet effet, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), fait le constat selon lequel un gramme de fèces abandonné peut contenir 10 millions de virus, un million de bactéries et mille kystes parasites³⁰⁵. Ce qui montre à quel point les excréments constituent des éléments dangereux pour le bien-être et la santé. Selon les travaux d'Abomo Akono Ramsés, ces défécations qui attirent les mouches connaissent les

Trois stades larvaires dans les excréta et les mélanges d'excréta et de matières végétales en décomposition. Un matériau consistant, humide, en cours de fermentation, est le mieux adapté à la reproduction de la mouche domestique, alors que la larve de la mouche à viande préfère des fèces plus liquides et peut d'ailleurs liquéfier de grandes quantités de matières fécales³⁰⁶.

Le fait que les excréments déposés dans la nature s'infiltrent dans les eaux souterraines, les lacs ou les rivières participe à la pollution et à la prolifération d'aiguës qui mobilisent l'oxygène disponible dans l'eau. Ce qui contribue à polluer les puits et les sources d'eau destinés à la consommation des populations urbaines.

La défécation en plein air dans un cadre urbanisé constitue une épreuve surtout pour les personnes de sexe féminin. Elle est une honte, une humiliation à la dignité humaine, à l'intimité,

³⁰⁴ Entretien réalisé avec un personnel en service dans une Sous-Préfecture à Yaoundé, le 11/11/2021.

³⁰⁵ UNICEF, De l'importance des toilettes : l'impact transformateur de l'élimination de la défécation en plein air, pourquoi la défécation en plein air est-elle un problème si grave ?

³⁰⁶ Ramsés Abomo Akono, « Les Etats d'Afrique Subsaharienne à l'épreuve des toilettes publiques : entre crise d'accès, crise d'assainissement, risques et solutions », *op.cit.*, pp. 33-50.

à la santé et au bien-être des citoyens³⁰⁷. Dans tous les pays du monde, la défécation est considérée comme un acte intime. Or, au Cameroun, lorsque les toilettes publiques et communautaires existent, elles ne sont pas toujours conçues d'une part pour les femmes et d'autre part pour les hommes. La conception ou la gestion de ces services d'hygiène, discrimine les personnes âgées, handicapées et de sexe féminin. Ce facteur entrave leur épanouissement, leur santé et leurs capacités de bénéficier de la vie publique. Or, en matière d'infrastructures, les besoins des hommes et des femmes diffèrent en raison des facteurs biologiques, comme la menstruation et la grossesse et des raisons sociales ou culturelles, comme la perception de « dignité » et de « pudeur ». Au Cameroun, les femmes sont plus que les hommes, chargées des soins des enfants, des personnes malades, des proches ou membres âgés de la communauté et des personnes handicapées. À cet effet, elles sont en outre plus sujettes au harcèlement et aux violences sexuelles que les hommes. Cette discrimination et violence dont sont victimes les femmes et les minorités en matière d'accès aux services d'assainissement a amené WSSCC en 2019 à faire remarquer qu'en Afrique Subsaharienne, plus particulièrement à Madagascar, au Niger, en RDC, au Tchad, au Togo et Botswana, il est très gênant, voire alarmant de voir une femme parcourir des centaines de mètres juste pour faire ses besoins ou pour accomplir un acte lié à son hygiène intime dans un coin isolé. Elles sont le plus souvent exposées à de graves risques d'agression sexuelle et à certains actes d'insécurité personnelle qui constituent un réel problème de santé publique³⁰⁸.

Ce problème d'accès au service d'hygiène et d'assainissement des toilettes publiques se pose également avec acuité en milieu scolaire et universitaire camerounais. Plusieurs apprenants des villes de Douala et de Yaoundé ont reconnu s'abstenir d'aller aux toilettes à l'école à cause du manque d'hygiène, d'intimité, et de sécurité. Ils jugent les toilettes peu accueillantes à cause du manque d'entretien. Ils citent notamment les problèmes des traces d'excréments, d'urine et la persistance des odeurs nauséabondes. Le problème de la vétusté et la déficience des équipements comme les robinets, les toilettes bouchées, les chasses eau et le sol se posent avec acuité. Certains se sont aussi plaints du manque des produits élémentaires

³⁰⁷Explication de Sue Coates, directrice exécutive par intérim du WSSCC, à l'occasion de la journée mondiale des toilettes célébrée chaque 19 novembre, au cours d'un entretien avec ONU Info, où elle présente les stratégies à adopter pour mettre fin à la défécation en pleine nature.

³⁰⁸ Journée mondiale des toilettes 2019, « Mettre fin à la défécation en plein air plutôt que dans les toilettes auront des 'avantages transformationnels' pour les personnes les plus vulnérables du monde, selon le conseil de concertation pour l'approvisionnement en eau et l'assainissement(WSSCC), l'organisme partenaire de l'ONU pour l'assainissement », Citée par Abomo Akono R., dans : « Les États d'Afrique Subsaharienne à l'épreuve des toilettes publiques : entre crise d'accès, crise d'assainissement, risques et solutions », in *Revue Francophone du Développement Durable*, Hors-série n°8, décembre, 2020, p.44.

d'hygiène tels que le savon, le désinfectant, les papiers hygiéniques et les essuie-mains. À ce sujet une élève rencontrée dans un lycée de Douala déclare que, « *je ne pars plus là-bas depuis le début de l'année. Ces toilettes sont dégoûtantes avec les mauvaises odeurs des cacas et des urines partout au sol. Il n'y a rien là-bas pour se nettoyer après les besoins. Je fais tous mes besoins à la maison le matin et je supporte encore pour les faire au retour*³⁰⁹ ». La mauvaise odeur ambiante dans les toilettes scolaires et universitaires est un facteur de prolifération d'agents biologiques pathogènes dont la dissémination peut être la cause de maladies infectieuses. Le manque d'hygiène et le refus de se soulager à l'école est à l'origine des infections urinaires, des maladies rénales, des constipations et le des problèmes gastriques. C'est ce qu'indique un gastro-entérologue en ces termes :

*le manque d'hygiène et le refus de se soulager dans les toilettes à l'école toute la journée peuvent créer chez les enfants des graves risques sanitaires comme les infections sexuelles, intestinales, urinaire et des reins. Cette situation est également à l'origine de diverses maladies gastriques et les constipations*³¹⁰.

Malgré les efforts fournis par les pouvoirs publics pour offrir aux citoyens les services sociaux de base élémentaires pour la promotion de leur bien-être général, les services sociaux élémentaires comme des logements décents, des structures sanitaires adéquates, des équipements de loisirs et des toilettes publiques demeurent toujours insuffisants en milieu urbain camerounais. Ces facteurs affectent la santé et le bien-être des populations dans les villes de Douala et Yaoundé. Ce qui constitue un obstacle au respect des droits de l'homme selon lesquels chaque individu a droit au logement décent et aux soins de santé appropriés.

C- Déterminants socioéconomiques de la santé

Il s'agit des facteurs liés aux conditions sociales et économiques dans lesquelles vivent les populations citadines et qui impactent la santé et leur bien-être général dans les villes de Douala et Yaoundé. Ils portent sur le statut social, le type de quartier, le type d'itinéraire thérapeutique des patients, la promiscuité et la pauvreté.

³⁰⁹ Entretien réalisé avec une élève dans un lycée de Douala, le 03/02/2022.

³¹⁰ Entretien réalisé avec un responsable en service dans une formation sanitaire à Douala, le 08/02/2022

1-Statut social des citadins

L'analyse des informations collectées dans les deux capitales du Cameroun, a permis de comprendre que le groupe social des chefs de ménage, influence sur sa capacité à payer les soins médicaux et le logement. En effet, le niveau de vie et les revenus sont fonction du groupe socioéconomique et déterminent par conséquent la capacité des ménages à supporter les dépenses des soins de santé et de logement. C'est ce que fait constater Raynaud en soulignant que, outre l'âge, le sexe et l'état de santé, les caractéristiques socioéconomiques et le bénéfice d'une assurance complémentaire influencent ou déterminent fortement sur la consommation des soins des individus³¹¹.

Pour ce qui est des pays en développement, les hauts responsables et les agents bénéficiant des bons traitements salariaux dans les structures règlementées disposent des avantages liés à la réglementation et bénéficient souvent de l'assurance maladie. Ce qui n'est pas le cas des personnes qui travaillent dans les structures non règlementées (secteur informel) et ceux n'exerçant aucune activité rémunératrice au Cameroun. Ces individus font face à des dépenses des soins plus élevés que leurs faibles revenus. Ce qui les oblige à recourir à des itinéraires thérapeutiques non recommandables et inappropriés. Cette situation ne leur permet pas de bénéficier d'une couverture sanitaire ou de se faire soigner dans les structures sanitaires de qualité. C'est ce qui a amené Nguend à affirmer que,

Au Cameroun, le partage du risque maladie reste embryonnaire. Dans ce domaine, l'on peut citer l'Assurance-maladie (privée) qui couvre moins de 1% de la population et quelques mutuelles de santé qui restent encore au stade expérimental. En effet, les soins de santé modernes sont toujours plus utilisés par les bénéficiaires de l'assurance maladie. En revanche, le recours à l'automédication est habituellement plus rare chez les assurés sociaux³¹².

Compte tenu de l'insuffisance des ressources, cette catégorie de personnes vit souvent dans le cadre de vie indécente ou malsaine favorables aux maladies. Elles font quotidiennement face aux énormes dépenses de santé qui les poussent à épuiser leurs ressources financières et à la dégradation de leur condition de vie, qui contribue davantage à leur appauvrissement. Les conclusions de l'enquête que nous avons menée dans certains quartiers anarchiques et indécents des villes de Yaoundé et de Douala comme Ngoa-Ekelle (Bonas), Mvog-Mbi, Bonaberi, Ndongbon, Grand Hangar, Brazzaville, Melen et Febé-Village, l'attestent. En effet, plusieurs chefs de ménage de ces quartiers exercent divers métiers. On peut citer entre autres, peintres,

³¹¹ Raynaud Denis, « Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire », in *Etudes et résultats*, n° 378, 2005, p.32.

³¹² Zacharie Nguend, « Inégalités sociales des dépenses de santé au Cameroun », *op.cit.*, p.36.

menuisiers, fonctionnaires de l'État, chefs de petites entreprises, employés des boulangeries et de cimenteries, chauffeurs, employés de bureau et de ménage. On y trouve aussi les infirmiers, enseignants du secondaire et du primaire, jeunes gens sans emplois ou emplois précaires, jeunes femmes vivant seules avec les enfants en charge, etc. Cette couche sociale confirme son incapacité à s'offrir des services de soins et de logement de qualité. Le choix de ce type de quartier est d'ailleurs conditionné par leur pauvreté.

Il apparaît clairement, de ce qui précède que la pauvreté reste la raison principale de la concentration des personnes dans des quartiers à habitat urbain insalubre. Les personnes qui travaillent dans le secteur informel se trouvent exclues de l'assurance maladie. Ce qui réduit leur accès aux soins de santé et au logement de qualité. Malheureusement, ces pauvres qui sont incapables de survenir aux besoins sociaux les plus élémentaires se soucient de moins en moins des questions de santé et de l'amélioration de leur cadre de vie. Alors que les riches (nantis) ont les moyens nécessaires d'aménager un cadre de vie confortable. À cet effet, les quartiers anarchiques deviennent de grands lieux de concentrations d'habitat où les pauvres vivent dans de pires conditions d'insalubrité au détriment de leur bien-être et santé. C'est ce qu'illustrent ces propos de Sall pour qui, « *les pauvres qui habitent les quartiers mal lotis des villes, en ayant le sentiment d'être rejetés par le pouvoir en place, développent une indifférence totale vis-à-vis de leur cadre de vie, instituant une forme de sanction muette à l'égard d'un système qu'on rejette à son tour*³¹³ ». Le statut socioéconomique des chefs de ménage est donc à l'origine de l'insalubrité dans l'habitat urbain anarchique³¹⁴. Sall affirme à propos que le groupe socioéconomique constitue une variable qui conditionne l'action essentielle des politiques du cadre de vie des populations³¹⁵.

2-Type de quartier des ménages

« *Sociologiquement, le quartier est une entité vivante à l'intérieur de la ville ; de ce fait, c'est aussi une réalité géographique. Il constitue un milieu de vie, d'activités, de relations. Il est perçu comme un environnement immédiat, plus familier que l'ensemble de la ville et, à plus forte raison, de l'agglomération*³¹⁶ ». Le quartier est donc une unité administrative étant donné que sa mise en place dépend d'un plan d'urbanisme et d'aménagement bien défini par les pouvoirs publics et que doivent respecter les populations urbaines. Dans le cas contraire, on

³¹³ Mohamadou Sall, « Perceptions des problèmes liés à l'environnement au sein d'une population africaine. Cas de la population de Yaoundé », Mémoire de diplôme d'étude démographique, IFORD, 1995, p. 85.

³¹⁴ Abbé Pierre, « L'habitat indigne, Cahier du mal-logement », Fondation Abbé Pierre, France, 2005, p. 25.

³¹⁵ Mohamadou Sall, « Perceptions des problèmes liés à l'environnement au sein d'une population africaine. Cas de la population de Yaoundé », *op.cit.*, p.111.

³¹⁶ *Ibid.*

parle de construction spontanée ou anarchique, parce que « *l'espace est envahi de manière "sauvage", chacun occupant le sol dans les limites de ses moyens économiques et suivant sa classe sociale*³¹⁷ ».

En outre, le quartier s'identifie par des caractéristiques socioéconomiques, écologiques, historiques et culturelles qui font transparaître le standing de chaque quartier en fonction de la classe sociale des citoyens. Le quartier est un élément qui permet d'établir la différenciation tant sur le plan socioéconomique que physique et réfère chaque citoyen à un statut social, économique et culturel. Ainsi, à chaque type de quartier, correspondent une architecture, un environnement, une esthétique et une armature urbains bien précis. C'est pour cette raison que Metzger estime que, le cadre de vie urbain est historiquement, spatialement et socialement différencié. Contrairement à ce l'on peut penser, en dehors des quartiers chics résidentiels, construits conformément aux normes du plan d'urbanisme, ils existent à Douala et Yaoundé, des quartiers bâtis de manière spontanée, du fait de l'état de paupérisation avancée et des conditions de vie précaires d'une catégorie de citoyens pauvres, en manque d'équipements individuels et collectifs³¹⁸.

Dans ces deux villes, les conditions d'hygiène, de salubrité et sanitaires, facteurs nécessaires pour le bien-être des populations varient en fonction des deux types de quartiers décrits ci-dessus. L'un des caractères importants de différenciation observé dans les cités économique et politique, est le regroupement ou l'entassement anarchique des logements dans les quartiers spontanés comme Bépanda, Makepe, Mboppi, Camp Yabassi à Douala ; Melen, Mvogada, Briquetrie, Fébé village, Mokolo à Yaoundé. Dans ces quartiers généralement sales, les risques de maladies et de mortalité sont très élevés. De ce fait, un responsable d'une formation sanitaire de la ville Yaoundé affirme que « *la plupart des patients victimes des maladies comme le paludisme, le choléra, la diarrhée nous viennent des quartiers spontanés, concentrés et insalubres où les règles d'hygiène, de salubrité et d'urbanisme sont de moins en moins respectées*³¹⁹ ». Ce constat est confirmé par Cantrelle quand il affirme que « *les risques sont plus élevés en habitat concentré qu'en habitat dispersé*³²⁰ ». Gubry ne dit pas autre chose en déclarant que « *certaines maladies parasitaires liées à l'eau ne sont pas spécifiques au milieu*

³¹⁷ Sethson Kassegne, « Environnement urbain et mortalité des enfants à Yaoundé et Douala (Cameroun) », Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées en Démographie (D.E.S.S. D), Institut de Formation et de Recherche Démographique, Université de Yaoundé II, 1999, p. 14.

³¹⁸ Pascale Metzger, « Contribution à la problématique de l'environnement urbain », in *Cahiers des Sciences Humaines*, Vol.29, n°1, Orstom, Quito, Equateur, 1994, pp.26-42.

³¹⁹ Entretien réalisé avec un responsable en service dans une formation sanitaire à Yaoundé, *op.cit.*

³²⁰ Pierre Cantrelle, *Mortalité et environnement*, Paris, Karthala, CEDED, 1999, p. 224.

urbain, mais se rencontrent plus fréquemment dans certains quartiers insalubres des villes et sont favorisées par les fortes densités des populations urbaines (amibiases, choléra, et diarrhée³²¹ ».

Contrairement aux quartiers spontanés, certains quartiers chics et résidentiels comme Bastos, Golf, Biyem-Assi à Yaoundé et Bonandjo, Akwa, Bonapriso à Douala qui sont construits selon les normes du plan d'urbanisme se sont approprié des pratiques de salubrité et d'hygiène appropriées. Ces quartiers généralement bien lotis et communément appelés « quartiers chics et de haut standing », bénéficient très régulièrement des services de ramassages des ordures (HYSACAM), des ouvrages d'évacuation des déchets solides et liquides malgré quelques défaillances et des équipements de qualité pour l'adduction d'eau et d'électricité. Ces types de quartier exposent moins ses habitants aux risques de maladies et de mortalité observés dans les quartiers où règne le désordre urbain.

Outre les réalités propres aux deux types de quartiers développés ci-dessus et qui sont les conséquences des politiques d'urbanisme et de santé publique mises en œuvre dans les villes de Douala et de Yaoundé, on observe l'évolution du phénomène de « l'installation anarchique » par des personnes nouvellement arrivées en ville, en quête d'une « vie meilleure »³²². Cette situation à l'origine du désordre urbain qui consiste à occuper tous les espaces libres par les nouveaux arrivants en ville, y compris les zones interdites de construction (zones humides, les bas-fonds et collines) et les voies publiques (infrastructures routières) n'est pas favorable à l'épanouissement des habitants. Car, un logement inapproprié est un facteur d'exposition aux intempéries³²³ qui sont à leur tour selon Masuy-Stroobant des vecteurs de transmission « *des maladies respiratoires, elles-mêmes susceptibles d'entraîner la mort*³²⁴ ».

En somme, la précarité des conditions de vie dans les zones urbaines et périurbaines, notamment dans les quartiers spontanés ou anarchiques des villes de Douala et de Yaoundé est fatale à la vie, à la santé et aux valeurs sociales et morales. La concentration ou l'entassement des quartiers en milieu urbain contribue au développement des graves risques sanitaires tels que les maladies respiratoires, la tuberculose, le choléra, la méningite et à d'autres infections.

³²¹ Patrick Gubry, *L'environnement urbain*, Paris, Karthala, CEPED, 1996, p. 278.

³²² Valentin Nga Ndongo, « Violence, délinquance et insécurité à Yaoundé », Information générale, Université de Yaoundé I, Cameroun, p. 8.

³²³ EMU, « Enquête sur la Mortalité infantile et Juvénile, Analyse descriptive de rapports entre quelques variables biologiques, démographiques et socioéconomiques et la mortalité infantile à Yaoundé », Vol 3, Tome 3, IFORD, 1988, P 109.

³²⁴ Godelieve Masuy-Stroobant, « Théories et schémas explicatifs de la mortalité des enfants : Analyse et synthèse, Causes et Conséquences des évolutions démographiques », in *Démographie*, Vol.2, CEPED, 1996, p. 201.

3-Itinéraire thérapeutique choisi

Comme nous l'avons souligné précédemment, le manque des moyens financiers « des démunis » réduit au strict minimum leur recours aux FOSA modernes dotées des plateaux techniques de qualité dans les villes de Douala et de Yaoundé. Ce faible niveau de revenus les oblige à privilégier des solutions alternatives telles que l'automédication, les pharmacies de la rue et la médecine traditionnelle³²⁵. Compte tenu des coûts très onéreux de la médecine moderne, les patients moins nantis financièrement préfèrent s'y rendre qu'en cas d'extrême gravité et d'urgence signalées. C'est pour éviter d'épuiser définitivement leurs faibles revenus qu'ils sont obligés de se comporter ainsi. Les travaux réalisés au Cameroun en 2005 par Commeyra et Ndo, illustrent cette situation en indiquant que pendant que les patients qui recourent à la médecine moderne dépensent 9500 FCFA pour l'achat des médicaments, ceux qui se réfèrent à l'automédication moderne déboursent 1100 FCFA pour les mêmes médicaments, alors que ceux qui choisissent de référer à l'automédication traditionnelle paient 440 FCFA³²⁶. Bien que ces deux derniers itinéraires thérapeutiques soient peu recommandés, ils restent sollicités par les pauvres du fait de la modicité de leurs moyens. Il est donc évident que les dépenses en matière de services de santé soient plus faibles chez les patients moins nantis financièrement que chez ceux qui se réfèrent à la médecine moderne au plateau technique riche.

En somme, en matière du recours aux services de santé, les moins nantis se distinguent des plus nantis. Ces derniers fréquentent plus les formations sanitaires modernes de qualité (cliniques privées et les hôpitaux publics de référence) en milieu urbain camerounais. Les subventions et les soutiens (assurances maladie et les évacuations sanitaires) de l'État aux ménages en faveur de la santé bénéficient plus aux riches qu'aux pauvres dans ces deux villes. Il y existe une prédominance des riches parmi les patients hospitalisés dans les structures sanitaires publiques et privées de qualité. C'est ce qu'indiquent les enquêtes camerounaises menées auprès des ménages par l'INS en 2008 en soulignant que les pauvres ont plus recours à l'automédication et à la médecine traditionnelle plus que les riches, car les coûts des soins de santé y sont moins élevés que ceux des services de santé moderne. Ainsi les ménages

³²⁵ Institut National de la Statistique (INS), Rapport principal, « Enquête Camerounaise Auprès des Ménages » (ECAM), 2008, p.190.

³²⁶ Christophe Commeyras & Jean Rolin Ndo, « Etude de l'accessibilité et des déterminants de recours aux soins et aux médicaments au Cameroun », in *cahiers d'études et de recherches francophones*, Vol.15, 2005, pp.161-166

relativement aisés bénéficient plus d'avantages des formations sanitaires onéreuses que les pauvres³²⁷.

4-Promiscuité

Tout comme les autres grandes villes africaines, Yaoundé et Douala connaissent une urbanisation rapide, caractérisée par une forte croissance démographique en inadéquation avec les capacités d'aménagement urbain. Malheureusement, cette croissance rapide s'accompagne inéluctablement d'une kyrielle de problèmes auxquels les pouvoirs publics peinent à trouver des solutions. C'est pourquoi les nouveaux arrivants en ville font souvent face au manque de services sociaux de base et d'infrastructures les plus élémentaires à l'instar des logements décents pour les accueillir. Cette situation a favorisé le développement d'un paysage urbain très atypique, dominé de plus en plus par le phénomène de concentration des personnes dans les mêmes maisons ou chambres. De cette promiscuité, il en résulte une expansion de l'habitat insalubre qui expose les populations concernées aux maladies respiratoires et diarrhéiques. D'où la nécessité de veiller au respect de l'adéquation entre les politiques sanitaires et d'urbanisme par l'appropriation de l'approche « HIAP ».

Selon certaines données, la taille du ménage impacte l'état de santé des individus. Cette thèse est confirmée par Richard Dakam Ngatcho, pour qui la concentration des personnes dans une même maison ou chambre est favorable au développement de graves risques de contamination des maladies contagieuses³²⁸. Ces risques sont liés aux diverses pratiques malsaines dépourvues des règles élémentaires d'hygiène qu'exercent les membres d'une grande famille sur les vivres (nourritures et eau). Ce qui facilite la transmission des maladies surtout chez les enfants, dans un contexte de solidarité mécanique où les individus se partagent tout et se frottent (se touchent) au quotidien. Pour ce faire, Dakam confirme qu'*« il n y a pas de doute qu'une maison surpeuplée favorise la propagation des maladies contagieuses³²⁹ »*. Les conséquences d'une telle cohabitation sont également relevées par Gubry qui laisse entendre que *« certaines maladies virales ou bactériennes sont directement liées à la promiscuité (tuberculose en association avec le sida, grippe, méningite³³⁰ »*.

³²⁷ Christophe Commeyras & Jean Rolin Ndo, « Étude de l'accessibilité et des déterminants de recours aux soins et aux médicaments au Cameroun », in *cahiers d'études et de recherches francophones, op.cit.*

³²⁸ Richard Dakam Ngatchou, « Causes et déterminants de la mortalité des enfants de moins de cinq ans en Afrique tropicale », Thèse de doctorat en démographie, Université de Paris I, Panthéon Sorbonne, 1987, p.448.

³²⁹ Richard Dakam Ngatchou, « La mortalité juvénile en Afrique tropicale », Mémoire de recherche, Université de Yaoundé II, IFORD, 1981, p.140.

³³⁰ Patrick Gubry, « L'environnement urbain », *op.cit.*, p.279.

Contrairement à ce qu'on pourrait penser, on retrouve des situations de promiscuité même dans des familles des quartiers administratifs et résidentiels structurés comme Bonandjo à Douala et Bastos à Yaoundé. Maggie Black illustre ce phénomène en prenant l'exemple des villes de Lagos, Bomabay et de Port-au-Prince : « *trois quarts des habitants de Lagos logent dans une seule pièce ; à Bombay et à Port-au-Prince. Les familles se partagent des cabanes et doivent dormir à tour de rôle (. . .). Parmi les plus mal lotis, un enfant sur quatre meurt avant l'âge de cinq ans de maladies dues à la malnutrition et à l'hygiène publique insuffisante*³³¹ ».

La concentration des individus dans une seule maison et chambre, du fait de l'insuffisance de logements dans les zones urbaines, les expose à de graves risques sanitaires et par conséquent, à la mortalité. Elle est un facteur de développement des maladies contagieuses comme la tuberculose, la COVID-19, le choléra et d'autres infections. Comme le souligne Rayaud, à partir de six personnes dans le ménage, la probabilité de consommation des soins diminue fortement. Les dépenses de santé sont donc plus faibles pour les familles nombreuses³³². Ce déterminant qui impacte la santé des populations urbaines ne relève pas du secteur de la santé. A cet effet, l'amélioration de la santé de ces populations urbaines nécessite une intervention inclusive des pouvoirs publics à tous les niveaux, des services de santé, d'habitat (logement), de l'environnement, des milieux d'affaires, des groupes religieux, des institutions sociales, des partenaires techniques et financiers et des ONG concernés par les questions de santé urbaine.

5-Pauvreté

Les changements escomptés par les pouvoirs publics camerounais au niveau social et sanitaire en termes d'accessibilité aux biens sociaux, notamment aux soins de santé et aux logements, ne sont pas effectifs³³³. D'ailleurs, les résultats de l'enquête effectuée par l'INS sur l'emploi et le secteur informel au Cameroun³³⁴, ainsi que le rapport du PNUD sur le développement humain³³⁵, les institutions internationales à l'instar de la Banque Mondiale (BM) et le Fond Monétaire International (FMI) continuent à mettre un point d'honneur sur la notion de croissance au profit des pauvres comme un objectif important dans les politiques de

³³¹ Maggie Black, « Préserver l'environnement : les enfants comme unité de valeur », *op.cit.*, p.1.

³³² Rayaud Denis, « Les déterminants individuels des dépenses de santé », n°182, 2002, p.18.

³³³ INS, « Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples (EDS-MICS) », Calverton: Institut National de la Statistique/ICF International en 2011, 2012b, pp.3-4.

³³⁴ INS, « Deuxième enquête sur l'emploi et le secteur informel au Cameroun (EESI 2) », Yaoundé, Institut national de la statistique. Distorsion et mobilité sur le marché du travail. Yaoundé : Institut national de la statistique, 2012a.

³³⁵ PNUD, « Pérenniser le progrès humain : réduire les vulnérabilités et renforcer la résilience », Rapport sur le développement humain, New York, 2014.

développement du Cameroun. À cet effet, les enquêtes faites en 2013 par l'INS révèlent que près de la moitié des camerounais vivent encore sous le seuil de la pauvreté³³⁶. Le Bureau de la représentation de l'OMS au Cameroun va plus loin en établissant le lien étroit entre la pauvreté et la santé. Pour lui, le profil de la pauvreté constitue « *un facteur qui contribue à aggraver la morbidité et la mortalité liées aux maladies. Il est aussi un facteur limitatif pour l'accès équitable aux soins de santé*³³⁷ ». Par ailleurs, l'OMS considère la pauvreté comme étant la maladie pour laquelle il faut rechercher le traitement. C'est pour cette raison que les personnes en situation de pauvreté se trouvent dans l'obligation de recourir à l'automédication.

Il est donc établi que la pauvreté et la maladie vont de pair. C'est pour cette raison que les pays dits développés sont de plus en plus sollicités par les pays pauvres en cas de maladie compliquée et grave. Cette situation n'a pas échappé à Wagstaff. Pour ce dernier, la pauvreté et la santé vont de pair. C'est dans cette perspective qu'il souligne qu'en termes de la qualité de services de santé, les FOSA des pays riches sont plus efficaces que celles des pays pauvres. Et dans ces mêmes pays, les citoyens riches se portent mieux que ceux des pays pauvres³³⁸. Ce constat montre l'existence d'un lien étroit entre la pauvreté et la santé. Plus on est riche, mieux on peut se faire soigner.

Dans les villes de Douala et de Yaoundé, la pauvreté impacte négativement la santé et le bien-être des populations. Ceci est lisible à travers les facteurs qui interviennent au niveau des ménages tels que le faible niveau de revenu, l'analphabétisme surtout parmi les couches vulnérables (les handicapés, les enfants de la rue et les femmes), la taille du ménage et les facteurs communautaires (la localisation spatiale, les dotations en infrastructures, les normes socioculturelles et les traditions, l'accès à l'eau potable et au logement décent, les conditions sanitaires et les pratiques de soins³³⁹). Mais, en retour, la mauvaise santé conduit à la pauvreté monétaire dans la mesure où elle permet d'amoindrir les revenus des ménages, faute de force nécessaire pour travailler et gagner de l'argent. Cet amoindrissement des revenus est lié aux diverses dépenses de santé souvent très élevées effectuées par des ménages en quête de guérison. Avec, les nouvelles augmentations des prix des services de santé, les dépenses individuelles de santé poussent dorénavant, chaque année avec 100 millions de personnes sous le seuil de

³³⁶ INS, Annuaire statistique du Cameroun, Recueil des séries d'informations statistiques sur les activités économiques, sociales, politiques et culturelles du pays jusqu'en 2013. Yaoundé, 2013.

³³⁷ Bureau de la Représentation de l'OMS à Yaoundé-Cameroun, « 50 ans de coopération Cameroun-OMS », Rapport annuel 2012.

³³⁸ Wagstaff Adam, « Pauvreté et inégalités dans le secteur de la santé », in *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé*, n° 7, 2002, p. 97.

³³⁹ Zacharie Nguend, « Inégalités sociales des dépenses de santé au Cameroun », *op.cit.*, p. 1.

pauvreté³⁴⁰. Allant dans la même lancée, Wagstaff précise que, « *La pauvreté contribue à une mauvaise santé, et une mauvaise santé ancre les populations dans la pauvreté. Mais une meilleure santé permet aux personnes de travailler pour sortir de leur pauvreté, mais aussi de dépenser les revenus de ménages dans d'autres choses que les soins pour soigner leur maladie*³⁴¹ ».

L'auteur précédent va plus loin en s'indignant face à ces coûts très élevés des sévices de santé qui plongent au quotidien les ménages les plus démunis dans une extrême paupérisation dans les pays sous-développés en ces termes : « *Les coûts de santé ne devraient pas conduire les ménages appauvris à sombrer encore plus profondément dans la pauvreté*³⁴² ».

Il se dégage du précédent constat que dans la plupart des pays africains, les dépenses de santé souvent très élevées sont en majorité assurées par les ménages et non par les pouvoirs publics. Ces dépenses de santé sont facilement assumées par des ménages aisés (riches). Cependant, elles sont difficiles, voire impossibles à être assumées par des ménages modestes (pauvres). C'est pourquoi, les coûts très élevés de santé assumés par des ménages aux revenus modestes, sont des facteurs qui aggravent les inégalités sociales, rendant ainsi inaccessibles les soins de santé de qualité aux couches les plus vulnérables.

Comme la plupart des pays de l'Afrique subsaharienne, cette situation n'a pas épargné le Cameroun surtout ses villes de Douala et de Yaoundé. En effet, ce pays a connu de 1987 à 1994, une crise économique qui a contribué à déséquilibrer les ménages non seulement sur le plan macro-économique et financier, mais aussi à l'effondrement de leurs revenus et à la détérioration des conditions, ainsi que leur cadre de vie. Selon les résultats de l'enquête effectuée par l'INS auprès des ménages au Cameroun en 2008, les efforts fournis par le gouvernement ont permis de faire reculer la pauvreté monétaire de treize points entre 1996 et 2001 (soit 53,3% en 1996 contre 40,2% en 2001) et la situation est restée stable sur la période de 2001 à 2007³⁴³. Cependant, la situation de pauvreté reste très mitigée en milieu urbain avec notamment l'augmentation des prix des biens et des produits sanitaires essentiels qui ne sont pas toujours accompagnés de l'augmentation des salaires des employés des secteurs public et privé.

³⁴⁰ OCDE, Eco-Santé, 2006, consulté en ligne sur www.ecosante.fr, le 11/09/2022.

³⁴¹ Wagstaff Adam, « Pauvreté et inégalités dans le secteur de la santé », *op.cit.*, p.97.

³⁴² *Ibid.*

³⁴³ INS, Rapport principal, « Enquête Camerounaise Auprès des Ménages », *op.cit.*, p.190.

La pauvreté est également l'outil par excellence de l'exclusion sociale au Cameroun, car les lieux de résidence et l'accès à l'entrée dans la plupart des grandes écoles sont fonction de capacités financières³⁴⁴. Dans les deux capitales comme dans toutes les autres villes camerounaises, l'augmentation des prix de certains biens essentiels et de produits sanitaires ainsi que l'instauration de la « non gratuité » des soins de santé dans les services publics ont aussi contribué à appauvrir les ménages. C'est dans cette optique que l'INS relevait en 2008 qu'entre 1985 et 2000, les dépenses des services de santé dans le budget des ménages a connu une augmentation de 70%³⁴⁵. Ce qui crée de fortes inégalités suivant le niveau de vie. Les dépenses moyennes annuelles pour la santé effectuées par les personnes issues des familles riches sont quatre fois plus que celles issues des familles pauvres, soit respectivement 18 311 FCFA et 4 431 FCFA³⁴⁶.

La diversité des problèmes de santé liés aux conditions sociales et économiques telles que le statut social, le type de quartier, le type d'itinéraire thérapeutique des patients, la promiscuité et la pauvreté qui affectent la santé des populations des villes de Douala et Yaoundé, témoigne de l'incapacité des pouvoirs publics camerounais à réduire ces inégalités dans le but de promouvoir l'égalité en santé urbaine.

D-Déterminants individuels

Ces facteurs sont provoqués par des actions menées individuellement par certains citoyens à l'instar de la consommation du tabac et d'alcool qui nuisent leur santé.

1-Tabagisme

Les experts des questions de santé sont unanimes sur le fait que la consommation du tabac nuit gravement à la santé. Par conséquent toute personne qui se livre à la consommation de ce produit dangereux toute sa vie peut voir son espérance de vie se réduire et par conséquent, mourir prématurément. Selon la Coalition Camerounaise contre le Tabac (C3T), « 6,4% d'élèves ont reçu des cigarettes gratuites des représentants de compagnies de tabac. En milieu scolaire, 44% d'élèves ont déjà eu un premier contact avec le tabac³⁴⁷ ». D'après l'OMS, l'âge moyen de la consommation de la première cigarette au Cameroun est de 14 ans. Beaucoup de jeunes sont sous l'emprise de la cigarette au point d'en consommer dans les espaces réservés au public

³⁴⁴ Avant les réformes universitaires de 1992, les pouvoirs publics camerounais accordaient des bourses d'études scolaires à tous jeunes méritant. Après ces réformes, les jeunes issus des familles défavorisées, après l'obtention du Baccalauréat, doivent de battre au pays ou abandonner l'école.

³⁴⁵ INS, Rapport principal, « Enquête Camerounaise Auprès des Ménages », *op.cit.*, p.190.

³⁴⁶ *Ibid.*

³⁴⁷ Paul Martin Jonas Kana, *Des politiques de santé au Cameroun : des obstacles à la nécessaire coordination*, *op.cit.*, p. 67.

(restaurants, bars, véhicules communs), à cause du manque d'application de loi interdisant de fumer en public. La consommation de ce produit nocif, génère des conséquences désastreuses sur la santé. Ce danger est rappelé par Kana Paul, en ces termes : « *deux tiers des maladies cardiovasculaires sont liés au tabagisme passif. Chaque année, l'exposition au tabagisme passif est responsable de plus de 69 600.000 décès prématurés*³⁴⁸ ». Pourtant, la réglementation en vigueur au Cameroun, interdit de fumer dans les lieux publics et de faire la publicité du tabac. L'indication selon laquelle « le tabac nuit gravement à la santé du fumeur portée en français et en anglais sur les paquets de cigarettes au Cameroun, est révélatrice des risques que courent les fumeurs de cigarettes et leur entourage.

2-Alcoolisme

« Même Jésus a transformé l'eau en vins » ; « tu es un enfant pour boire le jus » ; « tu bois, tu meurs, tu ne bois pas, tu meurs » ; « l'alcool noie les soucis » ; « je prends une avec les amis ne me dérange surtout pas », « on ne vit pas deux fois », « je prends une perfusion ». Telles sont les expressions communes auxquelles les ivrognes recourent à Yaoundé et Douala pour justifier la grande quantité d'alcool qu'ils ingurgitent au quotidien. La consommation d'alcool est devenue une mode et une passion pour beaucoup de citadins, au point où certains élisent domicile dans des bars. Plusieurs débits de boissons portent de noms qui dénotent de la passion et du degré d'addiction des Camerounais pour ce liquide. C'est le cas de « vivons vivant », « boivement », « retrouvaille », « ça sort comme ça sort », « perfusion », « fiesta », « loisir plus », « ambiance », « vivons vivants ». La consommation des guiness, 33, kadjis, origins, catels, amstels, beauforts, kitoko, lion d'or, whiskis, vins, champagnes, odontol, est l'une des activités préférées de certains citadins, au point où de nombreux bars s'ouvrent au quotidien en violation de la réglementation de 1990. Cette dernière interdit l'ouverture des débits de boissons à moins de deux cents mètres d'un autre débit de boissons, des structures sanitaires et scolaires. Les endroits chauds comme Carrefour Obili, Biyem-Assi lac, les proximités de l'Université de Yaoundé I, Monté Jouvence, carrefour Nsam, les enceintes des écoles primaires et collèges sont des exemples de cette violation où apprenants et enseignants cohabitent au quotidien avec l'alcool. Allant dans le même sens, Charles Ateba Eyene affirmait que « *l'ivresse publique semble de moins en moins être un délit au Cameroun où des citoyens y compris les plus jeunes*

³⁴⁸Paul Martin Jonas Kana, *Des politiques de santé au Cameroun : des obstacles à la nécessaire coordination*, op.cit., p. 67.

se livrent à la consommation inquiétante de la bière³⁴⁹ ». L'abondance des clients en ces lieux, de lundi à dimanche constitue une autre preuve d'attachement des citoyens à l'alcool. C'est à se demander si certains camerounais vivent encore dans leur résidence.

Les journées mondiales de la femme et de l'enseignant, sont des occasions d'exhibition de la capacité de la femme à défier son conjoint en consommant de la bière. Kana Paul Martin souligne à cet effet que,

La journée de l'enseignant se résume à des défilés qui se terminent autour d'une table de bières. Même refrain pour la fête du Travail qui donne l'occasion à l'employé de se défouler devant son patron et d'en profiter pour consommer autant de bouteilles que son corps peut accepter. Tant pis pour ses conditions de travail et de son salaire. Les fêtes réussies au Cameroun aujourd'hui sont celles où la bière coule à flots. Aussi, entend-on souvent dire, nous avons bu beaucoup de bière à cette fête. Ce fut un succès total. Et les Camerounais aiment désormais ça ». Et les fêtes de fin d'année sont la période de tous les abus : « Après le 25 décembre ou le premier janvier, bref après les fêtes de fin d'année, il n'y a quasiment pas d'hôpitaux où l'on n'enregistre pas des cas d'accidents dus à l'ivresse de quelques consommateurs intraitables d'alcool³⁵⁰.

Ateba Eyene, révèle que les camerounais ont consommé en 2012 en moyenne deux millions de litres de bière par jour, ce qui équivaut à plus de six cent cinquante millions de litres de bière en un an, au point d'être classé premier pays consommateur de la bière en Afrique et deuxième du monde après la Pologne³⁵¹. Cette abondante consommation d'alcool n'est pas sans conséquences sanitaires sur les populations citadines. Selon un personnel médical,

Elle détériore la santé en agressant les muqueuses ; provoque la cirrhose ; entraîne la confusion mentale, la perte de la mémoire, la somnolence, la torpeur, l'affaiblissement des capacités physiques, mentales et la maîtrise de soi, l'insouciance, les troubles de caractère, l'irritabilité, la baisse des facultés intellectuelles et des capacités d'attention, les délires chroniques ou phénomènes de démence, aliène la population active, augmente le taux de morbidité des consommateurs, dépouille le pays de ses forces productrices et perpétue le sous-développement³⁵².

Si on peut admettre avec le constat qui précède que la consommation d'alcool de du tabac constitue des facteurs individuels qui nuisent gravement à la santé humaine à Yaoundé et Douala, il n'en demeure pas moins que ces facteurs soient encouragés par les pouvoirs publics

³⁴⁹ Charles Ateba Eyene, *Crimes rituels, loges, sectes, pouvoirs, drogues et alcool au Cameroun : les réponses citoyennes et les armes du combat*, Yaoundé, Edition Saint-Paul, 2013.

³⁵⁰ Paul Martin Jonas Kana, *Des politiques de santé au Cameroun : des obstacles à la nécessaire coordination*, op.cit., p.66.

³⁵¹ Charles Ayene Eyene, *Crimes rituels, loges, sectes, pouvoirs, drogues et alcool au Cameroun : les réponses citoyennes et les armes du combat*, op.cit.

³⁵² Entretien réalisé avec un responsable d'une formation sanitaire privée à Yaoundé, le 21/10/2021.

camerounais qui refusent d'appliquer scrupuleusement la réglementation de 1990 sur la gestion des débits de boissons qui constituent des établissements où ces produits nocifs sont les plus consommés. L'attitude complice des autorités qui laissent les populations consommer le tabac qu'elles reconnaissent pourtant dangereux pour la santé, est à revoir si on veut promouvoir les questions de santé.

E- Inégalités socioéconomiques et politiques

Selon la constitution de l'OMS adoptée en 1946, « *la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale*³⁵³ ». Malgré les efforts fournis par les pouvoirs publics pour doter le Cameroun d'un système de santé et des logements décents dans le but d'améliorer l'espérance de vie et l'état de santé des populations, ces efforts n'ont pas permis à l'ensemble des citoyens de profiter de manière équitable des services de soins et des logements de qualité. Étant donné que le problème d'équité en santé n'épargne aucune ville³⁵⁴, les inégalités sociales de santé ont tendance à se creuser au Cameroun, et elles sont très importantes dans les villes de Douala et de Yaoundé. On appelle Inégalités Sociales de Santé (ISS) « *toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale*³⁵⁵ ».

Dans ces deux capitales, les familles au revenu plus faible sont celles qui ont le plus grand risque de rencontrer des difficultés de santé et d'accéder au logement décent. Elles accèdent moins facilement aux services sociaux par rapport aux plus nantis. À ce sujet, Frohlich et al. rappellent que les disparités entre les mieux et moins bien nantis au niveau de la santé sont aujourd'hui reconnues sous l'appellation inégalités sociales de santé³⁵⁶. Ainsi, les besoins de santé sont inégalitaires et par conséquent, l'accès aux soins de santé est aussi marqué par de nombreuses inégalités. Bien que ces deux villes soient dotées d'infrastructures sanitaires de référence, il faut cependant reconnaître que nombre de citoyens de Douala et Yaoundé vivent encore dans des quartiers précaires ou non planifiés du fait de leurs conditions de paupérisation avancée. Ils y construisent et bricolent des offres de soins qui leur permettent juste de « rester

³⁵³ Préambule de Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de 1946

³⁵⁴ Mélisa Audet, « Inégalités sociales de santé et pratiques préventives de femmes ménopausées considérées en surpoids : l'influence des conditions d'existence », Doctorat en gérontologie, présentée à la Faculté des lettres et sciences humaines en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.) à l'Université de Sherbrooke, en Septembre 2016, pp.50-51.

³⁵⁵ Anne Guichard & Louise Potvin, « Pourquoi s'intéresser aux inégalités sociales de santé ? », in Potvin Luise, La réduction des inégalités sociales de santé : un objectif prioritaire des systèmes de santé, Saint Denis, 2010.

³⁵⁶ Katherine Frohlich & Louise Potvin, "Transcending the known in public health practice: the inequality paradox: the population approach and vulnerable populations", in *Public Health*, Vol.98, n° 2, 2008, pp. 216-221.

debout » comme le dirait le sociologue Ela. Ces « bricolages » thérapeutiques organisés par les soignants « d'en bas » rendent compte de nombreuses inégalités qui se dissimulent dans le champ sanitaire de ces deux villes³⁵⁷.

Pour la plupart d'informateurs rencontrés dans ces capitales, l'accès aux services de soins est déterminé par des conditions économiques et sociales. C'est ce que tente de relever ce sociologue qui affirme que : « *Les services de soins dans nos villes sont à deux vitesses. Les formations sanitaires de référence et de luxe, comme le Jourdain et la Cathédrale et l'hôpital de la Caisse à Yaoundé, sont réservées aux grands de ce pays. Les pauvres sont déversés dans les CMA et les pharmacies clandestines de la rue*³⁵⁸ ». ».

Aiach et Baumann³⁵⁹; Marmot³⁶⁰; Pampalon, Hamel et Gamache³⁶¹, et même l'OMS³⁶², reconnaissent de manière unanime les inégalités sociales de santé comme les conséquences des écarts socioéconomique entre les individus et qui impactent leur bien-être sanitaire. A cet, le sociologue français Pierre Aiach rappelle que les inégalités sont « *le produit final des autres inégalités sociales, qu'elles soient de nature matérielle ou culturelle*³⁶³ ». Ces inégalités constituent des risques très graves pour la santé et le bien-être général. Car, des conditions socioéconomiques défavorables affectent la santé tout au long de la vie. Ceux qui sont au plus bas de l'échelle sociale (pauvres) comme certains habitants des quartiers Fébé village, Grand Hangar et les agents de l'État qui n'ont que le SMIC sont au moins deux fois plus exposés aux risques de maladies graves et au décès prématuré que ceux qui sont en haut de l'échelle. Entre ces deux extrêmes, il existe une variation continue de l'état de santé en fonction du niveau social. Ainsi, même les employés de bureau subalternes sont plus victimes de maladies et de décès prématurés que leurs collègues investis de responsabilités et avantages plus importants. La plupart des maladies et des causes de décès en milieu urbain, sont plus fréquentes au bas de la hiérarchie sociale. Cet écart social sur le plan de la santé est dû aux mauvaises conditions

³⁵⁷Blaise Nguendo-Yongsi, Trish Muzenda, Yves Bertrand Djouda Feudjio, Daline Nora Kenfack Momo et Tolu Oni, « Intersectoral collaboration for healthier human settlements: perceptions and experiences from stakeholders in Douala, Cameroon », *op.cit.*, pp.602-615.

³⁵⁸ Entretien réalisé avec un sociologue à Douala, le 08/03/2022.

³⁵⁹ Pierre Aiach & Michèle Baumann, "Prevention and reduction of health inequities: a difficult conciliation", in *Global health promotion*, Vol.17, n°1, 2010, pp 95-98.

³⁶⁰ Micheal Marmot, "The Status Syndrome, How social standing affects our health and longevity", New York, Vol.1, n°4, 2004, pp.150-154.

³⁶¹Robert Pampalon, Denis Hamel & Philippe Gamache" Health inequalities in urban and rural Canada: comparing inequalities in survival according to an individual and areabased deprivation index", in *Health Place*, Vol.16, n°2, 2010, pp.416-420.

³⁶² OMS, « Comblent le fossé : De la politique à l'action sur les déterminants sociaux de la santé. Tous pour l'équité, Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé », Rio de Janeiro, Brésil, 2011.

³⁶³Pierre Aiach & Michèle Baumann, "Prevention and reduction of health inequities: a difficult conciliation", *op.cit.*, p.95.

matérielles, à l'insécurité, à l'anxiété et au manque d'insertion sociale. Les conditions défavorables sont multiformes, et peuvent être absolues ou relatives.

Dans les villes de Douala et Yaoundé, les inégalités sociales résultent par exemple du manque de patrimoine familial et d'instruction, d'une situation d'emploi bloquée, de la précarité de l'emploi, de mauvaises conditions de logement ou de circonstances qui rendent difficile l'encadrement des enfants. L'accumulation de ces conditions défavorables constitue des risques de maladies physique et mentale qui impactent négativement la qualité de vie des citoyens³⁶⁴. Car, plus les gens vivent longtemps dans des conditions économiques et sociales stressantes, plus l'usure physiologique est grande, et moins elles ont de chances de vivre une vieillesse en bonne santé. Au regard des dangers que représentent les inégalités de santé pour l'humanité, la charte des Nations Unies, issue de la première Conférence internationale pour la promotion de la santé organisée à Ottawa en 1986, appelle à l'engagement de tous les participants à « *combler les écarts de niveau de santé dans les sociétés et à lutter contre les inégalités produites dans ce domaine par les règles et pratiques des sociétés* »³⁶⁵.

La communauté scientifique n'est pas en reste. Après la charte d'Ottawa sur la promotion de la santé et la réduction des inégalités sociales de santé, une abondante littérature a été produite à cet égard. Les auteurs comme Adler et Rehkopf³⁶⁶; Aiach et Baumann³⁶⁷; Bleich et al³⁶⁸ et Marmot³⁶⁹, considèrent et dénoncent, les inégalités de santé comme des conditions d'injustice et d'iniquité qui peuvent pourtant être prévenues par la mise en œuvre de l'action de collaboration intersectorielle en faveur de la promotion des questions de santé dans tous les secteurs. Cet acte de conscientisation, mené par la communauté scientifique vise à prévenir et à minimiser les effets négatifs des inégalités sociales de la santé sur les couches vulnérables.

F-Insécurité

L'insécurité qui règne au Cameroun freine la participation des citoyens au développement et hypothèque l'idéal de la promotion des questions de santé et de bien-être annoncé par les pouvoirs publics. Les centres urbains de Douala et de Yaoundé n'échappent pas

³⁶⁴ Mélisa Audet, « Inégalités sociales de santé et pratiques préventives de femmes ménopausées considérées en surpoids : l'influence des conditions d'existence », *op.cit.*, pp. 50-51

³⁶⁵ WHO, Charte d'Ottawa : « Pour la promotion de la Santé », 1986, p.4.

³⁶⁶ Nancy Adler & David Rehkopf, "Disparities in health: descriptions, causes, and mechanisms", in *Annual Review of Public Health*, Vol.29, 2008, pp.235-252.

³⁶⁷ Pierre Aiach & Michèle Baumann, "Prevention and reduction of health inequities: a difficult conciliation", *op.cit.*, pp 95-98.

³⁶⁸ Sara Bleich, Marian Jarlenski, Caryn Bell, & Thomas LaVeist, "Health inequalities: trends, progress, and policy", in *Annual Reviews in Public Health*, Vol.33, 2012, pp.7-40.

³⁶⁹ Michael Marmot, "The Status Syndrome. How social standing affects our health and longevity", *op.cit.*

à cette réalité. L'insécurité a connu une augmentation exponentielle ces dernières années avec des victimes qui se multiplient. On assiste chaque heure, voire à chaque minute à des actes de petite et de grande délinquance³⁷⁰ comme le souligne Valentin Nga Ndong. L'insuffisance des dispositifs sécuritaires est aussi présentée par certains informateurs comme principaux facteurs de la recrudescence de ces actes d'insécurité qui affecte le bien-être des citoyens. Il sera question dans cette partie de l'étude de relever les différents actes d'insécurité qui se caractérisent par de grandes et petites délinquances préjudiciables à la santé urbaine à Yaoundé et Douala.

1- Grande délinquance

La grande criminalité se caractérise dans les deux villes par les actes de brutalité et de violence. Ces se manifestent par les assassinats, les prises d'otage et les vols d'enfants.

1-1-Les assassinats

L'insécurité dans les métropoles politique et économique a atteint son apogée ces dernières années. On se croirait dans les films où les bandits et les policiers se tirent dessus. Sauf que dans ces deux villes, c'est à balles réelles. Dans la ville de Douala, l'un des exemples le plus spectaculaire et éloigné dans le temps, est l'assassinat de David Kengne, caissier de la société Santa Lucia du quartier Ange Raphaël abattu selon les témoignages d'un Commissaire de Police « *en pleine rue au cœur du quartier Bonandjo par les brigands. L'homme qui a ouvert le feu en tirant deux balles à bout portant dont une dans la poitrine de la victime emportera les deux sacs que tenait le défunt*³⁷¹ ». Dans la ville de Yaoundé, les cas d'assassinat les plus récents sont entre autres, l'assassinat crapuleux du journaliste Martinez Zogo dans la nuit du 17 janvier 2023 et la décapitation de Marie France Mbeya, dans une chambre d'hôtel au quartier Biyem-Assi par Désiré Beyanga. Selon les informations recueillies auprès d'un Commandant de Brigade de gendarmerie, « *la meurtrière dit avoir été motivée par une forte somme de 300 millions qui lui a été promise par un inconnu qu'elle a contacté sur Facebook. Elle affirme vouloir régler ses dettes d'un montant de 4 millions via cet acte crapuleux*³⁷² ». Ce type de criminalité, de cruauté et de cynisme ont suscité beaucoup d'émotions chez les populations qui ont dénoncé avec la dernière énergie ces odieux. Ce qui a abouti d'ailleurs aux arrestations des suspects.

³⁷⁰ Valentin Nga Ndong, « Violence, Délinquance et insécurité à Yaoundé », *op.cit.*, p.5.

³⁷¹ Entretien avec un Commissaire de Police et chef d'un commissariat à Douala le 08/03/2022.

³⁷² Entretien réalisé avec un Commandant de Brigade de gendarmerie à Yaoundé, le 02/12/2021.

1-2-Les prises d'otages et vols d'enfants

Phénomène récent, il est devenu courant dans les centres urbains camerounais. Il consiste à kidnapper une personne pour la retenir en otage à l'effet d'exiger le paiement de rançon contre sa libération. Le cas le plus récent et médiatisé, concerne la prise d'otage du docteur Dissongo Joki Olivia par un groupe de trois personnes dans les environs de l'Aéroport international de Douala et gardée en captivité pendant des jours. Selon un Commissaire de sécurité publique cité précédemment, « *les ravisseurs avaient exigé à la famille de la collaboratrice du MINSANTE une rançon de deux cent mille (200000) FCFA*³⁷³ ». À côté du phénomène de prise d'otage, on note celui du vol d'enfants dans les villes de Douala et de Yaoundé. Il ne se passe pas une semaine, sans que les médias ne signalent un vol d'enfant. Le cas le plus populaire et médiatisé reste le vol du bébé de Vanessa Tchatchoum à l'hôpital Gynéco-obstétrique de Ngoussou en août 2011 qui demeure introuvable jusqu' à nos jours.

2 - Petite délinquance

La petite délinquance est le propre des crimes ou des infractions facilement gérables et dissimulables en familles et en groupe d'amis. Ces actes de délinquance préjudiciables à la santé et au bien-être des citoyens, observés en milieu urbain, concernent les violences domestiques.

2-1-Les violences domestiques.

Ces pratiques d'aliénation sont largement répandues et tolérées dans toutes les couches sociales et dans tous les quartiers des villes de Douala et de Yaoundé. Elles se caractérisent par les violences physiques, viols, brimades et l'inceste. Ces tabous sont gérés par certains parents prêts à tout supporter et cacher ou sauvegarder certains liens et avantages avec les bourreaux. Lorsque les victimes atteignent un niveau respectable d'instruction, ou deviennent financièrement indépendantes, elles font souvent recours aux affaires sociales, aux services de la promotion de la femme et de la famille et au système judiciaire pour retrouver leur dignité bafouée. Celles qui sont encore sous le joug des parents ou sont dépendantes de leur compagnon, leurs proches recourent aux associations de défense des Droits de l'Homme, de la Femme, comme S.O.S. Femmes Battues ou l'Association de Lutte contre les Violences faites aux Femmes (A.L.V.F.). Malgré l'évolution des comportements des victimes et les efforts fournis pour protéger et défendre ces couches vulnérables, la situation reste toujours ambiguë en milieu urbain. La dépendance financière, le mariage, les us et coutumes que les proches ou

³⁷³ Entretien avec un Commissaire de Police et chef d'un Commissariat à Douala, le 08/03/2022.

les familles des victimes les tiennent encore captifs. Certaines cherchent à quitter le mari dès la première menace de mort, alors que d'autres attendent et tolèrent jusqu'à ce que leur vie ou celle de leurs enfants soient en danger. C'est le cas d'une informatrice rencontrée dans la ville de Yaoundé qui raconte le macabre viol perpétré par son mari sur sa nièce en ces termes :

Ça fait un an que mon mari viole ma nièce de quinze ans aujourd'hui et personne ne le savait. L'enfant s'est confié à moi il y a de cela un mois, il prenait l'enfant par l'anus et achetait son silence avec les cadeaux, depuis un certain temps, l'enfant menace de s'enfuir pour se suicider. Quand j'essaie d'en parler à mon soi-disant mari, il menace de me tuer ou de nous foutre tous à la porte. Dès que j'aurai les moyens, je vais m'en fuir avec ma nièce et mes deux enfants de peur de voir le pire nous arriver³⁷⁴.

En outre, cette forme de criminalité préjudiciable à la santé et à l'honorabilité des victimes, existe en milieu urbain ; mais, elle est peu prise en considération ou mal appréhendée par la population féminine, les autorités judiciaires et policières. À cet effet, la plupart des victimes préfèrent garder le calme et n'osent pas souvent se plaindre ; car comme le souligne un personnel en service dans une Délégation de la Promotion de la Femme et de la Famille,

Les victimes, à moins de connaître l'agresseur, elles ont peu de chances d'être prises au sérieux par les pouvoirs publics. En effet, un certificat médical prouve qu'il y a eu rapport sexuel, mais pas l'absence de consentement d'une part, et l'imputabilité de l'infraction à l'auteur d'autre part. Ces difficultés, toutes judiciaires découragent souvent les victimes. Il en est de même lorsqu'il s'agit de violences conjugales, les preuves tiennent en tel cas aux certificats médicaux qui constatent d'autres violences physiques. Mais ces certificats médicaux légaux sont souvent contestés par les bourreaux faute d'autres preuves justifiant des tels crimes.³⁷⁵

Malgré les discours et les moyens mis en œuvre par les autorités compétentes pour réduire les grandes et les petites délinquances qui se caractérisent par les assassinats, les prises d'otages et les violences conjugales dans les villes de Douala, ces phénomènes ne cessent de se multiplier. Face aux diverses difficultés rencontrées par le système sécuritaire et judiciaire de plus en plus corrompu, il y a lieu de mettre sur pieds une nouvelle approche qui tient compte des nouvelles techniques utilisées par les criminels afin de contrecarrer les actions pour bâtir des cités capitales bien sécurisées, où règne une justice juste pour tous.

³⁷⁴ Entretien réalisé dans la ville de Yaoundé avec la tante d'une victime de viol sexuel, le 13/12/2021,

³⁷⁵ Entretien avec un personnel en service dans une Délégation de la Promotion de la Femme de la Famille à Douala, le 09/03/2022.

I-Facteurs liés aux pratiques d'élevage et d'agriculture

L'analyse des informations relatives aux déterminants liés à l'élevage et à l'agriculture à Yaoundé et Douala, a permis de comprendre que certains individus transposent leurs façons de faire et d'agir qui ne sont pas toujours conformes aux exigences urbaines. Ces pratiques de ruralisation de l'espace urbain ne sont pas sans influences négatives sur le cadre de vie et le bien-être des populations citadines.

1-Agriculture

Le dynamisme agricole n'est pas le même dans les deux capitales. Les sols sablo-limoneux réduisent cette activité à Douala. En revanche, les conditions morpho-pédologique et sociales de la ville de Yaoundé amènent les citadins à considérer l'agriculture comme une partie de leurs activités quotidiennes. Une synthèse de la littérature existante confirme quatre systèmes de production dans l'agriculture urbaine camerounaise. La synthèse des travaux de Temple³⁷⁶ ; Nguegang³⁷⁷ ; Bodpda et al³⁷⁸ ; Dauvergne³⁷⁹, confirment l'existence de quatre systèmes de production dans l'agriculture urbaine camerounaise. Le système vivrier est le plus important et domine les réserves foncières privées et les espaces publics en cours d'appropriation. Il épouse le calendrier rural agricole et obéit plus à une logique d'autoconsommation et d'appropriation foncière. Dans la ville Yaoundé, c'est le système maraîcher qui abonde dans les vallées et les bas-fonds urbains. On y trouve des légumes, tomates et condiments divers que les citadins consomment au quotidien. Les filières maraîchères urbaines, à force de sollicitations, se sont bien structurées et même professionnalisées suivant le schéma des circuits courts de distribution alimentaire urbaine promu par les GIC et les ONG. Ainsi, dans les quartiers périphériques au centre-ville comme Ahala II, Ezala, Symbock, Messassi, Mimboman et Nkoabang, les maisons cohabitent avec les champs de maïs, manioc et des cultures maraîchères.

Ces pratiques agricoles et rurales en milieu urbain, ont souvent suscité des inquiétudes chez les autorités locales. Ces inquiétudes sont liées à la volonté de ces autorités de promouvoir une forme de civilisation urbaine universelle. Les critiques formulées par les classes dirigeantes

³⁷⁶ Ludovic Temple & Paul Moustier, « Les fonctions et contraintes de l'agriculture périurbaine de quelques villes africaines (Yaoundé, Cotonou, Dakar) », in *Cahiers d'Agricultures*, Vol.13, n° 1,2004, pp.15-22.

³⁷⁷ Prosper Asaa Nguegang, « L'agriculture urbaine et périurbaine à Yaoundé : analyse multifonctionnelle d'une activité montante en économie de survie », Thèse de doctorat en sciences agronomiques et ingénierie biologique, Université Libre de Bruxelles, 2008, p. 200.

³⁷⁸ Athanase Bopda & Awono Abodo, « L'agriculture urbaine et périurbaine à Yaoundé (Cameroun), Aspects institutionnels », Rapport final, 2003, p.88.

³⁷⁹ Sarah Dauvergne, « Les espaces urbains et périurbains à usage agricole dans les villes d'Afrique subsaharienne (Yaoundé et Accra) : une approche de l'intermédialité en géographie », Thèse de doctorat de géographie, Université Lyon 2,2011, p.390.

sont fondées sur le fait que, l'agriculture constitue un facteur d'enlaidissement du paysage urbain, d'insécurité et de transmission de maladies. Malgré les études indiquant l'importance de l'agriculture dans le processus d'intégration en milieu urbain³⁸⁰, les pouvoirs publics pour des raisons liées à la recrudescence de l'insécurité et de maladies proscrivent et déconseillent cette pratique³⁸¹. Les crimes rituels du quartier Mimboman, situé dans la banlieue de Yaoundé, sont des illustrations ayant permis aux autorités administratives et locales de s'en prendre aux propriétaires des lots non bâtis abritant friches et cultures, considérées comme des refuges de criminels. Les autorités ont donné des instructions aux propriétaires de ces parcelles à l'effet de les bâtir, au risque de les reverser au domaine national et les réattribuer en cas de besoin à d'autres demandeurs. Un chef de 3^e degré condamne ces pratiques de ruralisation des villes en ces termes :

*Monsieur le Maire, pour offrir une CAN sécurisée au monde entier, aide-nous à interdire les cultures agricoles de maïs dans nos quartiers. Ces champs sont devenus des cachettes des bandits. Si leurs propriétaires sont incapables de construire, que l'Etat donne ces terrains à ceux qui peuvent construire et embellir nos quartiers*³⁸².

Allant dans la même optique que ce leader traditionnel, Assako Assako recommande que, loin d'être une opération ponctuelle ou irrégulière, l'interdiction de l'agriculture intra-urbaine doit s'inscrire dans la durée et dans une dynamique d'embellissement des villes et de la restauration de l'autorité de l'État³⁸³ en vue de « *l'émergence du Cameroun en 2035* », tel que prévoit le Document de stratégie de la croissance et de l'emploi (DSCE, 2009). Le phénomène de l'élevage urbain n'est pas en reste.

2-Élevage traditionnel

L'analyse des observations effectuée nous a permis de comprendre que, tout comme l'agriculture, l'élevage est une activité bien visible à Douala et Yaoundé. Il s'est développé dans un système de complémentarité bien ajusté avec l'agriculture traditionnelle. La plupart de citoyens qui se livrent à l'agriculture urbaine, font souvent l'élevage porcin, bovin, caprin, ovin

³⁸⁰ Laurent Parrot, Aboubakar Njoya, Ludovic Temple, François Assogba-Komlan, Remi Kahane, Ba Diao & Michel Havard, *Agricultures et développement urbain en Afrique subsaharienne ; environnement et enjeux sanitaires*, Paris, L'Harmattan 2008, p.201.

³⁸¹ Paule Moustier & Jacques Pagés, « Le péri-urbain en Afrique : une agriculture en marge ? », in *Economie Rurale*, Vol.241, n°241,2004, pp.48-55.

³⁸² Extrait de la déclaration d'un Chef de 3^{eme} degré de la ville de Yaoundé, au cours d'une réunion préparatoire de la CAN Energie 2021, organisée par le Maire de la ville avec les Chefs traditionnels du Mfoundi, dans la salle de réunions de ladite Mairie de Ville.

³⁸³ René Joly Assako Assako, « A propos de l'opération d'embellissement de Yaoundé, capitale d'Afrique centrale », in *Cahiers d'Outre-Mer*, Vol. 65, n°259, 2012, pp.371-393.

et avicole. Toutefois, la proportion de la représentativité de cette activité varie selon les types de quartier. Les conditions physiques, les modes d'aménagement moderne et les réalités socioculturelles qui influencent le cadre de vie dans les quartiers chics comme Bonandjo et Bastos, limitent la pratique de l'élevage intra-urbain. Les échelles d'élevage font la différence entre l'éleveur de quelques porcs des quartiers pauvres et les grands éleveurs périurbains approvisionnant des marchés plus importants. Cependant, l'élevage porcin, ovin et avicole est beaucoup plus présent le long des cours d'eau tels que Tongo Bassa, Mbanya, Ngoua, Biyeme. Il est aussi pratiqué à proximité de certains anciens quartiers comme Nsimeyong II, Bonaberi et Damas. Dans ces quartiers, les porcheries sont disséminées dans l'espace. Elles sont plus concentrées dans les zones marécageuses où la nature du milieu est un facteur stimulant de l'élevage porcin. Dans les nouveaux quartiers, les fermes avicoles et porcines se partagent aussi l'espace avec les habitations et les cultures.

À Douala, les élevages bovin, caprin et ovin sont plus présents dans les quartiers New-Bell Haoussa et New-Town Aéroport où sont concentrés l'essentiel des éleveurs. Dans ces quartiers, bœufs, moutons et chèvres partagent le quotidien des habitants. À Yaoundé par contre, c'est l'élevage porcin et avicole qui est à la mode dans la plupart des nouveaux quartiers comme Etoa, Messassi, Simbock et Nkoabang. Ici, ce sont les porcs et les volailles qui partagent les habitations avec les humains. Malgré son importance en matière de production de viande destinée à la consommation des citoyens, l'élevage traditionnel urbain pose un problème lié aux risques sanitaires. Il est une source de pollution atmosphérique et de transmission de maladies³⁸⁴. Cette situation est souvent à l'origine des plaintes déposées auprès des autorités compétentes du fait des préjudices liés aux nuisances et autres implications environnementales.

Face à la recrudescence des phénomènes liés aux pratiques d'élevage et d'agriculture traditionnels non compatibles aux exigences de l'urbanisation et de la santé urbaine, il importe de mettre en œuvre des nouveaux plans directeurs d'urbanisme et politiques d'urbanisme qui proscrivent ces pratiques aux conséquences sanitaires négatives sur les citoyens.

³⁸⁴ René Joly Assako Assako, « A propos de l'opération d'embellissement de Yaoundé, capitale d'Afrique centrale », *op.cit.*

J-Maladies récurrentes

Selon les données de terrain et les résultats des enquêtes de certaines institutions et auteurs comme Nguendo-Yongsi Blaise et al³⁸⁵, Mendo Me Mfou³⁸⁶, INS³⁸⁷ et la Banque mondiale³⁸⁸, le profil épidémiologique du Cameroun est dominé par des maladies transmissibles du fait de la précarité de l'éducation sanitaire, des difficultés d'accès à l'eau potable, d'assainissement, d'urbanisation et de nutrition. Dans l'ensemble, parmi les maladies les plus courantes figurent le paludisme, la fièvre jaune, la méningite cérébro-spinale, la rougeole, la dysenterie bacillaire, la filariose lymphatique, la schistosomiase, le VIH/SIDA, le tétanos et le choléra. Les villes de Yaoundé et de Douala n'échappent pas à cette réalité. À cet effet, la situation épidémiologique de ces deux villes est animée par les maladies à transmission hydrique, les maladies vectorielles et les pandémies. Dans le cadre de cette étude, les cas de maladies vectorielles comme le paludisme et la typhoïde seront uniquement développés du fait de leur récurrence dans les métropoles politique et économique.

1-Maladies vectorielles

L'occupation des zones marécageuses en mode dans les villes de Douala et de Yaoundé est à l'origine des maladies à transmission vectorielle. Il s'agit en principe des pathologies qui émergent suite à l'apparition des vecteurs comme l'anophèle femelle à l'origine de la transmission du paludisme et de la fièvre typhoïde ou alors de la salmonella typhi, bactérie responsable de la fièvre typhoïde répandue dans les ménages. En marge des pratiques relatives à l'hygiène et salubrité et surtout à l'usage des moustiquaires imprégnées à longue durée d'action, les ménages sont plus exposés dans ce milieu dit marécageux. De plus, la précarité économique qui règne dans les ménages est une conséquence majeure de vulnérabilité à des pathologies dites vectorielles. De ce fait, les ménages pauvres qui habitent dans des quartiers précaires et des zones marécageuses sont vulnérables aux maladies hydriques comme le paludisme et la typhoïde³⁸⁹.

³⁸⁵ Blaise Nguendo-Yongsi, Trish Muzenda, Yves Bertrand Djouda Feudjio, Daline Nora Kenfack Momo et Tolu Oni, "Intersectoral collaboration for healthier human settlements: perceptions and experiences from stakeholders in Douala, Cameroon", *op.cit.*, pp. 602-615.

³⁸⁶ Elvire Mireille Inés Mendo Me Mfou, « Les micro-unités de santé informelles au Cameroun. Quelle réponse aux besoins des populations les plus vulnérables ? », Thèse de doctorat soutenue à la faculté des sciences économiques et sociales, Université de Lille1, 2013, consulté en ligne sur <https://www.these.fr>, le 26/10/2022.

³⁸⁷ INS, « Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples (EDS-MICS) », Calverton : Institut National de la Statistique/ICF International, 2012.

³⁸⁸ Banque Mondiale, « Vers une plus grande équité », in *Cahier économique du Cameroun*, numéro spécial sur la santé, Washington, 2013.

³⁸⁹ Rostant Mbella Mbong & Délano Harisson Nguetsop « Risques sanitaires liés à l'installation en zones marécageuses à Bonabéri-Douala (Littoral-Cameroun) », in *Revue espace géographique et société marocaine*, n° 62, 2022, pp. 67-68.

1.1-Paludisme et typhoïde

Le paludisme est une maladie parasitaire, transmise à l'homme par l'anophèle femelle infesté du type Gambiae et causé par un protozoaire du genre plasmodium falcifarum³⁹⁰. La typhoïde est une maladie bactérienne potentiellement mortelle causée par la bactérie Salmonella typhi³⁹¹. Elle se transmet par l'ingestion d'eau et d'aliment contaminés ou par contact direct avec une personne infectée. La fièvre typhoïde est très répandue dans les endroits où l'eau potable et l'assainissement font défaut. Le paludisme est la maladie la plus répandue dans le monde. Il constitue un risque majeur pour plus de deux milliards d'êtres humains. Ces propos ci-dessous de Mbella Mbong Rostant et de Nguetsop Délano Harisson résument le danger que représente cette pathologie pour la santé des populations dans le monde et au Cameroun en particulier :

L'Afrique subsaharienne qui ne compte que 8% de la population mondiale mais fournit 85% à 90% des cas de paludisme dans le monde. Les enfants de moins de 5 ans payent le plus lourd tribut de cette maladie (OMS). Au Cameroun, le paludisme demeure l'endémie majeure et la première cause de morbidité et de mortalité dans les groupes les plus vulnérables à savoir les enfants de moins de 5 ans et les 68 femmes enceintes. Les statistiques sanitaires relèvent qu'il est responsable de 35 à 40% du total des formations sanitaires : 50% de morbidité chez les enfants de moins de 5 ans³⁹².

Les situations actuelles relatives aux coupures interminables d'eau par CAMWATER dans la ville de Yaoundé et Douala qui obligent les populations à consommer l'eau des puits, des pluies et des rivières avec les récurrences des inondations, favorisent la transmission de cette pathologie. Les conditions naturelles spécifiques et les modifications des modes de vie des populations dans ces deux villes sont également particulièrement propices au développement du paludisme et de la typhoïde. En outre, dans ces capitales politiques et économique, la croissance démographique galopante a généré la crise foncière et le problème de logement³⁹³. Pour contourner ces difficultés, certains citoyens ont choisi de s'installer dans les zones marécageuses. Ces occupations se font le plus souvent de manière anarchique et en

³⁹⁰Rostant Mbella Mbong & Délano Harisson Nguetsop « Risques sanitaires liés à l'installation en zones marécageuses à Bonabéri-Douala (Littoral-Cameroun) », *op.cit.*

³⁹¹ Joseph Pascal Mbaha, Joseph Magloire Olinga Olinga, Gratien Tchiadeu, « Cinquante ans de conquête spatiale à Douala : D'héritage colonial en construction à patrimoine socio-spatial vulnérable aux risques naturels », Actes du Colloque des cinquantenaires, La réunification du Cameroun : Bilans, défis et perspective, FLSH, Université de Douala, 2013, p.5.

³⁹²Rostant Mbella Mbong & Délano Harisson Nguetsop, « Risques sanitaires liés à l'installation en zones marécageuses à Bonabéri-Douala (Littoral-Cameroun) », *op.cit.*, pp. 67-68.

³⁹³Joseph Pascal Mbaha, Joseph Magloire Olinga Olinga, Gratien Tchiadeu « Cinquante ans de conquête spatiale à Douala : D'héritage colonial en construction à patrimoine socio-spatial vulnérable aux risques naturels », *op.cit.*, p. 5.

marge des lois régissant le secteur de l'urbanisme³⁹⁴. Selon Envoutou, cette auto construction qui se matérialise par : l'extension de la zone d'habitat urbain dans les régions inondables et marécageuses, l'insuffisance ou l'inexistence des réseaux de drainage des eaux de surface et des systèmes d'assainissement urbain, la gestion des déchets, la pollution de l'environnement³⁹⁵, sont à l'origine de la dégradation du cadre de vie urbaine qui avec pour conséquences la transmission des maladies vectorielles.

Cette situation contribue à la dégradation de l'environnement avec des impacts sur la santé et crée des crises environnementales, sources de la recrudescence du paludisme et de la typhoïde³⁹⁶. Les habitants des telles zones se trouvent en marge des recommandations de l'OMS. Cette dernière estime que la santé des populations est déterminée par l'existence et l'utilisation des services sociaux de base tels que l'approvisionnement en eau et l'assainissement, la qualité des services disponibles, la responsabilité de chacun et la qualité de l'environnement³⁹⁷. C'est pour cette raison qu'un personnel de santé estime que *« ces maladies sont fortement prévisibles dans les zones marécageuses qui attirent les moustiques. Les risques sanitaires y sont possibles grâce à la contamination par le contact avec l'eau, qui a été souillée par les déchets humains et industriels rejetés par les égouts »*³⁹⁸. Ce phénomène est observé dans certaines zones des quartiers dits non constructibles, inondables et humides à l'exemple de Déido, Bonaberi, Fanta Citron, Tam-Tam et les zones marécageuses de Simbock. Selon la plupart des personnels de santé interrogés, les risques de contamination de ces maladies sont plus élevés dans les communautés habitant les zones marécageuses exposées aux inondations, à l'humidité et à l'insalubrité. C'est pourquoi le taux de prévalence à la fièvre est plus élevé pendant les saisons pluvieuses. C'est dans le même ordre d'idée qu'un médecin confirme que *« nous recevons plus de patients victimes de la fièvre typhoïde pendant la saison pluvieuse. Cela s'explique par l'abondance des pluies qui créent les inondations et multiplient les mouches et les moustiques qui transmettent facilement ces maladies »*³⁹⁹.

Le paludisme et la typhoïde sont les deux premières pathologies les plus consultées qui sévissent dans ces deux villes toute l'année et causent des décès. Dans la ville de Douala, les

³⁹⁴ Joël Simplicie Tchuentou Simo, « Les déterminants de la pollution des eaux de surface dans le bassin versant du Mbanya », Mémoire de master en Géographie, Université de Douala, 2012, p.3.

³⁹⁵ Huguette Envoutou, « Piézométrie et physicochimie de la nappe phréatique du bassin versant de la rivière Mbanya (Douala-Cameroun) », Mémoire de DEA en géographie, Université de Douala, 2007, p.4.

³⁹⁶ Beaux Jean-François, *L'environnement*, édition Nathan, 2004, p. 64.

³⁹⁷ OMS, « Directive pour le traitement du paludisme », 2006, p.264.

³⁹⁸ Entretien réalisé avec un personnel de santé rencontré dans une FOSA de Douala, le 02/02/2022.

³⁹⁹ Entretien réalisé avec un médecin (gastro-entérologue) rencontré dans une formation sanitaire à Douala, le 08/02/2022.

études réalisées par Tcheunteu révèlent qu'entre 2008 et 2010, l'hôpital de District de Déido a interné 298 cas de malades de typhoïde dont 7 décès ; 963 cas de paludisme avec un décès en provenance du Bassin versant du Mbanya. Pendant la période 2019-2021, les enquêtes des ménages montrent que plus de 80% de personnes établies dans le bassin versant du Mbanya souffrent au moins une fois l'an soit du paludisme, soit de la typhoïde. Pour être plus précis, 67,7% de personnes souffrent du paludisme, 30% de la typhoïde et 42% des deux maladies au cours de l'année. Ces données se vérifient à l'hôpital de District de Déido où la goutte épaisse (diagnostic du paludisme) et le Widal + Felix (test de la typhoïde) sont positifs à plus de 60% de cas. La moyenne annuelle des hospitalisations dans ce sanatorium est de 327,67 malades pour le paludisme contre 254,67 pour la typhoïde⁴⁰⁰. Les taux de prévalence obtenus par Dominique Meva'a dans ses travaux effectués dans ce bassin versant en 2010 qui est de 66,47% de personnes vivant dans cet espace et qui souffrent régulièrement de ces deux maladies n'est pas loin de celui de Tcheunteu⁴⁰¹. Ce constat est soutenu par les responsables de santé de ces deux villes qui confirment que « *le paludisme et la typhoïde sont responsables de 50% des consultations médicales, 45,7% de la morbidité des moins de 5 ans et plus de 40,7% de morbidité des plus de 5 ans*⁴⁰² ». L'analyse de Same Ekobo sur le plan national indique que paludisme représente en termes épidémiologique, 40 à 45% des consultations médicales. 30% des hospitalisations et 35 à 40% des cas de morbidité dans les FOSA⁴⁰³.

II-Déterminants spécifiques aux villes de Douala et Yaoundé

Compte tenu des dispositions naturelles et activités propres à chaque ville, les villes de Yaoundé et de Douala ont chacune des spécificités en matière de problèmes de santé.

A-Problèmes de santé spécifiques à la ville de Douala

Les facteurs de santé spécifiques à la ville de Douala proviennent foncièrement des inondations et de certaines maladies récurrentes comme le choléra.

⁴⁰⁰ Joël Simplicie Tcheunteu Simo, « Les déterminants de la pollution des eaux de surface dans le bassin versant du Mbanya », *op.cit.*, p.112.

⁴⁰¹ Dominique Meva'A Abomo & Chofor Zoum, « Analyse spatiale du risque d'inondation dans le bassin versant du Mbanya à Douala, capitale économique du Cameroun », Laboratoire de recherche en géographie (LAREG), université de Douala, Cameroun, Novotech, 2010, pp.1-10.

⁴⁰² Entretien réalisé avec un responsable rencontré dans une Délégation régionale de la Santé Publique de Yaoundé, le 22/10/2021.

⁴⁰³ Albert Same Ekobo, « Aspects épidémiologique du Paludisme au Cameroun », in *Journal of the Academy of Science*, Vol.5, 2005, pp.5-16.

1-Inondations

Bien que la ville de Yaoundé ne soit pas épargnée par les inondations, Douala est une ville côtière et est située à proximité des rives, la forte pluviométrie qui y règne et sa forme plate favorable aux mécanismes de stagnation des eaux, font d'elle l'une des villes la plus vulnérable aux inondations. De ce fait, elle est exposée au quotidien aux inondations et à l'érosion côtière à l'image de bon nombre de villes côtières en Afrique comme Abidjan⁴⁰⁴, Libreville, Pointe-Noire⁴⁰⁵ et Nouakchott⁴⁰⁶. Ces inondations représentent un enjeu central en termes de santé publique⁴⁰⁷. La recrudescence des inondations dans cette ville est à l'origine de certains risques sanitaires et de la destruction des biens matériels des citoyens.

Les problèmes sanitaires posés par les inondations dans la capitale politique concernent dans un premier temps le stress, l'anxiété et les troubles de sommeil. En effet, avant que les inondations ne surviennent dans les quartiers inondables comme Makepé Missoké, Oyack, Bilongue, Brazzaville, Nylon, Babylone et Ndogpassi, il se développe chez les habitants un stress relatif à *« l'attitude et aux mesures résilientes à adopter, car les résidents ne savent ni l'ampleur, ni la durée de l'averse. Durant et après les inondations, le stress prend la forme du stress post-traumatique aigu et chronique⁴⁰⁸ »*. Les informateurs, rencontrés dans ces quartiers, ont avoué avoir développé continuellement des symptômes de stress post-traumatique, surtout pendant les saisons des pluies. Les acteurs vivent quotidiennement des scènes des inondations en pensée ou en cauchemars. À cet effet, ils sont constamment aux aguets, en état d'alerte et d'hyper vigilance. Ce qui crée chez eux, une situation d'anxiété et de troubles de sommeil. À ce sujet, un chef de ménage du quartier Oyack affirme que, *« beaucoup quitte le quartier pendant la saison des pluies, nous vivons ici en état d'alerte comme les vigiles, parce que nous ne savons ni l'heure, ni le jour, ni l'ampleur des dégâts des futures inondations. Ce cauchemar nous hante et nous stress au quotidien⁴⁰⁹ »*.

⁴⁰⁴ Modeste Bouabre Gnoka, « Développement urbain et menace d'érosion côtière à Abidjan », in *European Scientific Journal*, Vol.9, n°29, 2013.

⁴⁰⁵ Magloir-Désiré Mounanga, « Érosion côtière et risques littoraux face aux changements climatiques : essai d'analyses comparatives des indicateurs de vulnérabilité à Libreville (Gabon) et Pointe-Noire (Congo) », Communication au colloque international du Secrétariat international francophone pour l'évaluation environnementale (SIFEE) Changements climatiques et évaluation environnementale, 26 au 29 mai 2009, Niamey, 2009, consulté en ligne sur <https://docplayer.fr/166241944>, le 26/10/2022

⁴⁰⁶ Ould Sidi Cheikh & Pierre Ozer, « Risques d'inondations dans la ville de Nouakchott (Mauritanie) », in *Geo-Eco-Trop*, Vol.31, 2007, pp.19-42.

⁴⁰⁷ Blaise Nguendo-Yongsi Henock, « Vulnérabilités aux risques naturels et santé en milieu urbain : inondations et risques sociosanitaires dans le bassin versant de Bobongo à Douala-Cameroun », *op.cit.*, p. 58.

⁴⁰⁸ *Ibid.*, p. 66.

⁴⁰⁹ Entretien réalisé avec un chef de ménage, du quartier Oyack à Douala le 10/03/2022.

Le second problème de santé causé par les inondations est lié à l'humidité prégnante. Les murs et les sols des quartiers suscités sont permanemment humides du fait des inondations. L'humidité généralisée associée aux moisissures que subissent les maisons, sont selon les travaux de Nguendo-Yongsi I Henock Blaise à « *l'origine des cas d'Infections Respiratoires Aiguës (IRA) que nous avons relevés chez 93 enfants, soit 18,1%. Chez ces enfants, ces IRA avaient la forme d'un rhume ou d'une grippe, et étaient souvent associées à d'autres affections telles que la bronchite. Dans certains cas, il s'est agi des bronchiolites et les pneumonies*⁴¹⁰ ».

Les inondations sont également à l'origine des problèmes de santé liés à la dégradation du cadre de vie urbain. Il s'agit des maladies que l'eau et l'humidité facilitent leur développement. C'est le cas du paludisme qui est transmis par l'anophèle femelle qui se développe aisément dans un environnement d'humidité. C'est aussi le cas des parasitoses intestinales à l'instar des l'ascaridiose et la trichocéphalose transmises par le sol et des mycoses provenant du sol contaminé. Les populations qui vivent dans les zones inondées s'exposent aussi aux maladies comme le choléra, la dysenterie, les fièvres typhoïdes, du fait de l'ingestion d'aliments et de l'eau contaminés.

Les inondations que connaissent certains quartiers urbains ont contribué à la destruction et dégradation des biens matériels comme les vêtements, le mobilier, les denrées alimentaires, les appareils électroménagers, les ustensiles et les documents personnels. La dégradation ou la destruction de ces biens constitue une énorme perte et un obstacle à l'épanouissement des populations. Nguendo-Yongsi dans ses travaux effectués sur inondations et risques sociosanitaires dans le bassin versant de Bobongo à Douala, fait part de ces dommages évalués à des coûts très élevés causés par ce phénomène en affirmant que,

*Le coût des dommages est également élevé pour le cas des infrastructures sociales. En effet, les écoles visitées dans les quartiers Brazzaville et Babylone ont toutes été inondées durant les trois jours de violentes averses du 28 au 30 août 2017. Nous avons constaté que le matériel informatique estimé à 700000 FCFA et le mobilier scolaire d'une valeur totale de 1000000 FCFA ont été entièrement détériorés. Les coûts afférents aux actions de résilience réactive que sont les remblaiements et la construction de mur de protection sont évalués à 800000 FCFA*⁴¹¹.

⁴¹⁰ Balise Nguendo-Yongsi Henock, « Vulnérabilités aux risques naturels et santé en milieu urbain : inondations et risques sociosanitaires dans le bassin versant de Bobongo à Douala-Cameroun », *op.cit.*, p.66.

⁴¹¹ *Ibid.*

Photo N° 5 : Illustration d'une inondation au quartier Maképé Missoké



Source : DRL Maétur.

Ces deux images prises par la SIC dans la ville de Douala, illustrent les arguments développés ci-dessus et le degré d'inondations dont sont victimes les habitants de cette ville.

2-Choléra

Contrairement à la ville de Yaoundé, cette maladie diarrhéique à caractère épidémique, d'origine bactérienne, transmise par voie digestive sévit régulièrement à Douala. L'épidémie de choléra que connaît souvent la ville de Douala fait partie d'une longue série observée depuis les années 70. Douala a en effet connu des situations semblables en 1972 et 1973, 1984, 1997 et 1998. C'est ce que tente de souligner un personnel d'un service déconcentré du MINSANTE en ces termes : *« nous nous battons avec la communauté urbaine pour pouvoir prévenir la première épidémie que nous avons dans la ville de Douala. La première épidémie qui est récurrente, qui revient, c'est celle du choléra »*⁴¹².

Le poids démographique, l'urbanisation anarchique, la mauvaise gestion de l'eau et l'insalubrité constituent des facteurs de prolifération de cette maladie. En effet, on y voit cohabiter les résidences, les installations artisanales d'élevage (notamment des porcs et des poules), le commerce, l'agriculture, le tout sur des terrains marécageux d'une basse plaine côtière abondamment et constamment arrosée du fait d'un climat équatorial. Une telle implantation des activités, des résidences et des hommes, s'est opérée et continue de se faire dans un laisser-aller qui trahit le laxisme de la législation foncière. On aurait certainement pu relativiser les conséquences d'une telle situation si une évolution des mentalités de ces

⁴¹²Entretien réalisé à Douala avec un personnel d'un service déconcentré du MINSANTE, le 11/03/2022.

populations issues de l'exode rural et brusquement implantées en ville s'étaient approprié une culture de gestion préventive de l'environnement immédiat ou du cadre de vie urbain. Ce n'est malheureusement pas le cas. Les ordures sont déversées toutes natures confondues ; le contenu fécal des latrines est vidé à l'occasion des grosses pluies et emporté par les eaux de ruissellement⁴¹³.

Le choléra reste une maladie de l'insalubrité, qui frappe *a priori* les populations démunies des quartiers précaires du fait de la médiocrité des conditions résidentielles dans lesquelles vivent celles-ci. Son expansion est aussi facilitée par les mécanismes de l'écodynamique et par des mobilités inter et intra-urbaines. La mobilité urbaine constitue un facteur fondamental de diffusion des microbes. Les espaces de rencontre et de rassemblement des citoyens facilitent la transmission de cette maladie. À ce sujet, Assako Assako et al confirment que,

*Celle-ci est entretenue par un ensemble de points de convergence des masses, sans distinctions de classe sociale, de revenus, ou de résidence : les marchés, les puits, les taxis, les lieux de culte, les cabines téléphoniques constituent autant d'espaces de brassage des populations et par conséquent de hauts lieux de diffusion et de transmission des agents pathogènes comme le vibrion cholérique. C'est ainsi que le choléra s'est affirmé comme une épidémie allant d'un quartier à une autre jusqu'à la généralisation*⁴¹⁴.

Cette observation est valable pour d'autres espaces professionnels et carcéraux. On comprend pourquoi la prison Centrale de New Bell constitue souvent un véritable foyer de diffusion d'agents pathogènes. L'épidémie de choléra qui sévit régulièrement à Douala, donne une occasion supplémentaire de repenser aux politiques de santé et d'aménagement sur les plans purement architecturaux, de la conception du cadre de vie et des mentalités. Pour Assako Assako & al., ces lignes maîtresses peuvent se décliner en un certain nombre de préoccupations, à savoir : la gestion du cadre de vie et de l'environnement immédiat ; l'application de la législation architecturale et hygiénique ; la solidarité entre les couches sociales en milieu urbain⁴¹⁵.

L'analyse qui vient d'être faite sur l'épidémie de choléra dans la capitale économique est la preuve de l'existence des dysfonctionnements dans la mise en œuvre des politiques d'urbanisme et de la santé dans ces villes. L'absence de planification de l'espace urbain, préalablement à son occupation ; la non-application de la législation foncière, les insuffisances

⁴¹³ René Joly Assako Assako, Dominique Meva'A Abomo & Louis-Bernard Tchuikoua, *Etude géographique de l'épidémie de choléra à Douala ou la qualité de vie à l'épreuve des pratiques urbaines*, édition PUA, 2005, p.5.

⁴¹⁴ Ibid.

⁴¹⁵ Ibid.

du système de collecte, de traitement et de rejet des déchets, sont autant des causes de cette maladie. Si la résolution à la plupart de ces problèmes relève des pouvoirs publics, il revient aux populations des quartiers populaires notamment, premières victimes de ces dysfonctionnements, de revoir complètement leur conception de l'espace qu'elles pratiquent et sur lequel elles vivent et/ou travaillent. À cet effet, l'appropriation de l'approche de collaboration intersectorielle en faveur de l'intégration des questions de santé dans les politiques d'habitat urbain, est nécessaire pour réduire la propagation d'une telle épidémie.

B-Les facteurs de santé spécifiques à la ville de Yaoundé

Les déterminants de santé les plus perceptibles propres à la ville aux sept collines émanent de la dangerosité du site naturel.

1-Site contraignant et accidenté

Yaoundé est la capitale politique du Cameroun et compte environ 2,5 millions d'habitants selon une projection établie en 2005 à partir des chiffres du troisième recensement général de la population et de l'habitat (1 817 524 hab). Qualifiée de « ville aux sept collines », Yaoundé est un site d'aménagement difficile. Il se développe dans un site collinaire, sur un plateau qui varie entre 700 et 800 mètres d'altitude, couronné de massifs montagneux aux formes arrondies culminant entre 1000 et 1300 mètres. L'alternance de pentes abruptes et de bas-fonds inondables explique la récurrence d'aléas hydroclimatiques. Cette situation crée selon Assako « *un paysage très contrasté, essentiellement marqué par trois unités morphologiques qui se partagent la ville : les sommets d'interfluves, les pentes et les fonds de vallées inondables*⁴¹⁶ ». Les hauts reliefs qu'on retrouve dans certains quartiers de l'Arrondissement de Yaoundé II comme Kolzé, Fébé village et derrière le Camp créent un habitat insalubre et risqué, souvent à l'origine des glissements de terrain. La ville de Yaoundé, sur le plateau sud-camerounais, s'étale sur un site contraignant. Assako Assako décrit ce dernier comme étant composé de sommets d'interfluves, de pentes et de fonds de vallées dangereux⁴¹⁷.

Ces hauts reliefs montagneux qui se sont développés du Nord-Ouest vers l'Est et le Sud, bornés à l'Ouest constituent une véritable barrière à l'implantation d'un urbanisme qui intègre les objectifs de santé. Ces obstacles se traduisent par une augmentation des difficultés foncières

⁴¹⁶ René Joly Assako Assako, Dominique Meva'A Abomo & Louis-Bernard Tchuikoua, *Etude géographique de l'épidémie de choléra à Douala ou la qualité de vie à l'épreuve des pratiques urbaines*, op.cit., p.5.

⁴¹⁷ René Joly Assako Assako, « Apport des systèmes d'information géographique dans l'analyse des risques d'inondation et de glissement de terrain à Yaoundé », in Daniel Bley, Jacques Champaud, Pierre Baudot, Hélène Pagezy, Nicole Vernazza-Licht, (Eds), *Villes du Sud et environnement*, Châteauneuf-Grasse, Éditions de Bergier, 2007, pp.110-124.

dans les zones plus facilement urbanisables qui conduisent à une situation d'insalubrité de l'habitat. Constituées majoritairement des terres ferralitiques, elles favorisent les érosions de grande ampleur, souvent à l'origine des glissements de terrain. L'urbanisation de la ville de Yaoundé nécessite des aménagements particulièrement coûteux : remblais, construction des murs de protection des berges du fait de son occupation par les vallées. En outre les exutoires où sont drainés les déchets provenant des sommets des collines constituent de véritables risques d'insalubrité et sont par conséquent impropres à l'implantation des ménages. Le site de Yaoundé présente donc de nombreuses contraintes au développement des établissements humains décents. À cet effet, le Programme de Développement Urbain de Yaoundé 2020 (PDU 2020) souligne que le milieu physique de la ville est occupé d'environ 25% de zones à risques. L'action de ce relief très contrasté est amplifiée par un climat très pluvieux et un réseau hydrographique dense.

Au terme de ce premier chapitre de notre étude consacré aux déterminants généraux de la santé, force est de reconnaître que plusieurs facteurs communs et spécifiques aux villes de Yaoundé et Douala impactent négativement la santé et sont à l'origine du mal-être général des populations. Ces facteurs proviennent des origines environnementales, du manque d'infrastructures de base, des facteurs et inégalités socioéconomiques, politiques, naturels et de certaines maladies récurrentes. Les déterminants environnementaux, qui affectent la santé des populations, sont causés par les eaux usées, les nuisances sonores et olfactives, les déchets solides et liquides. L'insuffisance des infrastructures de base telles que les logements décents, les infrastructures sanitaires, de loisir et de divertissement constitue également des facteurs qui impactent la santé urbaine. Le statut des individus, leur itinéraire thérapeutique, la pauvreté et le type de quartier auxquels ils appartiennent, constituent des facteurs qui conditionnent la santé et le bien-être général des populations citadines. Il en est de même pour des facteurs individuels à l'instar de l'alcoolisme et le tabagisme qui détruisent à petit feu la santé des consommateurs. Les déterminants comme l'agriculture et l'élevage traditionnels en milieu urbain, les maladies récurrentes comme le paludisme et la typhoïde ne sont pas en reste. Il a été également question de mettre en exergue les déterminants spécifiques aux deux villes à l'instar des inondations et le cholera qui sont récurrents dans la ville de Douala, la dangerosité et la complexité du site de la ville de Yaoundé pour une urbanisation qui respecte les objectifs de santé. Cependant, la diversité de ces déterminants de santé dans tous les secteurs de la vie urbaine de Yaoundé et Douala illustre l'incapacité des pouvoirs publics à mettre en œuvre les différentes politiques adoptées en vue de la réduction des inégalités et de la promotion de l'égalité en matière des questions de santé urbaine. Le second chapitre de cette recherche met en relief les différentes

stratégies politiques adoptées et mises œuvre par le Cameroun pour réduire les effets négatifs de ces déterminants de la santé en milieu urbain.

CHAPITRE II :

ENGAGEMENTS POLITIQUES DU CAMEROUN EN FAVEUR DE L'INTÉGRATION DES OBJECTIFS DE SANTÉ DANS LES POLITIQUES D'HABITAT URBAIN

Parlant du rôle de l'État, John Maynard Keynes, dans son ouvrage intitulé « La fin du laisser-faire » indique que, « *l'important, pour l'État, n'est pas de faire un peu mieux ou un peu plus mal, mais de faire ce que personne d'autre ne fait pour le moment*⁴¹⁸ ». Ces propos vont en droite ligne avec les objectifs de ce chapitre concernant le rôle prépondérant des pouvoirs publics dans l'adoption et la mise en œuvre des politiques de promotion des questions de santé urbaine. À ce titre, plusieurs résolutions et recommandations issues des rencontres internationales ont été adoptées par les pouvoirs publics en vue de la promotion des objectifs de santé au niveau national et local. Dans le but d'améliorer les cadres de vie et les conditions sanitaires des populations urbaines, les pouvoirs publics ont formulé et mis en œuvre plusieurs politiques. Ces politiques concernent l'ensemble de mesures élaborées et adoptées au niveau national d'une part et au niveau international d'autre part, en faveur de la promotion des questions de santé dans les politiques des établissements humains à Yaoundé et Douala. Les secteurs concernés par ces politiques sont l'environnement, la santé publique et l'habitat à Yaoundé et Douala.

I-Cadrage général des engagements politiques pris au niveau national pour la promotion des établissements humains favorables aux objectifs de santé

L'impact des politiques de planification et d'aménagements sur le cadre de vie et la santé des populations, est depuis longtemps avéré. La plupart des problèmes liés au logement, à l'environnement et à la santé, sont déterminés par la qualité des politiques mises en œuvre par les pouvoirs publics⁴¹⁹. À cet effet, conscient de l'intérêt d'associer les enjeux de santé publique aux politiques de promotion des villes, l'État du Cameroun, depuis son accession à l'indépendance, n'a cessé de manifester sa volonté de promouvoir un secteur urbain favorable

⁴¹⁸ John Maynard Keynes, « The end of laissez-faire », in *Collected Writings*, Vol.IX, 1926, consulté en ligne sur <http://sarkoups.free.Keynes> 1926, le 29/11/2022.

⁴¹⁹ Hugh Barton & Catherine Tsourou, « Urbanisme et santé : Un guide de l'OMS pour un urbanisme centré sur les habitants », *op.cit.*, p.1.

aux objectifs de santé. L'urbanisme favorable à la santé met en lumière l'importance qu'il y a à reconnaître les implications des questions de santé dans les politiques et pratiques des établissements humains. C'est dans cette optique que le Ministère de la Ville (MINVIL) a été créé le 07 décembre 1997 au Cameroun. Dès lors, les axes de nouvelles politiques urbaines ont été définis, préconisant en matière d'urbanisme une nouvelle dynamique politique qui prend en compte les questions de santé avec au besoin la participation de tous les secteurs de la société. C'est ainsi que certains outils clés favorables à l'urbanisation ont été adoptés, avec pour objectif principal de :

Susciter une dynamique régulatrice des interventions en milieu urbain en vue d'encourager et d'encadrer les initiatives des différents acteurs dans un esprit de partenariat, maîtriser la croissance urbaine et promouvoir une occupation rationnelle des sols, assurer la protection civile des populations et impulser et appuyer les actions de promotion et de protection de l'environnement urbain⁴²⁰.

La première partie de ce chapitre s'articule autour de trois axes, à savoir : les cadres généraux des politiques nationales de planification urbaine et du développement sociopolitique, des politiques de promotion d'un environnement décent et de la santé publique pour tous.

A-Politiques nationales de planification et de développement urbain

Après son indépendance en 1960, le Cameroun s'est engagé à mettre en œuvre un vaste programme et stratégie de normalisation en matière de construction et d'habitation décentes pour le bien-être des populations. Cette résolution s'est traduite dans les faits à travers l'élaboration des plans quinquennaux et la promulgation de la loi n°2004/003 du 21 avril 2004, régissant l'urbanisme dans le but de planifier et d'améliorer le visage des villes. En 2009, cette détermination des pouvoirs publics s'est matérialisée à travers l'adoption de deux grandes catégories d'orientations stratégiques de politiques nationales de planification et d'aménagement en faveur d'une urbanisation convenable.

1- Premières catégories politiques de planification et de développement urbain

Ces premières catégories politiques adoptées au niveau national portent sur les plans quinquennaux, la Vision 2035, le Doucement de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi (DSCE), la stratégie de développement du sous-secteur urbain, la Stratégie Nationale de Développement (SND30).

⁴²⁰ Rapport national du Cameroun pour l'Habitat III, « Troisième Conférence des Nations Unies sur le logement durable en milieu urbain », 2015, p.1.

1-1-Plans quinquennaux

Pour Mougoué Benoit, la planification du développement repose essentiellement sur la conception et la mise en œuvre d'un instrument clé qui est le plan quinquennal⁴²¹. Au Cameroun, ce dernier a intégré tant bien que mal le secteur urbain qui a été consolidé en 1976, au terme du sommet de Vancouver sur l'habitat. L'appropriation des plans quinquennaux par le secteur urbain s'est faite de manière progressive. Ainsi, les deux premiers plans de 1961-1966 et 1966-1971 ont mis un point d'honneur sur l'évaluation des besoins des populations urbaines. Il a mis un accent particulier sur les conditions d'accès des populations citadines à l'habitat.

Les plans de 1971-1976 et 1976-1981 ont préféré privilégier la politique de déguerpissement des populations urbaines installées dans les quartiers à habitat anarchique et précaire. Cette stratégie a été suivie de la production des documents techniques de planification et d'urbanisme et la création du CFC-MAETUR, ainsi que la restructuration de la SIC pour la production de l'habitat social. À cet effet, les municipalités ont aménagé dans les villes de Douala et Yaoundé, des cadres de recasement des personnes déguerpies. De manière générale, les plans de 1971-1976 et de 1976-1981⁴²², ont permis de créer des structures de promotion de logement social comme le CFC, la MAETUR et la SIC. La création de ces institutions a permis de poser des bases institutionnelles, réglementaires et techniques rationnelles en matière de politique nationale de financement et de production de logement social au Cameroun. C'est tout au long des deux derniers plans que les pouvoirs publics ont élaboré et mis en œuvre la politique sectorielle de l'habitat et de l'urbanisme, du cadre de vie et des équipements administratifs à travers le MINUH créé en 1979.

L'élaboration des plans de 1981-1986 et de 1986-1991, a permis de booster l'afflux des rentes pétrolières. Ce progrès a permis au secteur de l'urbanisme et de l'habitat de connaître entre 1981 et 1986, l'un des meilleurs moments de prospérité de son histoire. La réalisation en faveur du 5^e plan, des logements sociaux aux quartiers Biyem-Assi et à la Cité-Verte à Yaoundé en est une parfaite illustration. À ce sujet, s'exprimant en marge d'une conférence organisée dans le cadre du Salon de l'Action Gouvernementale (SAGO) en 2022, un responsable de la SIC confirme que « *c'est pendant la crise des années 90 avec notamment la mise en œuvre des plans quinquennaux que le secteur de l'habitat social connaît son moment de gloire au*

⁴²¹Benoit Mougoué, « Urbanisme participatif : utopies ou réalités cas du quartier Nkolmesseng à Yaoundé », In *Revue de Géographie du Cameroun*, vol ; 15, n°1, 2003, pp.16-29.

⁴²²*Ibid.*

Cameroun avec la mise sur pieds des logements de Biyem-Assi et de la Cité Verte à Yaoundé⁴²³».

1-2-Vision Cameroun 2035

La « Vision du Cameroun à l'Horizon 2035 » est une stratégie de planification qui conçoit l'aménagement du territoire et le développement urbain à travers « *une approche transversale destinée à créer un espace économique national intégré, dans lequel la durabilité et la préservation de l'environnement sont entièrement incorporées*⁴²⁴ ». Elle a pour ambition de faire du Cameroun un pays émergent, démocratique et uni dans sa diversité à l'horizon 2035. Pour ce qui est du sous-secteur urbain, elle propose de transformer les villes camerounaises en pôles de croissance et de développement.

Dans cette Vision 2035, le Gouvernement camerounais s'est donné pour objectifs de

*maîtriser le développement des villes et d'en faire des centres de production et de consommation nécessaires à l'essor du secteur industriel, mais également de promouvoir l'émergence des agglomérations périphériques, le développement des villes moyennes ou secondaires capables de structurer les activités économiques dans l'espace urbain*⁴²⁵.

La déclinaison opérationnelle de ces objectifs est précisée dans la stratégie de développement du sous-secteur urbain.

1-3- Stratégie de développement du sous-secteur urbain

Cette stratégie décline ses objectifs dans la stratégie du développement du sous-secteur urbain élaborée en 2011. L'objectif stratégique 1 de celle-ci est de réduire significativement la proportion de l'habitat indécemment en milieu urbain, à travers cinq axes d'intervention, notamment:

*Systématisation de la planification urbaine ; amélioration de l'habitat par des opérations urbaines telles que la restructuration, la rénovation des quartiers d'habitat spontané, la réhabilitation des infrastructures urbaines, l'aménagement des zones d'extension urbaine et la construction de logements neufs ; promotion d'un cadre de vie décent en milieu urbain ; amélioration du cadre institutionnel et juridique de gestion des installations humaines (à travers l'élaboration, l'approbation, la vulgarisation et la mise en œuvre de textes réglementaires en matière d'urbanisme)*⁴²⁶.

Deux axes stratégiques reprennent les axes d'intervention traités ici, à savoir le :

⁴²³ Extrait du discours d'un responsable de la SIC, en marge de la conférence organisée dans le cadre du Salon de l'Action Gouvernementale (SAGO) en 2022, Au Palais Polyvalent des Sports de Yaoundé.

⁴²⁴ MINHDU, « Code de l'habitation et de construction au Cameroun », *op.cit.*, p.36.

⁴²⁵ *Ibid.*

⁴²⁶ MINHDU, « Code de l'habitation et de construction au Cameroun », *op.cit.*, p.36.

Développement de l'habitat urbain : les objectifs poursuivis dans cet axe portent essentiellement sur la planification urbaine, l'amélioration de l'habitat et la Promotion d'un cadre de vie décent en milieu urbain ; Renforcement des capacités de management du développement urbain : les objectifs visent l'amélioration du cadre institutionnel et juridique de gestion des installations humaines⁴²⁷.

Le programme gouvernemental de développement de l'habitat comprend des actions complémentaires pour résoudre les problèmes actuels du Cameroun dans le domaine de l'habitat. Il vise explicitement trois objectifs complémentaires, à savoir⁴²⁸ :

Assurer la maîtrise de l'occupation des sols par le développement de la planification urbaine ; améliorer quantitativement et qualitativement la production des espaces urbanisés par la réalisation des opérations d'aménagement urbain ; accroître l'offre de logements décents en milieu urbain et de bureaux par la construction des bâtiments neufs⁴²⁹.

De manière spécifique, le Programme de Développement de l'Habitat (PDH) a pour objectifs de : « *rationaliser l'occupation de l'espace urbain et réduire de façon significative la proportion de l'habitat indécemment en milieu urbain*⁴³⁰ ». L'essor du développement urbain, vu sous cet angle, est une affaire de toutes les composantes de la vie en ville, au travers d'une trajectoire de conception, de réalisation et d'entretien bien cadré.

1-4- Stratégie Nationale de Développement (SND30)

Dans l'optique de la mise en œuvre des grandes orientations contenues dans la « Vision 2035 », les pouvoirs publics ont élaboré pour la période 2020-2030, la SND30 alignée aux ODD et considérée comme le cadre de référence de la politique et de l'action gouvernementale, ainsi que le lieu de convergence de la coopération avec les partenaires au développement. Les orientations de la SND30 qui interpellent le sous-secteur urbain sont les suivantes :

En matière de développement urbain, le défi est de créer un espace économique national intégré, à travers : une maîtrise du développement des villes pour en faire des centres de production et de consommation nécessaires à l'essor du secteur industriel ; une promotion de l'émergence des agglomérations périphériques, le développement des villes moyennes ou secondaires capables de structurer les activités économiques dans l'espace urbain et de concourir au développement des zones rurales environnantes⁴³¹.

En matière d'habitat, il s'agit d'améliorer les conditions de vie des populations

⁴²⁷ MINH DU, « Code de l'habitation et de construction au Cameroun », *op.cit.*

⁴²⁸ *Ibid.*, pp.37-38.

⁴²⁹ *Ibid.*, p.36.

⁴³⁰ *Ibid.*, p.38.

⁴³¹ MINEPAT, Stratégie Nationale de Développement 2020-2030 pour la transformation structurelle et le développement inclusif SND30, 1^{ère} janvier 2020, p.32.

et leur accès aux services sociaux de base en assurant une réduction significative de la pauvreté et du sous-emploi⁴³².

Cependant, après l'observation des réalisations relatives à la mise en œuvre des politiques de développement urbain relevées ci-dessus, force est de reconnaître que ces politiques d'urbanisation ont montré leurs limites dans le temps⁴³³. Car, malgré les efforts du gouvernement, la production qualitative et quantitative des infrastructures de logement et urbaines annoncée dans les plans quinquennaux avec la création des organismes tels que le MINUH, la SIC, la MAETUR et le CFC, reste toujours limitée. Les pouvoirs publics restent confrontés aux difficultés liées à la réhabilitation des infrastructures routières et à la production de logements sociaux décents à Yaoundé et Douala. Il en est de même de la promotion du cadre de vie décents, de la maîtrise de l'occupation des sols et de l'accès aux services sociaux de base annoncés par la stratégie du développement du sous-secteur urbain et la SND30. L'environnement urbain se trouve pollué par des déchets et nuisances de toute sorte. Le désordre urbain et l'occupation anarchiques des sols et des voies publiques dictent leurs lois.

2 -Deuxième catégorie de politiques nationales de planification et d'aménagement en faveur de logements convenables

Plusieurs politiques ont été adoptées par le Cameroun en faveur de la promotion de logements. Il s'agit entre autres des politiques de promotion de logements décents, de l'amélioration des conditions d'accès aux logements décents et du renforcement des conditions d'accès au financement de logements décents.

2-1-Politiques de promotion de logements décents

Pour garantir le droit à un logement décent et assurer un cadre de vie convenable aux populations citadines, les pouvoirs publics camerounais ont mis sur pied des stratégies nationales en s'inspirant de certains instruments juridiques internationaux qui prônent le respect des Droits de l'Homme, tels que la Déclaration universelle des Droits de l'Homme⁴³⁴ et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels⁴³⁵. Dans cette

⁴³² MINEPAT, Stratégie Nationale de Développement 2020-2030 pour la transformation structurelle et le développement inclusif SND30, *op.cit.*

⁴³³ Honoré Mimche, Christian Bios Nelem et Mohamed Njoya Mama, « Les Elites urbaines et le développement local au Cameroun », in GEoINoVA12, 2006, p.113.

⁴³⁴ Déclaration universelle des Droits de l'Homme, Article 25, p.1.

⁴³⁵ Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, Article 11, p.1.

optique, le Conseil Économique des Nations Unies a particulièrement recommandé au Gouvernement camerounais de :

*Mettre en place une stratégie nationale et un plan d'action en vue de garantir le droit à un logement décent et de veiller à ce que la construction de nouveaux logements sociaux soit destinée prioritairement aux personnes et groupes défavorisés et marginalisés, notamment aux habitants des taudis ; d'augmenter sensiblement le budget national alloué au logement de façon à faire face à l'ampleur du problème*⁴³⁶.

À cet effet, l'État du Cameroun en synergie avec ses partenaires au développement urbain, a initié des stratégies qui visent à favoriser les conditions d'accès au logement convenable, avec des options de financement durables⁴³⁷.

Malgré cette prescription des institutions internationales et les engagements du Cameroun pour que les logements sociaux soient prioritairement destinés aux personnes défavorisées et vulnérables, les logements sociaux ne le sont que de nom à Yaoundé et Douala. Ils sont cédés à ceux qui sont socialement et financièrement bien placés.

2-2-Stratégies d'amélioration des conditions d'accès au logement décent

Le logement occupe une place fondamentale dans la vie des individus. Par conséquent, il permet d'assurer la satisfaction des besoins psychologiques, sanitaires et sécuritaires⁴³⁸.

Pour répondre à cette forte demande de logement, le gouvernement a créé plusieurs institutions destinées à produire de logements décents pour le plus grand nombre des populations. Il s'agit de la Mission d'Aménagement et d'Étude des Terrains Urbains et Ruraux (MAETUR). Elle a été créée par décret n° 77/193 du 23 juin 1977 modifiée et complétée par le décret n° 82/599 du 25 novembre 1982. Elle a pour missions de réaliser des opérations d'aménagement et d'équipement de terrains en vue de la promotion immobilière et de l'habitat sur toute l'étendue du territoire camerounais. Le Crédit Foncier du Cameroun (CFC) a été créé pour le financement des opérations d'aménagement et de construction des logements. La Société Immobilière du Cameroun (SIC), a été créée par Arrêté du 15 juillet 1952 du Ministre de France d'outre-mer Pierre Pflimlin pour construire des logements. Le Laboratoire National de Génie Civil (LABOGENIE) a été créé par le Décret présidentiel N° 80/ 251 du 10 juillet 1980 pour l'optimisation de la qualité des constructions, à travers la recherche et la réalisation

⁴³⁶Session du 14 novembre au 2 décembre 2012, consacrée à l'examen des rapports présentés par les États membres, en conformité aux articles 16 et 17 du Pacte, sur les questions relatives au logement décent.

⁴³⁷MNHDU, « Politique Nationale de l'habitat », 2018, p.60, Consulté en ligne sur <http://www.novapdf.com>, le 23/02/2023.

⁴³⁸ Abraham Maslow, « A theory of human motivation », in *Psychological Review*, Vol.50, n° 4, York University, 1943, p. 370-396.

des essais et études expérimentales concernant les fondations, les matériaux de construction des bâtiments, des routes et autres ouvrages du génie civil. Enfin, la Mission de Promotion des Matériaux Locaux (MIPROMALO), créée par décret n° 90/1353 du 18 septembre 1990, a pour mission de promouvoir des matériaux locaux pour la réalisation des infrastructures de qualité.

Nonobstant les efforts fournis par l'Etat pour faciliter l'accès aux logements décents, les logements produits par ces institutions n'ont pas pu satisfaire la forte demande des populations des villes de Yaoundé et Douala pour plusieurs raisons. La première cause est liée à la crise économique qui a ralenti considérablement les actions de ces institutions de promotion de logements décents. La deuxième raison est liée à la croissance démographique rapide. Selon Assako Assako, ces deux capitales concentrent à elles seules près de 38,5 % de la population urbaine du pays, avec un taux d'urbanisation de 5,2 % en moyenne par an⁴³⁹. A cet effet, la demande de logements est de loin supérieure à l'offre. Ce qui crée un déséquilibre entre l'offre et la demande.

2-3-Stratégies de renforcement des conditions d'accès au financement du logement

Après la longue crise économique qu'a connue le Cameroun de 1987 à 2006, les différentes structures de promotion des logements telles que le CFC, la MAETUR, la SIC et la MIPROMALO ont été mis en restructuration avec pour principal objectif de renforcer leurs capacités opérationnelles en matière de production des logements et des parcelles de terrains.

Selon les données collectées, le CFC, principal organisme de financement de logements au Cameroun, a reçu en 2009, une dotation budgétaire de l'État d'un montant de 28 milliards de FCFA pour appuyer la réalisation du programme de construction de 10.000 logements sociaux dans sa première phase. En 2015, 4000 logements ont déjà été construits dans les villes de Yaoundé et de Douala⁴⁴⁰. Le CFC, le FEICOM et l'Association des Communes et Villes Unies du Cameroun ont formulé ensemble le programme de construction des cités municipales à travers lequel une ligne de crédit de 10 milliards est ouverte par le CFC au bénéfice du FEICOM en vue de renforcer l'offre de logements décents municipaux dans les villes secondaires⁴⁴¹.

La MAETUR a bénéficié en 2014 d'une dotation d'un parc d'engins de génie civil

⁴³⁹René Joly Assako Assako, *Du métropolisation de Yaoundé. Cadre épistémologique et conceptuel*, in René Joly Assako Assako (dir.), *Yaoundé : La métropole et son Arrière-Pays*, Paris, Dianoïa, 2011, p.20.

⁴⁴⁰MINDHU, Rapport sur les actions des institutions de promotion de l'habitat urbain au Cameroun, 2020, p. 20.

⁴⁴¹MINDHU, Rapport sur les actions des institutions de promotion de l'habitat urbain au Cameroun, *op.cit*, p.21.

d'une valeur de 1,5 milliard de FCFA pour renforcer ses capacités opérationnelles. Elle a mis sur pied la même année, le programme expérimental de production d'habitations accessibles aux ménages à faibles revenus qui consiste en la sécurisation de 1000 hectares de terrain, dont l'aménagement en première phase de 300 hectares de terrain à Douala, Yaoundé et Kribi pour la construction de 1000 logements et la production de 5000 parcelles constructibles⁴⁴².

La MIPROMALO a été dotée d'un stock important d'équipements pour la recherche et la production en masse des matériaux locaux de construction. D'autres actions engagées par le Gouvernement visent à baisser les coûts des matériaux. Ainsi, deux cimenteries supplémentaires ont été créées à Douala en 2014 et 2015. Ce qui a conduit à la baisse du prix du ciment. Du point de vue fiscal, un décret et une loi élargissant le champ des incitations fiscales et douanières aux investissements liés à la promotion des logements sociaux ont été signés en 2008 et 2013.

Malgré les restructurations de ces organismes de promotion de logements décents et les ressources mises à leur disposition pour produire au camerounais des cadres de vie convenables, ces institutions restent toujours limitées par le manque des ressources financières et foncières. Les actions du MINPROMALO ne sont pas visibles sur le terrain. Ce qui laisse place à la domination des matériaux de construction importés avec pour conséquences le renchérissement de ceux-ci.

B-Autres stratégies nationales de planification, d'assainissement et de développement urbain.

Dans le souci de promouvoir les établissements humains favorables aux objectifs de santé en milieu urbain, le Gouvernement camerounais en collaboration avec ses partenaires techniques et financiers a adopté et mis en œuvre plusieurs autres politiques en vue de renforcer les conditions d'amélioration d'accès aux cadres de vie convenables et aux services sociaux de base appropriés en milieu urbain. Il s'agit des dispositions juridiques et législatives en faveur de l'urbanisme, des politiques de renforcement et de gestion de l'espace urbain et du domaine foncier, des politiques des renforcements de la décentralisation et du système sécuritaire, des stratégies de gestion démographique et d'urbanisation rapide, des politiques en faveur des couches vulnérables et de renforcement des conditions d'assainissement et d'accès aux services sociaux

⁴⁴²MINDHU, Rapport sur les actions des institutions de promotion de l'habitat urbain au Cameroun, *op.cit*, p.21., p. 22.

de base.

1-Encadrement juridique et législatif de l'urbanisme

Le secteur de l'urbanisme est encadré par un arsenal juridique au Cameroun. La Loi n°66/10 du 18 novembre 1966 est le premier cadre légal qui régit la pratique de l'urbanisme. Elle est complétée en 1968 par un ensemble de dispositifs légaux qui gouvernent la gestion de l'urbanisme. Il s'agit notamment des dispositifs liés à l'élaboration des plans d'urbanisme, la création des lotissements et l'instruction des actes d'urbanisme à l'instar de : permis de bâtir, l'autorisation de lotir, l'institution des zones à urbaniser en priorité.

Pour réglementer l'urbanisme en République Unie du Cameroun, ce dernier a pris l'Ordonnance n° 73/20 du 29 mai 1973. Comme principale innovation, cette Ordonnance a institutionnalisé la commission consultative sur l'habitat. Le fait que ladite Ordonnance était caractérisée par une imprécision sur les autres textes d'application de la Loi de 1966, a créé un vide juridique à l'origine de l'anarchie urbaine observée aujourd'hui dans toutes les villes du Cameroun et dont celles de Douala et de Yaoundé en part iculier.

Pour résoudre ce problème de désordre urbain généralisé, la Loi n°2004/003 du 21 avril 2004 régissant l'urbanisme au Cameroun et ses cinq décrets d'application signés en 2008, ont été adoptés. L'adoption de ces textes, en faveur de la planification urbaine a permis non seulement de combler le vide juridique qui a duré plus de trente ans, mais aussi et surtout de créer des conditions susceptibles de maîtriser l'urbanisation. La loi 2004 destinée à s'appliquer aux établissements humains, d'au moins 2000 habitants a créé quatre types de documents de planification urbaine à savoir : le Plan Directeur d'Urbanisme (PDU), le Plan d'Occupation des Sols (POS), le Plan Sommaire d'Urbanisme (PSU) et le Plan de Secteur (PS). L'appropriation de ces textes a permis de relancer effectivement la planification urbaine. Selon le rapport national du Cameroun pour l'Habitat III,

*les premiers PDU et POS élaborés concernent généralement les villes de plus de 100 000 habitants et plus particulièrement les Communautés Urbaines, les chefs-lieux de région ou de département à fort potentiel de développement qui constituent les centres autour desquels se construit l'armature urbaine du Cameroun*⁴⁴³.

Conformément aux recommandations de la Loi de 2004 régissant l'urbanisme au Cameroun, les autorités des villes de Douala et de Yaoundé ont élaboré et mis en œuvre leur

⁴⁴³ Rapport national du Cameroun pour l'Habitat III, « Troisième Conférence des Nations Unies sur le logement durable en milieu urbain », *op.cit.*, p.11.

propre Plan Directeur d'Urbanisme. Il s'agit notamment des Plans Directeurs d'Urbanisme de Yaoundé 2020 et de Douala à l'horizon 2025⁴⁴⁴. Le Plan Directeur d'Urbanisme de Douala s'articule autour de six axes d'intervention prioritaire susceptibles pour la promotion d'un urbanisme convenable⁴⁴⁵. Il s'agit notamment de : faire les extensions urbaines en aménageant de nouveaux espaces pour loger les futurs habitants de la ville Douala ; faciliter l'accès aux quartiers défavorisés en les équipant des services sociaux urbains de base ; restructurer les zones périphériques de la ville qui se trouvent dans une situation de désordre urbain ou d'anarchie. Il est question aussi d'engager des projets significatifs pour remodeler l'image du cœur de la ville de Douala afin de susciter l'intérêt des investisseurs ; réaliser de grandes infrastructures pour soutenir les efforts engagés avec le PDU ; renforcer la gouvernance au niveau de la CUD et de l'ensemble portuaire.

En outre, d'autres stratégies de planification urbaine comme le Document de Développement des Villes (SDV) et les Plans Communaux de Développement (PCD) ont été mises en œuvre. Ces stratégies s'appliquent à d'autres communautés urbaines. C'est le cas des aires de Douala comprenant Edéa et de Yaoundé comprenant Soa, Mbankomo, Mfou, Nkolafamba⁴⁴⁶.

L'implémentation de ces stratégies a permis entre autres, de désenclaver certains quartiers. Il s'agit de Ntaba et ceux situés le long du canal du Mfoundi à Yaoundé tels que Olézoa, Efoulan, Mvan et Ahala ; l'aménagement d'un centre d'affaires à Douala à l'instar de Sawa Beach ; l'aménagement de la vallée de la Mingoa dans le centre-ville de Yaoundé ; l'aménagement des villes nouvelles de Nkozoa, Olembé.

Malgré l'adoption de cet arsenal juridique en faveur de la promotion des questions d'urbanisme par les pouvoirs publics camerounais, ces derniers font toujours face à un désordre urbain qui se caractérise par des occupations anarchiques du sol et des voies publiques préjudiciables au bien-être des populations citadines des villes de Yaoundé et Douala.

2- Stratégies de renforcement et de gestion de l'espace urbain et du domaine foncier

Pour remédier aux problèmes de désordre urbain et foncier au Cameroun aux fins d'occupation appropriée et rationnelle de l'espace urbain, les pouvoirs publics camerounais ont

⁴⁴⁴Communauté Urbaine de Douala, Plan Directeur d'Urbanisme, Douala 2020, p. 3.

⁴⁴⁵ *Ibid.*, p.19.

⁴⁴⁶ Rapport national du Cameroun pour l'Habitat III, « Troisième Conférence des Nations Unies sur le logement durable en milieu urbain », *op.cit.*, p.12.

pris d'importantes mesures. Elles concernent les actes administratifs relatifs à la police d'utilisation du sol et de construction au Cameroun⁴⁴⁷. Il s'agit entre autres, du certificat d'urbanisme, de l'autorisation de lotir, des permis d'implanter et de construire.

2-1-Certificat d'urbanisme

Délivré par le Maire de la commune concernée dans un délai de quinze jours à compter de la date de dépôt du dossier, le Certificat d'Urbanisme est un document administratif à valeur essentiellement informative qui indique la situation juridique d'un terrain au regard des règles d'urbanisme qui lui sont applicables. Il indique conformément à la réglementation foncière, les terrains qui doivent être affectés à la construction en contexte urbain. Il est obligatoire pour toute transaction immobilière, mais ne l'est pas pour les concessionnaires de services publics⁴⁴⁸.

Le certificat d'urbanisme doit répondre en outre, aux questions posées par le demandeur dans le formulaire de demande. Selon le cas, il doit indiquer⁴⁴⁹ : la constructibilité du terrain ; les possibilités de réaliser une opération déterminée ; la surface hors œuvre nette résiduelle en cas de division d'un terrain bâti et lorsqu'un coefficient d'occupation des sols est applicable au terrain. Lorsque le certificat d'urbanisme déclare que le terrain peut être utilisé pour la réalisation d'une opération déterminée, il doit indiquer : les dispositions d'urbanisme à respecter en ce qui concerne l'implantation des bâtiments, leur aspect extérieur, leurs dimensions et l'aménagement de leurs abords ; les conditions juridiques, techniques et financières nécessaires à la réalisation de l'opération et les formalités administratives à accomplir préalablement à sa réalisation.

2-2- Autorisation de lotir

Le lotissement est une opération qui a pour but de lotir une propriété foncière en plusieurs lots. Tout lotissement de plus de quatre lots est subordonné à l'approbation de l'autorité compétente, sous peine de nullité des actes y afférents. D'où l'autorisation de lotir. Il s'agit de l'autorisation donnée par la Mairie à une personne privée, une personne morale, publique ou privée ou à un groupement d'initiative foncière urbaine pour réaliser un lotissement sur un terrain titré.

La composition du dossier relative à la demande de l'autorisation de lotir doit comporter les renseignements ci-après : la densité d'occupation et l'estimation de la capacité d'accueil ;

⁴⁴⁷Loi N° 2004-003 du 21 avril 2004 régissant l'urbanisme au Cameroun, Article 99, Alinéa 1, *op.cit.*, p.17.

⁴⁴⁸ *Ibid*, pp. 17-18.

⁴⁴⁹ Tome 1, Urbanisme Opérationnel- Le Certificat d'Urbanisme, p.18

le type de construction et l'équipement de loisir ; le schéma des solutions proposées aux problèmes de l'alimentation en eau et en électricité, le traitement des eaux usées, des égouts, de l'évacuation des déchets et du réseau de lutte contre l'incendie. Aux côtes de ces renseignements, il faut aussi ajouter l'évaluation des effets financiers, économiques et sociaux prévisibles ; l'estimation des conséquences sur l'environnement ; le plan présentant l'altimétrie⁴⁵⁰, la planimétrie⁴⁵¹, les lots à créer, la voirie, les espaces verts, les aires de stationnement, les terrains de sport et les raccordements éventuels aux voies ferrées et d'eau.

En cas d'infraction commise par un acquéreur au cours de la mise en valeur de sa parcelle acquise, le lotisseur est tenu, d'informer l'autorité administrative compétente concernée au risque d'engager sa propre responsabilité.

2-3-Le permis de construire

C'est un acte administratif qui autorise le demandeur de procéder à la construction après vérification de la conformité du projet avec les règles en vigueur en matière d'urbanisme. Toute personne désirant entreprendre un projet de construction doit préalablement acquérir un permis de construire délivré par le Maire de la Commune concernée⁴⁵². Le Décret n° 2008 / 0739 / PM fixant les règles d'utilisation du sol et de la construction, précise à cet effet que,

*Toute personne désirant entreprendre une construction, même si celle-ci ne comporte pas de fondation, doit au préalable, obtenir un permis de construire, délivré par le Maire de la Commune concernée. Le permis de construire est également exigé pour les travaux exécutés sur les constructions existantes lorsqu'ils ont pour effet d'en changer la destination, de modifier leur aspect extérieur ou leur volume, ou de créer les niveaux supplémentaires.*⁴⁵³

Il en est de même concernant les travaux de construction qui ont pour but de changer la destination, de modifier leur aspect extérieur ou leur volume, ou de créer des niveaux supplémentaires⁴⁵⁴. Selon les articles 108 et 109 de la loi d'urbanisme du 21 avril 2004 au Cameroun,

Le Permis de construire ne peut être accordé que si les constructions projetées sont conformes aux dispositions d'urbanisme concernant l'implantation des

⁴⁵⁰ L'altimétrie indique les courbes de niveau espacées d'un mètre pour les terrains de grande superficie ou relativement plats.

⁴⁵¹ La planimétrie indique les voies et les constructions existantes, ainsi que toutes les dénivellations sensibles, l'emplacement des arbres de haute tige, les lignes de réseaux.

⁴⁵² Loi N° 2004-003 du 21 avril 2004 régissant l'urbanisme au Cameroun, Articles 107, Alinéa 1, *op-cit*, p.18.

⁴⁵³ Décret n° 2008 / 0739 / PM DU 23 avril 2008 fixant les règles d'utilisation du sol et de la construction, Articles 22, Alinéas 1-2.

⁴⁵⁴ Loi N° 2004-003 du 21 avril 2004 régissant l'urbanisme au Cameroun, Articles 107, Alinéa 2, *op.-cit.*, p.18.

*ouvrages, leur nature, leur destination, leur architecture, l'aménagement de leurs abords, et respectent les règles générales de construction en vigueur. Il ne peut être accordé que pour les travaux dont le plan a été élaboré sous la responsabilité d'un architecte inscrit au tableau de l'Ordre national des architectes*⁴⁵⁵.

Le défaut de présentation du permis de construire ou d'implanter dans le cadre de la construction d'un édifice constitue une infraction aux règles d'urbanisme. Le Maire territorialement compétent a tous les pouvoirs d'arrêter ou de démolir le chantier. C'est dans cette optique que la loi n° 2004/018 du 22 juillet 2004 fixant les règles applicables aux communes, dispose que

*La police municipale ayant pour objet d'assurer le bon ordre, la sûreté, la tranquillité, la sécurité et la salubrité publiques, le Maire a pour mission la démolition des édifices construits sans permis de construire et d'implanter*⁴⁵⁶.

Le défaut de permis de construire ou d'implanter ne doit pas impliquer la destruction automatique de l'édifice. Selon les articles 9 et 10 du décret n° 2008 /0740/PM du 23 avril 2008, la sanction pécuniaire proportionnelle à l'état d'avancement des travaux reste la première solution à appliquer par le Maire concerné. Ce taux est fixé à 30% du coût du permis selon l'article 89 de la Loi n° 2009 / 019 du 15 décembre 2009 portant fiscalité locale. La destruction du bâtiment ne peut intervenir dans le cas où les règles d'urbanisme en vigueur, notamment concernant l'hygiène et la salubrité, les servitudes de reculement, ne sont pas respectées.

En dépit de l'adoption des actes administratifs relatifs à police d'utilisation du sol et de construction par l'Etat du Cameroun, leur application est confrontée aux difficultés liées à l'incivisme des populations citadines, à la corruption et à l'inertie des acteurs de l'administration en charge de la gestion de l'espace urbain et du domaine foncier.

3-Politique de renforcement de la décentralisation

Pour faciliter le développement urbain sur tous les plans au niveau local, l'État du Cameroun a adopté d'importantes lois régissant la décentralisation le 22 juillet 2004. La loi n°2004/018 du 22 juillet 2004 est celle qui fixe les règles applicables aux communes et définit les compétences des communes⁴⁵⁷ et des communautés urbaines en matière de développement urbain⁴⁵⁸. Ces compétences transférées depuis 2010 concernent les promotions des domaines notamment : la planification urbaine ; la création, l'entretien, la gestion des espaces verts, parcs,

⁴⁵⁵ Loi N° 2004-003 du 21 avril 2004 régissant l'urbanisme au Cameroun, Articles 107, Alinéa 2, *op.cit.*, Articles 108-109, Alinéa 1 et 2, p.18.

⁴⁵⁶ Loi n° 2004/018 du 22 juillet 2004 fixant les règles applicables aux communes, Article 86 et 87, Alinéas 1 et 2, *op.cit.*, p.18.

⁴⁵⁷ La Loi n°2004/018 du 22 juillet 2004 fixant les règles applicables aux Communes, Article 1, *op.cit.*, p.3.

⁴⁵⁸ *Ibid.*, Article 110, p.22.

jardins et routes ; l'alimentation en eau potable dans les centres non couverts par le contrat de concession ; le suivi et le contrôle de gestion de déchets. Il s'agit également du nettoyage des rues, chemins et espaces publics ; de la promotion de la santé publique, de l'éducation de base et de la culture ; de la lutte contre l'insalubrité, les pollutions et les nuisances. Cette loi fixe aussi les règles applicables aux régions et définit les compétences qui leur sont transférées dans les domaines du développement économique ; de la gestion de l'environnement et des ressources naturelles ; de la planification et de l'aménagement du territoire, des travaux publics, de l'urbanisme et de l'habitat ; du développement sanitaire, social, éducatif, sportif et culturel⁴⁵⁹.

Dans le but de répondre aux difficultés liées à la qualité des ressources humaines des CTD, les pouvoirs publics ont créé et renforcé les capacités de la National School of Local Administration (NASLA). Anciennement appelé Centre de Formation pour l'Administration Municipale (CEFAM) qui a formé et recyclé les cadres et agents communaux depuis 1996, la NASLA ne limite pas ses formations aux seuls agents des CTD. Elle étend désormais ses formations aux personnels des autres CTD des autres administrations. En plus, pour la première fois, le Cameroun forme lui-même ses cadres supérieurs de l'administration locale via le cycle A, B et C de la NSALA. De même, le Programme National de Formation aux Métiers de la Ville a formé plusieurs personnels. Entre 2003-2007, le Programme de Gouvernance Urbaine a également formé 735 élus locaux et techniciens des communes au leadership local⁴⁶⁰.

Toutefois, l'application de cette importante loi pour le renforcement de la décentralisation en faveur du développement urbain, est plombée par les obstacles liés à l'ineffectivité des transferts de compétences et des ressources aux CTD par l'Etat.

4-Stratégies de gestion d'urbanisation rapide

Le taux d'urbanisation au Cameroun connaît une forte augmentation. Le graphique ci-dessus illustre cette dernière. Selon le rapport national du Cameroun pour l'Habitat III, il est passé de 28,5% en 1976 à 37,8% en 1987, 48,8% en 2005 (RGPH 1976, 1987, 2005). En 2010, le taux d'urbanisation est de 52%, les villes abritant 10 091 172 sur 19 648 287 habitants avec 17 villes d'au moins 100 000 habitants⁴⁶¹. Les villes de Douala et Yaoundé abritaient

⁴⁵⁹ La Loi n°2004/019 du 22 juillet 2004 fixant les règles applicables aux régions, Titre III, Articles 18-24.

⁴⁶⁰ Rapport national du Cameroun pour l'Habitat III, « Troisième Conférence des Nations Unies sur le logement durable en milieu urbain », *op.cit.*, p.24.

⁴⁶¹ Rapport national du Cameroun pour l'Habitat III, « Troisième Conférence des Nations Unies sur le logement durable en milieu urbain », *op.cit.*, p. 1.

21,3% de la population totale du Cameroun en 2005 et 43,7% de la population urbaine en 2010⁴⁶².

Pour relever les défis liés à cette rapide urbanisation, le gouvernement a formulé des politiques publiques intégrées. Ces politiques visent d'une part la réduction de la pauvreté avec l'élaboration du DSRP en 2003 et la mise sur pieds en 2009 d'une vision de développement à l'horizon 2035, avec l'élaboration du Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi (DSCE). La mise en œuvre de la première phase du DSCE entre la période 2010-2020 prévaut la maîtrise du taux d'urbanisation à 57,3% en 2020 en faisant des villes des centres de production et de consommation nécessaires à l'essor du secteur industriel. Elle prévaut également l'émergence des agglomérations périphériques et le développement des villes moyennes ou secondaires capables de structurer les activités économiques dans l'espace urbain et de concourir au développement des zones rurales environnantes⁴⁶³.

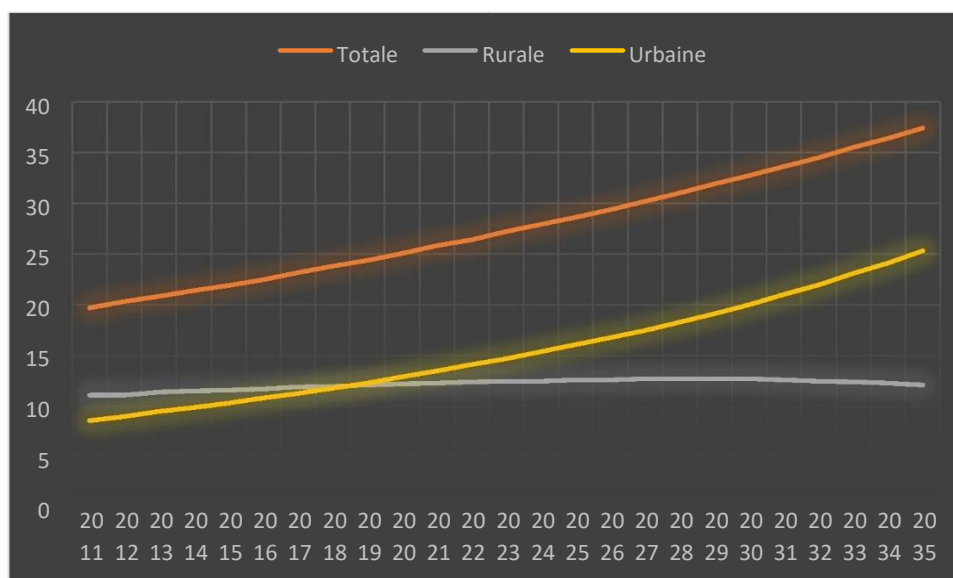
Ainsi, un ensemble de programmes a été formulé et mis en œuvre par le Gouvernement pour permettre de réduire l'exode rural et d'améliorer les conditions de vie des populations en milieu urbain⁴⁶⁴. Le Projet de Développement des secteurs Urbains et d'approvisionnement en Eau (PDUE), qui vise à développer l'accès des populations urbaines et celles des quartiers précaires aux infrastructures et services de base, dont l'approvisionnement en eau. Le Programme d'aménagement de 50 000 parcelles constructibles, qui ambitionne de procéder à l'aménagement et à l'équipement de 3400 hectares de terrains couvrant au moins 50 000 lots sociaux dont la superficie est comprise entre 300 et 350 m². Le Programme de construction de logements de 10 000 logements sociaux, qui vise la mise en œuvre d'une nouvelle politique d'accès au logement, notamment en faveur du plus grand nombre et des revenus les plus modestes. Le Projet d'Investissement de Douala (PID) qui a permis la réhabilitation de 30 km du réseau de la voirie principale reliant le port autonome de Douala aux zones industrielles et au réseau inter urbain. Le Projet a également permis le renforcement des capacités du personnel communal en matière de gestion et d'entretien du réseau routier et l'élaboration d'une stratégie de développement de la ville de Douala.

⁴⁶² Rapport national du Cameroun pour l'Habitat III, « Troisième Conférence des Nations Unies sur le logement durable en milieu urbain », *op.cit.*,

⁴⁶³ *Ibid.*, p.3

⁴⁶⁴ *Ibid.*, pp .3-4

Figure 1: Projection de la population du Cameroun jusqu'en 2035 (en millions)



Source : BUCREP

5-Politiques en faveur des couches vulnérables

Les principales difficultés auxquelles les couches vulnérables telles que les personnes âgées, handicapées et les enfants sont confrontées en milieu urbain, sont relatives à la santé, la pauvreté et à l'isolement. Pour résoudre ces problèmes, le gouvernement a formulé et mis en œuvre des politiques d'assistance. Ces politiques portent sur le renforcement du cadre institutionnel et d'encadrement de personnes handicapées ; l'ouverture d'un centre spécialisé dans la prise en charge des handicapés à Yaoundé-Etoug-Ebe ; l'organisation des campagnes annuelles de dépistage systématique des cancers mammaires et génitaux, la subvention des soins des personnes âgées ; l'ouverture d'un pavillon de gériatrie à l'Hôpital Central de Yaoundé et la prise en charge des prestations médicales, paramédicales, chirurgicales et pharmaceutiques des personnels des forces armées titulaires d'une pension d'invalidité.

Pour ce qui est de la création des conditions de vie favorables aux handicapés, les pouvoirs publics ont pris des initiatives relatives à la promotion de la vie en communauté, à la facilitation de l'accès aux logements sociaux, au transport et à l'élimination de toutes les formes de discrimination, d'abandon, d'abus et de violences. Les actions qui ont été menées au

profit des personnes âgées concernant notamment : la production en 2012 du Document de Politique Nationale de Promotion et de Protection des Personnes âgées et de son plan d'actions en 2015. La remise des dons en appareillages, outillages agricoles, semences et autres matériels aux personnes âgées et aux structures d'encadrement lors des Journées de l'Action Sociale et des Journées Internationales des personnes âgées. L'organisation essentiellement communautaire mise en place en milieu urbain permettant aux membres d'une communauté de contribuer au développement endogène de leur espace de vie, à travers la prise en charge des personnes les plus vulnérables et les plus défavorisées notamment les personnes âgées, et la réalisation collective d'activités génératrices des revenus. La production et la vulgarisation du « Guide pour un vieillissement sain et actif » et la construction depuis 2021 de la « Maison des âges » de Nyom-Yaoundé.

Concernant les personnes handicapées, plusieurs initiatives ont été prises par le gouvernement en faveur de l'amélioration de leurs conditions de vie. Il s'agit entre autres : du renforcement du cadre institutionnel d'encadrement des personnes handicapées à travers la création du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées Cardinal Paul Emile Leger (CNRPH)⁴⁶⁵ de Yaoundé Etoug-Ebe depuis 1971 ; de la promulgation de la Loi n° 2010/002 du 13 avril 2010 portant protection et promotion des personnes handicapées ; de l'accès à l'éducation par l'octroi de subventions aux institutions privées d'éducation spéciale, l'attribution d'appuis matériels et financiers aux élèves et étudiants handicapés ou nés de parents handicapés ; de l'adoption en janvier 2010 d'un guide pratique sur l'accessibilité des jeunes handicapés à l'éducation ; de l'institutionnalisation en 2010 d'un nouveau régime de la Carte Nationale d'invalidité qui donne droit notamment à des exonérations fiscales, aux exemptions de frais d'éducation et de première formation professionnelle, à une réduction tarifaire en matière de transport, à la réduction des frais de prise en charge médicale ; de la promulgation de la Loi n°2011/018 du 15 juillet 2011 relative à l'organisation et à la promotion des activités physiques et sportives, qui rend obligatoire la pratique des activités physiques et sportives notamment dans les établissements scolaires et les institutions de réadaptation des personnes handicapées ; de l'accessibilité aux édifices publics, à travers l'adoption d'un guide pratique sur l'accessibilité à l'intention des maîtres d'œuvre, des maîtres d'ouvrage, des cabinets d'architecture et des décideurs ; de la fourniture d'équipements (tricycles, fauteuils roulants, cannes blanches, appareils auditifs), de 2008 à 2012 pour un

⁴⁶⁵ Établissement public administratif créé en 1971 et situé à Yaoundé au quartier Etoug-Ebe. Son but est de venir en aide aux handicapés.

montant de près de 100 000 000 frs CFA ; de la facilitation de l'accès à l'emploi, par le recrutement dans la Fonction publique de plus de 500 personnes handicapées, dans le cadre du recrutement spécial de 25 000 jeunes et 110 enseignants dans le cadre de l'opération de contractualisation des instituteurs de l'enseignement général ; de la promotion de l'auto-emploi ; de l'appui à la réalisation des activités génératrices de revenus⁴⁶⁶.

Bien que ces textes existent en faveur de la prise en charge des couches vulnérables, ils ne sont pas suffisamment vulgarisés auprès des concernés. Les exonérations fiscales, aux exemptions de frais d'éducation et de première formation professionnelle, à une réduction tarifaire en matière de transport, à la réduction des frais de prise en charge médicale sont méconnues de la plupart des couches vulnérables des villes de Yaoundé et Douala. Beaucoup continuent à être pris en charge par les proches parfois dépourvus des ressources financières.

6-Stratégies de renforcement des conditions d'assainissement et d'accès aux services sociaux de base

Ces stratégies portent sur le renforcement et l'amélioration d'accès à l'eau potable et aux systèmes élémentaires d'assainissement et de drainage, l'accès à l'énergie domestique, l'évacuations des ordures ménagères et des eaux pluviales.

6-1-Politique de renforcement et d'amélioration d'accès à l'eau

Dans les villes du Cameroun en général et celles de Yaoundé et de Douala en particulier, l'offre d'eau potable ne permet pas de satisfaire la demande potentielle des populations qui ne cessent de croître. Ces difficultés sont liées au manque des moyens pour faire des extensions d'eau. À ce sujet, un rapport réalisé par le MINHDU fait remarquer :

Seulement 55% des ménages pauvres y ont accès, contre 77% des non pauvres. Ces pourcentages incluent les ménages qui se ravitaillent aux bornes fontaines ou achètent l'eau chez le voisin. Seuls 25% des ménages urbains disposent d'un branchement individuel. Les ménages pauvres résident en moyenne à 2,5 km d'un point de branchement au réseau d'eau. A Douala, près de 10% de la population déclaraient s'approvisionner dans les puits, sources, rivières ou marigots⁴⁶⁷.

Pour améliorer cette situation, l'État du Cameroun a pris plusieurs initiatives, qui ont

⁴⁶⁶ Le MINAS a mis à la disposition des communes une dotation en investissement destinée à l'acquisition des appareils et équipements adaptés pour un total de 358 000 000 F CFA (soit environ 546 564, 88 Euros) pour la période 2010-2012. Par ailleurs, une dotation de fonctionnement a été également transférée en vue d'apporter des aides ponctuelles à l'ensemble des catégories vulnérables (personnes handicapées, personnes âgées, OEV, EBMS, PAV, etc.) soit un total de 212 600 000 FCFA (Soit environ 324 580,15 Euros) pour la même période.

⁴⁶⁷ MINHDU, Rapport national d'examen volontaire sur la mise en œuvre l'ODD 11 et du nouveau programme pour les villes au Cameroun, octobre 2016 – Avril 2022, p. 45, Consulté en ligne sur Users/Dell/Desktop/RAPPORT%20NATIONAL.pdf, le 24/02/2023.

permis de réaliser beaucoup de projets. C'est le cas entre autres du projet d'Eau Potable et Assainissement en Milieu Semi-Urbain (PAEPAMSU) ; le projet AEPA à Yaoundé, Bertoua, Edéa et Ngaoundéré⁴⁶⁸ ; l'amélioration de l'approvisionnement en eau de la ville de Douala à travers le vaste projet de captage-traitement-transport de l'eau depuis Yatto sur le fleuve Mounjo⁴⁶⁹. Ce dernier, réalisé par le concours de la coopération chino-camerounaise a permis d'apporter à sa première phase, 50 000 m³/jour et à sa deuxième phase, 100 000 m³/jour pour porter l'offre totale à 270 000 m³/jour au moins, susceptibles de couvrir les besoins de la capitale économique pendant dix ans⁴⁷⁰. Dans la ville de Yaoundé, la réduction du déficit en eau et les coupures conséquentes ont été observées à la suite de la réhabilitation de la station de traitement de la Mefou à Nkolbisson grâce à la coopération française et BEI⁴⁷¹.

L'objectif spécifique consiste à l'amélioration et le renforcement des systèmes d'adduction, à la création ou l'extension des réseaux d'eau dans les capitales politiques et économique. Selon un responsable en service au MINEE, l'Objectif général à atteindre par ce département ministériel en matière d'approvisionnement en eau dans les villes de Douala et de Yaoundé, porte sur :

*L'extension des unités de production en eau, des ouvrages de stockage et des canalisations des outils de distribution, la finalisation des études et travaux en cours, la définition et la mise en œuvre d'un programme de branchements sociaux et d'extension du réseau, la création des centres de formation des cadres supérieurs, des agents d'entretien et de maintenance en bon état des différents équipements*⁴⁷².

Malgré ces efforts fournis par le gouvernement et ses partenaires au développement pour fournir aux populations citadines des ressources qualitatives et quantitatives en eau, celle-ci demeure toujours insuffisante dans les villes de Yaoundé et Douala. Certains anciens quartiers de ces deux capitales sont sevrés de ce précieux liquide et ceux qui sont connectés au réseau de CAMWATER, sont régulièrement victimes des coupures inexplicables et préjudiciables à la réalisation des activités quotidiennes. Quand même elle existe, sa couleur orangée habituelle crée des doutes chez certains citadins qui refusent d'en faire usage au profit de l'eau des puits, des forages et des sources de fortunes aux conséquences sanitaires désastreuses.

⁴⁶⁸MINH DU, Rapport national d'examen volontaire sur la mise en œuvre l'ODD 11 et du nouveau programme pour les villes au Cameroun, *op.cit.*, p. 46.

⁴⁶⁹*Ibid.*

⁴⁷⁰*Ibid.*

⁴⁷¹*Ibid.*

⁴⁷² Entretien réalisé à Yaoundé avec un responsable en service au MINEE, le 10/12/2021.

6-2-Amélioration de l'accès à l'énergie domestique

Dans les villes de Yaoundé et Douala, plusieurs citoyens sont sans branchements électriques autonomes. Pendant que les uns optent pour les branchements anarchiques et clandestins, ceux qui n'ont pas les moyens de faire des extensions électriques s'alimentent auprès des voisins qui sont souvent dans des conditions d'irrégularité. Ce type de branchements dangereux imputables aux conditions telles que l'urbanisation anarchique et la pauvreté de ses habitants constituent l'une des causes des incendies et de la destruction des appareils. Un informateur en service au MINEE souligne cette situation observée dans les deux capitales en soulignant qu' : « À Yaoundé et à Douala près de la moitié des populations n'ont pas d'abonnement d'électricité individuel. Elles s'alimentent auprès de leurs voisins qui sont souvent dans des situations frauduleuses. Ces situations les disposent à des incendies⁴⁷³ ».

Pour pallier le problème du faible accès des ménages à l'énergie domestique, plusieurs programmes de construction des barrages hydro-électriques et des centrales thermiques ont été engagés sur le territoire national. Il s'agit entre autres, des réalisations des barrages de Lom Pangar, de Memvele, de Mekim, de Natchigal, de l'aménagement hydroélectrique de 75MW à Warak sur la Bini; du développement de l'hydroélectricité sur la Sanaga ; de l'électrification de 1000 localités par système solaire photovoltaïque⁴⁷⁴.

Ces efforts des pouvoirs publics en faveur de l'amélioration des conditions d'accès à l'énergie domestique demeurent insuffisants à Yaoundé et Douala. Le problème est tellement grave au point où les populations de ces deux villes sont habituées à faire plusieurs jours sans énergie électrique. L'arrivée de cette dernière est souvent célébrée par des cris de joie par les populations. Elles ont d'ailleurs développé des stratégies de résilience avec des moyens de substitution qui consistent à se doter des groupes électrogènes pour ceux qui ont des moyens et des ampoules économiques rechargeables pour ceux qui n'en ont pas.

6-3-Politiques d'assainissement

Dans les villes de Douala et Yaoundé, le sous-secteur d' assainissement se caractérise par un système semi-collectif en plus de l'assainissement pluvial. Ce secteur est plombé par plusieurs difficultés du fait de l'insuffisance et du vieillissement des équipements collectifs et individuels. Ces dysfonctionnements du système d'assainissement, permettent aux eaux usées et souillées de s'échapper et d'emprunter des canaux non appropriés tels que les voies publiques et

⁴⁷³ Entretien réalisé à Yaoundé avec un agent en service au MINEE, *op.cit.*

⁴⁷⁴ MINHDU, Rapport national d'examen volontaire sur la mise en œuvre l'ODD 11 et du nouveau programme pour les villes au Cameroun, *ibid.*, p. 49.

les drains, les laissant ainsi au contact des populations. Les populations pauvres sont les plus exposées faute d'acquérir les équipements individuels de qualité. Même les quartiers de haut standing comme Biyem-Assi et Bonandjo ne sont pas épargnés par cette réalité. Ce constat observé dans ces deux villes est relevé par un rapport fait par le MINHDU entre 2016 et 2022 en ces termes :

Un peu plus de la moitié seulement des ménages pauvres à Douala et les deux tiers à Yaoundé sont équipés d'installations sanitaires améliorées. Dans les villes secondaires, le taux d'équipement en latrines aménagées est proche de la moitié des ménages seulement. Les autres habitations ne disposent que d'un système d'assainissement sommaire consistant en des latrines non étanches qui, dans les zones basses des villes comme Douala, contaminent les ressources souterraines en eau. Globalement, les latrines et les fosses septiques, lorsqu'elles existent, sont rarement vidangées, et il n'existe pas d'équipement spécifique pour un traitement approprié des déchets liquides⁴⁷⁵.

Pour essayer de résoudre ce problème, l'État du Cameroun a fait équiper les villes de Douala et Yaoundé de stations d'épuration des eaux usées dans certaines grandes structures comme les hôpitaux, les campus universitaires, les lycées, les ministères, les Palais présidentiel, etc.) et certaines zones d'habitat planifié à l'instar des cités SIC.

Cependant, certaines de ces stations sont hors service pour cause d'absence de maintenance. Les eaux-vannes sont donc directement déversées dans les collecteurs, aggravant les conditions d'hygiène des populations. Les eaux usées sont pour la plupart rejetées dans les bas-fonds et dans les lits des cours d'eau sans traitement. La contamination des ressources naturelles menace à terme l'approvisionnement en eau potable des grandes villes et augmente les risques de contamination des eaux de captage ainsi que la prolifération des maladies issues de la mauvaise qualité des eaux.

6-4-Évacuation des ordures ménagères

Le volume des déchets produits ou collectés quotidiennement dans les villes de Douala et de Yaoundé est très important. Il suffit de parcourir les rues de ces deux villes deux jours après l'absence de services d'HYCAM pour faire ce constat. C'est ce qu'indique le rapport du MINHDU en ces termes : « les tonnages moyens des ordures à Douala et Yaoundé collectées quotidiennement dans chacune des villes en 2021 est de 3359 m³⁴⁷⁶ ». Avec la mise en place d'un comité par le Premier Ministre, Chef du gouvernement, la Société HYSACAM a été transformée en société mixte. Cette mesure qui vise à maximiser la collecte avec l'appui

⁴⁷⁵ MINHDU, Rapport national d'examen volontaire sur la mise en œuvre l'ODD 11 et du nouveau programme pour les villes au Cameroun, *op.cit.*, p. 46.

⁴⁷⁶ *Ibid.*

financier des collectivités territoriales décentralisées a permis à ces deux villes de disposer de décharges réunissant les conditions minimales de ramassage des ordures ménagères. Des concours « Villes propres » sont annuellement organisés par le MINHDU et le Maire de la Ville de Yaoundé, pour une promotion des actions concrètes en matière d'hygiène et de salubrité dans les communes. Il est greffé au projet PADY la construction d'une station de dépotage à Etoa et 5 centres de santé réhabilités /équipés. La phase complémentaire dudit projet prévoit la réhabilitation de 5 centres de santé, le renforcement des capacités des services intervenants en matière d'hygiène et de santé, la construction des plateformes de précollecte et de tri des déchets solides, et l'acquisition du matériel léger de pré collecte pour les associations et ONG

Cependant, malgré les importants moyens déployés par l'État et les municipalités, le traitement des déchets est loin d'être systématique dans ces deux métropoles. Les moyens déployés par HYSACAM dans ces villes sont largement insuffisants et dépassés. À ce sujet, le Maire de la ville de Douala reconnaît que la « *stratégie déployée par HYSACAM pour le ramassage et le traitement des ordures dans la ville de Douala est dépassée*⁴⁷⁷ ». Selon un responsable de service d'hygiène et de salubrité d'une Commune d'Arrondissement du département du Mfoundi, « *plus de la moitié des populations de notre Arrondissement n'ont pas accès aux services de collecte des ordures d'HYSACAM*⁴⁷⁸ ». Selon nos observations, la principale cause de ce problème est liée au fait que, la plupart des bacs à ordures sont le plus souvent très éloignés des populations et à la récurrence des absences des services d'HYSACAM. En l'absence de ces dispositifs adéquats, les ordures sont déversées dans des décharges sauvages, les voies publiques, et les drains, dans des conditions dommageables à l'environnement et à la santé urbaine.

8-5-Évacuation des eaux pluviales

Dans les villes de Yaoundé et de Douala, le problème des inondations se pose avec acuité et cause à leur passage des préjudices énormes. Ainsi, les conditions d'écoulement d'eau sont difficiles, en particulier dans les zones marécageuses, mal structurées et inondables. Ces zones interdites de construction sont le plus souvent occupées par des ménages pauvres, faute des moyens pour se procurer des lots bien lotis et chers.

⁴⁷⁷ Extrait du propos du Maire de la ville de Douala sur la chaîne de télévision Canal 2 Internationale, au journal de 19 heures le 14 septembre 2023.

⁴⁷⁸ Entretien réalisé à Yaoundé avec un chef service d'hygiène et de salubrité d'une Commune d'Arrondissement du département du Mfoundi, le 24/11/2021.

Selon nos observations, les situations d'inondation se manifestent dans les deux métropoles par l'immersion des voies de circulation par de nombreuses inondations, dont certaines sont mortelles, en particulier à Douala où les pentes sont plus faibles. Soulignons également que dans les zones de fortes pentes et collinaires comme Yaoundé, baptisée « ville aux sept collines », une aggravation des phénomènes d'érosion, avec l'apparition de ravins et talwegs de taille plus ou moins importante, constitue des menaces pour les populations riveraines avec notamment le phénomène de glissements de terrain et de destruction de constructions.

Pour remédier à ces problèmes liés à la fréquence des inondations, des actions sont menées par les pouvoirs publics. Des études de drainage sont menées et des drains sont construits annuellement par le MINHDU et les CTD dans les deux villes. Des actions ponctuelles sont également menées comme le curage des cours d'eau, la construction des caniveaux de collecte des eaux de pluie et des exutoires. Les programmes lancés à cet effet dans les deux métropoles concernent notamment⁴⁷⁹ : le pavage de 20 km de voies sur berges dans la ville de Douala ; le projet de drainage de la ville de Douala (PDVD), qui prévoit 48 km de drains : aménagement des canaux le long des cours d'eau (NewBell Nord, New-Bell Sud, Mgoua, Mboppi et Leclerc, Bonassama, Mbanya, Tongo'a Bassa et Kondi ; les travaux de la 2^{ème} phase des projets de désenclavement des quartiers ; du projet PADY (Projet d'Assainissement de Yaoundé), qui vise notamment à améliorer les moyens de lutte contre les inondations, préserver la santé des populations vis-à-vis des maladies hydriques, réduire le chômage grâce à la promotion des travaux HIMO, susciter l'adoption des attitudes positives vis-à-vis de l'hygiène. À ce jour, 14 km de canaux sont construits le long du Mfoundi, l'aménagement des voies sur les berges. Pour ces deux derniers projets de drainage, on totalise plusieurs km de drains construits respectivement à Yaoundé et Douala.

Le projet « Douala ville durable » piloté par la municipalité en partenariat avec un institut de recherche (IRD) et l'Université de Douala est également un exemple d'initiative qui aide à l'amélioration des connaissances et à la prise en compte de l'aléa « inondation » ainsi que les effets des changements climatiques dans la mise en œuvre des documents de planification urbaine existants. Ce projet permettra d'avoir des modèles adéquats pour le dimensionnement de futurs drains et une meilleure gestion des eaux pluviales.

Dans les villes de Douala et Yaoundé, la plupart des stratégies adoptées pour faciliter

⁴⁷⁹ MINHDU, Rapport national d'examen volontaire sur la mise en œuvre l'ODD 11 et du nouveau programme pour les villes au Cameroun, *op.cit.*, p. 46.

l'évacuation des eaux pluviales reste inefficaces du fait de la persistance des inondations et des équipements de canalisation inappropriés réalisés à cet effet. Le cas des inondations récurrentes au centre-ville de Yaoundé par la Poste centrale malgré la réalisation du canal du Mfoundi à cet effet, en est une parfaite illustration. Il y'a donc lieu de repenser une nouvelle approche axée sur une réelle collaboration entre les différents acteurs en charge des questions d'urbanisation dans le but de mettre en œuvre des politiques de drainage appropriées aux réalités existantes.

C-Cadrement général des engagements politiques du Cameroun en faveur l'environnement

Depuis le sommet de la terre en Rio de Janeiro en juin 1992, le Cameroun s'est engagé, de concert avec la communauté internationale, en faveur du renforcement des mécanismes et actions de protection efficace de l'environnement et de gestion rationnelle des ressources pour un développement durable au niveau national. Les problématiques environnementales au Cameroun sont encadrées par une réglementation variée aussi bien pour la gestion de l'environnement que pour les évaluations et les études. Le présent axe de ce chapitre propose quelques mesures juridiques importantes et les plans de gestion adoptés et mis en œuvre au niveau national par les pouvoirs publics pour la gestion convenable de l'environnement au Cameroun.

1- Mesures constitutionnelles ou juridiques

La protection de l'environnement au Cameroun est assurée par la Constitution. Cette dernière dispose à son préambule que : « *Toute personne a droit à un environnement sain. La protection de l'environnement est un devoir pour tous. L'État veille à la défense et à la protection de l'environnement*⁴⁸⁰ ». Ces mesures portent sur la réalisation des études d'impact environnemental et social, la gestion des déchets, le renforcement et la protection, la gestion des nuisances et la protection de l'atmosphère, l'élaboration de la coordination, le financement des politiques de l'environnement et le Plan National de Gestion de l'Environnement.

1-1-Mesures relatives à la réalisation des études d'impact environnemental et social

Dans l'optique de protéger durablement l'environnement, plusieurs lois et arrêtés relatifs à la réalisation des études d'impact environnemental et social ont été adoptés par les pouvoirs publics. De ce fait, la réalisation de tout projet qui risque porter atteinte à

⁴⁸⁰Préambule de la loi n°96/06 du 18 janvier 1996 portant révision de la constitution du 02 juin 1972, modifiée et complétée par la loi n°2008/001 du 14 avril 2008.

l'environnement doit au préalable subir l'étape des études d'impact environnemental et social. Les mesures ci-après ont été prises à cet effet.

La loi 96/12 du 5 août 1996 portant loi-cadre relative à la gestion de l'environnement fixe le cadre juridique général de la gestion de l'environnement au Cameroun et présente en son article 19, les grandes articulations de la réalisation d'une étude d'impact environnemental⁴⁸¹. Elle établit les principes de l'évaluation des impacts sur l'environnement. À cet effet, elle prescrit que le promoteur de tout projet qui risque de porter atteinte à l'environnement est tenu de réaliser, selon les prescriptions du cahier des charges, une étude d'impact environnemental et social. Cette étude permet d'évaluer les impacts du projet sur l'équilibre écologique de la zone d'implantation, sur le cadre et la qualité de vie des populations et sur l'environnement en général. Pour des questions d'objectivité, la précédente loi met un accent particulier sur la participation des populations riveraines au projet qui fait l'objet de l'étude⁴⁸².

Le décret N°0171/2013/PM du 13 février 2013 fixe les modalités de réalisation de l'étude d'impact environnemental et social. En dehors de fixer les modalités de réalisation des études d'impact environnemental, ce décret reprend dans son article 2, la définition d'une étude d'impact environnemental contenue dans la loi cadre⁴⁸³ et reprend également de manière détaillée à son article 10, les différentes étapes et termes de référence d'une étude d'impact environnemental⁴⁸⁴.

Le décret n°2011/2582/PM du 23 août 2011, fixe les modalités de protection de l'atmosphère au Cameroun. Il présente à ses articles 2 et 3, la liste des polluants atmosphériques contrôlés et les modalités de fonctionnement des sources d'émission des polluants. L'article 9 de ce décret stipule que, « *Sauf indication contraire du Ministre en charge de l'environnement, en concertation avec les autres administrations compétentes, toute unité de combustion fixe doit respecter les limites d'émission atmosphérique suivant les normes en la matière fixées par l'organisme chargé de la normalisation et de la qualité*⁴⁸⁵ ».

Dans le souci de protéger durablement l'environnement, le Ministre de l'Environnement, de la Protection de la Nature et de Développement Durable a signé l'Arrêté

⁴⁸¹La loi 96/12 du 05 août 1996 portant loi-cadre relative à la gestion de l'environnement, Article 19, Alinéa 2.

⁴⁸² *Ibid.*, Article 7.

⁴⁸³Le décret N°0171/2013/PM du 13 février 2013 fixant les modalités de réalisation de l'étude d'impact environnemental et social, Article 2.

⁴⁸⁴ *Ibid.*, Article 10.

⁴⁸⁵Le décret n°2011/2582/PM du 23 août 2011 fixant les modalités de protection de l'atmosphère au Cameroun, Article 9, Alinéa 1.

N°00001/MINEPDED du 08 février 2016 fixant les différentes catégories d'opérations dont la réalisation est soumise à une évaluation environnementale et sociale. Cet arrêté catégorise les différents projets dont les réalisations doivent être conditionnées par une étude d'impact environnemental social. À son article 4, il va plus loin dans la clarification du contenu des études d'impact environnemental et social que la loi-cadre et le décret fixant les modalités de réalisation de l'étude d'impact environnemental et social⁴⁸⁶.

L'arrêté n° 00001/MINEP du 3 février 2007 définit le contenu général des termes de référence des études d'impact environnemental. De ce fait, l'article 2 de cet arrêté stipule que, ces termes de référence doivent impérativement comprendre les éléments suivants : « *l'introduction, le contexte du projet et de la zone, les objectifs et la portée de l'étude d'impact environnemental, l'échéancier de l'étude et la composition de l'équipe d'expert, la présentation du contenu du rapport et l'indication du coût de l'étude*⁴⁸⁷ ».

C'est en conformité avec ces mesures qu'ont été réalisés les projets de construction des autoroutes Yaoundé-Nsimalen, Yaoundé-Douala (première phase), le canal du Mfoundi et les différentes stations d'essence en service dans ces deux villes.

1-2-Politiques de gestion des déchets

Dans sa quête permanente de stratégies de protection de son environnement, le Cameroun a adopté des textes juridiques qui encadrent la gestion des déchets. Ces textes qui constituent la boussole pour tous les acteurs impliqués dans la gestion des déchets au Cameroun, concernent : La loi n°89/027 du 29 décembre 1989 portant sur les déchets toxiques et dangereux. Relativement à la gestion des déchets, il indique à son article 1 que : « *sont interdits, l'introduction, la production, le stockage, la détention, le transport, le transit et le déversement sur le territoire national des déchets toxiques et/ou dangereux sous toutes leurs formes*⁴⁸⁸ ». Il stipule à son article 2 que les déchets jugés toxiques ou dangereux « *sont considérés comme déchets toxiques et/ou dangereux, les matières contenant des substances inflammables, explosives, radio-actives, toxiques présentant un danger pour la vie des personnes, des animaux, des plantes et pour l'environnement*⁴⁸⁹ ».

Au sens de la présente loi, les sanctions contre des infractions vont jusqu'à la peine de mort pour toute personne non autorisée qui « *procède à l'introduction, à la production, au stockage, à la détention, au transport, au transit ou au déversement sur le territoire*

⁴⁸⁶ L'arrêté N°00001/MINEPDED du 08 février 2016 fixant les différentes catégories d'opérations dont la réalisation est soumise à une évaluation environnementale et sociale, Article 4.

⁴⁸⁷ L'arrêté n° 00001/MINEP du 03 février 2007 définissant le contenu général des termes de référence des études d'impact environnemental, Article 2.

⁴⁸⁸ La loi n°89/027 du 29 décembre 1989 portant sur les déchets toxiques et dangereux, Article 1.

⁴⁸⁹ *Ibid.*, Article 2.

camerounais des déchets toxiques et/ou dangereux sous toutes leurs formes⁴⁹⁰ ». Les peines d’emprisonnement varient de 5 à 10 ans avec une amende de 5 000 000 à 500 000 000 de FCFA pour « toute personne non autorisée qui ne procède pas à l’élimination immédiate des déchets toxiques et/ou dangereux générés par son entreprise dans les conditions définies par la présente loi et des textes réglementaires⁴⁹¹ ».

L’arrêté n°002/MINEPDED du 15 octobre 2012 fixe les conditions spécifiques de gestion de déchets industriels, toxiques et/ou dangereux. L’article 2 de cet arrêté précise que *« tout générateur et/ou opérateur du domaine des déchets industriels (toxiques et/ou dangereux) fourni, en fin de semestre aux administrations en charge de l’environnement et des établissements classés, une déclaration contenant une synthèse des informations de différents manifestes⁴⁹² »*. Selon l’article 3 *« tout exploitant d’une installation qui génère annuellement plus de 2 tonnes de déchets industriels (toxiques et/ou dangereux) communique à l’administration en charge de l’environnement un plan de gestion desdits déchets⁴⁹³ »*.

L’arrêté conjoint n°005/MINEPDED/MINCOMMERCE du 24 octobre 2012 fixe les conditions spécifiques de gestion des équipements électriques et électroniques ainsi que l’élimination des déchets issus de ces équipements. Cet arrêté dispose à son article 7 que *« les déchets d’équipements électriques et électroniques collectés sont entreposés dans les conditions permettant d’assurer leur tri sélectif et leur valorisation⁴⁹⁴ »*. L’évacuation et le traitement de ces déchets issus des produits mis sur le marché incombent aux utilisateurs, sauf s’ils en ont convenu autrement avec les producteurs. Les équipements visés par cet arrêté sont les équipements informatiques comme les ordinateurs, les imprimantes, les photocopieurs, et le matériel d’éclairage à l’instar des appareils d’éclairage, les transformateurs et les tubes fluorescents.

⁴⁹⁰La loi n°89/027 du 29 décembre 1989 portant sur les déchets toxiques et dangereux, *op.cit.*, Article 4, Alinéa 1.

⁴⁹¹*Ibid.*

⁴⁹²L’arrêté n°002/MINEPDED du 15 octobre 2012 fixant les conditions spécifiques de gestion de déchets industriels (toxiques et/ou dangereux), Article 2, Alinéa 1.

⁴⁹³ *Ibid.*, Article 3 alinéa 1.

⁴⁹⁴L’arrêté conjoint n°005/MINEPDED/MINCOMMERCE du 24 octobre 2012 fixant les conditions spécifiques de gestion des équipements électriques et électroniques ainsi que l’élimination des déchets issus de ces équipements, Article 7.

1-3-Politiques de gestion des nuisances et de protection de l'atmosphère

Les nuisances sonores et olfactives sont réglementées par le Décret n° 2011/2583/PM du 23 août 2011. Ce décret définit à son article 2 les nuisances sonores et olfactives, comme «*Toute activité qui peut créer des sons et/ou des odeurs susceptibles de porter atteinte à la santé publique et à l'environnement*⁴⁹⁵». Il s'agit des émissions de gaz, des vibrations acoustiques émises par les débits de boissons, les églises et les discothèques qui troublent la jouissance et la tranquillité du voisinage. Ces activités qui constituent des problèmes de santé sont interdites. Par conséquent, les personnes à l'origine de ces émissions doivent prendre toutes les dispositions nécessaires pour les supprimer, les prévenir et limiter leur propagation⁴⁹⁶. Lorsque l'urgence les justifie, les municipalités doivent prendre toutes mesures exécutoires destinées, d'office, à faire cesser le trouble. En cas de nécessité, elles peuvent requérir le concours de la force publique.

Pour ce qui est de la protection de l'atmosphère dont l'importance est capitale pour le bien-être des populations, le Gouvernement camerounais a pris diverses mesures. La gestion de l'atmosphère est encadrée par des textes juridiques. L'article 21 du chapitre III du recueil des textes législatifs et réglementaires relatifs à la protection de l'atmosphère, affirme qu'il

*est interdit de porter atteinte à la qualité de l'air ou de provoquer toute forme de modification de ses caractéristiques susceptibles d'entraîner un effet nuisible pour la santé publique ou les biens ; d'émettre dans l'air toute substance polluante notamment les fumées, poussières ou gaz toxiques, corrosifs ou radioactifs, au-delà des limites fixées par les textes d'application de la présente loi ou, selon le cas, par des textes particuliers ; d'émettre des odeurs qui, par leur concentration ou leur nature, s'avèrent particulièrement incommodantes pour l'homme*⁴⁹⁷.

Pour éviter la pollution atmosphérique, ces textes prévoient que les immeubles, les établissements agricoles, industriels, commerciaux ou artisanaux, les véhicules ou autres objets mobiliers, exploités ou détenus par toute personne physique ou morale, doivent être construits, exploités ou utilisés de manière à satisfaire aux normes techniques en vigueur en application de la présente loi. Des zones de protection spéciale faisant l'objet de mesures particulières sont, en cas de nécessité, instituées par décret sur proposition du Préfet territorialement compétent lorsque le niveau de pollution observée se situe en deçà du seuil minimum de qualité fixé par

⁴⁹⁵Le décret n°2011/2583/PM du 23 août 2011, portant réglementation des nuisances sonores et olfactives au Cameroun, Article 2.

⁴⁹⁶ *Ibid.*, Article 1.

⁴⁹⁷ MINEPDED, Recueil des textes législatifs et réglementaires relatifs aux thématiques environnementales en vue de favoriser la prise en compte effective des considérations environnementales dans toutes les activités humaines au Cameroun, Chapitre III, Article 21, 2018, p.56.

la réglementation ou au regard de certaines circonstances propres à en aggraver la dégradation⁴⁹⁸.

En vue de limiter ou de prévenir un accroissement prévisible de la pollution atmosphérique à la suite notamment de développements industriels et humains, d'assurer une protection particulière de l'environnement, ainsi que de préserver la santé de l'homme, des zones sensibles peuvent être créées et délimitées sur proposition du Préfet territorialement compétent par arrêté conjoint des Ministres chargés de l'Environnement, de la Santé publique, de l'Administration Territoriale et des Mines⁴⁹⁹. Le Préfet peut instituer des procédures d'alerte à la pollution atmosphérique, après avis des services techniques locaux compétents⁵⁰⁰.

1-4-Politiques d'élaboration de la coordination et du financement des politiques de l'environnement

La mise en œuvre des politiques de l'environnement effectuées par les pouvoirs publics nécessite un financement conséquent. À cette fin, il est institué un compte spécial d'affectation du Trésor, dénommé « Fonds National de l'Environnement et du Développement Durable » qui a pour objectifs : de contribuer au financement de l'audit environnemental ; d'appuyer les projets de développement durable ; d'appuyer la recherche et l'éducation environnementales ; d'appuyer les programmes de promotion des technologies propres ; d'encourager les initiatives locales en matière de protection de l'environnement et de développement durable ; d'appuyer les associations agréées engagées dans la protection de l'environnement qui mènent des actions significatives dans ce domaine et d'appuyer les actions des départements ministériels dans le domaine de la gestion de l'environnement⁵⁰¹.

Les ressources de ce Fonds proviennent des dotations de l'État ; des contributions des donateurs internationaux ; des contributions volontaires ; du produit des amendes de transaction ; des dons et legs ; des sommes recouvrées aux fins de remise en l'état des sites et de toute autre recette affectée ou autorisée par la loi⁵⁰².

⁴⁹⁸MINEPDED, Recueil des textes législatifs et réglementaires relatifs aux thématiques environnementales en vue de favoriser la prise en compte effective des considérations environnementales dans toutes les activités humaines au Cameroun, *op.cit.*

⁴⁹⁹MINEPDED, Recueil des textes législatifs et réglementaires relatifs aux thématiques environnementales en vue de favoriser la prise en compte effective des considérations environnementales dans toutes les activités humaines au Cameroun, *op.cit.*

⁵⁰⁰ *Ibid.*

⁵⁰¹ *Ibid.*, Article 11, p. 53.

⁵⁰² *Ibid.*, Article 12, p. 53.

1-5- Plan National de Gestion de l'Environnement (PNGE)

Après le Sommet de la Terre à Rio de Janeiro de juin 1992, l'État du Cameroun a pris la résolution de renforcer les mécanismes et les actions pour une protection durable de l'environnement et pour une gestion rationnelle des ressources pour un développement durable. Ainsi, à la suite d'une Mission Multidisciplinaire et Multi-Institutionnelle réalisée en octobre 1992 et après plusieurs phases d'ateliers et de tables rondes, les travaux du PNGE étaient lancés en novembre 1993 par l'organisation d'une série de séminaires régionaux et d'études sectorielles, avec la phase finale en fin 1995. Le PNGE a été finalement présenté en 1996.

Selon ce Plan, l'administration chargée de l'environnement veille à l'intégration des considérations environnementales dans tous les plans et programmes économiques, énergétiques, fonciers et autres. L'administration chargée de l'environnement est tenue de réaliser la planification et de veiller à la gestion rationnelle de l'environnement en mettant en place un système d'information environnemental comportant une base de données sur les différents aspects de l'environnement, au niveau national et international⁵⁰³.

En dépit de cet arsenal juridique en faveur de la protection de l'environnement, il se pose toujours des problèmes y relatifs du fait des nuisances sonores et olfactives, des activités industrielles installées impunément dans les villes de Yaoundé et Douala et l'usage des vieux véhicules polluants sans les moindres précautions de protection environnementale.

D-Cadre général des engagements politiques pour la promotion des questions de santé publique

Le Gouvernement camerounais a élaboré et mis en œuvre diverses politiques pour la promotion de la santé publique dans le but de répondre aux besoins des populations en matière d'offre de services de santé. Les stratégies politiques retenues par les pouvoirs publics à cet effet portent sur : la loi-cadre de la santé, les Stratégies Sectorielles de Santé (SSS), le Plan National de Développement Sanitaire(PNDS) 2016-2020, la Stratégie Nationale de Développement 2020-2030 (SND 30), la Politique Nationale d'Hygiène et de Salubrité, la Vision Cameroun 2035, le Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi (DSCE) et la Couverture Santé Universelle(CSU).

⁵⁰³ Jean-Denis Kramkimel, Umiliana Grifoni, Roger Kabeya Mukenyi, « Profil environnemental du Cameroun », Rapport final, 2004, p. 40.

1-Loi-cadre de la santé

*Nous allons nous efforcer de donner à notre système de santé la capacité de répondre aux besoins réels de la population, en donnant aux formations hospitalières et aux centres de santé les moyens nécessaires en personnels, en matériels et en médicaments (...). À terme, nous devons aboutir à un dispositif d'assistance médicale qui ne laisserait aucun Camerounais sans soins, quels que soient ses moyens*⁵⁰⁴.

Ces propos du Chef de l'État camerounais sont la traduction de la loi N° 96/03 du 4 janvier 1996 fixant le cadre général de l'action de l'État dans le domaine de la santé, notamment à travers la politique nationale de santé⁵⁰⁵. L'objectif de cette politique consiste à l'amélioration de l'état de santé des populations grâce à l'accroissement et l'accessibilité des soins intégrés de qualité pour l'ensemble de la population, avec la pleine participation des communautés à la gestion et au financement des activités de la santé. Cette loi soutient à son article 2 que : « *la politique nationale de santé a pour objectif l'amélioration de l'état de santé des populations grâce à l'accroissement de l'accessibilité aux soins intégrés et de qualité pour l'ensemble de la population et avec la pleine participation des communautés à la gestion et au financement des activités de santé*⁵⁰⁶ ».

2-Stratégies Sectorielles de Santé (SSS)

La stratégie sectorielle de santé (SSS) 2001-2015, cadre d'orientation de l'action gouvernementale en matière de santé, était basée sur trois axes, à savoir : la promotion de question relative à la santé, à la nutrition et à l'environnement. C'est sur la base de cette stratégie qu'a été élaboré en 2002, l'organigramme du Ministère de la Santé Publique qui tient compte des impacts environnementaux et sociaux sur la santé, modifiée en avril 2013⁵⁰⁷. De cet organigramme, il ressort que le Ministère de la Santé Publique est responsable de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique du Gouvernement en matière de santé publique.

Suivant la SSS 2001-2015, le Ministère de la Santé Publique (MINSANTE), s'est fixé des objectifs spécifiques d'amener 80% des 178 districts de santé existants à achever au moins la phase de consolidation du processus de viabilisation d'un District de Santé ; d'amener 100% des structures de santé des niveaux stratégique et intermédiaire à jouer leur rôle d'appui et d'orientation recours ; de réduire de 1/3 la charge morbide chez les pauvres et les populations les plus vulnérables. De réduire de 2/3 la mortalité des enfants de moins de 5 ans ; de réduire

⁵⁰⁴ Loi N° 96/03 du 04 Janvier 1996 portant loi-cadre dans le domaine de la santé, Article 1.

⁵⁰⁵ Loi N° 96/03 du 04 Janvier 1996 portant loi-cadre dans le domaine de la santé, *op.cit.*

⁵⁰⁶ *Ibid.*, Article 2.

⁵⁰⁷ Décret N° 2002/209 du 19 août 2002 portant organisation du Ministère de la Santé Publique, modifié par le Décret N° 2013/093 du 03 avril 2013 portant organisation du Ministère de la Santé Publique.

de 2/5 la mortalité maternelle ; la vulgarisation de la mise en œuvre du paquet minimum d'activités (PMA) et du paquet complémentaire d'activités (PCA) dans le district de santé ; le développement d'un système d'orientation-recours opérationnel ; le renforcement du partenariat dans le secteur⁵⁰⁸.

La Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) 2001-2015 est arrivée à échéance en 2015. Une évaluation de son contenu et de sa mise en œuvre a conduit à l'élaboration d'une nouvelle SSS qui couvrira la période 2016-2027. C'est en harmonie et en conformité avec le Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi (DSCE) et les Objectifs de Développement Durable (ODD), que cette nouvelle stratégie a été élaborée. Le bilan de la mise en œuvre de la SSS 2001-2015 et des analyses faites lors de la description de l'état des lieux du secteur santé, ont permis de fixer la nouvelle vision de la SSS 2016-2027. Cette nouvelle vision est en cohérence avec les priorités nationales et internationales, les enjeux et les défis majeurs du secteur. La vision de la SSS 2016-2027 est fondée sur le fait que : « *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* ⁵⁰⁹ ».

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. Cet objectif concerne plus précisément les domaines de la promotion de la santé, la prévention de la maladie, la prise en charge des cas, le renforcement du système de santé, la gouvernance et le pilotage stratégique.

3- Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020 est un document de référence et un important outil de travail pour l'ensemble des acteurs du secteur santé qui y trouveront un point d'ancrage pour l'élaboration de leurs plans opérationnels de promotion de la santé⁵¹⁰. À cet effet, il est le premier instrument de mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) 2016-2027. De ce fait, la SSS 2016-2027 fait obligation à toutes les parties prenantes, de n'inscrire prioritairement dans les différents plans à élaborer au cours de ce quinquennat, que des activités qui sont en cohérence avec les interventions du PNDS 2016-2020⁵¹¹. Ce dernier a fixé les lignes directrices en vue de faciliter l'opérationnalisation de la

⁵⁰⁸ Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) 2001-2015.

⁵⁰⁹ MINSANTE, Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) 2016- 2027, p.66.

⁵¹⁰ MINSANTE, Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), 2016-2020.

⁵¹¹ *Ibid.*

SSS 2016-2027 pour les cinq prochaines années en mettant l'accent sur les interventions à haut impact dans les domaines prioritaires tels que

*la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent ; le contrôle des maladies transmissibles prioritaires et des maladies non transmissibles les plus fréquentes, à travers le renforcement du partenariat communautaire le développement des soins de santé secondaires et tertiaires prioritaires et le renforcement des piliers du système de santé*⁵¹².

Ainsi, l'objectif global de l'adoption du PNDS est de « rendre accessibles les services et soins de santé essentiels et spécialisés prioritaires de qualité dans au moins 50% des hôpitaux de districts et régionaux d'ici 2020⁵¹³ ». Cette ambition participe au développement d'un capital humain sain, productif et capable de porter une croissance forte, inclusive et durable. L'atteinte de cet objectif envisagé dans le PNDS passe par deux préalables majeurs, à savoir, la poursuite des réformes proposées dans la SSS et le renforcement des actions multisectorielles⁵¹⁴.

4- Stratégie Nationale de Développement 2020-2030 (SND 30)

La Stratégie Nationale de Développement-Cameroun 2030 (SND30) est un nouveau cadre de référence adopté par le Cameroun pour accélérer le développement économique et social au cours de cette décennie et qui s'articule autour des engagements internes et internationaux du pays au plan économique, social et environnemental⁵¹⁵. Elle s'appuie sur les leçons de la mise en œuvre du Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi (DSCE) dont elle prend le relais jusqu'en 2030, dans la perspective de l'accomplissement des objectifs de la Vision 2035 qui ambitionne de faire du Cameroun⁵¹⁶ « un pays émergent, démocratique et uni dans sa diversité à l'horizon 2035 ». La première phase de mise en œuvre de cette Vision a été opérationnalisée par le Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi (DSCE) qui constituait ainsi le cadre de référence pour la période 2010-2019.

Au cours de la première phase de mise en œuvre de la Vision, la politique du secteur de la santé au Cameroun avait pour objectif de garantir, de manière pérenne, l'accès universel aux services et soins de santé de qualité, à travers l'amélioration de leur offre et le financement approprié de la demande de santé. De manière spécifique, il était question de : « viabiliser 80% des districts de santé ; amener 100% des structures de santé des niveaux stratégique et

⁵¹²MINSANTE, Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), *op.cit.*

⁵¹³ *Ibid.*

⁵¹⁴ *Ibid.*

⁵¹⁵ MNEPAT, Stratégie Nationale de Développement 2020-2030, Pour la transformation structurelle et le développement inclusif SND30, xii, 1^{ère} édition 2020, p.88.

⁵¹⁶ *Ibid.*

intermédiaire à jouer leur rôle d'appui et d'orientation-recours ; réduire de 1/3 la charge morbide chez les pauvres et les populations les plus vulnérables ; réduire de 2/3 la mortalité des enfants de moins de 5 ans ; et réduire de 3/4 la mortalité maternelle⁵¹⁷ ». Dans cette optique, trois principes fondamentaux vont guider les interventions du gouvernement en faveur de la promotion de la santé, à savoir : l'amélioration de la gouvernance du système de santé, le renforcement du plateau technique des hôpitaux centraux et de référence et la valorisation du potentiel thérapeutique local. Ces principes vont imprégner les différentes composantes de la stratégie de la santé que sont : la promotion de la santé et la nutrition ; la prévention de la maladie ; la prise en charge des cas et le renforcement du système de santé⁵¹⁸.

4-1- Promotion de la santé et de la nutrition

Dans le but d'amener la population à s'approprier les comportements sains et favorables à la santé, quelques mesures importantes ont été prises. Elles consistent principalement à :

Améliorer le cadre de vie des populations en veillant notamment, en liaison avec les communes, au respect des normes minimales d'hygiène et de salubrité dans les zones d'habitation ; renforcer les aptitudes favorables à la santé des individus et des communautés, notamment la pratique des activités physiques et sportives ; amener les ménages à adopter les pratiques familiales essentielles par la diffusion systématique des messages de sensibilisation sur tous les supports de communication existants ; et améliorer les connaissances, les attitudes et les pratiques des jeunes et adolescents, relativement à leur bien-être et à la santé sexuelle et reproductive⁵¹⁹.

Dans le but de limiter l'exposition des populations et surtout des enfants aux maladies dues à la mauvaise alimentation, d'autres mesures ont également été prises. Il s'agit notamment :

de mettre en place un plan national de lutte contre la malnutrition des femmes enceintes ou allaitantes et des enfants de moins de 5 ans ; de créer un dispositif de soutien des prix d'accès aux nutriments et aliments des nourrissons ; de renforcer la sécurité sanitaire des aliments mis sur le marché et consommés par les populations ; de mettre en place un mécanisme de sensibilisation et d'éducation nutritionnelle adapté au contexte socio culturel du Cameroun ; d'améliorer l'accès des populations à un régime alimentaire sain et équilibré ; et de veiller au respect des normes en matière d'étiquetage alimentaire⁵²⁰.

⁵¹⁷MNEPAT, Stratégie Nationale de Développement 2020-2030, Pour la transformation structurelle et le développement inclusif SND30, *op.cit.*

⁵¹⁸MINSANTE, Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), *op.cit.*, p.89.

⁵¹⁹*Ibid.*

⁵²⁰*Ibid.*

4-2- Prévention de la maladie

L'élaboration de la SND 30 a permis aux pouvoirs publics de prendre des mesures qui permettent de réduire la mortalité prématurée due aux maladies évitables. Ces mesures consistent à : réduire d'au moins 30% l'incidence/prévalence des principales maladies transmissibles telles que le VIH/Sida, le paludisme et la tuberculose et des maladies non transmissibles comme les diabètes et les hépatites ; accroître considérablement la couverture des interventions de prévention à haut impact pour les cibles mères, nouveau-né et enfant ; renforcer le dispositif de veille sanitaire ; densifier le dispositif de sensibilisation, de dépistage et de vaccination contre les maladies, en impliquant davantage les chefs traditionnels et les organisations à base communautaire ; engager une lutte sans relâche contre l'addiction des jeunes aux substances nocives et l'utilisation des produits cosmétiques dangereux et identifier des mécanismes innovants de financement des actions préventives de la maladie⁵²¹.

4-3- Prise en charge des cas

Dans l'optique de réduire la mortalité globale et la létalité, l'État a pris des mesures à travers la SND 30 en vue d'améliorer la qualité des soins et des interventions sanitaires dans les FOSA et dans la communauté. Ces mesures permettent de veiller à l'humanisation de la prise en charge. Il est question prioritairement de poursuivre la politique d'amélioration du plateau technique des hôpitaux centraux et de référence engagée depuis quelques années, en veillant également à équiper les formations sanitaires intermédiaires et périphériques⁵²².

En outre, le gouvernement a prévu : assurer une prise en charge globale des problèmes de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent ; renforcer les capacités opérationnelles des services d'urgence des hôpitaux ; mettre sur pied un système opérationnel de surveillance et de riposte aux maladies à potentiel endémique, aux événements de santé publique et aux situations de crise et mettre en place un mécanisme d'assistance aux personnes indigentes dans les FOSA. De ce fait, le gouvernement veillera à :

améliorer le dispositif clinique de lutte contre le VIH/Sida, le paludisme, la tuberculose et les hépatites en y incluant une stratégie de réponse au phénomène de résistance aux antibiotiques ; mieux opérationnaliser le système de référence-contre référence ; et rationaliser le fonctionnement des programmes et initiatives de lutte contre les principales maladies épidémiques et endémiques⁵²³.

⁵²¹MINSANTE, Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), *op.cit.*

⁵²²*Ibid.*

⁵²³*Ibid.*

4-4- Renforcement du système de santé

Dans le souci de renforcer le système de santé, les pouvoirs publics ont envisagé : améliorer l'efficacité du système de santé en mettant à profit la décentralisation ; mettre sur pied la Couverture Santé Universelle(CSU) ; promouvoir le développement d'une industrie pharmaceutique locale ; favoriser la performance hospitalière et la démarche qualité dans les FOSA ; renforcer l'accessibilité géographique aux soins de santé ; disposer de personnels de santé qualifié, motivé et améliorer la gouvernance sanitaire⁵²⁴.

En outre le Gouvernement entend mettre à profit toutes les opportunités qu'offre la décentralisation, en termes de gestion des FOSA et du personnel de santé. Le transfert des compétences des ressources promis au CTD en matière de santé sont effectivement en cours.

Concernant la CSU, l'objectif est de garantir à l'ensemble de la population, une protection financière contre les risques de maladies et une couverture équitable en soins et services de santé de qualité. Ainsi, le Gouvernement travaille à la mise en œuvre progressive de ce dispositif de protection sociale. Par ailleurs, l'accent sera mis sur la mobilisation optimale des ressources internes et la gestion efficiente et rationnelle des ressources existantes, en perspective de la réduction du financement issu du partenariat au développement⁵²⁵.

Par ailleurs, en vue de réduire les dépenses directes des ménages, en attendant la prise en charge de certaines pathologies par la CSU, il sera nécessaire de continuer à promouvoir la gratuité ciblée ou la subvention de la demande de certaines populations, à travers notamment le Chèque santé, les kits obstétricaux et les mutuelles de santé. Les actions entreprises ont permis de promouvoir la santé en : améliorant l'offre infrastructurelle ; augmentant le volume et la qualification des ressources humaines ; facilitant l'accès aux médicaments ; améliorant la prévention des maladies transmissibles et la prise en charge des malades ; améliorant la couverture vaccinale des populations cibles contre les maladies endémiques ; et expérimentant des modes de financement innovants de la santé⁵²⁶. Ces actions ont également favorisé : l'augmentation de l'espérance de vie qui est passée de 51 ans en 2000 à 58,1 ans en 2018 ; la baisse du taux de prévalence du VIH/Sida à 2,7 % en 2018 ; le recul de la mortalité infanto-juvénile de 122 décès en 2011 à 79 décès en 2018 pour 1000 naissances vivantes et la hausse de la proportion d'enfants de 12-23 mois complètement vaccinés, de l'ordre de 48,2% en 2004

⁵²⁴MINSANTE, Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), *op.cit.*

⁵²⁵*Ibid.*

⁵²⁶ *Ibid.*, p. 296.

à 75,3% en 2014⁵²⁷.

Cependant, le système de santé actuel ne parvient pas encore à assurer, de façon optimale, la promotion de la santé des populations et une prise en charge adéquate et globale des cas de maladie. En dépit des avancées mentionnées ci-dessus, plusieurs indicateurs sanitaires restent encore peu satisfaisants. C'est le cas notamment : « *de la mortalité maternelle qui est passée de 782 à 464 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes entre 2011 et 2018 ; et du ratio personnel soignant/population, largement inférieur à la norme de l'OMS qui était de 2,3 pour 1000 habitants en 2009*⁵²⁸ ».

Parmi les principales causes de ces problèmes, figurent l'insuffisance d'un plateau technique de qualité dans la majorité des FOSA ; la faible densité et l'inégale répartition du personnel de santé dans les Régions ; la faible accessibilité financière aux soins et services de santé de qualité pour les populations, en particulier les plus vulnérables ; la mise à disposition insuffisante des paquets minimums et complémentaires d'activités dans les FOSA ; ainsi que les insuffisances relevées au niveau du financement et de la coordination des interventions⁵²⁹.

5-Politique Nationale d'Hygiène et de Salubrité

Cette politique est une orientation stratégique qui fait de la promotion de l'hygiène et de la salubrité, un maillon essentiel de la politique de santé publique dont les grandes lignes relatives à l'accès aux soins de qualité sont définies dans la Stratégie Sectorielle de Santé, élaborée suivant les grandes orientations du Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi⁵³⁰. Cette politique intervient à un moment particulièrement favorable à la volonté politique exprimée à travers la nouvelle Stratégie Sectorielle de Santé, l'avancée de la décentralisation notamment dans le secteur de la santé, aux exigences croissantes des populations pour un confort et un cadre de vie appropriés et à l'intérêt croissant des partenaires suite aux épidémies cycliques de maladies infectieuses au Cameroun. Elle doit être en harmonie avec toutes les initiatives et autres programmes étatiques visant l'amélioration de la situation sanitaire des populations⁵³¹.

Le principal but de cette politique au Cameroun est de contribuer à l'amélioration du cadre de vie et du bien-être des populations. De ce fait, la politique nationale permettra de réduire de

⁵²⁷MINSANTE, Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), *op.cit.*

⁵²⁸ *Ibid.*

⁵²⁹ *Ibid.*, p 298.

⁵³⁰ MINSANTE, Politique Nationales d'Hygiène et de Salubrité, mai 2022, p 2.

⁵³¹ *Ibid.*

façon significative la prévalence des maladies liées à la non-observance des règles d'hygiène et de salubrité à travers :

La contribution à l'amélioration de l'accès aux services et l'adoption des bonnes pratiques d'hygiène et de salubrité par les populations ; le développement des capacités et compétences sur l'hygiène et la salubrité à tous les niveaux ainsi que la promotion du partenariat entre les acteurs du sous-secteur de l'hygiène et la salubrité, mais aussi avec les autres parties prenantes ; et l'amélioration de la gouvernance et de la gestion des ressources du sous-secteur de l'hygiène et de la salubrité⁵³².

Pour atteindre cet objectif, la politique nationale d'hygiène et de salubrité du Cameroun prévoit trois piliers interdépendants définis sur la base de ses objectifs spécifiques et constituant les axes stratégiques devant régir sa mise en œuvre. Il s'agit notamment de : « *Améliorer l'offre en matière de service d'hygiène et de salubrité aux populations ; renforcer les capacités et promouvoir le partenariat entre toutes les parties prenantes ; créer un environnement favorable à la gouvernance du sous-secteur de l'hygiène et de la salubrité⁵³³* ».

Malgré ces efforts de l'Etat du Cameroun dans le domaine d'hygiène et de la salubrité, de graves insuffisances subsistent encore, à cause des interventions disparates et peu coordonnées des acteurs sur le terrain d'une part et les besoins élevés en ressources matérielles, humaines et financières pour l'établissement d'un cadre de vie saine d'autre part. Par ailleurs, l'hygiène est encore perçue comme un sujet de second rang, alors qu'elle devrait être un combat quotidien qui s'appuie sur des connaissances de base, le respect des règles élémentaires. Elle impose une discipline individuelle, collective, et des comportements appropriés appuyés par des structures en charge de sa promotion et qui relèvent aussi bien du secteur public que du secteur privé et des organisations à base communautaire.

6-Vision Cameroun 2035

Dans le but de « Réduire la pauvreté à un niveau socialement acceptable », le Cameroun s'est doté en 2009 d'une vision à l'horizon 2035. L'atteinte de cet objectif permettra d'améliorer l'offre de services et de soins et de garantir l'accès de la majorité aux services de santé de qualité. Ce qui va faciliter le développement du capital humain pour doter la population camerounaise d'un bon état de santé, d'éducation, de connaissances et d'aptitude professionnelle. Sur le plan social, la deuxième phase de la vision en 2035, prévoit d'atteindre entre 2020-2027, les objectifs basés sur la densification des infrastructures sociales ;

⁵³²MINSANTE, Politique Nationales d'Hygiène et de Salubrité,*op.cit.*, p.13.

⁵³³MINSANTE, Plan National de Développement Sanitaire (PNDS),*op.cit.*, p.13 ;

l'élargissement du système de sécurité sociale et le renforcement des dispositifs de lutte contre l'exclusion sociale⁵³⁴.

7- Le Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi (DSCE)

Le Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi (2010-2019), document de mise en œuvre de la première phase de cette vision, a identifié l'amélioration de l'état de santé des populations comme un objectif à la fois de développement social et de croissance économique. Le DSCE a aussi réaffirmé la volonté du Gouvernement de poursuivre la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) dans leur ensemble.

8- Couverture Santé Universelle (CSU)

« Nous allons poursuivre nos efforts, afin de faire bénéficier à nos populations des soins de santé de qualité et accessibles à tous. C'est dans cette optique que j'ai donné au gouvernement l'instruction de parachever les réflexions relatives à la mise en place progressive de la Couverture Santé Universelle⁵³⁵ ». En effet, c'est dans le but stratégique de garantir un accès équitable aux soins de santé de qualité aux populations camerounaises que le gouvernement a initié une démarche à l'effet de doter le pays à terme d'un système de Couverture Santé Universelle. A cet effet, un Groupe Technique National (GTN) intersectoriel, placé sous la coordination du Premier Ministre et co-présidé par les Ministres de la Santé Publique et du Travail et de la sécurité sociale a été mis sur pied. Ce groupe a pour objectifs, de déterminer les conditions de mise en œuvre du CSU au Cameroun. Pour y arriver, le GTN doit mener des réflexions sur les services et les soins essentiels au Cameroun ; évaluer les conditions d'accès des populations à ces soins ; déterminer la contribution des ménages dans la prise en charge des services de soins essentiels et mesurer les risques financiers encourus par les ménages. Ainsi, pour un responsable en service au MINSANTE, parler de la CSU signifie

Rendre des soins de santé de qualité sur toute l'étendue du territoire national et organiser le financement de la demande de soins ou la protection sociale en santé pour permettre à chaque citoyen d'accéder aux soins de santé lorsqu'il en a besoin sans difficultés financières et même en situation de pauvreté. A cet effet, elle a pour principes directeurs : l'universalité parce qu'elle permet de couvrir l'ensemble de la population sans discrimination ; la solidarité nationale, parce qu'elle promeut l'équité dans l'accès aux soins de santé ; la responsabilité de l'Etat, car, elle garantit le bon fonctionnement du système de santé et la protection sociale comme un droit⁵³⁶.

Cependant, malgré le lancement de la CSU et les efforts fournis par le Gouvernement

⁵³⁴ MINSANTE, Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) 2016- 2027, *op.cit.*, p. 65.

⁵³⁵ Extrait du Discours du Chef de l'Etat, Son Excellence Paul BIYA à la nation, le 31 décembre 2017.

⁵³⁶ Entretien réalisé à Yaoundé avec un personnel de santé en service au MINSANTE, le 22/10/2021.

pour son implémentation, il se pose toujours des problèmes d'infrastructures adéquates, de l'uniformité de plateau technique sur l'ensemble des formations sanitaires, du recrutement du personnel technique dédié pour la mise sur pied du CSU et l'implication de tous les secteurs pour faciliter sa vulgarisation et sa mise en œuvre. Allant dans le même sens, le personnel de santé précédent indique quelques insuffisances susceptibles de freiner la mise en œuvre de la CSU en ces termes : *« Le fait que tous les secteurs gouvernementaux ne soient pas tous impliqués dans la cadre de la mise en œuvre de la CSU constitue déjà un frein pour son implémentation. C'est d'ailleurs pour cette raison que beaucoup de Camerounais, y compris les personnels du MINSATE l'ignorent⁵³⁷ »*.

De ce qui précède, la mise en œuvre effective du CSU implique nécessairement la majorité des secteurs gouvernementaux et privés. Ce qui n'est pas actuellement le cas au Cameroun. Seul le Ministère de travail et de la sécurité sociale a été désigné pour accompagner le MINSANTE à cet effet. D'où les limites observées au début même de sa mise en œuvre. Si rien n'est fait dans le sens de la formation d'une réelle plateforme de collaboration intersectorielle pour faciliter sa mise en œuvre, ce projet risque de mourir dans l'œuf.

II- Engagements pris par le Cameroun au niveau international pour la promotion des établissements humains favorables aux questions de santé

Le Cameroun a pris de nombreux engagements internationaux en faveur de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain. Cette ouverture à l'international s'est opérationnalisée à travers sa participation à diverses conférences et sommets sur les questions relatives à la promotion des établissements humains favorables aux questions de santé. Ce second axe du chapitre se structure autour des cadres généraux des politiques adoptées par le Cameroun en faveur de la promotion d'un habitat convenable, d'un environnement décent et d'un secteur de santé publique propice à la promotion des soins de qualité.

A-Cadre général des engagements internationaux en faveur de la promotion de l'habitat favorable aux objectifs de santé

Cette partie de l'étude est consacrée aux engagements politiques du Cameroun aux conférences des Nations unies sur les établissements humains (Habitat I, II et III), ainsi qu'aux autres sommets en faveur des établissements humains convenables. Les Conférences des

⁵³⁷ Entretien réalisé à Yaoundé avec un personnel de santé en service au MINSANTE, op.cit.

Nations Unies sur les établissements humains (Habitat I, II et III), le nouvel agenda urbain mondial, les Objectifs de Développement Durable (ODD) et l'Agenda 2063.

1- Conférences des Nations unies sur les établissements humains (HABITAT I, II et III)

La première conférence internationale sur les établissements humains, Habitat I, s'est tenue à Vancouver au Canada à partir du 31 mai au 11 juin 1976 en faveur des villes. Cette conférence sur les établissements humains marque le début d'une prise de conscience mondiale relativement à l'urgence d'apporter des solutions aux problèmes que posaient à cette époque les établissements humains dans le monde et dans les pays en voie de développement en particulier⁵³⁸.

En effet, au cours de cette Conférence, la communauté internationale a unanimement reconnu qu'une large part de la population de certains pays en développement parmi lesquels le Cameroun, vivait dans des établissements humains dans des conditions inacceptables. Ces conditions impactent directement sur le développement humain, social et économique, et qu'un développement urbain incontrôlé peut avoir un impact néfaste sur l'environnement⁵³⁹. De plus, les Nations Unies avaient identifié de nombreux facteurs qui pouvaient aggraver cette situation tels que la croissance économique inéquitable, les discriminations sociales, l'accroissement de la population, l'urbanisation incontrôlée, la dispersion rurale, et la migration involontaire.

À l'issue de cette conférence, la Déclaration de Vancouver sur les établissements humains vit le jour et donne une définition de l'« habitat convenable », ainsi que des recommandations pour que chaque pays puisse y parvenir. Habitat I donne les fondations nécessaires à la naissance en 1978, du Programme des Nations Unies pour les établissements humains ou ONU-Habitat. Les travaux issus de cette conférence ont conduit à l'élaboration des premières stratégies par plusieurs Gouvernements, y compris celui du Cameroun, pour résoudre les problèmes de croissance urbaine.

La deuxième conférence des Nations Unies sur les établissements humains, Habitat II, s'est tenue du 3 au 14 juin 1996, à Istanbul en Turquie, vingt ans après celle de Vancouver. Elle avait pour but de traiter deux grands thèmes concernant : « un logement convenable pour tous » et « des

⁵³⁸ United Nations Conference on Human Settlements, The Vancouver Declaration on Human Settlements-A/CONF.70/15 Chapter I-Un Documents: Gathering a body of global agreements, 11 juin 1976.

⁵³⁹ MINHDU, « Code de l'habitation et de construction au Cameroun », Rapport diagnostic, op.cit., p.39.

établissements humains viables dans un monde en pleine urbanisation⁵⁴⁰ ». En effet, en 1996, on estimait déjà que près de la moitié de la population mondiale vivait dans les villes, que plus d'un milliard de personnes dans le monde étaient dépourvues d'un logement convenable et que plus de 100 millions étaient sans-abri. Les projections de l'époque pour 2025 prévoyaient plus des deux tiers des êtres humains qui seraient des citadins. Les préoccupations liées à ces estimations et projections étaient nombreuses : surpopulation, dégradation du milieu urbain, pollution, croissance incontrôlée, pauvreté et difficultés d'accès aux infrastructures d'hygiène⁵⁴¹.

Afin de répondre à la problématique des établissements humains, des stratégies et un plan mondial d'action furent adoptés sous la forme de la Déclaration d'Istanbul sur les établissements humains et du Programme pour l'habitat : «*Les villes doivent être un lieu où chacun doit être capable de s'épanouir en dignité, santé, sécurité, bonheur et avec espoir*⁵⁴²». L'ONU-Habitat s'est vue attribuer deux objectifs, à savoir : l'accès à un logement décent pour tous ; le développement durable de tous les établissements humains dans un monde qui s'urbanise toujours davantage.

Cinq ans après Habitat II, du 6 au 8 juin 2001, l'Assemblée générale des Nations Unies organise une session extraordinaire consacrée à l'examen et à l'évaluation d'ensemble de l'application du programme pour l'habitat dans le monde. Pour évaluer les progrès réalisés, les États membres et tous ceux qui participaient au programme pour l'habitat, y compris les autorités locales, le secteur privé et les communautés ont contribué en fournissant les résultats obtenus au moyen d'indicateurs urbains et d'indicateurs de logement comparables.

En 2001, les Nations Unies ont créé le Forum urbain mondial pour répondre à l'urbanisation rapide et son impact sur les communautés, les villes, les économies, le changement climatique et les politiques. Organisé tous les deux ans par ONU-Habitat, le Forum est une plateforme de haut niveau, ouverte et inclusive pour relever les défis de l'urbanisation durable.

La troisième Conférence des Nations Unies sur l'Habitat et le développement urbain durable (HABITAT III), s'est déroulée à Quito, en Equateur, du 17 au 20 octobre 2016. Cette conférence visait à définir un « nouvel agenda urbain ». Elle a pour objectif de renforcer l'engagement mondial sur l'urbanisation durable, afin de se concentrer sur la mise en œuvre d'un « *Nouveau Programme pour les Villes* ». Selon les mots du Secrétaire général Ban Ki-Moon, c'est

⁵⁴⁰United Nations General Assembly, United Nations conference on human settlements (Habitat II), Gathering a body of global agreements.

⁵⁴¹*Ibid.*

⁵⁴²United Nations General Assembly, United Nations conference on human settlements (Habitat II), *op.cit.*

une occasion pour « repenser la façon dont nous envisageons de gérer et de vivre dans les villes⁵⁴³ ». Elle est considérée comme une opportunité qui a permis d'ouvrir des discussions sur des défis urbains et des questions importantes telles que la façon de planifier et de gérer les villes pour le développement durable. Les vœux du Cameroun en faveur de l'adoption de ce nouveau programme sur les villes et les établissements humains, sont exprimés dans cet extrait du discours de Jean Claude Mbwentchou, à cette Conférence :

J'émet le vœu que l'adoption de cette nouvelle boussole que constitue le Nouvel Agenda Urbain permette à nos pays de trouver des réponses idoines à la problématique de l'avenir de l'urbanisation et de la prospérité de nos villes, avec la contribution de tous ! En effet, la prospérité des villes requiert la capacité de tous les acteurs à unir leurs efforts et à travailler en synergie pour réaliser, aux côtés des partenaires techniques et financiers, une mise en œuvre effective des choix stratégiques visant, par une prospective territoriale partagée e, à éradiquer les désordres urbains et relever ainsi le défi d'une croissance maîtrisée des villes, soucieuses du respect de l'environnement, pour le bien-être de nos populations.⁵⁴⁴

À travers ce programme, les dirigeants internationaux se sont engagés à : fournir des services essentiels à tous les citoyens ; assurer à l'ensemble des citoyens le plein accès à l'égalité des chances sans discrimination ; promouvoir des mesures pour des villes plus propres ; renforcer la résilience des villes pour réduire le risque et les effets des catastrophes naturelles. Agir pour faire face aux effets du changement climatique en réduisant les émissions de gaz à effet de serre ; respecter pleinement le droit des réfugiés, des migrants et des personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays, quel que soit leur statut ; améliorer la connectivité et soutenir des initiatives innovantes et écologiques et promouvoir des espaces publics sûrs, accessibles et respectueux de l'environnement⁵⁴⁵. Au terme de cette conférence, le Nouveau Programme pour les villes et la Déclaration de Quito sur les villes et les établissements humains viables pour tous furent adoptés. La tenue de la troisième conférence mondiale sur le logement et le développement urbain en 2016, à Quito en Équateur, du 17 au 20 octobre 2016 a rendu possible l'adoption d'un « nouvel agenda urbain » mettant en exergue le lien étroit entre les problématiques économiques, de justice sociale et la politique.

⁵⁴³ Extrait du discours de Ban Ki-Moon, Secrétaire général de l'ONU à la troisième Conférence des Nations Unies sur les établissements humains dénommée Habitat III, à Quito, Equateur, 18 octobre 2016, consulté en ligne sur <https://habitat3.org/the-new-urban-agenda/>, le 17/11/2022.

⁵⁴⁴ MINHDU, Extrait du discours de Jean Claude Mbwentchou, Ministre de l'Habitat et du Développement Urbain du Cameroun à la troisième Conférence des Nations Unies sur l'Habitat et le développement urbain durable (HABITAT III), à Quito, Equateur, 18 octobre 2016.

⁵⁴⁵ Troisième Conférence des Nations Unies sur les établissements humains dénommée Habitat III, organisée à Quito en Equateur du 17 au 20 octobre 2016, consulté en ligne sur :<https://habitat3.org/the-new-urban-agenda/>, le 17/11/2022.

2-Nouvel Agenda Urbain mondial

L'élaboration du Code de l'Habitation et de construction au Cameroun, s'inscrit dans un environnement international marqué par l'adoption du Nouvel Agenda Urbain mondial. Il s'agit du nouveau programme pour les villes, adopté par Résolution 71/256 de l'Assemblée générale des Nations Unies du 23 décembre 2016⁵⁴⁶. Cet agenda fixe un nouveau cadre mondial en matière de développement urbain durable et permet de repenser la manière d'organiser, de gérer les villes et d'y vivre. Il s'articule en huit points, à savoir : fournir des services essentiels à tous les citoyens ; assurer à l'ensemble des citoyens le plein accès à l'égalité des chances sans discrimination ; promouvoir des mesures pour des villes plus propres ; renforcer la résilience des villes pour réduire les risques et les effets des catastrophes naturelles ; agir pour faire face aux effets du changement climatique en réduisant les émissions de gaz à effet de serre ; respecter pleinement le droit des réfugiés, des migrants, et des personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays, quel que soit leur statut ; améliorer la connectivité et soutenir des initiatives innovantes et écologiques et promouvoir des espaces publics sûrs, accessibles et respectueux de l'environnement⁵⁴⁷.

3-Objectifs de Développement Durable (ODD)

Cette étude ne s'inscrit pas uniquement dans le sillage des conférences des Nations Unies sur l'habitat et du Nouvel Agenda Urbain mondial, mais elle tient également compte des Objectifs de Développement Durable (ODD), adoptés par les Nations Unies le 25 septembre 2016. Dans cette perspective, elle tient compte de l'ambition contenue dans l'ODD 11, à savoir : « *Faire en sorte que les villes et les établissements humains soient ouverts à tous, sûrs, résilients et durables*⁵⁴⁸ ».

4-Agenda 2063

L'Agenda 2063 est un plan pour la transformation structurelle de l'Afrique, élaboré lors du Sommet du Jubilé d'or de l'Union africaine (UA), en mai 2013, puis approuvé par les chefs d'Etat et de gouvernement de l'Union africaine en janvier 2015 lors de leur vingt-quatrième session ordinaire, à Addis-Abeba (Éthiopie). La Commission de l'Union africaine (Commission de l'UA) a été chargée, avec l'appui de l'Agence de planification et de coordination du nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique (Agence du NEPAD), de la Banque africaine

⁵⁴⁶ MINHDU, « Code de l'habitation et de construction au Cameroun », Rapport diagnostic, *op.cit.*, p.39.

⁵⁴⁷ *Ibid.*

⁵⁴⁸ *Ibid.*

de développement (BAD) et de la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique (CEA), d'élaborer cet agenda continental, par le biais d'un processus axé sur les populations.

Dans son aspiration 1, l'agenda 2063 veut faire de l'Afrique un continent prospère fondé sur la croissance inclusive et le développement durable. En matière de développement urbain, ce plan vise la construction d'un continent de prospérité où

Les villes et autres établissements sont des centres d'activités culturelles et économiques, dotés d'infrastructures modernes, et où les populations ont accès à des logements abordables et décents, notamment au financement du logement ainsi qu'à tous les services de base essentiels comme l'eau, l'assainissement, l'énergie, les transports publics et les TIC⁵⁴⁹.

Dans cette vision et feuille de route collective pour les cinquante prochaines années, les chefs d'Etat et de gouvernement de l'UA se sont engagés à « *Donner la possibilité à tous les Africains d'avoir un logement décent et abordable dans un environnement propre, sûr et bien organisé*⁵⁵⁰ ».

5-Convention de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe

Le Cadre de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe 2015-2030 a été adopté à la troisième Conférence mondiale des Nations Unies sur la réduction des risques de catastrophe, qui s'est tenue à Sendai, Miyagi (Japon), du 14 au 18 mars 2015. Cette conférence a constitué pour les pays une occasion unique : d'adopter un cadre de réduction des risques de catastrophe pour l'après 2015 à la fois concis et précis et tourné vers l'avenir et vers l'action ; d'achever l'examen et l'évaluation de la mise en œuvre du « Cadre d'action de Hyogo pour 2005-2015 : pour des nations et des collectivités résilientes face aux catastrophes » ; d'étudier l'expérience acquise dans le cadre des stratégies ou institutions et des plans de réduction des risques de catastrophe régionaux ou nationaux, et de la mise en œuvre de leurs recommandations, ainsi que des accords régionaux pertinents se rapportant à l'application du Cadre d'action de Hyogo ; de définir des modalités de coopération sur la base des engagements souscrits pour la mise en œuvre d'un cadre de réduction des risques de catastrophe pour l'après 2015 ; d'arrêter les modalités d'un examen périodique de la mise en œuvre du cadre de réduction des risques de catastrophe pour l'après 2015.

Face aux risques de plus en plus croissants auxquels font face les populations exposées depuis quelques années au phénomène d'effondrement d'immeubles, la prise en compte de la

⁵⁴⁹ MINHDU, « Code de l'habitation et de construction au Cameroun », Rapport diagnostic, *op.cit.*, p.39.

⁵⁵⁰ *Ibid.*

Convention de Sendai s'avère également nécessaire. L'élaboration du code de l'habitation et de construction est favorable à la mise en place d'un dispositif juridique permettant la réduction substantielle des pertes et des risques liés aux catastrophes en termes de vies humaines, d'atteinte aux moyens de subsistance et à la santé des personnes, et d'atteinte aux biens économiques, physiques, sociaux, culturels et environnementaux des personnes, des entreprises, des collectivités et du pays.

B- Orientations politiques internationales pour la promotion des questions de santé publique

Depuis plusieurs décennies, le Cameroun, de concert avec la Communauté internationale, a ratifié de nombreux engagements relatifs à la promotion des questions de santé publique au niveau international. Parmi ceux-ci, on peut citer les déclarations d'Alma Ata, d'Abudja, d'Addis-Abeba, d'Ouagadougou, la couverture sanitaire universelle et les Objectifs du Développement Durable 2015 (ODD).

1-Convention d'Alma Ata

Face à l'inefficacité du système de santé du Cameroun qui ne parvient à répondre de manière optimale à la forte demande des soins de santé de ses populations grandissantes, des mesures susceptibles de susciter l'amélioration globale de santé de ses usagers s'imposent. C'est d'ailleurs pour cette raison que le Cameroun, après son accession à l'indépendance, a choisi de ratifier cette charte.

Les objectifs du Cameroun étaient clairs par cette ratification qui a été organisée en 1978 en Union soviétique sous l'égide des Nations-Unies. Il était question de saisir cette opportunité que lui offrait cette convention pour garantir à ses populations les soins de santé primaires pour tous à travers la notion de gratuité des soins comme stratégie de fonctionnement des formations sanitaires publiques. Dès lors, la santé devient, de manière générale, un bien public, dont la charge est assurée par l'État. C'est désormais l'avènement de l'âge d'or de l'État-providence. Dorénavant, c'est ce dernier qui facilite et finance l'accès de soins de santé à tous ses citoyens sans discrimination. D'où le slogan : « la santé pour tous en l'an 2000 ». C'est pour aller dans ce sens qu'Elvire Mireille Inès Mendo Me Mfou affirme :

Après, son accession à l'indépendance en 1960, le Cameroun comme la plupart des pays africains, adopte la gratuité des soins comme cela était déjà le cas pendant la période coloniale. Le financement de la santé par l'État devrait ainsi

garantir l'accès aux soins de santé à toutes les couches sociales et donc permettre aux populations bien portantes de participer efficacement à la production, ceci afin d'amorcer le décollage économique du pays. La santé dans sa globalité est perçue à cette époque comme un service public, donc à la charge de l'État. C'est le règne de « l'État-providence » qui est renforcé par le boom pétrolier que le pays connaît⁵⁵¹.

Après la fin de l'État providence et pourvoyeur de soins de santé pour tous au Cameroun, le secteur sanitaire public connaît des dysfonctionnements liés aux comportements déviants de certains personnels de ce secteur. Entre autres comportements déviants, on note : la corruption, les détournements des fonds alloués au bon fonctionnement et à l'organisation de son système de santé, l'inertie des agents des structures hospitalières publiques.

2-Déclaration d'Abuja

Elle s'est tenue en 2001 sur les maladies infectieuses telles que le VIH/Sida, la tuberculose et autres. Elle constitue une résolution des pays africains d'allouer au moins 15% de leur budget annuel à l'amélioration du secteur santé d'ici 2015. Cet engagement a été réaffirmé dans la Déclaration de Maputo de 2003.

3-Déclaration d'Addis-Abeba

Organisée en 2006 sur la santé communautaire, elle recommande de : rendre les communautés autonomes et de renforcer les structures de gestion communautaires, les activités des consommateurs et les liens avec les systèmes de prestation des services de santé. Assurer l'engagement et la participation des communautaires dans les interventions en soins de santé à travers la planification, la prestation et l'autosurveillance ; renforcer les interactions entre les services de santé et les communautés desservies. Et mettre en place des mécanismes de partage mutuel d'informations et renforcer les partenariats.

4-Déclaration d'Ouagadougou

Elle est organisée en 2008 sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique sur l'intégration de l'approche SSP dans les politiques et les stratégies sectorielles en vue de renforcer leurs systèmes de santé pour l'atteinte des OMD.

⁵⁵¹ Elvire Mireille Inés Mendo Me Mfou, « Les micro-unités de santé informelles au Cameroun. Quelle réponse aux besoins des populations les plus vulnérables », Thèse de doctorat soutenue à la faculté des sciences économiques et sociales, Université de Lille1, 2013, p.44.

5- Déclaration sur la couverture sanitaire universelle,

Tenue à Mexico-City en 2012, elle avait pour objectif central d'assurer un accès égal aux soins et services nécessaires, y compris les médicaments qui sont acceptables, abordables, accessible et de qualité et de toujours tenir compte du principe d'inclusion sociale pour les groupes vulnérables.

C-Engagements politiques internationaux du Cameroun en faveur de la promotion de l'environnement décent

La volonté politique du Cameroun s'est renforcée avec la ratification de plusieurs conventions internationales relatives à la protection de l'environnement et des ressources naturelles renouvelables. Ces principales conventions figurent dans le tableau 1 de l'annexe 3.

Les différentes politiques environnementales du Cameroun ont été élaborées en cohérence avec les orientations internationales⁵⁵². Cet attachement du Cameroun à la réglementation internationale en matière de gestion d'un environnement convenable s'illustre par sa participation à certains débats internationaux comme celui de Bali en 2007. Ce débat avait pour objectif, d'aboutir à un nouvel accord sur les changements climatiques lors de la 15ème Conférence de Copenhague en début décembre 2009. À cet effet, le Cameroun par le canal de son Ministère de l'Environnement et de la Protection de la Nature (MINEPDED), a élaboré une note relative à

La position du Cameroun par rapport aux préoccupations nationales intégrées dans le document relatif à la position africaine, il est manifeste et reconnu que les débats sur les changements climatiques portent davantage jusqu'ici plus d'intérêt sur les responsabilités relatives incombant à chaque pays de limiter l'augmentation des émissions de GES et de financer les efforts faits pour passer à des formes d'énergie dégageant de faibles émissions de carbone et d'autres technologies⁵⁵³.

Malgré certains résultats positifs dégagés en matière de gestion durable de l'environnement et des ressources, dans le cadre de la mise en œuvre du PNGE, sa mise en œuvre n'est pas encore effective au Cameroun. La diversité des acteurs intersectoriels ne permet pas toujours de coordonner des activités de promotion de l'environnement durable. C'est dans

⁵⁵²MINEPDED, Stratégie du sous-secteur environnement, protection de la nature et développement durable, 2021, p.55.

⁵⁵³*Ibid.*, p.56.

le but de remédier aux difficultés de cette nature que l'approche HiAP est prônée par l'OMS dans toutes les politiques.

Au demeurant, ce deuxième chapitre de l'étude a mis en relief les stratégies politiques adoptées et mises en œuvre par le Cameroun pour réduire les inégalités sociales en vue de la promotion de l'égalité en matière des questions de santé dans les politiques des établissements humains. Il s'agissait de mettre en lumière les différentes politiques adoptées aux niveaux endogène et exogène par les pouvoirs publics pour faciliter la promotion des questions de santé urbaine. Au niveau national, il a été question entre autres des politiques d'urbanisation adoptées en faveur de la planification ; d'aménagement et d'assainissement urbain à l'instar des plans quinquennaux ; de la vision Cameroun 2035 ; du DSCE ; de la SND30 ; des politiques de promotion et de financement de logements décents ; ainsi que les stratégies de renforcement des conditions d'amélioration de la gestion de l'espace urbain et foncier. Il a été également question de relever les politiques relatives à la mise en œuvre du processus de décentralisation et en faveur des couches vulnérables, ainsi que celles adoptées pour faciliter l'accès aux services sociaux de base. Les dispositions prises pour la promotion de l'environnement convenable, concernent les mesures constitutionnelles ou juridiques relatives à la gestion des déchets, des études d'impact environnementales et sociales et à la gestion de l'atmosphère. Des plans de gestion environnementale comme le PNGE, a en outre été adopté et implémenté. La promotion des questions de santé publique s'est faite grâce à la mise en œuvre des stratégies comme la SSS 2001-2015 et celle de 2016-2027, le PNDS 2016-2020, le SND30, la vision Cameroun 2035 et le DSCE. Les engagements pris par le Cameroun au niveau international en faveur de la promotion de l'aménagement, de la planification et des logements décents, concernent les conférences des Nations unies sur les établissements humains (Habitat I, II et III), le Nouvel Agenda urbain mondial, l'Agenda 2063, la convention de Sendai pour la réduction des risques des catastrophes. La promotion des soins de santé publique adéquats s'est effectuée grâce à l'appropriation par les pouvoirs publics camerounais, des termes des conventions d'Alma Ata, d'Abudja, d'Addis Abeba, d'Ouagadougou, sans oublier la CSU. Plusieurs conventions ont été adoptées et mises en œuvre par le gouvernement en faveur de la promotion de l'environnement convenable. C'est le cas de la convention des Nations Unies sur le changement climatique de 1992, de protocole de Kyoto de 1997 sur le changement climatique, des accords de Paris de 2015 sur le climat, de la convention africaine de 1968 sur la conservation de la nature et des ressources naturelles à Alger. Cependant, ces politiques parfois taillées sur mesures aux réalités et contexte occidentaux ont du mal à s'implanter dans le secteur d'habitat urbain à Yaoundé et

Douala du fait de plusieurs goulots d'étranglement. Il y a lieu de les implémenter dans le secteur d'habitat urbain des villes de Yaoundé et Douala en tenant compte de leurs réalités et contexte socioéconomique et politique. D'où la nécessité de repenser une nouvelle approche intersectorielle.

CONCLUSION PREMIÈRE PARTIE

Au moment où s'achève cette première partie, force est de constater qu'elle a permis de mettre en exergue les différents déterminants généraux de la santé dans les villes de Yaoundé et Douala et les stratégies politiques adoptées et mises en œuvre par les pouvoirs publics pour réduire efficacement les effets desdits déterminants sur la santé des populations citadines. Par ces actions, l'État du Cameroun entend faciliter le processus d'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat de ces deux villes. De manière plus précise, Il s'est agi dans un premier temps d'évoquer les divers déterminants communs et spécifiques aux villes de Douala et de Yaoundé. Ces déterminants communs aux deux capitales politique et économique concernent les problèmes environnementaux, ceux liés au manque d'infrastructures de base, aux inégalités socioéconomiques, politiques, à l'insécurité et à certaines maladies récurrentes comme le paludisme et la typhoïde. Les déterminants spécifiques aux deux capitales sont provoqués par des facteurs naturels à l'instar des inondations, des contextes géographiques liés à la dangerosité des sites et au choléra. Toutefois, la diversité de ces déterminants de santé dans tous les secteurs de la vie urbaine à Yaoundé et Douala illustre l'incapacité des pouvoirs publics qui n'ont pas pu mettre en œuvre les différentes politiques adoptées en vue de la réduction des inégalités et de la promotion de l'égalité en matière des questions de santé urbaine.

Dans un second temps, il a été question de faire le tour d'horizon des différentes orientations politiques nationales et internationales adoptées et mises en œuvre par les pouvoirs publics, pour contrecarrer les actions négatives de ces déterminants sur la santé des citoyens en intégrant les questions de santé dans les politiques des établissements humains. Ces diverses stratégies politiques adoptées et implémentées aux niveaux national et local concernent les secteurs de l'urbanisme et du logement, de l'environnement et de la santé publique.

Cet exercice a permis de constater que des déterminants de la santé sont complexes et diversifiés. Les facteurs qui impactent la santé des populations citadines proviennent des causes diversifiées à savoir économiques, sociales, politiques, naturelles et environnementales dans les villes de Douala et Yaoundé. À cet effet, le MINSANTE ne peut pas à lui seul les impacter de manière efficace. D'où, la nécessité de l'appropriation de l'approche de collaboration intersectorielle en faveur de l'intégration des questions de santé dans les politiques et pratiques d'habitat urbain en vue de la promotion de l'équité en santé et du bien-être général. Il s'est également avéré que les diverses politiques adoptées par les pouvoirs locaux à cet effet, ont été mises en œuvre de manière parallèle, sectorielle et individuelle par les différents secteurs en

charge de la promotion des objectifs de santé. Cette démarche qui s'est montrée inefficace n'a pas permis de maîtriser les problèmes de santé et de réaliser par conséquent les projets de collaboration intersectorielle en vue d'intégrer les objectifs de santé dans les établissements humains tant prôné par l'OMS. D'où l'importance de l'appropriation effective de l'approche HiAP qui implique la collaboration de tous les secteurs en charge des questions de santé et d'habitat urbain. C'est dans cette optique que la deuxième partie de cette recherche, s'est étendue sur les différents acteurs ou institutions en charge de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain et sur les actions ou projets réalisés par ces différents acteurs dans le cadre des collaborations intersectorielles à l'effet d'intégrer les objectifs de santé dans les établissements humains à Douala et Yaoundé. Toutefois, la réussite de l'appropriation des politiques de promotion des questions de santé urbaine à l'instar de l'approche HiAP, doivent tenir comptes des réalités locales et du contexte camerounais. Car, l'échec ces politiques qui ont fait leurs preuves dans les pays occidentaux et souvent transposées automatiquement en contexte africain et camerounais en particulier, est lié au fait qu'elles sont souvent pensées en occident et en fonction des réalités de ce dernier pour le compte des pays africains.

DEUXIÈME PARTIE :

**ACTEURS ET PROJETS DE COLLABORATION
INTERSECTORIELLE EN FAVEUR DE L'INTÉGRATION DES
OBJECTIFS DE SANTÉ DANS LES POLITIQUES D'HABITAT
URBAIN**

INTRODUCTION DEUXIÈME PARTIE

Dans le souci de réduire l'action des déterminants de la santé en vue de promouvoir les objectifs de santé urbaine, plusieurs secteurs prioritaires ont été prévus par l'État du Cameroun. Ils ont pour missions respectives, l'implémentation des différentes politiques de promotion des questions de santé urbaine adoptées par le Cameroun. Dans la même optique, des plateformes de collaboration ou des synergies intersectorielles ont été mises en œuvre en vue d'intégrer les objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain. De ce fait, cette deuxième partie s'attelle à passer en revue les différents acteurs en charge de la promotion des questions de santé urbaine et les expériences pratiques des projets de collaboration intersectorielle, communes et spécifiques au deux villes, réalisées par les pouvoirs publics en vue d'intégrer les objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain.

Comme principaux acteurs en charge d'intégration des objectifs de santé dans les politiques des établissements humains à Yaoundé et Douala, figurent des institutions nationales et internationales. Il s'agit entre autres, des départements ministériels, des institutions spécialisées et à l'échelon décentralisé, des organismes techniques et financiers, des organismes publics et privés, et des groupements associatifs. Quant au second chapitre, il a été consacré à l'étude des différentes expériences pratiques des projets de collaboration intersectorielle vécues de manière communes et spécifique par les acteurs des capitales économique et politique dans le but d'intégrer les objectifs de santé dans les politiques des établissements humains.

CHAPITRE III :

ACTEURS D'INTÉGRATION DES OBJECTIFS DE SANTÉ DANS LES POLITIQUES D'HABITAT URBAIN AU CAMEROUN

Ce chapitre met en exergue les différents acteurs et leurs rôles dans le processus d'intégration des objectifs de santé dans les politiques des établissements humains de Yaoundé et Douala. De prime à abord, le fait de parler de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat de ces deux villes, fait intuitivement penser à l'évocation au Ministère de la Santé Publique (MINSANTE) et à celui de l'Habitat et du Développement Urbain (MINHDU) qui assurent directement et à travers les institutions spécialisées sous tutelle, les missions de promotion des questions de santé et d'habitat urbain. Or, une telle perception est réductrice tant il est avéré que de nombreux autres organismes nationaux et internationaux agissent de manière significative sur les divers déterminants de la santé pour promouvoir l'égalité et l'équité dans tous les secteurs en matière de santé urbaine. Bien que ces missions ne ressortent pas clairement de leurs activités fondamentales, nul ne peut nier leur apport inestimable dans la promotion des questions de santé urbaine au Cameroun.

À cet effet, le processus d'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain à Yaoundé et Douala mobilise plusieurs acteurs multisectoriels. Ces derniers sont constitués des principales institutions ou parties prenantes en charge de la promotion de la santé urbaine. Ils ont été classés par catégories, en fonction de leurs missions professionnelles, de leurs affinités fonctionnelles et de leurs centres d'intérêt. Loin de s'inscrire dans une démarche descriptive des seules institutions des Ministères de la Santé Publique, de l'Habitat et du Développement urbain, il s'est agi de mettre en relief les actions des institutions agissant dans les domaines de compétence qui sont les leurs et d'appréhender la combinaison de leurs actions en faveur de la promotion des questions de santé dans les établissements humains en milieu urbain. Il est difficile de s'accorder sur une classification consensuelle, toutefois, deux catégories d'acteurs à l'instar des acteurs nationaux et internationaux ont été mises en exergue dans ce chapitre.

I-Acteurs publics nationaux en charge de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain

Comme il a été relevé au début de ce chapitre, le MINSANTE et le MINH DU jouent directement ou à travers les institutions spécialisées les principaux rôles de coordination au profit de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques des établissements humains à Yaoundé et Douala. Toutefois, au regard de la diversité et de la complexité des déterminants qui impactent la santé des citoyens, plusieurs autres établissements publics et privés interviennent et jouent des rôles tout aussi importants dans le processus d'intégration des questions de santé urbaine dans les politiques des établissements humains. À cet effet, certains départements ministériels et leurs institutions spécialisées, ainsi que leurs institutions techniques et financières aux rôles complémentaires et axiaux, les acteurs à échelon décentralisés ont été retenus dans le cadre de cette étude.

A-Actions de coordination du MINSANTE, du MINH DU et les missions d'exécution des institutions spécialisées

Le MINSANTE et le MINH DU jouent des principaux rôles dans l'organisation et la régulation du système de santé et d'habitat urbain au Cameroun. Ces deux départements ministériels assurent des missions de pivot dans la promotion des établissements humains favorables aux questions de santé. Ils assument les missions de coordination et de supervision des institutions spécialisées qui sont sous leur tutelle et interviennent dans le contrôle ou la mise en œuvre de leurs actions.

1-Action de coordination du Ministère de la Santé Publique (MINSANTE)

En sa qualité d'organe central du système de santé au Cameroun, le MINSANTE joue un rôle prépondérant dans l'organisation du système de santé et la régulation de l'offre de soins sur toute l'étendue du territoire. Il joue également le rôle de pivot en matière de promotion et de prévention en matière de santé. Dans cette optique, le décret n° 2013/093 du 03 avril 2013 portant organisation du Ministère de la Santé Publique, fait de ce département ministériel, le principal responsable « *de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique du Gouvernement en matière de santé publique*⁵⁵⁴ ». À cet effet, entre autres réformes et stratégies

⁵⁵⁴ Décret N°2013/093 du 03 avril 2013 portant organisation du Ministère de la Santé Publique, Article 1, Alinéa 2, p.1.

à mettre à son actif, figurent : les Stratégies Sectorielles de la Santé (SSS) qui retracent l'organisation, le fonctionnement du système de santé camerounais et les stratégies à mettre en œuvre pour la promotion des questions de santé; le Plan national de développement sanitaire (PNDS) de 1999-2008 qui a pour objectifs , de rendre les districts de santé fonctionnel et performant, de maîtriser la progression de l'infection à VIH/Sida à travers un programme de lutte centré sur le district de santé, de développer et de mettre en place au niveau des districts des mécanismes décentralisés de financement des soins de santé ainsi qu'un système performant de mutualisation du risque maladie⁵⁵⁵. Pour Raphaël Okalla et Alain Le Vigouroux, il était question pour le MINSANTE en adoptant ces différentes stratégies et réformes, d'améliorer la politique nationale de santé à partir des résolutions internationales⁵⁵⁶.

Pour réaliser ses missions, le MINSANTE est assisté d'un Secrétaire d'État, chargé de la Lutte contre les Épidémies et les Pandémies. Par la création d'un Secrétariat d'État le 19 septembre 1996, les pouvoirs publics camerounais montrent clairement leur détermination à réduire considérablement les épidémies et des pandémies qui impactent gravement la santé des populations dans les villes de Douala et de Yaoundé. Ce ministère est également appuyé dans le cadre de la promotion des objectifs de santé en milieu urbain par plusieurs services centraux et déconcentrés. C'est le cas des directions de la promotion de la santé et de la lutte contre la maladie qui sont entre autres services centraux en charge de la promotion de la santé. Parmi les services publics, privés déconcentrés et les autres services spécialisés sur lesquels s'appuient le MINSANTE pour la promotion des objectifs de santé urbaine, figurent plusieurs organismes sanitaires à l'instar des délégations régionales, des sept catégories de FOSA publiques (HG; HC ;HR/HRA ; HD ;CMA; CSI ; CSA) ;des FOSA privées et des organismes techniques spécialisés à l'instar du Centre Pasteur du Cameroun (CP) ; de la Centrale Nationale d'Approvisionnement en médicaments et Consommables Médicaux Essentiels (CENAME) ; du Centre Hospitalier de Recherche et d'Application en Chirurgie Endoscopique et de Reproduction Humaine (CHRACERH) ; du Laboratoire National de Contrôle de Qualité des Médicaments et d'Expertise (LANACOME) ; du Centre International de Référence Chantal BIYA pour la recherche et la prise en charge du VIH-SIDA (CIRCB) et l'Observatoire National de la Santé Publique (ONSP)⁵⁵⁷.

⁵⁵⁵ Raphaël Okalla & Alain Le Vigouroux, « Cameroun : de la réorientation des soins de santé primaires au plan national de développement sanitaire, Un système de santé en mutation : le cas du Cameroun », in *Bulletin de l'APAD*, n° 21, 2005, p. 9, consulté en ligne sur <https://www.apad.revue.org>, le 27/02/2023.

⁵⁵⁶ *Ibid.*

⁵⁵⁷ Décret N°2013/093 du 03 avril 2013 portant organisation du Ministère de la Santé Publique, Article 134 *op.cit.*

Ce ministère mène des actions de promotion d'habitat décent avec son rapprochement des services de santé et d'hygiène de l'habitat des ménages en milieu urbain. De ce fait, sa Direction de la Promotion de la Santé est chargée :

*du suivi de la mise en œuvre de la politique d'hygiène individuelle, collective et environnementale; de l'appui et du suivi de la mise en œuvre de la politique de gestion des déchets; de la participation à la lutte contre toute forme de contamination et de pollution, en liaison avec les administrations et organismes concernés*⁵⁵⁸.

Toutefois, le MINSANTE seul, peine à impacter de manière efficace la diversité et la complexité de déterminants de la santé en milieu urbain. Face à cette incapacité, l'OMS propose de toujours « *favoriser le dialogue et la coopération entre les secteurs concernés de sorte que la santé soit prise en considération dans les politiques publiques pertinentes et que l'action intersectorielle soit renforcée*⁵⁵⁹ ». Ceci pour agir efficacement sur les multiples déterminants outre que ceux du secteur des soins de santé qui affectent la santé des populations.

2-Rôle de coordination du Ministère de l'Habitat et du Développement Urbain (MINH DU)

Créé par décret N°2011/408 du 09 décembre 2011 pour remplacer et hériter certaines compétences des précédents Ministères de la Ville, le Ministère de l'Urbanisme et de l'Habitat a pour objectif principal, d'améliorer les conditions de vie, en rendant la vie agréable dans toutes les parties de la ville. Le décret N°2012 /384 du 14 septembre 2012 portant organisation du MINH DU souligne qu'il est responsable de « *l'élaboration et de la mise en œuvre d'un plan d'amélioration de l'habitat, tant en milieu urbain qu'en milieu rural, de la mise en œuvre de la politique d'habitat social, du suivi de l'application des normes qui régissent ce secteur*⁵⁶⁰ ». À cet effet, il est chargé en matière de développement urbain : de la planification et du contrôle du développement des villes ; de l'élaboration et du suivi de la mise en œuvre des stratégies d'aménagement et de restructuration des villes ; de la définition des normes en matière d'assainissement, de drainage et du contrôle du respect de ces normes ; de l'élaboration et de la mise en œuvre des stratégies de développement social intégré des différentes zones urbaines ; de la définition des normes en matière d'hygiène et de salubrité, d'enlèvement et/ou de

⁵⁵⁸ Décret N°2013/093 du 03 avril 2013 portant organisation du Ministère de la Santé Publique, *op.cit.*, Article 68.

⁵⁵⁹ OMS, Soixante Deuxième Assemblée mondiale de la santé, tenue au Palais des Nations Unies à Genève du 18 au 22 mai 2009, consulté en ligne sur <https://www.who.int> .PDF-files, le 23/06/2023.

⁵⁶⁰ Décret N°2012/384 du 14 septembre 2012 portant organisation du Ministère de l'Habitat et du Développement Urbain, Article 8, Alinéa 23, *op.cit.*

traitement des ordures ménagères, ainsi que du contrôle du respect de ces normes ;de l'embellissement des centres urbains, en liaison avec les départements ministériels et les Collectivités Territoriales Décentralisées intéressés ; de l'élaboration et de la mise en œuvre des stratégies d'amélioration de la circulation dans les grands centres urbains ;de l'élaboration et de la mise en œuvre des stratégies de gestion des infrastructures urbaines et de la liaison avec les organisations internationales concernées par le développement des grandes villes⁵⁶¹.

Le MINHDU a donc pour objectif principal de mener une action d'urbanisme bien pensée qui permet d'améliorer non seulement la santé physique de la population, mais également d'augmenter le degré de socialisation et d'accroître l'intégration des citoyens dans la collectivité. Hugh Barton et Catherine Tsourou confirment que les objectifs du MINHDU « *doivent être adaptés aux besoins de la population, ils ont à voir avec le lien social, touchent la sécurité de vie et des biens ainsi que l'accès aux aires de loisirs, aux services et aux commerces*⁵⁶² ».

Pour implémenter ses diverses missions, le MINHDU dispose dans son organisation de plusieurs services parmi lesquels : la direction du développement urbain, la direction de l'architecture, la division des études, de la planification et de la coopération et la division de l'environnement social urbain⁵⁶³. Il est également chargé de l'élaboration de la politique de logement du gouvernement. À cet effet, il s'intéresse particulièrement à l'amélioration de l'habitat urbain et du logement social, dont il définit les normes et encadre la réalisation, notamment en assurant la tutelle sur la Société Immobilière du Cameroun (SIC). Cette dernière a réalisé sous la tutelle du MINHDU les logements sociaux des quartiers Bassa, Bonamoussadi, Koto, Makepé, Palmiers, Mbanga-Bakoko, situés dans la capitale économique et les logements sociaux des quartiers Bastos, Biyem-Assi, Cité-Verte, Messa, Hippodrome, Manguier, Olembé, Djoungolo, Etetak, Mfandena, Mendong et Nkolondom, situés dans la capitale politique.

Dans le but d'assurer le bien-être général des populations citadines, le MINHDU a réalisé plusieurs infrastructures dans les villes de Yaoundé et Douala. C'est le cas de l'autoroute Yaoundé-Nsimalen, les voiries urbaines des deux capitales, la voie de contournement de la ville de Yaoundé et dont les études techniques sont achevées. Ces infrastructures permettent de

⁵⁶¹ Décret N°2012/384 du 14 septembre 2012 portant organisation du Ministère de l'Habitat et du Développement Urbain, Article 8, Alinéa 23, *op.cit.*

⁵⁶² Hugh Barton et Catherine Tsourou, « Urbanisme et santé, Un guide de l'OMS pour un urbanisme centré sur les habitants », *op.cit.*, p. 2.

⁵⁶³ Décret N°2012/384 du 14 septembre 2012 portant organisation du Ministère de l'Habitat et du Développement Urbain, Article 8, Alinéa 23, *op.cit.*

décongestionner la circulation en facilitant la mobilité des personnes et des biens dans les deux centres urbains.

Cependant, selon les informations collectées sur le terrain, ce département ministériel se trouve aujourd'hui dans l'incapacité de résoudre de manière optimale les sempiternels problèmes de mobilité urbaine, de logements, de la gestion des déchets liquides, et solides dans les villes de Douala et de Yaoundé. Ces dysfonctionnements mettent en mal le bien-être général des citoyens. Les difficultés de mobilité à Yaoundé et Douala sont causées par le mauvais état des routes et le manque de voies secondaires bien aménagées à cet effet. La gestion des déchets et des eaux usées, qui se pose même dans les logements sociaux de la SIC, est plombée par un déficit criard des équipements de canalisation et de traitement. Cette situation avait créé de vives tensions entre le maire de Yaoundé VI et l'actuel MINHDU, au point où ce dernier avait fait venir des engins de la Mairie de Baganté pour vider les déchets liquides qui débordent les fosses situées le long des voies publiques. Ces difficultés sont résumées dans ces propos d'un personnel en service au MINHDU en ces termes :

C'est vrai que l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de gestion des déchets de toute nature et de mobilité urbaine sans oublier l'épineux problème de manque de logements nous incombent, mais nous n'avons pas assez de moyens pour répondre efficacement à ces attentes. Nous sommes seuls au front et les moyens nous manquent pour entretenir les voiries urbaines⁵⁶⁴.

L'incapacité du MINHDU à accomplir en solitaire ses missions atteste de la nécessité de la mise en œuvre d'une plateforme légale de collaboration intersectorielle entre les institutions en charge de la promotion des questions des logements et de la santé urbaine. À ce sujet, un responsable en service dans une Mairie de Yaoundé confirme que :

Il y a nécessité de mettre sur pieds une nouvelle plateforme de collaboration légale et réglementaire réunissant très régulièrement le MINHDU, le MINSANTE, le MINCAF, le MINTP, le MINFI, l'OMS, l'ONU-Habitat, la MEATUR, le CFC et la SIC pour promouvoir un cadre urbain décent dans les deux capitales. Le MINHDU a toutes les difficultés pour répondre lui seul aux attentes des populations urbaines très croissantes et exigeantes⁵⁶⁵.

⁵⁶⁴ Entretien réalisé à Yaoundé avec un responsable en service au MINHDU, le 10/10/2021.

⁵⁶⁵ Entretien réalisé à Yaoundé avec un responsable en service dans une Commune d'Arrondissement du Mfoundi, *op.cit.*

3-Institutions publiques spécialisées dans la promotion des questions de santé urbaine

Comme il a été relevé plus haut, le Gouvernement camerounais a créé des organismes spécialisés sur lesquels le MINSANTE et le MINH DU s'appuient pour la promotion des questions de santé. Il s'agit des organismes spécialisés de promotion des soins de santé publique et de logements décentes.

3-1-Acteurs spécialisés de promotion des soins de santé publique

Comme il a été relevé au début de ce chapitre, le MINSANTE se fait accompagner par plusieurs organismes dans le cadre de l'exercice de ses missions. Il s'appuie sur des comités techniques spécialisés, des formations sanitaires publiques, des projets et programmes, avec pour seule finalité la promotion des objectifs de santé. Il s'agit notamment d'un certain nombre d'institutions déclinées ci-dessous, sur lesquelles ce département ministériel exerce la tutelle dans le cadre de l'exercice de ses missions⁵⁶⁶.

La Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Médicaux Essentiels (CENAME) basée à Yaoundé, fait partie de ces organismes spécialisés. La CENAME devient par le décret N° 2009/386 du 30 Novembre 2009, un établissement public administratif doté de la personnalité juridique et de l'autonomie financière, placé sous la tutelle technique du MINSANTE et la tutelle financière du MINFI. Dès lors, elle a pour missions d'assurer la disponibilité, la permanence et l'accessibilité des médicaments et dispositifs médicaux essentiels au meilleur rapport qualité/prix sur toute l'étendue du territoire national. La CENAME est investie d'une mission de service public qui contribue à la mise en œuvre de la politique pharmaceutique nationale en matière d'approvisionnement en médicaments et dispositifs médicaux essentiels.

Bien que les missions de la CENAME portent sur de grandes quantités de produits de santé, les principaux contrôles internes de cet organisme concernant les services essentiels de distribution, de suivi et de surveillance des stockages de produits de santé ne sont pas satisfaisants. Ce qui constitue un danger pour la santé des populations consommatrices.

Les dysfonctionnements au niveau des services de distribution portent sur le non-respect de la ponctualité pendant la distribution et le manque de moyens de transport réfrigéré. La CENAME a des difficultés pour respecter la ponctualité lors de la distribution de produits aux magasins régionaux. La distribution des commandes de produits de santé passées par les

⁵⁶⁶ Décret n° 2013/093 du 03 avril 2013 portant organisation du Ministère de la Santé Publique, article 1, Alinéa 2, *op.cit.*

magasins régionaux aux programmes nationaux exige un délai précis dans la mesure où les demandes de distribution sont ensuite transmises à la CENAME. « Normalement, le délai médian entre le passage d'une commande et sa livraison au magasin régional qui se charge à son tour de la distribution aux autres structures sanitaires de la région, est de 25 jours et varie de trois à 57 jours. Ce que la CENAME ne respecte pas toujours⁵⁶⁷ ». Ces retards créent des pénuries périodiques de produits de santé dans les structures de soins et par conséquent, entraînent des interruptions de traitement des patients. En outre, la CENAME manque souvent de moyen de transport réfrigéré, requis pour le transport de certains produits. « Pourtant, la nouvelle subvention relative au VIH prévoit un budget pour le transport réfrigéré⁵⁶⁸ ». Cette situation affecte la qualité des produits transportés et destinés aux patients.

En outre, les mécanismes de surveillance et de suivi du MINSANTE et de l'instance de coordination nationale sur la chaîne d'approvisionnement des produits de santé sont limités. Ce qui est de nature à compromettre l'accès des patients aux produits de santé en qualité et quantité et en temps opportun. De tels dysfonctionnements permettent d'affecter l'efficacité de ces produits et remettre en cause les traitements des patients. Cette inertie est souvent à l'origine des phénomènes tels que des pénuries et des interruptions des stocks excédentaires et par conséquent des traitements périodiques. A cet effet, Global Fund of the Inspector General fait remarquer que,

En septembre 2015, suite à une hausse soudaine de la demande régionale d'artésunate injectable, les stocks nationaux ont été divisés par 45 ce mois-là, ce qui a failli entraîner une pénurie nationale. Bien que cette fluctuation des stocks ait été due à une modification des schémas thérapeutiques, la hausse de la demande a pris tout le monde de court, car les niveaux de stock régionaux et les schémas de consommation n'avaient pas été étroitement surveillés⁵⁶⁹.

Le Centre Hospitalier de Recherche et d'Application en Chirurgie Endoscopique et de Reproduction Humaine (CHRACERH) basé à Yaoundé contribue aussi à la promotion des questions de santé urbaine sous la tutelle du MINSANTE. Créé par décret présidentiel n° 2011/336 du 13 octobre 2011, il a pour principales missions de : garantir à la femme les meilleures conditions de procréation ; mener des activités de recherche en matière d'endoscopie et de reproduction humaine et de dispenser des soins de haut niveau en gynécologie et

⁵⁶⁷ Entretien réalisé à Yaoundé avec un responsable en service dans une pharmacie privée, le 08/12/2021.

⁵⁶⁸ Entretien réalisé à Yaoundé avec un responsable en service à la CENAME, le 15/12/2021.

⁵⁶⁹ The Global Fund of the Inspector General, Subventions du Fonds mondial à la République du Cameroun : Gestion de la chaîne des achats et des stocks, Genève, Suisse, 26 juillet 2016, p. 9, consulté en ligne sur <https://www.file:///C:/Users/Dell/Desktop/GIZ%20ZUSAMEN.pdf>, le 08/02/2023.

obstétrique⁵⁷⁰. Pour Christophe Foe Ndi, « *cette institution représente une véritable innovation dans le secteur de la procréation médicalement assistée au Cameroun et en Afrique centrale et constitue un rempart pour de nombreuses familles victimes des problèmes d'infertilité*⁵⁷¹ ».

Cependant, son côté élitiste, lié aux coûts très élevés qui y sont pratiqués pose le problème d'inaccessibilité aux populations à faible revenu.

Le MINSANTE s'appuie aussi sur le Centre Pasteur du Cameroun basé à Yaoundé pour accomplir certaines de ses missions. Cet organisme créé en 1959 a comme mission principale de participer à la lutte contre la maladie et à la promotion de la santé à travers la prise en charge des patients et la prévention du risque sanitaire international par la surveillance des maladies endémiques et épidémiques, la recherche scientifique et la formation des personnels de santé⁵⁷². Il est assisté dans ses missions de prévention du risque sanitaire international par l'Observatoire National de la Santé Publique (ONSP). Ce dernier a été créé sur les cendres du Comité national d'épidémiologie⁵⁷³, pour renforcer le Système National d'Information Sanitaire (SNIS). Il a pour missions l'alerte et la veille sanitaires, la centralisation, l'analyse et la mise en place des informations sociosanitaires des bases et banques de données sur les problèmes de santé publique⁵⁷⁴. L'ONSP a en outre la charge de repérer, collecter, rassembler, analyser, confronter et synthétiser les données sur l'état de santé des populations ; assurer la surveillance épidémiologique transfrontalière ; réaliser des études et enquêtes épidémiologiques ; participer à la mise en place des mécanismes de prévention des épidémies et de contribuer à la préparation de la réponse ou riposte d'un ou des événements pouvant constituer une urgence sanitaire⁵⁷⁵.

Créé par le décret N°2010/2952 du 1^{er} novembre 2010, l'ONSP partage avec le Laboratoire National de Contrôle de qualité des Médicaments et d'Expertise (LANACOME) et la Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Médicaux Essentiels (CENAME) des missions conjointes. Il accomplit également les missions de consolidation des informations liées à la fabrication du médicament, à la disponibilité ou l'accessibilité et au contrôle de la qualité du médicament. Il assure par ailleurs en relation avec

⁵⁷⁰ Ministère de la Santé Publique, « CHRACERH : La fécondité in vitro (FIV) : une possibilité effective au Cameroun », consulté en ligne sur <https://www.minsante.cm>, le 26/02/2023.

⁵⁷¹ Christophe Foe Ndi, « La mise en œuvre du droit à la santé au Cameroun », Thèse en vue de l'obtention du doctorat en droit public, Université d'Avignon, 2019, p. 79.

⁵⁷² Informations disponibles consultées en ligne sur <https://www.pasteur-yaounde.org>, le 26/02/2023.

⁵⁷³ Organe consultatif créé avec le concours financier de la Rock Feller Foundation par décret n° 90/1347 du 17 septembre 1990.

⁵⁷⁴ Décret n° 2010/2952 du 1^{er} novembre 2010 portant création, organisation et fonctionnement de l'ONSP, article 2.

⁵⁷⁵ Fifen Alassa, « L'observatoire national de santé publique (ONSP) du Cameroun », Brazzaville, 28-30 avril 2014, consulté en ligne sur <https://www.aho.afro.who.int>, le 26/02/2023.

ces structures et d'autres structures concernées, la disponibilité des indicateurs de suivi des tarifs des prestations de soins et des prix des médicaments et consommables médicaux⁵⁷⁶.

Cependant, l'ONSP constitue un exemple d'institution dont l'efficacité et actions peinent à être visibles sur le terrain. D'ailleurs, ce constat a été fait par le MINSANTE qui reconnaît que « *ses missions ne sont pas efficacement mises en œuvre du fait de l'insuffisance des ressources financières et technologiques*⁵⁷⁷ ».

Le Centre international de référence Chantal BIYA pour la recherche et la prise en charge du VIH/Sida (CIRCB,) est une autre institution spécialisée sur laquelle le MINSANTE exerce sa tutelle. Créé le 17 février 2006 par arrêté du Ministre de la Santé publique, il a pour principale mission l'amélioration des connaissances et de la qualité des soins destinés aux personnes infectées par le VIH/Sida⁵⁷⁸. Cet établissement joue un rôle important en termes d'accessibilité aux soins des multiples personnes affectées par le VIH/Sida. Cependant, sa localisation géographique dans la ville de Yaoundé ne facilite pas son accessibilité aux autres patients vivant avec cette maladie dans certaines localités périphériques du Cameroun.

Placé également sous la tutelle du MINSANTE, le Comité national de lutte contre le Sida (CNLS) est chargé d'assurer les missions liées à la mise en œuvre du plan d'action gouvernemental de lutte contre la pandémie du Sida⁵⁷⁹. Il est chargé de la réalisation du plan stratégique national de lutte contre le VIH/Sida et des infections sexuellement transmissibles dont les axes majeurs sont le conseil et le dépistage volontaire, la prévention et la prise en charge des IST, la promotion du préservatif, la sécurité sanguine, le renforcement de la prévention du VIH chez les jeunes et de nouvelles infections chez les femmes, et la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant⁵⁸⁰.

Toutefois, l'OMS note que nonobstant la multiplicité des acteurs dans le secteur de la transfusion sanguine, la collecte du sang demeure un exercice qui n'est pas évident avec seulement 10 % de donateurs bénévoles et 90 % de donateurs familiaux⁵⁸¹. En outre, la sécurité

⁵⁷⁶Fifen Alassa, « L'observatoire national de santé publique (ONSP) du Cameroun », *op.cit.*

⁵⁷⁷ Ministère de la Santé Publique du Cameroun, Stratégie sectorielle de santé 2016-2027, Yaoundé, 2016, p. 86.

⁵⁷⁸ Informations Consultées en ligne sur <https://www.circb.cm>, le 26/02/2023.

⁵⁷⁹ Christophe Foe Ndi, « La mise en œuvre du droit à la santé au Cameroun », *op.cit.*, p. 81.

⁵⁸⁰CNLS, Plan stratégique national de lutte contre le VIH/Sida 2006-2010, consulté en ligne sur <https://www.ilo.org>, le 26/02/2023. CNLS, Plan stratégique national de lutte contre le VIH, le SIDA et les IST 2014-2017, consulté en ligne sur <https://www.childrenandaids.org>, le 26/02/2023.

⁵⁸¹OMS, Programme national de transfusion sanguine, consulté en ligne sur <https://www.afro.who.int>, le 26/02/2023.

de ce sang collecté n'est pas toujours garantie, ce qui crée par conséquent plusieurs infections virales⁵⁸².

En dehors des établissements énumérés ci-dessus qui interviennent dans le cadre de la prévention et la lutte contre la maladie, le MINSANTE assure la promotion de la santé par le canal des services déconcentrés et les FOSA publiques. Le Cameroun compte dix délégations régionales réparties en 180 districts de santé dont 178 sont fonctionnels. Pour ce qui est des formations sanitaires, le pays en possède 3214 dont 04 hôpitaux de première catégorie (hôpitaux généraux), 04 hôpitaux de deuxième catégorie (hôpitaux centraux), 12 hôpitaux de troisième catégorie (hôpitaux régionaux), 156 hôpitaux de quatrième catégorie (hôpitaux de districts), 181 Centres médicaux d'arrondissement (CMA) et 1801 Centres de santé intégrés (CSI) de cinquième catégorie parmi lesquels 1600 sont fonctionnels⁵⁸³.

Cependant, comparativement aux normes prescrites par l'OMS, la couverture de la population en personnel médical est insuffisante. Par conséquent, le ratio professionnel de santé/population dans les années 2000 était de 0,63 pour 1000 habitants au Cameroun contre 2,3 pour 1000 qui est la norme de l'OMS⁵⁸⁴. En outre, le recensement général des personnels de santé de 2011 fait constater une légère amélioration de ce ratio qui est passée de 0,63 à 1,07⁵⁸⁵, mais reste toujours largement en deçà de la norme OMS en la matière.

3-2-Institutions spécialisées de promotion de logements décents

Théoriquement, les pouvoirs publics ont mis sur pied un triptyque pour la promotion de logements décents. Bien que n'étant pas tous sous la tutelle du MINHDU, ces trois établissements, qui sont : la Société Immobilière du Cameroun (SIC), la Mission d'Aménagement et d'Entretien des Terrains Urbains et Ruraux (MAETUR) et le Crédit Foncier du Cameroun (CFC), permettent au MINHDU de réaliser les missions qui sont siennes en matière de logements décents.

En dépit de quelques succès enregistrés dans les années 1980, ce système tripartite ne remplit plus effectivement ses objectifs et semble connaître aujourd'hui d'énormes difficultés. En effet, chacune des institutions citées ci-dessus fait face à plusieurs goulots d'étranglement dans le cadre de la promotion de logements décents. Chaque institution essaie tant bien que mal d'atteindre individuellement ses objectifs personnels. D'où les insuffisances observées dans

⁵⁸² Ministère de la Santé publique du Cameroun, Stratégie sectorielle de santé 2016-2027, *op.cit.*, p.42.

⁵⁸³ Ministère de la santé publique, Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2011-2015, P 9.

⁵⁸⁴ Institut National de la Statistique, Annuaire statistique du Cameroun 2010, p. 3.

⁵⁸⁵ Ministère de la Santé Publique du Cameroun, Stratégie sectorielle de santé, *op.cit.*, pp. 78-80.

l'accomplissement des missions dévolues à ces institutions qui ont du mal à atteindre les objectifs qui leur sont assignés.

-La Société Immobilière du Cameroun (SIC)

Créée par Arrêté du 15 juillet 1952 du ministre de France d'outre-mer Pierre Pflimlin, la SIC avait pour mission de produire les logements destinés aux cadres de l'administration coloniale. Quelques-uns de ces édifices servent encore de résidences aux hauts responsables de l'administration dans des quartiers comme Bonandjo à Douala. Deux décennies plus tard, plus précisément à partir de 1978, elle devient une société à capitaux publics. Dorénavant, elle a pour responsabilité, de promouvoir les logements sociaux décents favorables à toutes les classes sociales. Considérée comme l'une des plus anciennes sociétés de l'État au Cameroun, la SIC est devenue depuis les réformes de 1978 selon Gilles Roger Belinga⁵⁸⁶, l'un des piliers de la politique du gouvernement camerounais dans le cadre de production d'habitat décent.

Placée sous la double tutelle du MINHDU et du MINFI, la SIC exerce les opérations mobilières, immobilières, commerciales, et financières se rapportant aux objets ci-dessus sur toute l'étendue du territoire camerounais. Ainsi, depuis sa création, la SIC a pu réaliser plus de onze mille logements au Cameroun. C'est dans cette logique qu'elle a réalisé les logements des quartiers Bassa, Bonamoussadi, Makepé, Kotto, Palmiers à Douala et des quartiers Biyem-Assi, Bastos, Cité Verte, Grand Messa, Hippodrome, Manguiers, Mendong, Messa, Olembé, Djoungolo, Nkolondon, Mfandena, et Etetak à Yaoundé.

Cependant, il existe des dysfonctionnements relatifs à l'insuffisance criarde de logements et de manque de considération des couches vulnérables dans l'attribution de ces logements dits sociaux. Des problèmes liés au manque d'assainissement dans ces installations ont été aussi observés. Les propos ci-dessous d'un responsable en service dans une Commune d'Arrondissement résument certaines difficultés de la SIC à répondre de manière optimale aux besoins des populations citadines en matière de logements :

La SIC est aujourd'hui incapable de répondre de manière optimale aux besoins des populations urbaines en termes de logements décents. Cette incapacité est liée à l'insuffisance des ressources financières pour répondre aux diverses demandes d'une population grandissante. Le peu de logements que produit cette structure est distribué aux plus nantis et ces logements souffrent des problèmes d'assainissement du fait des appareils de canalisation des déchets liquides vieillissants⁵⁸⁷.

⁵⁸⁶ Gilles Roger Belinga, *Le logement social au Cameroun*, 1996, P 77.

⁵⁸⁷ Entretien réalisé à Yaoundé avec un responsable d'une Commune d'Arrondissement, *op.cit.*

En effet, initialement créée pour produire les logements sociaux décents au profit des couches vulnérables à faibles revenus financiers, les logements de la SIC sont aujourd'hui attribués à une classe de privilégiés socialement et financièrement nantis. À cet effet, un responsable en service au MINHDU affirme : *Pour avoir un logement là-bas, il ne suffit pas d'avoir beaucoup d'argent, il faut surtout avoir des relations là-bas. Je veux dire des amis ou des proches*⁵⁸⁸. Au lieu de les attribuer à ceux qui sont socialement pauvres, les modalités d'acquisition sont onéreuses et pas toujours officielles.

-La Mission d'Aménagement et d'Équipement des Terrains Urbains et Ruraux (MAETUR)

Créée le 25 décembre 1977 par décret N°77/193 du 23 juin 1977, la Mission d'Aménagement et d'Équipement des Terrains Urbains et Ruraux (MAETUR), est un établissement public à caractère industriel et commercial, modifiée et complétée par décret n°82/599 du 25 novembre 1982. Depuis sa création, son principal objectif est de réaliser des opérations d'aménagement et d'équipement de terrains en vue de la promotion immobilière et de l'habitat décent aux camerounais. De ce fait, elle aménage des parcelles de terrains cédées aux particuliers pour l'autoconstruction ou plus précisément, l'autopromotion immobilière. La MAETUR est l'acteur principal et privilégié de promotion de l'habitat. Une partie de ses réalisations est mise à la disposition de la SIC qui y construit des logements destinés soit à la vente, soit à la location, ou alors à la location-vente. L'aménagement et l'équipement des terrains de l'État, sont confiés à la MAETUR. Ce qui fait de cette dernière le « lotisseur » public du Cameroun⁵⁸⁹. Elle est chargée notamment :

*De promouvoir à la demande et pour le compte de l'État, des organismes publics et parapublics, privés ou des collectivités publiques locales, ou pour son propre compte l'étude et la réalisation des opérations d'aménagement ou d'équipement de terrains ainsi que des opérations de restructuration de quartiers existants ; d'étudier et de réaliser les infrastructures d'assainissement, de drainage, de voirie et de réseaux divers des terrains à équiper ou à aménager en liaison avec les services techniques compétents ; de lotir et de commercialiser ces terrains sauf si le bénéficiaire en décide autrement*⁵⁹⁰.

Dans le but d'implémenter ces missions, sous la tutelle du MINCAF, la MAETUR a fait montre de dynamisme et de créativité en relavant certains défis de son environnement depuis sa création. C'est dans cette optique que, lors de la célébration de son 40^{ème} anniversaire en

⁵⁸⁸ Entretien réalisé à Yaoundé avec un responsable en service au MINHDU, le 11/12/2021.

⁵⁸⁹ Jourdam-Boutin, « Les programmes de logement public à Yaoundé : entre laboratoire libéral et manifestations urbaines du clientélisme dans un Cameroun post-austérité », Urbanités, Dossier/Urbanités africaines, octobre 2018

⁵⁹⁰ MINHDU, Code de l'habitation et de construction au Cameroun, *op.cit.*, p. 62.

2017, l'un des principaux engagements pris par la MAETUR, est de « *mettre un point d'honneur sur l'amélioration des conditions d'habitation des populations camerounaises et citadines en particulier. Ceci, en leur offrant un cadre de vie bien aménagé, sécurisé, structuré et surtout durable*⁵⁹¹ ». Cette nouvelle résolution s'est matérialisée par : une production croissante et d'envergure ; la rénovation urbaine ; l'adoption d'une nouvelle approche intégrant les préoccupations environnementales ; le renforcement des capacités des urbanistes et la recherche active des ressources financières.

Toutefois, la MAETUR fait face à divers goulots d'étranglement. Il s'agit de l'insuffisance des ressources financières allouées à l'aménagement. Les subventions de l'État ne parviennent pas à cibler les salariés moyens, en moins les couches vulnérables. Par conséquent, ceux-ci ne peuvent accéder aux terrains onéreux sur le marché formel. Les populations de Douala et de Yaoundé n'ont donc d'autres possibilités que la location et les constructions anarchiques ou l'autoconstruction pour ceux qui ont un peu de moyens.

-Le Crédit Foncier du Cameroun (CFC)

Créé le 13 mai 1977 par décret présidentiel, le CFC a pour principale mission, de répondre aux besoins croissants de logements décents au Cameroun. Il a pour attribution de financer la construction privée des logements, des promoteurs immobiliers et la construction des infrastructures. Cette institution représente l'instrument financier privilégié chargé de recueillir et de distribuer les fonds nécessaires à la mise en œuvre de la politique de l'habitat formulée et portée par le gouvernement pour le bien-être des populations. Son caractère d'établissement public à vocation commerciale, lui donne habilité à financer les travaux d'équipements des terrains destinés à la construction de logements économiques ; à rechercher et à mettre en place les financements nécessaires aux sociétés immobilières ; à collecter, recevoir, en vue de faciliter l'accès à la propriété immobilière, les dépôts d'épargne des personnes physiques ou morales ; à accomplir toutes opérations financières, commerciales, mobilières et immobilières se rattachant directement ou indirectement à son objet⁵⁹².

Par conséquent, le Crédit Foncier du Cameroun est une banque publique qui offre des prêts hypothécaires et des crédits pour des projets résidentiels portés par des promoteurs immobiliers. À cet effet, la Banque Mondiale affirme qu'« *après quarante années d'activité, le montant total des crédits offerts par le CFC s'élève à 261 milliards de FCFA (~441 millions de dollars É.- U.). Ces crédits ont donné lieu à la construction de 69 500 logements et à*

⁵⁹¹ Entretien réalisé à Yaoundé avec un responsable en service à la MAETUR, le 22/10/2021.

⁵⁹² MINHDU, « Code de l'habitation et de construction au Cameroun », *op.cit.*, p.77.

*l'aménagement de 15 700 parcelles*⁵⁹³ ». Les crédits hypothécaires octroyés par le CFC, se déploient sur 30 ans à des taux d'intérêt qui varient de 1 % à 7 %.

Cependant, le CFC fait face à plusieurs difficultés liées à l'insuffisance des ressources financières destinées au financement des logements au Cameroun. Par conséquent, selon les études réalisées par la Banque Mondiale, « *les fonds disponibles couvrent seulement 10 % de la demande en financement du logement* »⁵⁹⁴. Pour cette raison, le CFC est à la recherche de nouvelles ressources de financement à long terme afin de poursuivre ses activités de prêteur en matière de crédits hypothécaires.

B-Rôles complémentaires et axiaux des autres institutions

Les acteurs publics qui interviennent de l'extérieur aux secteurs de la santé et d'habitat, disposent d'un bon nombre de leviers stratégiques qui impactent les déterminants de la santé urbaine. Loin d'être exhaustif, quelques ministères, institutions techniques, financières et à échelon décentralisé qui jouent couramment des rôles axiaux et complémentaires dans le cadre de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques et pratiques d'établissements humains dans les villes de Douala et Yaoundé ont été retenus dans le cadre de cette étude.

1-Actions complémentaires et axiales des autres départements ministériels

De nombreux autres ministères interviennent à différents niveaux dans le cadre de la promotion des questions de santé dans les politiques des établissements humains en milieu urbain camerounais. Ces ministères agissent dans : l'offre de soins ; la promotion des infrastructures de logement, routières, scolaires, sportives, de loisirs, de divertissement, d'assainissement, d'hygiène, de formation, de recherche ou des actions de promotion et de prévention des atteintes à la santé et au bien-être général, à travers notamment la prise en compte des déterminants de la santé. C'est le cas des ministères responsables des affaires foncières, de l'environnement, du tourisme, du développement local et de la décentralisation, de l'eau et de l'énergie, d'élevage et de pêche et des sports.

1-1-Ministère des Domaines, du Cadastre et des Affaires Foncières (MINDCAF)

Dans le but d'assurer un cadre de vie décent à ses populations et éviter l'anarchie dans la gestion du domaine national en milieu urbain, l'État du Cameroun a créé tout un département ministériel chargé de la gestion du domaine foncier, cadastral et domanial. Ainsi, les

⁵⁹³Consulté en ligne sur <http://www.Financement-du-Logement-au-Cameroun-Vers-un-Logement-Abordable-pour-Tous-Groupe-Banque-Mondiale-pdf->, 2020, p.18, le 11/11/2021.

⁵⁹⁴ *Ibid.*

dispositions du décret N° 2012/390 du 18 septembre 2012 relatives à son organisation prévoient que le Ministre des Domaines, du Cadastre et des Affaires foncières est responsable de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique du gouvernement en matière domaniale, cadastrale et foncière. Par conséquent, il joue un rôle primordial dans la sécurisation foncière. Il est membre des commissions départementales d'expropriation et chargés de l'évaluation du patrimoine immobilier. À cet effet, il est chargé :

De l'élaboration des textes législatifs et réglementaires relatifs aux secteurs domaniaux, cadastraux et fonciers ; de la gestion des domaines public et privé de l'État ; de la gestion du domaine national et des propositions d'affectation ; de la protection des domaines public et privé de l'État contre toute atteinte, en liaison avec les administrations concernées ; de l'acquisition et expropriation des biens immobiliers au profit de l'État, des établissements publics administratifs et des sociétés à capital public, en liaison avec le Ministre des Finances et les Administrations et organismes concernés ; de la gestion et de l'entretien du patrimoine immobilier et mobilier de l'État ; de la gestion et du suivi des locations administratives ; de l'élaboration et de la tenue des plans cadastraux ; de la réalisation de toutes études nécessaires à la délimitation des périmètres d'intégration cadastrale ; de la constitution et de la maîtrise des réserves foncières, en relation avec le Ministère de l'Habitat et du développement Urbain et les Administrations concernées⁵⁹⁵.

Pour assurer ces missions, le MINDCAF dispose de plusieurs services centraux, déconcentrés et une structure spécialisée. Parmi les services centraux qui jouent un rôle capital dans la promotion des questions du bien-être dans les villes de Yaoundé et Douala, figurent la direction des domaines⁵⁹⁶ et celle des affaires foncières. Cette dernière est au centre de l'élaboration et de la mise en œuvre de la réglementation et de la législation foncière au Cameroun et en particulier dans les villes de Yaoundé et Douala, où elle est beaucoup sollicitée du fait de la forte croissance démographique et d'urbanisation. A cet effet, elle est chargée :

de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique du Gouvernement en matière foncière ; l'élaboration et de la mise en œuvre de la législation et de la réglementation en matière foncière, en liaison avec la Division des Affaires Juridiques ; de l'administration du domaine national ; de la vérification de la régularité des procédures d'obtention du titre foncier sur le domaine national occupé et exploité ; du visa des transactions foncières impliquant des personnes de nationalité étrangère ; de l'instruction des dossiers relatifs au règlement des litiges fonciers ; de la participation aux processus de règlement des conflits agropastoraux, des limites des chefferies traditionnelles ou des circonscriptions administratives ; du suivi de l'activité des conservateurs fonciers ; de l'examen

⁵⁹⁵ Décret n° 2012/390 du 18 septembre 2012 portant organisation du Ministère des Domaines, du Cadastre et des Affaires Foncières, Article 1, Alinéa 2.

⁵⁹⁶ *Ibid.*, Article 25, Alinéa 1.

*des recours hiérarchiques intentés contre les décisions prises par le Ministre, en liaison avec la Division des Affaires Juridiques*⁵⁹⁷.

Malgré ces dispositions dévolues au MINCAF pour gérer de manière appropriée le domaine foncier, il existe toujours des lenteurs administratives qui s'expliquent par des actes de corruption et qui entachent sérieusement l'image de ce département ministériel et l'action de promotion des cadres de vie décents. Ces actes de corruption qui jonchent les procédures administratives dans le cadre d'acquisition des titres fonciers découragent les usagers au point où ceux-ci ne croient pas à l'existence de la législation et réglementation foncière au Cameroun. C'est ce que dénotent les propos d'un usager du MINDCAF rencontré à Yaoundé en ces termes :

*Il est impossible aujourd'hui d'obtenir un titre foncier sans déboursier beaucoup d'argent aux agents en charge de la gestion de ces dossiers. Depuis cinq ans que j'ai engagé les procédures d'immatriculation de mon terrain, je ne parviens pas à l'obtenir alors que j'ai déjà déboursé des millions. J'ai été obligé de commencer ma construction sans titre, je suis découragé*⁵⁹⁸.

Cette situation encourage les constructions anarchiques et par conséquent le désordre urbain.

1-2-Ministère de l'Environnement, de la Protection de la Nature et du Développement Durable (MINEPDED)

Dans le but d'honorer ses engagements internationaux, d'assurer aux populations un cadre de vie sain et d'anticiper sur les besoins des générations futures en termes de ressources naturelles, les pouvoirs publics camerounais ont mis sur pieds un ministère en charge des questions environnementales. Il est créé par décret N°2004/320 du 08 décembre 2004 portant organisation du Ministère de l'Environnement et de la Protection de la Nature. Ce dernier est devenu par décret n° 2011/408 du 09 décembre 2011 Ministère de l'Environnement, de la Protection de la Nature et du Développement Durable (MINEPDED) et a été organisé par le décret n° 2012/431 du 1^{er} octobre 2012. Celui-ci est responsable de l'élaboration, de la coordination et du suivi de l'exécution des différents programmes et politiques du gouvernement en matière d'environnement et de protection de la nature dans une perspective de développement durable. À ce titre, il est chargé :

De la définition des modalités et des principes de gestion rationnelle et durable des ressources naturelles ; de la définition des mesures de gestion environnementales, en liaison avec les ministères et organismes spécialisés

⁵⁹⁷ Décret n° 2012/390 du 18 septembre 2012 portant organisation du Ministère des Domaines, du Cadastre et des Affaires Foncières, *op.cit.*, Article 37.

⁵⁹⁸ Entretien réalisé avec un usager (opérateur économique) du MINDCAF à Yaoundé, le 17/12/ 2021.

*concernés ; de l'élaboration des plans directeurs sectoriels de protection de l'environnement, en liaison avec les départements ministériels intéressés*⁵⁹⁹.

C'est ce département ministériel qui approuve les études d'impacts sur l'environnement. Le décret de 2012, prévoit la Direction de la Promotion du Développement Durable dans l'organigramme dudit ministère. Cette Direction comprend la Sous-Direction des Évaluations Environnementales composée d'un Service des Études d'Impact Environnemental et Social, d'un Service des Audits Environnementaux et sociaux, ainsi qu'une Sous-direction des Plans de Gestion Environnemental.

L'installation à Yaoundé et Douala des structures dont les activités peuvent impacter l'environnement a bénéficié de l'accompagnement et du suivi du MINEPDED. C'est le cas des industries et sociétés de brasserie, de savonnerie, de métallurgie, de cartonnerie, d'agroalimentaire, de Douala Bassa et de Bonaberi ; l'implantation des brasseries et SDP de Nsam et la création des diverses carrières de graviers, des stations d'essence dans les villes de Yaoundé et Douala.

Toutefois, bien que disposant en son sein d'une direction de développement durable, on remarque l'absence d'une sous-direction en charge de la promotion de la santé environnementale. Malgré l'inexistence des liens entre la santé et l'environnement au Cameroun, le MINEPDED n'a pas inséré dans son organigramme un service en charge de la santé environnementale. Ce qui constitue un problème à la promotion des questions de santé dans ce secteur.

Par ailleurs, la plupart des promoteurs camerounais rechignent encore à faire appel à une évaluation environnementale pour leur projet. Même l'État du Cameroun viole parfois ses propres lois au regard de l'application des textes législatifs et réglementaires des études d'impact environnemental et social (EIES). En dehors des projets bénéficiant du financement des bailleurs de fonds où les EIES sont exécutées suivant les règles de l'art, la plupart des EIES faites dans les villes de Yaoundé et Douala ne sont que des pures formalités administratives⁶⁰⁰. Les conséquences environnementales, sociales et sanitaires des projets réalisés sans EIES préalable ou avec une EIES bâclée sont souvent désastreuses. Par ailleurs, contrairement à la pratique des EIES dans certains pays comme le Canada, les évaluations d'impacts sanitaires

⁵⁹⁹ Décret n° 2012/431 du 01^{er} octobre 2012 portant organisation du Ministère de l'Environnement, de la Protection de la Nature et du Développement Durable, Article 1, Alinéa 2.

⁶⁰⁰ Jean Claude Tekeu, Rapport sur la pratique des Études d'Impact Environnemental (EIE) au Cameroun, 2004.

(EIS) ne sont pas intégrées dans le protocole de réalisations des EIES, ce qui ne favorise pas l'atteinte des objectifs de développement durable.

Ces manquements et la tolérance administrative ont favorisé l'émergence de certaines nuisances en milieu urbain. À cet effet, on peut observer des eaux usées produites par des sociétés industrielles ou des individus bien connus, coulent comme des rivières en pleine chaussée, avec des odeurs fétides inondant des résidences et des marchés pendant des années, sans que les structures ou les personnes incriminées ne soient inquiétées ou ne reçoivent de mise en garde de la part du MINEPDED. Ainsi, certains quartiers populaires de la ville de Yaoundé portent sans vergogne le nom de « Carrefour Caca ». Ce nom provient du fait que dans ces quartiers, les eaux usées et des déchets liquides se déversent impunément dans des rivières et sur des terrains et certaines « aires de jeux » de fortunes que les jeunes utilisent pour pratiquer leur sport favori : le football. C'est le cas au quartier Biyem-Assi, plus précisément au lieu-dit carrefour caca et au niveau de la descente Acacia face CCA banque, ainsi qu'au niveau du marché acacia, descente route lycée Biyem-Assi. Les habitants et les usagers des bureaux, maisons d'habitation, véhicules de transport en commun, écoles et autres lieux publics voisins à ces lieux souffrent des odeurs des eaux usées et déchets liquides. Selon un personnel médical,

Les conséquences qui en découlent concernent l'intensification de la dégradation du milieu de vie due aux activités humaines, la pollution de l'air, de l'eau ou des sols et une exposition accrue aux rayons ultraviolets, l'augmentation des maladies cardiovasculaires, respiratoires, la progression des cancers de la peau, des gastro-entérites, des problèmes rénaux et vasculaires⁶⁰¹.

Ces pratiques déviantes en matière environnementale, impactent négativement le cadre de vie et par conséquent affectent la santé des citoyens.

1-3-Ministère du Tourisme et des Loisirs (MINTOUL)

Selon le décret N°2012/291 du 21 juin 2012 portant organisation du Ministère du Tourisme et des Loisirs, ce dernier est responsable de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique du Gouvernement pour l'épanouissement des populations. À ce titre, il est chargé :

de l'élaboration des projets de textes relatifs au tourisme, aux parcs d'attractions et aux parcs de loisirs ; de l'élaboration des stratégies et des plans de développement du tourisme et des loisirs ; de la promotion du tourisme intérieur en relation avec les administrations concernées ; de l'inventaire et de la mise en valeur des sites touristiques ; de l'inventaire et de la mise en valeur des parcs d'attractions et des parcs de loisirs ; du contrôle de la qualité de service dans

⁶⁰¹ Entretien réalisé à Douala avec un personnel médical (gastro-entérologue), *op.cit.*

*l'hôtellerie, la restauration et les loisirs ; de la promotion des parcs d'attractions et des parcs de loisirs*⁶⁰².

Dans les villes de Yaoundé et Douala, plusieurs établissements de divertissement, de restauration et d'hébergement ont été réalisés grâce à l'encadrement et l'accompagnement techniques et administratifs des commissions techniques nationales et de coordination des inspections du MINTOUL. Ces établissements de divertissement concernent les structures commerciales qui offrent des musiques, des attractions et des activités récréatives diverses pour la détente, le repos et l'épanouissement de l'homme. Il s'agit des boîtes de nuit, des snack-bars et restaurants qui ont bénéficié des autorisations et l'accompagnement technico-administratif de la Commission Technique Nationale, présidée par le MINTOUL. Ainsi, on peut-on retrouver à Douala des Boîtes de nuit comme la Sanza night-club, Olympia night-club, le Bourget et le Titan night-club. À Yaoundé, le Katios night-club, le Safari, Noah country club qui est un club de tennis situé au quartier Etoudi, doté d'une piscine, des cours de tennis et de basket, une paillote pour les boissons et la restauration rapide.

Les établissements de restauration sont des établissements commerciaux qui ont pour principales caractéristiques, les ventes des boissons et de la nourriture. Parmi les restaurants qui offrent des spécificités nationales et internationales dans les capitales politiques et économiques, figurent : la Marmite du boulevard situé au centre-ville et proche de l'hôtel Hilton, il offre les mets camerounais en buffet ou à la carte ; la Terrasse située au camp Sic de l'hippodrome, il offre des spécialités européennes et un cadre naturel sous les palmiers et la Marquise à Douala Bonapriso.

Les établissements d'hébergement qui sont des structures commerciales d'hébergement, offrent des chambres ou des appartements meublés en location, soit à une clientèle de passage, soit à une clientèle qui effectue un séjour caractérisé par une location à la semaine, ou au mois, mais qui par exception n'y élit pas un domicile⁶⁰³. De toutes les villes du Cameroun, les cartes hôtelières des capitales politique et économique sont les plus fournies. À cet effet, pour un responsable en service au MINTOUL,

Parmi les établissements hôteliers les mieux classés, on peut citer dans la ville de Yaoundé, l'hôtel Hilton qui est un hôtel 5 étoiles, le Djeuga Palace, hôtel 4 étoiles l'hôtel Merina 3 étoiles et l'Hôtel Azur qui un hôtel 2 étoiles. À Douala on compte l'hôtel Sawa, l'hôtel Ibis 3 étoiles ; l'hôtel la Falaise et Akwa Palace. Ces

⁶⁰² Décret N°2013/093 du 03 avril 2013 portant organisation du Ministère de la Santé Publique, Article 1, Alinéa 2, *op.cit.*, pp.1-2.

⁶⁰³ Décret N° 2020/PM du 09 /12/2020 modifiant et complétant certaines dispositions du décret N° 2014/2379/PM du 20 août 2014 fixant les modalités de coordination des inspections des établissements classés dangereux, Article 8, Alinéa 2.

*établissements hôteliers offrent un cadre reposant et relaxant à ses clients grâce aux cadres suivants : le centre de remise en forme, la piscine, la terrasse et le wifi gratuit*⁶⁰⁴.

Ces structures touristiques et de loisir contribuent à l'épanouissement et au divertissement des populations des villes de Douala et Yaoundé.

1-4 -MINDDEVEL

Crée par décret N°2011/408 du 09 décembre 2011 portant organisation du gouvernement, modifié et complété par le décret n° 2018/190 du 02 mars 2018, le Ministère de la Décentralisation et du Développement Local est responsable de l'élaboration, du suivi, de la mise en œuvre et de l'évaluation de la politique du Gouvernement en matière de décentralisation, ainsi que de la promotion du développement socio-économique des Collectivités Territoriales Décentralisées ⁶⁰⁵.

Pour accomplir les missions des promotions des objectifs de santé dans les politiques des établissements humains au niveau local, l'organigramme du MINDDEVEL a prévu deux importantes divisions, à savoir : la Division de la Planification et du Développement Local⁶⁰⁶ et la Division de la Promotion Socioéconomique des CTD⁶⁰⁷. Ce Ministère exerce également la tutelle sur les organismes publics chargés de la mise en œuvre de la décentralisation. Il s'agit, notamment, du Fonds Spécial d'Équipement et d'Intervention Intercommunale (FEICOM) ; du Centre de Formation pour l'Administration Municipale (CEFAM) et du Bureau National de l'État Civil (BUNEC)⁶⁰⁸.

1-5-Ministère de l'Eau et de l'Énergie (MINEE)

Le MINEE en tant que gestionnaire des secteurs des ressources naturelles telles que l'eau et l'électricité est un acteur important qui contribue à l'intégration des objectifs de santé dans les politiques et pratiques des établissements humains. Comme affirme un adage « l'eau c'est la vie ». Il y a lieu de reconnaître toute l'importance de ce liquide et de l'électricité dans l'épanouissement de l'homme en milieu urbain. Conformément au décret n° 2012/501 du 07 novembre 2012 portant organisation du MINEE, il est chargé de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique du Gouvernement en matière de production, de transport, de distribution

⁶⁰⁴ Entretien réalisé à Yaoundé avec un responsable en service au MINTOUL, le 19/11/ 2021.

⁶⁰⁵ Décret N°2018/449 du 01 août 2018 portant organisation du Ministère de la Décentralisation et du Développement Local, Article 1, Alinéa 2, p. 1 ;

⁶⁰⁶ *Ibid.*, Article 38, Alinéa 1, p. 19 ;

⁶⁰⁷ *Ibid.*, Article 41, Alinéa 1, p. 21 ;

⁶⁰⁸ *Ibid.*, Article 1, Alinéa 2, p. 2 ;

de l'eau et de l'énergie⁶⁰⁹. À ce titre, il est chargé: de l'élaboration des stratégies et des plans gouvernementaux en matière d'alimentation en eau et en énergie; de la prospection, de la recherche et de l'exploitation des eaux en milieu urbain et rural; de l'amélioration quantitative et qualitative de la production d'eau et d'énergie; de la promotion des investissements dans les secteurs de l'eau et de l'énergie, en liaison avec le Ministère de l'Économie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire et les Administrations concernées; de la promotion des énergies nouvelles, en liaison avec le Ministère de la Recherche Scientifique et de l'Innovation; du suivi de la gestion des bassins d'eau et des nappes phréatiques; du suivi des entreprises de régulation dans les secteurs de l'eau et de l'énergie⁶¹⁰.

Pour mener à bien ces missions, le MINEE assure la tutelle technique sur les établissements et les sociétés de production, de transport, de distribution et de régulation de l'eau, de l'électricité, du gaz et du pétrole, comme: l'Electricity Development Corporation (EDC) ; l'Agence de l'Électrification Rurale (AER) ; l'Agence de Régulation du secteur de l'électricité (ARSEL) ; la société Camerounaise des Dépôts Pétroliers (SCDP) ; la société Nationale de Raffinage (SONARA) ; la société Hydro Mekin Electric Development Corporation (HYDROMEKIN)⁶¹¹.

Cependant, il se pose dans les villes de Yaoundé et Douala un réel problème lié à l'amélioration quantitative et qualitative de la production d'eau et d'énergie. Les populations font souvent plusieurs jours sans eau et l'électricité. Il se pose également un autre problème lié à la qualité et la couleur orangée de cette eau. Ce qui pousse les citoyens à chercher des moyens alternatifs comme les groupes électrogènes, les puits et des sources aux conséquences sanitaires négatives.

1-6-Ministère des Transports (MINT)

Selon la charte de l'OMS pour le transport, la politique de transport favorable à la santé contribue à la réduction des accidents de routes, encourage les activités physiques, l'accès aux biens et services, facilite le contact entre les personnes et les communautés, et prévient la pollution⁶¹². C'est dans ce but que l'État du Cameroun a créé le Ministère de Transport. Selon le décret N° 2012/250/06/2012, celui-ci est responsable de l'élaboration, de la mise en œuvre

⁶⁰⁹ Décret n° 2012/501 du 07 novembre 2012 portant organisation du Ministère de l'Eau et de l'Energie, Article 1, Alinéa 2.

⁶¹⁰ *Ibid.*

⁶¹¹ *Ibid.*

⁶¹² Charte de l'OMS citée par Martin Jonas Paul, *Des politiques de santé au Cameroun : des obstacles à la nécessaire coordination*, 2020, p. 37.

et de l'évaluation de la politique du gouvernement en matière de transport. À ce titre, il est chargé entre autres, d'assurer ou de contrôler l'organisation et le fonctionnement des transports aériens, ferroviaires, routiers, maritimes et fluviaux ; d'étudier et de participer à l'élaboration et à la mise en œuvre des mesures législatives ou réglementaires relatives aux transports, à la sécurité et à la prévention routière⁶¹³.

Malgré les efforts consentis par les pouvoirs publics pour offrir aux camerounais un secteur de transport de qualité, les villes de Douala et de Yaoundé connaissent toujours des problèmes d'accidents importants qui coûtent des vies humaines.

Dans les capitales politique et économique, le transport terrestre est le mode le plus sollicité par les usagers. La mauvaise qualité des routes et des véhicules, ainsi que l'incivisme des conducteurs constituent les raisons des accidents. La gravité et la fréquence des accidents sur les routes nationales Yaoundé-Douala-Bafoussam-Yaoundé qui concentrent plus de la moitié du trafic journalier du Cameroun⁶¹⁴ ont poussé les Camerounais à baptiser cet axe « triangle de la mort ». Pour souligner le degré des risques d'accidents de circulation devenus récurrents aux conséquences désastreuses en Afrique, l'OMS indique que,

Le risque d'accident est beaucoup plus grand en Afrique que dans le reste du monde. Les piétons, cyclistes et motards sont particulièrement exposés. Ensemble, ils représentent la moitié des victimes de la route à l'échelle mondiale ; jusqu'à 80% dans les pays en développement, où les infrastructures routières ne s'accompagnent pas souvent de trottoirs, passages réservés aux piétons, encore moins de pistes cyclables⁶¹⁵.

Pour réduire ce fléau et dénoncer l'incivisme des conducteurs à l'origine des pertes en vies humaines en milieu urbain, l'OMS indique qu'

Il est possible de faire chuter le nombre d'accidents de la circulation. Les moyens sont connus et ont fait leurs preuves : il faut réduire la vitesse en particulier dans les zones habitées, limiter strictement l'alcool au volant, rendre obligatoires le casque aux conducteurs et passagers de 2 roues, et la ceinture à ceux des voitures, enfin, imposer des sièges adaptés pour les enfants. Seuls 28 pays dans le monde ont des législations qui comportent ces 5 volets. Ailleurs, elles sont donc parcellaires, mais aussi pas suffisamment respectées, par manque de contrôles et de sanctions⁶¹⁶.

⁶¹³ MINT, Décret N° 2012/250/06/2012 portant organisation du Ministère des Transports, Article 1, Alinéa 2.

⁶¹⁴ Paula Rochon & Idir Kendel, Cameroun : *Evaluation de l'assistance du groupe de la Banque au secteur du transport, 1996-2004*, Rapport, Banque Africaine de Développement, Tunis, 2008, consulté en ligne sur <http://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Evaluation-Rapport/30700506-FR-CAMEROUN-CAE-TRANSPORTS- PDF>, le 20/12/2022

⁶¹⁵ *Ibid.*

⁶¹⁶ Margie Peden, Richard Scurfield, David Sleet, Dinesh Mohan, Adnan Hyder, Eva Jarawan & Colin Mathers, « Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation », Rapport OMS, Genève, *op.cit.*, p. 16.

1-7- Actions complémentaires et axiales des certains départements ministériels

Plusieurs autres institutions contribuent à la promotion des questions de santé pour le bien-être des populations citadines. C'est le cas du MINRESI qui est chargé du suivi de la recherche en matière des pharmacopées traditionnelles et assure à ce titre la tutelle sur l'Institut de recherches médicales et d'étude des plantes médicinales et l'Agence nationale de la radio protection⁶¹⁷. On y retrouve également le Ministère de l'enseignement supérieur (MINESUP) qui exerce la tutelle sur les Universités d'État, suit et assure le contrôle des activités desdites universités ainsi que des établissements universitaires privés. À ce titre, le MINESUP définit les programmes et assure, à travers ces universités, la formation de l'essentiel des professionnels de santé dans diverses facultés de médecine telles que la Faculté de médecine et des sciences biomédicales de l'Université de Yaoundé I ou celles des universités de Douala, Buea, Dschang ou Garoua⁶¹⁸.

Dans le domaine de la protection de la santé et de la prise en charge des personnes, on retrouve des départements ministériels tels que le Ministère de l'administration territoriale (MINAT) qui est en charge de la protection civile et qui, par conséquent, intervient dans l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi de la réglementation et des normes en matière de prévention et de gestion des risques et des calamités naturelles ; et la coordination des actions nationales et internationales en cas de catastrophe naturelle⁶¹⁹. Il en est de même des catastrophes naturelles qui ont un impact sur la santé des populations. Le MINAT est accompagné dans la prévention des atteintes à la santé par le Ministère des transports et le Ministère de la défense (MINDEF) qui sont conjointement chargés d'étudier et de participer à l'élaboration et à la mise en œuvre des mesures législatives ou réglementaires relatives à la sécurité et à la prévention routière, notamment la prévention des accidents de la voie publique⁶²⁰. La Délégation générale à la sûreté nationale (DGSN) joue également un rôle important dans la prévention des accidents de la voie publique.

Ces deux dernières administrations, à savoir : le MINDEF et la DGSN ont créé des formations sanitaires qu'elles gèrent, notamment dans les villes de Yaoundé et Douala où on retrouve l'hôpital de la garnison militaire et l'hôpital de la police de Yaoundé. Ces hôpitaux offrent des services de santé aussi bien aux personnels militaires et policiers qu'au grand public.

⁶¹⁷ Margie Peden, Richard Scurfield, David Sleet, Dinesh Mohan, Adnan Hyder, Eva Jarawan & Colin Mathers, « Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation », *op.cit.*, article 8(30).

⁶¹⁸ *Ibid.* article 8(18). Voir également Ministère de la Santé Publique, Plan stratégique national de lutte contre le paludisme au Cameroun 2007-2010, *op.cit.*, p. 14.

⁶¹⁹ *Ibid.*, article 8(5b).

⁶²⁰ *Ibid.*, article 8(35).

Ils sont en plus chargés de la prise en charge de grandes endémies comme le VIH/Sida, les IST et des maladies émergentes et ré-émergentes⁶²¹. Le Ministère des affaires sociales assure également la tutelle d'un établissement de soins, à savoir : le Centre national de réhabilitation des personnes handicapées Cardinal Paul Emile Léger. Ce département ministériel est responsable de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique du Gouvernement en matière de prévention, d'assistance et de protection des personnes socialement vulnérables⁶²². Il intervient également dans le secteur de la prise en charge spécifique. Le Ministère du Travail et de la prévoyance sociale est chargé de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique de prévoyance et de sécurité sociales⁶²³. Il exerce la tutelle sur la Caisse nationale de prévoyance sociale qui dispose d'une formation sanitaire, à savoir : le Centre hospitalier d'Essos.

2-Institutions d'appui technique et financier de promotion des établissements humains décents

Cet axe de l'étude est consacré aux actions des organismes techniques et financiers à l'instar du LABOGENIE, MIPROMALO, l'ANOR et le FEICOM dans la promotion des établissements humains favorables aux questions de santé.

2-1-Laboratoire National de Génie Civil (LABOGENIE)

Le LABOGENIE est créé en 1953 sous l'appellation du Laboratoire des Travaux Publics du Cameroun et devenu Laboratoire National de Génie Civil (LABOGENIE) par le Décret présidentiel N°80/ 251 du 10 juillet 1980. Il est devenu, par la suite, Société à capital public par Décret n° 2007/299 du 12 novembre 2007. Depuis sa création, le LABOGENIE a pour objectif principal, d'optimiser la qualité des constructions, à travers la recherche et la réalisation des essais et d'études expérimentales concernant les fondations, les matériaux de construction des bâtiments, des routes et autres ouvrages du génie civil pour le bien-être des populations. À ce titre, il a pour missions :

De mener, en liaison avec les ministères, les organismes concernés des études géotechniques des sites à risques en vue de la prévention des risques et des calamités naturelles; de réaliser, en relation avec les structures techniques concernées, tous travaux de recherche dans le domaine des matériaux et techniques de construction ; de mener, en liaison avec les ministères, les organismes concernés des études géotechniques des sites à risques en vue de la prévention des risques et des calamités naturelles ; de mener, à la demande des ministères et organismes concernés, toutes actions relatives au respect de l'application des normes et prescriptions techniques en matière de construction et

⁶²¹ Décret n° 2012/543 portant organisation et fonctionnement de l'hôpital de la police de Yaoundé, article 3.

⁶²² Décret n° 2011/408 du 09 décembre 2011 portant organisation du Gouvernement, article 8(6).

⁶²³ *Ibid.*, article 8(36).

entretien des ouvrages ; de définir, programmer et réguler les prestations géotechniques de toutes les infrastructures publiques en relation avec les ministères et organismes concernés ; de certifier et agréer la qualité et la conformité de la mise en œuvre des matériaux de construction, la qualité des équipements et des ouvrages de génie civil ⁶²⁴.

Le LABOGENIE contribue à veiller en matière de réalisations des infrastructures pour la sécurité des citoyens. La réalisation de ses études et contrôles, avant, pendant et après chaque projet lié à la réalisation des infrastructures dans tous les domaines, s'inscrit dans la logique de la prévention des populations des éventuels risques. Pour cette raison, il assure à ses clients, la qualité, la sécurité et la durabilité de leur projet ; l'adaptation dudit projet aux conditions prévisibles du site par la maîtrise des risques hydrogéologiques ; le respect des exigences normatives en matière de géotechnique et la mise en œuvre adéquate des matériaux de construction⁶²⁵.

Le LABOGENIE intervient dans tous les domaines de construction et de l'aménagement du territoire. À cet effet, plusieurs projets d'envergure ont été soumis à son expertise et sa supervision. C'est le cas des complexes sportifs de Japoma et d'Olembé dont les projets de construction ont été soumis à l'expertise du LABOGENIE pour la supervision géotechnique des travaux exécutés par les entreprises adjudicatrices, conformément à la convention N°001/2016 signée avec le Ministère des Sports et de l'Éducation Physique. Le MINHDU a aussi confié au LABOGENIE, conformément à la Convention N°0004/E/179 du 12 mars 2012, la réalisation de toutes les prestations géotechniques socioculturelles du programme gouvernemental de construction de dix mille logements sociaux et d'aménagement de cinquante mille parcelles constructibles dans les villes de Garoua, Maroua, Bamenda, Bafoussam, Bertoua, Ebolowa et Yaoundé (Olembe). La construction du Complexe Moderne des Services Judiciaires du Ministère de la Justice de Yaoundé, n'est pas en reste. Selon le Marché N°000228/M/MINMAP/CCPM-BEC/2015 passé après autorisation de gré à gré le 14 janvier 2015, le LABOGENIE est en charge de l'assistance géotechnique à maître d'ouvrage.

2-2-Mission de Promotion des Matériaux Locaux (MIPROMALO)

Au terme du décret n°90/1353 du 18 septembre 1990 portant création de la Mission de Promotion des Matériaux Locaux, la MIPROMALO est un organisme chargé de recherche-développement, placée sous la tutelle du MINRESI. De ce fait, il est en charge du

⁶²⁴ MINHDU, « Code de l'habitation et de construction au Cameroun », *op.cit.*, pp. 63-64.

⁶²⁵ *Ibid.*

développement du secteur de matériaux locaux dans le but de réduire les coûts des équipements nationaux. En outre, ses autres missions consistent à analyser et évaluer les matières premières qui proviennent des différentes localités du Cameroun. Il s'agit en l'occurrence des terres latéritiques pour la fabrication des blocs de terre comprimée, les argiles pour la fabrication des briques cuites et la céramique fine, les sables pour la fabrication des tuiles et carreaux en microbéton, des roches pour la fabrication des pierres de taille, des essences de bois pour les produits de l'ingénierie du bois. La MIPROMALO s'implique aussi dans la conception et la fabrication des équipements de transformation tels que les presses, les tables vibrantes, les étireuses, etc. En somme, elle offre diverses prestations : formations, assistance technique aux municipalités et PME. Ce qui fait de cette structure, un promoteur des questions du bien-être des populations, en ceci qu'elle analyse et évalue la qualité des matériaux locaux indispensables à la réalisation des infrastructures capables d'offrir des cadres de vie décents.

Cependant, l'existence et les missions dévolues à cette structure sont méconnues par certains Camerounais vivant en ville. Plusieurs responsables des directions opérationnelles des Ministères en charge de la promotion des établissements humains ignorent cet organisme. D'ailleurs, à la question de savoir si son Ministère collabore avec la MIPROMALO dans le cadre de réalisation des infrastructures routières, un responsable du MINTP déclare : « *Pas vraiment, je ne connais pas cette structure. Nous travaillons avec le LOBOGENIE et le MATGENIE, mais pas avec la MINPROMALO*⁶²⁶ ».

Cette déclaration est une preuve de l'ignorance et du manque de collaboration entre le MINTP et la MIPROMALO. Pourtant, ce département ministériel qui est l'un des principaux acteurs de promotion des établissements humains, devrait être le premier à collaborer avec la MIPROMALO.

2-3-Agence des Normes et de la Qualité (ANOR)

Créé par Décret présidentiel N°2009/296 du 17 septembre 2009 portant création, organisation et fonctionnement de l'Agence des Normes et de la Qualité, l'ANOR est un établissement public administratif. Sa principale mission est de contribuer à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique du Gouvernement dans le domaine de la normalisation et de la qualité au Cameroun. À ce titre, elle est chargée de :

l'élaboration et l'homologation des normes; la certification de la conformité aux normes; la promotion des normes et de la démarche qualité auprès des administrations publiques, parapubliques et des organismes du secteur privé ; le

⁶²⁶ Entretien réalisé à Yaoundé avec un responsable en service au MINTP, *op.cit.*

*suivi de la coopération avec les organismes internationaux et les comités spécialisés dans le domaine de la normalisation et de la qualité; la conduite des études relatives à la normalisation et à l'élaboration des propositions de mesures visant à améliorer la qualité des produits et services*⁶²⁷.

Placée sous la tutelle technique du Ministère de l'Industrie, des Mines et du Développement Technologique (MINMIDT), l'ANOR est chargée de promouvoir la connaissance, la diffusion et l'utilisation des normes internationales au Cameroun. À travers sa nouvelle mission de contrôle de la qualité des produits, l'ANOR est une structure stratégique en charge de la protection de la santé, de la sécurité du consommateur, ainsi que de l'assainissement de l'espace économique camerounais. Ces missions de promotion de la santé et de la sécurité des populations dévolue à l'ANOR sont confirmées par cet informateur pour qui,

*L'ANOR possède aujourd'hui tous les pouvoirs nécessaires pour épargner le marché camerounais et ses consommateurs des produits non conformes et de mauvaises qualités. Il lui suffit d'appliquer l'approche méthodologique de huit étapes à savoir : l'inspection visuelle des produits dans les industries de production ou des magasins de stockage, la saisie des produits non conformes, le prélèvement des échantillons, le suivi de l'exécution des contrôles-calcul des amendes en cas d'infractions, le recouvrement des amendes, le suivi du recyclage, le déclasserment et la destruction des produits*⁶²⁸.

Cependant, la réalité est tout autre sur le terrain. L'action de cette structure reste plus théorique que pratique. Elle se concentre beaucoup plus sur l'homologation des normes, sans se préoccuper véritablement de leur diffusion et de leur stricte application. Les publicités et les campagnes de sensibilisation allant dans ce sens, n'existent pratiquement pas. Par conséquent, les découvertes des usines clandestines de fabrication des boissons alcooliques, des vins et boissons hygiéniques frelatés, ainsi que des locaux de siphonage des bonbonnes de gaz sont récurrentes. Les marchés des villes de Yaoundé et de Douala ont été envahis de plusieurs vendeurs des produits non conformes aux normes établies par l'ANOR. C'est le cas des boissons alcooliques et des boissons éthyléniques de qualité douteuse.

2-4-Fonds Spécial d'Equipement et d'Intervention Intercommunale (FEICOM)

Le Fonds Spécial d'Equipement et d'Intervention intercommunale (FEICOM), est un établissement public administratif doté de la personnalité juridique et de l'autonomie financière. Il a été créé par la loi N° 74/23 du 05 décembre 1974, portant organisation communale au

⁶²⁷ MINH DU, « Code de l'habitation et de construction au Cameroun », *op.cit.*, p.77.

⁶²⁸ Entretien réalisé à Yaoundé avec un responsable en service à l'ANOR, le 18/12/2021.

Cameroun. Il est devenu opérationnel par le décret d'application N°77/85 du 22 mars 1977. Il a été réorganisé deux fois, plus précisément le 11 décembre 2002 et le 31 mai 2006 par décrets présidentiels. Placé sous la tutelle technique du MINDDEVEL et la tutelle financière du MINFI, le FEICOM assume quatre principales missions, à savoir : l'entraide entre les communes à travers des contributions de solidarité et des avances de trésorerie ; le financement des projets communaux et intercommunaux ; la centralisation et la redistribution des centimes additionnels communaux ; le financement et la formation des élus et du personnel communal et d'état civil. De ce fait, il apporte une assistance technique et financière aux Collectivités Territoriales Décentralisées en vue de faciliter le développement sur tous les plans au niveau local⁶²⁹. La politique de décentralisation devenue l'un des principaux axes du programme de développement du Cameroun, a toujours été soutenue par cet organisme. Dans le souci de lui donner plus d'autonomie pour réaliser ses missions, le FEICOM a été réorganisé par le décret présidentiel du 11 décembre 2000 qui l'érige en Direction Générale⁶³⁰.

Ce partenaire privilégié des communes et bras séculiers de l'État dans la mise en œuvre du processus de décentralisation au Cameroun, assure l'assistance-conseil des CTD et la formation des élus locaux. En outre, dans le souci d'améliorer le cadre de travail des exécutifs municipaux, le FEICOM s'est investi dans la construction et l'aménagement des hôtels de ville. Entre 2015 et 2019, 140 communes réparties entre les régions du Littoral, du Sud, du Nord, du Nord-Ouest, de l'Ouest et du Sud-Ouest ont été réhabilitées et construites, pour une enveloppe budgétaire de 37 864 440 382 FCFA⁶³¹. C'est dans ce cadre que la Mairie de Douala V^e a été construite.

Le FEICOM apporte également son appui financier à la mise en œuvre du Programme de construction des cités municipales (PCCM). Cette initiative, qui vise à accompagner les CTD dans la promotion de l'habitat décent, est le fruit de l'accord-cadre de partenariat signé en avril 2013 entre le CFC, le FEICOM et l'association Communes et Villes Unies du Cameroun (CVUC). Cette signature a permis au PCCM de disposer d'une ligne de crédit de 10 milliards de FCFA, ouverte par le CFC au profit du FEICOM, destinée au Programme de Construction des Cités municipales (PCCM), pour une durée de 25 ans et cible prioritairement les communes des zones urbaines et périurbaines peuplées d'au moins 10 000 habitants, abritant des universités ou des activités économiques et industrielles induisant une forte demande de

⁶²⁹ FEICOM, Audit institutionnel, Rapport final, Institution et Développement (I & D), 2021, P12.

⁶³⁰ MINHDU, « Code de l'habitation et de construction au Cameroun », *op.cit.*, pp. 77-78.

⁶³¹ Les 45 ans du FEICOM, Tome II

logements⁶³². Cette première ligne a ainsi permis de financer 594 logements dans 24 communes réparties dans toutes les régions du Cameroun. Le but est de contribuer à la mise en œuvre du programme gouvernemental de l'offre en logements décents et à moindre coût.

Cependant, ces actions de promotion de l'habitat décent menées par le FEICOM au niveau local, sont souvent plombées par des obstacles tels que, la lenteur dans le déblocage des fonds aux profits des programmes ; les longues procédures d'attributions des titres fonciers aux Communes ; les faiblesses des financements pour l'aménagement et la viabilisation des lotissements ; l'absence ou la non-application des documents de planification urbaine dans les Communes et la faible capacité technique et/ou financière des entreprises adjudicataires .

3-Institutions techniques et financières de promotion de l'environnement durable

Loin de vivre en autarcie, les pouvoirs publics camerounais font appel aux établissements ou agences publiques pour faciliter l'accomplissement de certaines missions qui leur sont dévolues dans le souci de promouvoir un environnement durable⁶³³. Dans le cadre cette recherche, la CNCEDD et le FNEDD ont été retenus.

3-1-Commission Nationale Consultative pour l'environnement et le Développement Durable (CNCEDD)

Créée au Cameroun par décret n°94/259/PM du 31 mai 1994 du Premier Ministre, et modifiée successivement par les décrets n°99/634/PM du 09 juin 1999, et n°99/780/PM du 11 octobre 1999, la CNCEDD est la conséquence de la Conférence de Rio de 1992. En effet, au lendemain de cette dernière, le Cameroun s'est doté d'une Commission Nationale Consultative pour l'environnement durable, à l'effet de servir de relais national à la Commission du Développement Durable (CDD)⁶³⁴. À cet effet, la Loi cadre relative à la gestion de l'environnement de 1996 la présente comme « *Une Commission dont la charge est celle d'assister le gouvernement dans ses missions d'élaboration de coordination, d'exécution et de*

⁶³² FEICOM, Programme de Construction des Cités municipales, Rapport d'activités, Année 2021, p. 4.

⁶³³ Rapport du Comité directeur des autorités locales (CDLR) et recommandation du Comité des Ministres, « L'environnement et les collectivités locales et régionales », Communes et Régions d'Europe, n°60, Editions du Conseil de l'Europe, p.10.

⁶³⁴ La Commission des Nations Unies pour le développement durable (CDD) a été créée par l'Assemblée générale des Nations Unies en décembre 1992 pour assurer un suivi efficace de la Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement (CNUED), également connue comme le Sommet de la Terre. Elle est chargée d'examiner les progrès accomplis dans la mise en œuvre d' Action 21 et la Déclaration de Rio sur l'environnement et le développement, ainsi que de fournir des orientations pour assurer le suivi du Plan d'application de Johannesburg aux niveaux local, national, régional et international.

contrôle des politiques de l'environnement⁶³⁵». Cet organisme joue un rôle important dans la promotion du bien-être, en ceci qu'il permet au gouvernement de gérer minutieusement l'environnement. De ce fait, il :

Analyse les différents rapports établis dans le cadre du suivi de l'application des différentes conventions internationales relatives à l'environnement et au développement durable ; prépare les contributions du gouvernement destinées à la Commission de Développement Durable et en exploite les comptes rendus et recommandations⁶³⁶.

La CNCEDD est un organe technique et un consultant des questions environnementales, dans la mesure où son rôle principal est d'assister les pouvoirs publics dans l'élaboration, l'exécution, la coordination et le contrôle des politiques et pratiques environnementales dans le but de promouvoir un développement durable.

3-2-Fonds National pour l'Environnement et le Développement Durable (FNEDD)

Selon les dispositions de la loi n°96/12 du 05 août 1996 portant Loi-cadre relative à la gestion de l'environnement, ce Fond a pour objectifs :

de contribuer au financement de l'audit environnemental ; d'appuyer les projets de développement durable; d'appuyer la recherche et l'éducation environnementale ; d'appuyer les programmes de promotion des technologies propres ; d'encourager les initiatives locales en matière de protection de l'environnement, et de développement durable ; d'appuyer les associations agréées engagées dans la protection de l'environnement qui mènent des actions significatives dans ce domaine ; d'appuyer les actions des départements ministériels dans le domaine de la gestion de l'environnement⁶³⁷.

Par ailleurs, le décret présidentiel n°2008/064 du 4 février 2008, qui fixe les modalités de gestion du Fonds a été créée par la loi n° 96/12 du 05 août 1996. Cette loi dispose à son article 4(1) que les ressources du Fonds sont destinées, suivant les priorités arrêtées par le Gouvernement, à appuyer les projets de développement durable, la recherche et l'éducation environnementale, à contribuer à l'amélioration des sites, aux Études d'Impact Environnemental (EIE), à promouvoir les technologies propres, à encourager les initiatives et associations de gestion durable de l'environnement entre autres.

⁶³⁵ Loi N° 96/12 du 5 août 1996, portant Loi cadre relative à la gestion de l'environnement, Titre II, Article 10, Alinéa 2, pp. 8-9.

⁶³⁶ Gilles Herbert Fotso, « La protection de l'environnement par les collectivités territoriales décentralisées au Cameroun : cas de la communauté urbaine de Douala », Université de Douala, Faculté des Sciences Juridiques et Politiques, Master 2 Recherche, 2012.

⁶³⁷ Décret n° 2006/1577/PM du 11 septembre 2006 modifiant et complétant certaines dispositions du décret n° 2001/718/PM du 3 septembre 2001 portant organisation et fonctionnement du Comité interministériel de l'environnement, Article 11, Alinéa 1, *op.cit.*, p. 9.

Ainsi, l'État joue un rôle central à travers les organismes précités en matière de protection de l'environnement durable. Cependant, cette activité est plombée par des conflits de compétence et d'intérêt entre le département ministériel en charge des questions environnementales et les CTD qui se chevauchent.

C-Acteurs institutionnels à l'échelon décentralisé

De manière générale, les principales missions des autorités locales en milieu urbain, tournent autour des actions de planification et de développement de l'habitat, dans la mesure où elles maîtrisent l'échelle à laquelle les grandes politiques nationales convergent avec les réalités territoriales et locales. Les compétences transférées aux autorités locales leur confèrent les capacités de renforcer les liens entre les zones urbaines et les questions de santé, car nombre d'entre elles disposent de leur propre personnel de planification et de santé publique. L'ONU-Habitat fait connaître à cet effet que les autorités locales, en coopération avec les autres sphères du gouvernement et autres partenaires concernés doivent assurer le leadership politique requis pour l'élaboration de plans territoriaux et urbains, en assurant l'articulation et la coordination avec les politiques sectorielles et autres plans d'aménagement spatial avec les territoires voisins, afin de planifier et gérer les villes à une échelle appropriée⁶³⁸.

En effet, au terme de la révision constitutionnelle du 18 janvier 1996 et de la loi du 22 juillet 2004 portant décentralisation qui fait des régions, des communautés urbaines et des communes, des collectivités territoriales décentralisées, ces dernières ont été dotées des compétences concernant la gestion urbaine. Ainsi, l'État et les collectivités territoriales décentralisées en sont les gestionnaires et les garants. Au niveau local, elles sont désormais les principaux responsables et jouent un rôle prépondérant dans l'intégration des questions de santé dans les politiques des établissements humains. Cette partie de l'étude est réservée aux différentes actions de promotion des objectifs de santé menées par les Mairies des Villes et les Communes d'Arrondissement dans les secteurs de la santé publique, de l'environnement et de l'urbanisation à Yaoundé et Douala.

1- Actions des Mairies des Villes

Dans le souci de promouvoir les questions relatives à la santé publique, à l'environnement durable et à un urbanisme convenable, les Mairies des Villes de Yaoundé et de Douala ont été dotées de diverses compétences.

⁶³⁸ ONU-Habitat, International Guidelines on Urban and Territorial Planning. Nairobi : UN-Habitat, 2015, p. 16, consulté en ligne sur [https:// www.uclg.org/sites/default/files/ig-utp_english.pdf](https://www.uclg.org/sites/default/files/ig-utp_english.pdf), le 26/03/2023.

Dans l'optique de faciliter la promotion des objectifs de santé publique, les Mairies des villes des capitales économique et politique ont intégré dans leur organigramme la Direction de l'Environnement, de la Santé et du Cadre de Vie⁶³⁹. Parmi les trois Sous-Directions que compte cette Direction figure celle de la santé. Selon l'article 53, de l'arrêté municipal portant organisation et fonctionnement des services de la Communauté urbaine de Douala, cette Sous-Direction de la santé est spécifiquement chargée de : l'élaboration et de la mise en œuvre de la stratégie communautaire de promotion de la santé; la mise en place et de la diffusion des méthodes communautaires de sensibilisation visant à prévenir les principales causes de maladie suivie de la recherche dans le domaine de la santé publique au sein de la Communauté; l'élaboration et du suivi de la mise en œuvre des actions communautaires de prévention et de lutte contre les épidémies et des pandémies ; relations avec les formations hospitalières de ressort et avec les Mutuelles de santé et du suivi de l'application des mesures communautaires en matière de santé publique⁶⁴⁰.

Pour ce qui concerne les actions de promotion de l'environnement durable dévolues aux Communautés Urbaines au Cameroun, il suffit de faire une lecture combinée des articles 16 et 110 de la loi du 22 juillet 2004 fixant les règles applicables aux Communes et aux Communautés Urbaines. Ladite loi dispose à ce sujet en son article 110 que la Communauté urbaine est compétente pour : la création, l'entretien, la gestion des espaces verts, parcs et jardins communautaires ; la gestion des lacs et rivières d'intérêt communautaire ;le suivi et le contrôle de la gestion des déchets industriels ;le nettoyage des voies et espaces publics communautaires ;la collecte, l'enlèvement et le traitement des ordures ménagères ;la création, l'aménagement, l'entretien, l'exploitation et la gestion des équipements communautaires en matière d'assainissement, eaux usées et pluviales ;l'élaboration des plans communautaires d'action pour l'environnement, notamment en matière de lutte contre les nuisances et les pollutions, de protection des espaces verts ;la création, l'entretien et la gestion des cimetières publics ⁶⁴¹. Francis Tiani Keou relève à cet effet concernant la ville de Douala que,

La Communauté urbaine est l'institution locale indiquée pour la mise en œuvre et le suivi quotidien de la politique environnementale de la Ville de Douala. Son budget tient largement compte de la réalisation des projets environnementaux inscrits dans son plan de campagne annuel (curage des caniveaux et drains, campagne de dératissage et de désinsectisation, collecte et traitement des ordures

⁶³⁹ Arrêté municipal n° 21/AM/CUD/CAB/ de la 06/07/2020 portant organisation et fonctionnement des services de la Communauté urbaine de Douala, Article 49, p. 21

⁶⁴⁰ *Ibid.*, Article 53, pp. 23-24.

⁶⁴¹ Loi n° 2004/018 du 22 juillet 2004 fixant les règles applicables aux communes, Article 110, p.20.

ménagères, création d'une nouvelle décharge, entretien des parcs et jardins, désherbage des abords de rue, etc.)⁶⁴².

Pour la mise en œuvre de ces missions environnementales, les Communautés Urbaines de Douala et Yaoundé se sont dotées chacune d'une Direction de l'environnement, de la santé et cadre de vie⁶⁴³. Cette Direction est chargée de : l'élaboration et du suivi de la mise en œuvre de la politique communautaire de gestion rationnelle et durable des ressources naturelles ; la définition des mesures communautaires de gestion environnementale et de développement durable, en liaison avec les Directions, les administrations, les Institutions Spécialisées et Organismes spécialisés concernées; la promotion des actions relatives à la conservation des écosystèmes aquatiques ; l'élaboration, de la mise en œuvre et du suivi des actions de promotion et de conservation de la nature ainsi que des plans de restauration des sols au sein de la Ville; suivi des activités relatives à la prévention des risques biotechnologiques sur l'environnement et la santé humaine ; la participation à la planification, la création et à la préservation des aires protégées, réserves écologiques représentatives de la biodiversité et des écosystèmes de la Ville; l'information du public en vue de susciter sa participation à la gestion, à la protection et à la restauration de l'environnement et de la nature⁶⁴⁴. Dans cette Direction, il existe une Sous-Direction des Études et de la Protection de l'Environnement, consacrée uniquement à la promotion et à la gestion des questions environnementales. Elle est chargée :

de l'élaboration et du suivi de la mise en œuvre du plan directeur communautaire de l'environnement, en liaison avec les Directions, les administrations, les institutions spécialisées et organismes spécialisés concernées; de la définition des axes de recherche en matière de protection de l'environnement communautaire, en liaison avec les Directions, les administrations, les institutions spécialisées et organismes spécialisés concernées ; de la collecte, du traitement et de la diffusion des données statistiques, en matière d'environnement au sein de la communauté, en liaison avec les administrations et les structures concernées ; de l'intégration des considérations environnementales dans tous les projets et programmes communautaires, notamment économiques, énergétiques, infrastructurels et industriels⁶⁴⁵.

Dans le but de contrecarrer les problèmes de pollution atmosphérique dans la capitale politique, la Mairie de la ville de Yaoundé s'est engagée depuis novembre 2020 à implémenter le projet « Fasep-pollution ». Ce projet a permis d'implanter 40 micro-capteurs à des endroits

⁶⁴²Tiani Keou Francis, *Douala : Etat de l'environnement et du développement durable*, L'Harmattan, Paris, 2013, p. 106.

⁶⁴³Arrêté municipal n° 21/AM/CUD/CAB/ de la 06/07/2020 portant organisation et fonctionnement des services de la communauté urbaine de Douala, Article 49, *op.cit.*, p. 21.

⁶⁴⁴*Ibid.*, Article 49, pp. 21-22.

⁶⁴⁵*Ibid.*, pp. 22-23.

stratégiques où le trafic est intense⁶⁴⁶. Ces outils servent à mesurer en temps réel, la concentration en particules fines de l'air. En même temps, les habitants de Yaoundé peuvent utiliser l'application mobile Caeli pour consulter les mesures de la qualité de l'air.

Les Communautés Urbaines sont également les garants des actions de planification et de l'aménagement urbains. Les Maires des Villes ont été dotés d'importants pouvoirs à cet effet au point où la « *ville est avant tout la ville du maire, qui, de surcroît, en est le premier magistrat*⁶⁴⁷ ». Conformément aux dispositions de l'Arrêté municipal n° 21/AM/CUD/CAB/ du 06/07/2020 portant organisation et fonctionnement des services de la communauté urbaine de Douala, celle-ci assure entre autres compétences, la planification urbaine, les plans et schémas directeurs, les plans d'occupation des sols ou les documents d'urbanisme; la délivrance de certificats d'urbanisme, des autorisations de lotir, des permis d'implanter, des permis de construire et de démolir ; la création, l'aménagement, l'entretien, l'exploitation et la gestion des voiries ; l'éclairage public, la signalisation, l'assainissement pluvial, les équipements de sécurité et les ouvrages d'art ; la coordination des réseaux urbains de distribution d'énergie, d'eau potable, de télécommunications ; les plans de circulation et de déplacement urbains ; l'élaboration des plans communautaires d'action pour l'environnement, notamment en matière de lutte contre les nuisances et les pollutions, de protection des espaces verts ; la création et la gestion de toutes installations à caractère sportif; la construction, l'équipement, la gestion, l'entretien et la maintenance des équipements marchands d'intérêt communautaire, notamment les marchés, gares routières et abattoirs⁶⁴⁸. Allant dans le même sens, un informateur reconnaît que,

*La communauté urbaine de Yaoundé a installé au total 238 lampadaires dans la ville, pour la plupart dans la zone industrielle, dans le cadre de la mise en œuvre de la phase 2 du projet d'assainissement et de développement de Yaoundé. Pendant la semaine de la qualité de l'air, dont la première édition s'est tenue du 15 au 28 novembre 2021, elle a également libéré l'Avenue Kennedy des ex-vendeurs à la sauvette installés de manière anarchique le long des voies publiques. Pour lutter contre la pollution atmosphérique, elle a déployé 40 micros- capteurs à travers la cité-capitale depuis novembre 2020. Concernant la Voirie, elle a entrepris les travaux de bouchage des nids-de-poule et le bitumage de certaines artères, la construction des arrêts taxis, l'aménagement de certains carrefours et ronds-points, l'amélioration des certains parkings notamment à Etoudi et au Centre-ville*⁶⁴⁹.

⁶⁴⁶ Publication de la Communauté urbaine de Yaoundé, des réalisations et des perspectives, Mars 2022, pp.12-13.

⁶⁴⁷ Benoit Mougoué, « Urbanisme participatif : utopies ou réalités cas du quartier Nkolmesseng à Yaoundé », *op.cit.*, p. 22.

⁶⁴⁸ Arrêté municipal n° 21/AM/CUD/CAB/ de la 06/07/2020 portant organisation et fonctionnement des services de la communauté urbaine de Douala, Article 110, *op.cit.*, p.2.

⁶⁴⁹ Entretien réalisé à Yaoundé, avec un personnel en service à la Communauté urbaine de Yaoundé, le 17/12/2021.

Pour accomplir leurs différentes missions, les organigrammes des deux communautés urbaines disposent deux Directions importantes, à savoir : la Direction de la Planification du Développement Urbain, de l'Aménagement et de la Mobilité et la Direction de l'Entretien et de la Construction des Infrastructures. La première Direction est chargée, entre autres, de la mise en œuvre du Plan de Développement Urbain ; des études stratégiques des grands travaux d'aménagement de la Ville⁶⁵⁰. La seconde est chargée de l'élaboration et du suivi de la mise en œuvre de la politique communautaire de maintenance et d'entretien des infrastructures et des routes ; de toutes études nécessaires à l'adaptation aux écosystèmes communautaires des infrastructures et de la construction des infrastructures urbaines⁶⁵¹.

S'il a été important de relever les compétences des Communautés urbaines en matière de promotion des questions de santé dans les politiques des établissements humains des villes de Yaoundé et Douala, il est tout aussi important de faire le point sur les compétences dévolues aux Communes d'Arrondissement à cet effet.

2-Actions des Communes d'Arrondissement

Les ressources liées à la promotion des questions de santé urbaine au niveau local font partie des compétences transférées aux Communes par le gouvernement. L'article 19 de la loi de 2004 fixant les règles applicables aux communes précise que les compétences transférées aux Communes concernent : « *la création, l'équipement, la gestion et l'entretien des centres de santé à intérêt communal, conformément à la carte sanitaire ; l'assistance aux formations sanitaires et établissement sociaux* »⁶⁵². C'est dans ce cadre que les Communes d'Arrondissement veillent au bon fonctionnement des CMA et des districts de santé.

Depuis près de deux décennies, les Communes d'Arrondissement sont les principaux acteurs de la gestion de l'environnement au Cameroun et en particulier dans les villes de Yaoundé et Douala⁶⁵³. À ce titre, l'article 16 de la loi de 2004 fixant les règles applicables aux Communes précise qu'en matière de protection de l'environnement que, la Commune est compétente pour :

L'alimentation en eau potable ; le nettoyage des rues, chemins et espaces publics communaux ; le suivi et le contrôle de gestion des déchets industriels ; les

⁶⁵⁰ Arrêté municipal n° 21/AM/CUD/CAB/ de la 06/07/2020 portant organisation et fonctionnement des services de la communauté urbaine de Douala, Article 33, Alinéa 1, *op.cit.*, p. 14.

⁶⁵¹ *Ibid.*, Article 40, Alinéa 1, p. 19.

⁶⁵² Loi n° 2004/018 du 22 juillet 2004 fixant les règles applicables aux communes, Article 19, *op.cit.*, p. 5.

⁶⁵³ Aboya Endong Manasse, *l'organisation des grandes agglomérations camerounaises : le cas de la ville de Douala*, in Pierre-Yves Monjal et Vincent Aubelle (dir), *La France Intercommunale, Regard sur la loi de réforme des collectivités territoriales du 16 décembre 2010*, L'Harmattan, Paris, 2013, p. 376.

*opérations de reboisement et la création de bois communaux ; la lutte contre l'insalubrité, les pollutions et les nuisances ; la protection des ressources en eaux souterraines et superficielles ; l'élaboration de plans communaux d'action pour l'environnement ; la création, l'entretien et la gestion des espaces verts, parcs et jardins d'intérêt communal ; la gestion au niveau local des ordures ménagères*⁶⁵⁴.

Le décret du 27 mars 2012 du Premier Ministre, fixant les modalités d'exercice de certaines compétences transférées aux communes⁶⁵⁵ souligne que ces dernières sont responsables de « *l'élaboration des plans d'action pour l'environnement ; et pour la lutte contre l'insalubrité ; les pollutions et les nuisances*⁶⁵⁶ ».

Les Communes d'Arrondissement se partagent également les actions de planification et d'aménagement urbain avec les Communautés Urbaines. La loi n°2004/018 fixant les règles applicables aux communes, dispose en son article 17 que les compétences relatives à la planification, à l'aménagement du territoire, à l'urbanisme et à l'habitat, sont transférées aux Communes. À ce titre, il incombe aux communes :

*La création l'aménagement d'espaces publics urbains, l'élaboration des plans d'occupation des sols, des documents d'urbanisme, d'aménagement concerté, de rénovation urbaine et de remembrement ; l'organisation et la gestion des transports publics urbains ; la réalisation des opérations d'aménagement ; la délivrance des certificats d'urbanisme, des autorisations de lotir, des permis d'implanter, des permis de construire et de démolir ; la création et l'entretien de voiries municipales et la réalisation des travaux connexes ; l'aménagement et la viabilisation des espaces habitables ; l'éclairage des voies publiques, l'adressage et la dénomination des rues, places et édifices publics ; la création et l'entretien des routes rurales non classées et des bacs ; la contribution à l'électrification des zones nécessiteuses ; l'autorisation d'occupation temporaire et de travaux divers*⁶⁵⁷.

Au sens de cette loi, les Communes sont des institutions chargées de la délivrance des actes d'urbanisme et constituent de ce fait, des acteurs importants dans le cycle de vie de la construction urbaine. Le code de l'urbanisme prévoit, dans son titre 3, des règles relatives à l'usage du sol et de la construction. Il est appuyé par le décret n°2008/0739/PM du 23 avril 2008 fixant les règles d'utilisation du sol et de la construction et par le décret n°2008/0740 du 23 avril 2008 fixant le régime des sanctions applicables aux infractions liées aux actes d'urbanisme. Cette loi a prévu la délivrance de plusieurs actes administratifs qui régissent les procédures d'occupation du sol et de construction.

⁶⁵⁴ Loi n° 2004/018 du 22 juillet 2004 fixant les règles applicables aux communes, Article 16, *op.cit.*, p 3 et 4.

⁶⁵⁵ Décret n°2012/0882/PM du 27 mars 2012 fixant les modalités d'exercice de certaines compétences transférées aux communes en matière d'environnement.

⁶⁵⁶ *Ibid.*

⁶⁵⁷ Loi n° 2004/018 du 22 juillet 2004 fixant les règles applicables aux Communes, Article 17, *op.cit.*, p. 4.

Dans le but de remédier à la situation d'imbroglio juridique que connaissait le secteur d'urbanisme au Cameroun, les actes administratifs relatifs à la police d'utilisation du sol et à la construction au Cameroun⁶⁵⁸, concernent la loi de 2004 régissant l'urbanisme, suivie des cinq décrets d'application de 2008. Toutefois ces textes sont encore méconnus des acteurs chargés de les appliquer sur le terrain.

II- Action complémentaire des acteurs privés dans la promotion de la santé urbaine

La crise des ressources financières de l'État et la vague d'ajustement structurel qui en est résulté ont contraint les pouvoirs publics à réduire de manière drastique ses interventions de promotion des questions urbaines dans les politiques de santé des établissements humains. La vague de démocratisation qui touche principalement la société citadine se traduit par un nouvel intérêt pour les projets de santé urbaine participative des acteurs du secteur privé constitué des entreprises, des ONG et des associations. Cette démarche se trouve renforcée par une prise en considération par tous les secteurs de la société de l'action d'intégration des questions de santé dans politiques et pratiques d'habitat urbain. Cette articulation de l'étude est axée sur les différents acteurs privés qui contribuent effectivement à intégrer les objectifs de santé dans les politiques d'habitat à Yaoundé et Douala. Il s'agit notamment des acteurs de promotion d'urbanisme, d'aménagement et de construction urbains ; des acteurs privés et groupements associatifs de promotion des questions de santé publique et des acteurs privés de promotion de l'environnement durable.

A-Acteurs privés de promotion d'urbanisme

Dans les villes de Yaoundé et Douala, plusieurs acteurs dépendants du secteur privé accompagnent l'État dans ses missions d'aménagement, de planifications en vue d'offrir aux populations citadines un cadre urbain sain. Cette catégorie d'acteurs est constituée des ordres professionnels et des entreprises privées concessionnaires de services de base.

⁶⁵⁸Loi N° 2004-003 du 21 avril 2004 régissant l'urbanisme au Cameroun, Article 99, Alinéa 1, *op.cit.*, p. 17.

1-Ordres professionnels du secteur d’habitat et d’urbanisme

Le secteur d’habitat et d’urbanisme est bien organisé au Cameroun. En dehors des acteurs de l’administration publique, il existe des ordres professionnels qui contribuent à la conception et à la construction urbaine. Cet axe s’articule autour des actions des acteurs des ordres nationaux des urbanistes, des ingénieurs et des géomètres dans la promotion des établissements humains convenables à Yaoundé et Douala.

1-1-Ordre National des Urbanistes du Cameroun (ONUC)

Au Cameroun, la profession d’urbaniste est régie par la loi n° 90/040 du 10 août 1990. Selon les dispositions de l’article 20, alinéas 1, 2 et 3 de ladite loi, l’ONUC veille au maintien des principes de moralité et de dévouement indispensables à l’exercice de la profession d’urbaniste ainsi qu’au respect des règles édictées par le code de déontologie. Il exerce également toute attribution qui peut lui être confiée par la présente loi ou par des textes particuliers. Il est aussi doté de la personnalité morale et est placé sous la tutelle du MINH DU. Par conséquent, cette corporation accompagne régulièrement ce dernier dans la mise en œuvre de

L’ensemble des mesures législatives, réglementaires, administratives, techniques, économiques, sociales et culturelles visant le développement harmonieux et cohérent des établissements humains, en favorisant l’utilisation rationnelle des sols, leur mise en valeur et l’amélioration du cadre de vie, ainsi que le développement économique et social⁶⁵⁹.

Ainsi, l’ONUC contribue significativement à la réalisation de toutes les villes du Cameroun et en particulier celles de Yaoundé et de Douala, en accompagnant les pouvoirs publics dans l’application des règles générales d’utilisation du sol, d’urbanisation et dans le respect des textes relatifs aux opérations d’aménagement foncier.

1-2-Ordre National des Ingénieurs de Génie Civil (ONIGC)

Suivant les dispositions de l’article 18 de la loi n° 2000/009 du 13 juillet 2000 fixant l’organisation et les modalités d’exercice de la profession d’Ingénieur de Génie Civil au Cameroun, « *L’ingénieur est responsable : des études, de la mise en œuvre des résultats des études, du contrôle de qualité et de conformité des ouvrages, et de l’application et du respect des normes⁶⁶⁰* ». Ainsi, grâce à ses connaissances en science et technique, il participe à

⁶⁵⁹ Loi N° 2004-003 du 21 avril 2004 régissant l’urbanisme au Cameroun, Article 3, *op.cit.*, p. 1.

⁶⁶⁰ Loi N° 2000/009 du 13 juillet 2000 fixant l’organisation et les modalités d’exercice de la profession d’Ingénieur de Génie Civil au Cameroun, Article 18, p. 11.

l'invention à : la conception, l'organisation, la construction, la gestion et la sauvegarde de manière efficiente des systèmes et structures destinées à l'usage et au confort de l'homme dans le respect de son cadre de vie.

1-3-Ordre National des Géomètres du Cameroun (ONGC)

Régies par la loi n° 90/039 du 10 août 1990 relative à l'exercice et à l'organisation de la profession de géomètre, les missions des géomètres consistent à réaliser des mesures et levées topographiques nécessaires à l'élaboration des documents d'arpentage. Placé sous la tutelle du MINHDU, les géomètres inscrits à l'Ordre jouent un rôle important dans la planification territoriale, la sécurisation foncière et l'aménagement. À ce sujet un informateur reconnaît que *« le géomètre est l'expert de la mesure, il est le garant de la propreté urbaine. Chaque Communes doit les avoir à l'effet d'examiner les demandes d'actes d'urbanisme à l'instar des permis de construire et de lotir et pour l'élaboration de plans d'occupation des sols⁶⁶¹ »*.

Les propos de l'informateur précédent dénotent de l'importance des géomètres en matière de planification et de l'aménagement urbain au Cameroun. Si certains quartiers comme Bonandjo, Bonapriso à Douala ; Bastos, Golf et Biyem-Assi à Yaoundé sont bien structurés par endroit, c'est parce que les immatriculations, les lotissements, les implantations et les morcellements ont été réalisés avec le concours des géomètres.

Nonobstant l'existence de ces ordres professionnels mis sur pied pour la conception et à la construction urbaine convenables, certaines constructions sont réalisées dans les villes de Douala et Yaoundé sans que les urbanistes, les ingénieurs et les géomètres n'y soient associés. Ce qui donne lieu au désordre urbain avec des constructions anarchiques et dans les zones jugées dangereuse et inconstructibles.

2-Entreprises privées concessionnaires de service de base

Cet axe de l'étude se penche sur les actions de promotion de l'habitat favorables aux questions de santé urbaine menées par les concessionnaires de productions d'eau et d'énergie et les opérateurs de collecte des déchets ménagers.

2-1-Entreprises de production d'eau et d'énergie

Au rang de ces concessionnaires les plus actifs et sollicités figure la Société ENEO Cameroun qui assure la production et la distribution de l'électricité sur tout le triangle national et par conséquent, dans les villes de Yaoundé et Douala. L'Agence de Régulation du Secteur

⁶⁶¹ Entretien réalisé à Yaoundé avec un géomètre, le 17/11/2021.

d'Electricité (ARSEL), placée sous la tutelle du MINEE facilite également la production de l'énergie en milieu urbain pour le bien-être des populations citadines.

Dans la même logique, CAMWATER accompagne l'État dans la gestion et la distribution de l'eau dans le secteur urbain et périurbain.

Cependant, les actions menées par ces deux structures restent contestées du fait des coupures récurrentes, des surfacturations et de la mauvaise qualité de services.

2-2-Opérateurs de collecte des déchets ménagers

L'entreprise privée d'Hygiène et Salubrité du Cameroun (HYSACAM), demeure le principal organisme chargé de la gestion des déchets solides en milieu urbain. À cet effet, il a signé un contrat avec les Communautés Urbaines de Douala et de Yaoundé. Malgré les difficultés liées au non-paiement de ses arriérés par les pouvoirs publics, sa présence est remarquable dans les capitales politique et économique. Les contrats signés avec ces villes ont pour but principal de collecter, de transporter et de mettre en décharge publique les ordures ménagères. Les services rendus par cette société privée sont financés de 70 à 90% par l'Etat et le reste par les municipalités urbaines bénéficiaires⁶⁶². Cette société traite environ 2400 tonnes de déchets ménagers au quotidien dans les deux villes⁶⁶³. Son action est soutenue par des associations, des GIC et des PME à travers la précollecte, ceci grâce aux contributions directes des ménages.

Cependant l'incapacité de la société HYSACAM à desservir tous les ménages, a suscité plusieurs petits opérateurs de précollecte des ordures qui interviennent dans les deux capitales et desservent de milliers de ménages qui payent directement le service rendu. À cet effet, des initiatives de précollecte des ordures ménagères avec compostage sont organisées dans beaucoup de quartiers populaires. Malgré toutes ces actions, les déchets ménagers continuent à joncher les rues des deux capitales avec des impacts négatifs sur la santé des populations citadines.

⁶⁶² MINHDU, « Code de l'habitation et de construction au Cameroun », *op.cit.*, p.74.

⁶⁶³ Consulté en ligne sur <https://www.hysacam-proprete.com>, le 08/03/2023.

B-Acteurs privés et groupements associatifs de promotion des soins de santé publique

Au Cameroun et dans les villes de Douala et de Yaoundé en particulier, le secteur privé est généralement très actif dans la promotion des questions de santé dans les politiques des établissements humains. Il s'agit notamment des acteurs du secteur privé lucratif et du secteur privé non lucratif. Le secteur à but non lucratif est dominé par les confessions religieuses, les associations, les ONG et les fondations qui constituent, selon le MINSANTE, le second réseau de formations sanitaires après le secteur public. Il réalise 45 % de consultations et dispense des soins généralement réputés de bonne qualité⁶⁶⁴. La Fondation Ad Lucem, qui possède d'important réseau de formations sanitaires réparties en milieu urbain constitue l'un des exemples des formations sanitaires à but non lucratif qui administrent aussi bien des soins de santé primaires que ceux de second recours⁶⁶⁵.

En outre, on retrouve dans les deux capitales d'autres fondations spécialisées dans les prises en charge des cas bien précis. Il s'agit des structures telles que la Fondation camerounaise du cœur, qui mène diverses actions relatives à la prévention, la sensibilisation et la réduction des risques cardiovasculaires évitables⁶⁶⁶. Dans ce registre de spécialisation, figure la Fondation Chantal BIYA qui œuvre dans le domaine humanitaire en offrant des soins aux enfants issus des familles démunies. Elle participe également à la prévention et au soulagement des souffrances humaines ; à la protection, à l'éducation et aux actions sociales et sanitaires en faveur de la mère et de l'enfant. Elle assiste les patients démunis et les personnes âgées. Elle apporte un appui en matériels et en médicaments aux hôpitaux et centres de santé nécessaires⁶⁶⁷. Aux côtés de ces structures existent d'autres formations sanitaires confessionnelles comme Bethesda, la clinique des Sœurs de Logpom qui offrent aussi des soins de santé aux populations citadines⁶⁶⁸.

Plus proche de ce secteur privé à but non lucratif, existe le secteur privé lucratif. Ce dernier est composé foncièrement de professionnels de santé installés et opérant en clientèle privée pour administrer des soins à travers des cliniques, polycliniques et cabinets médicaux aux patients⁶⁶⁹. En 2014, le MINSANTE indiquait que ce secteur représentait 27,9 % des 4 034

⁶⁶⁴Ministère de la santé publique, Plan stratégique national de lutte contre le paludisme au Cameroun 2007-2010, pp35-3-6.

⁶⁶⁵ Consulté en ligne sur <https://www.fondationadlucem-cm.org>, le 05/03/2023.

⁶⁶⁶ Jean Vincent Tchienehom, « Présentation de la Fondation camerounaise du cœur et de ses membres », consulté sur <https://www.camerhf.skyrock.com>, le 06/03/2023.

⁶⁶⁷ La Fondation Chantal BIYA (FCB), consulté en ligne sur <https://www.prc.cm>, le 06/03/2023.

⁶⁶⁸ Ministère de la Santé Publique, Plan stratégique national de lutte contre le paludisme au Cameroun 2007-2010, *op.cit.*, p. 23.

⁶⁶⁹*Ibid.*, p.36.

formations sanitaires répertoriées sur toute l'étendue du territoire Camerounais⁶⁷⁰. À cet effet, ce secteur mène également des actions relatives à la production, à l'importation et à la distribution des médicaments. Selon le MINSANTE, Il représente un peu plus de 70 % du marché du médicament avec huit établissements de fabrication locale, 23 grossistes répartiteurs dont 12 fonctionnels, 388 officines ouvertes⁶⁷¹. Les grandes villes connaissent une forte concentration de ces établissements de soins et pharmacies. Dans les seules villes de Douala et de Yaoundé, en 2010, 181 sur 331 officines de pharmacie ont été énumérées⁶⁷². Parmi celles qui ont le vent en poupe, figurent le centre médical la Cathédral, le Jourdain, Daniel Muna clinic à Bonandjo, la clinique de l'aéroport à Bonapriso qui contribuent significativement à la promotion de la santé à travers l'offre de soins et de médicaments en milieu urbain camerounais.

Pour des besoins de formation de professionnels médicaux, le Cameroun en dénombre près de 39 écoles de formation privées⁶⁷³, dont la plus connue est sans aucun doute l'Université des Montagnes qui forme des professionnels de santé dans quasiment tous les domaines de la médecine. Le sous-secteur de la médecine traditionnelle vient compléter ce tableau. Ce sous-secteur fonctionne beaucoup plus en associations et on y observe au quotidien plusieurs tradipraticiens qui offrent des soins de fabrication artisanale aux patients. Bien qu'il soit accepté par le MINSANTE, cet itinéraire thérapeutique est souvent déconseillé par le personnel médical du fait de l'origine douteuse des produits fabriqués par les acteurs de ce secteur. C'est pourquoi, la plupart de personnels du MINSANTE interrogés à ce sujet déconseillent vivement ce secteur aux patients et souhaitent qu'il soit d'abord structuré et encadré par les pouvoirs publics. Pour un personnel médical, « *Pour plus de garantie et de sécurité des patients, les pouvoirs publics devraient mieux organiser ce secteur à l'effet de bien définir les statuts des acteurs qui y exercent et des produits de santé qui y sont fabriqués et utilisés*⁶⁷⁴ ».

Cependant, la prolifération des formations sanitaires privées clandestines dans les deux métropoles vient entacher cette action. En effet, le fait que plusieurs formations sanitaires ne disposent pas d'agrément du MINSANTE et échappent ainsi à son contrôle⁶⁷⁵, ne rassure pas de la fiabilité des services de soins qu'elles offrent aux patients.

⁶⁷⁰ Ministère de la Santé publique du Cameroun, Stratégie sectorielle de santé 2016-2027, *op.cit.*, p.71.

⁶⁷¹ Ministère de la santé publique, Politique pharmaceutique nationale du Cameroun, p.17.

⁶⁷² Ministère de la Santé Publique, Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), 2011-2015, p. 9.

⁶⁷³ *Ibid.*

⁶⁷⁴ Entretien réalisé à Yaoundé avec un personnel de santé privé (pneumologue), *op.-cit.*

⁶⁷⁵ Ministère de la Santé publique du Cameroun, Stratégie sectorielle de santé, *op.cit.*, p. 72.

C-Acteurs privés d'intégration des questions de santé dans les politiques et pratiques environnementales

Dans le but de soutenir l'État dans la protection de l'environnement, plusieurs acteurs privés ont vu le jour au Cameroun. Il s'agit des Organisations Non Gouvernementales (ONG) à caractère environnemental et des entreprises spécialisées dans la collecte des déchets qui jouent un rôle très important dans la promotion de l'environnement convenable⁶⁷⁶.

1-Action des ONG à caractère environnemental

À l'instar des institutions publiques sus évoquées, les ONG⁶⁷⁷ à caractère environnemental font partie des institutions nationales de promotion du droit international de l'environnement au niveau local. Elles se trouvent de plus en plus proches des populations et plus présentes sur le terrain. De ce fait, elles interviennent dans l'animation, la formation, la sensibilisation et l'organisation des populations citadines autour des projets sociaux, environnementaux ou économiques. Elles servent des canaux d'information et de sensibilisation sur les pratiques à adopter et les conduites à tenir par les populations en matière de gestion écologiquement rationnelle des ressources naturelles.

Dans les villes de Yaoundé et de Douala, il existe des ONG locales comme ENVIRO-PROTECT qui œuvre au quotidien pour conscientiser les populations sur la protection de l'écologie⁶⁷⁸. Elle est l'une des têtes de proue des ONG qui se déploient dans la ville de Douala⁶⁷⁹. Cette ONG a pour objectifs, de sensibiliser les groupes sociaux sur le rapport entre l'environnement et le développement, d'aider les individus et les groupes sociaux à la résolution des problèmes environnementaux et de développement ou de coopérer activement dans un

⁶⁷⁶ Yolande Fouda & Patrice Bigombe Logo, *Les acteurs environnementaux au Cameroun : états des lieux*, Yaoundé, GTZ/MINEF, octobre 2005, p.13.

⁶⁷⁷ On entend par ONG tout regroupement, association ou mouvement constitué de façon durable (sur la base d'un acte juridique généralement appelé statut) par des individus ou des personnes morales appartenant à un même Etat ou à des Etats différents, en vue de la poursuite de buts non lucratifs. Maurice Kamto, *Droit de l'environnement en Afrique*, op-cit, p. 381. Par ailleurs, la loi n° 99/014 du 22 décembre 1999 qui régit les organisations non gouvernementales au Cameroun définit une ONG en son article 29 alinéa1 comme une association déclarée ou une association étrangère autorisée conformément à la législation en vigueur, et agréée par l'administration en vue de participer à l'exécution des missions d'intérêt général.

⁶⁷⁸ Francois Tiani Keou, *Douala : Etat de l'environnement et du Développement Durable*, L'Harmattan, Paris, 2013, p.109

⁶⁷⁹ Lorsque la Ville de Douala préparait son agenda local, l'ONG environnementale ENVIRO-PROTECT avait été désignée à la tête du groupe devant rédiger la composante environnementale.

double but d'échange d'expériences et d'entraide avec les autres organisations nationales ou internationales poursuivant les mêmes objectifs⁶⁸⁰.

Dans la ville de Yaoundé l'ONG PARTNERSHIP œuvre pour la gouvernance environnementale et forestière. C'est une organisation de promotion de l'économie verte qui œuvre dans le domaine des études d'impacts environnementaux, dans le suivi des plans de gestions environnementales. Elle soutient la responsabilité sociale et environnementale des entreprises. Ainsi, elle collabore avec les entreprises, les Mairies, les autorités administratives dans les évaluations environnementales et la maîtrise de la législation relative à la l'environnement, les consultations participatives, le suivi des plans de gestion environnementale et sociale. Elle a déjà travaillé avec les Mairies des villes de Douala et de Yaoundé dans le cadre de l'élaboration de leur plan de développement. L'organisation ENVIRO-PROTECT a eu à réaliser certains projets avec l'initiative du gouvernement camerounais. C'est le cas du Programme National de Développement Participatif (PNDP) dans l'accompagnement des communes et communautés locales et des actions de sensibilisation pour la gestion et la protection du patrimoine routier avec le MINTP. En outre, les pouvoirs publics recourent à l'expertise d'ENVIRO-PROTECT. C'est ainsi qu'elle a participé à la réalisation de la Stratégie et Plan National de Gestion de la Biodiversité⁶⁸¹.

En outre, il existe dans la ville de Douala, la Fondation Camerounaise Terre Vivante (FCTV) qui est une organisation de protection de l'environnement très active dans cette ville. Elle a participé ou piloté un certain nombre de projets liés à la protection de l'environnement. Ainsi, en collaboration avec Living Earth Foundation, la FCTV a assuré la mise en œuvre du projet : « *Amélioration des conditions de vie dans les quartiers précaires - Gagner de l'argent par les déchets* » à Douala. Dans la même logique, la coopérative ECOCLEAN Environnement constitue l'un des acteurs de l'assainissement au Cameroun à travers la précollecte et la valorisation des déchets dans la ville de Yaoundé. Elle récupère plus de 19,1 tonnes d'ordures en moyenne par mois qu'elle trie, valorise et dépose au niveau des points d'apport volontaire de la Communauté urbaine⁶⁸². L'action de cette organisation vise l'implantation d'un système d'économie circulaire dans la capitale politique⁶⁸³.

⁶⁸⁰ ENVIRO-PROTECT (Organisation internationale pour la protection de l'environnement en Afrique centrale) est une ONG de droit camerounais spécialisée dans le domaine de la protection de l'environnement, créée en 1991. Elle compte jusqu'à présent quatre antennes : antenne de Maroua, antenne siège à Yaoundé, antenne de Douala, antenne de Bafang.

⁶⁸¹ENVIRO-PROTECT (Organisation internationale pour la protection de l'environnement en Afrique centrale), *op.cit.*

⁶⁸² Consulté en ligne sur <https://www.climate-chance.org> , le 05/05/2023.

⁶⁸³ *Ibid.*

Par ailleurs, en étroite collaboration avec ses partenaires, la FCTV a développé le projet « LOW CARBON ENERGY » dont le but est la promotion d'un marché de produits à faible émission de carbone, l'amélioration de la santé des ménages, l'émergence d'opportunités d'affaire et de travail. Sur le plan environnemental, l'impact de ce projet permettra à la ville de Douala de réduire l'émission des gaz à effet de serre (CO₂ en particulier) à travers l'utilisation de produits à faible émission de carbone⁶⁸⁴. Par exemple, l'utilisation des systèmes de cuissons améliorés réduit les émissions, protège contre l'intoxication à la fumée, réduit la déforestation et est moins couteuse que la cuisine sur gaz naturel et au bois classique. Le même exemple peut être pris avec les solutions d'éclairage « solar light bulbproduct » qui entraîne une économie sur les factures d'électricité.

Le Centre International de Promotion de la Récupération (CIPRE) est une autre ONG de développement économique et de protection de l'environnement créée en 1996 et qui déploie ses activités dans les deux capitales du Cameroun. Elle est spécialisée dans la collecte, du traitement et du recyclage des déchets plastiques dans les centres urbains⁶⁸⁵. « Cité Propre »⁶⁸⁶ est son projet phare, soutenu par la Coopération française à travers le Fonds Social pour le Développement (FSD). À travers ses actions, cette ONG a pu créer toute une filière, allant de la précollecte jusqu'au recyclage des déchets plastiques. Ainsi, tous les déchets plastiques sont collectés à la base par la population et revendus au CIPRE. Cette activité s'accompagne d'un volet éducatif qui se fait sur l'approche populaire et scolaire.

L'approche populaire utilisée par ce Centre concerne la Cellule d'Animation Femme (CAF) qui sensibilise les femmes au sein des associations, sur les risques d'une mauvaise gestion du déchet plastique. Cette Cellule a expérimenté avec succès dans les quartiers d'Etoug-Ebé à Yaoundé, le système de tri à la source qui consiste à mettre les déchets plastiques de côté dès les ménages, les laver, les sécher et les envoyer vendre au CIPRE. Après un an de sensibilisation, les ménages de ce quartier ne brulaient plus des plastiques pour allumer le feu de bois et la quantité des déchets collectés par poste augmentait d'environ 40 %⁶⁸⁷.

L'approche scolaire consiste à intéresser les plus jeunes à la protection de l'environnement dans leur milieu de vie quotidienne. À cet effet, des clubs d'écologie baptisés

⁶⁸⁴ Consulté en ligne sur [thhp : //www.fctvc.cameroon.org/profiles/blogs/quartier-precaires-de-la-ville-de-douala](http://www.fctvc.cameroon.org/profiles/blogs/quartier-precaires-de-la-ville-de-douala), le 05/05/2023.

⁶⁸⁵ Consulté en ligne sur [https : //www.afrique-gouvernance.net](https://www.afrique-gouvernance.net), Le 05/05/2023.

⁶⁸⁶Le projet « Cité Propre » de CIPRE a remporté en l'an 2000 le « Grand prix de la coopération internationale » organisé par le Haut Conseil de la Coopération Internationale en France.

⁶⁸⁷Consulté en ligne sur [https : //www.afrique-gouvernance.net](https://www.afrique-gouvernance.net), *op.cit.*

CIPRE ont été créés dans les collèges et lycées de l'Arrondissement de Yaoundé VI. Diverses excursions ont été organisées sur les sites illustrant une bonne ou mauvaise gestion de l'environnement. Le mouvement Eba'a à Mvog-Beti, Ako-Doé à Etoug-Ebe, le centre d'épuration des eaux usées de la Cité-Verte en panne, l'école ensevelie de Mokolo Elobi, un voyage écologique à Douala, le décharge de Maképé, les usines de la SOFECAM, la Base ELF et l'antenne CIPRE de Douala ont été visités pour permettre aux jeunes de remonter la filière de recyclage des déchets du CIPRE⁶⁸⁸.

2-Entreprises privées de collecte et de recyclage des déchets

L'application des mesures coercitives par le Gouvernement face à l'abondante production des déchets des entreprises a obligé ces dernières à confier la collecte et le traitement des déchets comme les huiles usées, les ordures d'hydrocarbures ou médicales, les batteries, etc. à des sociétés privées spécialisées en la matière. Parmi les sociétés les plus actives spécialisées dans l'enlèvement, l'incinération et le recyclage des déchets figurent HYSACAM et BOCOM⁶⁸⁹.

2-1- HYSACAM

Connu comme la principale société privée de traitement des ordures ménagères au Cameroun, HYSACAM a signé les contrats relatifs à la collecte et le traitement des déchets avec plusieurs villes camerounaises parmi lesquelles de Douala et de Yaoundé. En effet, son efficacité en matière de gestion de déchets ménagers a été reconnue en décembre 2009 par les Maires africains réunis dans la ville de Marrakech au Maroc. Le premier prix « *Africités de la gestion des déchets en Afrique*⁶⁹⁰ » lui a été décerné. Pour lui permettre de réaliser ses activités dans les villes de Yaoundé et Douala, les Communautés Urbaines de ces villes ont signé des contrats d'objectifs avec HYSACAM. Ce sont ces contrats qui encadrent le contenu des prestations à livrer par cette entreprise dans les différents circuits de nettoyage.

⁶⁸⁸ Consulté en ligne sur <https://www.afrique-gouvernance.net>, *op.cit.*

⁶⁸⁹ Global Contact/Global Reporting Initiative, Communication on Progress, « La responsabilité corporative du CCC sur les conditions de travail, la protection de l'environnement, la transparence et la lutte anti-corruption », décembre 2006.

⁶⁹⁰ Jean Pierre Ymele, « Les voies camerounaises vers une meilleure gestion des déchets », in *Revue SPD(Secteur Privé & Développement)*, n°15, Consulté en ligne sur http://www.proparco.fr/Accueil_PROPARCO/Publications-Proparco/secteur-privé-et-développement/Authors/Issue-15-authors/jean-pierre-ymele-hysacam, le 10/03/2023.

2-2-BOCOM RECYCLING

Bien qu'elle fasse partie des sociétés qui polluent l'environnement urbain, BOCOM RECYCLING est une entreprise camerounaise qui s'est spécialisée dans la collecte et le recyclage des batteries usées. À sa création en 2004, elle a pour principal objectif d'apporter des solutions au problème de la mauvaise gestion des batteries usées. Dès lors, elle est devenue un acteur incontournable de recyclage du plomb et des coques extérieures des vieilles batteries des plastiques. Le recyclage de ces matières lui permet de fabriquer des matériaux tels que : les pavés pour le revêtement des jardins et des cours, des tuiles pour les couvertures de maisons. L'activité de recyclage menée par cette entreprise vient confirmer l'assertion selon laquelle il ne faut rien jeter dans la nature et que tout est utile et peut se transformer⁶⁹¹. L'action menée par cette entreprise est très importante pour la protection de l'environnement, dans la mesure où elle permet de le débarrasser de ce dernier des plombs et des acides qui sont très dangereux pour tous êtres vivants. De l'avis des experts, le contact avec le métal est à l'origine des lésions cérébrales, des maladies cardiovasculaires et qu'une seule batterie jetée dans l'environnement est capable de polluer près de 400 m² de surface⁶⁹².

Au regard de ce qui précède, force est de reconnaître que plusieurs acteurs privés appuient l'État dans l'intégration des objectifs de santé dans les politiques des établissements humains dans les villes de Douala et Yaoundé. Toutefois, leurs actions restent limitées au regard de la multiplicité et de la complexité des déterminants de la santé en milieu urbain. À cet effet, plusieurs acteurs internationaux interviennent au Cameroun.

III-Acteurs internationaux d'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain

Au regard des insuffisances des ressources humaines, financières et matérielles disponibles pour faire face aux déterminants qui impactent la santé des populations en milieu urbain, plusieurs acteurs internationaux apportent leur soutien au Cameroun dans ce sens. Ce soutien international qui se décline sous plusieurs formes, provient des organismes onusiens de promotion des soins de santé publique, de logements décents et des institutions de protection de l'environnement durable.

⁶⁹¹ Consulté en ligne sur <https://www.facebook.com/BocomIndustriel/posts/422877851153184>, le 10/03/2023.

⁶⁹² Consulté en ligne sur <https://www.syfia.info/index.php5?view=articles&action=voir&idArticle=4067>, le 10/03/2023.

A-Organismes techniques et financiers des Nations unies pour la promotion des soins de santé publique

Plusieurs acteurs internationaux accompagnent le Cameroun dans le cadre de la promotion des soins santé publique en milieu urbain. Cet accompagnement revêt divers aspects et se décline sous la forme d'assistance technique et financière. Vu les multiples défis démographiques, sanitaires, environnementaux, sociaux et économiques auxquels sont confrontées les villes camerounaises, l'apport des partenaires internationaux reste indispensable. L'OMS et l'ONUSIDA sont parmi les organismes les plus présents et actifs.

1-OMS

L'OMS est une institution spécialisée du système des Nations Unies qui a pour mission principale, « *d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible*⁶⁹³ ». En sa qualité d'institution directrice chargée de la coordination des activités internationales en matière de santé, dans le monde, elle a entre autres missions de : soutenir les gouvernements à renforcer leurs services de santé ; fournir l'assistance technique appropriée et dans les cas d'urgence ; faire progresser l'action tendant à la suppression des maladies épidémiques et endémiques ; proposer des conventions, accords et règlements, faire des recommandations concernant les questions internationales de santé ; développer, établir et encourager l'adoption des normes internationales en ce qui concerne les aliments, les produits biologiques, pharmaceutiques et similaires⁶⁹⁴. L'OMS « *exerce de nombreux services d'intérêt mondial et accorde une assistance technique importante aux pays qui la sollicitent*⁶⁹⁵ ». Depuis le 8 décembre 1962, date de la signature de l'accord de base établissant une assistance technique entre Cameroun et l'OMS, cette dernière est devenue un acteur clé dans la promotion des objectifs de santé au Cameroun. C'est pour cette raison qu'elle a ouvert ses services au quartier Bastos à Yaoundé.

Entre la période 2010 et 2015, les missions de l'OMS au Cameroun ont porté essentiellement sur les cinq axes stratégiques suivants : la lutte contre la maladie ; l'amélioration de la santé de la mère et du nouveau-né, de l'adolescent et la survie de l'enfant ; la préparation et la réponse aux situations d'urgence et de catastrophes ; la promotion de la

⁶⁹³ Constitution de l'OMS, adoptée par la Conférence internationale de la santé, tenue à New York du 19 juin au 22 juillet 1946, Signée par les représentants de 61 Etats le 22 juillet 1946 et entrée en vigueur le 07 avril 1948 Article 57, consulté en ligne sur <https://www.who.int.World Health Organization>, le 22/07/2022.

⁶⁹⁴ Constitution de l'OMS, adoptée par la Conférence internationale de la santé, *op-cit*.

⁶⁹⁵ Didier Truchet, *Droit de la santé publique*, Dalloz, Paris, 2017, 9^e édition, p.30.

santé et le renforcement du système de santé⁶⁹⁶. Entre la période 2017 et 2020, les activités menées par l’OMS au Cameroun portent sur la lutte contre les maladies transmissibles, l’amélioration de l’accès aux interventions visant à prévenir et à prendre en charge les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risques, la promotion de la santé à toutes les étapes de la vie, le renforcement du système de santé, et l’intensification des capacités d’alerte et de réponses aux urgences, notamment les catastrophes naturelles et celles provoquées par l’Homme⁶⁹⁷.

Par ailleurs, au cours de l’année 2016, plusieurs actions pratiques axées sur l’assistance technique et financière ont été menées par le Bureau de l’OMS, dans la mise en œuvre des interventions prioritaires du secteur de la santé au Cameroun. Par conséquent, plusieurs défis majeurs relevés ont permis d’atteindre d’importants résultats. Le secteur de santé camerounais a été doté des documents de la Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027 et du Plan de Développement Sanitaire 2016-2020, grâce aux actions entreprises par l’OMS. En outre, pour répondre efficacement à la pandémie du VIH/Sida, l’OMS a mené des activités visant à mettre fin à la transmission de ce fléau de la mère à l’enfant, à multiplier des structures chargées de prodiguer de conseils, des soins et traitement ARV aux adultes, ainsi que les enfants infectés dans le cadre du « Traitement pour Tous »⁶⁹⁸.

Malgré les avancées obtenues, certains problèmes relatifs à l’insuffisance de personnels de l’OMS entraînant une augmentation importante de la charge de travail et au financement de certains programmes pourtant prioritaires et des stocks de sécurité pour les urgences demeurent.

2-ONUSIDA

Ce Programme onusien a été installé au Cameroun en janvier 2000 dans le cadre de la lutte contre le VIH/Sida. L’objectif est d’atteindre le niveau de zéro nouvelle infection à VIH, zéro discrimination et zéro décès lié au SIDA⁶⁹⁹. Pour le Cameroun, l’ONUSIDA « *un partenariat innovant des Nations Unies qui guide et mobilise les acteurs de la lutte contre le SIDA tant du système des Nations Unies, des bilatéraux que du gouvernement et de la société*

⁶⁹⁶OMS-Cameroun, Rapport annuel sur le Cameroun 2016, p.8.

⁶⁹⁷*Ibid.*, p. 10.

⁶⁹⁸ OMS, « Le Cameroun et l’Organisation Mondiale de la Santé, Stratégie de Coopération 2017-2020, validée entre le Cameroun et l’OMS, le vendredi 2 juin 2017 », consultée en ligne sur <https://www.afro.who.int>, le 31/01/2023.

⁶⁹⁹ONUSIDA : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida », consulté en ligne sur <https://www.cm.one.un.org>, le 26/06/ 2018.

civile au Cameroun en vue d'un accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH⁷⁰⁰». Son champ d'intervention concerne toutes les dix régions du Cameroun et son action tourne autour de cinq points ci-après :

la mobilisation du leadership et du plaidoyer pour une action efficace contre l'épidémie; de la fourniture d'informations et de politiques stratégiques destinées à guider les actions de la riposte au SIDA partout dans le monde ; du contrôle, du suivi et de l'évaluation de l'épidémie étant entendu que ONUSIDA est la principale référence pour les données épidémiologiques concernant le Sida et leur analyse ; de l'engagement de la société civile et de la constitution de partenariats ; et de la mobilisation des ressources financières, humaines et techniques à l'appui d'une riposte efficace⁷⁰¹.

Pour mettre en œuvre son action et « porter au plus haut niveau possible l'efficacité et l'impact de l'action des Nations Unies dans la lutte contre le VIH/SIDA⁷⁰² », l'ONUSIDA a signé quelques accords de partenariats avec le Cameroun. C'est dans cette logique que des partenariats ont été signés avec des institutions locales, comme les Synergies africaines. Un protocole d'accord de coopération porté sur le renforcement du plaidoyer national et international en matière de lutte contre le VIH/Sida a été signé avec cet organisme le 22 novembre 2011. Ce protocole porte également sur le renforcement de la prévention du VIH à travers les activités d'information, d'éducation et de communication au bénéfice des populations du Cameroun, ainsi que sur la mobilisation sociale et le renforcement des capacités des leaders communautaires⁷⁰³. Ce programme onusien est devenu le pivot de la lutte contre le VIH/SIDA dans le monde et au Cameroun en particulier au point où, « grâce au soutien de l'ONUSIDA, le Cameroun a mis en place un programme sur mesure pour la chaîne d'approvisionnement des produits pour le VIH/sida, tout en améliorant la situation au niveau des droits de l'homme⁷⁰⁴ ». A cet effet, ONUSIDA a apporté 16 millions de dollars américains (USD) au Cameroun entre la période 2012-2015. Selon l'ONUSIDA, 75 % de cet argent a été affecté aux secteurs de : l'élimination de nouvelles infections à VIH chez les enfants ; la réduction de la transmission sexuelle du VIH, et la gouvernance et la responsabilisation dans la lutte contre le VIH. Les secteurs tels que la fourniture des traitements antirétroviraux salvateurs aux patients infectés par le VIH et l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination à

⁷⁰⁰ ONUSIDA : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida », *op.cit.*

⁷⁰¹ *Ibid.*

⁷⁰² Consulté en ligne sur <https://www.synergiesaficaines.org>, le 26 /06/2012022.

⁷⁰³ *Ibid.*

⁷⁰⁴ ONUSIDA, Conseil de coordination du Programme de l'ONUSIDA, 34^e réunion, Genève, 2014, p.5, consulté en ligne sur <https://www.unaids.org>, le 26/06 2022.

l'encontre de ces personnes ont également bénéficié de l'autre partie de cette assistance financière⁷⁰⁵.

Malgré certains goulots d'étranglement, l'apport des différents organismes onusiens relevés ci-dessus au Cameroun, a permis d'accroître ses performances en matière de promotion des questions de santé dans les établissements humains. Les actions de l'ONU-Habitat ne sont pas en reste.

B- ONU-Habitat

C'est le principal organisme des Nations unies de promotion de logements décents au Cameroun. Avant l'ouverture de son bureau de projet par le MINHDU et le Directeur du Programme des Nations Unies pour les établissements Humains pour la Région Afrique, le 19 janvier 2023, l'ONU-Habitat était représenté au Cameroun par un programme de gouvernance. L'ouverture de ce nouveau bureau a pour objectif, de rendre les villes et les établissements humains urbains accessibles à tous, sûrs, résilients, durables et décents, suivant l'ODD. Avant l'installation de ce bureau dans la capitale politique, cet organisme avait déjà assisté le Cameroun dans des initiatives en faveur de la promotion des établissements humains favorables aux objectifs de santé.

C'est avec la mise en œuvre du Programme de la Gouvernance urbaine (PGU) que cette coopération a commencée. Ledit programme a fait l'objet d'un accord de don entre le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) et le Cameroun. En effet, en 2003, le Cameroun a signé avec cette institution, un accord de don, à travers le document du projet n° CMR/03/006 du 13 novembre 2003, d'un montant estimé initialement à 2 800 000 USD. Il faut signaler que le PGU est un projet d'appui au Programme National de Gouvernance (PNG) dont l'objectif est de réduire le déficit structurel et systémique de la faible participation des acteurs non étatiques à la gestion des affaires publiques.

En outre, la coopération entre le Cameroun et cet organisme porte sur la formulation d'une Politique urbaine nationale. À cet effet, plusieurs engagements ont été pris par les deux parties. C'est dans cette optique que le MINHDU et l'ONU-Habitat ont signé le 3 septembre 2015, un accord de contribution d'un montant de 250 millions de FCFA. Un apport d'une contribution d'un montant de 66,9 millions de FCFA a été apporté à cet effet par l'ONU-Habitat dans le but d'appuyer et faciliter l'élaboration de la Politique urbaine nationale du Cameroun. Concernant la planification urbaine, les lignes directrices sur la planification urbaine et

⁷⁰⁵ ONUSIDA, Conseil de coordination du Programme de l'ONUSIDA, *op.cit.*, p. 6.

territoriale élaborée et approuvée par ONU-habitat en 2015 ont permis de faciliter et d'améliorer l'élaboration et la mise en œuvre des documents de planification urbaine au Cameroun. S'agissant de la production et la gouvernance de l'habitat social décent, des réflexions importantes ont été menées dans ce sens avec la SIC pour la production des logements sociaux. Pour ce qui concerne l'aménagement urbain, l'exécution de l'étude d'aménagement du corridor de l'autoroute Yaoundé-Nsimalen, l'amélioration de la mobilité urbaine et de l'utilisation de l'énergie renouvelable, avec notamment l'intégration des mesures d'efficacité énergétique, des énergies renouvelables et de conservation des ressources dans les normes de construction au Cameroun, l'amélioration et la prévention de l'habitat des bidonvilles, ont été réalisées avec le soutien financier et technique d'ONU-Habitat. Dans l'optique de la mise en œuvre du projet de développement inclusif et intégré des territoires urbains à l'effet d'améliorer l'offre des services en urbanisme et habitat, l'ONU-Habitat et le FEICOM ont signé un accord qui a permis d'organiser le prix FEICOM des meilleures pratiques et une étude sur l'entretien des infrastructures et équipements financée par le FEICOM.

C-Institutions internationales de protection de l'environnement durable au Cameroun

Plusieurs institutions internationales apportent leur soutien financier et technique pour la gestion de l'environnement durable au Cameroun⁷⁰⁶. Le Système des Nations Unies appuie de différentes manières le développement du secteur environnemental camerounais. Ainsi, ce soutien des partenaires internationaux consiste-t-il à renforcer les capacités financières et techniques nécessaires en vue de promouvoir les bonnes politiques et pratiques environnementales pour améliorer conditions de vie humaine. Il s'agit entre autres institutions du Programme des Nations Unies pour l'Environnement (PNUE), du Programme de Nations Unies pour le Développement (PNUD) et de Gesellschaft Technische Zusammenarbeit (GIZ).

⁷⁰⁶MINEP/PNUD, Révision/opérationnalisation du PNGE vers un Programme Environnement (PE) : Diagnostic de la situation de l'environnement au Cameroun, Vol.1, 2009, p.100.

1- Programme des Nations Unies pour l'Environnement (PNUE) et Programme de Nations Unies pour le Développement (PNUD)

Ils font partie des institutions internationales qui apportent des soutiens financiers et techniques au Cameroun à l'effet d'impacter positivement la gestion de l'environnement en veillant à la réduction des risques à la vie humaine⁷⁰⁷.

Le PNUE est un Programme des Nations Unies pour l'Environnement qui a la responsabilité de coordonner et d'élaborer les politiques de promotion de l'environnement durable⁷⁰⁸. Il est le seul organisme des Nations Unies spécialisé dans la protection de l'environnement en Afrique et centralise l'action de la communauté internationale pour faciliter la coordination entre ses différents organismes⁷⁰⁹ en matière de promotion de l'environnement conforme à la santé des populations. Cet organisme est né « *De la nécessité d'élaborer d'urgence, dans le cadre des organisations des Nations unies, des arrangements institutionnels permanents pour la protection et l'amélioration de l'environnement*⁷¹⁰ ».

Cependant, au regard des problèmes structurels auxquels fait face le PNUE depuis sa création, la conférence de Rio prend l'engagement de venir en aide à cette institution, en sollicitant le soutien du PNUD⁷¹¹. Créé en 1965 par l'Assemblée Générale, le PNUD est une institution autonome des Nations Unies. Il œuvre en synergie avec plus de 100 pays et une trentaine d'agences intergouvernementales pour apporter une assistance technique en vue d'améliorer les conditions de vie des pays en voie de développement.

Dans le souci de renforcer les capacités institutionnelles et promouvoir le développement des systèmes d'information environnementale, le PNUD a apporté son soutien technique et financier à la planification environnementale au Cameroun. Il a assisté notamment le Projet de Gestion de la Biodiversité avec le financement de « Facilité Global pour l'environnement » plus connu sous l'appellation anglaise « *Global Environment Facility* » (GEF), le Programme Régional de Gestion de l'Information environnementale (PRGIE)⁷¹². Il a également été impliqué dans le processus de mise en œuvre du PNGE. Une

⁷⁰⁷ Alexandre Kiss & Jean-Pierre Beurier, *Droit international de l'environnement*, Paris, Edition A. Pedone, 2004, p 99.

⁷⁰⁸ Sandrine Maljean-Dubois, « La mise en œuvre du droit international de l'environnement », Notes de l'IDDRI, Paris, France, n° 4, 2003, p.16.

⁷⁰⁹ *Ibid.*

⁷¹⁰ Résolution 2997 (XXVII), Dispositions institutionnelles et financières relatives à la coopération internationale concernant l'environnement.

⁷¹¹ Agenda 21, chapitre 38, Paragraphe 25.

⁷¹² République du Cameroun/Commission européenne, « Profil environnemental du Cameroun », *op.cit.*, p. 36.

somme de 3 500 000 dollars a été mobilisée par le PNUD pour le compte de l'exercice 2003-2007 dans le but de soutenir le programme « *d'appui à la protection et à la régénération de l'environnement et des ressources naturelles pour promouvoir le développement durable* »⁷¹³. C'est dans cette logique que « *la ville de Douala a bénéficié en 2008, d'une assistance financière d'un montant de 4 500 000 francs CFA destinés à la précollecte et au compostage des ordures ménagères dans certains bassins versants de la ville de Douala* »⁷¹⁴.

2-Gesellschaft Technische Zusammenarbeit (GIZ)

Les soutiens et l'assistance de la Gesellschaft Technische Zusammenarbeit (GTZ)⁷¹⁵, sont essentiellement orientés vers l'éducation environnementale et la gestion des ressources naturelles. Le Ministère de l'Environnement et de la Protection de la Nature, reste son partenaire privilégié. La GIZ apporte son assistance à ce département ministériel dans le cadre de la planification, de la mise en œuvre et du suivi des politiques environnementales⁷¹⁶. À cet effet, le suivi de la table ronde sur la mobilisation des bailleurs de fonds dans le cadre de la mise en œuvre du PNGE par le SPE, a bénéficié de l'accompagnement de cet organisme onusien. C'est également grâce à son soutien et son implication que le GEF a été réalisé avec les projets comme le PROFORNAT⁷¹⁷.

En conclusion, tout au long de ce chapitre, il s'est agi de mettre en relief les différents acteurs en charge d'intégration des questions de santé dans les politiques d'habitat urbain à Yaoundé et Douala. Au niveau national, il a été question de présenter des départements ministériels chargés de la coordination des actions de promotion des objectifs de santé urbaine comme le MINSANTE et le MINHDU et d'autres ministères qui jouent des rôles complémentaires et axiaux dans la promotion des questions de santé urbaine à l'instar du : MINCAF, MINDDEVEL, MINEPDED, MINTOUL, MINEE et MINESUP. A la suite de ces départements ministériels, figurent les organismes spécialisés de promotion des soins de santé comme le CENAME, le CHRACERH, le CNLS, le PNLP ; les FOSA publiques et privées ainsi que les pharmacies privées. Les organismes techniques et financiers spécialisés dans la promotion de logements décents à l'instar de la SIC, la MAETUR, le CFC, le LABOGENIE, le MIPROMALO, l'ANOR et le FEICOM ne sont pas en reste. Les institutions techniques et financières de promotion de l'environnement concernent le CNCEDD et le CIE. Les institutions

⁷¹³République du Cameroun/Commission européenne, « Profil environnemental du Cameroun », *op.cit.*

⁷¹⁴ Entretien réalisé à Douala avec un responsable en service à la Communauté urbaine, le 03/01/2022.

⁷¹⁵La Gesellschaft Technische Zusammenarbeit signifie *Agence allemande de coopération technique*.

⁷¹⁶ République du Cameroun/Commission européenne, *Profil environnemental du Cameroun*, *op-cit.*, p. 37.

⁷¹⁷ Projet de Gestion des Forêts Naturelles au Sud-Est du Cameroun.

à échelon décentralisé à l'exemple des Mairies des Villes et des Communes d'Arrondissement, ainsi que les entreprises privées concessionnaires comme CAMWATER, ENEO, HYSACAM, ARSEL et des associations, viennent compléter ce tableau d'acteurs qui mènent des actions de promotion des objectifs de santé urbaine dans les politiques des établissements humains à Yaoundé et Douala. Au niveau international, il a été question de montrer que l'action d'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain est menée par les organismes des Nations unies comme l'OMS, ONUSIDA et l'ONU-Habitat, les institutions financières et techniques de promotion de l'environnement convenable comme le PNUE et le PNUD et GIZ.

Cependant, les actions menées par ces institutions de manière sectorielle en faveur de la promotion des questions de santé urbaine, restent plombées par des obstacles socioéconomiques et politiques. D'où la nécessité de mettre ces institutions en synergie pour rendre plus efficace et efficiente leurs actions de promotion de questions de santé dans le secteur d'habitat urbain à Yaoundé et Douala. Le chapitre IV ci-après s'attelle d'ailleurs à saisir les différentes expériences pratiques de projets de collaboration intersectorielle réalisées à cet effet dans lesdites villes.

CHAPITRE IV :

EXPÉRIENCES DE COLLABORATION INTERSECTORIELLE VISANT L'INTÉGRATION DES OBJECTIFS DE SANTÉ DANS LES POLITIQUES D'HABITAT A YAOUNDÉ ET DOUALA : LOGIQUES ET PRATIQUES D'ACTEURS

Au Cameroun, comme dans les autres pays du monde, il est désormais établi que les facteurs qui influencent l'état de santé d'une population se trouvent significativement, sinon majoritairement, en dehors du secteur des soins de santé⁷¹⁸. Des facteurs comme l'hygiène, la salubrité, le revenu, l'éducation, la qualité des services de soins, la qualité des toilettes publiques, les infrastructures sanitaires, de loisir et de divertissement, le logement, l'environnement social et physique, l'alimentation et les infrastructures de transports considérés comme des déterminants importants de la santé, sont influencés par les décisions qui se prennent dans plusieurs secteurs de la société. À cet effet, Louise St-Pierre confirme que « *cette évolution des connaissances sur les facteurs qui créent la santé et la maladie a ainsi amené plusieurs pays à considérer la santé de la population comme un enjeu transversal aux décisions gouvernementales, et qui interpelle l'ensemble des acteurs de la société*⁷¹⁹ ». Il est difficile, voire impossible pour les secteurs de la santé et d'habitat de réaliser en solo le processus d'intégration des objectifs de santé dans les politiques des établissements humains, sans l'apport des autres secteurs⁷²⁰. C'est ce que souligne Benoit Lévesque en indiquant que les collaborations intersectorielles constituent une voie privilégiée dans un grand nombre de politiques pour surmonter les barrières administratives et politiques entre les secteurs de l'action publique qui ont été érigées avec le développement des sociétés modernes⁷²¹.

⁷¹⁸Richard Wilkinson, Michael Marmot & OMS, "The solid facts: Social determinants of health", Copenhagen, World Health Organization for Europe, Second edition, 2003, consulté en ligne sur <https://www.apps.who.int/iris/handle/10665/108082>.

⁷¹⁹Louise St-Pierre, *L'approche pangouvernementale pour l'intégration de la santé dans toutes les politiques : Clarification des concepts et portrait d'initiatives gouvernementale*, op.cit., p.3.

⁷²⁰Robert Durant, "Institutional values and the future of the administrative state", in David Rosenbloom et Howard McCurdy (dir.), "Revisiting waldo's administrative state: Constancy and change in Public Administration", Georgetown University Press, Washington, 2006, p.179.

⁷²¹ Benoit Lévesque, *La nouvelle valeur publique, une alternative à la nouvelle gestion publique ?* Presse de l'Université du Québec, Montréal, 2012, pp.351-367.

Dans cette optique, divers secteurs ont vécu plusieurs expériences pratiques de collaboration intersectorielle visant l'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat à Douala et Yaoundé. De ce fait, ce chapitre a été consacré d'une part à l'étude des expériences des projets de collaboration intersectorielle communes aux villes de Douala et Yaoundé réalisées en faveur de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat et d'autre part il a permis de mettre en lumière les expériences de collaboration spécifiques aux capitales politique et économique du pays.

I- Expériences des projets de collaboration intersectorielle communes aux villes de Douala et Yaoundé vécues par les départements ministériels en vue d'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain.

Les projets de collaboration intersectorielles communs aux villes de Yaoundé et Douala réalisés pour la promotion des questions de santé urbaine, sont plus nombreux que ceux réalisés de manière spécifique dans ces villes pour résoudre des problèmes de santé qui leur sont propres. Ce constat est lié au fait que ces projets intersectoriels sont initiés par les pouvoirs centraux de Yaoundé et implémentés dans ces deux villes par les CTD et les services déconcentrés.

Il est question dans cette première articulation du chapitre, de mettre en exergue les projets menés et réalisés par certains départements ministériels dans le cadre des collaborations intersectorielles avec les autres secteurs en faveur de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat à Douala et Yaoundé. Loin d'énumérer toutes les actions de collaboration menées par tous les ministères, il s'est agi de relever les expériences de collaboration vécues par les ministères en charge de la coordination de la promotion des questions de santé urbaine comme le MINSANTE et MINH DU et celles vécues par les autres départements ministériels aux missions complémentaires à l'instar du MINTOUL, le MINEPDED et le MINEE en vue de la promotion des questions environnementales, de loisir, de l'épanouissement pour le bien-être général des citoyens.

A-Collaboration du MINSANTE en faveur de la promotion des questions de santé urbaine

Dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques de santé, en sa qualité de maître d'ouvrage, le MINSANTE a entretenu des relations de collaboration avec d'autres acteurs des secteurs institutionnels et non institutionnels impliqués dans la promotion des établissements humains favorables aux objectifs de santé. Le MINSANTE souligne à ce

sujet que, « *le processus de revue du PSN 2006-2010 a suivi une démarche participative qui a permis une grande implication des différents acteurs sectoriels (secteur public, secteur privé, société civile) et des partenaires techniques et financiers, ainsi que des bénéficiaires*⁷²² ». À cet effet, plusieurs stratégies politiques de promotion des questions de santé ont été élaborées et mises en œuvre par le MINSANTE, grâce à l'action de collaboration menée avec d'autres secteurs partenaires. C'est le cas notamment de la mise en œuvre des plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH-SIDA et les IST, le choléra, de la mise sur pied du one health, de la Stratégie Sectorielle de Santé (SSS), de la Politique Nationale de Développement Sanitaire (PNDS), de la Stratégie Nationale Développement (SND 30) et de la Politique Nationale d'Hygiène et de Salubrité.

1-1-Collaboration du MINSANTE au profit de la mise en œuvre du plan stratégique national de lutte contre le VIH-SIDA et les IST

Le VIH et le Sida ne sont pas seulement un problème de santé, mais un problème de développement transversal, car ayant des répercussions sur l'ensemble des secteurs de la vie. C'est pourquoi le plan stratégique national de lutte contre le VIH-Sida et les IST pour la période 2011-2015 au Cameroun est le fruit issu de l'engagement de tous les acteurs des différents secteurs de la société. Cette démarche intersectorielle mise en œuvre contre ces fléaux est relevée par ces propos du MINSANTE, selon lesquels : « *Dans le cadre de la multisectorialité, il s'agira de veiller à ce que tous les secteurs et tous les acteurs participent à la mise en œuvre des activités sous la coordination du CNLS*⁷²³ ». La mise en œuvre de ce processus a été rendue possible grâce à l'apport des autres départements ministériels, des organisations de la société civile, des associations et des réseaux de PVVIH, des entreprises privées et parapubliques, des partenaires techniques et financiers, et des organisations religieuses⁷²⁴.

Les principes directeurs de la mise sur pied de la stratégie multisectorielle de lutte contre le VIH-SDA et les IST portent sur le renforcement de la décentralisation, l'application des principes « Three Ones », le renforcement du leadership à tous les niveaux, l'implication des PVVIH, le ciblage des interventions, la réduction des inégalités, la planification et la bonne gouvernance au Cameroun⁷²⁵. Les principaux acteurs qui ont contribué à la mise en œuvre des précédents principes directeurs dans le cadre de la lutte intersectorielle contre le VIH et le SIDA

⁷²²MINSANTE, Comité national de lutte contre le SIDA, Groupe technique central, Plan stratégique national de lutte contre le VIH, le SIDA et les IST, 2011-2015, p.23.

⁷²³*Ibid.*, p.19.

⁷²⁴*Ibid.*

⁷²⁵*Ibid.*, pp .39-40.

au cours de la période 2011-2015 dans les villes de Yaoundé et de Douala concernant les secteurs public (structures ministérielles) et privé (formels et informels), les communautés (populations), les organisations religieuses et les médias.

1-2-Secteur public.

Les acteurs du secteur public qui interviennent dans la lutte contre les IST, le VIH et le Sida sont constitués des départements ministériels et des organisations étatiques clés. Selon ce plan stratégique, ces acteurs sont regroupés en huit secteurs, en fonction des centres d'intérêt de leurs attributions régaliennes. Les acteurs en charge de l'intégration des objectifs de santé dans le secteur infrastructurel sont composés du MINTP, du MINEE, du MINT, du MINPOSTEL, et du MINCAF ; le secteur des industries et services est géré par le MINIMIDT, le MINPMEESA, le MINCOMMERCE et le MINTOUL; le secteur de l'éducation comprend le MINEDUB, le MINESEC, le MINESUP et le MINRESI ; le secteur de la santé comprend le MINSANTE et MINDEF, le secteur social regroupe les ministères en charge des aspects sociaux à l'instar du MINJEUN, du MINAS, du MINPROFF et du MINEFOP ; le secteur de la gouvernance est coiffé par le MINFOPRA, le MINAT, le MINJUSTICE et l'Assemblée Nationale ; le secteur de la défense et de la sécurité est constitué du MINDEF, la gendarmerie nationale et la DGSN ; les partenaires techniques et financiers interviennent à tous les niveaux et secteurs⁷²⁶.

Conformément à la circulaire du Premier Ministre relative à la création des programmes sectoriels de lutte contre les IST, le VIH et le Sida, ces différents services publics ont mis en place des comités sectoriels, élaboré des plans d'action au point où « 26 ministères ont inscrit des lignes pour la lutte contre le Sida dans leurs budgets annuels⁷²⁷ ». C'est ainsi que les points focaux de lutte contre le Sida dans ces différents départements ministériels, ont été formés et ont contribué à l'organisation des campagnes de sensibilisation et de dépistage du VIH en faveur de leurs personnels et des populations couvertes par leurs interventions.

C'est dans le sens du renforcement de son implication dans la lutte contre le VIH et le Sida que le secteur public a procédé à la mise en œuvre des activités suivantes : le renforcement des capacités des acteurs en planification et du suivi-évaluation ; l'élaboration/l'actualisation et la mise en œuvre des plans d'action intersectoriels ; le développement du partenariat (contractualisation) avec le secteur communautaire. Le développement des mécanismes de

⁷²⁶MINSANTE, Comité national de lutte contre le SIDA, Groupe technique central, Plan stratégique national de lutte contre le VIH, le SIDA et les IST, *op.cit.*, p. 72.

⁷²⁷*Ibid.*, p. 36.

pérennisation et d'appropriation de la lutte, s'est fait à travers la mise en place d'un mécanisme de mobilisation des ressources pour le financement des plans d'action intersectoriel; le développement d'une stratégie de plaidoyer pour redynamiser le leadership au niveau de l'administration publique ; le plaidoyer pour l'inscription de ligne budgétaire pour la lutte contre le VIH dans le budget des structures publiques et l'appui à la mise en œuvre des actions de plaidoyer⁷²⁸.

1-3-Le secteur privé

Le secteur privé regroupe les acteurs des secteurs formels. Le secteur formel regroupe les organisations patronales pour les employeurs et en organisations syndicales pour les employés. Plusieurs entreprises privées se sont engagées en faveur de la lutte contre le VIH et le Sida. L'engagement des entreprises regroupées autour du GICAM est très illustratif. C'est ainsi qu'entre

2006 et 2009, le secteur privé à travers les entreprises regroupées autour du GICAM, a renforcé leur implication et leur contribution à la lutte contre le VIH et le Sida. Les réalisations les plus marquantes sont : la signature de la convention de partenariat public-privé entre le MINSANTE et le GICAM pour la prise en charge des PVVIH ; la signature de la convention entre l'OIT et 12 entreprises pour le renforcement de la lutte contre le Sida en milieu de travail ; le développement des activités de lutte par 65 entreprises du portefeuille du GICAM, 25 PME/PMI de Douala (CCA/Sida), 9 entreprises de la filière bois et 5 entreprises du secteur du transport ; le renforcement des capacités des employeurs, des travailleurs, la mise en place des comités de lutte, l'élaboration des politiques et plans d'action de lutte contre le Sida en entreprise⁷²⁹.

L'implication du secteur privé dans la lutte contre le VIH-Sida s'est matérialisée à travers la promotion du partenariat Public-Privé (PPP) pour mobiliser les ressources financières avec l'appui à la mise en œuvre et au suivi du partenariat existant (GICAM-MINSANTE) et l'identification d'autres opportunités de partenariat PP et les opérationnaliser. L'amélioration de la coordination et du suivi de la lutte au sein du secteur privé s'est opérée par le biais du renforcement du dispositif de coordination de la réponse du secteur privé.

L'amélioration de la mise en œuvre des activités de lutte contre le VIH dans le secteur formel s'est faite quant à elle, par l'élaboration de la cartographie des interventions de lutte contre le VIH dans le secteur formel et informel ; l'actualisation ou l'élaboration des plans d'action VIH des acteurs (entreprises formelles et informelles, associations professionnelles et

⁷²⁸MINSANTE, Comité national de lutte contre le SIDA, Groupe technique central, Plan stratégique national de lutte contre le VIH, le SIDA et les IST., *op.cit.*, p. 59.

⁷²⁹*Ibid.*, p. 36.

syndicats ; le renforcement des capacités institutionnelles des acteurs sur l'offre de service de lutte en entreprise et par le développement des partenariats avec les autres secteurs tels que la santé, société civile, associations et PVVIH...) ⁷³⁰.

1-4-Communautés

Le secteur communautaire constitue une partie importante de la riposte au VIH/Sida. Il est un partenaire privilégié à la fois pour le système de santé dans le cadre du continuum de soins et pour les autres secteurs ne relevant pas du secteur de la santé en ce qui concerne l'appui et le développement de leur réponse sectorielle. Au niveau local, c'est l'approche de mobilisation communautaire basée sur les collectivités locales décentralisées et les Comités de Santé des Aires de Santé (COSA) qui a été mise en œuvre. À cet effet, un regroupement des municipalités (Alliance des Maires et des autorités Municipales contre le VIH et le Sida au Cameroun) a vu le jour et s'est impliqué activement dans le développement de la réponse communautaire en milieu urbain.

En outre, le renforcement du mainstreaming du VIH dans les activités des collectivités locales décentralisées s'est opérationnalisé par la redynamisation des comités communaux de lutte contre le VIH dans les 360 Communes ; la mise en place d'une plateforme communale des acteurs de lutte contre le VIH sous le leadership de la Commune ; l'appui au fonctionnement de la plateforme communale de lutte contre le VIH et le renforcement des capacités des Communes en vue du développement des activités de prévention du VIH et de la prise en charge des PVVIH par les Communes ⁷³¹.

Le développement des mécanismes de pérennisation et d'appropriation de la lutte par les collectivités s'est réalisé par le canal du renforcement des capacités des regroupements des Communes pour la lutte contre le VIH et le Sida ; la mise en place d'un mécanisme de mobilisation des ressources au niveau communal pour soutenir le financement des plans locaux de lutte contre le VIH ; le développement d'une stratégie de plaidoyer pour redynamiser le leadership au niveau de l'administration communale et le plaidoyer au niveau communal pour l'inscription d'une ligne VIH dans le budget communal ⁷³².

⁷³⁰ MINSANTE, Comité national de lutte contre le SIDA, Groupe technique central, Plan stratégique national de lutte contre le VIH, le SIDA et les IST ; *op.cit.*, p. 50.

⁷³¹ *Ibid.*

⁷³² *Ibid.*, p.65.

1-5-Organisations religieuses

Certaines organisations religieuses telles que la conférence épiscopale du Cameroun, la conférence des églises protestantes du Cameroun, l'association culturelle islamique du Cameroun ont élaboré des programmes de lutte contre le VIH et le Sida. Ces programmes sont liés à la sensibilisation à travers les campagnes d'évangélisation de maison à maison, dans les lieux publics, les églises, les mosquées et les temples. Ces sensibilisations avaient pour but, d'exhorter les populations sur la nécessité de l'abstinence face à ce fléau. Pour un fidèle musulman rencontré dans une mosquée de la ville de Yaoundé,

Notre lutte contre le VIH a toujours consisté à exhorter les fidèles célibataires de s'abstenir et les mariés à être fidèles. Pour ceux qui sont déjà malades, nous prions souvent Allah de les guérir et nous leur donnons souvent certaines écorces. On les exhorte aussi d'aller à l'hôpital suivre le traitement⁷³³.

Les capacités de ces organisations confessionnelles ont été renforcées pour la lutte contre le VIH et le Sida par le canal du développement des partenariats avec les organisations confessionnelles ; la promotion de la concertation entre les organisations confessionnelles et la mise en place des mécanismes de pérennité des actions des organisations confessionnelles⁷³⁴.

1-6-Médias

À Yaoundé tout comme à Douala, les différents organes de presse à savoir :TV, radios, presses écrites et en ligne ont contribué chacun à son niveau à la diffusion permanente des messages de sensibilisation et de promotion du changement de comportement auprès des populations face à la montée du VIH/Sida. Les activités les plus illustratives concernent la couverture médiatique des événements spéciaux comme Vacances Sans Sida, Journée Mondiale contre le Sida, la production et la diffusion des microprogrammes, des émissions radio et télé, ainsi que des spots de lutte contre le Sida. Pour un expert de communication des organisations,

Les media ont joué un rôle important dans la lutte contre le VIH/Sida et les IST. Ils ont permis de sensibiliser et d'informer les populations périphériques et des centres urbains sur les modes de transmission et de manifestation de ces différents fléaux. C'est pourquoi, les pouvoirs publics sollicitent toujours les médias pour relayer leurs actions en faveur de lutte contre ces fléaux⁷³⁵.

⁷³³ Entretien réalisé avec un fidèle musulman dans une mosquée de Yaoundé, le 05/09/2021.

⁷³⁴ MINSANTE, Comité National de Lutte contre le SIDA, Groupe Technique Central, Plan Stratégique National de Lutte Contre le VIH, le SIDA et les IST, 2011-2015, *op.cit.*, p. 61.

⁷³⁵ Entretien réalisé à Yaoundé, avec un expert en communication des organisations, le 05/09/2021.

2-Collaboration du MINSANTE en faveur de la lutte contre le choléra

Pour faire face de façon bien coordonnée à la recrudescence des cas de choléra dans les régions sensibles comme le littoral et le Centre, le gouvernement camerounais a initié un plan d'urgence nationale de riposte intersectorielle en août octobre 2018. Ce plan de réponse a été mis en œuvre beaucoup plus dans les régions du Littoral, du Centre et du Nord grâce aux actions conjuguées et inclusives menées par un ensemble d'acteurs provenant de divers secteurs institutionnels et non institutionnels. C'est ce qu'indique en substance ces propos du MINSANTE « *La lutte contre le choléra est multisectorielle. La coordination décrit les différents mécanismes mis en place à tous les niveaux pour impliquer tous les intervenants pour une synergie d'action, une meilleure utilisation des ressources disponibles et une prise de décision adaptée*⁷³⁶ »

Les principes directeurs qui ont permis d'implémenter ce plan de réponse consistent à : la mise sur pied d'une synergie d'actions intersectorielle ; la mise en place du système de gestion des incidents dans le cadre du Global Health security agenda, avec l'appui technique et financier des agences du Gouvernement Américain (CDC Atlanta, DTRA, USAID) ; la contribution remarquable des médias de proximité (radios communautaires et opérateurs de téléphonie mobile) ; l'implication des autorités administratives, traditionnelles, politiques, religieuses et sanitaires au niveau régional et local ; l'existence des directives nationales en matière de surveillance disponibles dans tous les districts de santé ; l'existence d'une flotte téléphonique dans tous les districts de santé ; l'amélioration de la promptitude et la complétude des rapports de notification hebdomadaire ; l'existence des laboratoires de référence pour la confirmation des cas et d'un vaccin contre le choléra (Oral Cholera Vaccine) ; la franche collaboration avec les pays voisins et organismes sous régionaux (commission du bassin du lac Tchad, CEMAC, OCEAC...) ; l'engagement et l'implication des partenaires du système des Nations Unies autour de l'OMS et des autres partenaires bilatéraux et multilatéraux⁷³⁷.

La riposte organisée contre cette épidémie dans les régions du Littoral et du Centre s'est basée sur le système de gestion des incidents qui préconise une approche multisectorielle des activités de réponse. Le tableau 2 de l'annexe 3, fait la synthèse des rôles joués par les différents acteurs intersectoriels qui ont été mobilisés dans tous les domaines d'activités requis pour contenir l'épidémie du choléra au Cameroun en vue de la promotion du bien-être des

⁷³⁶ MINSANTE, Plan national de réponse à l'épidémie de choléra au Cameroun, Août-Octobre 2018, p. 11.

⁷³⁷ *Ibid*, p. 8.

populations⁷³⁸.

Toutefois, malgré les efforts consentis par tous les acteurs des secteurs de la pyramide sanitaire, les autres départements ministériels et les partenaires au développement pour juguler cette épidémie, cette collaboration ne se réalise pas sur le terrain telle qu'annoncée théoriquement. Il subsiste de nombreux obstacles qui limitent la mise en œuvre de l'approche de collaboration intersectorielle pour une action efficace et coordonnée à moyen et à long terme. Ces difficultés concernent entre autres : la faible implication des secteurs apparentés ; le déficit quantitatif et qualitatif en termes des ressources humaines, financières et matérielles destinées à la collaboration ; le manque d'une bonne coordination intersectorielle dans les deux villes ; l'accès à l'eau potable et aux ouvrages d'assainissement de base insuffisants ; le non-respect des normes d'urbanisme avec l'existence des zones inondables et lagunaires ; le non-respect des mesures d'hygiène de base ; les us et coutumes en matière de gestion des corps et une communication insuffisante.

3-Collaboration du MINSANTE en faveur de l'appropriation du concept « One Health »

Le concept « Une santé » est défini comme une

*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*⁷³⁹.

« One health » est une approche holistique qui a pour objectif, la mise en commun des experts de divers secteurs pour riposter aux problèmes sanitaires qui menacent les animaux, les humains, les végétaux et l'environnement⁷⁴⁰. C'est plus précisément en décembre 2007 que la communauté internationale a adopté officiellement le concept « One Health » avec pour but, de décroiser les approches sectorielles au profit de l'action intersectorielle pour la promotion des questions de santé. Ces dernières décennies, le concept a pris de l'ampleur avec notamment l'émergence ou la réémergence des maladies issues des animaux comme Ebola et la COVID-19. Moncher Nsangou Moustapha indique à ce sujet que :

Plusieurs institutions internationales soutiennent la mise en œuvre de l'approche One health. Il s'agit plus précisément de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'Organisation Mondiale de la Santé Animale (OIE) et l'Organisation des Nations unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO), la Coopération

⁷³⁸ MINSANTE, Plan national de réponse à l'épidémie de choléra au Cameroun, op.cit., pp.47-49.

⁷³⁹ One Health Commission 2019, consulté en ligne sur <https://www.onehealthcommission.org>, le 28/10/2021.

⁷⁴⁰ FAO, « Les zoonoses, une préoccupation sous régionale avec des solutions à travers l'approche « Une Santé », 2021b, consulté en ligne sur <http://www.fao.org/gabon/actualites/detailevents/fr/c/1051730/>, le 28/10/2021.

*Allemande (GIZ), la Commission Foret d'Afrique Centrale (COMIFAC), l'Organisation de Coordination pour la Lutte Contre les Endémies en Afrique Centrale (OCEAC), les ONG et les institutions de recherche*⁷⁴¹.

À la suite de ces institutions internationales, le Cameroun comme certains pays de la sous-région d'Afrique centrale s'est approprié cette stratégie, malgré certaines difficultés qui limitent sa mise en œuvre. Le Cameroun est le premier pays de la sous-région à mettre sur pied cette politique avec la création du programme zoonoses qui a été finalisé en 2014. C'est avec la création d'un Comité *Ad hoc* multisectoriel et interministériel que les activités y relatives ont débuté. Ledit comité est chargé de mener des réflexions sur le fonctionnement et l'organisation de l'approche. Les activités de ce comité se sont articulées autour de deux principaux points à savoir : la formation des personnels intersectoriels sur l'approche « One Health ». Ensuite, le développement du programme national de prévention et de lutte contre les zoonoses émergentes et réémergence (PNPLZ) et la stratégie nationale One Health. Pour Nsangou Moustapha, c'est précisément en 2014 et en 2016 que ces activités se sont achevées avec notamment « *la validation de la stratégie nationale One Health et du document du programme national de lutte contre les zoonoses. Ce programme, créé en 2014, est constitué : d'un comité d'orientation stratégique ; d'un comité technique et d'un secrétariat permanent*⁷⁴² ».

Ce comité est constitué d'une équipe multisectorielle émanant des départements ministériels que sont : le MINEPIA, le MINEFOF, le MINEPDED, le MINADER et le MINSANTE. Cette constitution multisectorielle permet au programme d'avoir une vue globale de la lutte contre les zoonoses émergentes et réémergences. À côté de ce comité, il existe aussi une plateforme nationale « One health » représentée par le PNPLZ qui est soutenue par plusieurs partenaires techniques et financiers à l'instar de : FAO, USAID, OMS, GIZ, COMIFAC, OHCEA. Ces appuis financiers et techniques ont facilité les formations, l'élaboration des outils de prévention et le 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.

Cependant, tous comme dans le cadre de l'appropriation de l'approche HiAP par les pouvoirs publics camerounais, l'action de collaboration intersectorielle adoptée en faveur de la

⁷⁴¹ Moncher Nsangou Moustapha, « Etat des lieux de l'approche « One health » dans les pays de la CEMAC », CDBPS, 2022.

⁷⁴² *Ibid.*

mise en œuvre du « One health » au Cameroun reste plombée par plusieurs goulots d'étranglements. L'approche One health n'est pas mise en œuvre dans sa globalité. La stratégie nationale du Cameroun est « orientée seulement sur les zoonoses. Le programme zoonose ne se limite qu'au volet de lutte contre les maladies émergentes/réémergences et ne s'étend pas à d'autres composantes telles que stipule l'approche One Health (la résistance aux antimicrobiens ; Le programme zoonose, bien qu'il soit soutenu financièrement par le budget de l'Etat et de l'appui des partenaires technique et financier, on note une insuffisance des ressources financières. Ce qui ne permet pas toujours l'implication des acteurs multisectoriels dans les activités de terrain (visite des abattoirs ; C'est ce que soutient le précédent personnel du MINSANTE en ces termes :

Le projet One health bien appropriée en ce moment, est en train de mourir dans l'œuf à cause du manque des moyens financiers. Les acteurs qui viennent d'autres ministères refusent souvent de prendre part aux assises y relatives parce que le budget de « une santé » ne prend en compte ni leur frais de mission ou leur carburant. En plus, le fait que les financements du « One health » proviennent des partenaires étrangers, amène souvent ces derniers à imposer des orientations qui ne prennent souvent compte des réalités locales ⁷⁴³ ».

En outre, l'approche de la multisectorialité de la lutte est encore très limitée bien que dans le fonctionnement du One Health, ce soit le principe. Les acteurs impliqués sont encore sous la dépendance de leur ministère de tutelle. Aucune initiative n'est prise sans l'aval de chaque tutelle. Ce qui entraîne des lourdeurs dans le processus des prises de décisions ; Il s'observe dans ce secteur, une crise de leadership entre plusieurs ministères dans la mise en œuvre de l'approche One Health ; Il existe également un problème de compréhension de l'approche. Pour certains acteurs, il n'est pas nécessaire d'institutionnaliser l'approche car, il s'agit d'une approche qui doit être comprise et adaptée à notre façon de faire les choses dans les différents secteurs. Elle ne doit pas nécessairement être contrôlée par un organe particulier mais doit être adoptée par toutes les parties concernées et mise en œuvre dans tout ce qu'elles font. Le « One health » est méconnu de certains acteurs intersectoriels. Pour cette raison, ces acteurs trouvent son institutionnalisation inappropriée du fait qu'elle ne tient pas compte du contexte et de ses réalités. De ce fait, le personnel du MINSANTE qui vient d'être cité indique qu'

Il doit tenir compte de nos réalités, des façons de faire, de penser de nos différents secteurs et des ressources disponibles. Elle doit tenir compte des difficultés et défis rencontrés dans chaque secteur impliqué. Loin d'être une plateforme préfabriquée

⁷⁴³Moncher Nsangou Moustapha, « Etat des lieux de l'approche « One health » dans les pays de la CEMAC », CDBPS, *op.cit.*

*à l'étranger et transposé en contexte camerounais, il doit s'agir d'une approche que chaque acteur peut implémenter dans ses activités quotidiennes*⁷⁴⁴.

Les limites précédentes sont des preuves de ce que le « One Health » doit être repensé en tenant compte du contexte et des réalités camerounaises au lieu de le transposer au Cameroun tel que pensé par les organismes onusiens et vécu ailleurs.

4-Collaboration du MINSANTE pour la mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027

La Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) 2016-2027, a été adoptée et mise en œuvre dans un nouvel environnement juridique caractérisé par l'entrée en vigueur en 2013 de la loi n° 2007/006 du 26 décembre 2007 portant régime financier de l'État. Elle est en train de s'opérationnaliser à travers plusieurs documents à savoir : le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), les Cadres de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) et les Plans de Travail Annuels (PTA) ou pluriannuels des structures sanitaires⁷⁴⁵. L'approche multisectorielle est privilégiée pour implémenter cette stratégie.

À cet effet, le MINSANTE est chargé d'assurer le leadership de la réalisation des objectifs en collaboration avec le MINEPAT, le MINFI, les autres administrations partenaires du secteur, à savoir : le MINDEF, le DGSN, le MINEPIA et les organismes partenaires dont les interventions ont un impact direct sur la santé des populations. Les Organisations Non Gouvernementales (ONG), les Organisations de la Société Civile (OSC) et les partenaires au développement (bilatéraux et multilatéraux) accompagnent les efforts du Gouvernement dans le développement du secteur santé. L'offre des services et des soins de santé est délivrée par les acteurs des sous-secteurs public, privé et traditionnel⁷⁴⁶.

Contrairement à la collaboration annoncée pour faciliter la mise en œuvre de la SSS au Cameroun, la réalité sur le terrain en est tout autre. La législation et l'engagement politique au profit de l'implémentation de la SSS sont faibles. Le nombre des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) qui ont travaillé dans une approche stratégique est resté constant (deux partenaires seulement, AFD et GIZ/KfW œuvrent dans ce sens depuis 2011). L'absence d'une approche intégrée et d'une coordination appropriée dans la gestion des financements. En outre, le faible niveau d'information sur les financements déployés dans les secteurs privés, des administrations partenaires prestataires des soins et des services de santé, ainsi que ceux

⁷⁴⁴ Moncher Nsangou Moustapha, « Etat des lieux de l'approche « One health » dans les pays de la CEMAC », CDBPS, *op.cit.*.

⁷⁴⁵ MINSANTE, Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) 2016-2027, Draft du 11 janvier 2016, p.19.

⁷⁴⁶ *Ibid.*

des collectivités territoriales décentralisées n'a pas contribué à prévenir le double emploi des ressources. Le leadership du MINSANTE n'est pas suffisamment fort pour susciter l'alignement des différents acteurs et intervenants. Par conséquent, les interventions financées ne sont pas toujours en adéquation avec les priorités identifiées. Par ailleurs, l'extrême verticalisation des interventions ne permet pas d'éviter les doublons, de réaliser les économies d'échelle et par conséquent d'être efficient. La faiblesse dans la planification, la coordination, le suivi et l'évaluation des activités de recherche en santé au MINSANTE. La faiblesse en matière de diffusion des résultats de la recherche, de disponibilité des bases factuelles fiables et d'utilisation des résultats de recherche dans la prise de décision en santé.

5- Plan National de Développement Sanitaire (PNDS)

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020 qui est le premier plan opérationnel de la Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) 2016-2027, a été validé en janvier 2016 par le comité de pilotage du secteur de la santé publique. Le processus d'élaboration du PNDS 2016-2020 a été inclusif et participatif en ceci qu'il a impliqué toutes les parties prenantes de promotion de la santé⁷⁴⁷. Ainsi, dans un contexte économique aux ressources limitées, le passage d'une logique de moyens à une logique de performance, basée sur l'efficacité et l'efficience, permettra d'atteindre les résultats projetés dans le PNDS plus rapidement. Le PNDS 2016-2020 a été mis en œuvre à travers des plans intersectoriels opérationnels élaborés à tous les niveaux tels que les niveaux national, central, déconcentré, intermédiaire et périphérique.

5-1-Niveau national

À ce niveau, c'est le MINEPAT qui est l'institution de référence chargée d'accompagner les différents secteurs dans l'élaboration de leurs stratégies respectives. À ce titre, il a la charge de coordonner la collaboration intersectorielle, ainsi que le suivi de la mise en œuvre du DSCE et des stratégies sectorielles élaborées tout en garantissant leur cohérence. Ce département ministériel assure aussi la mobilisation des ressources financières et veille à ce qu'elles soient suffisantes pour garantir l'atteinte des cibles projetées dans la stratégie sectorielle de santé. La signature d'un mémorandum d'entente par chaque partie prenante était prévue pour confirmer les engagements des uns et des autres dans le financement du PNDS 2016-2020 et de la SSS 2016 - 2027⁷⁴⁸.

⁷⁴⁷ MINSANTE, Plan National de Développement Sanitaire PNDS 2016-2020, p.94.

⁷⁴⁸ *Ibid.*

5-2-Niveau central

Dans le cadre du suivi de la mise en œuvre efficace du PNDS, c'est le niveau central qui est chargé entre autres de : l'élaboration des outils de planification permettant de décliner les interventions du PNDS en activités et tâches concrètes ; l'appui technique aux structures sanitaires du niveau déconcentré dans les domaines de la planification, de la coordination et du suivi évaluation du PNDS ; l'élaboration des documents normatifs et de leur utilisation effective pour des prestations de qualité ; la mobilisation des ressources nécessaires et de leurs allocations optimales pour la mise en œuvre des interventions planifiées ; la mise en place des réformes, indispensables à l'atteinte des objectifs, inscrites dans la SSS et dans le PNDS ; le renforcement du partenariat avec la société civile et le sous-secteur privé de leur participation effective à l'exécution des actions du PNDS et l'élaboration/actualisation des textes légaux⁷⁴⁹.

À ce niveau de la pyramide sanitaire, trois structures/organes assurent le pilotage, la coordination et le suivi de la mise en œuvre des interventions du PNDS. Il s'agit notamment : du Comité de Pilotage et de suivi de la mise en œuvre de la SSS (COPIL) ; du Comité Technique de Suivi (CTS) et du Secrétariat Technique du Comité de Pilotage (ST/CP-SSS). Le Comité de Pilotage et de Suivi de la mise en œuvre de la SSS (COPIL), est un comité interministériel présidé par le Ministre de la Santé Publique. Cet organe est chargé notamment de la coordination stratégique de la mise en œuvre du PNDS 2016-2020, de la cohérence et de la synergie des actions des différents acteurs impliqués dans cette mise en œuvre (MINSANTE, ministères partenaires et PTF). Il veille aussi à ce que les ressources du secteur du MINSANTE soient alignées sur les priorités validées dans la SSS. Pour garantir le succès de l'approche multisectorielle et l'atteinte des objectifs projetés dans le PNDS, le COPIL s'assure du fonctionnement harmonieux des autres instances techniques de coordination et de concertation mis en place à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

5-3-Niveau déconcentré

Au niveau déconcentré, deux instances vont assurer la coordination et le suivi-évaluation de la mise en œuvre de la SSS et du PNDS. Il s'agit du Comité Régional de Coordination et de Suivi-Évaluation de la mise en œuvre de la SSS (CORECSES) et du Comité Opérationnel de Coordination et de Suivi-Évaluation de la mise en œuvre de la SSS (COCSES).

⁷⁴⁹MINSANTE, Plan National de Développement Sanitaire, *op.cit.*, p.94.

5-4-Niveau intermédiaire

Au niveau intermédiaire, la coordination du suivi de la mise en œuvre du PNDS 2016-2020 est assurée par le CORECSES qui est un démembrement du COPIL au niveau régional. Le CORECSES est présidé par le gouverneur de région (représentant du MINSANTE au niveau régional) et son secrétariat est assuré par le délégué régional de la santé publique. Les DRSP élaborent leurs Plans Régionaux Consolidés de Développement Sanitaire (PRCDS) et s'assurent que chaque District de Santé dispose d'un Plan de Développement Sanitaire de District (PDSD) et d'un plan de travail annuel. Ce comité a pour missions principales⁷⁵⁰ : l'élaboration des PRCDS avec toutes les parties prenantes sous la coordination et la supervision du Secrétariat Technique du comité de pilotage de la SSS ; la coordination intersectorielle et le suivi de la mise en œuvre du Pan National de Développement Sanitaire PNDS 2016-2020 au niveau régional ; l'élaboration du plan de Suivi-Evaluation intégré du PRCDS et du tableau de bord de suivi multisectoriel de la DRSP. Par souci d'efficacité, le CORECSES veille aussi à ce que les activités proposées dans les différents PSDS et les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) des DS soient cohérentes et convergent vers l'atteinte des objectifs du PNDS. Il apporte par conséquent un appui technique aux Districts de Santé dans l'élaboration de leurs Plans de Développement Sanitaire (PDSD), de leurs PTA et des tableaux de bord de suivi de ces PTA. Le Chef de la Brigade de contrôle de la DRSP travaille en synergie avec les coordonnateurs régionaux des programmes prioritaires. Le Secrétariat Technique du CORECSES (ST/CORECSES) veille également à assurer : la compilation des données du niveau déconcentré pour chaque axe stratégique ; la rétro information du niveau régional vers les districts de santé ; la validation et la consolidation des rapports de progrès des DS⁷⁵¹. Tous les autres acteurs clefs des sous-comités thématiques multisectoriels existant dans la région sont intégrés dans le comité régional de coordination et de suivi de la mise en œuvre du PRCDS.

5-5-Niveau périphérique

Au niveau opérationnel, le PNDS est décliné en PSDS dans les 189 districts de santé. Chaque DS élabore son propre PSDS qu'il décline annuellement en PTA. Le suivi de la mise en œuvre du PSDS dans chaque district de santé est assuré par un COCSES qui est présidé par le Préfet/Sous-Préfet. Le Chef du District de Santé (CDS) assure la fonction de secrétaire technique de ce comité. La responsabilité du COCSES est d'élaborer le PSDS et le PTA du

⁷⁵⁰MINSANTE, Plan National de Développement Sanitaire PNDS 2016-2020, *op.cit.*, p. 94.

⁷⁵¹ *Ibid.*

DS tout en veillant à ce que ces deux documents soient alignés sur le PNDS. Il en est de même du plan de suivi du PDSO qui trouve son ancrage dans le PISE 2016-2020. Il assure aussi le suivi opérationnel des indicateurs inscrits dans le tableau de bord multisectoriel du DS. En outre, il transmet périodiquement les informations sur les indicateurs traceurs du suivi-évaluation de son PTA/PDSO au CORECSES. Les différents COCSES veillent principalement à la consolidation des PTA des aires de santé ainsi qu'à l'organisation des missions de supervision et des réunions de coordination multisectorielles dans le DS⁷⁵².

6-Stratégie Nationale de Développement (SND 30)

La SND30 est la résultante d'une combinaison d'exercices techniques qui a fait appel aux experts et responsables plurisectoriels des administrations et à de nombreuses rencontres consultatives entre la population à la base, les parlementaires, le secteur privé, les universitaires et chercheurs, les partenaires techniques et financiers. Elle a été élaborée par le Gouvernement à la suite des consultations participatives avec les différentes composantes de la société camerounaise. Celles-ci ont constitué des cadres d'échanges ouverts sur tous les sujets relatifs au développement économique et social. Elles ont eu lieu avec la population à la base et les forces vives dans chaque région, ensuite avec chacune des chambres parlementaires, les partenaires techniques et financiers, les membres de la Commission Nationale de Promotion du Bilinguisme et du Multiculturalisme et de la Commission des Droits de l'Homme, le secteur privé et la communauté scientifique nationale⁷⁵³.

7- Politique Nationale d'Hygiène et de Salubrité

L'efficacité de la mise en œuvre de cette politique, est conditionnée par une série de stratégies multisectorielles assorties au plan d'action de toutes les institutions publiques et privées, ainsi que les partenaires au développement qui ont un mandat en matière des activités d'hygiène et de salubrité. À cet effet, la mise en place d'un cadre institutionnel intersectoriel souple et crédible tel que présenté ci-dessous, permettra de réduire la dispersion des différentes interventions et ressources dans ce domaine est nécessaire.

⁷⁵²MINSANTE, Plan National de Développement Sanitaire PNDS 2016-2020, *op.cit.*, p. 94.

⁷⁵³MINEPAT, Stratégie Nationale de Développement 2020-2030 pour la transformation structurelle et le développement inclusif SND30, 1ère édition 2020, p.3.

7-1-Conseil National de l’Hygiène et de la Salubrité (PNHS)

La mise en œuvre efficace et efficiente de la politique nationale de l’hygiène et de la salubrité requiert la création d’un cadre national de coordination intersectorielle, de concertation et de suivi-évaluation. C’est dans cette optique que la création par le Premier Ministre d’un Conseil National de l’Hygiène et de la Salubrité chargé du pilotage de la politique est envisagée et aura les principales attributions qui consistent à :

approuver les plans d’action sectoriels et multisectoriels d’hygiène et de salubrité ; veiller à la prise en compte de l’hygiène et de la salubrité dans l’ensemble des administrations publiques et privées ; répertorier toutes les actions menées dans le cadre de la Politique Nationale d’Hygiène et Salubrité ; suivre la mise en œuvre et la performance intersectorielle de la politique à travers des bilans annuels ; mener le plaidoyer pour une mobilisation des ressources en faveur de l’hygiène et de la salubrité⁷⁵⁴.

7-2- Départements ministériels

Plusieurs Ministères sont concernés à des titres divers par la problématique de l’hygiène et de la salubrité au Cameroun. Sur la base des principales orientations de la présente politique, chacun de ces ministères a la responsabilité de déterminer et mettre en œuvre sa stratégie sectorielle dans le domaine de l’hygiène et de la salubrité avec pour coordonnateur général, le MINSANTE,

7-3-Ministère de la Santé Publique

Compte tenu du fait que la Politique Nationale de l’Hygiène et de la Salubrité (PNHS) s’inscrit dans une logique de prévention des maladies, il est indispensable que le MINSANTE mène en collaboration avec les autres secteurs, une action de promotion et de vulgarisation de la PNHS qui vise à faire connaître au plus grand nombre des acteurs locaux, nationaux et les partenaires au développement, les orientations et les axes d’interventions afin qu’ils soient appropriés par tous. L’action du MINSANTE au sein de cette collaboration doit spécifiquement consister à :

Assurer la coordination, le suivi-évaluation de la mise en œuvre de la politique nationale d’hygiène et de salubrité ; évaluer le niveau de fonctionnalité opérationnelle de la mise en œuvre de la politique d’hygiène et de salubrité ; développer des outils d’aide à la prise de décisions en matière d’hygiène et de

⁷⁵⁴ MINSANTE, Politique Nationale d’Hygiène et de Salubrité, 2022, p.16.

salubrité ; doter le pays d'un cadre juridique et réglementaire adéquat en matière d'hygiène et de salubrité ; assurer la coordination, le suivi et le contrôle des interventions en rapport avec l'hygiène et la salubrité, y compris l'implication des différentes parties prenantes ; assurer la prévention et la surveillance des maladies et épidémies liées aux mauvaises pratiques d'hygiène et de salubrité ; assurer la formation et le renforcement des capacités des différentes parties prenantes ; renforcer les capacités et assurer le suivi de la mise en œuvre des activités d'hygiène et de salubrité par les Collectivités Territoriales Décentralisées⁷⁵⁵.

7-4-Autres Ministères

Parmi les principaux ministères qui sont impliqués dans la collaboration pour la promotion de la Politique Nationale d'Hygiène et de Salubrité, figurent : le Ministère en charge de l'eau et de l'énergie ; le Ministère en charge de l'administration territoriale ; le Ministère en charge des finances ; le Ministère du développement et de l'aménagement du territoire ; le Ministère de l'environnement ; le Ministère de l'agriculture et développement rural ; le Ministère de l'élevage, des pêches et industries animales ; le Ministère du tourisme et loisirs ; le Ministère des mines, de l'industrie et du développement technologique ; le Ministère de l'habitat et du développement urbain ; le Ministère de la décentralisation et du développement local ; le Ministère en charge de la communication ; le Ministère des affaires sociales ; le Ministère de la justice ; le Ministère des transports ; le Ministère de l'éducation de base ; le Ministère de l'enseignement secondaire ; le Ministère de l'enseignement supérieur ; le Ministère de la recherche scientifique et de l'innovation et le Ministère de la Défense⁷⁵⁶.

Le principal risque prévisible relatif à la mise en œuvre de la politique nationale d'hygiène et de la salubrité porte sur les actions des axes stratégiques qui peuvent ne pas avoir reçu la priorité adéquate et ne pas être inclus dans les projets, programmes, politiques, stratégies et activités du Gouvernement et ses partenaires techniques et financiers. Parmi les autres risques pouvant compromettre l'atteinte des objectifs de la politique, existe :

Le manque ou l'insuffisance de volonté politique : les autorités nationales, les Collectivités Territoriales et leaders d'opinion peuvent faire montre d'un engagement réduit ou limité pour la promotion de l'hygiène et de la salubrité ; l'insuffisance des ressources pour la mise en œuvre des actions de la stratégie le gouvernement et ses partenaires financiers peuvent ne pas honorer leurs engagements financiers ou ne pas s'impliquer dans le financement des actions comme attendu ; les capacités inexistantes ou limitées en matière

⁷⁵⁵ MINSANTE, Politique Nationale d'Hygiène et de Salubrité, *op.cit.*, p. 17.

⁷⁵⁶ *Ibid.*

*d'hygiène et de salubrité, le pays dispose de ressources humaines et de capacités techniques et managériales limitées*⁷⁵⁷.

B-Expériences pratiques de collaboration du MINHDU

Dans le but de faciliter la promotion des établissements humains favorables aux objectifs de santé à Yaoundé et Douala, les acteurs du MINHDU ont réalisé plusieurs projets en collaboration intersectorielle avec d'autres secteurs. Entre autres secteurs de collaboration, figurent le MINSANTE, le MINCAF, le MINAT, le MINEE, le MINEPDD, la SIC, la MAETUR, l'ONU-habitat, les Mairies des villes, les Communes d'Arrondissement et les populations. À ce sujet, un responsable en service à la Délégation départementale du MINHDU du Wouri confirme l'effectivité de cette collaboration en ces termes :

La collaboration intersectorielle est effective entre nous, d'ailleurs la loi sur l'urbanisme nous oblige de travailler en synergie avec les autres acteurs sectoriels. En ma qualité de l'un des responsables de cette délégation, je suis souvent obligé de collaborer avec les secteurs comme le MINAS parce que j'ai des prérogatives qui me mettent en atome crochu avec leur service et les autres acteurs sectoriels comme le préfet qui est notre chef hiérarchique qui a toujours était disponible à nos côtés. Nous collaborons avec le sous-préfet quotidiennement surtout dans le cadre de la commission consultative. Les FMO nous ont aussi apporté leurs soutiens en matière de maintien de l'ordre. Quand le MINSANTE envisage de construire un établissement ou un bâtiment, c'est nous qui sommes chargés en principe de vérifier la qualité des plans et leur fonctionnalité. Nous travaillons également avec les autres sectoriels comme le MINDCAF dans le cadre de la commission consultative chargé d'examiner le domaine national. Comme vous le savez déjà, nous collaborons régulièrement et parfaitement avec la SIC, la MAETUR et le CFC pour les constructions des logements sociaux. Le MINEPDED nous accompagne aussi pour son expertise en matière environnementale. Le chef de notre département ministériel a mis sur pieds une plateforme de collaboration intersectorielle qui a lieu chaque année dans le cadre de la campagne nationale d'hygiène, de salubrité et d'embellissement des villes camerounaise dénommée concours national « villes propres. Nous collaborons également avec les autres départements ministériels pendant la journée mondiale de l'Habitat »⁷⁵⁸.

Les projets de collaboration favorables aux questions de santé menés par le MINHDU avec d'autres secteurs concernent : la commission consultative pour l'examen des procédures d'immatriculation foncière, le concours national « villes propres » ; l'élaboration des documents de l'aménagement et de planification urbain ; la journée mondiale de l'Habitat et l'élaboration et la mise en œuvre de la politique nationale de l'habitat

⁷⁵⁷ MINSANTE, Politique Nationale d'Hygiène et de Salubrité, *op.cit.*, p. 18.

⁷⁵⁸ Entretien réalisé avec un responsable en service à la délégation départemental du MINHDU du Wouri, le 17/03/2022.

1-Collaboration liée à la commission consultative chargée de l'examen des procédures d'immatriculation foncière.

C'est un organe administratif de collaboration intersectorielle, institué par décret n°76/166 du 27 avril 1976 fixant les modalités de gestion du domaine national au Cameroun, pour une gestion adéquate de l'espace urbain. Le caractère intersectoriel de cette Commission est souligné à l'article 12 du présent décret, selon lequel,

Nommée par le préfet et siégeant au niveau du district ou de l'arrondissement, la commission consultative comprend : le Sous-Préfet ou le Chef de district (Président), un représentant du service des domaines(secrétaire), un représentant du service du cadastre, un représentant du service de l'urbanisme si le projet est urbain ;un représentant du Ministère dont la compétence a un rapport avec le projet ;le chef et deux notables du village ou de la collectivité où se trouve le terrain⁷⁵⁹.

S'agissant du caractère intersectoriel de la commission consultative et des attributions dévolues aux différents acteurs intersectoriels de ladite commission, un Sous-préfet d'un Arrondissement du département du Mfoundi confirme que,

Qu'il s'agisse des terrains urbains, ruraux ou périurbains, la commission consultative est toujours constituée d'une équipe intersectorielle. De manière générale, la composition ne change pas souvent : le président de la commission c'est le Sous-préfet, le secrétariat est assuré par Chef de service départemental des affaires foncières, le représentant du service du cadastre est géomètre de la commission. Le Délégué de l'agriculture s'ajoute, si le terrain est situé dans la zone rurale. Il peut arriver qu'on fasse recours au service vétérinaire s'il s'agit d'un projet d'élevage. Sans oublier le chef du village concerné et ses deux notables. C'est la plus importante et permanente collaboration intersectorielle que nous avons au niveau de chaque Arrondissement en faveur de la promotion d'habitat décent en milieu urbain⁷⁶⁰.

L'objectif principal de la création de cette commission est d'amener les populations à accéder au logement décent à travers le respect des règles générales d'urbanisme et de construction en vigueur au Cameroun. Il question d'éviter à la population urbaine, l'occupation des zones impropres à l'habitat décent et susceptibles de porter atteinte à leur bien-être. C'est le cas des « terrains exposés à un risque naturel (inondation, érosion, éboulement, séisme, etc.) ; les parties du domaine public classées comme telles et les aires écologiques protégées telles que définies par la législation relative à la gestion de l'environnement⁷⁶¹ » ; des parcelles

⁷⁵⁹ Ministère des domaines et des affaires foncières, décret n° 76/166 du 27 avril 1976 fixant les modalités de gestion du domaine national, Chapitre IV, De la commission consultative, Article 12, p. 62

⁷⁶⁰Entretien réalisé avec un Sous-Préfet d'un Arrondissement du Mfoundi, le 02/10/2021.

⁷⁶¹ Ministère des domaines et des affaires foncières, Lois no 2004-003 du 21 avril 2004 régissant l'urbanisme au Cameroun.

« exposés à risque industriel ou à des nuisances graves (pollutions industrielles, acoustiques, etc.)⁷⁶² ». Cette commission a également pour mission de doter chaque parcelle immatriculée des servitudes appropriées pour y accéder aisément.

Cette collaboration est phagocytée par les autorités administratives représentées par les Sous-Préfets et les responsables du MINCAF. Compte tenu du fait qu'ils sont présidents des commissions, les Sous-Préfets imposent et dictent leurs lois en fonction de leurs intérêts au commissions consultatives pour faire passer au non les dossiers en examen. Les personnels du MINCAF finissent souvent par délivrer les titres fonciers à certains requérants contre l'avis des membres de la commission. Ce qui affaibli la collaboration.

2- Concours national « villes propres »

C'est une politique d'institutionnalisation des activités de propreté, d'hygiène, de salubrité et d'embellissement des villes et villages camerounais et qui constitue l'une des principales recommandations issues de la Journée mondiale de l'Habitat (JMH) célébrée le 05 octobre 2020 à Douala. Elle se traduit depuis des années par le lancement par le Ministre de l'Habitat et du Développement Urbain dans les chefs-lieux des régions, du concours « villes propres » sous des thèmes consacrés à l'hygiène, la salubrité et l'embellissement des villes. L'objectif global du concours régional « villes propres », vise à sélectionner par un jury intersectoriel, la Commune/ville la plus propre qui représentera la région au concours national. De manière spécifique, il s'agit de : organiser au niveau de chaque département un concours visant à sélectionner la Commune la plus propre ; sélectionner la Commune la plus propre de la région ; sensibiliser et mobiliser les acteurs pour les opérations d'entretien des espaces urbains et du cadre de vie. Il permet également de promouvoir et pérenniser les initiatives locales en matière d'hygiène et de salubrité, de renforcer la participation collective des acteurs tels que les élus locaux, les autorités traditionnelles, la société civile, les populations dans l'entretien et la préservation des espaces urbains⁷⁶³.

La première étape du concours est gérée par comité intersectoriel départemental, en charge de l'organisation et d'évaluation des activités des Communes selon des critères prédéfinis. Ledit comité est composé : du Préfet du département concerné (Président) ; des Maires des villes (Vice-présidents) ; des Délégués départementaux du MINHDU et du MINDDEVEL territorialement compétents (Rapporteurs). Les membres du comité,

⁷⁶²Ministère des domaines et des affaires foncières, Lois no 2004-003, *op.cit.*

⁷⁶³MINHDU, Campagne nationale d'hygiène, de salubrité et d'embellissement des villes camerounais, Concours « villes propres », Quartiers propres « mon quartier est ma maison, je le garde bien », 2021, pp 4-5.

concernent : les Sous-Préfets territorialement compétents ; les Maires des communes ; le Délégué Départemental territorialement compétent du MINSANTE ; le Délégué Départemental territorialement compétent du MINEPDED ; un représentant de la société HYSACAM le cas échéant et un représentant de la société civile⁷⁶⁴.

La deuxième étape est gérée sur la base des résultats obtenus au niveau départemental et des critères bien définis par le gouverneur qui se chargera de mettre en compétition les Communes vainqueurs en lice pour les opérations générales d'assainissement et d'embellissement. Pour cela, un comité régional intersectoriel d'organisation sera mis sur pied pour évaluer et sélectionner la commune la plus propre qui représentera la région au niveau de la confrontation interrégionale ou nationale. Le jury régional est constitué des acteurs intersectoriels ci-après : Le gouverneur de la région (Président); les Préfets et Maires de villes(Vice-présidents); les délégués régionaux de MINHDU et du MINDDEVEL territorialement compétents(Rapporteurs)⁷⁶⁵. Comme membres : les Sous-Préfets des Communes sélectionnées ; les Maires des Communes/villes concernées ; le délégué régional territorialement compétent du MINSANTE ; le délégué régional territorialement compétent du MINEPDED ; le directeur d'agence territorialement compétent de la société HYSACAM ; deux représentants de la société civile⁷⁶⁶.

La troisième et la dernière étape permet de mettre en confrontation les Communes de chaque région. La sélection sera effectuée par un jury international qui évaluera les concurrents au cours des descentes dans les villes qui porteront le flambeau de chaque Région.

Cette action lancée par le MINHDU en 2019 en collaboration avec l'ONU-Habitat et qui a été reproduite ces quatre dernières années avec des résultats concrets a permis d'obtenir entre autres résultats selon le responsable du MINHDU :

Les initiatives locales en matière d'hygiène et de salubrité ont été renforcées par les actions de sensibilisation des populations et des Comités d'Action et de Développement Local des quartiers (CADEL) ;plusieurs linéaires de drains, caniveaux et cours d'eaux curés dans la plupart des quartiers de Yaoundé et Douala, ont été réalisés ; des tonnes de bouteilles plastiques collectées dans les différents cours d'eau et autres dépotoirs sauvages des villes et la diminution des dépotoirs sauvage ;des tonnes d'ordures ménagères précollectées dans les zones les plus inaccessibles par HYSACAM ;une mobilisation tous azimuts des associations et des comités d'animation et de développement des quartiers ;des grands axes, intérieurs et places publiques des quartiers nettoyés ;une

⁷⁶⁴MINHDU, Campagne nationale d'hygiène, de salubrité et d'embellissement des villes camerounais, Concours « villes propres », Quartiers propres « mon quartier est ma maison, je le garde bien », *op.cit.*

⁷⁶⁵*Ibid.*

⁷⁶⁶*Ibid.*

sensibilisation des populations sur l'incivisme et la nécessité de garder l'environnement, les quartiers et les maisons propres ;le désherbage des voies publiques intérieures des quartiers ;le ravalement des façades des habitations ;le pavoisement des rues⁷⁶⁷.

Le tout premier concours « villes propres » organisé entre les villes de Yaoundé, Douala et Limbe, a consacré le 05 octobre 2020, la ville de Limbé comme vainqueur à l'occasion de la célébration de l'édition 2020 de la JMH. Cette célébration était aussi l'occasion pour le lancement de la campagne nationale d'hygiène, de salubrité et d'embellissement des villes camerounaises prescrite par le Premier Ministre. Dans l'optique d'impulser la dynamique collective de mobilisation citoyenne dans les autres villes du Cameroun, ce concours est dorénavant organisé entre toutes les villes du pays, aussi bien au niveau départemental, régional que national. C'est pour poursuivre cette dynamique que le MINHDU avait annoncé officiellement sur son compte Twitter le 03 octobre 2022, la victoire finale de l'Arrondissement de Yaoundé 5, qui gagne une cagnotte de 100 millions de FCFA ⁷⁶⁸comme vainqueur.

Toutefois, bien que le concours « villes propres » met en action les acteurs de plusieurs secteurs pour la promotion de l'hygiène et salubrité sur l'étendue du territoire, l'objectivité d'une telle collaboration est remise en cause par le fait que les termes de références et les objectifs de ladite collaboration (concours ville propres) sont définis en amont par le MINHDU sans tenir compte des avis des autres membres des commissions. En plus, les résultats de ce concours ne sont pas visibles dans les villes de Douala et Yaoundé. Elles sont submergées par les ordures ménagères et des déchets liquides qui polluent l'environnement urbain.

3-Collaboration du MINHDU en faveur de l'élaboration des documents de planification et d'urbanisation.

Le MINHDU a également entretenu avec les autres secteurs des relations de collaboration pour l'élaboration des projets des documents relatifs à l'intégration des questions de santé dans les politiques d'urbanisme et d'habitat. Cette collaboration a notamment été effective avec le MINSANTE et le MINAT. À cet effet, la collaboration MINHDU-MINSANTE a souvent été effective dans le cadre de l'élaboration des documents PCD, PDU, PSE. Un responsable en service au MINHDU, rapporte cette expérience en des termes suivants :

Pendant l'élaboration des documents PCD, PDU, PSE, on a collaboré avec les professionnels de la santé qui ont donné leur avis. Il y a par exemple des zones qui ont été classées zones non aeficandes, ce sont les professionnels de la santé

⁷⁶⁷Entretien réalisé à Yaoundé avec un responsable en service au MINHDU, le 11/12/2021.

⁷⁶⁸ MINHDU, Résultats du concours national villes propres 2022, consulté en ligne sur Arobase Cameroun-minhdu, le 16/10/2022.

*qui nous ont dit que non, vous ne pouvez pas laisser les gens s'installer dans les zones où il y a des remontées d'eau ou des zones où des vapeurs d'eau peuvent devenir dangereuses pour la population. La question de la santé a bel et bien été adressée*⁷⁶⁹.

Dans le cadre de cette collaboration liée à l'élaboration des documents d'urbanisme, pendant que le MINSANTE est sollicité pour son expertise sur les questions de santé publique, le MINH DU apporte une assistance technique. L'informateur précédent fait connaître que,

*Depuis l'avènement des villes santé, nous invitons régulièrement le MINSANTE dans le cadre de l'élaboration de nos différents textes liés à la planification et l'aménagement urbain. Ces textes doivent tenir compte des exigences des questions de santé que seuls les personnels du MINSANTE maîtrisent et ceux du MINH DU apportent des connaissances techniques relatives à l'urbanisme*⁷⁷⁰.

Bien que ces documents de planification soient adoptés dans un cadre de collaboration, ils sont mis en œuvre par le MINH DU seul. D'où l'incapacité du MINH DU de veiller seul à l'application et à la vulgarisation desdits textes. Le désordre urbain et les constructions anarchiques observés dans les villes de Yaoundé et Douala sont les résultantes de cette défaillance.

4- Collaboration du MINH DU avec l'ONU-Habitat

Dans le but de promouvoir l'habitat favorable aux objectifs de santé au profit des populations urbaines, l'État du Cameroun travaille en collaboration avec l'ONU-Habitat. C'est dans ce cadre que le Cameroun a respectivement organisé la 33^{ème} édition en 2019 et la 35^{ème} édition en 2021, de la célébration de la Journée Internationale de l'Habitat (JIH), sous le thème : « les technologies de pointe comme outils innovants de transformation des déchets en richesse » et « accélérer l'action urbaine pour un monde sans carbone ». L'adoption de ces deux thèmes qui portent sur deux déterminants environnementaux importants que sont les déchets et le carbone qui impactent au quotidien la santé des populations urbaines, est une preuve vivante de ce que les deux partenaires, se sont résolument engagés à collaborer dans le processus d'intégration des questions de santé dans les établissements humains au Cameroun. Ces deux journées sont des formes des campagnes de sensibilisation et d'information des pouvoirs publics et des populations en faveur de l'appropriation de l'action de collaboration intersectorielle en vue d'intégration des objectifs de santé dans les politiques des établissements humains, pour la promotion d'un cadre de vie sain. C'est ce que tente d'expliquer l'un des

⁷⁶⁹Entretien réalisé à Yaoundé avec un responsable en service au MINH DU, *op.cit.*

⁷⁷⁰*Ibid.*

intervenants du panel 1 de la session spéciale ONU-Habitat 2021 qui porte sur le sous thème « Urbanisation durable au Cameroun dans le contexte de la Covid-19 : Apport et perspectives des partenaires au Développement pour une coordination multi-institutionnelle » en ces termes :

Au regard des différentes crises qui nous frappent de plain-pied le Cameroun du fait des déplacés internes dans le Nord-ouest et le Sud-Ouest, de Boko Haram et des réfugiés centrafricains, il est opportun pour le Cameroun de mener une réflexion en collaboration avec l'ONU-Habitat. Car, il a été observé, lors des dialogues organisés dans le cadre des éditions de la Journée Mondiale de l'Habitat de 2019 et 2020 que les Maires sont peu outillés pour soutenir l'afflux des personnes déplacées internes (PDI) et des réfugiés de plus en plus nombreux. Il s'avère donc nécessaire d'accompagner la gestion urbaine décentralisée, à travers la promotion d'un dialogue multi-acteurs, multisectoriel, et multi-institutionnel en vue d'un développer de promouvoir des logements décents⁷⁷¹.

L'invitation des acteurs multisectoriels et pluridisciplinaires comme intervenants à ces deux éditions de la journée de l'habitat, témoigne une fois de plus de l'ambition du MINHDU et de l'ONU-Habitat de mettre en œuvre au Cameroun, une plateforme de collaboration intersectorielle pour assainir l'environnement urbain par le canal de l'intégration des questions de santé dans les politiques des établissements humains. Entre autres acteurs intersectoriels ayant contribué à l'animation de ces deux journées, figurent les représentants du : MINHDU, MINSANTE, MINT, MINCAF, MINAS, MINEPDED, MINDDEVEL et MINEE. Les Maires des villes de Douala et de Yaoundé, ainsi que les Maires des Communes d'Arrondissement de Dschang, de Limbé et de Maroua ont également participé à ces journées. Les organismes techniques et financiers à l'instar de la SIC, la MAETUR, le CFC, le MINPROMALO, CIMENCAM, l'ONAC, la GIZ, l'UNICEF, l'UNESCO et le PNUD ; les universitaires tels que les sociologues, les historiens, les juristes, les anthropologues, les géographes, les chimistes et les membres de l'ONG comme Do It, n'étaient pas en reste. Confer tableau 3 de l'annexe 3.

Beaucoup de citoyens et même certains responsables du MINHDU ignorent les termes de la collaboration du Cameroun avec l'ONU-Habitat. La promotion des logements sociaux décents pour les couches vulnérables voulue par cet organisme onusien au Cameroun, reste encore un luxe et un rêve pour la plupart des Camerounais vivant à Yaoundé et Douala.

⁷⁷¹ Extrait de la présentation de l'un des intervenants du panel 1 de la session spéciale de l'ONU-Habitat 2021, portant sur le thème « Urbanisation durable au Cameroun dans le contexte de la Covid-19 : Apport et perspectives des partenaires au développement pour une coordination multi institutionnelle », dans la salle de conférences de la Mairie de la Ville de Yaoundé.

5- Collaboration en faveur de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique nationale de l'habitat

Pour répondre efficacement à la forte demande de logement décent qui se heurte aux difficultés structurelles et systémiques au Cameroun, le MINH DU s'est doté d'une politique nationale de l'Habitat en 2018. Le nouveau dispositif institutionnel est chargé de :

Pallier les difficultés résultant d'une faible coordination des stratégies ministérielles, lesquelles sont le plus souvent mises en œuvre de manière cloisonnée, de l'absence à la fois d'une approche holistique dans le traitement des aspects techniques de l'habitat qui touchent au moins à quatre sphères ministérielles : logement, finance, foncier, industrie et recherche, et de la faible participation des acteurs privés dans les processus de prise de décision⁷⁷².

Le nouveau dispositif intersectoriel de mise en œuvre de la politique nationale de l'habitat est constitué des trois échelons de l'organisation de l'État à savoir : les échelons national, régional et local.

5-1-Collaboration entre les institutions à échelon national

Grâce à la création de synergies ministérielles, des initiatives politiques ont été mises en œuvre en faveur de la promotion de l'habitat décent au Cameroun. En effet, à l'adoption de cette politique, il a été recommandé de mettre sur pied une coalition des départements ministériels pour prendre les initiatives politiques appropriées en vue d'assurer la cohérence en matière de gestion des objectifs et des ressources nécessaires pour la mise en œuvre de la politique nationale de l'habitat. Cette coalition interministérielle va permettre entre autres de :

Stimuler et créer les conditions institutionnelles, juridiques et politiques qui inciteront les acteurs non étatiques à jouer un rôle plus actif dans le financement et l'offre de logements; encourager un large éventail de solutions de logement abordable en termes de qualité, de taille, de prix et d'emplacement pour les différents groupes de revenus, et veiller à ce que le secteur privé propose pour ces groupes des options adaptées de produits de financement du logement ; développer les différentes approches en matière de logement, qu'elles soient conçues par des acteurs publics, privés ou communautaires, par exemple la viabilisation de terrains, les programmes progressifs de construction, les micro-prêts au logement ; établir un dialogue avec les prêteurs, les constructeurs, les promoteurs et les concepteurs de logements, afin de mieux prendre en compte les différents types de contraintes auxquelles ils sont confrontés lors de l'élaboration des interventions publiques⁷⁷³.

⁷⁷² MINH DU, « Politique Nationale de l'Habitat », 2018, p.85, consulté en ligne sur <http://www.novapdf.com>, le 27/04/2023.

⁷⁷³ UN-Habitat, Guide pratique n° 5 : Le Financement du logement (Aider les pauvres à financer leur logement), 2010.

Cette coalition est faite de l'administration générale et financière à l'instar du Ministère des Finances (MINFI), du Ministère de la Décentralisation et du Développement local (MINDDEVEL), du Ministère de l'Économie, de la Planification et de l'Aménagement du territoire (MINEPAT)⁷⁷⁴. La collaboration intersectorielle est menée dans le secteur des infrastructures par le Ministère de l'Habitat et du Développement urbain (MINHDU), le Ministère de Domaines, du Cadastre et des Affaires Foncières (MINDCAF), le Ministère de l'Eau et de l'Energie (MINEE), le Ministère des Postes et Télécommunications (MINPOSTEL), le Ministère des Transports (MINT) et le Ministère des Travaux Publics (MINTP)⁷⁷⁵. Dans le secteur de production et commerce, le projet intersectoriel est porté par le Ministère du Commerce (MINCOMMERCE), le Ministère des Mines, de l'Industrie et du Développement Technologique (MINIMIDT), le Ministère des Petites et Moyennes Entreprises, de l'Économie sociale et de l'Artisanat (MINPMEESA). Le secteur de l'enseignement, formation et recherche n'est pas en reste. À ce niveau, l'action de collaboration intersectorielle pour l'habitat décent est menée par le Ministère de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (MINEFOP), le Ministère des Enseignements Secondaires (MINESEC), le Ministère de l'Enseignement Supérieur (MINESUP), le Ministère de la Recherche Scientifique et de l'Innovation (MINRESI)⁷⁷⁶.

Les différentes collaborations menées par ces institutions à l'échelon national ont porté sur le pilotage politique, la coordination, l'orientation stratégique et le dialogue relatif aux questions de la promotion de l'habitat décent⁷⁷⁷.

5-2-Collaboration entre les institutions à échelon régional

Au niveau régional, quatre structures contribuent à la mise en œuvre de la politique nationale de l'habitat. Il s'agit du Conseil régional, des Agences d'urbanisme et d'habitat, des filiales de l'Office National de l'Habitat et des inspections régionales de l'habitat.

Le Conseil Régional est chargé, entre autres, de veiller spécifiquement à la mise en œuvre de la politique nationale de l'habitat dans la région concernée. Il relaie les orientations et le calendrier de l'action gouvernementale en vue de la facilitation et la stimulation de la production de l'habitat. Les Agences d'urbanisme, créées par la loi 2004/03 régissant

⁷⁷⁴ MINHDU, « Politique Nationale de l'Habitat », *op.cit.*, p.94.

⁷⁷⁵ *Ibid.*

⁷⁷⁶ *Ibid.*, 95.

⁷⁷⁷ *Ibid.*

l'urbanisme au Cameroun, bien que n'étant pas effectivement mises en place, elles ont pour missions de réaliser : l'observation du développement urbain et particulièrement des mutations des tissus urbains, afin de proposer des interventions visant à prévenir l'étalement urbain, la création des bidonvilles, et l'occupation des zones pouvant présenter des risques environnementaux et anthropiques ; la collecte de toutes les informations nécessaires, procéder aux études et proposer toutes les mesures et les actions à entreprendre en vue d'aider à la définition de stratégie régionale en matière d'habitat; l'étude de faisabilité, la préparation et le montage des programmes de mise à niveau urbaine, d'amélioration des bidonvilles et/ ou de rénovation urbaine ; l'information régulière des CTD sur l'évolution des besoins en matière d'habitat. Le conseil aux CTD sur la mobilisation et l'animation de la participation locale dans les programmes d'amélioration des conditions d'habitat dans les villes. Les filiales de l'Office National de l'Habitat sont des sociétés spécialisées dans les métiers de l'aménagement, de la promotion immobilière, de la gestion immobilière et de la maintenance des bâtiments publics. Elles pourront être constituées à partir de la scission des institutions publiques existantes, SIC, MAETUR, MINPROMALA et CFC en sociétés régionales et complétées par une société ayant pour métier la gestion et l'exploitation des bâtiments publics missions⁷⁷⁸.

5-3-Action des institutions du niveau local

L'architecture des acteurs en charge de collaboration pour la promotion de l'habitat décent à l'échelon local est composée de quatre organes que sont : Le Comité local de l'habitat, institué sous le conseil municipal, l'exécutif communal, les partenaires locaux, et les organismes locaux de promotion de l'habitat.

Au niveau des villes plus importantes comme Yaoundé et Douala, les comités locaux de l'habitat ont été chargés de la formulation des recommandations aux conseils municipaux en vue du développement équilibré des zones intégrées d'habitat en assurant la mixité entre les usages résidentiels, commerciaux et industriels. À cet effet, les recommandations du comité local d'habitat portent sur ⁷⁷⁹: la révision des plans de zonage, les aides au logement, les taxes foncières et immobilières, et tout autre outil disponible pour faciliter l'accès aux logements pour les moins favorisés. Quant à l'exécutif communal, il sera en première ligne pour la réalisation des programmes d'habitat. Les CTD feront agréer des promoteurs immobiliers locaux publics ou privés, qui seront habilités à réaliser les programmes d'habitat.

⁷⁷⁸ MINHDU, « Politique Nationale de l'Habitat », *op.cit.*, p. 99.

⁷⁷⁹ *Ibid.*, p.100.

Elles sont également chargées du contrôle du développement urbain. Ce contrôle consiste à⁷⁸⁰ : éliminer progressivement la construction de logements par des artisans non qualifiés, en utilisant judicieusement le permis de construire et les autorisations d'ouverture des chantiers ; veiller à travers tous les actes administratifs d'urbanisme, au strict respect de la planification urbaine en générale, et des plans de développement de l'habitat en particulier ; faciliter la professionnalisation du secteur, notamment en prenant des participations dans des sociétés d'économie mixte locales d'aménagement et de promotion immobilière.

Les opérations d'habitat touchant aux tissus existants et neufs sont menées par les partenaires locaux à travers des cadres mis en place par les CTD. Ces partenaires locaux des CTD sont: Les investisseurs que les CTD pourront intéresser à travers des partenariats public-privé pour le logement et l'habitat ;les concessionnaires de services publics qui seront invités à contribuer au financement des coûts d'investissement sur les réseaux; les coopératives d'habitat et ONG pour faciliter l'accès à la propriété et au logement locatif, les associations locales représentant les bénéficiaires et qui pourront participer au partage des coûts d'amélioration de leur habitat; les propriétaires fonciers qui, plus que des lotisseurs opportunistes devront être intégrés davantage comme des investisseurs contribuant en nature dans les opérations d'habitat⁷⁸¹ .

Les organismes locaux de promotion d'habitat sont constitués des établissements publics d'aménagement, des groupements d'initiative foncière urbaine, des sociétés immobilières, comme le relèvent les lois 97/003 et 2004/003 relatives à la promotion immobilière et à l'urbanisme. Les CTD disposent désormais de la latitude de créer des sociétés d'économie mixte locale, et ces dispositions pourront s'appliquer à la loi.

Cependant, ces collaborations intersectorielles en faveur de la promotion de l'habitat décent en milieu urbain sont limitées par une coordination insuffisante. Les actions liées au développement de l'habitat sont initiées et mises en œuvre par le Ministre en charge de l'Habitat. Celles relatives à la fluidification du marché foncier sont initiées et mises en œuvre par le Ministre en charge des Domaines. La politique du crédit est définie au niveau du Ministre chargé des Finances. Les politiques industrielles, de commerce extérieur, de recherche et de formation intègrent la politique de l'habitat à la marge. Toutefois, l'action synergique du gouvernement, pris dans son ensemble, manque d'efficacité : la coordination gouvernementale se faisant surtout, soit à travers les conseils de ministres et de cabinets, soit à travers des comités

⁷⁸⁰MINH DU, « Politique Nationale de l'Habitat », *op.cit.*

⁷⁸¹*Ibid.*, pp.100-101.

de pilotage dont les prérogatives sont cependant limitées. L'efficacité de la mise en œuvre des programmes d'habitat passe nécessairement par une structuration du pilotage et de la coordination des différentes politiques ministérielles. Les institutions créées pour la mise en œuvre de la politique de l'habitat, sont placées sous de multiples tutelles : La SIC est placée sous la tutelle du Ministre chargé de l'Habitat, la MAETUR sous celui chargé des Domaines et le CFC sous la tutelle du Ministre des Finances. Cette atomisation des tutelles ne favorise pas la création des synergies pour l'habitat.

C-Expériences de collaborations intersectorielle communes aux villes de Yaoundé et Douala menées par les autres départements ministériels en faveur de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques des établissements humains.

En dehors du MINHDU et du MINSANTE, plusieurs autres départements ministériels à l'instar du MINTOUL, du MINEPDED et du MINEE ont menés des missions complémentaires en vue de la promotion des questions environnementales et du bien-être général à Yaoundé et Douala.

1-Collaboration du MINTOUL en faveur de l'appropriation des questions de bien-être et de loisir

Dans le cadre de la mise en œuvre de la politique du Gouvernement dans le secteur du tourisme et de loisirs, l'État du Cameroun a créé un cadre légal de collaboration intersectorielle chargé de la promotion des questions du bien-être. Deux commissions nationales ont été créées à cet effet. Il s'agit spécifiquement de la Commission Technique Nationale en charge de la gestion de la construction, d'extension, d'ouverture ou d'exploitation des établissements ou d'une agence de tourisme et de la Commission chargée des inspections au sein des établissements de tourisme et des loisirs. Malgré certaines difficultés qui entravent l'action de collaboration intersectorielle menée par ces commissions en faveur de la promotion des établissements touristiques et de loisirs dans les villes de Douala et de Yaoundé, elles y ont cependant réalisé plusieurs projets dans ce sens. Ces projets réalisés avec l'accompagnement technique de ces commissions concernent la construction, l'extension, l'ouverture ou l'exploitation des établissements d'hébergement, de restauration et de loisirs qui contribuent au bien-être du visiteur, c'est-à-dire ce qui facilite le divertissement, l'émotion et l'éducation qui sont les trois missions du tourisme.

1-1-Commission Technique Nationale

Les activités liées au tourisme et loisirs au Cameroun sont vastes. Dans le but de mettre en œuvre les missions dévolues à ce secteur, une Commission Technique Nationale intersectorielle a été créée auprès du Ministre du Tourisme. Selon la loi du 25 mars 1999 fixant les modalités d'application relatives aux activités touristiques, cette commission est chargée

*d'examiner et d'émettre un avis sur les demandes de construction, d'extension, d'ouverture ou d'exploitation d'un établissement ou d'une agence de tourisme ; de statuer sur les demandes relatives à l'exercice de la profession de guide de tourisme, à l'aménagement et à l'exploitation d'un site touristique, ainsi que sur la suspension ou retrait de l'autorisation, de l'agrément ou de la licence*⁷⁸².

Ladite commission est présidée par le représentant du Ministre en charge du tourisme et est composée des membres ci-après: le Directeur en charge de l'aménagement du territoire au Ministère chargé de l'aménagement du territoire ; le Directeur en charge des affaires culturelles au Ministère en charge de la culture ; le Directeur en charge de la santé communautaire au Ministère chargé de la santé publique ; le Directeur en charge de l'architecture au Ministère chargé des domaines ; le Directeur en charge des sites touristiques au Ministère chargé du tourisme ; un architecte désigné par l'Ordre National des Architectes du Cameroun ; le Président du syndicat patronal des industries de l'hôtellerie, du tourisme et de la restauration du Cameroun ; le Président du syndicat national des agences de voyages et du Tourisme du Cameroun ; le Président de l'association des professionnels du tourisme du Cameroun ; le Président de l'organisation regroupant les guides du tourisme ; le représentant des compagnies aériennes⁷⁸³. Le délégué provincial du tourisme prend part pour la durée de l'examen des dossiers concernant son ressort de compétence aux travaux avec voix consultative. La commission se réunit entant de besoin sur convocation de son Président et ne peut valablement siéger que si huit au moins de ses membres sont présents et les décisions sont prises à la majorité des voix en cas de partage. Celle du Président est prépondérante⁷⁸⁴. Les charges de fonctionnement de la Commission sont supportées par le budget du Ministère chargé du tourisme⁷⁸⁵.

⁷⁸² Décret N° 99/443.../PM du 25 mars 1999 fixant les modalités d'applications de la loi N° 98/006 du 14 avril 1998 relative à l'activité touristique, Article 3, p.2.

⁷⁸³ *Ibid.*

⁷⁸⁴ *Ibid.*, Article 5, Alinéa 1, P2

⁷⁸⁵ *Ibid.*, Article 3, Alinéa 3, P 3.

1-2-Commission de coordination des inspections

Cette commission a été mise sur pied conformément au décret N° 2020/PM du 09 /12/2020 modifiant et complétant certaines dispositions du décret N° 2014/2379/PM du 20 août 2014 fixant les modalités de coordination des inspections des établissements classés dangereux. Les membres de cette commission sont chargés de la réalisation des inspections et des contrôles conjoints des services techniques au sein des établissements de tourisme et de loisirs. Sous la coordination du Ministre chargé du tourisme, les inspections et contrôles au sein des établissements de tourisme et de loisirs s'effectuent en groupe, suivant un calendrier arrêté à l'avance et connu de tous les intervenants.

Les secteurs administratifs en charge de ces inspections et contrôles se présentent comme suit : le Ministère en charge du tourisme ; le Ministère en charge de l'industrie ; le Ministère en charge de l'environnement ; le Ministère en charge de la santé publique ; le Corps National des Sapeurs-Pompiers ; la Commune du ressort territorial de l'établissement de tourisme et de loisirs concerné ⁷⁸⁶ .

La coordination des interventions de tous les services techniques qui effectuent les inspections et contrôles au sein des établissements de tourisme et de loisirs est assurée par les services compétents du Ministère en charge du tourisme. C'est également les services compétents en charge du tourisme qui déterminent les services techniques d'inspection et de contrôle. L'ordre de passage, le lieu, le moment de l'inspection et du contrôle dans les établissements de tourisme et de loisirs sont définis par le MINTOUL ⁷⁸⁷.

Toutefois, la collaboration entre les membres de ces deux commissions est souvent plombée par certains goulots d'étranglement. Les rapports des terrains ne sont pas souvent les résultats d'un consensus et d'une collaboration. Ils sont souvent imposés en amont par les hauts responsables du Ministère du Tourisme de manière unilatérale. Ces décisions ont également souvent été conditionnées par les pots de vin et les enveloppes d'argent demandés aux requérants. C'est ce que dénonce un responsable du MINSANTE en ces termes :

Les responsables du MINTOUL nous appellent pour statuer sur les dossiers des établissements touristiques quand ils ont encaissé à l'avance des millions des requérants sans notre consentement. Les décisions finales sont souvent connues à l'avance. Elles sont conditionnées par la quantité d'argent laissée par les requérants. Après toutes ces fraudes, ils vont faire semblant de nous appeler en

⁷⁸⁶ Décret N° 2020/PM du 09 /12/2020 modifiant et complétant certaines dispositions du décret N° 2014/2379/PM du 20 août 2014 fixant les modalités de coordination des inspections des établissements classés dangereux, Article 3, Alinéa 1.

⁷⁸⁷ *Ibid.*, Article 4, Alinéas 1-2.

*commission pour remplir juste les formalités administratives. Parfois même, nous donnons des avis défavorables à la demande d'un tenancier d'établissement touristique, mais quelques jours après, nous découvrons que le Ministère du Tourisme lui a délivré l'autorisation. J'ai refusé de prendre part à ces mises en scène*⁷⁸⁸.

Contrairement à l'approche « HIAP » qui prône l'existence d'une plateforme de collaboration intersectorielle dotée d'un budget de fonctionnement commun, les commissions de coordination et d'inspection des établissements touristiques et de loisirs constituent des groupements d'acteurs intersectoriels qui entretiennent une collaboration de façade. Cette forme de collaboration est mitigée du fait que le représentant de chaque secteur transmet son rapport individuel à sa tutelle respective et au Ministère en charge du tourisme, constitue un handicap à la mise en œuvre d'une réelle de collaboration consensuelle⁷⁸⁹. En outre, il arrive régulièrement que le MINTOUL délivre des autorisations aux responsables de certains établissements sans requérir l'avis de la commission. Ce qui constitue un handicap au travail des commissions.

2-Collaborations intersectorielles vécues par le Ministère de l'Environnement, de la Protection de la Nature et Développement Durable (MINEPDED)

Au Cameroun, la gestion de l'environnement n'est pas l'apanage du seul MINEPDED. Il travaille en collaboration avec les autres départements ministériels, les organismes gouvernementaux spécialisés et les CTD. De ce fait, « *L'environnement constitue un patrimoine commun de la nation. Il est une partie intégrante du patrimoine universel. Sa protection et la gestion rationnelle des ressources qu'il offre à la vie humaine sont d'intérêt général*⁷⁹⁰ ». À cet effet, « *Sa protection est un devoir pour tous. L'État veille à la défense et la promotion de l'environnement*⁷⁹¹ ». À l'issue des changements institutionnels⁷⁹² modernes intervenus au lendemain de la Conférence de Rio, plusieurs institutions travaillent en synergie avec le MINEPDED dans le cadre de la protection de l'environnement⁷⁹³. Il s'agit des expériences de collaboration du MINEPDED avec certains départements ministériels, des CTD et le CIE.

⁷⁸⁸ Entretien réalisé à Yaoundé avec un responsable en service au MINEPDED, le 01/10/2021.

⁷⁸⁹ Décret N° 2020/PM du 09 /12/2020 modifiant et complétant certaines dispositions du décret N° 2014/2379/PM du 20 août 2014 fixant les modalités de coordination des inspections des établissements classés dangereux, *op.cit.*

⁷⁹⁰ Article 2 de loi n° 96/12 du 05 aout 1996 portant loi-cadre relative à la gestion de l'environnement

⁷⁹¹ Préambule de la Constitution de la République du Cameroun.

⁷⁹² Stéphane Doumbe-Billé, « Evolution des institutions et des moyens de mise en oeuvre du droit international de l'environnement et du développement », in *Revue Jurisque de l'Environnement et du developpment (RJE)*, Vol.1, 1993, pp.31-44.

⁷⁹³ Article 3 de loi n° 96/12 du 05 aout 1996 portant loi-cadre relative à la gestion de l'environnement.

2-1-Collaboration du MINEPDED avec les autres départements ministériels

Au Cameroun, plusieurs départements ministériels collaborent avec le MINEPDED en intervenant à de différents degrés dans la gestion de l'environnement. Il s'agit de mettre en lumière les différentes expériences de collaborations entretenues par le MINEPDED avec les ministères comme le MINHDU, le MINSANTE et le MINEE.

2-1-1- Collaboration du MINEPDED avec le MINHDU

Dans la collaboration avec le MINEPDED en matière de protection de l'environnement, le MINHDU est chargé de l'élaboration et de la mise en œuvre d'un plan d'amélioration de l'habitat, tant en milieu urbain qu'en milieu rural ; de la définition, du suivi de l'application de la réglementation en matière d'hygiène et de salubrité, d'enlèvement et du traitement des ordures ménagères des normes en matière d'hygiène et de salubrité; d'enlèvement et/ou de traitement des ordures ménagères⁷⁹⁴; du drainage ; de l'élaboration des normes en matière d'assainissement dans les villes en collaboration avec les autres administrations concernées ⁷⁹⁵.

Dans le but de relever efficacement les défis du Gouvernement relatifs à l'assainissement du milieu, caractérisé par la pollution de l'environnement provenant des déchets, avec des conséquences désastreuses sur la santé publique, il a été créé au sein du MINHDU, un Service d'Hygiène et de Salubrité chargé : du suivi de l'application des règles d'hygiène et de salubrité dans l'exécution des travaux neufs ; de la coordination des travaux d'hygiène et de salubrité ; de la participation à l'élaboration des normes en matière d'hygiène et de salubrité; du suivi des opérations d'hygiène et de salubrité ; du contrôle de conformité des normes en matière d'hygiène et de salubrité⁷⁹⁶.

2-1-2-Collaboration du MINEPDED avec le MINSANTE

Les missions du MINSANTE en termes de gestion des déchets sont définies par le décret N° 2004/320 du 8 Décembre 2004. Elles concernent : L'assainissement, la surveillance sanitaire des collectivités et la promotion de la salubrité de l'environnement, la normalisation des critères de pollution et la réglementation de certains déversements en collaboration avec les organismes concernés.

⁷⁹⁴ Article 3 de loi n° 96/12 du 05 aout 1996 portant loi-cadre relative à la gestion de l'environnement, *op.cit.*, Article 8, Alinéa 23.

⁷⁹⁵ MINEP, Stratégie nationale de gestion des déchets au Cameroun, période 2007-2015, 2008, p. 24.

⁷⁹⁶ MINHDU, « Politique Nationale de l'Habitat », *op.it.*, p.100.

Dans sa collaboration avec le MINEPDED en faveur de la gestion de l'environnement, les CTD tirent le fondement législatif de leurs compétences, dans la loi n° 96/12 du 5 août 1996 portant loi-cadre relative à la gestion de l'environnement. En effet, selon l'article 4 de ladite loi, « *Le Président de la République définit la politique nationale de l'environnement. Sa mise en œuvre incombe au gouvernement qui l'applique, de concert avec les collectivités territoriales décentralisées* ». Par ailleurs, pour ce qui est de la gestion des déchets, cette loi indique en son article 46 (1) que « *Les collectivités territoriales décentralisées assurent l'élimination des déchets produits par les ménages, éventuellement en liaison avec les services compétents de l'État, conformément à la réglementation en vigueur* ». Dans le cadre de leur collaboration avec le MINEPDED, quelles sont les actions menées par les Mairies des villes et d'Arrondissement en faveur de la protection de l'environnement.

2-1-3-Ministère de l'Énergie et de l'Eau (MINEE) :

En matière de gestion de l'environnement, le MINEE joue plusieurs rôles. Il est entre autres chargé de l'amélioration quantitative et qualitative de la production d'eau et d'énergie ; de la régulation de l'utilisation de l'eau dans les activités agricoles ; du suivi de la gestion des bassins d'eau⁷⁹⁷.

C'est le décret 2005/087 du 29 mars 2005 qui consacre les attributions du MINEE en matière de gestion des déchets au Cameroun. Dans cette action en faveur de la gestion des déchets, ses attributions portent sur : la conception et la mise en œuvre des programmes d'assainissement en matière d'hydraulique dans les agglomérations urbaines ; l'élaboration et le suivi des schémas directeurs d'assainissement urbain en liaison avec les Ministères techniques concernés ; la surveillance de la maintenance des ouvrages d'assainissement dans les zones urbaines, en liaison avec les administrations concernées ; la surveillance du respect des règles techniques d'exploitation des réseaux d'assainissement en milieu urbain, en liaison avec les collectivités territoriales décentralisées et la sensibilisation de ces dernières à la maintenance des ouvrages d'assainissement⁷⁹⁸.

⁷⁹⁷ Le décret n°2011/408 du 09 décembre 2011 portant organisation du gouvernement remplace l'ex-MINEP par le MINEPDED, Article 8, Alinéa 12.

⁷⁹⁸ *Ibid.*

2-2-Collaboration du MINEPDED avec les Communes d'Arrondissement

C'est la loi du 15 juillet 1987 renforcée par celle du 22 juillet 2004 fixant les règles applicables aux communes qui permet d'identifier les domaines de compétences de chacune de ces entités à échelon décentralisé. À la suite de ces lois, les communes urbaines ont la responsabilité de la gestion de l'environnement en milieu urbain⁷⁹⁹. À ce titre, la commune urbaine⁸⁰⁰ est compétente pour ce qui concerne :

L'alimentation en eau potable ; le nettoyage des rues, chemins et espaces publics communaux ; le suivi et le contrôle de gestion des déchets industriels ; les opérations de reboisement et la création de bois communaux ; la lutte contre l'insalubrité, les pollutions et les nuisances ; la protection des ressources en eaux souterraines et superficielles ; l'élaboration de plans communaux d'action pour l'environnement ; la création, l'entretien et la gestion des espaces verts, parcs et jardins d'intérêt communal ; la gestion au niveau local des ordures ménagères⁸⁰¹.

Le décret du 27 mars 2021 du Premier Ministre fixant les modalités d'exercice de certaines compétences transférées aux communes résume ces compétences en ces termes : « *la Commune est compétente pour l'élaboration des plans d'action pour l'environnement ; et pour la lutte contre l'insalubrité ; les pollutions et les nuisances⁸⁰²* ». La plupart des informateurs rencontrés à ce sujet reconnaissent l'existence d'une collaboration entre le MINEPDED et les CTD. C'est dans cette logique qu'un Adjoint au Maire d'une Commune d'Arrondissement du Mfoundi indique que, « *nous ne réalisons aucun projet d'envergure susceptible d'impacter l'environnement sans inviter le MINEPDED. D'ailleurs les ONG qui optent financer certains de nos projets exigent la présence de ce département ministériel pour des études d'impact environnemental et social⁸⁰³* »

2-3-Collaboration du MINEPDED avec les Mairies des villes

Le MINEPDED bénéficie de la collaboration des Mairies des villes, dans la gestion de l'environnement à Douala et Yaoundé. L'article 110 de la loi du 22 juillet 2004 sur les Communes, en fait large écho. Selon cette loi, la Communauté urbaine est compétente pour : la création, l'entretien, la gestion des espaces verts, parcs et jardins communautaires ; la gestion

⁷⁹⁹Pascal Metzger, « Contribution à une problématique de l'environnement urbain », in *enjeux et pratiques du développement*, Cahier de Sciences Humaines, Vol.30, n°4, 1994, pp.595-619.

⁸⁰⁰Loi n°2004/018 du 22 juillet 2004 fixant les règles applicables aux communes, « La commune a une mission générale de développement local et d'amélioration du cadre et des conditions de vie de ses habitants », Article 3, Alinéa 1.

⁸⁰¹*Ibid.*, Article 16.

⁸⁰²Décret n°2012/0882/PM du 27 mars 2012 fixant les modalités d'exercice de certaines compétences transférées aux communes en matière d'environnement, Article 1.

⁸⁰³Entretien réalisé avec un adjoint au Maire d'une Commune d'Arrondissement du Mfoundi, le 02/10/2021.

des lacs et rivières d'intérêt communautaire ; le suivi et le contrôle de la gestion des déchets industriels ; le nettoyage des voies et espaces publics communautaires ; la collecte, l'enlèvement et le traitement des ordures ménagères ; la création, l'aménagement, l'entretien, l'exploitation et la gestion des équipements communautaires en matière d'assainissement, eaux usées et pluviales ; l'élaboration des plans communautaires d'action pour l'environnement, notamment en matière de lutte contre les nuisances et les pollutions, de protection des espaces verts ; la création, l'entretien et la gestion des cimetières publics ; la création et la gestion de toutes installations à caractère sportif d'intérêt communautaire ; les opérations d'aménagement d'intérêt communautaire ; la constitution de réserves foncières d'intérêt communautaire ; la création et la gestion de centres culturels d'intérêt communautaire ; la participation à l'organisation et la gestion des transports urbains de voyageurs ; l'élaboration et l'exécution de plans communautaires d'investissement ; la planification urbaine, les plans et schémas directeurs, les plans d'occupation des sols ou les documents d'urbanisme en tenant lieu.

Pour accomplir ces missions de protection de l'environnement, les deux villes se sont dotées des organigrammes qui prévoient une Direction de l'urbanisme, de la construction et de l'environnement⁸⁰⁴. Cette Direction est chargée de : la mise en œuvre de la politique environnementale et du cadre de vie ; de la mise sur pied des actions de paysagement de la ville ; de l'entretien des espaces verts et des cimetières⁸⁰⁵. De manière précise, l'article 42 de ladite loi fait connaître qu'il existe un Sous-Direction de l'Environnement et du Cadre de Vie dans cette Direction. Cette Sous-Direction est chargée

De mettre en œuvre les instructions et directives du Délégué dans le domaine environnemental et de l'amélioration du cadre de vie ; d'identifier les nuisances urbaines et les actions de prévention associées ; d'évaluer les activités des prestataires chargés du ramassage, du transport et du traitement des ordures ménagères et des autres déchets ; de veiller à l'application des mesures réglementaires relatives à la promotion d'un environnement urbain sain, en relation avec les services concernés ; de mettre en œuvre des actions de sensibilisation des populations⁸⁰⁶.

Si les personnels du MINEPDED reconnaissent l'existence d'une collaboration avec les Mairies des Villes au profit de la promotion des questions environnementales, ils n'ont pas

⁸⁰⁴L'arrêté N° 01/CUD/2010 du 22 janvier 2010, portant organisation des services de la Communauté Urbaine de Douala, le chapitre 4 est intitulé « Direction de l'urbanisme, de la construction et de l'environnement », Article 39.

⁸⁰⁵*Ibid.*

⁸⁰⁶*Ibid.*

cependant manqué de relever les problèmes liés à l'insuffisance des moyens financiers et humains à cet effet. Pour un cadre de la Délégation Départementale du MINEPDED,

Nous travaillons ensemble avec les Communautés Urbaine. Pour preuve, le MINEPDED a été associé à la réalisation du canal du Mfoundi et son électrification, ainsi qu'à la réalisation de la station du traitement des déchets, située à Afanoyoa à Yaoundé 3. Mais, la collaboration prend souvent des coups faute des ressources financières⁸⁰⁷.

Francois Tiani Keou insiste également sur le manque des ressources financières et humaines pour opérationnaliser la collaboration entre le MINDEPDED et les CTD en faveur de la gestion optimale des questions environnementales⁸⁰⁸.

2-4-Collaboration du MINEPDED avec le Comité Interministériel de l'Environnement (CIE)

Le CIE a été institutionnalisé par la loi-cadre relative à la gestion de l'environnement⁸⁰⁹, pour soutenir les pouvoirs publics dans leurs missions d'élaboration, de coordination, d'exécution et de contrôle des politiques nationales pour la promotion d'un environnement durable⁸¹⁰. Cet organisme a été institué pour pallier le problème d'éparpillement des institutions de promotion des questions environnementales et surtout le chevauchement ou les conflits d'intérêt et de compétences susceptibles de freiner leurs actions. Il se veut une plate-forme de collaboration interministérielle, sous la présidence du MINEPDED et est constitué des acteurs intersectoriels représentant plusieurs départements ministériels, à savoir⁸¹¹ : le MINEPDED ; le MINAT ; le MINADER ; le MINEE ; le Ministère des PME ; le MINEPIA ; le MINH DU, le MIRE ; le MINTOUL ; le MINTP ; le MINT ; le MINEPAT ; le MINCAF ; le MINSANTE ; le MINDEF et le MINFOF.

Cependant, les collaborations évoquées ci-dessus avec le MINEPDED existent beaucoup plus en théorie qu'en pratique. Sur le terrain plusieurs activités d'envergure sont exercées dans les villes de Yaoundé et Douala sans l'avis et la collaboration du MINEPDED.

⁸⁰⁷ Entretien réalisé avec un personnel d'une Délégation Départementale du MINEPDED, le 23/11/2021.

⁸⁰⁸ Francois Tiani Keou, *Douala : Etat de l'environnement et du Développement Durable*, op.-cit., p.106.

⁸⁰⁹ Loi-cadre n°96/12 du 5 août 1996 portant gestion de l'environnement, Article 10, Alinéa 2.

⁸¹⁰ Décret n° 2001/718/PM du 03 Septembre 2001 portant organisation et fonctionnement du Comité interministériel de l'environnement, Article 2, Alinéa 1.

⁸¹¹ Décret n° 2006/1577/PM du 11 septembre 2006 modifiant et complétant certaines dispositions du décret n° 2001/718/PM du 3 septembre 2001 portant organisation et fonctionnement du Comité interministériel de l'environnement. Article 3.

Dans le but d'éloigner ce dernier et fonctionner en solo, presque tous les départements ministériels se sont dotés chacun d'une Direction ou d'une Sous-Direction en charge des questions environnementale. A défaut d'engager leur Direction en charge des questions environnementales dans certains projets d'envergure, ce sont les cabinets privés qui sont souvent sollicités par ces départements ministériels pour réaliser des études d'impact environnemental et social. Cette situation est à l'origine de plusieurs déviations aux conséquences environnementales et sanitaires néfastes dans les deux villes. Plusieurs structures s'y sont installées sans le moindre respect des règles élémentaires de protection de l'environnement. C'est le cas des stations d'essences et des industries brassicoles installées en plein centre urbain, jouxtant plusieurs maisons d'habitation.

II-Expériences de collaboration intersectorielle spécifiques aux villes de Yaoundé et Douala vécues par les acteurs à échelon décentralisé.

En dehors de projets de collaboration réalisés par les départements ministériels à l'effet d'intégrer les objectifs de santé dans les politiques d'habitat à Yaoundé et Douala, les exécutifs communaux à l'instar des Mairies des Villes et d'Arrondissements de Yaoundé et Douala ont reconnu avoir réalisé des projets de collaboration intersectorielles spécifiques pour résoudre des problèmes de santé propres à chacune des deux villes. Ces collaborations ont été menées en faveur de la promotion des questions de santé urbaine dans le cadre de la mise en œuvre du canal de Mfoundi phases I et II, du concours « Yaoundé ville propre », de la lutte contre le choléra, du drainage pluvial, de « Douala Clean City », la collaboration entre le Maire de la Ville et les Maires des Communes d'Arrondissements de Douala. Avant de mettre en relief les différentes expériences de collaborations spécifiques aux capitales économique et politique, il a été d'abord question de faire une brève présentation qui relève les réalités et les logiques de ces deux villes.

A- Réalités, logiques et pratiques d'acteurs dans la ville de Yaoundé

Cette partie de l'étude s'articule autour d'une brève présentation de la ville de Yaoundé et les différentes expériences de collaboration intersectorielle vécues par les exécutifs communaux de ladite ville pour la promotion des questions de santé urbaine.

1-Présentation de la ville de Yaoundé

La ville de Yaoundé, cadre spatial de cette recherche, est la capitale politique du Cameroun, le chef-lieu de la région du Centre et du département du Mfoundi. Elle a été fondée en 1889 par les Allemands. Située à environ 250 kilomètres de la côte Atlantique,

elle s'étend entre les latitudes 3°45' et 3° 59' Nord et les longitudes 11° 25' et 11° 45' Est. Considérée comme la deuxième plus grande agglomération après Douala, elle est limitée au Nord-ouest par le département de la Lékié, au Nord-Est par le département de la Mefou-et-Afamba, au Sud-Ouest par le département de la Mefou-et-Akono⁸¹². Yaoundé se situe dans une région dont le climat est de type subéquatorial, tempéré par l'altitude qui modère les écarts de températures. Actuellement, ce climat évolue vers une situation de température en hausse et d'une abondante pluviométrie, avec pour conséquences des inondations et des glissements des terrains⁸¹³. Le site de Yaoundé est très vallonné, présente des contraintes naturelles et des limites à l'extension urbaine. Le site collinaire induit des risques importants tels que l'érosion, les mouvements de terrain et les inondations qui posent des problèmes à l'urbanisation et au bien-être des populations⁸¹⁴. Estimée à environ 4, 8 millions d'habitant en 2020, Yaoundé connaît une forte croissance démographique annuelle de 5, 9 par an⁸¹⁵ en raison de facteurs comme : l'exode rural, la croissance naturelle, le rôle administratif, politique, universitaire, commercial et industriel. De ce fait, cette ville abrite tous les principaux groupes ethniques qui composent le Cameroun auxquels s'ajoutent des contingents plus ou moins nombreux de tous les pays étrangers.

La ville de Yaoundé est dotée de multiples activités administratives, commerciales, industrielles, tertiaires et agricoles. En tant que capitale politique et administrative du Cameroun, elle abrite le siège de toutes les institutions nationales, et plusieurs institutions internationales. On y dénombre plus d'une quarantaine de représentations diplomatiques (ambassades et consulats) et environ une cinquantaine de représentations d'organisations internationales. Yaoundé abrite une pléthore d'institutions de promotion des services de santé publique et privée comme le MINSANTE, les FOSA, l'OMS et GIZ ; des institutions de promotion des questions environnementales, de logements et d'établissements humains favorables aux objectifs de santé à l'instar de : MINHDU, MINDCAF, MINT, MINTP, MINEPDED, MINTOUL, SIC, MAETUR, CFC, ONU-Habitat, MATGENIE, LABOGENIE, tous les CTD et la société civile.

Cependant, la gouvernance institutionnelle et administrative connaît quelques pesanteurs du fait de plusieurs facteurs : la répartition des attributions et compétences entre la Mairie de la Ville et les sept communes d'arrondissements est peu lisible dans la pratique et entraîne des conflits ; l'absence de collaboration dans les interventions des divers organismes

⁸¹² Paul Blaise Mabou, « Pouvoirs publics et aménagement urbain à Yaoundé », Thèse de Doctorat en géographie urbaine, Université de Yaoundé I, 2013, p.5.

⁸¹³ Communauté urbaine de Yaoundé, Plan Directeur d'Urbanisme, 2020, p. 10.

⁸¹⁴ *Ibid.*, p. 13.

⁸¹⁵ Site internet : United Nations' Population: <http://www.un.org/esa/population>, consulté le 18/08/2021.

et administrations. Ce qui provoque la cacophonie et le manque de cohérence dans la promotion des questions de santé urbaine. Cette cacophonie entrave l'action de collaboration pour la promotion des objectifs de santé dans la capitale politique du pays. La ville de Yaoundé possède certes des infrastructures sanitaires de référence bien connues ainsi qu'un foisonnement des prestataires parallèles de soins de santé. Cependant, plusieurs citoyens, vivant dans des quartiers précaires ou non planifiés, construisent et bricolent des offres de soins qui leur permettent juste de « *rester debout* » comme le dirait le sociologue Ela⁸¹⁶.

2-Expériences de collaboration spécifiques à la ville de Yaoundé

Dans la ville de Yaoundé, plusieurs projets relatifs à l'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain ont été réalisés par la Mairie de ladite ville en étroite collaboration avec les autres secteurs. Les exemples les plus récents et visibles concernent la réalisation du projet construction du canal du Mfoundi dénommé PADY et l'implémentation du concours « Yaoundé ville propre ». La mise en œuvre de ces projets a nécessité la collaboration tous azimuts des acteurs intersectoriels comme, le MINAT, le MINHDU, le MINSANTE, le MINDDEVEL, le MINEPDED, le MINEE, ENEO, CAMWATER, la SIC, la MAETUR, HYSACAM, les FMO, les communes d'Arrondissement, les chefs traditionnels et les populations. Un agent de la Mairie de Ville n'a pas hésité de souligner cette collaboration en ces termes :

Nous avons réalisé plusieurs projets avec la collaboration des autres secteurs. C'est le cas des gestions des parkings publics, des marchés, des déguerpissements des populations sur des zones à risque et les voies publiques, les démolitions des bâtiments construits anarchiquement avec les Forces de Maintien de l'Ordre(FMO) ;la réalisation du projet PADY et l'implémentation du concours « Yaoundé ville propre » avec les acteurs du MINAT, du MINDUH, d'HYSACAM, du MINSANTE, du MINDEVEL, du MINEPDED, du MINEE,d' ENEO, de CAMWATER, de la SIC, de la MAETUR, des FMO, des Communes d'Arrondissement, des chefferies traditionnelles et de la communauté. C'est pareil de leur côté également ils nous invitent aussi. Dans le cadre par exemple du planning, plan d'urgence triennal, la campagne nationale d'hygiène, de salubrité et d'embellissement des villes camerounaises dénommée concours national « villes propres » et les deux éditions de la Journée Mondiale de l'Habitat (JMH) portées par le MINDUH, les communautés urbaines de Yaoundé et de Douala ont été toujours associées⁸¹⁷.

⁸¹⁶ Jean-Marc Ela, *Innovations sociales et renaissance de l'Afrique noire. Les défis du « monde d'en bas »*, Paris, L'Harmattan, 1988.

⁸¹⁷ Entretien réalisé à Yaoundé avec un responsable d'une Mairie de la ville, le 26/11/2021.

Les exemples les plus illustratifs des projets réalisés par la Mairie de la ville de Yaoundé dans le cadre des collaborations intersectorielles concernent la construction du canal de Mfoundi phases I et II et le concours « Yaoundé ville propre ».

2-1-Construction du canal de Mfoundi/le PADY I et II.

Dans le souci d'améliorer le cadre de vie des populations urbaine, la Communauté Urbaine de Yaoundé a mis en œuvre le Projet d'Aménagement et de Développement de Yaoundé dénommé PADY I et II, en collaboration avec les acteurs des secteurs cités ci-dessus. La réalisation de ces deux phases du projet, vise comme objectif global, l'amélioration de façon durable des conditions d'assainissement pluvial, d'hygiène et de santé des populations citadines. Aujourd'hui à terme, la deuxième phase de ce projet a été réalisée grâce à la synergie d'action entre les acteurs des départements ministériels, des partenaires financiers et techniques, des sept Communes d'Arrondissement, des associations et des populations de la ville de Yaoundé. Les rôles joués par les différents secteurs dans la réalisation de ce projet sont mentionnés ci-dessous.

Le document du projet réalisé par la Cellule d'exécution du projet, logé à la Communauté Urbaine de Yaoundé a défini ainsi qu'il suit les missions accomplies par chaque secteur dans de la construction de ce canal et ses affluents⁸¹⁸ :

- la Communauté Urbaine de Yaoundé entant que maître d'ouvrage, assurait la coordination du projet et la passation du marché spécial ;
- le MINSANTE avait pour missions de renforcer les activités d'hygiène et de salubrité ;
- le MINHDU, membre du comité du pilotage et du suivi des travaux, détenait la contrepartie de l'État. C'est dans sa ligne budgétaire que la contrepartie de l'État a été logée ;
- le MINEPDED animait les séminaires et les campagnes de sensibilisation et d'information des responsables de collectivités territoriales décentralisées sur les risques liés aux changements climatiques et aux mesures qu'il conviendrait d'adopter. Il a également veillé sur toutes les questions environnementales et était chargé de la mise en œuvre d'activités financées par le Fonds pour l'Environnement Mondial (FEM), d'étude, et des éléments liés à l'adaptation aux changements climatiques ;

⁸¹⁸ Communauté Urbaine de Yaoundé, Cellule d'exécution du projet, Deuxième phase du projet d'assainissement de Yaoundé (PADY II),

- le MINEPAT portait la coopération internationale en termes de négociation de financement avec les bailleurs de fonds ;

- les Communes d'Arrondissement, après avoir bénéficié de la formation des renforcements des capacités et de la dotation du matériel d'assainissement ont mené spécifiquement à bien la lutte antivectorielle et la précollecte des déchets ;

- les partenaires financiers et techniques comme la Banque Africaine de Développement (BAD), l'Agence Française de Développement (AFD) et le Fonds pour l'Environnement Mondial (FEM) ont mobilisé les ressources financières escomptées par le principe du cofinancement ;

- les associations de quartiers, après avoir bénéficié tout comme les Communes de formation de renforcement de capacité et de matériel, ont effectué :

- des dialogues/sensibilisations des autorités locales, des chefs de services d'hygiène des Communes, des Chefs de quartiers, des chefs de blocs et des autorités religieuses ;

- des diffusions aux messages concernés par la collecte en porte à porte des fréquences et des horaires de passage ;

Concernant l'encadrement des opérations de précollecte, un cabinet de consultant spécialisé qui regroupe à son sein, des compétences en sociologie, en hygiène et santé, en communication et maîtrisant aussi les questions liées à l'environnement, aux changements climatiques et en genre a été mobilisé pour la cause. Il a défini l'état des lieux et compte tenu de la diversité du public cible et de l'accès aux moyens classiques, ce cabinet a également défini la stratégie appropriée en faisant la segmentation du public cible et en adoptant une stratégie mieux indiquée pour chaque groupe. Les canaux ci-dessous ont été adoptés :

Au niveau des quartiers structurés (haut et moyen standing) :

- des spots par le biais des médias écrits et radiotélévisés ;

- des messages à placarder dans les quartiers à des points stratégiques (entrée des grands magasins, des supermarchés, des écoles, des lieux de culte, etc.) ;

- des communiqués au niveau de la ville, délivrés par le délégué du gouvernement auprès de la Communauté Urbaine invitant les populations à plus de civisme dans la gestion des déchets solides.

-l'organisation des conférences de presse télévisées avec des personnalités impliquées à un haut niveau à la gestion de la ville.

Avec les habitants des quartiers spontanés, les canaux suivants ont été utilisés : réunions communautaires ; caravanes d'information et de sensibilisation ; projections des documentaires dans les quartiers ; sensibilisation par le tissu associatif ; notamment les associations travaillant dans le secteur de l'assainissement et de l'environnement ; sensibilisation de porte à porte ou communication interpersonnelle ; sensibilisation par médias de masse (radio, télévision).

2-2- Concours « Yaoundé ville propre ».

Il a été lancé par le Maire de la ville qui abrite le siège des institutions du Cameroun. Selon lui, Yaoundé est le principal site retenu pour accueillir la Coupe d'Afrique des Nations de football (CAN Énergie 2021), la plus importante compétition sportive continentale qui va drainer du beau monde. Joueurs, officiels, touristes, visiteurs, viendront à Yaoundé vivre ces belles fêtes du football. Cette présence d'étrangers dans notre ville doit être l'occasion pour montrer son meilleur visage sur les plans de l'hospitalité légendaire du Cameroun, mais aussi, et surtout sur le plan de l'assainissement et de l'embellissement qui sont les aspects les plus visibles et que les visiteurs retiendront une fois partis. C'est ce qu'explique le maire en ces termes :

La présente réunion est consacrée à la préparation des opérations d'hygiène et de propriété générale qui seront réalisées dans tous les quartiers des sept arrondissements de Yaoundé dans les prochains jours. Comme nous le savons déjà, notre ville Yaoundé est parmi les villes qui vont abriter les matchs de la Coupe d'Afrique des Nations de football qui va se dérouler dans notre pays en janvier et février 2022. Population de Yaoundé nous devons donc nous préparer à l'instar des autres instances et parties prenantes à accueillir nos hôtes dans un cadre de vie et environnement propres, salubres et accueillants. Car, je souhaite que nos invités gardent cette image de la ville de Yaoundé une fois arrivés au Cameroun et même quand ils seront chez eux⁸¹⁹

C'est ce qui a justifié le lancement de la Campagne d'Hygiène et de propreté dénommée concours « Yaoundé ville propre » par le Maire de la ville de Yaoundé. Cette opération de nettoyage général des ordures et autres déchets collectés par les cent camions d'HYSACAM et qui déroulé entre la période du 27 août au 29 septembre 2021, mettait en compétition les acteurs des secteurs suivants : les quartiers, les jardins et les marchés de la ville. L'objectif global de ce concours départemental est de sélectionner et de primer dans chaque Commune les trois

⁸¹⁹ Extrait du discours du Maire de la ville de Yaoundé aux chefs traditionnels dans la salle de réunions de ladite Mairie, relatif aux préparatifs de la CAN TOTAL Energie 2021, le 02/08/2021.

quartiers ; les trois marchés et les trois jardins les plus propres de la ville. C'est ce que tente d'expliquer le Maire de la Ville dans les propos qui suivent :

Pour pouvoir apprécier la qualité du nettoyage fait ou l'aspect des qualités de la ville, des prix sont fixés ainsi qu'il suit : Prix des quartiers les plus beaux par arrondissement, ça fera un total de 7 prix. Et au niveau du département, nous aurons les quartiers les plus beaux du département ou bien de la ville de Yaoundé et à ce niveau, on a le premier prix, le deuxième prix, le troisième prix. Le comité interministériel a déjà été mis en place par arrêté municipal pour suivre ces opérations pendant la durée d'un mois et il va procéder à l'évaluation et au classement dont je viens de parler. Ce classement va également concerner les marchés les plus propres de la ville de Yaoundé et à ce niveau il y aura 3 prix : 1er prix, 2^e prix et 3^e prix. Ces prix s'étendront aussi à ceux qui font le jardinage, nous classerons également les jardins les plus beaux par arrondissement et au niveau du département⁸²⁰.

Pour le chef de l'exécutif de la capitale politique, ces prix constituent une source de motivation qui doivent booster la population à se socialiser avec la culture de propreté et d'hygiène. Cette dernière doit se pérenniser dans le temps à travers le travail continu des agents de socialisation de base par excellence que sont les familles et les établissements scolaires. À cet effet, le Maire déclare :

J'ai convié à cette réunion les délégués départementaux du MINESEC et du MINDUB. Je vous demande de sensibiliser les enfants, les écoliers, les élèves par le biais des enseignants à cet effet. Je suggère aux responsables des services publics concernés de bien vouloir instruire les enseignants, de sensibiliser leurs écoliers et élèves sur les gestes à éviter et à poser dans nos rues. Les sensibiliser par exemple sur le fait de ne pas jeter les ordures n'importe où, les entretenir sur les gestes recommandés par exemple garder ses ordures avec soi ou alors les jeter uniquement dans des poubelles. À partir de cette campagne les mauvaises pratiques seront supprimées dans notre ville. Les sanctions sont prévues pour les indisciplinés. Les bacs et les camions d'HYSACAM seront renforcés et HYSACAM fera des efforts pour que ses camions fassent plusieurs rotations par jour⁸²¹.

De manière spécifique, il sera question de: organiser au niveau de chaque Arrondissement un concours visant à sélectionner et récompenser les deux quartiers, trois marchés et trois jardins les plus propres du département; sensibiliser et mobiliser les acteurs pour les opérations d'entretien des espaces urbains et du cadre de vie ;promouvoir et pérenniser les initiatives locales en matière d'hygiène et de salubrité ; renforcer la participation collective des élus locaux, les autorités traditionnelles, la société civile et les populations dans l'entretien et la préservation des espaces urbains .

⁸²⁰Extrait du discours du Maire de la ville de Yaoundé aux chefs traditionnels dans la salle de réunions de ladite Mairie, *op.cit.*

⁸²¹*Ibid.*

Cette activité est coordonnée et présidée par une équipe intersectorielle constituée pour la circonstance : du Préfet du Département Mfoundi (Président); du Maire de la ville de Yaoundé(Vice-Président) ; des Délégués départementaux du MINHÉDU et du MINDDEVEL(rapporteurs) ; des Sous-Préfets territorialement compétents et maires des sept Arrondissements, du Délégué régional du MINSANTE Centre; du Délégué Départemental du MINEPDED du Mfoundi; du représentant de la Société HYSACAM ; des chefs traditionnels de 2^{ème} et 3^{ème} degré, sont tous des membres.

Malgré, tous ces efforts, la ville de Yaoundé est devenue quelques temps après la Coupe d’Afrique, une ville poubelle. Des collines des déchets ménagers et des eaux usées cohabitent avec les populations et des aliments destinés à la consommation. Ce qui constitue des risques sanitaires. Cette crise liée à la gestion des déchets témoigne de la faiblesse des collaborations initiées pour la promotion des cadres de vie sains à Yaoundé. Elles sont des coalitions circonstanciées et temporaires. Pourtant, la gouvernance urbaine liée à la gestion des ordures et des questions environnementales et urbaines, nécessite la mise en œuvre de l’approche HiAP qui implique une collaboration permanente.

B-Réalités, logiques et pratiques d’acteurs dans la ville de Douala

Cette partie de l’étude tourne autour de deux points à savoir : une brève présentation de la ville de Douala et les différentes expériences de collaboration intersectorielle vécues par les exécutifs communaux de cette ville en vue d’intégration des objectifs de santé dans les politiques d’habitat urbain.

1-Présentation de la ville de Douala

Capitale économique du Cameroun, Douala est située en bordure de l’Océan atlantique, au fond du golfe de Guinée à l’embouchure du fleuve Wouri. Cette ville s’étend sur les deux rives du fleuve. Son climat se caractérise par des précipitations abondantes. Ces fortes précipitations et sa proximité avec les rives sont à l’origine des inondations récurrentes qui constituent la cause du développement des maladies comme le paludisme et le choléra⁸²². Estimée à plus de 4, 9 millions d’habitants en 2015 avec un taux d’accroissement de 6,4 %, la ville de Douala concentre plus de 10% de la population du pays et 20 % de la population urbaine. Elle est la plus grande ville de la zone CEMAC et par conséquent du Cameroun⁸²³. Ville à fort taux d’occupation, elle attire plus de cent mille nouveaux arrivants par an. De ce

⁸²² Virginie Laure Nantchop Tenkap, « L’action publique urbaine à l’épreuve des réformes du service d’eau à Douala (Cameroun) », 2015, Pp 61-71, consulté en ligne sur <https://doi.org/10.4000/geocarrefour9686>

⁸²³ Communauté Urbaine de Douala, Plan Directeur d’Urbanisme de Douala à l’horizon 2025, P15.

fait, elle est composée d'une mosaïque des différentes ethnies du Cameroun⁸²⁴ auxquelles s'ajoutent des contingents de tous les pays étrangers. À cet effet, il se pose des problèmes liés à l'occupation du sol, à l'environnement, à la santé et au logement.

La ville de Douala a depuis 1987, le statut de la communauté urbaine. Ce régime dérogatoire supprime la fonction du Maire en faveur d'un délégué du gouvernement. La loi constitutionnelle du 18 janvier 1996 modifie le régime de la communauté urbaine qui est dirigée par un délégué du gouvernement, mais qui crée également six communes urbaines d'arrondissement dotées des conseillers municipaux élus. Depuis 2020, le Maire de la Ville de Douala est élu par les conseillers municipaux des six communes d'arrondissement. La tutelles administrative et territoriale sont gérées par le gouverneur, le Préfet et les Sous-Préfets. Sur le plan économique, Douala s'est imposée comme capitale économique du Cameroun grâce à son port qui a permis de développer près de 80% des activités industrielles du pays. Les sièges des plus grandes entreprises du pays sont installés à Douala. Ce qui fait d'elle la plus grande ville industrielle du Cameroun. D'où les conséquences liées aux pollutions de l'environnement par des déchets et des fumées⁸²⁵. Tout comme la ville de Yaoundé, Douala possède des infrastructures sanitaires de référence bien connues ainsi qu'un foisonnement des prestataires parallèles de soins de santé ; mais, il se pose des difficultés liées à la qualité des plateaux techniques et d'accès à ces services de soins.

2-Expériences de collaborations propres à la ville de Douala

Dans le même ordre d'idées que les exécutifs communaux de la ville de Yaoundé, ceux de la capitale économique ont mené des projets de collaboration avec l'appui des autres secteurs dans le but d'intégrer les questions de santé dans les politiques des établissements humains. Les exemples les plus visibles concernent les collaborations entretenues pour lutter contre le choléra, la réalisation du drainage pluvial et la mise en œuvre de l'opération « Douala Clean City », ainsi que l'aménagement des quartiers riverains des drains sans oublier la création d'une plateforme de collaboration entre le Maire de la Ville et les Maires des Communes d'Arrondissements de Douala pour la promotion d'un cadre de vie convenable.

⁸²⁴ William II Paulin Bissou, « Autochtone, foncier et urbanisation de Douala au Cameroun », *Ethnologies*, Vol.43, n° 2, 2021, Pp. 63-84.

⁸²⁵ Blaise Nguendo-Yongsi, Gérard Salem & Jean-Pierre Thouez, « Risques sanitaires liés aux modes d'assainissement des excréta à Yaoundé, Cameroun », *op.cit.*

2-1- Collaboration intersectorielle contre le choléra.

Face à la résurgence du choléra dans la ville de Douala, les personnels de la Mairie de cette ville reconnaissent l'existence d'une plateforme de collaboration mise sur pied sur l'initiative du Maire de la ville, pour riposter à l'épidémie du choléra dans cette ville. Les membres de ce comité départemental se réunissent sur convocation du Préfet au Cercle Municipal à l'effet de prendre des mesures nécessaires pour répondre efficacement à cette maladie. Un cadre en service à la Communauté Urbaine confirme l'existence et l'importance de cette plateforme en ces termes : « *Sur l'initiative du Maire de la ville, une plateforme de collaboration chapeautée par le préfet du Wouri et qui permet de réunir les acteurs des divers secteurs au cercle municipal sur convocation du Préfet, pour répondre efficacement à cette épidémie, a été mise sur pied*⁸²⁶ ». On peut citer comme exemple, la première rencontre du 05 avril 2022, qui réunit tous les acteurs des secteurs concernés par la promotion de la santé urbaine, à savoir : les autorités admiratives avec à leurs têtes, le Préfet du département du Wouri, les Maires des Communes d'Arrondissements du Wouri, les Conseils municipaux, les responsables des établissements scolaires, les autorités traditionnelles, sanitaires et religieuses, les membres de la société civile, les responsables des ONG et chefs de ménages⁸²⁷. Selon Cameron, tribune, le Maire de la ville n'est pas passé par quatre chemins pour relever l'importance de la mise en œuvre de cette plateforme de collaboration intersectorielle dans la sensibilisation et la prévention du choléra qui sévit particulièrement à Douala II et IV ⁸²⁸.

2-2- Collaboration pour la réalisation du drainage pluvial et l'aménagement des quartiers riverains aux drains

Dans le but d'améliorer le cadre et les conditions de vie des populations en proie aux abondantes inondations qui causent des maladies hydriques et épidémiques, la Mairie de la Ville Douala en collaboration avec les autorités administratives et locales, a entrepris de réaliser plus de 100 km de drains. Cette action permet de calibrer les exécutoires et augmenter la capacité de drainage des neuf cours d'eau naturels principaux correspondants au neuf bassins versants de la capitale économique du Cameroun. Ces projets qui tirent déjà vers sa fin a été financé à hauteur de 109 milliards de FC FA par l'Agence Française de Développement (AFD). Ces travaux sont réalisés dans neuf quartiers considérés comme zones cibles et où ont été aménagés des drains primaires et secondaires. Il s'agit des quartiers Bepanda Gentil, Maképe

⁸²⁶ Entretien réalisé avec un cadre en service à la Mairie de la Ville de Douala, le 23/03/2022.

⁸²⁷ Consulté en ligne sur <https://www.cameroontribune.cm>, le 15/10/2022.

⁸²⁸ *Idid*.

Maturité, Sic Cacao, Bepanda Cacao Barry, Ngodi, Brazzaville (Bonaloka), Bonewanda, Bessengué, Kondi Cité des Palmiers, des quartiers des arrondissements de Douala 1, 2, 3, 4 et 5. Ces propos d'un cadre communal retracent ce projet comme suit :

Plus de 100 km de voies ont déjà été réalisées, et près de 300km sont en études. Grâce à un projet de 109 milliards cofinancé par l'AFD et l'État, la CUD a contribué à la construction/réhabilitation de canaux principaux prioritaires (48km) mais aussi à la protection et à la délimitation des emprises des canaux par un aménagement paysager, et la réalisation de voies sur berges (23km) ...⁸²⁹.

Dans l'optique de contribuer à l'épanouissement des populations citadines, des équipements socio-collectifs ont été greffés à ce projet. Il s'agit notamment des infrastructures sportives, de loisirs pour enfants et des aires de repos. À cet effet, le cadre communal cité ci-dessus confirme :

Il s'agit aussi de la mise en œuvre d'un programme d'équipements de sports, de loisirs et de proximité. Des espaces sont prévus pour l'agora sur les différents sites, des femmes, des hommes et enfants. Nous invitons de ce fait les jeunes de toute la ville à s'intéresser aux activités sportives, à savoir des loisirs sains⁸³⁰.

À terme, cet aménagement des drains permettra de réduire les déterminants de santé urbaine à plusieurs niveaux avec notamment la suppression des nuisances et dommages liés aux inondations tant sur les infrastructures routières et urbaines que sur les habitations ; la réduction et la disparition des eaux souillées stagnantes qui participaient à la propagation de vecteurs de maladies et la facilitation de la mobilité urbaine et la valorisation du domaine foncier.

2-3- Collaboration pour la mise en œuvre de l'opération « Douala Clean City »

Initié par le Maire de la ville de la capitale économique et lancé le 31 octobre 2023 avec le soutien et l'accompagnement des autorités administratives du Wouri, le projet baptisé « Douala Clean City » a pour objectif de lutter contre l'insalubrité et promouvoir l'assainissement de la ville de Douala. Cette opération qui est menée par la Mairie de la ville en collaboration avec les autorités administratives, municipales et les Maires d'arrondissement est déjà entrée dans sa deuxième phase. Dans le but d'opérer des changements des comportements des populations sur les questions liées à la propreté de ladite ville, les opérations de sensibilisation se poursuivent dans les marchés, les rues, ainsi que les saisies des marchandises pour les cas délicats et récidivistes. C'est ce qui ressort en substance des propos d'une autorité administrative pour qui, « *les municipalités ne toléreront plus les occupations anarchiques des voies publiques comme les trottoirs et les routes par les marchandises et les*

⁸²⁹Entretien réalisé avec un cadre en service à la Mairie de la Ville de Douala, *op.cit.*

⁸³⁰ *Ibid.*

ordures. À cet effet, nous exhortons les ménages à disposer des sacs de poubelle et n'en sortir que les jours de ramassage qui leur seront communiqué au préalable⁸³¹ ».

Pour matérialiser et pérenniser ce programme de promotion d'hygiène indispensable pour la santé des citoyens, chaque Maire d'arrondissement et ses adjoints mènent des actions de terrain dans leur arrondissement en collaboration avec les Sous-préfets et les forces de maintien de l'ordre. Cette opération a déjà commencé à porter ses fruits dans la ville. Ceci se matérialise par la fluidité de la circulation dans les zones névralgiques à l'instar du carrefour Ndokoti, des lieux publics comme le marché central de Douala II, de Mboppi, de 4 étages Bonaberi et Ndogpassi.

2-4-Collaboration CUD-CAD pour la gestion des parking et marchés

Elle permet de réunir de manière hebdomadaire tous les Maires des Communes d'Arrondissements autour du Maire de la ville de Douala, à l'effet de créer une meilleure coordination relative à la gestion des parkings et des marchés. Le cas du marché central est en étude avec la Commune d'Arrondissement de Douala II. Les mécanismes sont en train d'être mis en œuvre pour une bonne gestion des ressources financières générées. Un Maire d'une Commune d'Arrondissement de Douala, reconnaissant l'existence de cette collaboration, relève également ses bienfaits en ces termes :

Le Nouveau Maire de la ville a créé dès son arrivée une plateforme de concertation avec tous les Maires des Communes d'Arrondissements. Cette plateforme de collaboration est tellement importante parce qu'elle nous permet de résoudre des problèmes liés aux conflits de compétences et d'intérêt qui nous séparaient jadis et nous empêchaient de collaborer normalement pour le bien-être de nos populations respectives⁸³²

La création de cette plateforme de collaboration entre les exécutifs communaux vient réduire les conflits d'intérêt et de compétence qui jadis empêchait la promotion des questions d'aménagement et d'urbanisme dans la capitale économique du pays.

En somme, ce chapitre qui se termine nous a permis de parcourir les différentes expériences de collaboration intersectorielle communes aux villes de Douala et Yaoundé menées et entretenues par les acteurs en vue de l'intégration des objectifs de santé urbaine dans les politiques d'habitat d'une part et d'autre part, il a permis de mettre en lumière les expériences de collaboration spécifiques aux capitales politique et économique du pays. Ainsi,

⁸³¹Entretien réalisé avec un cadre en service à la Mairie de la Ville de Douala, *op.cit.*

⁸³² Entretien réalisé à Douala avec un Maire d'une Commune d'Arrondissement du Wouri, le 23/03/2022.

les expériences de collaboration communes aux deux villes concernent celles réalisées par le MINHDU en collaboration avec d'autres secteurs pour l'obtention des titres fonciers par le canal des commissions consultatives chargées de la gestion du domaine national, les concours nationaux villes propres, la mise en œuvre de la politique nationale de l'habitat et les journées mondiales de l'habitat. En tant que maître d'ouvrage, le MINSANTE a réalisé en collaboration avec plusieurs secteurs des projets tels que le plan stratégique national de lutte contre le VIH/Sida et les IST, le choléra, les suivis- évaluations de la Stratégies Sectorielle de Santé (SSS) 2016-2017, le Plan de Développement Sanitaire (PNDS), la politique nationale d'hygiène et salubrité et la Stratégie Nationale de Développement (SND30). Les autres départements ministériels à l'instar du MINTOUL, du MINEPDED, des organismes spécialisés et partenaires de ces derniers ont également mené respectivement des collaborations dans le cadre de la mise en œuvre des politiques de gestion et d'exploitation des établissements de tourisme et des loisirs et des politiques de protection de l'environnement. Les expériences de collaboration spécifiques aux villes de Douala et Yaoundé ont été réalisées essentiellement par les CTD compte tenu du contexte de décentralisation. A Yaoundé, elles portent sur les réalisations du canal du Mfoundi/ PADY I et II et le concours Yaoundé ville propre initiées par la Mairie de la ville de Yaoundé pour lutter contre le phénomène d'insécurité et les inondations, ainsi que la promotion des cadres de vie sains. Plusieurs actions de collaboration ont été également menées par les exécutifs communaux de la ville de Douala pour promouvoir des questions de santé urbaine. Il s'est agi des collaborations entrevues au profit de : la lutte contre le choléra ; la réalisation du drainage pluvial et l'équipement des quartiers riverains aux drains aménagés ; la mise en œuvre de l'opération « Douala Clean City » et la gestion des parkings publics et des marchés. Bien que ces collaborations existent en théorie, elles rencontrent des difficultés à se matérialiser sur le terrain du fait des conflits d'intérêt et de compétences qui cachent l'égoïsmes et le refus des acteurs à collaborer avec les autres secteurs. Elles sont des collaborations de façade et temporaires aux effets insuffisantes et inefficaces sur la promotion escomptée des questions des santé urbaine.

CONCLUSION DE LA DEUXIÈME PARTIE

Cette partie de la thèse s'est entendue sur les différents acteurs(secteurs) en charge de la promotion des objectifs de santé urbaine et les expériences des projets de collaboration intersectorielle visant l'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain à Yaoundé et Douala menées par les acteurs. Structuré en deux chapitres, le premier a passé en revue les différents acteurs ou institutions et leurs missions respectives menées dans le cadre de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques des établissements humains des capitales économique et politique. Le second chapitre, quant à lui, était consacré à l'examen des différents projets réalisés par ces institutions dans le cadre des collaborations intersectorielles à l'effet d'intégrer les questions de santé dans les politiques des établissements humains desdites capitales.

Les acteurs en charge de la réalisation des projets de collaboration intersectorielle au profit de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain sont d'ordre national et international et organisés par catégories. Ils sont plus nombreux au niveau national qu'international. Au niveau national, il s'agissait entre autres, des institutions publiques, des acteurs privés et groupes associatifs. Au niveau international, il était question des partenaires techniques et financiers de promotion des objectifs de santé urbaine.

Comme annoncé, parmi les institutions qui militent en faveur de la collaboration intersectorielle pour l'intégration des questions de santé urbaine dans les politiques des établissements humains au niveau national, figurent au premier rang les établissements publics. Ces derniers sont composés des institutions publiques, des organismes spécialisés, techniques et financiers dont les uns mènent des actions de coordination et les autres des actions axiales et complémentaires. Le MINSANTE et le MINH DU constituent les principaux départements ministériels en charge de la coordination en termes de réalisation des activités d'intégration et de collaboration intersectorielle pour la promotion des objectifs de santé dans les politiques des établissements humains. Pour assurer leurs missions de promotion des questions de santé publique, ces deux départements ministériels s'appuient sur des institutions spécialisées telles que le : CENAME, ONSP, CIRCB, CNLS, PNLP, PNLO, PNLL, PEVG, PNLTHA, PNDS, CMA et CSI. Pour la promotion des infrastructures de logements décentes, ils s'appuient sur la SIC, la MAETUR et le CFC.

Cependant, les actions menées par ces institutions de manière sectorielle en faveur de

la promotion des questions de santé urbaine, ont été affaiblies par des obstacles socioéconomiques et politiques. D'où la nécessité de mettre ces organismes en synergie pour rendre plus efficace et efficiente leurs actions de promotion de questions de santé urbaine.

Plusieurs autres départements ministériels et institutions spécialisées jouent des rôles axiaux et complémentaires dans le cadre de collaboration en faveur de la promotion des objectifs de santé dans les politiques des établissements humains. Il s'agit des ministères ci-après : MINCAF, MINEPDED, MINTOUL, MINDDEVEL et MINEE. Ces départements ministériels collaborent avec des institutions spécialisées, techniques et financières spécialisées pour la promotion de la santé urbaine, à savoir le : LABOGENIE, MINPROMALO, FEICOM, CAMWATER, ENEO, CNCEDD, CIE et les CTD.

Les acteurs privés et les groupements associatifs ne sont pas en reste. En effet, les actions menées par certaines institutions de promotion d'urbanisme, d'aménagement, des question environnementales ; des entreprises industrielles, concessionnaires de service de base comme ENEO, CAMWATER et des opérateurs de collecte des déchets comme HYSACAM et BOCOM, jouent des rôles supplémentaires dans le cadre des collaborations intersectorielles au profit de la promotion de la santé urbaine dans les politiques des établissements humains en milieu urbain.

Plusieurs institutions internationales collaborent avec le Cameroun à l'effet de lui apporter des soutiens techniques et financiers dans le cadre de la promotion des questions de santé urbaine. Il s'agit entre autres de : OMS, GIZ, et ONU-Sida pour ce qui est de la promotion de la santé publique. L'ONU-Habitat coopère avec le Cameroun dans le cadre de la promotion de logements décents. Le PNUD et le PNUE sont en coalition avec le Cameroun pour la promotion de l'environnement convenable. Les expériences de collaboration spécifiques aux villes de Douala et Yaoundé ont été foncièrement réalisées par les CTD. A Yaoundé, elles portent sur les réalisations du canal du Mfoundi et le concours « Yaoundé ville propre » initiées par la Mairie de ville de Yaoundé pour lutter contre le phénomène d'insécurité, l'insalubrité et les inondations. À Douala, il était question des collaborations visant à lutter contre le choléra, à réaliser le drainage pluvial, à l'implémentation du programme « Douala Clean City » et à gérer les parkings publics et les marchés.

Bien que ces différentes expériences de collaborations intersectorielles menées par de divers acteurs nationaux et internationaux au profit de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain soient salutaires pour la promotion de l'équité en santé et du

bien-être général des populations, la mise en œuvre de l'approche intersectorielle reste limitée par plusieurs obstacles dans le secteur d'habitat urbain à Yaoundé et Douala. Elle s'est réduite à des formes de collaborations intersectorielles de façade, temporaires, mitigées, inefficaces et difficiles entre les acteurs. La troisième et dernière partie de cette étude tentera de mettre en exergue les enjeux et les obstacles liés à l'appropriation de l'approche intersectorielle en santé dans le secteur d'habitat urbain à Yaoundé et Douala.

TROISIÈME PARTIE :

**ENJEUX DE L'APPROPRIATION DE LA COLLABORATION
INTERSECTORIELLE EN FAVEUR DE L'INTÉGRATION DES
OBJECTIFS DE SANTÉ DANS LES POLITIQUES D'HABITAT
URBAIN ET LES GOULOTS D'ÉTRANGLEMENT À LA MISE EN
ŒUVRE DE CETTE APPROCHE EN CONTEXTE URBAIN
CAMEROUNAIS**

INTRODUCTION TROISIÈME PARTIE

Cette troisième et dernière partie de ce travail est consacrée à l'examen des enjeux, mieux des avantages liés à l'appropriation de l'approche de collaboration intersectorielle en faveur de l'intégration des questions de santé dans les politiques d'habitat urbain et à l'analyse des obstacles à la mise en œuvre de cette approche dans le secteur d'habitat urbain à Douala et Yaoundé.

En effet, devenue indispensable pour les pouvoirs publics dans le but de promouvoir les conditions d'amélioration de la santé, du cadre de vie et du bien-être général des populations⁸³³, cette stratégie procure une pluralité d'atouts. Dans cette optique, elle est présentée dans le premier chapitre de cette partie non seulement comme une stratégie inclusive permettant de résoudre une vaste gamme de problèmes de santé, mais aussi, comme une stratégie cohérente susceptible de générer des performances politiques, économiques et sociales, et une action d'information, de mobilisation et de sensibilisation des acteurs gouvernementaux et de la communauté sur l'importance d'agir efficacement pour réduire les déterminants de la santé et promouvoir l'égalité en santé dans le cadre de la collaboration intersectorielle.

Le chapitre VI qui est le dernier de ce travail de recherche, fait le tour d'horizon des différents goulots d'étranglement communs et spécifiques aux villes de Douala et Yaoundé et qui entravent la mise en œuvre de l'action de collaboration intersectorielle au profit de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat desdites villes. Il s'agit entre autres obstacles : des facteurs structurels liés aux conflits d'intérêt et de pouvoir ; le manque de stratégie cohérente de coordination et de leadership ; l'insuffisance qualitative et quantitative des ressources financières, humaines et matérielles ; l'incivisme, l'égoïsme des acteurs ; la forte explosion démographique ; une gestion foncière peu adaptée aux exigences de la santé urbaine, un contexte institutionnel et administratif désordonné, ainsi qu'un site naturel accidenté et contraignant.

⁸³³ Sarker Malabika et Taufique Joarder, « Collaboration intersectorielle : une nouvelle voie pour promouvoir la promotion de la santé communautaire », Global Health Promotion, 2012, P 62.

CHAPITRE V :

ENJEUX DE L'APPROPRIATION DE L'ACTION DE COLLABORATION INTERSECTORIELLE EN FAVEUR DE L'INTÉGRATION DES OBJECTIFS DE SANTÉ DANS LES POLITIQUES D'HABITAT URBAIN

À partir des années 80, plusieurs cadres de référence internationaux de promotion des questions de santé, tels que la conférence d'Alma-Ata, la charte d'Ottawa en 1986, le mouvement villes et villages en santé en 1993, les conférences d'Adelaïde en 2010 et d'Helsinki en 2013, ont été consacrés à l'intégration des objectifs de santé dans toutes les politiques. Ces cadres de référence internationaux ont mis en exergue l'importance d'agir sur les déterminants sociaux de la santé dans le cadre d'une collaboration intersectorielle de façon à obtenir un plus grand impact sur la santé des populations. L'objectif recherché par cette démarche est d'augmenter l'efficacité des politiques de santé de manière collective. En rassemblant les expertises et les énergies, on compte créer une synergie aussi favorable à l'innovation et au déploiement d'une offre de services plus intégrée. Dans ce contexte, le recours à une série d'actions mutuellement puissantes déployées à travers de multiples cibles et stratégies d'intervention représente une des options privilégiées pour promouvoir le bien-être général. Ces cibles d'intervention ne relèvent pas seulement du seul secteur de la santé ; mais, aussi de plusieurs secteurs d'activités concernés par la promotion des établissements humains décents, convenables et sains.

Dans cette optique, depuis plusieurs années⁸³⁴, les politiques intersectorielles pour la santé constituent des mécanismes appropriés de promotion des questions de santé reconnus internationalement pour réduire efficacement les actions néfastes de la diversité des déterminants de la santé dans tous les secteurs de la vie. Gibaja indique à cet effet que c'est la complexité des enjeux actuels des déterminants de la santé, qui nécessite des champs d'expertise multisectorielle dans un cadre de collaboration. Pour lui, la collaboration « *permet potentiellement de répondre aux demandes des clients toujours plus exigeants, facilite l'amélioration de la qualité des services et, finalement, éviter la duplication des services en*

⁸³⁴ WHO, Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy, Geneva, 1988.

*mettant plutôt à profit l'apport des différents partenaires*⁸³⁵». Selon Wilkinson et Marmot, le fait que les facteurs qui influencent l'état de santé d'une population se trouvent significativement, sinon majoritairement, en dehors du secteur des soins de santé⁸³⁶, nécessite la mise en œuvre de l'action intersectorielle qui est une stratégie efficace et efficiente pour réduire les inégalités et promouvoir l'égalité en matière des objectifs de santé.

La collaboration entre les institutions constitue une solution ultime à plusieurs problèmes sociaux⁸³⁷. Dans la même logique, David Keast et *al.* soulignent que les institutions publiques prennent de plus en plus conscience de l'importance de l'appropriation des politiques de collaboration intersectorielle⁸³⁸. La somme de diverses expertises et le partage de responsabilités qui en découlent, permettent de répondre de manière appropriée aux questions sociales. Comme il a été souligné au niveau de la partie réservée à la revue de la littérature, le Cameroun en tant que membre de l'OMS et de l'union africaine qui prônent l'appropriation du HiAP, a adopté l'action de collaboration au profit de l'intégration des objectifs de santé dans toutes les politiques. C'est dans cette optique que ce chapitre est consacré à l'étude des différents avantages que génère l'appropriation de cette stratégie politique inclusive en faveur de la promotion des questions de santé urbaine au Cameroun. À l'analyse des informations, cette approche est présentée par les acteurs comme : une stratégie holistique qui permet de résoudre une vaste gamme de problèmes de santé ; une stratégie cohérente et performante en matière de développement sanitaire, économique, politique et social ; un mécanisme politique cohérent pour la promotion des questions de santé ; une action de planification et d'aménagement urbain efficace et une approche génératrice du bien-être général.

⁸³⁵ Mona Gil De Gibaja, "An exploring study of administrative practice", in *Collaborative Administration in social work*, Vol.25, n° 2, 2001, p.39.

⁸³⁶ Richard Wilkinson, Michael Marmot & OMS, "The solid facts: Social determinants of health", Copenhagen, World Health Organization for Europe, Second edition, *op.cit.*

⁸³⁷ Ingemar Elander, « Partenariats et gouvernance urbaine », In *Revue internationale des sciences sociales*, Vol.172, n°2, 2002, pp.215-230.

⁸³⁸ David Keast, Keith Bowering, Wayne Evans, Gerald Mackean, Catherine Burrows & Lincoln D'Souza, "Measure: a proposed assessment framework for developing best practice recommendations for wound assessment," Vol.12, n°3, 2004, pp.1-17.

I- Stratégie politique inclusive et efficace

L'un des avantages de l'appropriation de l'action de collaboration intersectorielle par les pouvoirs publics réside dans son caractère holistique, d'efficacité et d'efficience en matière de promotion des objectifs de santé et de la résolution des problèmes de santé à tous les niveaux et dans tous les secteurs de la vie urbaine à Yaoundé et Douala.

A-Stratégie inclusive, efficace et efficiente pour agir sur les déterminants de la santé

Les facteurs comme le système de soins, le transport, le loisir, les travaux publics, le logement, la sécurité, l'environnement social et physique, considérés comme des déterminants de la santé sont influencés par les décisions qui se prennent dans plusieurs secteurs de l'action gouvernementale. Parlant de ces facteurs qui déterminent la santé, Lalonde fait connaître qu'ils sont de quatre catégories, à savoir : l'environnement, le style de vie, la biologie humaine et les systèmes de soins de santé. Il affirme à cet effet que,

Si la santé repose en partie sur des caractéristiques biologiques propres à chacun (âge, sexe, facteurs héréditaires), elle dépend aussi du comportement individuel (alimentation, activité physique...), de déterminants sociaux (famille, amis, emploi, soutien social...), de déterminants liés au cadre de vie (transports, équipements, habitat...) et de déterminants environnementaux (qualité des milieux, pollution, risques climatiques...)⁸³⁹.

La promotion des questions de santé n'est donc pas l'affaire des seuls spécialistes du domaine sanitaire. Les acteurs du champ de l'urbanisme sont également concernés, étant donné que les modifications apportées dans l'offre efficace d'habitat urbain sont à même d'agir directement ou indirectement sur la santé des populations. Les politiques d'urbanisme doivent être mises impérativement en synergie avec celles de la santé des populations. Car, l'ensemble des décisions politiques prises dans le champ de l'urbanisme, impacte la santé des populations. Les questions de santé publique devraient être considérées comme un critère à part entière dans les projets d'aménagement et d'urbanisme au même titre que les considérations du développement durable. Ce constat a poussé plusieurs pays sous la houlette de l'OMS à promouvoir l'action de collaboration intersectorielle en faveur l'intégration des objectifs de santé dans toutes les politiques. Telle que définie et présentée par l'OMS et confirmée par la plupart d'informateurs rencontrés dans le cadre de cette étude, la mise en

⁸³⁹ Marc Lalonde, « Nouvelle perspective de la santé des Canadiens : Ministre de l'Approvisionnement et des Services du Canada », un document de travail, Gouvernement du Canada, 1974, consulté en ligne sur <Http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-fra.pdf>, le 05/11/2022.

œuvre effective de cette approche dans le secteur des établissements humains de Douala et Yaoundé est avantageuse pour la promotion des établissements humains favorables aux objectifs de santé urbaine. Ceci parce qu'elle est une action de mobilisation des acteurs, un cadre de prise de décisions à divers échelons, un moyen de sensibilisation des acteurs des différents secteurs en faveur de la promotion des objectifs de santé, un mécanisme de réseautage et de partage d'expériences entre les secteurs. Elle est en outre une action inclusive, participative et anticipative pour la réduction des inégalités et la promotion d'équité en santé.

1- Action de mobilisation

L'approche « HIAP » qui implique l'action de collaboration intersectorielle est une stratégie de mobilisation en ceci qu'elle favorise l'engagement et la participation des acteurs à la création d'un cadre de collaboration capables de travailler de manière collective, complémentaire et intégrée pour la promotion des questions de santé. Selon Deschesnes Marthe, la mobilisation a trois avantages qui facilitent l'intégration des objectifs de santé dans toutes les politiques.

Le premier avantage concerne sa fonction de recrutement des acteurs légitimes et capables de participer activement au développement et à la mise en œuvre de stratégies concrètes pour améliorer la santé des populations dans tous les secteurs. En principe, ces acteurs doivent venir des secteurs variés pour pouvoir agir efficacement sur la diversité des déterminants qui s'y trouvent⁸⁴⁰. Chaque acteur représente un important atout pour la collaboration, parce qu'il apporte une nouvelle expertise nécessaire pour au moins un aspect ou un levier du projet intersectoriel. L'action de mobilisation établit la légitimité de chaque acteur en fonction des objectifs fixés. L'engagement et la participation actifs et unanimes des acteurs légitimement acceptés par tous, impulsent l'action de collaboration au profit de l'intégration des questions de santé dans toutes les politiques et pratiques de développement.

L'hypothèse de l'importance de l'action de mobilisation inhérente à l'approche HiAP est confirmée par plusieurs informateurs rencontrés dans le cadre de cette recherche. Ils estiment que dans un contexte urbain comme celui du Cameroun où les secteurs en charge de la promotion des questions de santé vivent des conflits d'intérêt et de compétence, l'action collaboration qui implique la mobilisation reste un moyen indispensable pour l'intégration des

⁸⁴⁰ Marc Lalonde, « Nouvelle perspective de la santé des Canadiens : Ministre de l'Approvisionnement et des Services du Canada », un document de travail, Gouvernement du Canada, *op.cit.*

objectifs de santé dans les politiques des établissements humains. À cet effet, un responsable en service au MINSANTE confirme que

Dans un contexte comme le nôtre, où les acteurs ne se font plus mutuellement confiance et sont permanemment en conflit d'intérêt et de compétence, seule une action de mobilisation des acteurs légitimement acceptés par tous peut faciliter la mise en œuvre de la stratégie de collaboration intersectorielle en faveur de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques et pratiques d'habitat urbain à Douala et Yaoundé⁸⁴¹.

Le deuxième atout de l'action de mobilisation est lié à sa capacité de regroupement des acteurs. Elle est capable de créer un cadre de coalition permettant aux divers acteurs intersectoriels tels que l'environnement, le logement, la santé, le loisir, l'habitat et l'urbanisme, la sécurité, d'y adhérer et participer de manière sereine et volontaire. Leur engagement et leur volonté de travailler en synergie sont facilités par la mise sur pied d'une structure de collaboration intersectorielle. Cette structure « *vise à clarifier la marge de manœuvre des acteurs, leurs attentes, leur contribution, leurs rôles et responsabilités, les procédures de fonctionnement (prise de décisions, modalités de participation) et les tâches à accomplir en relation avec les objectifs poursuivis par le groupe⁸⁴² »*. Ces démarches propres à l'approche « HIAP », sont nécessaires pour la promotion des questions de santé et du bien-être dans le secteur d'habitat urbain à Yaoundé et Douala. Ceci, parce que la « *diversité des cultures professionnelle, organisationnelle et personnelle, des mécanismes de négociation, de résolution des problèmes et de gestion des conflits s'avèrent également nécessaires pour conserver la cohésion et l'efficacité au sein du groupe⁸⁴³ »*. Les conflits d'intérêt et de pouvoir non résolus souvent observés entre les acteurs en charge de développement urbain au Cameroun peuvent affecter significativement les motivations, les capacités d'analyse et les actions des acteurs impliqués dans la collaboration. À cet effet, la structure organisationnelle de l'action de mobilisation a prévu des mesures de régulation capables de régler ces conflits.

Le troisième intérêt lié à l'action de mobilisation réside dans son caractère novateur. Elle permet d'encourager l'esprit d'exploration et d'innovation dans une équipe, pour permettre aux acteurs d'initier de nouvelles politiques intersectorielles capables de briser les frontières établies par les politiques sectorielles. Car la réussite d'un projet intersectoriel est conditionnée par la motivation ou la stimulation des acteurs concernés dans la mesure où l'insatisfaction que

⁸⁴¹Entretien réalisé Yaoundé avec un responsable en service au MINSANTE, *op.cit.*

⁸⁴²Marthe Deschesnes, « La structuration d'une action intersectorielle à base communautaire comme stratégie d'actualisation d'une approche globale en promotion de la santé. Les régulations en jeu », *op-cit*, p.135.

⁸⁴³*Ibid.*, p.136.

peut ressentir un acteur au sujet d'une situation, constitue le premier facteur susceptible d'impacter négativement la motivation initiale à s'engager dans un projet de collaboration intersectorielle⁸⁴⁴.

De ce qui précède, il ressort que l'action de mobilisation inhérente à l'appropriation de l'approche HiAP, procure des atouts liés à la légitimité des acteurs, à l'esprit d'innovation et à la coalition qui sont des facteurs capables de faciliter la mise en œuvre de la collaboration intersectorielle en faveur de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain à Yaoundé et Douala. Cependant il y a lieu de reconnaître que ces facteurs existent déjà dans les politiques administratifs et développementaliste au Cameroun avec par exemple des mécanismes de motivation comme les primes accordées aux personnels et les quoteparts accordées aux personnels des FOSA. C'est la mise en application de ces mécanismes politiques qui fait problème du fait des phénomènes de détournement et de corruption.

2- Cadre de prise de décision à divers échelons

L'approche de collaboration intersectorielle en santé est une stratégie politique capable de promouvoir les questions de bien-être dans toutes les politiques des secteurs de la vie. Sur l'impulsion de l'OMS, elle a été mise en œuvre à plusieurs niveaux de gouvernance ou de juridiction. Des auteurs comme Evans et Vega renseignent que, cette stratégie intersectorielle a été mise en application dans le monde à travers des programmes internationaux, nationaux, régionaux, des initiatives infranationales et communautaires soutenues par l'OMS ou d'autres organismes des Nations Unies⁸⁴⁵. Les exemples d'actions intersectorielles pour la santé relevées ci-dessous qui ont été implémentées à l'échelon planétaire illustrent le degré de sollicitation et d'importance de cette stratégie holistique indispensable pour la promotion du bien-être général à divers niveaux de la vie. Pour confirmer l'importance de cette approche en contexte camerounais, notamment à Yaoundé et Douala, un personnel du MINSANTE affirme que,

Pour les cas précis des villes de Yaoundé et de Douala, où les acteurs impliqués dans la promotion des questions de santé urbaine travaillent de manière sectorielle ou individuelle, l'action de collaboration est la solution la plus appropriée pour impacter significativement les déterminants de la santé dans un contexte de décentralisation. Elle permettra aux autorités locales de prendre des décisions appropriées pour le développement local en tenant compte des

⁸⁴⁴Marthe Deschesnes, « La structuration d'une action intersectorielle à base communautaire comme stratégie d'actualisation d'une approche globale en promotion de la santé. Les régulations en jeu », *op.cit.*, p.141.

⁸⁴⁵ Tom Evans & Vega J, "Making the case for financing the social determinants of health (presentation deck) October 29", 2006, London, World Health Organisation.

*spécificités et des ressources disponibles aux niveaux communautaire, local et régional*⁸⁴⁶.

À l'échelon planétaire et régional, l'union européenne a fait de l'action intersectorielle un mécanisme de l'évaluation des incidences sur la santé et dont elle se sert pour circonscrire les liens entre la santé et les autres politiques sectorielles. Le centre régional de l'OMS a fait la promotion de l'environnement salubre et durable dans certains pays de l'union européenne grâce à la collaboration et le soutien technique de 23 pays membres. La réussite de l'approche de collaboration découle du fait qu'elle permet de tenir compte des ressources disponibles et de la complexité des considérations environnementales et sanitaires en jeu dans les localités concernées⁸⁴⁷.

À l'échelon national, le recours à des approches intersectorielles vise la résolution des problèmes complexes et polyvalents grâce à la conjugaison des efforts des ministères organismes gouvernementaux et non gouvernementaux pertinents en une seule stratégie coordonnée⁸⁴⁸.

Au Royaume-Uni et en Suède par exemple, des cadres stratégiques généraux ou des approches pangouvernementales ont été adoptés pour corriger les inégalités ou les injustices grâce à l'action intersectorielle.

Au Canada et en Australie, les expériences du domaine de l'action intersectorielle décrites dans la documentation consultée portent essentiellement sur des populations particulières, à l'instar des enfants ou des contextes particuliers comme les collectivités à faible revenu, les écoles et les lieux de travail.

Au Québec, l'action intersectorielle a permis de relever une gamme de défis stratégiques ayant trait à l'équité en santé. Ainsi, la loi sur la santé publique adoptée en 2001 indique que « *Divers textes de loi et règlements d'autres organismes gouvernementaux peuvent influencer sur la santé et le bien-être de la population. Elle autorise donc le ministre de la Santé et des Services sociaux à se tourner vers l'action intersectorielle pour appuyer l'élaboration de politiques publiques favorables à la santé*⁸⁴⁹ ». Pour favoriser sa mise en œuvre, deux stratégies ont été adoptées, à savoir : le lancement d'une évaluation intragouvernementale des répercussions sur

⁸⁴⁶ Entretien réalisé à Yaoundé avec un responsable d'un service déconcentré du MINSANTE, *op.cit.*

⁸⁴⁷ Karen Lock & Martin McKee, 2005, "Health impact assessment: assessing opportunities and barriers to intersectoral health improvement in an expanded European Union", in *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 59, n°5, 2005, pp.356-360.

⁸⁴⁸ *Ibid.*

⁸⁴⁹ Nicole Bernier, "Quebec's approach to population health: An overview of policy content and organisation", in *Journal of Public Health Policy*, vol. 27, n° 1, 2006, p37.

la santé et les contributions à l'élaboration de la recherche. Le volet de la recherche comprend « le soutien financier au titre de la conception de nouveaux outils d'évaluation des effets de la politique publique sur la santé. Font partie du programme de transfert du savoir, des examens et des mémoires ayant pour objet d'aviser les ministères gouvernementaux des répercussions possibles sur la santé des lois et règlements en voie d'élaboration⁸⁵⁰ ».

À l'échelon communautaire, les réseaux rassemblent souvent une vaste gamme d'intervenants constitués des cliniciens, des chercheurs, des décideurs des secteurs de la santé, de l'éducation, des services sociaux et d'environnement, de même que des représentants de la société civile et du secteur privé. Ces réseaux donnent à des groupes qui passent inaperçus, comme les professionnels de la santé, les organismes sanitaires des collectivités ou les services communautaires, l'occasion de travailler de concert à la résolution de problèmes qui les concernent tous⁸⁵¹. C'est le cas de la désignation en 2021, par le ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande, de trois types d'action relatifs à l'action intersectorielle communautaire pour la santé tels que⁸⁵² :

Le secteur très important, ou initiatives axées sur un cadre : Health Action Zones (zones d'action pour la santé), Healthy Cities (villes-santé) et Healthy Schools (écoles-santé); initiatives axées sur des enjeux : programmes communautaires liés à la lutte contre l'alcoolisme, la prévention des blessures, la nutrition, la santé et au logement; et services de gestion des cas : consolidation des familles, gestion coopérative des cas, travailleurs sociaux dans les écoles, centres de services aux familles et services complets aux enfants souffrant de troubles émotionnels, mentaux et comportementaux, ou aux enfants ayant de multiples difficultés et besoins, ou les deux⁸⁵³.

Comme dans les pays cités ci-dessus et tel que souhaitée et appréciée par la plupart des informateurs de cette recherche, l'appropriation de l'action de collaboration intersectorielle est indispensable pour relever les différents défis liés à l'intégration des objectifs de santé urbaine dans les politiques d'habitat urbain à l'échelon national et local. Cependant, compte tenu du contexte de décentralisation en cours et des spécificités inhérente à chaque localité, il est difficile de transposer les exemples des expériences ci-dessus dans le contexte camerounais et particulièrement dans le secteur d'habitat urbain de Yaoundé et Douala. La mise en œuvre de l'approche HiAP dans le secteur d'habitat urbain par les pouvoirs publics camerounais dans un

⁸⁵⁰Nicole Bernier, "Quebec's approach to population health: An overview of policy content and organisation", *op.cit.*, p. 22.

⁸⁵¹*Ibid.*, pp.22-37.

⁸⁵²Anne Guichard & Louise Potvin, « Pourquoi s'intéresser aux inégalités sociales de santé ? », in Potvin Luise, « La réduction des inégalités sociales de santé : un objectif prioritaire des systèmes de santé », *op.cit.*

contexte de décentralisation, doit tenir compte des spécificités, des réalités et des ressources disponibles de chacune de ces deux villes.

3-Moyen de sensibilisation des acteurs des différents secteurs en faveur de la promotion des objectifs de santé

Au regard de la diversité des déterminants qui impactent la santé des populations et de l'ignorance de ces dernières à leur sujet, la sensibilisation de tous les acteurs des différents secteurs de la société, constitue l'une des démarches que propose l'approche HiAP pour conscientiser les acteurs en vue d'une meilleure prise en compte des enjeux de santé dans toutes les politiques. Cette démarche permet aux différents secteurs de prendre conscience de la nécessité de l'adoption de la collaboration intersectorielle comme l'un des objectifs importants et complémentaires pour la promotion des questions de santé dans toutes les politiques. Elle permet aux acteurs en charge de la promotion des objectifs de santé de fournir tous les efforts possibles, pour intéresser et mobiliser les partenaires essentiels des différents secteurs, en utilisant tous les moyens de convergence et de consensus pour forcer l'adhésion à la collaboration intersectorielle à l'effet d'intégrer les objectifs de santé dans toutes les politiques de développement. C'est cette façon d'expliquer les enjeux de santé qui suscite auprès des autres secteurs, l'intérêt d'engager progressivement leurs acteurs à agir davantage ensemble en faveur de la promotion des questions de santé, selon le contexte et les ressources disponibles⁸⁵⁴.

Le souci de prendre en compte la diversité des enjeux de santé par plusieurs secteurs constitue depuis plusieurs décennies une priorité pour la communauté internationale et surtout pour les organismes des Nations Unies. C'est dans cette optique que le concept santé dans toutes les politiques qui est inhérente à la l'action de collaboration intersectorielle en santé a été initiée par la Charte d'Ottawa de 1986. Il a été constaté que: « *La promotion de la santé va au-delà des soins de santé. Elle place la santé à l'ordre du jour des décideurs politiques dans tous les secteurs et à tous les niveaux, en s'adressant à eux pour qu'ils soient conscients des conséquences sur la santé de leurs décisions et d'accepter leurs responsabilités en matière de santé*⁸⁵⁵ ». En outre, la Charte de Bangkok de 2005 exige la participation et l'implication de tous les acteurs dans le développement de milieux sains, à l'instar des écoles, des villes et des

⁸⁵⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux, Le soutien à l'action intersectorielle favorable à la santé : Stratégie ministérielle, Québec, 2017, p. 14.

⁸⁵⁵ Conseil exécutif de la trente-quatrième session ordinaire de l'Union Africaine, Prise en compte des déterminants sociaux de la santé en Afrique, Adoption de l'approche (de la santé dans toutes les politiques), Addis-Abeba, Éthiopie, 2019, p.4

collectivités, pour une bonne coordination des actions entre les services de santé et les autres secteurs.

C'est dans ce sens que les Chefs d'État présents à la trente-quatrième session ordinaire de l'Union Africaine, ont convergé après avoir pris conscience du fait que,

Les déterminants sociaux de la santé nécessitent une approche intersectorielle du travail. S'il n'y a pas d'engagement, de coordination, de collaboration et de partenariats entre les différents ministères et le Ministère de la Santé, il sera difficile de combler l'écart d'égalité et de progresser vers la réalisation des ODD et CSU⁸⁵⁶.

À cet effet,

Les pays devraient promouvoir la collaboration intersectorielle en adoptant l'approche HiAP afin de pouvoir prendre en compte les déterminants clés de la santé. Les ministères autres que le Ministère de la Santé, doivent s'attaquer à ces problèmes, il est donc urgent d'adopter une approche plus cohérente. Pour que la région africaine puisse mettre en œuvre efficacement l'approche HiAP, il faut un engagement politique au plus haut niveau⁸⁵⁷.

Au regard de ce qui précède, il est donc impératif pour les pouvoirs publics des pays africains et ceux des villes de Yaoundé et de Douala en particulier, de sensibiliser et d'informer les différents secteurs afin d'établir des relations de collaborations intersectorielles en vue de la prise en compte des enjeux de santé dans les différents secteurs. Ceci passe par l'établissement d'une coalition permanente entre les secteurs de la santé, les services sociaux et les établissements humains tels que les logements sociaux, les infrastructures routières, scolaires, sanitaires, de loisir et de divertissement, de sécurité et environnementales.

Toutefois, les observations faites sur cette situation dans les villes de Douala et de Yaoundé confirment l'hypothèse de l'insuffisance de l'engagement et de l'ouverture des institutions administratives aux activités liées aux enjeux des questions de santé urbaine. Cette ouverture et l'engagement varient en fonction des secteurs et des habitudes de collaboration avec les acteurs de la santé et des services sociaux, aux différents paliers d'intervention. Ainsi, certains échanges intersectoriels s'avèrent parfois plus difficiles à amorcer et à maintenir, en raison des difficultés liées à l'égoïsme des acteurs, aux visions et objectifs sectoriels plus éloignés et aux enjeux politiques ou financiers⁸⁵⁸.

⁸⁵⁶Conseil exécutif de la trente-quatrième session ordinaire de l'Union Africaine, Prise en compte des déterminants sociaux de la santé en Afrique, Adoption de l'approche (de la santé dans toutes les politiques), *op.cit.*

⁸⁵⁷ *Ibid.*

⁸⁵⁸Blaise Nguendo-Yongsi, « Perceptions, Experiences and obstacles for intersectoral action for health: Perspectives of policymakers in Douala-Cameroon », *op.cit.*

4-Moyen de partage d'expériences entre les secteurs

Les opportunités de partage d'expériences concrètes entre les secteurs permettent de booster les efforts et de maintenir la mobilisation des partenaires intersectoriels impliqués dans la promotion de la santé. Cette démarche permet également de faire connaître plus clairement les expériences porteuses et de démontrer la pertinence et la faisabilité de changements progressifs dans les différents secteurs. Selon la plupart d'informateurs rencontrés à ce sujet, la collaboration constitue un cadre de valorisation des connaissances, d'inspiration et de soutien mutuel qui se matérialise à travers « *Le partage de nouvelles expériences et connaissances, des idées et de solutions proposées pour améliorer notre cadre de vie et notre condition sanitaire*⁸⁵⁹ ». Il est donc important d'occuper ces espaces d'échanges conviviaux, en laissant aussi la possibilité à la participation et autres partenaires intersectoriels d'y prendre part, selon les principes et des thèmes de discussion portés sur des objectifs de santé. De ce fait, il importe pour le Gouvernement camerounais, d'organiser ou de soutenir des activités de partage d'expériences, entre les acteurs du secteur de la santé et ceux de l'habitat urbain dans le but de promouvoir les questions de santé urbaine.

Malgré qu'il existe dans les villes de Douala et de Yaoundé, des cadres de partage d'expériences en vue la promotion des questions de santé comme les journées internationales de l'habitat, les conférences sur le One Health, la CSU, le VIH/Sida et l'environnement, il se pose toujours des problèmes qui limitent la promotion des questions de santé dans lesdites villes. Ce qui veut dire que le Cameroun possède des bonnes politiques favorables à la promotion des questions de santé urbaine, mais leur application pose problème.

5-Une vision inclusive

L'approche de collaboration intersectorielle pour la santé est basée sur la reconnaissance de l'impact des déterminants socioéconomiques et politiques sur la santé des populations et sur le fait que leurs leviers d'action se trouvent en dehors du secteur de la santé. Le défi pour le Ministère de la Santé Publique et l'État, est d'arriver à ce que la responsabilité envers la santé de la population transcende les frontières administratives du secteur de la santé pour devenir un enjeu transversal. C'est en vertu de la lutte contre les inégalités de santé que l'Angleterre et la Norvège ont interpellé la responsabilité transversale, alors que la Finlande et la Suède ont misé sur le programme de santé publique pour introduire l'idée de la responsabilité collective de la santé. La Nouvelle-Zélande s'appuie plus fortement sur sa politique de santé qui est orientée

⁸⁵⁹ Entretien réalisé à Douala avec un sociologue, le 08/03/2022.

vers des résultats populationnels au service desquels devrait s'organiser la prestation des services de soins. Cette orientation renvoie au modèle de *stewardship* mis en avant par l'OMS dans son rapport de 2000 sur la performance des systèmes de soins. Les cas du Québec et de la Colombie-Britannique illustrent comment des initiatives aux objectifs de santé plus ciblés peuvent aussi faire l'objet d'une approche pangouvernementale. Ces deux dernières initiatives concernent deux habitudes de vie, la saine alimentation et la pratique de l'activité physique, pour lesquelles des partenaires sectoriels, tant du gouvernement que de la société civile ont été interpellés⁸⁶⁰. Ces deux programmes ont l'avantage de proposer des solutions collectives avec des objectifs chiffrés et concrets au problème de santé.

Aur regard des avantages liés à l'appropriation de cette approche inclusive et l'incapacité observée des différents secteurs, à agir en solo sur la complexité des déterminants sociaux, économiques, environnementaux et politiques à Douala et Yaoundé, Nguendo-Yongsi conclut qu'une gestion unifiée et collaborative est nécessaire à la mise en œuvre d'une véritable stratégie intersectorielle pour agir efficacement sur les déterminants sociaux de la santé à Douala demeure indispensable⁸⁶¹. La plupart des informateurs, rencontrés dans le cadre de cette étude ont suggéré et souhaité le recours à une gestion fondée sur la collaboration intersectorielle qui contribue à une compréhension commune des priorités et des objectifs de santé en faveur des politiques d'habitat urbain. À ce sujet, un responsable d'un service déconcentré du MINSANTE fait de l'appropriation de l'approche de collaboration, une urgence et une nécessité dans ses propos suivants :

Il est clairement établi que la santé et le bien-être des populations de la région du centre sont impactés négativement ou positivement par des facteurs émanant des secteurs divers et différents du secteur de compétence du MINSANTE. Ce qui limite les actions, les ressources et les marges de manœuvres de ce dernier pour agir efficacement sur les déterminants de la santé. Par exemple, les problèmes de santé liés aux nuisances sonores des églises et bars, sont de la compétence du MINAT et du MINEPDED et même du MINTOUL et des CTD. Les problèmes de santé liés aux constructions anarchiques et les titres fonciers accordés dans des zones marécageuses sont de la compétence des CTD et du MINCAF. Les problèmes de santé, liés à la mauvaise gestion des déchets, sont de la compétence des CTD, du MINEPDED et d'HYSACAM. Si on veut résoudre effectivement et systématiquement ces problèmes de santé urbaine, les pouvoirs publics doivent nécessairement mettre en œuvre une action de collaboration intersectorielle qui intègre tous ces secteurs⁸⁶².

⁸⁶⁰ Catherine Durose & Kirstein Rummery, "Governance and collaboration", in *Review Article Social Policy & Society*, Vol.5, n° 2, 2006, p.315-321.

⁸⁶¹ Blaise Nguendo-Yongsi, « Perceptions, Experiences and obstacles for intersectoral action for health: Perspectives of policymakers in Douala-Cameroon », *op.cit.*

⁸⁶² Entretien réalisé à Yaoundé avec un responsable d'un service déconcentré du MINSANTE, le 05/09/2021.

Allant dans le même sens, Ling Tom confirme que l'un des facteurs de succès de l'action de collaboration intersectorielle en faveur de la promotion des questions de santé réside dans le partage des buts communs. Le fait que la Suède par exemple a choisi de focaliser les activités de consultation et de concertation sur l'élaboration du programme de lutte contre les inégalités sur la culture de consensus⁸⁶³ a sans doute été favorable aux grandes institutions pour faciliter la promotion de la santé⁸⁶⁴. Cette tradition de concertation que l'on retrouve dans ce pays est associée à une conception du pouvoir central de type « coordonnateur de réseaux ». Dans ce pays, le processus consultatif s'est soldé par un fort appui au plus haut niveau politique, et par un large consensus sur les cibles proposées pour la promotion de subjectifs de santé⁸⁶⁵. Comme il a été relevé plus haut, des pays comme l'Angleterre, la Nouvelle-Zélande, et le Québec, ont opté pour des démarches de concertation transversale animée par des acteurs intersectoriels pour la promotion de la santé.

6-Action participative

L'approche HiAP se caractérise par sa démarche participative. Cette dernière est un cadre d'exploration, de mise en synergie et d'apprentissage mutuel au sein d'une coalition. Pour le cas spécifique de cette étude, elle permettra de soutenir le développement des interventions des acteurs impliqués dans la collaboration intersectorielle en faveur de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain. La structure de collaboration entre les différents secteurs qui constituent le groupe intersectoriel doit reposer sur un ensemble de connaissances théoriques (modèle conceptuel) orienté sur le déroulement de l'intervention. Les missions des acteurs constitutifs d'une telle structure, consiste à développer des mécanismes de recherche, de planification et de collaboration, accessibles aux partenaires qui y sont impliqués. Selon Deschesnes Marthe, ces missions consistent à expliquer dans les moindres détails aux divers acteurs, les différents aspects de la démarche intersectorielle en santé et à les assister lors de l'application de certaines mesures en fonction de leur propre contexte. Toutefois, dans le but d'assurer une participation efficiente de l'ensemble des acteurs intersectoriels aux différentes activités liées à la santé, l'action participative a également pour rôle de se focaliser sur la mobilisation en stimulant la motivation et la participation des acteurs, sur la coordination, à savoir : la circulation de l'information, la convocation des réunions et sur la formation des

⁸⁶³Tom Ling, "Delivering joined-up government in the UK: dimensions, issues and problems", Public Administration, Vol.80, n°4, pp.615-642.

⁸⁶⁴*Ibid.*

⁸⁶⁵*Ibid.*

acteurs lors des rencontres de partage d'expériences, des ateliers d'acquisition des nouvelles connaissances⁸⁶⁶.

Ces rencontres de formation et d'échange entre les acteurs qui demeurent un moyen privilégié de transfert des connaissances et de partage de nouvelles expériences sont importantes, voire indispensables à la mise en œuvre de la collaboration intersectorielle favorable à l'intégration des questions de santé dans les politiques d'habitat urbain au Cameroun. Elles permettent aux acteurs de s'approprier systématiquement les objectifs poursuivis, les moyens retenus pour réaliser chacune des étapes, discuter des progrès et des difficultés vécues en cours de processus de collaboration pour la promotion de la santé urbaine⁸⁶⁷. Elles permettent aussi de recadrer les résultats obtenus à l'intérieur du contexte global d'action. Pendant l'acquisition de nouvelles connaissances relatives à l'implémentation de l'approche « HiAP » dans le secteur de l'habitat urbain, les acteurs peuvent clairement établir dès la première phase du projet intersectoriel, les liens entre chacune des étapes et en démontrer la pertinence.

À travers la mobilisation, la coordination et la formation des acteurs, la recherche-action participative offre un cadre de structuration et de planification de l'action intersectorielle en faisant usage de la réflexion critique. C'est donc cette réflexion critique qui doit guider toutes rencontres de formation et d'échanges entre les acteurs dans le cadre de la mise en œuvre de l'approche « HiAP » dans le secteur de l'habitat urbain. Cette démarche a ceci d'avantageux qu'elle peut poser les jalons de confiance et de respect mutuel entre les acteurs venus des secteurs de la santé et d'urbanisme. Cette situation crée un esprit de consensus, indispensable à l'implémentation de l'approche « HiAP » dans le secteur de l'habitat urbain. C'est ce qui a poussé Deschesnes à reconnaître que le style de leadership adopté doit représenter un facteur qui impacte

*Positivement la structuration de l'action intersectorielle en favorisant un type d'échange entre eux et les membres du groupe basé sur la négociation, le respect mutuel, l'ouverture face au changement. Aussi, l'intégration des connaissances dans le cours de l'action intersectorielle a été rendue possible en partie par le climat de confiance mutuelle et d'ouverture qui prévalait entre les différentes parties*⁸⁶⁸.

⁸⁶⁶ Marthe Deschesnes, « La structuration d'une action intersectorielle à base communautaire comme stratégie d'actualisation d'une approche globale en promotion de la santé. Les régulations en jeu », Thèse présentée à la Faculté des études supérieures de Montréal en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.) en santé publique, option promotion de la santé, Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université de Montréal, Décembre 2000, p.125.

⁸⁶⁷ *Ibid.*

⁸⁶⁸ *Ibid.*, p.134

Ainsi, les stratégies de mobilisation, de coordination, de formation des acteurs et l'esprit de consensus prônés par la recherche-action participative, sont avérés importants pour faciliter la mise en œuvre de l'action de collaboration intersectorielle en santé.

II- Stratégie qui génère des avantages socioéconomiques et politique

Ce deuxième axe du chapitre s'articule autour des avantages socioéconomiques et politiques liés à la mise en œuvre de l'approche de collaboration intersectorielle en faveur de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques des établissements humains à Douala et Yaoundé.

A-Stratégie politique aux atouts socioéconomiques

Cette partie consacrée aux avantages socioéconomiques de l'appropriation du HiAP par les pouvoirs publics en faveur du secteur de l'habitat urbain présente successivement cette approche comme une action de promotion d'équité et de réduction des inégalités, un mécanisme d'amélioration des performances économiques et de régulation. Elle est par ailleurs une démarche stratégique aux approches importantes pour la prise de conscience, d'édification des populations sur la santé et ses déterminants et constitue un outil de connaissance et d'intervention sur des questions relatives à la promotion des objectifs de santé dans toutes les politiques de développement pour le bien-être général des populations.

1- Mécanisme de promotion d'équité et de réduction des inégalités

L'une des raisons pour laquelle l'OMS et certains auteurs recommandent l'appropriation de l'approche HiAP aux gouvernements réside dans le fait qu'elle contribue à réduire efficacement les inégalités au profit de l'équité en santé. C'est pourquoi des auteurs tels que Michael Marmot, la présentent comme « *Health Equity in All Policies* ». C'est-à-dire équité en santé dans toutes les politiques. Elle permet aux pouvoirs publics, de promouvoir le bien-être général et l'égalité en santé en situant « les enjeux d'équité au premier plan⁸⁶⁹ » des orientations politiques gouvernementales. Dans le but de promouvoir l'équité comme une valeur fondamentale, elle permet de développer des stratégies capables de réduire considérablement

⁸⁶⁹ Charlotte Lowrie & Von Hagen, "Health in all policies: Incorporating health into decision-making. Rutgers-Office of Continuing Professional Education", 2021, p. 83, consulté en ligne su<http://www.cpe.rutgers.edu/courses/current/ep0706wb.html>, <http://phci.rutgers.edu>, le 28/03/2023.

les inégalités dans toutes les sphères de la vie sociale⁸⁷⁰. À cet effet, Nguendo-Yongsi fait connaître que, le HiAP, lorsqu'il est mis en œuvre avec succès a un impact positif sur l'état de santé des populations et la réduction des inégalités de santé. Le domaine de la santé urbaine représente une avenue importante pour l'application du HiAP en raison de la pluralité des secteurs qui sont impliqués dans sa promotion⁸⁷¹. Embottant les pas au précédent auteur, un responsable en service au MINSANTE confirme que

*Au regard de la diversité de déterminants de la santé qui sont situés dans les secteurs autres que celui de la santé dans les villes de Douala et Yaoundé, la mise en œuvre effective du HiAP dans le secteur des établissements humains de ces deux villes, permettra de mettre lesdits secteurs en synergie pour réduire efficacement les inégalités en matière de santé et promouvoir de ce fait l'équité en santé*⁸⁷².

Ainsi, au regard de la diversité des besoins des couches vulnérables et face à l'incapacité des institutions comme le MINSANTE et le MINAS d'y apporter des solutions appropriées et durables, l'action intersectorielle doit être envisagée par les pouvoirs publics comme « *Un cadre d'action pour soutenir, protéger, supporter les personnes ou les groupes et les communautés les plus faibles*⁸⁷³ ». Horwath et Morrison la perçoivent comme la stratégie la plus appropriée et essentielle, pour répondre aux besoins des catégories des personnes défavorisées⁸⁷⁴. Pour un chef d'un Centre des Affaires sociales en service dans un Arrondissement du Wouri,

*L'appropriation effective du HiAP par les autorités de nos différentes villes nous permettra de multiplier nos efforts pour nous attaquer collectivement aux différentes inégalités en matière de santé pour les réduire considérablement. Car, en collaboration, nous serons plus forts. Une réelle synergie entre nous avec le MINDEH, le MINCAF, le MINFI et les CTD nous permettra d'apporter des réponses aux problèmes de santé urbaine. Nous avons également besoin de la collaboration et du soutien des partenaires techniques et financiers comme le PAM, l'UNICEF, l'OMS et l'ONU-Habitat et la BM à cet effet*⁸⁷⁵.

Il est donc impératif pour le Cameroun de s'approprier effectivement cette approche

⁸⁷⁰ South-Eastern Europe Health Network (SEEHN), Opportunities for scaling up and strengthening the health-in-all-policies approach in South-Eastern Europe, World Health Organization, 2013, Consulté en ligne sur https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/186063/e96821.pdf, le 28/03/2023.

⁸⁷¹ Blaise Nguendo-Yongsi, "Perceptions, Experiences and obstacles for intersectoral action for health: Perspectives of policymakers in Douala-Cameroon", *op.cit.*

⁸⁷² Entretien réalisé à Yaoundé avec un responsable du MINSANTE, *op.cit.*

⁸⁷³ Jean-François René, Martin Goyette, Céline Bellot, Nicole Dallaire & Jean Panet-Raymond, « L'insertion socioprofessionnelle des jeunes : le prisme du partenariat comme catalyseur de la responsabilité », In *Lien social et Politiques*, Vol.46, 2001, P 126.

⁸⁷⁴ Jean Horwath & Tony Morrison, "Collaboration, integration and change in children's services: critical issues and key ingredients. Child Abuse", Vol.31, n°1, 2007, pp.55-69.

⁸⁷⁵ Entretien réalisé avec un chef du Centre des Affaires Sociales en service dans une Commune d'Arrondissement du Wouri, le 24/01/2022.

s'il compte atteindre l'émergence fixée en 2035 car, comme l'indique Greszczuk, une population en bonne santé, contribue efficacement au développement économique et social des secteurs concernés à long terme⁸⁷⁶. Elle participe à la mise en œuvre des sociétés plus justes, inclusives et en meilleure santé capable de produire une économie plus robuste⁸⁷⁷. Lin et Kickbusch indiquent à cet effet que « *La plupart des travaux de santé dans toutes les politiques sont cadrés selon la manière dont les investissements en santé contribuent à une société plus productive renforcent la résilience et la cohésion sociale, donnent du pouvoir aux gens et contribuent au capital social, au bien-être et au bonheur*⁸⁷⁸ ».

L'intégration de cette approche dans toutes les politiques de développement et en particulier dans les politiques d'habitat urbain à Yaoundé et Douala permet d'améliorer les conditions de santé et d'équité en santé. Ceci, par le canal de la collaboration entre les secteurs de la santé et les autres secteurs sociaux qui constituent les établissements humains, comme les secteurs en charge des infrastructures socioéconomiques, de divertissement, de loisir, routières, de logement, d'éducation et des infrastructures de base en faveur des couches vulnérables. Plusieurs études consacrées aux problèmes des couches vulnérables ont mis en relief l'interdépendance qui existe entre les secteurs des organisations publiques et privées. Les études menées par Lotia et Hardy en 2008 sur les jeunes et leur famille vont dans ce sens. Elles soulignent que beaucoup de chercheurs tiennent pour acquis que les différents secteurs souhaitent travailler ensemble dans l'optique de produire des résultats collectifs, à l'effet de surmonter leurs difficultés et divergences⁸⁷⁹. En outre, la collaboration constitue une solution permettant d'assurer la référence aux bons services et peut être envisagée comme un moyen pour réduire les divergences, les discriminations, le favoritisme, la corruption et la marginalisation⁸⁸⁰.

De ce qui précède, il ressort que l'appropriation de l'action de collaboration

⁸⁷⁶ Claire Greszczuk, "Implementing HiAP: Lessons from around the world", The Health Foundation, 2019, p.4, Consulté en ligne sur <https://www.health.org.uk/publications/reports/implementing-health-in-all-policies>, le 28/03/2023.

⁸⁷⁷ Regional Office of the Western Pacific et University of Otago, Public health summer school – health in all policies, World Health Organization, 2016, p.22.

⁸⁷⁸ Vivian Lin & Ilona Kickbusch, "Progressing the sustainable development goals through health in all policies: Case studies from around the world", Government of South Australia and World Health Organization, 2017, p.178, Consulté en ligne sur <https://www.who.int/publications/m/item/progressing-the-sustainable-development-goals-through-health-in-all-policies>, le 28/03/2023.

⁸⁷⁹ Nuzhat Lotia & Cynthia Hardy, "Critical perspectives on collaboration" in The Oxford handbook of inter-organizational relations, 2009, p. 371, consulté en ligne sur <https://www.10.1093/oxfordhb/9780199282944.003.0014>, le 28/03/2023.

⁸⁸⁰ Patricia Sloper, "Facilitators and barriers for co-ordinated multi-agency services" *Child: Care, Health and Development*, Vol.30, n°6, 2004, pp. 571-580.

intersectorielle en faveur de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques des établissements humains par les pouvoirs publics des capitales économique et politique du Cameroun, permettra de réduire les inégalités en santé au profit de l'équité en santé dans tous les secteurs de la vie.

Depuis son accession à l'indépendance à nos jours, le Cameroun a adopté plusieurs stratégies exogènes et endogènes en faveur de la réduction des inégalités pour la promotion d'équité en santé urbaine telles que les politiques des logements sociaux et d'urbanisme, la mise sur pied des institutions comme le MINAS et le MINTPROFF et l'adoption des termes de la Conférence d'Alma Alta et des SSS. Malgré l'existence de ces politiques, il se pose des problèmes liés à la réduction des inégalités et à la promotion d'équité en santé urbaine dans les villes de Douala et Yaoundé, du fait de manque de volonté des pouvoirs publics. Par conséquent, l'appropriation du HiAP est limitée en contexte camerounais à cause du manque de volonté desdits pouvoirs publics qui ne trouvent aucun intérêt à l'appliquer.

2-Moyen d'amélioration des performances économiques

Selon la théorie du capital humain, les ressources humaines en bonne santé créent un ensemble de facteurs de croissance économique. Par conséquent, le HiAP étant par essence une stratégie de promotion des objectifs de santé dans toutes les politiques de développement, demeure le mécanisme le mieux indiqué pour booster le développement économique au Cameroun. Les pays en voie de développement comme le Cameroun doivent impérativement en tenir compte au cours de l'élaboration de leurs politiques de développement. Car elle contribue à l'amélioration des conditions de santé et du bien-être général de ses populations qui constituent les principaux acteurs de développement. Des populations en bonne santé constituent des sources de production des richesses et par conséquent boostent la croissance économique. Il faut reconnaître que la santé et l'économie sont liées au point où, la qualité et la quantité de main-d'œuvre augmentent à condition que l'état de santé des populations s'améliore⁸⁸¹.

En retour, la croissance économique suppose la hausse des revenus qui favorisent un meilleur accès aux services de santé et par ricochet la baisse de la mortalité et de la morbidité. Cette rhétorique d'économicisation de la santé n'a rien de nouveau puisque depuis les années

⁸⁸¹ Patricia Sloper, "Facilitators and barriers for co-ordinated multi-agency services" Child: Care, Health and Development, Vol.30, no6, 2004, pp. 571-580.

1990, les services de santé de la Commission européenne n'ont cessé de lier la santé et l'économie⁸⁸² ; car

Une action efficace peut empêcher des décès prématurés parmi la population qui travaille, de même que des invalidités et des maladies chroniques avec les conséquences qu'elles entraînent : absentéisme et incapacité de travailler ; elle peut améliorer la santé et permettre de maîtriser la demande en matière de soins et de traitements médicaux. Bref, la capacité productive de la Communauté peut être maximisée et, en même temps, les coûts de la maladie peuvent être réduits⁸⁸³.

La santé est donc un élément important du capital humain. C'est pourquoi seuls les individus en bonne santé peuvent participer efficacement à la production des richesses. C'est ce que souligne un sociologue en ces termes :

C'est évident que la santé et l'économie sont étroitement liées. Nos dirigeants doivent désormais intégrer le volet objectif de santé dans tous les programmes et politiques de développement, car, on ne peut pas se développer avec des individus malades ou morts. C'est pour cette raison que les pays dits développés ont très vite adopté la stratégie de collaboration au profit de la santé dans toutes leurs politiques. Elle permet de fédérer les énergies, les ressources et expertises pour promouvoir la santé des individus qui représentent une main-d'œuvre de qualité et de quantité. Par contre une mauvaise santé provoque des situations comme l'absentéisme, les lenteurs et le retard au travail. D'où toute l'importance de l'appropriation de cette approche par les pays comme le Cameroun qui veulent se développer⁸⁸⁴.

En somme, l'implémentation de l'approche « HIAP » dans le secteur de l'habitat urbain est un moyen d'amélioration des performances économiques. Elle permet de réduire de manière collective et unanime les maladies comme le choléra, le paludisme, le typhoïde, le Sida, des phénomènes de nuisances sonores et l'insécurité dont sont victimes au quotidien les populations de Douala et de Yaoundé et qui réduisent considérablement l'espérance de vie des citoyens.

3-Un mécanisme de régulation

Les relations de collaboration entre les individus ne vont pas de soi, mais, elles sont la résultante des négociations et des compromis, avec pour objectif la subordination des intérêts personnels ou individuels aux intérêts collectifs. Friedberg Erhard estime qu'une telle démarche est indispensable pour lier les acteurs⁸⁸⁵. La dimension conflictuelle et d'instabilité d'une organisation nécessite un ensemble de mesures et obligations qui permettent de réguler et

⁸⁸²Patricia Sloper, "Facilitators and barriers for co-ordinated multi-agency services" Child: Care, Health and Development, *o.cit.*

⁸⁸³*Ibid.*

⁸⁸⁴ Entretien avec un sociologue à Douala, *op.cit.*

⁸⁸⁵ Erhard Friedberg, *Les quatre dimensions de l'action organisée*, in *Revue française de sociologie*, Paris, Le Seuil, coll. Sociologie, 1993, pp .531-557.

d'organiser les actions des acteurs aux fins d'une collaboration conviviale et efficace. Cette démarche permet de concilier les notions de libertés individuelles des acteurs aux contraintes de l'action collective en vue de la promotion des questions de santé. Il s'agit de lier l'autonomie des acteurs aux règles qui gouvernent l'action collective ou la collaboration intersectorielle. Selon Marthe Deschesnes, « *Deux logiques d'actions sont prises en compte dans ce jeu : celle de la stratégie « égoïste » de l'acteur et celle de la cohérence finalisée de l'ensemble*⁸⁸⁶ ».

L'approche HiAP a cet avantage d'incarner l'action collective dans la mesure où elle exige de fixer comme préalable les règles du « jeu » qui garantissent la stabilité et la structuration sociale de l'action de collaboration en santé. Ce « jeu » définit les conditions minimales que chaque acteur doit remplir pour être accepté des autres acteurs et collaborer avec eux. Il limite la liberté d'action et la marge d'arbitraire de chacun des partenaires. Les règles participent à l'établissement d'un consensus par lequel les acteurs échangent leurs comportements pour la mise en œuvre de la collaboration intersectorielle. Elles fondent la stabilité et l'équilibre qui émanent d'un arrangement ou d'un compromis acceptable et permettent de faciliter les rapports de partenariat entre les différents acteurs impliqués dans la collaboration⁸⁸⁷. Vu les différents conflits d'intérêt et de compétence qui animent les acteurs en charge de promotion des objectifs de santé à Yaoundé et Douala tels que relevé dans le dernier chapitre de cette recherche, le mécanisme de régulation inhérente à l'approche HiAP demeure incontournable. C'est ce que confirme un responsable en service au MINHDU en ces termes :

*Au regard de la manière dont les secteurs de promotion des questions de santé fonctionnent de manière individuelle et en solo à cause de certains conflits d'intérêt et de compétence, le mécanisme de régulation prôné par l'approche HiAP qui implique le consensus et le compromis, est indispensable pour la réussite de la mise en œuvre de l'action de collaboration intersectorielle au profit de la promotion des questions de santé dans les villes. L'action de régulation permet aux acteurs de fixer au préalable les règles du jeu en mettant en avant les intérêts collectifs au détriment de l'individualisme et les actions égoïstes. Le cadre du HiAP est bien hiérarchisé et organisé, ce qui permet de régler facilement les différends*⁸⁸⁸.

Bien qu'il n'existe pas d'organisation sociale sans conflit, toutefois, l'existence des règles permettent de réguler les rapports de collaboration intersectorielle. Friedberg Erhard affirme à cet effet que le jeu organisationnel, en tant que construit humain dépend des capacités

⁸⁸⁶ Marthe Deschesnes, « La structuration d'une action intersectorielle à base communautaire comme stratégie d'actualisation d'une approche globale en promotion de la santé. Les régulations en jeu », *op.cit.*, p. 85

⁸⁸⁷ Friedberg Erhard, *Les quatre dimensions de l'action organisée*, *op.cit.*

⁸⁸⁸ Entretien avec un cadre du MINHDU à Yaoundé, *op.cit.*

relationnelles des joueurs ou acteurs⁸⁸⁹. Ces capacités autorégulatrices permettent aux acteurs d'améliorer leur performance dans une organisation intersectorielle. Bandura Albert est plus explicite à ce sujet lorsqu'il indique que les acteurs agissent en synergies à travers quatre processus majeurs à savoir : le processus cognitif ; le processus motivationnel ; le processus affectif et le processus de sélection⁸⁹⁰.

Les objectifs personnels qu'un individu se fixe sont influencés par l'auto-évaluation de ses compétences. Le niveau de l'engagement d'un acteur est déterminé par son niveau de croyances et d'efficacité, car, plus les défis qu'il se fixe sont élevés, plus ses engagements sont fermes envers ceux-ci⁸⁹¹. Cette détermination en termes d'efficacité détermine la qualité et le sens de l'analyse (le sens de l'anticipation pour enregistrer les succès, la recherche de solutions, les capacités de faire face aux difficultés) qui permet à l'acteur de réaliser des performances nécessaires à l'atteinte de ses objectifs⁸⁹². La projection d'un projet ou d'une organisation dans l'avenir se réduit en actions incitatives à « *travers des mécanismes autorégulateurs tels que l'efficacité personnelle perçue qui joue un rôle clé dans l'autorégulation de la motivation*⁸⁹³ ». D'ailleurs comme le relève à nouveau Bandura Albert, sans ce sentiment d'un engagement de soi énergique, les acteurs se découragent très facilement face aux obstacles dans leur tentative de vouloir améliorer la de leur condition de vie⁸⁹⁴. Ainsi, une organisation formée d'acteurs intersectoriels qui doutent régulièrement ne peut être capable de développer facilement des capacités collectives efficaces. Le sentiment d'efficacité personnelle, dans le cadre d'une collaboration intersectorielle est lié au processus de coordination et d'interaction qui influencent les capacités opérationnelles des différents membres⁸⁹⁵.

Pour la théorie sociale cognitive, les alliances de travail qui lient les différentes équipes d'intérêts qui ont leur programme et leur politique interne nécessitent une efficacité de très haut niveau notamment au niveau de la coordination et de l'équipe ou organisation. De pareilles démarches demandent une étroite coordination à plusieurs niveaux, notamment aux niveaux :

⁸⁸⁹ Friedberg Erhard, *Les quatre dimensions de l'action organisée*, op.cit.

⁸⁹⁰ Albert Bandura, *Exercise of personal and collective efficacy in changing societies*, in Albert Bandura (Ed.), *Self-efficacy in changing societies*, Cambridge, University Press, 1995, pp.1-45.

⁸⁹¹ Albert Bandura, "Social cognitive theory of self-regulation, Organizational behavior and human decision processes", Vol.50, 1991, pp. 248-287.

⁸⁹² Albert Bandura, "Perceived self-efficacy in Cognitive Development and Functioning", in *Educational psychologist*, 1993, pp.117-148.

⁸⁹³ Marthe Deschesnes, « La structuration d'une action intersectorielle à base communautaire comme stratégie d'actualisation d'une approche globale en promotion de la santé. Les régulations en jeu », op-cit, p. 86

⁸⁹⁴ Albert Bandura, *Exercise of personal and collective efficacy in changing societies*, op.cit.

⁸⁹⁵ Stephen Zaccaro, Virginia Blair, Christopher Peterson & Michelle Zazanis, *Collective Efficacy. Dans James Maddux (Ed.), Self-efficacy, Adaptation, and adjustment: Theory, Research and application*, New York, Plenum Press, 1995, pp.305-328.

des rôles, des stratégies, de la communication, de rétablissement d'objectifs communs et d'ajustements mutuels concernant les performances de chaque acteur. Une telle alliance, nécessite que les acteurs se soutiennent mutuellement à l'effet de développer des performances efficaces leur permettant d'atteindre les objectifs collectifs qu'ils se sont unanimement fixés. Ainsi, l'appropriation de l'action intersectorielle en faveur de la santé urbaine nécessite à cet effet une efficacité collective. L'efficacité collective dont il est question ici renvoie à ce que Zaccaro Stephen appelle le sentiment de compétence collectivement partagé par les acteurs d'une équipe au sujet de l'allocation, de la coordination et de l'intégration de leurs ressources, en tant que réponse négociée à des demandes situationnelles spécifiques⁸⁹⁶. Loin d'être un acquis qui fait la fierté personnelle d'un acteur pour accomplir certaines tâches au sein d'une organisation, l'attachement à l'efficacité collective est un attribut de tous les acteurs pour le développement d'une organisation. C'est ce que souligne Bandura cité par Marthe Deschesnes en ces termes :

Alors que l'efficacité personnelle perçue reflète les croyances d'un individu en ses propres capacités à orchestrer ses connaissances et ses habiletés afin d'accomplir certaines tâches, le sentiment d'efficacité collective réfère aux croyances partagées des membres en ce qui a trait, non seulement aux compétences de chacun d'eux pour accomplir les tâches requises au sein du groupe, mais aussi à la façon dont l'ensemble des membres peuvent coordonner et combiner leurs ressources⁸⁹⁷

Ce qui veut dire que si les membres d'une organisation intersectorielle ne travaillent pas en parfaite harmonie et dans un cadre bien régulé, leurs actions peuvent être vouées à l'échec. Les possibilités d'une équipe intersectorielle à atteindre les objectifs escomptés dépendent étroitement des règles qui gouvernent et guident l'action collective et de la qualité des actions de régulation entretenues par ses acteurs. L'atteinte de leurs objectifs est dépendante entre autres, de la convergence des intérêts poursuivis par les membres de l'équipe, de leur volonté de collaborer ensemble qui passe par la mobilisation de différentes compétences et les moyens matériels, financiers et humains.

⁸⁹⁶Stephen Zaccaro, Virginia Blair, Christopher Peterson & Michelle Zazanis, *Collective Efficacy*. Dans James Maddux (Ed.), *Self-efficacy, Adaptation, and adjustment: Theory, Research and application*, op.cit., pp.305-328.

⁸⁹⁷ Albert Bandura, "Self-efficacy, The exercise of control", New York, Freeman and Company, 1997, cité par Marthe Deschesnes, « la structuration d'une action intersectorielle à base communautaire comme stratégie d'actualisation d'une approche globale en promotion de la santé. Les régulations en jeu », p.86.

4- Les autres atouts de l'approches de collaboration intersectorielle dans la promotion des objectifs de santé

En dehors des atouts précédents, l'action de collaboration intersectorielle offre également divers autres atouts qui facilitent la promotion efficace des questions de santé. Elle est une stratégie axée sur des cadres de vie précis, sur des populations et facteurs de risques bien déterminés et définis.

4-1-Approche axée sur des cadres de vie bien précis

L'approche HIAP est une stratégie qui s'applique dans un environnement bien précis pour résoudre des problèmes bien précis. Elle s'applique en faveur des secteurs de collaboration bien précis pour mieux identifier les populations et les problèmes de santé auxquels elles sont confrontées et y trouver des solutions appropriées⁸⁹⁸. Le projet villes-santé de l'Organisation Mondiale de la Santé par exemple a été implémenté à l'échelon local en s'appuyant sur des localités ou des collectivités bien déterminées pour y promouvoir des politiques et pratiques qui tiennent compte des objectifs de santé. Depuis son lancement dans le monde et au Cameroun en particulier, le projet ville-santé a été implémenté dans des localités bien circonscrites. Huchzemeyer et coll indiquent à ce sujet qu'il « *A été mis en exécution dans des cadres bien définis à savoir : des villes, des municipalités, des villages, des îles et des collectivités, des écoles et des lieux de travail*⁸⁹⁹ ».

Le choix de ces zones à échelon local pour la mise en œuvre des projets de collaboration intersectorielle en faveur de la promotion des questions de santé, s'explique par la volonté des gouvernants d'améliorer des cadres de vie bien définis, en mettant l'accent sur l'amélioration des conditions sanitaires et d'équité en santé. Au Canada, notamment sous le règne du parti travailliste, c'est dans les localités défavorisées manifestant des besoins vitaux et cruciaux que les actions de redistribution nationale ont été réalisées avec l'appui des collectivités locales.

⁸⁹⁸ Au croisement des secteurs, Expériences en action intersectorielle, en politique publique et en santé, Agence de santé publique du Canada en collaboration avec le réseau de connaissances sur les systèmes de santé de la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé et le réseau régional de l'Est et du Sud de l'Afrique (EQUINET), 2007, p.22, Consulté en ligne sur <https://www.canada.ca>. Ca. « Service » a, le 17/03/2023.

⁸⁹⁹ Huchzemeyer, M., Burton, S. & Harpham, T., "Health and environment in development policy and planning: Strengthening the basis of intersectoral collaboration", Department of health and sustainable development, WHO, Geneva, 2001, p.12, Cité « Dans Au croisement des secteurs, Expériences en action intersectorielle, en politique publique et en santé », Agence de santé publique du Canada en collaboration avec le réseau de connaissances sur les systèmes de santé de la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé et le réseau régional de l'Est et du Sud de l'Afrique (EQUINET), 2007, P 22, Consulté en ligne sur <https://www.canada.ca>. Ca. « Service » a, le 17/03/2023.

Ces actions, qui ont débouché sur une collaboration plus étroite ont permis de s'attaquer de manière efficace aux principales causes du mauvais état de santé, de la pauvreté et au chômage⁹⁰⁰. Au sujet de la nécessité de l'approche axée sur le cadre, de vie des populations, Dahlgren et Whitehead conseillent que « *Des efforts spéciaux devrait être faits pour lancer des initiatives axées sur le cadre dans des collectivités défavorisées et bien déterminées*⁹⁰¹ ». Cette approche « *A été utilisée pour s'attaquer aux risques de la santé au travail et porte essentiellement sur les principaux déterminants de la santé dans un lieu de travail en particulier*⁹⁰² ».

Si l'approche axée sur le cadre ou sur un lieu bien déterminé qui fait partie des démarches du HiAP tel que décrit ci-dessus, a fait ses preuves en matière de promotion des questions de santé dans toutes les politiques dans plusieurs pays du monde, c'est parce qu'elle se concentre sur un problème dans un cadre bien déterminé. À l'ère de la décentralisation comme au Cameroun et notamment dans les villes de Yaoundé et Douala, cette stratégie est appropriée pour intégrer les objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain à travers l'action de collaboration intersectorielle.

4-2-Approche par étapes

L'une des raisons pour lesquelles l'approche HIAP est considérée par les acteurs comme une stratégie politique méthodique importante, c'est parce qu'elle implique une action de collaboration intersectorielle structurée et planifiée par étapes en vue de s'attaquer de manière efficace aux risques de santé dans tous les secteurs. L'appropriation effective d'une telle démarche par les pouvoirs publics camerounais peut faciliter la promotion des établissements humains favorables aux questions de santé urbaine. Bos Robert indique à ce sujet que le HiAP est important parce qu'elle⁹⁰³ passe toujours par un examen conjoint et harmonieux lors de l'élaboration des politiques de collaboration en faveur de la promotion des questions de santé.

⁹⁰⁰ WHO Commission on social determinants of health 2006c, Proposed areas of investigation for the KN: An initial scoping of the literature, (prepared for the first meeting of the health systems knowledge network of the WHO's Commission on social determinants of health by the health systems knowledge network Hub) discussion document No.1 Draft february 2006.

⁹⁰¹Goran Dahlgren & Margaret Whitehead, "A discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health, Studies on social and economic determinants of population health", WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, n°3, 2006, p.101, consulté en ligne sur <https://www.apps.who.int/iris/handle/10665/107792>; le 17/03/2023.

⁹⁰² *Ibid.*

⁹⁰³ Robert Bos, 2006, "Understanding the links between agriculture and health", International Food Policy Research Institute, 2006, consulté en ligne sur : <http://www.ifpri.org/2020/focus/focus13/focus1316.pdf#search=%22intersectoral%20action%20for%20health%22>, le 17/03/2023.

Elle permet d'élaborer des mesures institutionnelles précises concernant des questions de santé et d'identifier les partenaires, cerner le contenu de la collaboration et mettre en place les mécanismes et les ressources appropriées pour la réussite de la promotion des questions de santé. Car, qu'en l'absence de ressources adéquates, les actions intersectorielles ont rarement une incidence durable. Pour plus de consensus, l'auteur recommande non seulement d'élaborer des protocoles d'entente clairs et officialiser des mesures qui guident la collaboration, mais aussi, de définir clairement les liens, le mandat et les ressources nécessaires avec les organismes intersectoriels. Avant Bos, l'OMS recommandait les trois étapes à suivre pour faciliter la mise en œuvre d'une collaboration en santé, à savoir ⁹⁰⁴: analyser la situation en tenant compte des mesures institutionnelles ; cibler des obstacles à la collaboration intersectorielle et mobiliser les idées capables de résoudre les problèmes susceptibles de plomber la collaboration intersectorielle.

Parmi les pays qui ont mis en applications avec succès cette démarche par étapes, figure la Norvège. Elle a été adoptée par la Direction de la Santé et des Affaires Sociales de la Norvège en 2005 dans le but d'évaluer l'action des inégalités sur la santé. Deux étapes ont été suivies pour lutter contre le développement des inégalités en santé : La première étape avait pour but, de recueillir les informations sur les inégalités sociales et d'élaborer les stratégies politiques, des programmes et des projets de lutte contre ces inégalités sociales. La Direction avait pour rôle de veiller à ce que les inégalités sociales soient prises en considération dans ses propres politiques et à préparer la rencontre professionnelle de la stratégie nationale regroupant tous les secteurs⁹⁰⁵. À la seconde étape, le gouvernement a remis au parlement un rapport budgétaire concernant la stratégie relative à la réduction des inégalités sociales en santé en 2007. Ce rapport accorde la priorité au renforcement des responsabilités des pouvoirs publics dans les secteurs clés du bien-être tels que la santé, les soins médicaux et l'éducation. Cette stratégie a pour but de réduire les inégalités sociales en santé et de fixer les lignes directrices liées à l'orientation des politiques de l'État en matière de lutte contre les inégalités sociales pendant dix ans, plus précisément de 2007-2017⁹⁰⁶. Au regard de la complexité et de la diversité des déterminants qui affectent la santé des populations des villes de Douala et de Yaoundé, un responsable en

⁹⁰⁴ WHO 2004, "Health as a cross-cutting issue in dialogues on water for food and the environment report of an international workshop jointly organized by WHO and inWEnt", Capacity Building International, Amman, Jordan, 15-18 December 2003, World Health Organisation, Geneva, p. 18, consulté en ligne sur <https://www.iwmi.cgiar.org/dialogue/files/pdf/Activities/Jordanworkshop/WSH04.02.pdf>, le 18/03/2023.

⁹⁰⁵ Directorate for Health and Social Affairs, The Norwegian Directorate for Health and Social Affairs "Plan of action to reduce social inequalities in health: The challenge of the gradient", Directorate for Health and Social Affairs, Oslo, 2005.

⁹⁰⁶ *Ibid.*

service au MINEPDED recommande de recourir de recourir urgemment à la démarche par étapes pour y faire face en ces termes que « *L'État doit mettre effectivement et urgemment mettre sur pied la démarche par étape pour faciliter la promotion des questions de santé et de bien-être des populations, elle est une plateforme de collaboration intersectorielle bien structurée avec des étapes bien planifiées et définies qui se suivent progressivement et respectivement, capable de réduire efficacement les déterminants de la santé qui impactent la santé des populations de Yaoundé et Douala* ⁹⁰⁷ ».

Il découle de ce qui précède que l'action de collaboration intersectorielle favorable à la santé qui implique la démarche par étapes, est une stratégie qui permet d'élaborer des stratégies probantes, capables de s'attaquer efficacement aux déterminants et inégalités de la santé comme le cas en Norvège. Grâce à sa démarche bien structurée par étapes successives et méthodique, elle facilite l'intégration des objectifs de santé dans toutes les politiques. C'est pourquoi, la plupart d'acteurs souhaitent qu'elle soit transposée en contexte urbain camerounais, notamment en faveur de la promotion des questions de santé dans les établissements humains des capitales politiques et économique.

4-3-Approche axée sur les populations

Comme relevé plus haut, l'approche HiAP n'est pas une démarche évasive et désordonnée. Elle est méthodique et axée sur la résolution des problèmes bien définis des populations bien précises. La Nouvelle-Zélande, l'Australie, le Canada et le Chili, sont parmi les nations qui ont expérimenté les « *Approches intersectorielles axées ou ciblées pour résoudre les problèmes sociaux et économiques complexes des peuples autochtones* ⁹⁰⁸ ». Cette démarche a permis aux institutions autochtones, régionales, nationales et internationales telles que l'éducation, la santé, les services sociaux, le développement économique, l'environnement, les organismes techniques, financiers et les organisations étatiques se préoccupant essentiellement des questions de santé des populations, de collaborer pour réduire les inégalités qui impactent négativement la santé des populations ⁹⁰⁹.

Au Chili par exemple, le Ministère de la Planification et de la Coordination s'est servi de l'approche de collaboration axée sur les populations pour créer le fonds de solidarité et des

⁹⁰⁷ Entretien réalisé à Yaoundé avec un responsable d'un service déconcentré du MINEPDED, *op.cit.*

⁹⁰⁸ Au croisement des secteurs, Expériences en action intersectorielle, en politique publique et en santé, Agence de santé publique du Canada en collaboration avec le réseau de connaissances sur les systèmes de santé de la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé et le réseau régional de l'Est et du Sud de l'Afrique (EQUINET), *op.cit.*

⁹⁰⁹ *Ibid.*

investissements éthiques dans le but de soutenir les familles vivant dans une extrême pauvreté⁹¹⁰. Ce programme a permis de réunir tous les secteurs en charge de la promotion des questions de santé pour élaborer des politiques ayant une incidence sur la santé et faire des interventions sélectives dans le but de combattre les inégalités. C'est ainsi que des chômeurs, chefs de famille qui sont visés par ce programme ont bénéficié des dotations financières. Cette initiative a eu des répercussions sanitaires, sociales et économiques sur les vies des populations⁹¹¹.

Dans un contexte de décentralisation où les problèmes de santé des populations varient d'une localité à une autre comme au Cameroun, la plupart d'informateurs rencontrés soulignent l'opportunité pour les pouvoirs publics, de s'approprier l'approche axée sur les populations dans le but d'apporter des solutions aux problèmes de santé vécus spécifiquement et localement. À ce sujet, un sociologue reconnaît que :

*Compte tenu du fait que les problèmes de santé de la ville de Yaoundé ne sont pas toujours similaires à ceux de la ville de Douala, il est de bon ton que les pouvoirs publics axent leurs politiques de promotion des questions de santé sur les problèmes vécus localement par les populations. Chaque localité regroupant des populations a ses problèmes de santé urbaine spécifiques. Les problèmes de santé des populations du quartier Bonandjo à Douala, ne sont pas forcément les mêmes que ceux du quartier Mbankolo à Yaoundé. C'est dans cette optique que la décentralisation a été mise en œuvre au Cameroun*⁹¹².

4-5-Approche axée sur des maladies ou facteurs de risque précis

Dans le but de rechercher l'efficacité et l'efficience dans la lutte contre les maladies et les risques de santé, plusieurs pays ont misé sur les stratégies de collaboration intersectorielle axées sur des maladies ou sur de facteurs de risque bien précis. Les avantages liés à l'appropriation de cette approche résident dans sa capacité à mobiliser les acteurs divers pour s'attaquer aux maladies ou aux risques de santé bien précis de manière méthodique. Pour relever l'importance de cette approche, Dahlgren et Whitehead font savoir qu'une « *Approche coordonnée, axée sur une maladie précise, est parfois efficace sur le plan de la mobilisation de l'action publique*⁹¹³ ». Elle est davantage plus utile, lorsque les différents acteurs qui y interviennent ont une très bonne perception de la nécessité de prendre des mesures en faveur d'un groupe souffrant des problèmes de santé spécifiques tels que le VIH/Sida, le choléra, le

⁹¹⁰ WHO commission on social determinants of health , Health pamphlet, consulté en ligne sur http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_brochure.pdf, 2006b, le 20/03/2023.

⁹¹¹*Ibid.*

⁹¹²Entretien avec un sociologue à Douala, *op.cit.*

⁹¹³Goran Dahlgren & Margaret Whitehead, "A discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health", *op.cit.*

COVID-19⁹¹⁴. Un personnel de santé affirme à ce sujet qu'« Une action de collaboration bien élaborée et axée sur la résolution d'un problème précis, comme celui de logement décent ou du choléra est plus efficace contrairement à nos démarches dispersées, implémentées de manière solitaire et anarchique. Nous embrassons tout à la fois sans méthode précise. D'où nos divers échecs⁹¹⁵ ».

Pour plus d'efficacité dans la promotion des questions de santé urbaine, les acteurs des villes de Yaoundé et de Douala ont relevé l'importance de la mise en œuvre de l'action de collaboration intersectorielle axée sur les maladies et les facteurs de risques de santé. Cette démarche est importante parce qu'elle permet de faire usage des ressources disponibles rationnelle au profit de la promotion des questions de santé en ciblant les déterminants de santé bien définis.

5- Mécanisme de prise de conscience

Le mécanisme de prise de conscience des acteurs intersectoriels revoie à la capacité du HiAP à faire comprendre aux différents acteurs, la nécessité de l'appropriation du HiAP, comme un vecteur susceptible de leur procurer des avantages du fait de sa capacité à réduire considérablement les divers déterminants de la santé en vue de la promotion des objectifs de santé pour tous. Erhard Friedberg, fait connaître de ce fait que l'acquisition de nouvelles connaissances liées à l'approche HiAP par les acteurs intersectoriels, facilite les changements de comportement et de raisonnement nécessaires à la prise de décisions en faveur de la mise en œuvre de l'action de collaboration intersectorielle pour la promotion de la santé dans tous les secteurs⁹¹⁶. Les bénéfices procurés aux acteurs par l'action intersectorielle, conditionnent le degré de motivation et de prise de conscience de ceux-ci envers l'action intersectorielle. C'est ce que confirment en substance ces propos Marthe Deschesnes :

Les résultats de l'évaluation continue du processus de partenariat et de ses conséquences au regard des objectifs communs recherchés, peuvent favoriser chez les acteurs une prise de conscience des bénéfices et des coûts associés à leur façon de coopérer et leur permettre ainsi d'augmenter leur capacité relationnelle lorsqu'ils intègrent cette connaissance dans le jeu de collaboration⁹¹⁷.

Cependant, ladite prise de conscience des avantages tels que les bénéfices et les coûts, les conséquences et les succès enregistrés ne peut se réaliser sans adopter un esprit

⁹¹⁴Goran Dahlgren & Margaret Whitehead, "A discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health", *op.-cit.*

⁹¹⁵ Entretien réalisé à Yaoundé avec un personnel de santé des services déconcentré, *op.cit.*

⁹¹⁶Erhard Friedberg, *Le pouvoir et la règle, Dynamiques de l'action organisée*, *op.cit.*

⁹¹⁷ Marthe Deschesnes, « La structuration d'une action intersectorielle à base communautaire comme stratégie d'actualisation d'une approche globale en promotion de la santé. Les régulations en jeu », *op.cit.*, p. 87

d'autoréflexion permettant aux acteurs d'intégrer les nouvelles compréhensions et connaissances indispensables à la mise en œuvre de l'action intersectorielle en faveur de l'intégration des objectifs de santé dans toutes les politiques. De ce fait, le processus de structuration de l'action collective doit accorder une importance à l'apprentissage organisationnel de manière à renforcer les compétences des acteurs intersectoriels à s'auto-étudier. Cet apprentissage leur permet de saisir progressivement les forces sociales en présence afin d'envisager de nouvelles possibilités pour améliorer leur situation et renforcer leur sentiment d'efficacité collective. À ce sujet un responsable en service au MINSANTE fait connaître ce qui suit :

*La force du HiAP provient du fait qu'elle permet aux acteurs de prendre conscience des limites de la politique sectorielle et les capacités de l'action collectives dans la promotion de la santé à long terme. Cette prise de conscience leur permet de mobiliser collectivement toutes les forces intersectorielles en présence indispensables pour l'amélioration des cadres de vie sains et des conditions sanitaires équitables pour tous*⁹¹⁸.

L'action intersectorielle est importante pour la promotion de la santé urbaine, dans la mesure où elle propose une théorie du changement basée sur l'interaction et la communication entre ses acteurs. Cette approche permet d'améliorer les capacités des membres « auto-réflexives » et par conséquent les conditions de travail. Dans cette perspective, elle met en relief les modèles cognitifs et le dynamisme qui permettent aux acteurs de prendre de plus en plus conscience de leur attitude dans l'organisation du travail. Cette démarche permet aux acteurs de s'engager dans une action intersectorielle de manière autoréflexive. Elle est une forme d'engineering social qui permet d'améliorer les compétences des individus et par conséquent d'augmenter la productivité des cadres de collaboration en santé. Pour Elden et *al.*, la réflexion au sein d'une équipe est conditionnée par l'intégration et la congruence de connaissances qui portent sur les quatre dimensions ci-après : les objectifs de l'organisation ; les stratégies ou la méthodologie mobilisée pour atteindre ces objectifs ; les attitudes qui s'y rattachent (comportements et connaissances) et les conséquences de ces attitudes⁹¹⁹. Cette approche est similaire à celle proposée par la théorie sociale cognitive, plus précisément au niveau du processus d'autorégulation qui conduit et galvanise les actions des individus. Elle se réalise par le canal de l'élaboration des objectifs à atteindre à savoir : la valeur attendue, c'est-à-dire le rapport entre diverses attitudes et les objectifs à atteindre ; la mise en relief de leurs efficacités

⁹¹⁸ Entretien réalisé à Yaoundé avec un responsable des services déconcentré du MINSANTE, *op.cit.*

⁹¹⁹ Max Elden & Morten Levin, "Cogenerative Learning.Bringing participation action research", in *W.F. Whyte (Ed.)*, Newbury Park, 1991, p.127.

(compétences), l'auto-appréciation (rétroaction sur les progrès accomplis) et l'apprentissage utile⁹²⁰. L'un des éléments de cette action porte sur le « processus d'apprentissage mutuel » dans lequel les différents acteurs intègrent leurs théories et leurs connaissances respectives⁹²¹.

Dans le cadre de cette étude, cette démarche permet aux acteurs de prendre conscience de la nécessité de la promotion de la santé urbaine à travers la collaboration intersectorielle. Elle exige que les différents acteurs, définissent clairement la plateforme de collaboration, les objectifs à atteindre en faveur de la promotion de ladite santé urbaine, les stratégies ou la méthodologie mobilisées et les ressources disponibles pour atteindre ces objectifs. En outre, à travers l'action du suivi-évaluation permanent recommandée par l'approche HiAP, les membres impliqués dans la collaboration peuvent se doter des compétences pour remplacer les représentations initiales inefficaces et intitulés à l'effet de mieux structurer la collaboration intersectorielle⁹²². Pour corroborer ce qui précède, Nguendo-Yongsi fait constater qu'il est nécessaire pour les gouvernants d'adopter cette approche parce qu'elle est plus réfléchie et permet d'intégrer efficacement les objectifs de santé dans les politiques de planification et gouvernementales en contexte urbain camerounais et notamment pour le compte de la ville de Douala⁹²³.

La mise en œuvre de la collaboration intersectorielle en santé urbaine n'est jamais un acquis définitif, du fait de l'influence des cultures professionnelles ou organisationnelles respectives qui déterminent les actions des acteurs au sein du groupe ou leur institution⁹²⁴. Ce processus de collaboration évolue selon Elden et Chisholm avec la communication, le dialogue et la négociation⁹²⁵. Ce qui permet acteurs concernés d'accepter de se remettre en cause pour reconnaître l'importance de nouvelles politiques et pratiques de promotion des objectifs de santé. À cet effet, ils doivent nécessairement accepter de développer le sens de l'objectivité en remettant automatiquement en cause les anciennes « *habitus* » non appropriés pour relever les

⁹²⁰Max Elden & Morten Levin, "Cogenerative Learning.Bringing participation action research", *op.cit.*

⁹²¹ Ba-aliya Israel, Susan Schurman & Margrit Hugentobler, "Conducting action research: Relationships between organization members and researchers", in *Journal of Applied Behavioral Science*, 1994, pp 74-101.

⁹²² Richard Mayer, "Participatory research: Theory and practice", in Jean Alary, Beausoleil, Christophe Guédon & Richard Mayer (Eds.), "Community care & participatory research", Montréal, Nu-Age Editions, 1990, pp .200-243

⁹²³Blaise Nguendo-Yongsi, "Perceptions, Experiences and obstacles for intersectoral action for health: Perspectives of policymakers in Douala-Cameroon", *op-cit.*

⁹²⁴Pieter Degeling, "The significance of «sectors» in calls for urban public health intersectoralism: An Australian perspective", in *Policy and Politics*, Vol.32, n°1, 1995, pp .289-301.

⁹²⁵ Max Elden & Rupert Chisholm, "Emerging varieties of action research: Introduction to the special issue", in *Human Relations*, Vol.46, n° 2, 1993, pp.121-142.

défis de leur en matière de santé urbaine. Allant dans cette même logique, un sociologue recommande que

Les acteurs d'une plateforme de collaboration intersectorielle pour l'intégration des objectifs de santé dans les politiques des établissements humains, doivent désormais accepter de se remettre en causes, ainsi que leurs anciennes manières de faire, de penser et de travailler. Ils doivent être ouverts aux critiques et à l'appropriation de nouvelles connaissances approprier pour relever les défis de promotion des objectifs de santé qui s'opérationnalisent dans un cadre de collaboration. Leurs actions doivent être questionnées par les autres partenaires pour la recherche des résultats probants⁹²⁶.

Embottant les pas au précédent sociologue, Torbert fait remarquer que des capacités comme l'esprit d'analyse critique, les compétences interpersonnelles au sein du groupe sont appropriées pour contrecarrer les malentendus et les conflits qui handicapent les actions de développement⁹²⁷. Cette démarche crée un sentiment de réciprocité entre les acteurs en interaction. Car, comme le soulignent Koorsgaard et *al.*, lorsque les personnels d'une organisation ont le sentiment de recevoir un traitement équitable et estiment être légitimement acceptés par les autres membres de l'organisation, il y a de forte chance qu'ils acceptent de s'ouvrir facilement aux autres et par conséquent de se faire confiance mutuellement⁹²⁸. C'est pour cette raison que les organisations ont intérêt à mettre sur pied des conditions de travail favorables aux dialogues permanents, à la gestion du stress, à la création des mécanismes de solidarité entre les membres dans le but de contourner les obstacles aux capacités d'analyse et bon fonctionnement de l'équipe. Ces conditions qui contribuent à réduire le doute, participent à une large ouverture de jeu entre les acteurs et à la possibilité d'une exploration et d'apprentissage mutuel à divers niveaux.

En somme, la collaboration intersectorielle est un mécanisme qui permet d'orienter la vision des acteurs vers les bonnes pratiques pour le bien-être de tous. Elle contribue au développement des capacités relationnelles et réflexives des acteurs d'une équipe (groupe) grâce à l'acquisition de nouvelles compétences susceptibles de créer une force collective pour le changement ou la structuration des organisations politiques et sociales. La collaboration est une forme de changement social qui met l'accent sur le changement individuel et organisationnel pour contrecarrer les difficultés pouvant entraver le développement des cadres

⁹²⁶ Entretien réalisé à Douala avec un sociologue (universitaire), *op.cit.*

⁹²⁷ William Torbert, "Creating a Community of Inquiry: Conflict, Collaboration, Transformation", New York: John Wiley, 1976, consulté en ligne sur <https://www.amazon.in/communit.williamrtorbert.com>, le 20/03/2023.

⁹²⁸ Audrey Koorsgaard, David Schweiger & Harry Sapienza, "Building Commitment, Attachment, and trust in strategic decision-making teams: The role of procedural justice", in *Academy of Management Journal*, 1995, pp .60-84, consulté en ligne sur <https://www.doi.org/102307/256728>, le 20/03/2023.

de vie convenables. C'est ce que tente d'expliquer Thomson et *al.* cités par Marthe Deschesnes en ces termes : « *Ce type de recherche-action s'apparente à une approche de développement organisationnel étant donné qu'elle lie les changements individuels et organisationnels en vue d'altérer certaines normes et pratiques qui pourront avoir un impact sur des changements plus larges*⁹²⁹ ». Pour reprendre Frankish et Green, la recherche de collaboration s'apparente à une approche de développement organisationnel qui se concentre sur l'élaboration d'un processus de changement individuel et organisationnel par le canal de la participation systématique des acteurs capables de réaliser des cercles de changement plus large⁹³⁰.

Pour que cet apprentissage et changement soient effectifs, chaque cadre ou plateforme de collaboration doit se doter d'un espace et d'un agenda appropriés dans le but de dialoguer ; de communiquer et de partager les expériences ainsi que les connaissances et les informations nécessaires à la promotion des questions de la santé. Ce cadre et agenda sont importants pour recevoir et fidéliser les acteurs impliqués dans ladite promotion des questions de santé dans toutes les politiques notamment dans le secteur d'habitat urbain à Yaoundé et Douala.

6-Moyen de sensibilisation des populations sur la santé et ses déterminants

L'une des raisons qui poussent les pouvoirs publics à recourir à l'approche HiAP se trouve dans sa capacité à diffuser les informations et à sensibiliser les populations sur leur état de santé et ses déterminants. Le contrôle continu des déterminants de santé des populations, constitue un élément essentiel de santé publique, dont le but principal est de fournir des informations pertinentes aux populations ciblées et décideurs. Cette démarche, qui fait de la communication un moyen essentiel pour s'attaquer aux déterminants de la santé permet de transmettre et de recevoir de la rétroaction en vue d'évaluer correctement le succès de l'action intersectorielle pour prendre des mesures correctives et nécessaires⁹³¹. Les informations diffusées renseignent les populations sur la nécessité d'agir en amont sur des déterminants de santé dans une société ou au sein du système de santé et de services sociaux, ainsi que dans les autres secteurs où les effets impactent la santé des citoyens. En saisissant mieux les grands enjeux de santé et

⁹²⁹ Beti Thompson & Susan Kinne, "Social Change Theory: Applications to Community Health", in *Neil Bracht (Ed), « Health promotion at the community level »*, Newbury Park: Sage Publications, 1990, pp 45-65, cité par Marthe Deschesnes, « La structuration d'une action intersectorielle à base communautaire comme stratégie d'actualisation d'une approche globale en promotion de la santé. Les régulations en jeu », *op.-cit*, p. 87.

⁹³⁰ James Frankish & Lawrence Green "Organizational and community change as the social scientific basis for disease prevention and health promotion policy", *Advances in Medical Sociology*, 1994, p. 209.

⁹³¹ Sixième rapport, « La santé de la population : Portrait d'une richesse collective au Québec », 2016, consulté en ligne sur <http://www.publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-228-01.pdf>, le 02/04/2023.

l'étendue des déterminants de la santé sur lesquels il faut impérativement agir, les différents acteurs de la société comprennent mieux l'importance de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques et pratiques des établissements humains camerounais. Toute chose qui a amené certains auteurs comme Bauld⁹³², Exworthy, Berney et Powell⁹³³ à confirmer que les collaborations intersectorielles obligent de nouveaux impératifs communicationnels dont dépend nécessairement leur succès.

La fonction de surveillance de l'état de santé des populations n'est pas une activité superficielle, elle repose sur une démarche solide et rigoureuse et consiste à collecter, à analyser, à interpréter et à diffuser des données sur les divers déterminants de la santé à l'échelle de la population. Elle se caractérise par la pertinence et la qualité de l'information véhiculée aux différents paliers. Cependant, les données collectées à cet effet sur certains pays comme le Cameroun relèvent de la nécessité à fournir des efforts relatifs à la vulgarisation de cette démarche à l'effet de produire et véhiculer en temps opportun des informations plus accessibles et utiles sur l'état et les risques de santé des populations. Pour y parvenir, les pouvoirs publics qui sont à la traîne comme ceux du Cameroun en matière de sensibilisation des populations sur la situation des déterminants de la santé doivent : recourir aux moyens efficaces pour mieux saisir les besoins d'information des populations; adapter l'information et les productions de surveillance ministérielles ; faire accroître la diffusion et l'appropriation plus largement au sein des populations ; favoriser le développement de la capacité des acteurs de surveillance à adapter l'information et leurs productions aux différents paliers⁹³⁴.

L'un des pays qui a évolué dans ce sens est le Canada avec notamment la province du Québec où tout un rapport national sur l'état de santé de la population produit tous les cinq ans est en évolution. Ce rapport national est une importante publication ministérielle produite et diffusée périodiquement en vertu de la loi sur la santé publique. Il a pour but, d'informer les acteurs à l'instar des décideurs, des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, leurs partenaires intersectoriels et le grand public sur l'évolution de l'état de santé de la communauté, ainsi que sur les décisions à prendre pour améliorer la santé et réduire les

⁹³² Linda Bauld, Ken Judge, Marian Barnes & Michaela Benzzeval, "Promoting social change: The experience of health action zones in England", *Journal of Social Policy*, vol. 34, n° 3, p.427.

⁹³³ Mark Exworthy, Lee Berney & Martin Andrew Powell "How great expectations in Westminster may be dashed locally: The local implementation of national policy on health inequalities", in *Policy & Politics*, Vol. 30, n°1, pp 79-96.

⁹³⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux, Le soutien à l'action intersectorielle favorable à la santé : Stratégie ministérielle, Québec, 2017, P 23.

inégalités sociales en santé⁹³⁵. Ce rapport fait le bilan de l'ensemble des problèmes et enjeux de santé. C'est dans cette optique que le portrait paru en 2016, *sur l'état de santé des populations : Le portrait d'une richesse collective*, propose une sélection de 31 sujets qui illustrent certains aspects plus marquants de la santé des Québécois⁹³⁶. Il fait la situation de succès réalisé grâce aux efforts fournis par les différents acteurs de santé publique, de concert avec un ensemble de partenaires provenant de plusieurs horizons. Le troisième rapport national, publié en 2007 et intitulé *riches de tous nos enfants : La pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans*, quant à lui, fait l'analyse de plus d'une centaine d'indicateurs qui illustrent les écarts de santé chez les jeunes et préconise les mesures à prendre pour réduire la pauvreté et ses nombreuses conséquences pour la santé⁹³⁷. Le quatrième rapport national publié en 2010 sous le titre, *L'épidémie silencieuse : Les infections transmissibles sexuellement et par le sang*, propose d'analyser l'évolution de la situation chez les jeunes et les groupes vulnérables en matière d'infections transmissibles sexuellement par le sang, pour ensuite mettre de l'avant les gains réalisés et les défis qui se posent à l'égard des activités de prévention, de dépistage et de traitement⁹³⁸.

Au regard des divers déterminants qui impactent la santé des populations en milieu urbain camerounais, en particulier dans les villes de Douala et Yaoundé, il est de bon ton que les pouvoirs publics intensifient les stratégies de communication en diffusant quotidiennement les informations sur les différents déterminants de la santé urbaine et les risques divers au bien-être général. Il en est de même de la vulgarisation des rapports annuels sur les différents problèmes de santé et les solutions pour les réduire. La mise en œuvre d'une équipe intersectorielle et interdisciplinaire mettant en synergie des universitaires, des experts des questions de santé, foncières, environnementales et d'urbanisme est indispensable aux fins de production de rapports et des documents objectifs pour sensibiliser les populations sur les facteurs et les nouvelles politiques de promotion des questions de santé urbaine.

⁹³⁵ Cinquième rapport, « Pour guider l'action : Portrait de santé du Québec et de ses régions », consulté en ligne sur [http : //www.publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-228-01F](http://www.publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-228-01F), le 02/04/2023.

⁹³⁶ Sixième rapport, « La santé de la population : Portrait d'une richesse collective au Québec », consulté en ligne sur [http : //www.publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-228-01](http://www.publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-228-01), le 02/04/2023.

⁹³⁷ Troisième rapport, « Riches de tous nos enfants : La pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans », 2007, consulté en ligne sur <http://www.publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-228-05>, le 02/04/2023.

⁹³⁸ Quatrième rapport, « L'épidémie silencieuse : Les infections transmissibles sexuellement et par le sang », consulté en ligne sur <http://www.publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-228-02>, le 02/04/2023.

7- Outil de connaissance et d'intervention

L'une des raisons pour lesquelles les gouvernants recourent à l'approche « HiAP », est liée à sa démarche basée sur le pragmatisme dans les interventions en matière de promotion des questions de santé. Elle cultive chez les acteurs des capacités d'exploration et d'acquisition des connaissances pour faciliter la promotion des questions de santé dans un secteur bien déterminé comme l'habitat urbain. Elle doit sa pertinence à sa capacité à renforcer les liens solides entre les acteurs intersectoriels pour la promotion des objectifs de santé à long terme. Elle est une stratégie de l'action et un mécanisme d'intervention intersectorielle, dans la mesure où elle offre une plateforme de réflexion, de dialogue et de formation bien structurée et organisée en vue d'anticiper sur les risques pouvant impacter négativement la santé et le bien-être général des populations. C'est ce qu'indiquent les propos d'un responsable du MINSANTE qui reconnaît que :

L'un des atouts du HiAP réside dans le fait qu'il prône l'acquisition préalable des nouvelles connaissances permettant aux acteurs d'anticiper sur des risques de santé. Le sens d'intervention anticipative permet d'éviter que certains problèmes de santé surprennent les pouvoirs publics et les populations. Au lieu d'agir comme des éternels urgentistes et toujours surpris face aux risques de santé, la mise en œuvre effective du HiAP dans le secteur de l'habitat urbain permettra de prévenir les éventuelles menaces de santé⁹³⁹.

Face à la rapidité du processus d'urbanisation en contexte camerounais qui s'accompagne des évolutions importantes et des menaces sur la santé, il importe de mettre en œuvre une approche innovante qui se matérialise à travers des mesures coordonnées pour résoudre les principaux problèmes de santé dans les villes de Douala et Yaoundé. Pour reprendre les termes d'Erhard Friedberg, cette innovation requiert toujours, au départ, diverses initiatives pour susciter des changements susceptibles de débloquer les problèmes liés aux risques de santé⁹⁴⁰.

Cependant, une concertation qui vise la promotion des objectifs de santé en milieu urbain n'est pas une initiative irrégulière et souvent ponctuelle ou de façade comme ça a toujours été le cas dans les capitales économique et politique du Cameroun. Mais, des changements de politiques et d'habitudes qui doivent se pérenniser dans le temps. C'est ce que soulignent les propos de Friedberg ci-dessous :

Il ne s'agit pas seulement de donner une impulsion initiale, il faut assurer un pilotage continu qui recadre les vicissitudes au jour le jour dans une vision de

⁹³⁹ Entretien réalisé à Yaoundé avec un responsable des services déconcentrés du MINSANTE, *op.cit.*

⁹⁴⁰ Erhard Friedberg, *Les quatre dimensions de l'action organisée*, *op.cit.*

*développement organisationnel à moyen terme qui amorce, accompagne et soutient les processus d'apprentissage nécessaires et qui construit les boucles d'information permettant de suivre, d'interpréter et de corriger l'évolution sur le terrain*⁹⁴¹.

B- Politique cohérente pour la promotion des objectifs de santé urbaine

Présentée comme une approche politique cohérente, « *L'action intersectorielle est devenue incontournable pour les acteurs de santé publique afin de promouvoir l'amélioration de la santé et du bien-être de la population*⁹⁴² ». Elle privilégie des synergies d'actions harmonieuses au détriment des silos, permettant ainsi d'éviter les contradictions et les doublons dans le processus d'intégration des objectifs de santé dans toutes les politiques. Pour National Association of County and City Health Officials (NACCHO), cette stratégie « *Priorise la modification des systèmes de prise de décision au lieu de modifier une décision unique*⁹⁴³ ». Elle « *S'inscrit bien dans une approche systémique (whole system approach) dans laquelle les individus, organismes et communautés travaillent ensemble pour identifier et mettre en commun leurs actifs et ressources en matière de capacités, compétences et connaissances*⁹⁴⁴ ». Les différentes articulations, présentées successivement ci-après, permettent de saisir l'importance de cette stratégie pour la promotion des questions de santé.

1-Approche à portée mondiale

Les faits attestent que les liens entre la santé à l'échelle mondiale et internationale, sont étroitement liés et que les réponses à plusieurs déterminants qui affectent la santé des populations locales, dépassent des politiques nationales⁹⁴⁵. La plupart des crises liées à la santé telles que le VIH/Sida, la COVID-19, les maladies cardiovasculaires, le paludisme, le choléra, Ebola, les accidents de circulation, les nuisances sonores, les risques environnementaux, les problèmes d'accès aux infrastructures sanitaires, routières, d'éducation, de logement, sont des questions planétaires qui préoccupent l'ordre mondial. C'est pourquoi, les réponses à ces questions sont souvent adoptées au niveau mondial par tous les États, avec la collaboration et

⁹⁴¹ Erhard Friedberg, *Les quatre dimensions de l'action organisée*, op.cit., p.322.

⁹⁴² Sarker Malabika et Taufique Joarder, « Collaboration intersectorielle : une nouvelle voie pour promouvoir la promotion de la santé communautaire », op.cit, pp.62-64.

⁹⁴³ National Association of County and City Health Officials, HiAP: Experiences from local health departments, 2017, p. 7, consulte en ligne sur https://www.naccho.org/uploads/downloadable-resources/NACCHO-HiAP-Report_Experiences-from-Local-Health-Departments-Feb-2017, le 27/03/2023.

⁹⁴⁴ Local Government Association, HiAP: A manual for local government, 2016, p.11, consulté sur <https://www.local.gov.uk/publications/health-all-policies-manual-local-government>, le 27/03/2023.

⁹⁴⁵ OMS, « Promouvoir les mesures intersectorielles en faveur de la santé et du bien-être dans la région européenne de l'OMS : la santé est un choix politique », Comité régional de l'Europe, Soixante-cinquième session, 2015, p.14.

l'appui des organismes techniques et financiers à portée internationale comme l'OMS, l'UNICEF, l'ONU-Habitat, la GIZ, la BM, la BAD, le PNUD, le PNUE et certains États.

C'est dans cette optique que l'approche HiAP a été adoptée et vulgarisée au niveau international par l'OMS, pour riposter aux affres des déterminants généraux sur la santé. Il est donc question pour tous les gouvernements du monde de prendre conscience des diverses opportunités qu'offre la communauté internationale en matière des politiques de promotion des questions de bien-être général comme le HiAP, pour opérer le changement socioéconomique escompté dans tous les secteurs de la vie au niveau national et local. Les Ministres de la Santé doivent désormais jouer un rôle plus actif, tant au niveau national qu'international, étant donné que l'éventail des défis auxquels ils font face aujourd'hui en matière de promotion des objectifs de santé dépasse le cadre des politiques nationales. C'est pourquoi lors des conférences et débats organisés par l'OMS pour promouvoir la santé dans l'Union européenne, il a été confirmé que, « *les questions de santé publique sont des questions de santé mondiale*⁹⁴⁶ ».

La nécessité d'appropriation permanente des engagements internationaux consacrés aux objectifs de santé par tous les États, y compris celui du Cameroun, devient une réelle préoccupation. Entre autres résolutions et conventions fortement recommandées par les l'OMS dans ce sens, figurent: la Déclaration de Shanghai en 2016 sur la promotion de la santé dans le programme de développement durable à l'horizon 2030⁹⁴⁷ ; la Déclaration de Sundsvall en 1991 sur l'environnement favorable à la Santé⁹⁴⁸ ; la Conférence d'Alma-Ata de 1978 qui met en valeur l'importance de la coopération intersectorielle ; la Charte d'Ottawa de 1986 avec la notion de santé en tant qu'enjeu transectoriel et inclusif⁹⁴⁹ . L'un des concepts recommandés qui a fait ses preuves, dans le cadre de la lutte contre les déterminants de la santé dans le monde est l'approche HIAP. Elle est largement soutenue par l'OMS⁹⁵⁰ à travers la Déclaration

⁹⁴⁶ OMS, « Promouvoir les mesures intersectorielles en faveur de la santé et du bien-être dans la région européenne de l'OMS : la santé est un choix politique », *op.cit.*, p.14.

⁹⁴⁷ Déclaration Shangaï : Promotion de la santé dans le programme de développement durable à l'horizon 2030, 2016.

⁹⁴⁸ Déclaration de Sundsvall : Des environnements favorables à la santé, 1991.

⁹⁴⁹ Baum Fran, Ollila Eeva & Pena Sebastian, "History of HiAP", In *Kimmo Leppo, Eva Ollila, Sebastian Pena & Matthias Wismar*, "Health in all policies: seizing opportunities, implementing policies", United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD), Finlande, 2013.

⁹⁵⁰ WHO, Health in all policies: training manual, 2015, consulté en ligne sur http://www.apps.who.int/iris/bitstream_eng.pdf, le 19/05/2021.

d'Adelaïde de 2010⁹⁵¹ et d'Helsinki en 2013 sur l'intégration des objectifs de santé dans toutes les politiques⁹⁵².

À l'ère où les déterminants de la santé sont dynamiques et diversifiés, les Ministères de la Santé en général et celui du Cameroun en particulier, ont intérêt à saisir les opportunités qu'offrent les organisations internationales à travers de nouvelles approches de riposte comme le HIAP, qui a prouvé son efficacité en contrecarrant les effets négatifs des déterminants sociaux, économiques et politiques de la santé sur les populations. Dans le cadre de la lutte contre des pandémies de la COVID et d'Ebola survenues dans le monde et qui ont fortement influencé la santé des populations dans de nombreux secteurs de la vie à l'échelle internationale et nationale, les Ministères de la Santé ont montré les faiblesses à faire face seuls à ces maladies. Pour souligner l'enjeu mondial des problèmes sanitaires, l'OMS affirme que :

*Plusieurs pays de la région européenne ont élaboré des politiques de santé globales qui rapprochent des secteurs divers ; permettent d'accroître la cohérence entre les domaines de la politique nationale et étrangère et fixent des priorités et des buts grâce auxquels les secteurs sont davantage responsabilisés les uns envers les autres, ainsi qu'envers la société civile*⁹⁵³.

Pour relever la portée planétaire de certaines politiques de promotion des questions de santé à l'instar du HiAP, un responsable d'un organisme des Nations Unies déclare ce qui suit :

*Compte tenu de la mobilité permanente des hommes à travers le monde, les transmissions de maladies d'un coin de la planète à une autre, ne sont qu'une question de seconde. On l'a observé avec des maladies comme le VIH-Sida et le COVID-19 qui se sont mondialisées. Les solutions éditées par les institutions internationales, comme l'OMS, étaient adoptées par tous les pays du monde. D'où la nécessité de tenir compte au niveau national ou local, des politiques internationales de promotion des objectifs de santé comme le HiAP*⁹⁵⁴.

Malgré la portée planétaire du HiAP, il ne peut être automatiquement transposé dans tous les pays ou localités du monde et implémenté de la même manière dans les pays du Nord qu'au Cameroun. Les pouvoirs publics doivent tenir compte des réalités et ressources disponibles localement pour l'implémenter.

⁹⁵¹ OMS, Déclaration d'Adelaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques : vers une gouvernance partagée en fonction de la santé et du bien-être, Rapport de la réunion internationale sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques, Adelaïde, 2010, *op.cit.*

⁹⁵² Déclaration d'Helsinki : La santé dans toute les politiques, 2013.

⁹⁵³ OMS, Promouvoir les mesures intersectorielles en faveur de la santé et du bien-être dans la Région européenne de l'OMS : la santé est un choix politique, Comité régional de l'Europe, Soixante-cinquième session, 2015, p.15.

⁹⁵⁴ Entretien réalisé à Yaoundé avec un responsable d'un organisme des Nations Unies spécialisé dans la promotion des questions de santé, le 10/11/2021.

2-Approche appropriée à la politique décentralisation

L'OMS indique que le contexte de décentralisation est un cadre propice à l'implémentation du HiAP⁹⁵⁵. De nombreux auteurs parmi lesquels Rychetnik et Wise⁹⁵⁶, Harris et Coll, présentent l'échelon local et régional, comme des cadres qui réunissent les conditions de succès de la collaboration intersectorielle en faveur de l'intégration des objectifs de santé dans toutes les politiques⁹⁵⁷. Les élus locaux sont mieux indiqués pour repérer et influencer les différents facteurs de la santé et les inégalités qui se trouvent dans leur localité ou communauté et auxquels il faut apporter des réponses. Plus proches des populations, ils ont le pouvoir d'agir en même temps dans des domaines tels que l'urbanisme, le logement, la santé, le transport, l'environnement physique et social. De ce point de vue, ils ont les capacités et de lourdes responsabilités quant à la santé des villes. L'approche intersectorielle, partenariale et participative permet d'établir un plan d'action commun pour la promotion de la santé urbaine, à partir des priorités politiques des municipalités et des données recueillies auprès de la population et des partenaires. Au Cameroun, c'est la loi du 22 juillet 2004, fixant les règles applicables aux communes relatives à la gestion de l'environnement et des ressources naturelles qui fixent les compétences transférées par l'État aux CTD quant à la santé et les cadres de vie urbains des populations en ces termes :

La construction, l'équipement, l'entretien et la gestion des Centres de Santé Intégrés⁹⁵⁸ l'alimentation en eau potable, le nettoyage des rues, chemins et espaces publics communaux, le suivi et le contrôle de gestion des déchets industriels, les opérations de reboisement et la création de bois communaux, la lutte contre l'insalubrité, les pollutions et les nuisances, la protection des ressources en eaux souterraines et superficielles, l'élaboration de plans communaux d'action pour l'environnement, la création, l'entretien et la gestion des espaces verts, parcs et jardins d'intérêt communal, la gestion au niveau local des ordures ménagères⁹⁵⁹.

⁹⁵⁵ WHO Commission on Social Determinants of Health 2006c, Proposed areas of investigation for the KN: An initial scoping of the literature, (prepared for the first meeting of the Health Systems Knowledge Network of the WHO's Commission on Social Determinants of Health by the Health Systems Knowledge Network Hub) Discussion Document No.1 Draft February 2006.

⁹⁵⁶ Lucie Rychetnik & Marilyn Wise, "Advocating evidence-based health promotion: reflections and a way forward" in *Health Promotion International*, Vol. 19, n° 2, p.247-457, consulté en ligne sur <https://www.apho.oxfordjournals.org/cgi/reprint/19/2/247?ijkey>, 2004, le 17/03/2023.

⁹⁵⁷ Elizabeth Harris, "Working together: intersectoral action for health", Department of human promotion, Australian government Publishing Service, 2004, consulté en ligne sur <https://www.book.health.govt.nz>, le 17/03/2023.

⁹⁵⁸ MINSANTE, Arrêté n° 2010/3 7 0 2/MINSANTE/CAB DU 0 9 SEPT 2010, portant cahier des charges précisant les conditions et modalités techniques d'exercice des compétences transférées par l'Etat aux communes en matière de santé publique, Chapitre 1, Article 1.

⁹⁵⁹ Loi n° 2004/018 du 22 juillet 2004, fixant les règles applicables aux communes relatives à l'environnement et de la gestion des ressources naturelles, Article 16.

Ainsi, le fait que les municipalités soient détenteurs d'un mandat démocratique qui leur confère la légitimité et autorité en matière de développement local, constitue un important atout qui peut leur permettre de lier des coalitions, des partenariats et d'encourager la participation inclusive de nombreux secteurs à la collaboration en faveur de la promotion de la santé urbaine. C'est ce que souligne en substance l'OMS pour qui :

Les pouvoirs publics locaux sont bien placés pour des partenariats avec les secteurs privés et non marchand, la société civile et les groupements de citoyens. Ils ont aussi la capacité de mobiliser les ressources locales et de les déployer afin de créer davantage d'opportunités pour les groupes de population pauvres et vulnérables⁹⁶⁰.

L'idée, selon laquelle les entités décentralisées sont mieux indiquées pour la mise en œuvre de l'approche HiAP, dans le secteur des établissements humains camerounais et en particulier dans les villes de Yaoundé et Douala est soutenue par un adjoint au Maire d'une Commune d'Arrondissement de Douala qui n'a pas hésité de relever que :

Les CTD sont à mon avis des cadres qui peuvent mieux favoriser la mise en œuvre de l'approche « HIAP » dans le secteur de l'habitat des villes de Douala et de Yaoundé. La légitimité et la légalité que confère le mandat électif aux élus locaux, leur permettent d'être proches des populations et de maîtriser leurs différents problèmes de santé et d'habitat. Et surtout que c'est au CTD que toutes les compétences sont désormais transférées pour le développement local sur tous les plans. De ce fait, ils peuvent mieux fédérer les énergies pour mieux conduire le processus de collaboration en santé urbaine. La loi de 2004 confie d'ailleurs toutes ces responsabilités de promotion des questions urbaine aux CTD⁹⁶¹.

De ce qui précède, il se dégage que les CDT constituent des cadres propices à l'appropriation de l'approche HiAP. Le fait que les compétences transférées par l'État aux élus locaux, leur confèrent les pouvoirs nécessaires et susceptibles de réduire efficacement les différents facteurs de la santé et les inégalités qui impactent la santé des populations au niveau local constitue un atout pour l'appropriation de la collaboration intersectorielle en faveur de la promotion des questions de santé urbaine en vue de l'amélioration des conditions de logement, l'environnement et la santé publique. Ces autorités locales maîtrisent également mieux les problèmes de santé et d'habitat auxquels font face leurs populations au quotidien du fait de leur proximité avec celles-ci. Il est important pour les magistrats municipaux et les groupements de communes de prendre conscience de l'intérêt d'aller au-delà de leur rôle de police municipale pour assurer la coordination de l'ensemble des politiques publiques, dans l'optique de favoriser la création d'un environnement physique, social et économique favorables à la promotion des

⁹⁶⁰OMS, la santé est un choix politique : Promouvoir les mesures intersectorielles en faveur de la santé et du bien-être dans la Région européenne de l'OMS, Comité régional de l'Europe Soixante-cinquième session, 2015, p.12.

⁹⁶¹ Entretien réalisé à Yaoundé avec un adjoint au Maire d'une Commune d'Arrondissement, *op.cit.*

questions de santé urbaine. Tout comme au niveau mondial, l'approche HIAP se présente comme un mécanisme qui permet aux autorités locales camerounaises de faciliter l'intégration des objectifs de santé dans les politiques de développement urbain, dans le but de promouvoir des cadres de vie sains et convenables à l'habitation. La mise en œuvre de cette démarche s'effectue à travers l'établissement des réseaux relationnels ou de collaboration avec d'autres secteurs concernés par la promotion des questions santé.

3- Action de recherche du consensus

La mise en œuvre du « HIAP » est conditionnée par la formation d'une action de collaboration intersectorielle et par conséquent, sa réussite est conditionnée par les rapprochements d'idées et des négociations entre les acteurs. Elle exige que les actions intersectorielles menées en synergie avec les acteurs des différents secteurs en faveur de la promotion des questions de santé, soient guidées par l'esprit d'entente et d'unanimité. Dans le cadre de cette étude sur la collaboration intersectorielle en faveur de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain, la recherche du consensus vise à atteindre les trois objectifs spécifiques ci-après : explorer de nouvelles alternatives dans le but de réaliser des projets qui vont au-delà des frontières sectorielles actuelles ; amener les acteurs intersectoriels à partager unanimement les valeurs qui facilitent l'appropriation de l'approche « HIAP » en faveur des établissements humains et renforcer le sentiment d'appartenance des acteurs à l'équipe de collaboration intersectorielle par le moyen de partage des valeurs et des objectifs dans le but d'augmenter le degré et le rythme d'implication de ces acteurs dans les activités liées à la santé urbaine. La plupart d'informateurs ont laissé entendre qu'aucune collaboration durable n'est possible sans l'esprit de consensus entre les acteurs. C'est ce qu'explique un responsable d'un organisme des Nations Unies pour qui,

L'échec de l'appropriation de l'approche « HIAP » au profit de l'intégration des objectifs de santé dans l'habitat à Yaoundé et Douala, est lié principalement au manque d'esprit de consensus entre les acteurs. Cette technique de rapprochement des points de vue des acteurs impliqués dans le projet intersectoriel est indispensable à la promotion des questions de santé urbaine. À cet effet, il nous faut désormais organiser des ateliers, des échanges et partages sur les valeurs, les objectifs qui sous-tendent l'approche « HIAP ». Les discussions doivent également se focaliser sur l'entente entre les acteurs intersectoriels⁹⁶².

Compte tenu des divers conflits de compétence et d'intérêt qui règnent entre les acteurs en charge de la promotion des questions de santé urbaine, l'esprit de consensus est

⁹⁶² Entretien réalisé à Yaoundé avec un responsable d'un organisme des Nations Unies, *op.cit.*

indispensable pour la mise en œuvre du HiAP dans le secteur d'habitat urbain et notamment dans les villes de Yaoundé et de Douala. Il permet de créer un environnement de confiance entre les acteurs et stimule ces derniers à s'engager sans réserve.

4- Action de priorisation des besoins et des interventions

La priorisation des besoins et des interventions est une méthode inhérente à l'approche HiAP qui permet d'identifier les problèmes prioritaires de santé dont souffrent les populations et qui nécessitent des interventions d'urgence. Cette stratégie de priorisation dans les actions d'intervention doit se faire de manière progressive et peut passer par deux étapes, à savoir⁹⁶³. La première tient compte de l'importance accordée aux déterminants de la santé et la seconde étape consiste à sélectionner les interventions capables de lever les problèmes de santé posés par les déterminants. Cette priorisation doit tenir compte du contexte et des ressources disponibles.

Les experts des questions de santé et d'urbanisme rencontrés ont d'emblée reconnu l'importance de la démarche de priorisation des besoins dans le cadre de la collaboration intersectorielle en faveur de l'intégration des questions de santé dans les politiques d'habitat urbain. Toutefois, elle doit être assortie à une période de formation de l'ensemble des partenaires impliqués dans la collaboration. La formation portée par des experts ayant de longues expériences sur des questions d'habitat, de santé, d'environnement et d'urbanisation, consiste dans un premier temps, à édifier les acteurs à travers les exposés théoriques, sur les exigences qui conditionnent la réussite de l'approche de collaboration intersectorielle en santé. L'esprit de consensus compte évidemment parmi lesdites exigences. Il faut mentionner que cette formation permet d'effectuer de brèves expositions par les experts sur la méthode de priorisation des besoins que les acteurs doivent reprendre en atelier pour mieux appréhender les règles de collaboration et de promotion des questions de santé urbaine. Pour former et conseiller ces acteurs, certains experts s'inspirent de la méthode de priorisation des besoins et des interventions, développée par Hanlon, citée par Pineault et Daveluy. Cette méthode consiste à prioriser les besoins sur la base des critères tels que, ⁹⁶⁴ l'importance des problèmes existants, la disponibilité et la faisabilité des interventions dans un espace bien déterminées⁹⁶⁵. La

⁹⁶³ Linda Rudolph, Julia Caplan, Connie Mitchell, Karen Ben-Moshe & Lianne Dillon, "Health in all policies: Improving health through intersectoral collaboration", in *National Academy of Sciences*, 2013b, p.2, consulté en ligne sur <https://www.nam.edu/wp-content/uploads/2015/06/BPH-HiAP>, le 27/03/2023.

⁹⁶⁴ Raynald Pineault & Carole Daveluy, *La planification de ta santé. Concepts, méthodes et stratégies*, Montréal, Les Éditions Agence d'Arc, 1986.

question de l'importance de la démarche de priorisation des interventions pour la promotion de la santé en milieu urbain au Cameroun a été relevée et confirmée par plusieurs informateurs. Pour ces derniers, cette méthode permet aux acteurs intersectoriels de :

Réunir les acteurs en charge de la promotion des questions de santé urbaine en atelier, accompagnés par quelques experts en matière de santé et d'habitat pour examiner dans tous les détails et retenir les problèmes les plus pressants qui impactent la santé des populations en milieu urbain, avant d'identifier les solutions les plus efficaces pour répondre aux besoins qui apparaissent les plus pertinents en matière de santé et de bien-être identifiés⁹⁶⁶.

La méthode de priorisation, ainsi décrite et appréciée permet de baliser le chemin à l'élaboration du plan global d'intervention pour s'attaquer aux déterminants de santé relevés dans le secteur des établissements humains.

5-Stratégie d'élaboration du plan global d'intervention en santé

La démarche HiAP n'est pas une action aléatoire. Considéré comme le stade de l'aboutissement de la planification de l'action intersectorielle en santé, ce plan d'élaboration tient compte de toutes les étapes énumérées précédemment, à l'instar des étapes de consensus et de priorisation des besoins. Pour maintenir la cohérence dans l'action intersectorielle, tous les acteurs chargés de l'élaboration du plan d'intervention subissent au préalable une formation d'appropriation des notions qui conditionnent le succès de l'action intersectorielle en faveur de la promotion des objectifs de santé⁹⁶⁷.

Cette formation a pour objectif, de doter les acteurs des outils nécessaires pouvant leur permettre d'élaborer aisément le plan global d'intervention, à l'effet d'intégrer efficacement les objectifs de santé dans toutes les politiques. De ce fait, deux outils sont couramment recommandés par les experts (formateurs) aux acteurs. Le premier outil, régulièrement utilisé par les acteurs pour l'élaboration du plan global d'intervention en santé est recommandé par Renaud et Gomez Zamudio⁹⁶⁸; Kegler et al.⁹⁶⁹; Butterfoss et al.⁹⁷⁰; Green et Kreuter⁹⁷¹; Pineault

⁹⁶⁶ Entretien réalisé à Yaoundé avec un expert des politiques de santé publique au MINSANTE, le 21/11/2021

⁹⁶⁷ Robert Geneau & Georges Fraser, *Encouragement de l'intervention intersectorielle en matière de santé : Exemple de l'initiative en Colombie-Britannique*, Canada, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2009.

⁹⁶⁸ Lise Renaud & Mauricio Gomez Zamudio, *Planifier pour mieux agir*, RÉFIPS, Québec, 1998.

⁹⁶⁹ Michelle Kegler, Allan Steckler, Kenneth McLeroy & Sally Herndon Malek, "Factors that Contribute to Effective Community Health Promotion Coalitions: A Study of 10 Project ASSIST Coalitions in North Carolina. American stop smoking intervention study for cancer prevention", in *Health education & behavior*, Vol.25, n° 3, 1998, p.338-353.

⁹⁷⁰ Frances Butterfoss, Robert Goodman & Abraham Wandersman, "Community Coalitions for Prevention and Health Promotion: Factors Predicting Satisfaction, Participation, and Planning", in *Health Education Quarterly*, Vol.8, n° 3, 1996, pp. 65-79.

⁹⁷¹ Lawrence Green & Michael Kreuter, "Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach", in *Mountain View*, Vol.92, n°5, 1991, p.384.

et Daveluy⁹⁷². Il permet d'organiser les différents éléments indispensables à la réalisation du plan d'intervention. Autrement dit, il permet d'identifier et d'ordonner les éléments les plus importants du plan. Ces éléments se réfèrent aux besoins prioritaires constitués notamment des stratégies d'interventions identifiées, de la communauté concernée, des objectifs visés par les interventions, des moyens financiers, matériels et humains disponibles pour atteindre ces objectifs. Quant au deuxième outil, son rôle consiste à établir des liens définitifs entre les acteurs intersectoriels pour leur permettre d'agir efficacement en synergie à divers niveaux d'intervention.

Concernant l'importance de l'élaboration d'un plan global d'intervention en santé, la plupart d'informateurs rencontrés dans le cadre de cette étude ont unanimement reconnu sa nécessité pour réussir dans l'action intersectorielle favorable l'intégration des objectifs de santé dans les politiques des établissements humains de Douala et Yaoundé. Allant dans le même sens un sociologue reconnaît que

L'élaboration d'un plan global d'intervention, est une méthode scientifique qui doit-être adoptée au préalable par tous les acteurs ou groupe de personnes qui souhaitent atteindre les résultats probants en santé. Elle doit leur servir de boussole pour atteindre les objectifs escomptés. C'est grâce à ce plan qu'on pourra évaluer les résultats obtenus le moment opportun⁹⁷³.

Recommandée par certains auteurs et souhaitée par les responsables impliqués dans la promotion des questions de santé et d'habitat urbain, la stratégie d'élaboration du plan global d'intervention permet de suivre l'évolution du travail accompli par l'ensemble des acteurs et de maintenir la cohérence dans l'action de collaboration intersectorielle.

6-Action aux fonctions importantes pour la promotion des objectifs de santé

L'OMS présente le HiAP comme la stratégie politique la mieux appropriée pour riposter aux différents déterminants qui affectent la santé et le bien-être général des populations. Car, il a été adopté et implémenté avec succès par plusieurs États, en accomplissant plusieurs fonctions importantes capables de faciliter la promotion des questions de santé⁹⁷⁴. Entre autres principales fonctions de l'approche HiAP qui contribuent à la mise en œuvre efficace de l'action intersectorielle en vue d'intégration des questions de santé dans toutes les politiques, figurent

⁹⁷² Raynald Pineault & Carole Daveluy, *La planification de ta santé. Concepts, méthodes et stratégies*, op.cit.

⁹⁷³ Entretien réalisé avec un sociologue à Douala, op.cit.

⁹⁷⁴ WHO commission on social determinants of health 2005b, Action on the social determinants of health: Learning from previous experiences(a background paper prepared for the Commission on Social Determinants of health), WHO secretariat of the commission on social determinants of health,Geneva, 2005,p.15, consulté en ligne sur http://www.who.int/social_determinants/en/, le 18/04/2023.

les fonctions de leadership, de coordination, de développement des capacités, de responsabilisation, de coopération et de planification. Chaque fonction correspond à des dispositifs constitués d'un ensemble de mécanismes ou de dispositifs particuliers. « *C'est l'ensemble de dispositifs en interaction qui assureront une approche pangouvernementale fructueuse santé* »⁹⁷⁵. C'est autour de ces fonctions et dispositifs que cette partie de l'étude est articulée.

6-1-Fonction de leadership

Expérimentée et jugée efficace par plusieurs États, la fonction de leadership assumée par les plus hautes autorités gouvernementales constitue un facteur de succès de la stratégie de collaboration en faveur de la promotion des questions de santé⁹⁷⁶. Les travaux réalisés par Matthias Wismar et *al.*, font état des succès enregistrés dans des pays comme le Canada, l'Angleterre, la Finlande, l'Australie et la Colombie, grâce au leadership fort qui s'est matérialisé par l'engagement ferme des Premiers Ministres, des Ministères des Finances, des Ministères des Affaires Sociales et des Ministères de la Santé⁹⁷⁷. La politique de santé publique en Suède a été élaborée et mise en œuvre avec succès avec la coalition des autres secteurs de la société et pilotée de mains fermes par le Premier Ministre et le Ministre de la Santé Publique⁹⁷⁸. Leur statut social et le pouvoir charismatique qu'ils incarnent leur confèrent une légitimité certaine qui facilite l'adhésion des autres secteurs aux projets de collaboration clairs, précis et réalisables à moyen ou à long terme pour la promotion des objectifs de santé. Bien que la détermination des plus hautes autorités gouvernementales conditionnent le succès de l'approche « HIAP », le leadership mené par les autorités inférieures, reste tout aussi important pour assurer la mise en œuvre et la continuité de cette stratégie. Les autorités dites « inférieures » assument des fonctions importantes dans la transmission des informations et la gestion de nouveaux mécanismes et sont capables de résoudre les problèmes survenus à l'improviste dans le processus de mise sur pied de l'action intersectorielle en santé⁹⁷⁹.

⁹⁷⁵ Louise St-Pierre, *L'approche pangouvernementale pour l'intégration de la santé dans toutes les politiques : Clarification des concepts et portrait d'initiatives gouvernementale*, op.cit., p.16.

⁹⁷⁶ Victoria Barr, Steve Pedersen, Mike Pennock & Irv Rootman, "Health equity through intersectoral action: An analysis of 18 country case studies", Public health agency of Canada; World Health Organization, 2008, consulté en ligne sur <https://www.publication.gouvernement.ca.gc.ca>, le 18/04/2023.

⁹⁷⁷ Matthias Wismar, David McQueen, Vivian Lin, Catherine Jones & Magie Davies, "Intersectoral governance for Health in All Policies: Structures, actions and experiences", op.cit., p.3.

⁹⁷⁸ Louise St-Pierre, *L'approche pangouvernementale pour l'intégration de la santé dans toutes les politiques : Clarification des concepts et portrait d'initiatives gouvernementale*, op.cit., p.52.

⁹⁷⁹ Robert Geneau & Georges Fraser, *Encouragement de l'intervention intersectorielle en matière de santé : Exemple de l'initiative en Colombie-Britannique*, Canada, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2009.

Pour approuver l'importance d'un leadership fort dans la réussite de la gouvernance urbaine, certains informateurs ont affirmé que l'échec de l'appropriation du HiAP dans le secteur de l'habitat urbain à Douala et Yaoundé, est étroitement lié au manque d'un leadership fort et cohérent à cet effet. C'est ce que tente de souligner un responsable d'un organisme onusien dans les mots qui suivent:

Il est avéré que le manque d'un leadership gouvernemental fort et cohérent chapeauté par le Premier Ministre ou une haute autorité de la Présidence de la République, est à l'origine de l'échec de l'appropriation de la stratégie de collaboration intersectorielle en faveur de la promotion des questions de santé urbaine au Cameroun. Chaque institution préfère évoluer en solo pour atteindre ses objectifs individuels. Les institutions en charges de la promotion de logements décentes et de santé publique manquent d'un leader charismatique capable de fédérer les secteurs et les énergies pour la promotion des questions de santé urbaine⁹⁸⁰.

Au regard de ce manque de leadership qui constitue un frein à l'action de collaboration intersectorielle en santé urbaine, certains informateurs estiment qu'il est possible, voire opportun de constituer une équipe intersectorielle composée de tous les acteurs de la société et chapeauté par le Premier Ministre ou par un haut responsable de la Présidence de la République. Cette équipe doit-être accompagnée des institutions concernées au premier rang par la promotion de la santé urbaine, à savoir : le MINSANTE, le MINHDU, le MINEPDED, le MINDCAF, le MINEE, le MINDDEVEL, le MINTP, le MINTOUL, la MAETUR, la SIC, le CENAME, le CFC, les CTD, l'OMS, l'ONU-Habitat, l'UNICEF, HYSACAM, les ONG, les associations, la population, les universitaires. Pour confirmer cette hypothèse, un anthropologue souligne que,

Au regard du contexte politique actuelle du Cameroun, seul le Premier ministre ou un haut responsable charismatique de la Présidence de la République, peut coordonner et conduire avec succès une équipe intersectorielle pour promouvoir des villes qui prennent en compte les objectifs de santé. Cette haute autorité doit être entourée des acteurs du : MINSANTE pour leurs expertises relatives aux problématiques de santé publique ; MINDUH, MINCAF, MINTP et CTD pour leurs avis et contributions liés aux questions d'urbanisation, d'aménagement et d'occupation des espaces urbains et fonciers ; MINEE, MINDDEVEL, MINTOUL et les CTD pour leur proximité et maîtrise des préoccupations environnementales et d'hygiène ; la SIC et la MAETUR pour leur approche liée aux questions de logements décentes, l'OMS, l'ONU-Habitat, l'UNICEF et le CFC pour leur appui financier et technique ; HYSACAM pour la gestion des déchets, ENEO et CAMWATER pour la production de l'eau et énergie de qualité⁹⁸¹.

⁹⁸⁰ Entretien réalisé à Yaoundé avec un responsable en service dans un organisme des Nations Unies, le 10/11/2021.

⁹⁸¹ Entretien réalisé à Yaoundé avec un anthropologue, le 10/12/2021.

Malgré l'importance d'un leadership fort pour la mise en œuvre de l'action de collaboration intersectorielle en santé, ce leadership ne peut être efficace en contexte urbain camerounais sans mesures coercitives et incitatives pour faire appliquer les règles et booster les acteurs. En Angleterre, au Québec et en Colombie-Britannique par exemple, les questions de santé ont été prises en compte dans les agendas des autres ministères grâce aux diverses mesures coercitives édictées par le Premier Ministre. À l'inverse, la Norvège et la Suède ont opté principalement pour des mesures incitatives qui consistent à miser sur la force d'entraînement des processus de concertation au moment de la planification pour favoriser la collaboration à l'étape de l'implantation des initiatives intersectorielles. Le Gouvernement suédois, face à la lenteur des acteurs au palier local, a fait usage de l'incitatif financier pour stimuler la collaboration intersectorielle. Selon Lager et ses collègues, l'absence de balises claires et de moyens coercitifs dans le processus d'implantation du programme de santé publique constituait un goulot d'étranglement à l'atteinte des résultats souhaités à ce palier⁹⁸². Cette difficulté a aussi été notée en Angleterre et en Finlande, deux autres pays dont la gestion gouvernementale est fortement décentralisée au palier local et où les autorités jouissent d'une grande autonomie par rapport aux directives nationales.

Au sujet de l'importance de l'application des mesures coercitives et incitatives pour favoriser la mise en œuvre de l'approche HiAP dans le secteur de l'habitat urbain camerounais, un Sous-Préfet d'un Arrondissement recommande de combiner les deux mesures en ces mots :

De mon expérience de Sous-Préfet, patron de maintien de l'ordre, j'ai compris que, aucune équipe ne peut fonctionner, sans mesures incitatives et coercitives à la fois. Yaoundé comme à Douala, il faut bien définir et faire appliquer les mesures coercitives contre tous ceux qui se mettent en marge des lois et règlements de la collaboration, en brillant par des actes comme le détournement, la paresse et l'absentéisme. Par contre, il faut trouver les moyens à l'exemple des gratifications financières, des formations, des promotions à des postes et grades pour encourager et booster les acteurs qui vont toujours bien accomplir leurs différentes responsabilités dans la chaîne de l'action intersectorielle⁹⁸³.

Au Cameroun, bien que certains acteurs reconnaissent l'importance de l'institution d'un leadership fort et cohérent pour assurer le succès de l'action de collaboration intersectorielle en faveur de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques des établissements humains, ce leadership doit être accompagné des mesures coercitives et incitatives pour contraindre et encourager les acteurs à respecter les règles collectivement définies.

⁹⁸² Anton Lager, Karin Guldbrandsson, & Bjoorn Fossum, "The chance of Sweden's public health targets making a difference", *Health Policy*, Vol, 80, n° 3, 2007, pp.413-421.

⁹⁸³ Entretien réalisé à Yaoundé avec un Sous-Préfet d'un Arrondissement du Mfoundi, *op.cit.*

6-2-Fonction de coordination

Elle est au centre de la collaboration intersectorielle en santé et permet de ce fait d'établir les passerelles entre les différents secteurs pour leur permettre d'aller au-delà des barrières sectorielles⁹⁸⁴ en faveur de la promotion des questions de santé urbaine. Par l'action de coordination les pouvoirs publics mettent en œuvre des mécanismes dans le but de faciliter la compréhension des enjeux liés à la mise en œuvre de la gouvernance intersectorielle qui prend en compte les objectifs de santé⁹⁸⁵. La finalité de la coordination réside dans la création de la cohérence dans les décisions des acteurs lors de la mise en œuvre de l'approche de collaboration en santé. Les dispositifs de coordination concernent des structures de collaboration formelles ou informelles comme les comités interministériels et financiers. En Finlande par exemple, parmi les dispositifs mobilisés pour implémenter l'action de collaboration intersectorielle, figurent « *Le Comité national intersectoriel de santé publique nommé par le Parlement ; le Programme de politiques intersectorielles relevant du Premier ministre ; la Loi de santé publique avec disposition pour l'action intersectorielle au palier local et les Directives pour collaborer à l'évaluation du programme de santé publique*⁹⁸⁶ ».

Les moyens financiers sont présentés comme des facteurs essentiels de motivation des acteurs autres que celui de la santé à l'action de collaboration intersectorielle⁹⁸⁷. Pour assurer l'efficacité et la durabilité de la collaboration intersectorielle dans le temps, la fonction de coordination dispose des mesures coercitives telles que les lois et les règlements qui contraignent les différents secteurs à collaborer et à assumer leurs responsabilités individuelles et collectives. Les travaux de Louis St-Pierre, relèvent les différents dispositifs de coordination qui contribuent au succès de l'action intersectorielle en santé en Finlande dans les propos suivants :

Un de ses plus importants dispositifs de coordination est le Advisory Board of Public Health. Ce dispositif de coordination a été mis en place en 1997 par l'intermédiaire d'une loi, et ses mandats ainsi que sa composition sont régis par décrets⁹⁸⁸. C'est le Conseil du Parlement « Council of State » qui détermine la

⁹⁸⁴ Catherine Durose & Kirstein Rummery, "Governance and Collaboration", in *Social Policy & Society* Vol.5, n°2, 2006, pp. 315-315.

⁹⁸⁵ Louise St-Pierre, *L'approche pangouvernementale pour l'intégration de la santé dans toutes les politiques : Clarification des concepts et portrait d'initiatives gouvernementale*, op.cit., pp.17-18.

⁹⁸⁶ Louise St-Pierre, *L'approche pangouvernementale pour l'intégration de la santé dans toutes les politiques : Clarification des concepts et portrait d'initiatives gouvernementale*, op.cit., p. 52.

⁹⁸⁷ Andrea Rounce & Norman Beaudry, "Using horizontal tools to work across boundaries: Lessons learned and signposts for success", Canadian Centre for Management Development (CCMD). Ministry of Transport, Canada, 2002, consulté en ligne sur <https://www.Government of Canada publication>, le 02/10/2021.

⁹⁸⁸ WHO regional office for Europe, Review of national Finnish health promotion policies and recommendations for the future, Denmark: WHO Regional office for Europe, 2002.

composition de ce comité sur la base des recommandations du ministère des Affaires sociales et de la Santé. L'Advisory Board comprend dix-sept membres provenant de tous les secteurs du gouvernement, ainsi que des organisations non gouvernementales, des instituts de recherche, et des municipalités. Un secrétariat permanent, où siègent quatre experts, soutient les travaux de ce conseil⁹⁸⁹. Plus récemment, on semble y faire référence sous le nom de Multisectoral National Committee of Public Health ou National Committee of Public Health. En plus de suivre l'état de santé de la population, cette instance veille à l'implantation des activités de santé publique à travers les différents secteurs. Son rôle est, en effet, de promouvoir la collaboration intersectorielle entre les organismes gouvernementaux, les organismes non gouvernementaux, et les autres partenaires impliqués⁹⁹⁰.

Les termes ci-après de l'OMS rappellent l'importance de l'intégration des comités, des commissions et des groupes de travail dans la collaboration pour assurer une meilleure coordination :

*Les mécanismes intersectoriels thématiques, tels que des comités, des commissions et des groupes de travail, peuvent être reliés à cette commission de haut niveau comme les pendeloques d'un lustre. Ces approches intégrées de la collaboration intersectorielle forment le fondement d'une meilleure cohérence et d'une meilleure coordination. Les commissions interministérielles doivent être encadrées par un secrétariat qui soutient leurs travaux et assure la coordination avec les autres commissions thématiques.*⁹⁹¹

L'importance de la coordination comme stratégie de collaboration dans le cadre de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain à Yaoundé et Douala est unanimement reconnue par la plupart d'informateurs. Un ingénieur urbaniste confirme à cet effet que :

*La promotion de la santé urbaine, dans nos deux capitales, doit passer nécessairement par une action de coordination des équipes intersectorielles. Elle permet de casser les barrières qui existent aujourd'hui entre les secteurs. On doit doter ces équipes de tous les pouvoirs législatifs, administratifs et des ressources matérielles, financières et humaines pour le bon suivi et fonctionnement des différents comités constitutifs de la grande équipe intersectorielle. Cette dernière doit-être par exemple constituée des comités en charge de la promotion des questions environnementales, d'hygiène et de salubrité, de santé publique, de logements décents, des questions foncières, de loisir et divertissement financières et techniques et d'urbanisme*⁹⁹².

⁹⁸⁹ Timo Stahl, Mathias Wismar, Eeva Ollila, Eero Lahtinen & Kimmo Leppo, "Health in All Policies: Prospects and potentials", Finland Finnish Ministry of Social Affairs and Health, European observatory on health systems and Policies, 2006, consulté en ligne sur <https://www.eurohealthobservatory.who.int>, le 02/10/2021.

⁹⁹⁰ Louise St-Pierre, *L'approche pangouvernementale pour l'intégration de la santé dans toutes les politiques : Clarification des concepts et portrait d'initiatives gouvernementale*, op.cit., p, 26.

⁹⁹¹ OMS, la santé est un choix politique : Promouvoir les mesures intersectorielles en faveur de la santé et du bien-être dans la Région européenne de l'OMS, Comité régional de l'Europe Soixante-cinquième session, 2015, p.11.

⁹⁹² Entretien réalisé à Yaoundé avec un responsable en service au MINH DU, op.cit.

6-3-Fonction de développement des connaissances

Elle est un ensemble de dispositifs qui génèrent des connaissances, des compétences cognitives et normatives dans tous les secteurs, pour faciliter la mise en œuvre de la collaboration intersectorielle en faveur de l'intégration des objectifs de santé dans toutes les politiques. Selon Draper et Milio, ces connaissances et compétences⁹⁹³ à générer, concernent non seulement les savoirs qui permettent de clarifier les liens entre les politiques sectorielles et les déterminants de la santé ; mais aussi d'élucider les savoirs associés aux processus de collaboration et d'élaboration des politiques de santé⁹⁹⁴. En outre, le processus d'acquisition de connaissances et de compétences à travers les formations, l'information, la dissémination, les tables rondes et les guides d'application constitue un moyen de développement d'une culture organisationnelle en faveur de la promotion des objectifs de santé dans un cadre de collaboration intersectorielle⁹⁹⁵ aux niveaux national et local. À ce sujet, l'Australie méridionale a fait usage des « *Rencontres et conférences internationales ; des documents de vulgarisation et site web interactif sur le plan stratégique gouvernemental*⁹⁹⁶ ».

Plusieurs informateurs ayant reconnu l'importance de la culture (connaissances et compétences) dans les changements organisationnels ont souligné la nécessité de la prise en compte de celle-ci pendant l'élaboration des politiques d'urbanisation au Cameroun. Ces politiques intègrent l'appropriation de la collaboration intersectorielle en santé. C'est ce que tente d'expliquer un anthropogène rencontré à Yaoundé en ces mots :

*Pour que cette collaboration intersectorielle soit véritablement efficace à long terme, les acteurs doivent se former régulièrement en acquérant des nouvelles connaissances et outils nécessaires pour faciliter la mise en œuvre de l'action intersectorielle en santé dans le secteur d'habitat urbain. Cette acquisition de nouvelles connaissances peut se faire par le canal des experts de l'OMS, d'urbanistes, des environnementalistes, des spécialistes de santé et d'hygiène, et d'universitaires. Ces connaissances acquises vont leur permettre de réduire significativement l'éventail de déterminants qui influencent la santé des populations urbaines*⁹⁹⁷.

⁹⁹³Ron Draper, "Healthy public policy: A new political challenge", in *Health Promotion International*, Vol.4, n° 2, 1987, pp 217-218.

⁹⁹⁴ Nancy Milio, "Strategies for health-promoting policy: a study of four national case studies", in *Health promotion international*, Vol.3, n° 3, 1988, pp 307-311.

⁹⁹⁵Victoria Barr, Steve Pedersen, Mike Pennock & Irv Rootman, "Health equity through intersectoral action: An analysis of 18 country case studies", in *Public health agency of Canada; World Health Organization*, op.-cit.

⁹⁹⁶Louise St-Pierre, *L'approche pangouvernementale pour l'intégration de la santé dans toutes les politiques : Clarification des concepts et portrait d'initiatives gouvernementale*, op.cit., p. 52.

⁹⁹⁷ Entretien réalisé à Yaoundé avec un anthropologue, op.cit.

Ainsi, la réussite de la gouvernance intersectorielle en santé exige l'acquisition et l'usage des nouvelles connaissances par les acteurs concernés.

6-4-Fonction de responsabilisation

Elle consiste à partager les responsabilités dans le contexte d'initiative intersectorielle favorable aux questions de santé. Elle vient mettre fin au système de responsabilisation diffuse observé dans l'approche de collaboration mitigée et de façade entretenue par les pouvoirs publics dans le cadre de la promotion des objectifs dans les politiques d'habitat urbain au Cameroun. Elle permet également de réduire le chevauchement, de minimiser le double emploi et les confusions des rôles en même temps qu'elle permet d'optimiser les ressources destinées à la mise en œuvre de l'action de collaboration intersectorielle. Elle permet aussi d'éviter toute confusion, pour parvenir à un maximum de synergies et d'efficacité. Bourgault et Lapierre indiquent à quel point l'approche collaborative peut être contre-culturelle, car « *Elle cherche à nier le concept d'empire bureaucratique*⁹⁹⁸ » et vient « *Ébranler la gestion verticale et hiérarchique traditionnelle*⁹⁹⁹ ». Les travaux réalisés par Anao, Geneau et coll, révèlent qu'elle permet l'élaboration¹⁰⁰⁰ d'un cadre de responsabilisation clair¹⁰⁰¹. Raison pour laquelle la collaboration intersectorielle nécessite une innovation d'un cadre de responsabilisation, dans la mesure où les pratiques conventionnelles habituelles ne permettent pas son appropriation¹⁰⁰². Le type de rapport entretenu par les autorités politiques et administratives détermine leur niveau d'engagement envers l'action intersectorielle en santé.

Les personnes interrogées dans le cadre de ce travail de recherche, ont plaidé pour la création d'un cadre de partage de responsabilité entre les acteurs pour faciliter la mise en œuvre efficace de l'action intersectorielle en santé urbaine à Douala et à Yaoundé. En effet, vu l'échec de la stratégie de collaboration verticale, temporaire et de façade pratiquée en contexte urbain camerounais, il est important de mettre sur pied, un cadre de responsabilisation horizontale des acteurs plurisectoriels à l'effet de promouvoir efficacement et durablement la santé urbaine. Un responsable en service à la Mairie de la ville de Douala fait davantage constater à ce sujet que,

⁹⁹⁸ Jacques Bourgault & René Lapierre, « Horizontalité et gestion publique », Rapport final au Centre canadien de gestion, au Réseau du leadership, au Conseil des hauts fonctionnaires fédéraux du Québec, et à l'École nationale d'administration publique ? Centre canadien de gestion, 2000, p.21, consulté en ligne sur [http://www.government of Canada publication](http://www.governmentofcanada.ca/publication), le 02/10/2021.

⁹⁹⁹ *Ibid.*

¹⁰⁰⁰ Robert Geneau & Georges Fraser, « Encouragement de l'intervention intersectorielle en matière de santé : Exemple de l'initiative en Colombie-Britannique », *op.cit.*

¹⁰⁰¹ Public sector governance, Better practice guide, Australian National Audit Office (ANAO), Vol.1 and 2, 2003, consulté en ligne sur [https://www.anao.australian government](https://www.anao.australian.gov.au), le 02/10/2021.

¹⁰⁰² Peter Wilkins, "Accountability and joined-up government", in *Australian Journal of Public Administration*, Vol. 61, n° 1, 2002, P 114-119

Sincèrement, la promotion des questions de santé urbaine à Douala, passe nécessairement par l'établissement d'un cadre légal de collaborations intersectorielles où les responsabilités et les contributions de chaque acteur, sont clairement définies. Cette responsabilisation des acteurs permettra de mettre fin à la traditionnelle collaboration verticale et de façade inefficace où la promotion des questions de santé urbaine est abandonnée aux seuls Ministères de la Santé et de l'Habitat, qui sont déjà limités¹⁰⁰³.

De ce qui précède, il convient de retenir que la réussite de l'action intersectorielle en santé est aussi conditionnée par la définition des responsabilités de chaque acteur au sein de la collaboration. Ce mécanisme permet d'éviter les confusions des rôles, créant ainsi un cadre de travail à la chaîne où chacun sait clairement ce qu'il doit faire pour atteindre les résultats collectifs escomptés en matière de promotion des questions de santé urbaine.

6-5-Action de planification

C'est un mécanisme qui vise non seulement à évaluer les obstacles qui freinent la collaboration intersectorielle en faveur de l'intégration des questions de santé dans toutes les politiques ; mais aussi à recenser les solutions nécessaires à sa mise en œuvre. Il s'agit de mettre en relief les différentes solutions identifiées et jugées efficaces par les membres impliqués dans la collaboration pour améliorer les conditions de santé et les cadre de vie des populations.

Compte tenu du fait que l'implémentation de la stratégie de collaboration intersectorielle pour la promotion de la santé urbaine nécessite la participation de différents acteurs de la communauté, sa planification doit être élaborée avec les acteurs intersectoriels. Leur implication a pour but de rechercher de manière collective le consensus concernant les résultats recherchés, en créant des conditions favorables à la bonne compréhension des représentations respectives que peuvent se faire les acteurs au sujet de la collaboration en santé. Cette concertation, entre les acteurs doit susciter une intégration effective des objectifs de santé dans les politiques et pratiques d'habitat urbain. La procédure de planification permet également de définir le cadre dans lequel les acteurs intersectoriels doivent travailler. Elle tient compte de la notion de priorisation des besoins et d'élaboration du plan global d'intervention.

En substance, la collaboration intersectorielle est devenue incontournable puisqu'elle constitue un vecteur de développement d'une intelligence collective et consiste à favoriser le travail en synergie entre un ensemble de secteurs ou partenaires pour agir sur les déterminants de la santé. Comme le relèvent Richardson et Allegrante « *nous avons besoin des partenariats puisque la plupart des problèmes auxquels nous faisons face au XXI^e siècle exigent des*

¹⁰⁰³ Entretien réalisé avec un responsable en service à la Mairie de Ville de Douala, *op.cit.*

*efforts multidisciplinaires et multisectoriels*¹⁰⁰⁴ ». Cette conclusion s'inscrit clairement dans le courant scientifique majoritaire qui considère que la collaboration inter-organisationnelle s'avère une méthode efficace et incontournable pour répondre aux problèmes complexes de santé et d'habitat¹⁰⁰⁵. En effet, devenue indispensable pour la promotion des questions de santé et des cadres de vie sains¹⁰⁰⁶, cette stratégie procure plusieurs avantages. Elle permet de résoudre une vaste gamme de problèmes de santé ; elle est un mécanisme cohérent susceptible de générer des performances politiques, économiques et sociales en santé ; une action d'information, de mobilisation et de sensibilisation des acteurs de tous les secteurs sur l'importance des questions de santé et sur la prise en compte des déterminants de la santé dans l'élaboration des politiques de développement.

Ainsi, les pratiques collaboratives favorisent la création de nouvelles connaissances en santé grâce à la mise en commun des efforts organisationnels¹⁰⁰⁷. Elles permettent de mettre en relation des représentants de plusieurs secteurs pour favoriser la fixation des objectifs et la mutualisation des ressources permettant de réduire de manière efficace et efficiente les déterminants sociaux ou les inégalités en matière de santé. Cette nouvelle forme de gouvernance holistique qui mène à des nouvelles formes d'organisation collaboratives (partenariats, synergies ou alliances, coalitions) s'inscrit à l'intersection des différents cadres, qu'ils soient globaux et nationaux et vise à renforcer les synergies, harmoniser les décisions et activités en vue de promouvoir les objectifs de santé dans toutes les politiques. Elle vise également à soutenir et renforcer les stratégies multisectorielles existantes pour améliorer l'environnement ou les cadres de vie urbaine en éduquant de manière cohérente et harmonieuse les populations et les décideurs sur les enjeux des nouveaux objectifs de santé. C'est pour cette raison que sa mise en œuvre effective dans le secteur d'habitat urbain de Yaoundé Douala est souhaitée par plusieurs acteurs. Cependant, cette stratégie taillée sur mesure qui a fait ses preuves dans plusieurs pays du Nord et du Sud, doit être adaptée au contexte urbain camerounais qui a des réalités socioéconomiques et politiques spécifiques autres.

¹⁰⁰⁴ William Richardson & John Alagante, *Shaping the future of health through global partnerships*, Critical Issues in *Global Health*, 2000, p.375.

¹⁰⁰⁵ Roz Lasker, Elisa Weiss & Rebecca Miller, "Partnership synergy: A practical framework for studying and strengthening the collaborative advantage", in *Milbank Quarterly*, Vol. 79, n° 2, 2001, pp.179-205.

¹⁰⁰⁶ Sarker Malabika et Taufique Joarder, « Collaboration intersectorielle : une nouvelle voie pour promouvoir la promotion de la santé communautaire », *op.cit.*, p. 62.

¹⁰⁰⁷ Nelson Phillips, Thomas Lawrence & Cynthia Hardy, "Interorganizational collaboration and the dynamics of institutional fields", in *Journal of Management Studies*, Vol. 37, n°1, 2002, p.23.

CHAPITRES VI :

GOULOTS D'ÉTRANGLEMENT À LA COLLABORATION INTERSECTORIELLE EN FAVEUR DE L'INTÉGRATION DES OBJECTIFS DE SANTÉ DANS LES POLITIQUES D'HABITAT URBAIN AU CAMEROUN

La mise en œuvre par les pouvoirs publics de l'action de collaboration intersectorielle en faveur de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques des établissements humains implique un travail en synergie au niveau national et à l'échelle locale. Cependant, cette action reste plombée par certains goulots d'étranglement dans les villes de Yaoundé et Douala. Or, comme l'indiquent Marina Honta et Jean-Charles Basson, traditionnellement dévolue à l'État, et notamment à un seul Ministère, la promotion des questions de santé dans toutes les politiques nécessite l'appropriation de l'approche de collaboration intersectorielle. Malgré l'adoption du HiAP qui est une approche holistique et inclusive par le Cameroun et les appels des organisations internationales de promotion des objectifs de santé à l'instar de l'Organisation Mondiale de la Santé¹⁰⁰⁸, il se dégage paradoxalement un constat de faible niveau d'appropriation de cette approche par les pouvoirs publics camerounais, en faveur des politiques d'habitat urbain. Cette insuffisance est causée par plusieurs goulots d'étranglement, à l'instar des conflits d'intérêt et de pouvoir, du manque de stratégie cohérente et de réelle collaboration entre les acteurs, de l'insuffisance des ressources financières, humaines et matérielles, d'une gestion foncière peu adaptée aux exigences des objectifs de santé, de l'incivisme et vandalisme caractérisés des populations, d'un contexte institutionnel et administratifs désordonné et d'un site naturel accidenté et contraignant des villes de Yaoundé et Douala¹⁰⁰⁹. Comme l'indique le titre de ce chapitre, il a été consacré essentiellement à l'étude des obstacles à la mise en œuvre de l'action de collaboration intersectorielle en faveur de l'intégration des objectifs de santé urbaine dans les politiques d'habitat urbain des capitales économique et politique du pays. Il

¹⁰⁰⁸OMS, Déclaration d'Adelaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques, 2010, consulté en ligne sur http://www.who.int/social_determinants/french_adelaide_statement_for_web.pdf, le 24/10/2022.

¹⁰⁰⁹ Marina Honta & Jean-Charles Basson « La fabrique du gouvernement métropolitain de la santé », Dans *gouvernement et action publique*, Vol. 6, 2017, pp. 63-82.

porte sur les obstacles communs et spécifiques aux deux villes et qui limitent la collaboration intersectorielle en faveur de la promotion de la santé urbaine. Dans un premier et second temps, il a été question de présenter respectivement les goulots d'étranglement communs aux deux villes et qui limitent l'appropriation de l'action de collaboration intersectorielle au profit de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain. Dans un troisième temps, il s'est agi de relever les problèmes spécifiques aux villes de Yaoundé et Douala qui entravent la promotion des questions de santé urbaine.

I-Goulots d'étranglement à l'appropriation de l'approche de collaboration intersectorielle en santé communs aux deux villes

Les obstacles qui limitent l'appropriation de l'action de collaboration intersectorielle, en faveur de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques des établissements humains des villes de Douala et Yaoundé, sont divers. Ils portent entre autres sur des conflits d'intérêt et de pouvoir entre par les acteurs ; de manque de stratégie cohérente et de réelle collaboration entre les pouvoirs publics et les autres organisations ; de l'insuffisance des ressources financières, humaines et matérielles.

A-Conflits d'intérêt et de pouvoir

Les travaux de Cozier & Friedberg soutiennent que, les relations sociales sont foncièrement instables et conflictuelles dans une action collective ou organisationnelle, et ne font pas toujours preuve d'une spontanéité de convergence. Les acteurs impliqués dans une action collective ne font pas toujours preuve d'une spontanéité de convergence ou de collaboration harmonieuse. D'où, les possibilités d'une éventuelle divergence et conflit entre les acteurs¹⁰¹⁰. À cet effet, l'action collective organisée revêt un caractère conflictuel et peut être considérée comme un cadre où l'unanimité n'est pas toujours acquise à l'avance, du fait de l'opposition d'une diversité de rationalités d'acteurs. D'ailleurs, ces auteurs indiquent que le conflit est au fondement de toute action collective. Allant dans le même sens que les précédents auteurs, Reynaud indique que « *Les difficultés que les actions collectives rencontrent ne sont probablement pas dues à l'aveuglement des individus ou à leur lâcheté, mais à la réalité du*

¹⁰¹⁰ Michel Crozier & Erhard Friedberg, *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*, Paris : Éditions du Seuil, 1997.

*paradoxe*¹⁰¹¹ ». Face à ce constat, Crozier et Friedberg concluent que quelles que soient les mesures et contraintes qui gouvernent ou régissent le fonctionnement d'une organisation collective, les acteurs stratégiques trouvent toujours les marges de liberté ou les moyens de contournement pour essayer d'y tirer des avantages individuels¹⁰¹². Même au cours des processus d'échanges et de négociations, les acteurs cherchent à exploiter les moindres occasions et failles de l'action collective ou de l'organisation au profit de leurs intérêts personnels.

Les actions de collaboration intersectorielle menées par les acteurs, en faveur de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain des villes de Douala et Yaoundé ne sont pas épargnées par ces réalités. L'analyse des données collectées font état de ce que les conflits d'intérêt et de pouvoir constituent des goulots d'étranglement à la mise en œuvre de l'approche de collaboration intersectorielle, au profit de la promotion des questions de santé dans les politiques des établissements humains de ces deux villes. Il s'agit plus précisément des obstacles liés aux conflits de pouvoir et de compétences entre les acteurs des Mairies des villes et des Communes d'Arrondissement, aux conflits de compétences et de pouvoir entre les acteurs des Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD) et l'administration décisionnelle, aux conflits entre les organismes de l'administration et les autres organisations, enfin aux différends entre les organismes du pouvoir publics.

1- Conflits de compétences et d'intérêt et absence d'une réelle collaboration entre les acteurs à échelon décentralisé et d'autres institutions

La question du manque de collaboration du fait de conflits d'intérêts et de compétences entre les CTD et les institutions partenaires, dans le cadre de la collaboration intersectorielle en faveur de la promotion des questions de santé dans les politiques des établissements humains à Yaoundé et Douala a été largement relevée par plusieurs auteurs tels que Kengne Fodouop et Mougoue Benoît¹⁰¹³. Selon ces auteurs et certains informateurs, ces conflits qui constituent des entraves à la collaboration intersectorielle sont entretenus par les acteurs des Mairies des villes, des Communes d'Arrondissement et leurs partenaires au développement.

¹⁰¹¹ Jean-Daniel Reynaud, *Les règles du jeu, L'action collective et la régulation sociale*, Paris, Armand Colin, 1989, p.65.

¹⁰¹² Michel Crozier & Erhard Friedberg, *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*, op.cit.

¹⁰¹³ Kengne Fodouop & Mougoue Benoît, « Acteurs locaux et gestion politique de l'environnement à Yaoundé (Cameroun), Dans *Pratique de gestion de l'environnement dans les pays tropicaux* », DYMSET-CRET édition, Espaces Tropicaux, n°15,1997, pp.529-535,

1-1-Conflits d'intérêt et de compétence entre les acteurs des Mairies des villes et des Communes d'Arrondissement

Comme dans d'autres villes du monde¹⁰¹⁴, la question de la promotion des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain des villes de Yaoundé et de Douala est limitée par le manque de collaboration entre les acteurs des CTD. Ce manque de collaboration est lié aux conflits de compétence qui existent entre ces deux entités décentralisées depuis la loi constitutionnelle du 18 janvier 1996. Ces divers conflits mettent en péril la gouvernance locale qui accorde aux CTD des compétences relatives à la promotion des questions de santé urbaine. Pour relever l'effectivité et les caractéristiques de ces conflits d'intérêts entre les acteurs des CTD qui se chevauchent et le caractère inapproprié et non inclusif des interactions menées par l'administration centrale dans le cadre de l'amélioration des conditions des cadres de vie des populations de la ville de Douala, Pierre Ongolo Zogo & al. font constater en 2021 que,

La multiplicité des acteurs et la divergence des intérêts sont remarquables. La communauté urbaine et les six communes d'Arrondissement ont des rôles et des responsabilités qui parfois se chevauchent avec des risques de gaspillage de ressources et de conflits. L'administration centrale déconcentrée décrite comme « non inculture » mène des actions de manière cloisonnée. Les interactions entre les parties prenantes se caractérisent par une collaboration inappropriée et une participation non inclusive et parfois factice au sein des instances existantes¹⁰¹⁵.

Pour le cas de la ville de Yaoundé, « Cameroon tribune » fait savoir que la collaboration intersectorielle est plombée par des « Conflits de compétences et interprétations divergentes des textes qui donnent lieu à une collaboration tendue entre les autorités municipales de la capitale politique¹⁰¹⁶ ». L'analyse des informations recueillies sur le terrain a permis de comprendre que ce problème est récurrent entre les responsables des CTD. C'est ce que soutient un chef traditionnel de 3^e degré en ces termes :

Pendant que les Maires des Communes d'Arrondissement de Yaoundé avaient opté pour les constructions des boutiques le long des rues des centres urbains et dans certains marchés comme le cas du Marché Accacia, les responsables de la Mairie de la ville de Yaoundé, prétextant lutter contre l'envahissement et l'occupation des chaussées, avaient par contre décidé de démolir systématiquement ces boutiques pour faciliter la mobilité des personnes et des biens sur les voies publiques et au sein des marchés. D'où ces conflits auxquels nous assistons impuissamment aujourd'hui¹⁰¹⁷.

¹⁰¹⁴ David Garland, "The limits of the sovereign state: strategies of crime control in contemporary society, in British journal of criminology", Vol.36, n° 4, 1996, pp.445-471.

¹⁰¹⁵ Pierre Ongolo Zogo, Nsangou Moustapha Moncher, Jean Serges Ndong, Guy Waffeu Sadeu et José Atangana, « Améliorer la gouvernance urbaine pour la santé et le bien-être à Douala –Cameroun », *op.-cit.*

¹⁰¹⁶ Cameroon tribune parution du 07 mai 2021.

¹⁰¹⁷ Entretien réalisé à Yaoundé avec un leader traditionnel, le 03/12/2021.

En outre, ces conflits sont également perceptibles entre les entités décentralisées au sujet de l'assainissement, de l'entretien et de la réhabilitation des routes urbaines de la ville de Yaoundé. Concernant l'entretien de la route descente Acacia vers Monté Jouvence, dégradée du fait des déchets liquides toxiques, un responsable d'une Mairie d'Arrondissement accuse le Maire de la ville de Yaoundé de refuser la collaboration avec les responsables de la Mairie compétente pour réhabiliter ladite route en ces termes :

Dans un contexte de prolifération du choléra du fait de ces déchets et vu la souffrance de nos populations en proie à cette épidémie, on s'est trouvé dans l'obligation de remblayer les trous de cette route bitumée de manière provisoire avec la terre. Pourtant, ce travail relève de la compétence de la Mairie de la ville. J'ai relancé plusieurs fois le Maire de la ville à cet effet sans succès. La collaboration n'est vraiment pas bonne et évidente avec lui. Pourtant le processus de décentralisation amorcée par notre pays exige la collaboration entre nous¹⁰¹⁸.

Les tensions sont donc perceptibles entre les magistrats municipaux des Communes d'Arrondissement et ceux de la Maire de Ville de la capitale politique. Les responsables des Communes d'Arrondissement soulignent que : « *Nous avons été surpris comme tout le monde par les démolitions illégales et irrespectueuses de nos boutiques communales par le super Maire de de Yaoundé. Pourtant, il ne nous a jamais parlé d'une pareille décision dans le passé¹⁰¹⁹* », les responsables de la Mairie de la ville soutiennent par contre que, « *Plusieurs mises en demeure ont été adressées aux différents Maires à cet effet. Mais, au regard de la rébellion jugée récidiviste des Maires d'Arrondissement, le super Maire était obligé de faire respecter la loi en détruisant certaines boutiques construites sur les voies publiques¹⁰²⁰* ». Ces deux déclarations qui s'opposent mutuellement témoignent du manque de collaboration entre les deux entités décentralisées. Ces conflits freinent les impératifs d'urbanisation et de promotion des questions de santé dévolus aux CTD. Pour tenter de résoudre ces conflits, les acteurs de la Préfecture du Mfoundi ont organisé une réunion de crise au cours de laquelle un responsable de ladite Préfecture a fait comprendre aux magistrats municipaux que, « *L'on doit désormais parler de synergies et non de conflits de compétence. De l'affrontement des idées entre vous, doit jaillir des actions de collaboration pour l'amélioration des conditions de vie des populations de la ville de Yaoundé dont vous avez la charge¹⁰²¹* ».

¹⁰¹⁸ Entretien réalisé Yaoundé avec un responsable en service dans une Commune d'Arrondissement, *op.cit.*

¹⁰¹⁹ *Ibid.*

¹⁰²⁰ Entretien réalisé Yaoundé avec un responsable en service à la Mairie de la Ville, *op.cit.*

¹⁰²¹ Extrait du discours d'un responsable de la Préfecture du Mfoundi, au cours d'une séance de travail relative à l'arbitrage des conflits de compétences entre les Maires des Communes d'Arrondissement et le Maire de la ville de Yaoundé en 2020.

Dans la ville de Douala, ces querelles se raréfient grâce à la nouvelle plateforme de collaboration entre la Mairie de la ville et les Communes d'Arrondissement. Cette plateforme est mise sur pied par le Maire de ladite ville pour la gestion harmonieuse de conflits liés à l'organisation et au fonctionnement des marchés, à l'occupation du sol et à la gestion harmonieuse des voies publiques. Les conflits de compétences ou la crise de collaboration la plus retentissante entre les deux entités décentralisées de la capitale économique remonte à l'année 2006 entre la Communauté Urbaine de Douala et la Commune d'Arrondissement de Douala II, au sujet de la gestion du Marché Central et de Nkololun. Parlant de la nouvelle plateforme de collaboration mise en œuvre par le Maire de la ville de Douala, un responsable en service à ladite Mairie reconnaît que :

La nouvelle plateforme de collaboration et de règlement de certains conflits entre la Communauté urbaine et les Communes d'Arrondissement, a été créée par le nouveau Maire de la ville, pour améliorer la collaboration entre les acteurs des CTD à qui sont dévolues les missions d'amélioration des cadre de vie telles que l'organisation des parkings des marchés et des voiries urbaine, ainsi que la gestion harmonieuse des parkings, des questions d'urbanisation, d'hygiène, de salubrité et la lutte contre des épidémies comme le COVID-19 et le choléra¹⁰²².

Face à la récurrence de ces différents conflits entre ces entités à échelon décentralisé, qui se chevauchent avec pour conséquences des risques de gaspillage qu'on aurait pu éviter dans le cadre d'une réelle collaboration intersectorielle, Pierre Ongolo et *al.*, n'ont pas manqué de mentionner que « *La communauté urbaine et les six communes d'Arrondissement ont des rôles et des responsabilités qui parfois se chevauchent avec des risques de gaspillage et de conflits¹⁰²³* ».

Contrairement à ce que nous font croire les acteurs des CTD qui justifient ces conflits par l'ambition de chaque entité décentralisée de faire respecter la loi et de promouvoir le développement urbain, ces divers conflits de compétence sont plutôt causés par l'égoïsme des acteurs qui veulent contrôler la gestion des marchés, des boutiques et les ressources financières qui en découlent. La construction des boutiques le long des routes du marché acacia et dont les locations coûtent des millions en est une parfaite illustration.

¹⁰²² Entretien réalisé à Douala avec un responsable en service à la Mairie de la Ville, *op.cit.*

¹⁰²³ Pierre Ongol Zogo, Nsangou Moustapha Moncher, Jean Serges Ndong, Guy Waffeu Sadeu et José Atangana, « Améliorer la gouvernance urbaine pour la santé et le bien-être à Douala –Cameroun », *op.cit.*

1-2-Conflits entre les Mairies des villes et les acteurs des sociétés des services concessionnaires publics

La collaboration entre les acteurs des services concessionnaires comme CAMWATER, CAMTEL et ENEO et les responsables des Mairies des villes de Yaoundé et de Douala ne sont pas toujours bonnes. En effet, les conflits entre ces institutions sont nés à la suite des réalisations des travaux anarchiques par les services concessionnaires sur la voirie urbaine. Ces travaux consistent pour ces concessionnaires à creuser des tranchées et abandonner des vieux poteaux et câbles sur les chaussées. Ces actes d'incivisme participent malheureusement à la détérioration de la voirie urbaine. À l'absence d'une réelle collaboration entre les acteurs, ce désordre crée des tensions entre les acteurs des collectivités territoriales et ceux des services concessionnaires. L'observation des artères des capitales politiques et économique a permis de constater que, c'est quand les Mairie des villes de Douala et de Yaoundé finissent de construire et de réhabiliter les drains, les trottoirs, les espaces réservés aux arrêts bus et taxis et les carrefours que les concessionnaires commencent les travaux sur ces infrastructures urbaines sans la moindre collaboration, en les laissant dans un état déplorable. Paul Blaise Mabou fait remarquer à cet effet dans la ville de Yaoundé que :

C'est lorsque la CUY a bouclé avec la réhabilitation des trottoirs au centre-ville et sur certaines voiries principales de la ville que l'AES-SONEL entame le renforcement du réseau électrique souterrain du centre-ville procédant en l'enfouissant sous les mêmes trottoirs. À la suite de l'AES-SONEL, la société CEGELEC creuse les trottoirs à peine construits par la CUY pour réhabiliter le réseau électrique souterrain de l'éclairage public de la ville... La société CAMTEL emboîte le pas à ces prédécesseurs pour installer la fibre optique sous les trottoirs de l'ensemble de la ville, sapant ainsi les efforts de la CUY de construction et de restauration des espaces piétonniers à Yaoundé¹⁰²⁴.

Quelques années après ce constat fait par l'auteur précédent dans la ville de Yaoundé, les concessionnaires des services publics continuent à poser des actes d'incivisme sur les voies publiques. C'est ce que fait constater un responsable en service à la Mairie de la Ville de Douala, pour qui,

Les habitants de la ville de Douala viennent régulièrement se plaindre des câbles électriques et des gros trous abandonnés par les agents d'ENEO et de CAMWATER sur les trottoirs et les chaussées de la cité économique. Ces trous qui contiennent parfois de gros tuyaux d'eau qui, après une moindre pluie, sont exposés et cassés par de moindres gestes des passages, laissant ainsi l'eau inonder les routes bitumées pendant des jours. La puissance de ces eaux détruit

¹⁰²⁴ Paul Blaise Mabou, « Pouvoirs publics et aménagement urbain à Yaoundé », Thèse de Doctorat/ PHD en géographie urbaine, Université de Yaoundé I, 2013, p. 432.

*très souvent les voies publiques dont la réalisation a coûté très chère aux pouvoirs publics*¹⁰²⁵.

En définitive, ces tranchées mal remblayées, ces poteaux et câbles abandonnés de manière anarchique sur les trottoirs et les chaussées par les acteurs des services concessionnaires publics révèlent bien le manque de collaboration, de cohérence et de responsabilité en matière d'interventions des différents acteurs sur les voies publiques dans le cadre de la réalisation de leurs missions de promotion des questions de bien-être des populations citadines. Ces activités réalisées anarchiquement, témoignent également l'état d'une société urbaine anémique ou chacun fait ce qu'il veut et au détriment de la réglementation urbaine en vigueur.

1-3-Conflits d'intérêt et de compétences entre les responsables des collectivités territoriales décentralisées et les acteurs des services décisionnels

Dans le cadre de l'exercice de leurs fonctions relatives à la promotion de la santé urbaine, les relations de collaboration entre les autorités municipales et les acteurs des administrations décisionnelles comme le Ministère de l'Habitat et du Développement Urbain (MINHDU), la Société Immobilière du Cameroun (SIC) et la Mission d'Aménagement et d'Équipement des Terrains Urbains et Ruraux (MAETUR) ne sont pas exemptées des conflits. C'est en 1983 au sujet de la mise en œuvre et de la gestion de la station d'épuration des eaux usées par lagunage du camp SIC Biyem-Assi (Acacia) que les premiers conflits ont commencé entre ces services publics. Les tensions connaissent également des tournures inquiétantes à propos de la gestion de la station d'épuration de la Cité-verte. Certains faits ont contribué au déchirement des relations entre ces acteurs publics.

S'agissant des conflits entre les Mairies des villes et le MINHDU. Les acteurs des Mairies des villes de Yaoundé et de Douala ont fait part de leur mécontentement du fait du manque d'une réelle collaboration avec les responsables du MINHDU qui effectuent certains aménagements urbains sans les associer. Les élus locaux sont souvent mis devant le fait accompli dans le cadre de réalisation de certaines infrastructures urbaines. Ce manque de collaboration, engendre le problème du suivi et d'entretien à long terme du patrimoine public, réalisé au profit des populations citadines. Les élus locaux déclinent souvent les responsabilités relatives au suivi et à l'entretien des infrastructures et équipements tels que les voiries, les installations d'évacuation des eaux usées et pluviales et les stations d'épuration des eaux usées,

¹⁰²⁵ Entretien réalisé à Douala avec un responsable de la Mairie de la ville de Douala, op-cit.

réalisées dans leur localité sans leur avis. Un responsable en service dans une Mairie de ville dénonce ces abus de pouvoir en ces mots :

Le MINHDU use souvent de son pouvoir pour réaliser seul, certaines infrastructures urbaines qui nécessitent la collaboration des autorités municipales compétentes. Ceci, sans la moindre collaboration avec les élus locaux en charge désormais de toutes les questions du développement local. Curieusement, le suivi et l'entretien desdites infrastructures une fois achevées, sont souvent abandonnés aux municipalités qui n'étaient associées à la conception et réalisation. Cette démarche solitaire, est souvent à l'origine de certains conflits entre ces deux services publics. Par conséquent les projets réalisés dans un tel contexte sont souvent abandonnés et dégradés faute de suivi et d'entretien de ces infrastructures¹⁰²⁶.

Ce refus de collaboration du MINHDHU avec les Maires des villes dans le cadre des réalisations de certaines infrastructures d'aménagement urbain se situe aux antipodes de la loi 87/15 du 15 juillet 1987 portant sa création et celle d'avril 2004 applicable aux communes et fixant les attributions et les compétences dévolues à ces dernières en matière de développement urbain. Elles illustrent bien les chevauchements de compétences entre ce ministère et les municipalités. D'où, les conflits et l'inefficacité des initiatives publiques ; car comme l'indique si bien le responsable cité ci-dessus en service dans une Mairie de ville « *Les autorités locales refusent souvent d'entretenir des infrastructures pour lesquelles, elles n'ont pas été associées par certains départements ministériels comme le MINHD U¹⁰²⁷* ».

Les relations conflictuelles entre les autorités municipales et les responsables de la SIC et de la MAETUR sont visibles dans le cadre de la gestion des stations d'épuration des eaux usées par lagunage. C'est dans le souci de gérer de manière adéquate, les stations d'épuration des eaux usées générées par les ménages des cités SIC que les pouvoirs publics camerounais se sont lancés à la recherche des partenaires. À cet effet, à la fin de la construction du camp de la Cité verte en 1985, la MAETUR signe un contrat avec l'entreprise française Reynolds Construction Cameroun (RCC) à l'effet de former les agents chargés du suivi et d'entretien de la station d'épuration des eaux usées de cette Cité. À l'issue de la formation de ces agents d'entretien, leur affectation est sollicitée. Bien que l'initiative de la formation soit prise et financée par la MAETUR, celle-ci estime plutôt que, c'est à la Commune Urbaine de les recruter et de les prendre en charge. Pour la MAETUR, ses responsabilités s'achèvent avec les opérations d'aménagement et d'équipement de terrain en vue de la promotion immobilière. Par conséquent, elle ne saurait s'engager dans la gestion des ouvrages d'assainissement étant donné qu'elle ne dispose pas de possibilités lui permettant de recouvrer les ressources financières à

¹⁰²⁶ Entretien réalisé à Douala avec un responsable de la Mairie de la ville de Douala, *op-cit*.

¹⁰²⁷ *Ibid.*

cet effet. Après ce refus catégorique de la MAETUR, la SIC est sollicitée en sa qualité de propriétaire des logements, malgré son refus de prendre aussi en charge le personnel de suivi et d'entretien de la station d'épuration de la Cité-Verte. S'appuyant sur la loi 1987 portant création des Communes Urbaines et d'Arrondissement, la SIC estime que c'est celles-ci qui sont compétentes pour la gestion des questions liées à l'urbanisme et des équipements y relatifs. La Communauté Urbaine accepte cette responsabilité, mais, à condition que la SIC lui reverse les quotes-parts issues des ventes de logements. Ce que la SIC n'accepte pas.

Face à ces multiples conflits de compétences entre ces acteurs qui se rejettent mutuellement les responsabilités du suivi, de l'entretien et la maintenance des équipements des stations d'épuration des eaux usées dans les cités SIC qui se trouvent dans un état piteux dans les villes de Yaoundé et de Douala, l'arbitrage du MINUH sera sollicité. C'est après plusieurs séances de travail avec les différents acteurs en 1985 que, le MINUH décide que désormais, la SIC assumera cette responsabilité. Selon cette décision du MINUH mentionnée par Paul Blaise Mabou,

La SIC assurera désormais la gestion et l'entretien des réseaux de collecte des eaux usées et des stations d'épuration de ses ensembles immobiliers, quitte à en récupérer le coût sur le prix de vente des maisons et de la location des logements. La SIC accepte par contrainte de prendre en charge la station d'épuration des eaux usées de la Cité-verte. Ce qui ne l'autorise pas d'argumenter pour son usage en termes d'intérêts communautaires pour les autres résidents de la ville de Yaoundé. Elle réceptionne donc la station d'épuration de la Cité-verte.¹⁰²⁸

Malgré les instructions du MINUH, la SIC n'accepte pas de prendre en charge l'entretien des autres stations d'épuration des eaux usées à l'exemple de celle de Biyem-Assi, prétextant que ces stations d'épuration sont communes aux logements de la SIC et des particuliers sur les lots de la MAETUR. C'est pourquoi, en août 1986, la SIC saisit le MINUH pour solliciter une autorisation lui permettant de percevoir une taxe mensuelle de 5000 FCFA par logement, pour lui permettre de gérer les questions liées à l'assainissement. Le MINUH oppose une fin de non-recevoir à la SIC, estimant que cette décision est opposée aux objectifs de l'habitat social.

¹⁰²⁸ Paul Blaise Mabou, « Pouvoirs publics et aménagement urbain à Yaoundé », op-cit, p.435, souligne qu'en août 1986, la SIC adresse au MINUH une demande d'autorisation de taxer à 5000FCFA/mois chaque logement en vue de couvrir les frais de charge d'assainissement. Cette proposition est rejetée par le MINUH (car entravant voire contraire aux objectifs de l'habitat social visé). (LESEAU, 2003) relève qu'avant la mise en exploitation de la station d'épuration, des discussions ont eu lieu sur le système d'exploitation à mettre en œuvre à cet effet. L'on a envisagé puis abandonner les possibilités suivantes : -une taxe de 500FCFA /mois à payer par chaque locataire ou propriétaire connecté au réseau (août 1988) ; -une subvention accordée à la SIC par le MINUH pour l'entretien de la station d'épuration des eaux usées (juin 1988) ; -un comité de contrôle des installations d'assainissement des eaux usées dans les lotissements SIC-MAETUR (1988)

Une fois mise en fonction en 1987, la station d'épuration des eaux usées de la Cité-Verte va connaître des pannes du fait des coupures régulières du courant électrique qui endommagent le système électromécanique. Elle subit une sérieuse détérioration qui l'oblige de fonctionner en dents de scie jusqu'en 1992, produisant des résultats insatisfaisants. À date, la station d'épuration de la Cité-Verte, tout comme celle de Biyem-Assi se trouve abandonnées dans un état de désuétude et de dysfonctionnement avancés. C'est ce qui a provoqué l'éparpillement des eaux usées, de couleur verte foncée et surchargées de mousse et d'algues, le long des routes riveraines. Cet abandon des équipements d'assainissement et les conséquences qui en découlent sur le plan sanitaire et environnemental, sont liés aux différents conflits de compétence et d'intérêt entre les institutions en charge de la promotion des logements sociaux, tels que le MINHDU, la SIC et la MAETUR.

Ces conflits de compétences qui constituent un frein à la collaboration en faveur de la promotion des questions de santé dans le secteur des logements sociaux est une preuve de l'inefficacité de l'action des services publics. Ils contribuent à ternir « *l'image de marque des pouvoirs publics qui devraient être un modèle pour les autres acteurs urbains. Les pouvoirs publics gagneraient à éliminer les conflits de compétences qui déchirent souvent les acteurs urbains*¹⁰²⁹ ». D'où la nécessité de l'appropriation du HiAP par les acteurs en charge de la promotion des questions de bien-être dans les politiques des logements sociaux urbains ; car, comme l'affirme Pau Blaise Mabou, l'assainissement durable de la capitale politique et économique du Cameroun suppose :

*Une quête d'arrangements équilibrés présidant aux relations équitables de franche collaboration entre les différents acteurs urbains. Sans ce rêve de fusion des énergies et des objectifs communs à atteindre fièrement vécu et partagé par les acteurs urbains d'en haut (l'État, la CUY et les 7 Communes d'Arrondissement, les sociétés concessionnaires de services publics) et ceux d'en bas (les acteurs privés et les particuliers), il serait difficile d'atteindre le développement urbain durable à Yaoundé*¹⁰³⁰.

Il se dégage de ce qui précède, une faible appropriation de l'approche « HIAP » au profit de la promotion des logements sociaux. La fin de ces conflits passe indéniablement par l'appropriation d'une action de collaboration intersectorielles qui implique non seulement les acteurs classiques comme la SIC, la MAETUR, le CFC, le MINHDU, et le MINDCAF, mais aussi et surtout les CTD qui constituent désormais les principaux acteurs du développement local.

¹⁰²⁹ Paul Blaise Mabou, « Pouvoirs publics et aménagement urbain à Yaoundé », *op.cit.*, p. 436.

¹⁰³⁰ *Ibid*, p. 432.

2-Manque de collaborations régulières ou permanentes entre les acteurs

L'analyse des données collectées pour la réalisation de cette étude a permis de saisir le fait du manque de collaboration permanente entre les acteurs comme l'un des goulots d'étranglement à la mise en œuvre de l'approche HiAP dans le secteur de l'habitat urbain des capitales politique et économique. Ce constat a été fait par Blaise Nguendo-Yongsi qui a relevé le défaut de pérennité ou de la solidité des différentes collaborations intersectorielles entretenues par les secteurs en charge de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain à Douala. Globalement, avec tous les acteurs intersectoriels, il n'y a pas de collaboration permanente dans cette ville, elle est irrégulière ou très souvent ad hoc¹⁰³¹. Cette faible collaboration a fait place à une forme de collaboration de façade souvent ponctuelle et inappropriée. À propos de cette faiblesse, un responsable d'un service déconcentré du MINSANTE du Littoral fait constater ce qui suit :

Nous collaborons seulement quand surviennent des problèmes de santé urgents comme les épidémies et des situations ponctuelles. Par exemple, les cas des réunions intersectorielles d'urgence convoquées et présidées par le gouverneur afin d'implémenter les mesures barrières gouvernementales contre le COVID 19, le choléra et la préparation des plans de contingence pour faire face aux multiples défis pendant la CAN TOTAL ENERGIE 2021, organisée par notre pays. Mais, depuis que le COVID et le cholera ont baissé et que la CAN est finie, les collaborations sont rares¹⁰³².

En somme il n'existe pas de plateforme de collaboration intersectorielle permanente ou régulière en faveur de la promotion des objectifs de santé dans les politiques et pratiques d'habitat urbain dans les villes de Douala et Yaoundé. Les actions intersectorielles interviennent de manière ponctuelle, occasionnelle et irrégulière pour résoudre des problèmes de santé urbaine urgents.

2-1-Collaboration de façade et difficile entre le MINSANTE et le MINHDU

La plupart d'informations collectées dans le cadre de cette étude, attestent de ce que le MINSANTE et le MINHDU entretiennent des relations de collaboration de « façade » et « mitigée » au profit de l'intégration des questions de santé dans les politiques des établissements humains à Douala et Yaoundé. C'est ce qu'indique l'étude menée par Pierre Ongolo Zogo et al. dans la ville de Douala en ces termes : « L'administration centrale décrite comme non « inculturée mène des actions de manière cloisonnée. Les interactions entre les

¹⁰³¹ Blaise Nguendo-Yongsi, « Perception, experiences and obstacles for intersectoral action for health : Perspectives of policymakers in Douala-Cameroun », op-cit.

¹⁰³² Entretien réalisé à Douala avec un responsable d'un service déconcentré du MINSANTE du Littoral, op.cit.

parties prenantes se caractérisent par une collaboration inappropriée et une participation non inclusive et parfois factice au sein des instances existantes tels les comités de santé et d'hygiène et salubrité¹⁰³³ ». Si pour les acteurs du MINSANTE, le MINHDU doit solliciter leur collaboration et leur expertise dans le cadre de « L'élaboration et de la mise en œuvre du plan d'amélioration de l'habitat ; de la définition et du contrôle de l'application des normes en matière d'habitat ; de la mise en œuvre de la politique de l'habitat social¹⁰³⁴ », ceux du MINHDU estiment qu'ils doivent être consultés lorsque les acteurs du MINSANTE comptent réaliser des formations sanitaires et autres infrastructures liées aux soins de santé. Cependant, cette collaboration intersectorielle sollicitée n'a pas toujours été systématique. Car, quand le MINSANTE envisage les constructions de ses infrastructures et le MINDUH, l'élaboration et la mise en œuvre de ses politiques d'urbanisation, il n'a pas toujours été question pour ces deux départements ministériels de mener des collaborations solides et régulières pour tous les projets. Compte tenu du fait qu'aucune loi et règlement ne les obligent de travailler ensemble ou de collaborer, le MINSANTE peut se permettre de réaliser ses travaux sans solliciter la collaboration du MINHDU. Tout comme ce dernier peut se permettre d'élaborer et mettre en œuvre son programme et projet d'urbanisation, sans l'avis du MINSANTE. C'est pour cette raison qu'un responsable en service au MINSANTE souligne que,

Nous avons une Division des études et des projets, où nous avons des ingénieurs de génie civil et d'architectes. Ils sont chargés des constructions, du suivi et du contrôle technique des travaux de construction des infrastructures sanitaires réalisées par le MINSANTE. C'est vrai que nous ne pouvons pas construire sans l'autorisation du MINHDU. Mais, nous n'avons pas forcément besoin de solliciter une collaboration permanente avec eux ou leurs experts, étant donné que nous avons les nôtres qui font d'ailleurs bien ce travail¹⁰³⁵.

Les acteurs du MINHDU ont aussi eu des difficultés à bien situer leur collaboration avec ceux du MINSANTE. Au sujet de cette collaboration jugée mitigée, un ingénieur urbaniste en service au MINHDU affirme que :

Nous ne sommes pas obligés de collaborer avec le MINSANTE pour promouvoir des établissements humains favorables aux questions de santé. Nous avons une Direction de la promotion de l'habitat social et de la promotion immobilière, des Sous-Directeurs d'hygiène et d'assainissement urbain, dotés d'ingénieurs et d'architectes. En plus, aucun texte réglementaire ne nous oblige à collaborer¹⁰³⁶.

¹⁰³³Pierre Ongol Zogo, Nsangou Moustapha Moncher, Jean Serges Ndong, Guy Waffeu Sadeu et José Atangana, « Améliorer la gouvernance urbaine pour la santé et le bien-être à Douala –Cameroun », *op.cit.*

¹⁰³⁴Paul Blaise Mabou, « Pouvoirs publics et aménagement urbain à Yaoundé », *op.cit.*, p. 432.

¹⁰³⁵ Entretien réalisé à Yaoundé avec un responsable en service au MINSANTE, *op.cit.*

¹⁰³⁶ Entretien réalisé à Yaoundé avec un responsable en service au MINDUH, *op.cit.*

En outre, le conflit de leadership entre le MINHDU et le MINSANTE est aussi perceptible dans les villes de Yaoundé et Douala. Pour le MINHDU, la gestion des villes de Douala et de Yaoundé ainsi que de l'ensemble des villes camerounaises relèvent de sa responsabilité et n'a pas forcément besoin du MINSANTE pour les accomplir. Car, il a pour mission d'assurer la planification et l'urbanisation. Par contre, le MINSANTE soutient que la santé publique des populations relève de sa responsabilité¹⁰³⁷. Si les personnels du MINHDU interrogés ont reconnu avoir entretenu de bonnes collaborations en faveur de l'intégration des questions de santé dans les politiques d'habitat urbain avec les acteurs du MINDCAF et de la SIC, ils sont par contre restés unanimes sur le faible niveau de collaboration entre les acteurs du MINSANTE et du MINDUH. Un responsable du service déconcentré du MINHDU dans le Wouri fait remarquer à ce sujet que :

On ne peut pas objectivement dire qu'il existe une réelle collaboration entre les acteurs du MINDUH et ceux du MINSANTE. Chacun essaie bon en mal en, de faire ce qu'il peut individuellement faire pour la santé. On se rencontre de manière irrégulière au cours des périodes de crises sanitaires, des colloques internationaux ou des journées internationales de l'habitat, lors des conférences avec les acteurs du MINSANTE. Ce qui n'a rien à voir avec une collaboration intersectorielle permanente bien structurée. Par contre, nous entretenons de temps en temps de bonnes relations avec les personnels du MINDCAF, de l'ONU-Habitat et de la SIC pour promouvoir l'habitat décent¹⁰³⁸.

En conclusion, la collaboration entre le MINSANTE et le MINDUH est irrégulière. Elle n'intervient qu'en situation d'urgence sanitaire, de catastrophes réelles et lors des conférences et des journées internationales consacrées aux questions d'habitat et de santé. Il y a absence de collaboration en temps ordinaire ou d'accalmie. Chaque secteur travaille de manière parallèle et isolée des autres. Ce qui n'est pas de nature à favoriser l'intégration des objectifs de santé dans les politiques des établissements humains à Yaoundé et Douala.

2-2-Manque de collaboration entre le MINSANTE et l'ONU-habitat

Dans son souci permanent de promouvoir les questions de santé urbaine, notamment dans son secteur d'habitat, l'État du Cameroun a ratifié plusieurs conventions avec les organismes onusiens, parmi lesquels, l'ONU-Habitat qui impliquent la collaboration intersectorielle. Toutefois, l'application des termes de ces conventions reste très peu visible sur le terrain, notamment dans les cadres de vie urbains du fait de l'absence de la mise en œuvre d'une réelle collaboration entre le MINSANTE et l'ONU-Habitat. Au point où, les acteurs de

¹⁰³⁷Blaise Nguendo-Yongsi, « Perception, experiences and obstacles for intersectoral action for health: Perspectives of policymakers in Douala-Cameroun », *op.cit.*

¹⁰³⁸ Entretien réalisé à Douala avec un personnel des services déconcentrés du MINDUH pour le Wouri, *op.cit.*

ces deux institutions avouent n'avoir jamais collaboré dans le cadre d'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain. Pourtant, l'ONU-Habitat est représenté par un siège basé à Yaoundé pour mener des activités de promotion d'habitat décent en collaboration avec les pouvoirs publics et toute la communauté. Ce manque de collaboration entre le MINSANTE et l'ONU-Habitat est confirmée par un personnel de ce dernier qui indique que,

Le MINSANTE ne nous a jamais associés à ses projets depuis que je suis ici. Nous collaborons plutôt bien avec le MINHDU. D'ailleurs je m'apprête pour prendre part à une séance de travail que va présider le Ministre de l'Habitat et du Développement urbain à 15 heures. Cette réunion a été convoquée pour préparer la semaine de l'Habitat 2021 que le Cameroun a le privilège de recevoir à partir du mercredi 29 septembre 2021 à la Communauté Urbaine de Yaoundé. Pourtant, plusieurs activités nous lient avec le MINSANTE. Les ripostes contre les pandémies, comme la COVID-19 et le choléra, ne peuvent être efficaces sans collaboration avec le MINSANTE, ainsi qu'avec les institutions comme le MINHDU, le MINTP et le MINDCAF¹⁰³⁹.

Les propos précédents des acteurs de l'ONU-Habitat qui fustigent l'absence de collaboration entre leur institution et le MINSANTE, est une illustration de ce qu'il manque une collaboration entre l'organisme principal de promotion des questions de santé publique (MINSANTE) et la plus importante institution onusienne technique et financière en charge de la promotion d'habitat décent (ONU-Habitat). Ce qui constitue un sérieux obstacle à la collaboration intersectorielle en faveur de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain à Yaoundé et Douala. Au point où certains responsables du MINSANTE disent ignorer si cette institution onusienne existe ou non au Cameroun. C'est ce qu'illustrent les propos suivants d'un responsable du MINSANTE :

Nous ne travaillons pas ensemble avec les gens de l'ONU-Habitat. Je n'ai pas honte de vous dire que je ne sais pas si cette institution existe au Cameroun. Pourtant le MINSANTE devait être parmi leurs premiers partenaires pour promouvoir la santé dans les politiques d'habitat urbain dans un contexte où les cadres de vie comme les logements constituent des déterminants de la santé des populations urbaines¹⁰⁴⁰.

Les propos précédents émanant des personnels du MINSANTE et de l'ONU-Habitat illustrent bien l'absence de collaboration comme un facteur limitant le processus d'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain dans les villes de Yaoundé et Douala. Pourtant, on ne peut parler d'une « ville santé » ou d'habitat décent sans une réelle collaboration entre ces deux institutions qui sont les principaux acteurs de promotion des questions de santé publique et de logements décents.

¹⁰³⁹ Entretien réalisé à Yaoundé dans une institution des Nations Unies de promotion de logement, *op.cit.*

¹⁰⁴⁰ Entretien réalisé à Yaoundé avec un responsable en service au MINSANTE, *op.cit.*

3-Ignorance des enjeux de la collaboration intersectorielle en santé par les acteurs en contexte de décentralisation

Les difficultés liées à la compréhension des enjeux de la collaboration intersectorielle en contexte de décentralisation ont été soulignées par les acteurs comme frein à la mise en œuvre de l'action intersectorielle, en faveur de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain à Yaoundé et Douala. En effet, au lieu de mettre en œuvre la gouvernance urbaine intersectorielle qui implique la capacité des élus locaux à coordonner les actions des divers acteurs en vue de relever les défis de la santé urbaine, ces acteurs préfèrent se livrer à des conflits d'intérêt et de pouvoir tels que soulignés dans la première partie de ce chapitre. À cet effet, un Adjoint au Maire d'une Commune d'Arrondissement du département Mfoundi fait savoir que,

Nos élus locaux, qui sont pour la plupart des hommes d'affaires, ne comprennent pas l'importance de la collaboration intersectorielle dans un contexte de décentralisation et d'urbanisation complexe. Ils ne maîtrisent pas les textes qui encadrent la politique de décentralisation, encore moins les enjeux de la nouvelle gouvernance intersectorielle sur laquelle ils devraient s'appuyer pour agir efficacement sur les multiples déterminants sociaux de la santé en milieu urbain¹⁰⁴¹.

Face à cette ignorance des autorités locales qui handicapent la collaboration en faveur de la promotion de la santé urbaine, Ongolo Zogo et *al.*, recommandent en 2021 que,

L'autorité élue doit donc mettre en place des passerelles avec les différents secteurs pour un processus d'interaction et de prise de décision visant à générer des solutions collectives pour améliorer la santé et le bien-être, par le biais des pratiques de création et d'engagement institutionnel dans le cadre des approches inclusives¹⁰⁴².

En outre, malgré l'assainissement de la situation juridique de l'urbanisme au Cameroun, tous les acteurs en charge de la gouvernance urbaine ne maîtrisent pas tous les textes qui régissent l'urbanisme. Ce manquement contribue à plomber la stratégie de collaboration au profit de la promotion des objectifs de la santé urbaine. En effet, le Cameroun dispose de textes de loi régissant l'urbanisme depuis 1966. Ces textes de loi ont évolué avec le temps, occasionnant le plus souvent des incompréhensions manifestes dans leur mise en pratique. D'où le développement anarchique de nos villes depuis plusieurs années. Afin de pallier cette situation d'imbroglio juridique que connaissait le secteur d'urbanisme au Cameroun, il a été élaboré en 2004 une loi régissant l'urbanisme, suivie en 2008 de cinq décrets d'application

¹⁰⁴¹ Entretien réalisé à Yaoundé avec un Adjoint au Maire d'une Commune d'Arrondissement du département du Mfoundi, *op.cit.*

¹⁰⁴² Pierre Ongol Zogo, Nsangou Moustapha Moncher, Jean Serges Ndong, Guy Waffeu Sadeu et José Atangana, « Améliorer la gouvernance urbaine pour la santé et le bien-être à Douala-Cameroun », *op.cit.*

(confer tableau 4 de l'annexe 3). La plupart des textes restent méconnus des acteurs chargés de les appliquer. Ce qui laisse prospérer des problèmes qui impactent négativement la santé des populations citadines. C'est le cas du manque d'entretien des installations de canalisation et d'assainissements des déchets liquides et des eaux usées provenant des camps SIC de Biyem-Assi et de Mendong à Yaoundé VI. Selon un chef de ménage de l'un de ces quartiers,

L'abandon de ces installations par les autorités municipales, celles de la SIC, du MINHDU et de la MAETUR qui s'accusent mutuellement, a permis à ces liquides dangereux de circuler le long des voies publiques, détruisant au passages les infrastructures routières urbaines et polluant l'environnement au détriment du bien-être des usagers et des populations riveraines avec pour corollaire, la propagation des maladies comme le choléra et le paludisme¹⁰⁴³.

Tous ces manquements liés à l'ignorance des textes de l'urbanisation et des enjeux de l'action de collaboration intersectorielle en santé par les acteurs ont permis d'entraver le processus de collaboration intersectorielle en faveur de l'intégration des questions de santé dans les politiques d'habitat urbain à Yaoundé et Douala. Ces manquements ont contribué à la mise en œuvre d'une collaboration de façade, parfois mitigée et inappropriée pour relever les défis sanitaires de l'heure en milieu urbain.

B-Manque de politique de gouvernance cohérente favorable à l'appropriation de l'approche de collaboration intersectorielle.

La structuration de la gouvernance politique, de la bureaucratie et la fragmentation des fonctions gouvernementales sont présentées comme des obstacles à la mise en œuvre de la collaboration intersectorielle au Cameroun. C'est ce que confirment Ståhl et al. en indiquant que: « *Cela est d'autant plus compliqué en raison de la gouvernance à plusieurs paliers et des différences dans les priorités nationales, régionales et locales¹⁰⁴⁴* ». Ainsi, la fragmentation et l'isolement des secteurs gouvernementaux mettent en mal l'action de collaboration intersectorielle en faveur de l'intégration des questions de santé dans les politiques d'habitat urbain. Au Cameroun, le manque d'organisation politique appropriée à l'appropriation de la stratégie de collaboration intersectorielle pour la promotion des questions de santé urbaine se matérialise par l'insuffisance de leadership, de coordination et de responsabilisation à cet effet.

¹⁰⁴³ Entretien réalisé à Yaoundé avec un Chef de ménage du Camp SIC Biyem-Assi, *op.cit.*

¹⁰⁴⁴ Timo Stahl, Mathias Wismar, Eeva Ollila, Eero Lahtinen & Kimmo Leppo, "Health in All Policies: Prospects and potentials", *op.cit.*

1-Manque de leadership

Dans le cadre de cette étude, le mot manque de leadership est revenu plusieurs fois chez les informateurs comme facteur limitant la mise en œuvre de la collaboration intersectorielle en faveur de la promotion des questions de santé dans les politiques des établissements humains à Douala et Yaoundé. En effet, l'analyse des informations collectées a permis de comprendre qu'il n'existe pas au Cameroun, de plateforme en faveur de l'appropriation du HiAP, pilotée par un leader charismatique à l'instar du Premier Ministre, du Ministre de la Santé ou du Ministre des Finances, comme en Angleterre, en Australie et aux États-Unis où le rôle central et l'autorité charismatique du gouverneur Arnold Schwarzenegger était déterminant dans le succès de la mise en œuvre de son décret de 2010 en Californie en faveur du HiAP Task Force. Le type de collaborations organisées en milieu urbain camerounais est inapproprié, de façade et irrégulier. Ces collaborations convoquées temporairement manquent d'autorités légitimes et ne sont pas aussi accompagnées des mesures coercitives et incitatives. D'où l'émergence des secteurs dans la logique des silos, avec une fragmentation des fonctions gouvernementales et la division des niveaux de gouvernance qui ont pour conséquences, l'inefficacité des actions de promotion des objectifs de santé urbaine. Cette situation constitue des freins limitant l'action des différents secteurs gouvernementaux sur les déterminants sociaux de la santé¹⁰⁴⁵.

Pour le cas du Cameroun, les acteurs de la MAETUR, tout en reconnaissant l'importance de la collaboration intersectorielle dans la promotion des établissements humains favorables aux questions de santé, relèvent néanmoins plusieurs difficultés liées à sa mise en œuvre. La première est le manque de leadership dans les actions de collaboration intersectorielle menées par les pouvoirs publics. C'est ce que fait remarquer un cadre en service à la MAETUR en des termes ci-dessous :

La collaboration entre le MINCAF, le MINDUH, le MINSANTE, le MINEPDED, la SIC et la MAETUR en faveur de de l'intégration de la santé dans l'habitat urbain au Cameroun, n'est pas gérée par un leader légitime, charismatique, respecté et capable de fédérer les secteurs de promotion des questions de santé urbaine. C'est pourquoi chaque secteur est libre de convoquer les gens quand et comme il veut¹⁰⁴⁶.

Une collaboration qui manque un leadership fort et charismatique faisant l'unanimité est vouée à l'échec en matière de promotion durable des questions de santé urbaine. Cependant,

¹⁰⁴⁵Timo Stahl, Mathias Wismar, Eeva Ollila, Eero Lahtinen & Kimmo Leppo, "Health in All Policies: Prospects and potentials", *op.cit.*

¹⁰⁴⁶ Entretien réalisé à Yaoundé avec un cadre en service à la MAETUR, *op.cit.*

aucun leadership aussi charismatique et fort soit-il, ne peut conduire au succès d'une action intersectorielle en santé urbaine, s'il n'est accompagné des mesures coercitives et incitatives pour obliger et booster les acteurs à respecter les règles librement prescrites.

2- Problème de coordination

Le problème lié à l'insuffisance de politique de coordination a été cité par les acteurs des collectivités territoriales décentralisées, comme l'un des obstacles à l'appropriation de l'action de collaboration intersectorielle par les acteurs pour une meilleure gestion de la gouvernance urbaine en santé. Il s'agit notamment du manque de coordination dans le processus de transfert des compétences et des ressources vers les Communes d'arrondissement à l'effet de réaliser de grands projets de promotion des questions de santé urbaine au niveau local. Ce problème met les municipalités dans une situation d'incapacité pour relever les différents défis de collaboration, au profit de la promotion des établissements humains favorables aux objectifs de santé. À ce sujet, un Adjoint au Maire d'une Commune d'Arrondissement du Douala, soutient que :

Le manque de coordination de l'action gouvernementale concernant le transfert des compétences aux Communes, constitue un obstacle sérieux à la mise en œuvre du processus de la décentralisation et notamment en matière de promotion du bien-être général. La loi de la décentralisation fait des CTD les principaux acteurs du développement urbain et par conséquent, de la prise en compte des questions de santé dans les politiques de développement urbain. Malheureusement, il n'existe pas de politique cohérente de coordination dans le processus de transfert de compétences et des ressources aux CTD ¹⁰⁴⁷.

Ce manque de coordination dans le transfert des ressources nécessaires au fonctionnement des CTD freine la mise en œuvre de leurs missions et surtout, la réalisation des projets d'envergure liés à la promotion des établissements humains qui intègrent les objectifs de santé dans le cadre d'une collaboration intersectorielle.

3- Problème de responsabilisation

La responsabilisation consiste à affecter une tâche spécifique à chaque acteur impliqué dans une équipe de travail et constitue l'un des mécanismes le plus important susceptible de faciliter l'appropriation de l'action intersectorielle en santé. C'est également une forme de travail à la chaîne où chaque acteur, impliqué dans l'action intersectorielle, accomplit automatiquement sa mission. La stratégie de responsabilisation est loin de la traditionnelle collaboration intersectorielle diffuse observée au Cameroun, où tout le monde fait tout en

¹⁰⁴⁷ Entretien réalisé à Douala avec un adjoint au Maire d'une Commune d'Arrondissement du Wouri, *op.cit.*

solitaire dans son secteur de compétence. Par exemple, plusieurs secteurs institutionnels possèdent des services d'hygiène et salubrité ; des services liés à la gestion de l'environnement ; des services de santé, des services en charges de la réalisation et de la réhabilitons des infrastructures. Tous travaillent en solo et dans une sorte d'anarchie pour atteindre les mêmes objectifs et sans parfois la moindre collaboration et coordination de toutes ces actions. Ce qui constitue un frein à la collaboration intersectorielle au profit de la promotion harmonieuse des questions de santé dans le secteur d'habitat urbain. Comme le rapporte un personnel du service déconcentré du MINEPDED du Wouri,

C'est vrai que les textes définissent les champs d'intervention de chaque secteur concernant la promotion des questions de santé dans les villes. Malheureusement, tous évoluent dans une sorte de confusion et de désordre. On disperse trop d'énergie pour la santé, sans une véritable concertation intersectorielle. Un jour, notre hiérarchie nous a envoyés faire une étude d'impact environnemental et social pour réaliser un projet. Deux mois après notre décente, on nous a appris que le MINSANTE était aussi sur le terrain pour le même travail. Quel gâchis et quelle double dépense pour notre gouvernement ! L'Etat a dépensé deux fois pour le même travail, faute de collaboration intersectorielle. Savez-vous que le MINSANTE, le MINDUH, le MINEPDED, les Communautés Urbaines et les Mairies d'Arrondissement, ont tous les services d'hygiène de santé et des questions environnementales. On ne peut agir efficacement sur les déterminants de la santé urbaine dans cette cacophonie¹⁰⁴⁸.

Cette cacophonie qui se matérialise par le chevauchement des secteurs qui accomplissent les mêmes missions de promotion des questions de bien-être faute d'une organisation intersectorielle responsable, coûte inutilement trop chère à l'Etat du Cameroun. D'où la nécessité de l'appropriation d'une réelle collaboration intersectorielle solide et durable en santé urbaine par les autorités des villes de Douala et Yaoundé.

C- Insuffisance des ressources financières, humaines et matérielles

La mise en œuvre de la collaboration intersectorielle pour l'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain à Yaoundé et Douala nécessite des ressources qualitatives et quantitatives. Cependant, ces ressources ne sont pas toujours suffisantes et disponibles à cet effet au Cameroun. Ce qui constitue un handicap à l'appropriation de l'action intersectorielle en santé urbaine à Yaoundé et Douala notamment.

¹⁰⁴⁸ Entretien réalisé à Douala avec un personnel d'un service déconcentré du MINEPDED du Wouri, le 23/11/2021.

1-Insuffisance des ressources financières

L'insuffisance des ressources financières allouées aux pouvoirs publics au Cameroun ne leur permet pas d'accomplir efficacement les missions intersectorielles en faveur de la promotion des questions de santé dans les villes de Yaoundé et Douala. Cette faiblesse financière limite leurs actions de promotion de cadres de vie décents et des conditions de bien-être général, indispensable à l'épanouissement des citoyens. Kickbusch et Buckett ont pris l'exemple de l'Australie-Méridionale pour démontrer que « *Des ressources consacrées à une petite équipe servant de point de référence pour les activités de la Santé dans Toutes les Politiques*¹⁰⁴⁹ », ont joué un rôle crucial pour établir les bases du travail intersectoriel. La modicité des ressources financières transférées aux exécutifs régionaux et municipaux ne leur permet pas de gérer une plateforme de collaboration efficace et capable d'initier et de conduire à terme des projets de collaboration d'envergure pour l'épanouissement des populations urbaines. Les structures chargées de la promotion des logements décents au Cameroun comme le MINHDU, la SIC, la MAETUR et le CFC, sont limitées financièrement et se trouvent de ce fait dans l'incapacité de produire des logements sociaux accessibles aux couches vulnérables. La qualité de l'habitat urbain dans lequel vivent les populations de ces deux villes, tout comme le manque criard du point de vue qualitatif et quantitatif des équipements et des infrastructures de base constituent des facteurs qui traduisent les insuffisances financières limitant le développement d'un cadre de vie urbain favorable à la santé. Le financement étatique destiné à la promotion de logements décents est souvent fragmenté. Ce qui constitue, selon Leppo et al., un problème à la mise en œuvre de la collaboration, car « *Les incitatifs encouragent la compétition pour le financement de ministères habituellement sous-financés*¹⁰⁵⁰ ». McQueen fait remarquer que, même une fois ce défi surpassé, un financement temporaire ou dirigé peut nuire à la mise en place d'actions et de politiques cohérentes¹⁰⁵¹.

L'insuffisance des budgets d'investissement des collectivités territoriales décentralisées, liée aux faiblesses des transferts des ressources financières par le Gouvernement à ces dernières, les met dans une situation d'incapacité d'engager des projets d'urbanisation

¹⁰⁴⁹ Ilona Kickbusch & Kevin Buckett, "Implementing HiAP Adelaide", Department of Health, Government of South Australia, 2010, p.76, consulté en ligne sur <https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/0ab5f18043aee450b600feed1a914d95/implementinghiapadel-sahealth>, le 26/03/2023.

¹⁰⁵⁰ Kimmo Leppo, Eva Ollila, Sebastián Pena, Mathias Wismar, Sarah Cook, *Health in All policies final: seizing opportunities, implementing police*, op.cit, p.119.

¹⁰⁵¹ Matthias Wismar, David McQueen, Vivian Lin, Catherine Jones & Magie Davies, 'Intersectoral governance for Health in All Policies: Structures, actions and experiences', op.cit, p.122.

d'envergure qui prennent en compte les objectifs de santé. En général, les communes d'arrondissement réalisent leurs projets grâce aux financements des structures spécialisées comme le Fonds Spécial d'Équipement et d'Intervention Intercommunale (FEICOM) et d'autres partenaires financiers et techniques internationaux et nationaux. C'est d'ailleurs le cas pour l'achat des camions-bennes, les constructions des marchés, des gares routières, des bibliothèques, des Mairies, des toilettes publiques, des drains, des infrastructures routières, sanitaires, scolaires, de loisir et de divertissement. La réalisation de ces projets exige beaucoup de ressources financières qui manquent lamentablement aux Communes. C'est ce qui ressort des propos d'un Adjoint au Maire d'une Commune d'Arrondissement de Yaoundé :

Notre budget est vraiment insignifiant, il ne nous permet même pas de réaliser le 1/10 de nos missions de promotion des questions d'urbanisation et de santé telles que définies par la loi de la décentralisation. Malheureusement, le processus de transfert des ressources tant attendu reste beaucoup plus théorique que pratique. Ce qui empêche les municipalités de réaliser les projets comme la construction des logements sociaux, des infrastructures sociales de bases¹⁰⁵².

De fait, les parcs matériels des Communautés Urbaines et des Communes d'Arrondissement de ces deux villes brillent par le manque de matériels de pointe. Selon un responsable en service dans une Commune d'Arrondissement de Douala, « *Le peu de matériels existant est dans un état de vétusté avancée et il manque des ressources financières et des techniciens qualifiés pour les réparer. Les tracteurs, les bulldozers, les pelles chargeuses, les camions, les pick-up, les scies à moteurs sont y parqués et en pannes. Ils vieillissent progressivement sous l'effet des intempéries¹⁰⁵³* ». Les problèmes financiers empêchent ces municipalités de se doter de matériels de pointe, indispensables pour la réalisation, la réhabilitation et l'entretien des infrastructures urbaines importantes pour la promotion des questions de bien-être urbain.

Cette faiblesse des moyens financiers des Communes d'Arrondissement est aussi relevée par les responsables communaux de la ville de Douala, qui disent n'avoir pas suffisamment de moyens financiers pour réaliser des projets de grande envergure intégrant les objectifs de santé urbaine pour l'épanouissement d'une masse démographique de plus en plus ascendante et exigeante. Par exemple, l'incapacité des CTD de satisfaire les besoins sociaux les plus élémentaires tels les logements, les soins de santé, l'alimentation, est une preuve de ce manque de moyens financiers qui freine les actions des Communes d'Arrondissement. Cette situation est à l'origine de la création des bidonvilles dans les centres urbains. Un cadre

¹⁰⁵² Entretien réalisé à Yaoundé avec un adjoint au Maire d'une Commune d'Arrondissement du Mfoundi, *op.cit.*

¹⁰⁵³ Entretien réalisé à Douala avec un responsable d'une Commune d'Arrondissement, *op.cit.*

communal en service dans une Commune d'Arrondissement de Douala, souligne cette faiblesse financière en ces termes :

Nous sommes incapables de faire face financièrement au flux grandissant de populations qui sont pour les uns des déplacés externes venus chercher le bonheur en ville. Plusieurs vivent dans la promiscuité. Pourtant, si on n'avait les moyens, on devrait leur trouver de logement et les nourrir. Malheureusement, notre budget est insuffisant¹⁰⁵⁴.

Cette situation est également liée à la volonté des services fiscaux de l'État, de vouloir atteindre à tous les prix les objectifs de recouvrement du budget national de l'État, au détriment de celui des Communautés Urbaines. C'est ce que dénonce l'étude diagnostic des Communautés Urbaines de Douala et de Yaoundé en soulignant qu'un « *Reversement partiel et irrégulier des impôts retenus à la source par le trésor public handicape les actions des municipalités*¹⁰⁵⁵ ». C'est pourquoi les services des voiries municipales de Douala et de Yaoundé ne disposent que d'un matériel léger pour de petites opérations ponctuelles, faute de moyens financiers nécessaires pour acheter le matériel de pointe capable de relever les défis liés à l'intégration des questions de santé dans les politiques d'habitat urbain.

En somme, au-delà de la mise en place des réformes et quelques ressources transférées aux collectivités territoriales décentralisées, le processus de décentralisation n'a pas permis d'autonomiser financièrement les communes du fait de quelques lenteurs qui plombent ces transferts. C'est pourquoi les moyens financiers en leur possession ne leur permettent pas de mettre en œuvre l'action de collaboration intersectorielle, en faveur de la réalisation des grands projets urbains favorables aux questions de santé. Les grands investissements restent toujours du domaine privilégié de l'État. D'où les difficultés pour les CTD de réaliser au niveau local, des établissements humains favorables aux objectifs de santé.

2-Insuffisance des ressources humaines

Les défis de collaboration intersectorielle en faveur de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques et pratiques d'habitat urbain à Douala et Yaoundé nécessitent des ressources humaines qualitatives et quantitatives. Or, la réalité observée sur le terrain est loin de cet idéal. Dans la plupart des cas, il existe une inadéquation entre leurs formations professionnelles et les postes techniques ou administratifs occupés. Leur profil ne correspond

¹⁰⁵⁴ Entretien réalisé à Douala avec un agent en service dans une Commune d'Arrondissement du département du Wouri, op.cit.

¹⁰⁵⁵ Étude diagnostic des Communautés urbaines de Douala et Yaoundé, Groupement 2 AC-ACP, 2008.

pas toujours aux défis à relever en matière de charges des questions de santé et d'habitat urbain. Ce qui revient à dire que, les responsables des services publics, parapublics, privés et locaux en charge des questions de santé urbaine, manquent souvent de qualification professionnelle adéquate. Un responsable en service dans une Mairie de ville, fait remarquer à cet effet que,

Ce sont des contractuels sans qualification et des philosophes qui ne comprennent rien de la promotion des questions de santé urbaine qui abondent nos municipalités. Pourtant nous avons besoins d'experts comme des urbanistes des architectes, des experts en question de décentralisation et de développement local. Pourtant, nous avons besoin des experts multidisciplinaires qui maîtrisent les exigences de collaboration intersectorielle favorable à la promotion des questions de santé dans les politiques des établissements humains dans un contexte de décentralisation¹⁰⁵⁶.

Il existe donc une inadéquation entre les missions prescrites par les textes en vigueur et les ressources humaines disponibles dans les services publics, parapublics, privés et les municipalités en charge de la collaboration en faveur de la promotion des établissements humains décents à Yaoundé et à Douala. Ce qui rend difficile l'appropriation des textes relatifs à la promotion des objectifs de santé dans les établissements humains. C'est ce que résument les propos de ce juriste, spécialiste des questions de décentralisation ci-après :

Nos municipalités souffrent de manque criard de personnels qualifiés. Nos Maires viennent avec leurs frères et amis qui ne comprennent parfois rien des réalités de la décentralisation, de l'urbanisation et d'aménagement. Ils manquent de qualification appropriée. Cette inadéquation entre les profils et les exigences du développement local et urbain rend difficile les missions d'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain à Yaoundé et Douala¹⁰⁵⁷

Ces propos illustrent parfaitement l'inadéquation qui existe entre les textes en vigueur en matière de promotion des questions de santé urbaine et les acteurs en charge de les implémenter. Ce qui constitue un frein à la mise en œuvre de l'action de collaboration intersectorielle en faveur de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain à Douala et à Yaoundé. Le peu de personnels qualifiés qui existent souvent au sein des CTD, est parfois mal géré par les magistrats municipaux qui ignorent les enjeux de l'urbanisation décente et durable. Cette situation est souvent accentuée par le fait que les recrutements et les nominations de personnels ne tiennent pas toujours compte des profils ou des compétences capables de relever les défis qu'impose le processus de décentralisation. Ce qui crée l'incompétence et l'inefficacité des acteurs face aux divers défis liés à l'urbanisation et aux questions de santé urbaine, à savoir : la gestion des déchets, l'assainissement des eaux

¹⁰⁵⁶ Entretien réalisé à Yaoundé avec un responsable en service à la Mairie de la Ville de Yaoundé, *op.cit.*

¹⁰⁵⁷ Entretien réalisé à Yaoundé avec un universitaire juriste, le 26/12/2021.

usées et de boues de vidange, la construction des logements sociaux, des infrastructures scolaires, sanitaires, sportives, des drains, de divertissement et de loisir, d'adduction d'eau potable.

3-Insuffisance des ressources matérielles

Les actions de collaboration en faveur de l'intégration des questions de santé dans les politiques des établissements humains menées par les pouvoirs publics sont aussi freinées par le manque de matériels de qualité et de quantité. Les parcs matériels des institutions comme les CTD, le LABOGENIE, le MATGENIE, la MAETUR et les plateaux techniques des formations sanitaires brillent par une carence matérielle qui les empêche d'accomplir leurs missions en matière de promotion des établissements humains décentes et des soins de santé appropriés. Le peu de matériel existant est dans un état de vétusté avancée et il manque des ressources financières et des techniciens qualifiés pour la maintenance. Ce constat a été fait dans le secteur sanitaire camerounais par Dominique Meva'a Abomo qui souligne qu'« *Aujourd'hui, le secteur sanitaire camerounais, notamment les hôpitaux publics, est marqué par une détérioration des équipements et des infrastructures, la corruption et le rançonnement des malades, les discriminations et les exclusions, la privatisation des ressources hospitalières*¹⁰⁵⁸ ».

Concernant les CTD et le MATGENIE, plusieurs engins à moteur tels que, les tracteurs, les bulldozers, les pelles chargeuses, les camions, les pick-up, les scies à moteurs sont en panne et vieillissent progressivement sous l'effet des intempéries. Les problèmes financiers, relevés plus haut empêchent ces organismes de se doter de matériels de pointe. Pour rappel, à leur création, les CTD se sont dotées de matériels nécessaires pour l'aménagement, l'urbanisation et la gestion des déchets. Malgré le soutien du FEICOM qui a doté chaque Commune des camions bennes, des pelles chargeuses et des brouettes entre 1988 et 1993, l'avènement de la crise économique et les effets négatifs du PAS ont considérablement limité leurs moyens financiers destinés à l'acquisition de nouveaux équipements et à la maintenance de l'ancien matériel. Au point où, à date, les parcs de ces Communes sont dans un état de précarité matérielle. À cet effet, un Maire d'une Commune d'Arrondissement confirme que

L'insuffisance des moyens matériels des CTD, les oblige à procéder par concession aux sociétés privées plus outillées, la gestion de la quasi-totalité des activités qui leur incombent en aménagement urbain comme l'éclairage public, la

¹⁰⁵⁸ Dominique Meva'a Abomo, « De la faillite de la santé urbaine à la ville-santé au Cameroun : Regards croisés entre acteurs, pratiques, défis et enjeux », Vol.2, CERAD-ACP, 2015, p.8.

*construction et l'entretien, la collecte-évacuation- traitement des ordures ménagères, l'aménagement et l'entretien des espaces verts*¹⁰⁵⁹.

En somme, les difficultés en ressources financières, humaines et matérielles que connaissent certaines institutions comme les CTD et MATGENIE chargées de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques et pratiques d'habitat urbain à Douala et Yaoundé expliquent les raisons pour lesquelles les municipalités de ces deux villes sont plus enclines à vaquer à la signature des actes d'état civil, reléguant ainsi au second plan, les tâches d'aménagement urbain et de santé plus coûteuses. Le cas de leur incapacité à réaliser de manière optimale les activités liées à la collecte, l'évacuation et le traitement des eaux usées, des déchets ménagers et hospitaliers, et d'autres déchets toxiques industriels solides dans les villes de Yaoundé et Douala est bien évocateur. Ces diverses faiblesses handicapent l'action intersectorielle en santé urbaine.

II- Obstacles à l'intégration des objectifs de santé dans les politiques et pratiques d'habitat urbain à Yaoundé et Douala

Cette partie s'articule autour des obstacles à l'action d'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain à Yaoundé et Douala. Ces goulots d'étranglement concernent : l'incivisme et le vandalisme des populations, le manque d'anticipation sur les risques de santé, l'égoïsme des acteurs, la forte explosion démographique et une situation foncière peu adaptées aux exigences de promotion des questions de santé urbaine, un habitat et un site naturel contraignants et accidentés.

A-Incivisme des populations.

Depuis l'accession du Cameroun à l'indépendance en 1960, les pouvoirs publics n'ont ménagé aucun effort pour offrir aux populations et visiteurs des cadres et conditions de vie conformes aux objectifs de santé, à Yaoundé et Douala. Toutefois, les comportements inciviques, posés au quotidien par certains individus, contribuent à entraver ces efforts du Gouvernement. Ces actes d'incivisme et de vandalisme se caractérisent par les occupations anarchiques du domaine national et des voies publiques, le non-respect des règles élémentaires d'hygiène et le vandalisme.

¹⁰⁵⁹ Entretien réalisé avec un Maire d'une Commune d'Arrondissement du département du Wouri, *op.cit.*

1- Occupation anarchique du domaine national

Les difficultés financières et administratives liées aux procédures d'accès aux terrains viabilisés et disponibles pour tous dans les villes de Douala et de Yaoundé, constituent des facteurs d'exclusion des populations pauvres et de classe moyenne à la propriété foncière¹⁰⁶⁰. Leurs conditions de paupérisation ne leur permettent non plus de payer des loyers dans des cadres urbains décents. Faute de moyens susceptibles de s'offrir de logements décents, ils se trouvent dans l'obligation d'occuper anarchiquement et illégalement le domaine national disponible. Malheureusement, par ces actes déviants qui se matérialisent sur le terrain par le développement de l'habitat urbain spontané et de fortune, les populations économiquement pauvres se mettent en marge des règles qui régissent le Code de l'urbanisme et de construction au Cameroun. Code selon lequel l'obtention de permis de construire est la condition *sine qua non*, la construction en milieu urbain. À l'article 107 alinéa 2 de ce Code, il est indiqué clairement que « *Quiconque désire entreprendre une construction, même si celle-ci ne comporte pas de fondation, doit, au préalable, obtenir un permis de construire délivré par le Maire de la Commune concernée*¹⁰⁶¹ ». Or, les informations recueillies auprès d'un cadre en service dans une Mairie de la ville, relèvent plutôt la production par certains citoyens, des actes contraires qui s'identifient par l'occupation anarchique du sol en ces termes :

*La majorité des citoyens des villes de Douala et de Yaoundé refusent de se conformer aux règles élémentaires de l'urbanisme et de construction. Pour preuve, les demandes de permis de bâtir formulées à notre endroit représentent seulement 25% des constructions réalisées à Douala. Ce constat est révélateur de ce que 65% des occupations de cette ville ont été faites de manière anarchique*¹⁰⁶².

Parlant de l'incivisme en matière de construction et notamment de l'occupation anarchique dans la ville de Douala, le Maire de ladite ville souligne pour le déplorer au cours de sa sortie sur la Télévision Canal 2 Internationale que :

*En matière de construction, il y a un désordre pas possible à Douala. J'ai l'impression que dès qu'il y'a un mètre carré vide, on s'installe, et on s'installe de manière anarchique. Nous allons permettre à ce que ce qui ont construit dans les normes de régulariser leur situation et se mettre en conformité. Une campagne de sensibilisation sera faite dans ce sens pour mieux informer les populations sur les risques de cette pratique*¹⁰⁶³.

¹⁰⁶⁰ Maurice Kamto, *Introduction au droit de l'urbanisme du Cameroun*, Dans Revue de Droit Public, n° 6, 1988, p.161.

¹⁰⁶¹ Cameroun, « Code de l'Urbanisme », Loi n°2004/003 du 21 avril 2004, p.15.

¹⁰⁶² Entretien réalisé avec un cadre en service à la communauté urbaine de Douala, *op.cit.*

¹⁰⁶³ Extrait de l'entretien avec le Maire de la ville de Douala au Journal télévisé 19 heures, sur Canal 2 International, le 19/09/2023.

Dans « la ville aux sept collines », le relief foncièrement accidenté et contraignant du fait de la diversité des collines n'est pas évident à exploiter aux fins de construction et d'occupation convenables. C'est pourquoi, il s'y développe un urbanisme spontané et de misère appelé « *urbanisme de crête*¹⁰⁶⁴ » dans des zones interdites et risquées comme les flancs des collines, des zones marécageuses et des proximités des voies ferrées pourtant qualifiées de dangereuses pour la sécurité, la santé et la quiétude des populations. Dans cette ville, c'est dans les zones marécageuses insalubres et exposées aux inondations que se développe l'habitat spontané indécant. Pour l'Ordre National des Urbanistes, c'est la croissance démographique exponentielle mal maîtrisée par les pouvoirs publics et liée à l'exode massif de misère qui pousse certains citoyens à se livrer à l'occupation anarchique du domaine national. Allant dans la même logique, un urbaniste fait le constat selon lequel :

*Ces dernières années, les villes de Yaoundé et Douala à elles seules, ont reçu plus de 1000 000 migrants. Ces deux villes recevraient plus de la moitié de flux des personnes que toutes les autres capitales des régions réunies et qui viennent pour chercher le bonheur dans les administrations et industries qui y sont installées ou se lancer dans des activités économiques diverses. Ces fortes croissances démographiques imprévues ont pour conséquences immédiates l'occupation anarchique par ces nouveaux venus. Ces derniers n'hésitent pas d'occuper les zones inondables appelées habituellement marécages ou les zones humides et autres zones interdites de construction comme les bas-fonds des collines*¹⁰⁶⁵.

Au final, tout comme les autres villes africaines, les villes de Yaoundé et de Douala se caractérisent par une urbanisation à « *deux vitesses*¹⁰⁶⁶ » où la « ville de droit » côtoie la « ville de fait¹⁰⁶⁷ ». Cet environnement où le spontané est devenu la règle et l'habitat structuré, l'exception, est une parfaite illustration des difficultés auxquelles les pouvoirs publics, les planificateurs et les urbanistes des villes de Yaoundé et Douala font face dans leurs missions de promotion des établissements humains qui prennent en compte les objectifs de santé urbaine.

2- Occupation anarchique des voies publiques

Les observations faites dans les capitales politiques et économique du Cameroun, ont permis de faire le constat lié au désordre urbain qui dicte sa loi dans des espaces publics. Les voies publiques qui devraient être occupées de manière exceptionnelle avec l'autorisation spéciale des autorités compétentes, sont occupées de manière anarchique. Dans les centres-villes comme plus précisément le long des voiries, sur les trottoirs ou en plein air, aux abords

¹⁰⁶⁴ Schéma Directeur de l'Aménagement et de l'Urbanisme (SDAU) de la ville de Yaoundé, Rapport justificatif et cartes, Yaoundé, 1982, p.437

¹⁰⁶⁵ Entretien réalisé à Yaoundé avec un responsable en service au MINHDU, *op.cit.*

¹⁰⁶⁶ Jean-Pierre Diehl, *Les villes du Tiers-Monde*, Le courrier C.E.E, A.C.P, n° 81,1983, pp. 51-54.

¹⁰⁶⁷ Prouzet Michel, *Heurs et malheurs de l'urbanisme africain*, Le Mois en Afrique, n° 186, 1981, p. 89

des marchés, des immeubles administratifs et résidentiels, au bord des carrefours, les marchandises destinées à la commercialisation sont omniprésentes.

Ces activités anarchiques qui forcent les regards des passagers constituent des obstacles à la mobilité de personnes et de biens, concernant pour les plus récurrentes, les ventes des médicaments de la rue, des vêtements, des produits vivriers, des « call-box » pour transferts d'argent et crédit de communication, des quincailleries de fortunes, de petits matériels, des foyers et fours pour braiser les viandes de toute nature et poissons, de librairies de « poteau » et des caisses mobiles. Les quartiers où ces activités sont plus visibles sont : Mvog-bi, Marché Mendong et Melen ; certains carrefours comme entrée symbock et Monté jouvence, Mvog-Ada, les marchés de Mvog-Bi, de Mokolo, de Biscuiterie, de Briqueterie à Yaoundé et le Marché de Ndogpassi II, de Yassa au lieu-dit transformateur, Congo, de Grand Hangar, de PK 20, de Japoma, de Mamanda, le Carrefour Ndokoti, le feu rouge Benssengue et Nyala à Douala. Le site d'information « Cameroon tribune », du 07 mai 2019, fait le bilan de ce désordre urbain dans la ville de Douala en des termes :

À Douala, l'occupation anarchique de la chaussée et des emprises des voies publiques est devenue une véritable gangrène. Le carrefour Ndokoti ou encore le lieu-dit feu rouge Bessengue en sont de bonnes illustrations. Au marché de Ndogpassi II par exemple, les comptoirs de fortune s'étendent jusqu'à l'intérieur des espaces verts aménagés pour l'embellissement de la ville. Au lieu-dit transformateur Yassa, le rond-point a été investi par des vendeuses de vivres. Il en est de même des emprises de la route. L'excuse est connue : « on se débrouille au lieu d'aller voler. C'est avec ça qu'on envoie les enfants à l'école ». Au marché Congo par exemple, en cas d'urgence, il est difficile, voire impossible de circuler. En soirée, certaines rues sont transformées en terrasses où la bière coule à flots. Surtout, ne vous permettez pas de faire la morale aux disciples de Bacchus qui occupent les lieux, au risque de vous faire lyncher, au propre et au figuré¹⁰⁶⁸.

Ce désordre urbain orchestré par les populations citadines traduit aussi l'échec des politiques publiques en matière d'urbanisation et de construction des villes de Douala et Yaoundé. Cette réalité traduit l'échec des pouvoirs publics en matière de gouvernance urbaine face l'anarchie de certains citoyens des villes de Yaoundé et de Douala. Cette pratique déviante en marge du code de construction et d'urbanisme en vigueur Cameroun, constitue un obstacle à l'action d'intégration des objectifs de santé dans les politiques de développement urbain dans ces deux villes.

¹⁰⁶⁸ Cameroon Tribune, Douala : les visages d'un fléau tenace, parution du 07 mai 2019.

1-Non-respect des règles élémentaires d'hygiène

L'incivisme en matière d'hygiène et salubrité, a été normalisé et adopté comme mode de vie par certains citoyens déviants, au point d'en être difficile à éradiquer par les acteurs en charge de l'urbanisme et de la promotion des cadres de vie urbains convenables. C'est le cas par exemple de la transformation des abords des routes, des drains des cours d'eau, des caniveaux en dépotoirs d'ordures, en urinoirs ou déversoirs des déchets et des eaux usées. L'insuffisance quantitative et qualitative des toilettes publiques et des bacs de la société d'Hygiène et Salubrité du Cameroun (HYSACAM) dans les villes de Douala et de Yaoundé a poussé respectivement certains citoyens à faire leur besoin et à verser leurs ordures en désordre, impunément¹⁰⁶⁹. Selon un personnel médical, « *Ce sont les actes d'incivisme et du non-respect des règles élémentaires d'hygiène qui favorisent la prolifération des maladies comme le choléra dans les villes de Yaoundé et Douala* ¹⁰⁷⁰ ».

4- Vandalisme caractérisé

Dans une approche explicative des causes du vandalisme et de la délinquance à Yaoundé, Valentin Nga Ndongo, fait savoir que, « *Les jeunes en échec viennent rejoindre, pour ainsi dire, dans la galère, les autres jeunes issus de l'exode rural et qui, fuyant le village, sont arrivés en ville, en quête d'une vie meilleure* ¹⁰⁷¹ ». Mais, la dure réalité économique va rattraper les jeunes villageois venus se chercher en ville au point où certains se livrent à des actes déviants comme des agressions, des vols qui sont préjudiciables pour le bien-être des populations citadines. Ce constat a conduit Nga Ndongo à souligner que,

Très vite, le jeune campagnard s'aperçoit que Yaoundé, vue du village, n'était qu'un rêve, un mythe. Hormis l'individualisme, l'égoïsme et la rupture du lien social, il découvre qu'à Yaoundé, ville à vocation essentiellement administrative et politique, trouver un travail ou un emploi en dehors de la Fonction publique n'est pas chose facile : 30 % des demandeurs d'emploi sont, en 1998, des jeunes de moins de 24 ans. Bien plus, exposé aux agressions du climat, le jeune en difficulté est aussi en proie non seulement à de nombreuses maladies contagieuses telles que les MST/SIDA et la tuberculose, mais à des fléaux sociaux comme la prostitution, la toxicomanie, l'alcoolisme et la pédophilie. Les plus courageux d'entre les jeunes en difficulté s'orientent vers les activités du secteur informel, avec des succès relatifs, tandis que d'autres choisissent de devenir des vecteurs de la violence et de l'insécurité urbaines ¹⁰⁷².

¹⁰⁶⁹Blaise Nguendo-Yongsi, « Perception, expériences et obstacles for intersectoral action for health: Perspectives of policymakers in Douala-Cameroun », *op.cit.*

¹⁰⁷⁰ Entretien réalisé à Douala avec Personnel médical du service déconcentré du MINSANTE, *op.cit.*

¹⁰⁷¹ Valentin, Nga Ndongo, *Violence, délinquance et insécurité à Yaoundé*, Université de Yaoundé I, p. 8

¹⁰⁷² *Ibid.*

Bien que proscrits par le Code pénal camerounais qui dispose à son article 187 que « *Est puni d'un emprisonnement d'un mois à deux ans et d'une amende de 20 milles à 120 milles FCFA, celui qui détruit ou dégrade un édifice public. Ou en coaction, un objet mobilier, monument naturel ou site, même le patrimoine culturel* », les actes de vandalisme et de délinquance urbains, sont récurrents dans les capitales politique et économique du Cameroun. Ils se matérialisent par la destruction des édifices publics, des plaques indicatives et de signalisation, des éclairages publics et des monuments ; des graffitis, des messages ignobles et fantaisistes ; l'obstruction des réseaux d'assainissement des déchets ; la destruction des câbles électriques d'ENEO, des câbles de distribution téléphonique de CAMTEL, des fibres optiques, des installations électromécaniques des stations d'épuration des eaux usées, des tuyaux d'eau de CAMWATER, des couvercles d'égouts et des lampadaires publics qui sont régulièrement démontés par des bandits aux mains expertes qu'on retrouve plus tard au marché noir. Ces actes constituent un frein à l'action de promotion des questions de santé urbaine et à l'épanouissement des citoyens.

Des comportements irresponsables ont été également observés dans ces deux villes. D'ailleurs, certains automobilistes et bien d'autres usagers des services publics, choisissent de mal se garer sur des voies publiques, boycottant au passage l'arrêté n°057/CUY/06 du 02 juin 2006, portant institution des parkings payants à raison de 100 F CFA par heure dans les villes de Douala et de Yaoundé. Pour faire face à cette situation, les communautés urbaines desdites villes ont constitué des équipes de répression qui sillonnent au quotidien les rues des zones urbaines. Cette opération a pour but de pénaliser les usagers indisciplinés qui choisissent de se mettre en marge de cet arrêté. Désormais, tous les véhicules trouvés en situation de mauvais stationnement sont « sabotés » et conduits en fourrière. Le retrait de chaque voiture « sabotée », est conditionné par le paiement d'une amende dont le montant oscille entre 25 000 à 100 000 F CFA. Ces sanctions des autorités municipales visent à sensibiliser les usagers au respect des règles qui conditionnent l'occupation des espaces publics en milieu urbain.

Toutefois, les stratégies classiques mobilisées par les pouvoirs publics pour faire respecter l'ordre urbain à Yaoundé et Douala, ont déjà montré leurs limites dans le temps du fait des comportements déviants orchestrés par les agents des services publics supposés les faire respecter sur le terrain. Ces agents brillent souvent par les abus et les actes de corruption

qui compromettent les actions de surveillance et de contrôle des espaces urbains dans les deux villes.

B-Autres obstacles à la promotion des questions de santé urbaine

En dehors de l'incivisme des acteurs, plusieurs autres freins à l'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain ont été notés dans les villes de Douala et de Yaoundé. Il s'agit du manque d'anticipation des acteurs sur les risques de santé urbaine, de l'égoïsme des acteurs et de la forte explosion démographique.

1-Manque d'anticipation des acteurs sur les risques de santé urbaine

Selon un adage populaire, « gouverner c'est prévoir ». Compte tenu des dynamismes imposés par les déterminants sociaux de santé urbaine devenus complexes et divers dans tous les pays du monde et au Cameroun en particulier, l'OMS prône et recommande la mise en œuvre de l'approche HiAP qui est une démarche préventive et collaborative. En effet, elle permet de mettre sur pied une équipe intersectorielle pour anticiper sur les éventuels risques de santé en vue de la promotion des questions de santé en faveur du bien-être des populations. Or, les observations et les informations collectées à ces sujets dans les villes de Douala et Yaoundé, indiquent que les pouvoirs publics camerounais sont souvent pris de cours à chaque crise sanitaire au point de solliciter régulièrement le soutien de la communauté internationale en cas de crise sanitaire. C'est ce qui a justifié la grande ampleur des conséquences souvent causées par des crises sanitaires telles que le choléra qui sévit actuellement dans la ville de Yaoundé, la COVID-19, le paludisme et autres pandémies ayant affecté les populations citadines. Les déclarations ci-dessous faites par un sociologue rencontré à Yaoundé viennent confirmer ce constat :

*Nos autorités préfèrent toujours agir en urgentistes quand des problèmes de santé comme le choléra surgissent. Pas de politiques avant-gardistes, préventives et anticipatives pérennes. D'où des conséquences en vies humaines très élevées qui pouvaient être évité par la mise en œuvre d'une équipe intersectorielle d'experts qui agissent au quotidien de manière prévisionnelle et anticipative sur les risques ou déterminants de la santé*¹⁰⁷³.

Pour confirmer les propos de cet informateur, il suffit d'observer comment les autorités laissent les populations construire les logements anarchiques dans les zones à risques. C'est le cas à Yaoundé dans les localités de Fébé Village et de Mbankolo, où les maisons sont impunément construites sur les flancs des collines dont les versants font souvent l'objet d'éboulements et de glissements de terrain. Faute d'une stratégie d'anticipation, les autorités

¹⁰⁷³ Entretien réalisé à Douala avec un sociologue, *op.cit.*

font souvent des sorties après les incidents dramatiques pour rappeler le respect de la réglementation en vigueur en matière d'occupation des espaces urbains. À cet effet, sans permis de bâtir, divers immeubles poussent impunément au quotidien dans les villes de Douala et Yaoundé et finissent par s'écrouler causant au passage plusieurs morts faute d'études géotechniques et autorisation préalables. Les exemples les plus récents concernent la catastrophe du quartier Mbankolo causée par le glissement de terres, l'effondrement à Yaoundé des immeubles aux lieux-dits Shell Nsymeyong et Dépôt de bois au quartier Damas dans l'Arrondissement de Yaoundé III, causant des dizaines de morts en vies humaines. À Douala les médias nationaux et internationaux ont fait unanimement écho de l'effondrement d'un immeuble au quartier Ndogbong qui a causé plus de vingt morts¹⁰⁷⁴. Pourtant, la mise en œuvre des mesures coercitives et préventives et anticipatives par les pouvoirs publics, aurait pu éviter ces drames. Pour présenter les mobiles des effondrements de ces derniers jours dans les villes de Douala et Yaoundé, un ingénieur de construction industrielle affirme que,

*C'est le non-respect des mesures préalables à la construction et à l'urbanisme telles que, l'absence d'étude géotechnique et mécanique qui ont conduit à ces catastrophes urbaines. On ne peut pas construire sur un sol sableux comme on construit par exemple sur un sol argileux, gravillonnaire ou compacte. Ces études préalables permettent d'anticiper sur les risques d'éboulement et de glissement des terrains récurrents dans les capitales politique et économique*¹⁰⁷⁵.

Un autre exemple présenté par un urbaniste, concerne la construction d'une école dans la ville de Douala où le promoteur conçoit lui-même le plan de sa structure, sans s'assurer des mesures pouvant garantir le bien-être des futurs utilisateurs. Il précise : « *Personne ne veille. C'est quand l'école fonctionne déjà que les autorités viennent surveiller et faire le constat. Malheureusement, face au constat du non-respect de normes élémentaires de construction, on doit gérer comme on peut, ce sont des actes de corruption qui règnent au détriment du bien-être des occupants* »¹⁰⁷⁶.

Les propos du précédent informateur, permettent de comprendre que la corruption prend le dessus sur le respect scrupuleux des règles de construction. En effet, lorsque le bâtiment est déjà construit, même s'il ne respecte aucune norme d'urbanisme, l'option de la démolition n'est pas envisageable. Dès lors que les inspecteurs en charge du contrôle et de la surveillance de la qualité des constructions arrivent sur les sites, ils ont une formule langagière consacrée : « *Gérons comme on peut gérer* ». La gestion dont il est question ici s'inscrit dans une logique de

¹⁰⁷⁴ Cameoun tribune parution du 24/07/2023.

¹⁰⁷⁵ Entretien réalisé avec un ingénieur de construction industrielle à Douala, *op.cit.*

¹⁰⁷⁶ *Ibid.*

corruption, à l'issue de laquelle les inspecteurs fermeront les yeux sur les manquements du bâtiment aux risques et périls des futurs locataires.

Les liens qui existent entre la santé et le logement nécessitent des efforts intersectoriels. De tels efforts qui reposent sur l'éducation, la sensibilisation, l'information des populations et les sanctions si possibles pour anticiper et éviter certains risques. C'est pourquoi il importe de mettre en place une équipe intersectorielle avec des programmes de prévention et de sensibilisation des citoyens dans le but de prévenir certains problèmes de santé urbaine.

2- Egoïsme des acteurs

La réticence des acteurs à mener des actions de collaboration intersectorielle en faveur de l'intégration des questions de santé dans les politiques des établissements humains à Douala et Yaoundé, s'explique aussi par l'égoïsme des acteurs. Les travaux effectués par Nguendo-Yongsi dans la ville de Douala, citent nommément l'égoïsme comme l'un des goulots d'étranglement à la mise en œuvre de l'approche HiAP pour la prise en compte des déterminants sociaux de la santé dans les politiques de logements¹⁰⁷⁷. Certains responsables veulent régner sans partage sur les ressources financières destinées à la promotion des objectifs de santé urbaine. L'action de collaboration intersectorielle menée avec les autres secteurs au prix des ressources financières de leur institution, constitue pour eux un mécanisme de partage des avantages financiers qu'ils auraient profité s'ils travaillaient en solo. D'où l'intérêt de fonctionner en solitaire. Cette démarche des acteurs qui traduit leur égoïsme est exprimé par un médecin en service au MINSANTE en ces termes :

Le MINH DU, la communauté urbaine, le MINDCAF et le MINTP refusent de collaborer effectivement et régulièrement avec les autres secteurs comme le MINSANTE et le MINEPDED qui sont pourtant des acteurs incontournables de la promotion des questions d'hygiène et de la santé publique dans les politiques des établissements humains en milieu urbain. Même quand ils nous invitent, on ne fait rien de bon ensemble concernant la promotion des questions de santé urbaine. Mais, le MINSANTE et les autres institutions sont là comme des spectateurs inactifs. Le MINH DU monte tout seul. Nous ne pouvons pas aller passer notre temps à les observer faire des choses montées au préalable et manger seuls les milliards. Quant aux communautés urbaines, elles font et montent tous leurs projets urbains seuls¹⁰⁷⁸.

Tout proche de ce constat fait par les acteurs du MINSANTE, on retrouve celui des personnels de la société civile, pour qui la peur des secteurs institutionnels de se faire

¹⁰⁷⁷Blaise Nguendo-Yongsi, « Perception, expériences et obstacles for intersectoral action for health: Perspectives of policymakers in Douala-Cameroun », *op.cit.*

¹⁰⁷⁸ Entretien réalisé à Yaoundé avec un médecin en service au MINSANTE, *op.cit.*

phagocyter par d'autres secteurs constitue un obstacle à la promotion des objectifs de santé dans les politiques des établissements humains à Yaoundé et Douala.

Cependant, compte tenu de la diversité et de la complexité des actions des déterminants de la santé, il importe de reconnaître que l'appropriation de l'approche HiAP reste indispensable pour atteindre tout objectif de promotion des questions de santé et de bien-être général des populations. La création d'une plateforme de collaboration encadrée par des règles qui s'imposent à tous est nécessaire pour l'atteinte des résultats escomptés. Ces règles de jeux adoptées de manière consensuelle, permettent de structurer l'action de collaboration et limiter la liberté des acteurs dans le but d'établir de manière cordonnée les termes de la coopération. C'est dans le même sens que vont les propos d'Erhard Friedberg qui indique que : « *En faisant une condition fondatrice de l'existence d'un système d'actions, on se condamne à une vision qui met en avant les valeurs et les mobiles d'actions des acteurs, c'est-à-dire finalement à une vision consensuelle et/ou culturaliste où se sont les valeurs partagées qui fondent l'action collective*¹⁰⁷⁹ ».

Tout compte fait, au regard de ce qui précède, force est de reconnaître que derrière le refus des acteurs de collaborer avec les autres secteurs dans le cadre de leurs activités de promotion des questions de santé urbaine, se cache leur égoïsme ou le refus de partager les ressources du budget destinés à la promotion des questions de santé urbaine. Ce qui explique l'échec des actions de promotion des objectifs de santé dans plusieurs secteurs aujourd'hui. Malgré les intérêts divergents des secteurs, l'appropriation du HiAP qui a déjà fait ses preuves dans plusieurs pays reste une nécessité pour toute action d'intégration des objectifs de santé dans toutes les politiques des établissements humains. Cette action de collaboration se veut inclusive et permanente et non un rassemblement temporaire ou annuel d'acteurs qui mènent des actions spontanées et prédéfinies par un seul secteur comme le fait le MINH DU dans le cadre du « Concours national ville propre¹⁰⁸⁰.

¹⁰⁷⁹ Erhard Friedberg, *Le pouvoir et la règle, Dynamiques de l'action organisée*, Paris : Le Seuil, coll. Sociologie, 1993, p.275.

¹⁰⁸⁰ Jean-Daniel Reynaud, *Les régulations dans les organisations : régulation de contrôle et régulation autonome*, Revue Française de Sociologie, 1988, p.18.

3- Forte explosion démographique

La croissance des populations urbaines, dans les pays en voie de développement, est rapide avec un taux moyen annuel 6 %. L'ONU-Habitat fait savoir à ce sujet que l'Afrique subsaharienne est la région qui s'urbanise le plus rapidement au monde¹⁰⁸¹. Entre 2018 et 2035, la région abritera 21 des 30 villes à la croissance la plus rapide au monde indique cet organisme des nations unies¹⁰⁸². Ce qui fait dire que ce continent passera de « l'Afrique des villages » à « l'Afrique des villes ». Le Cameroun n'est pas en reste. Les facteurs de cette forte croissance urbaine des villes camerounaises, notamment de Douala et Yaoundé sont de divers ordres. Bien que l'exode rural soit le principal facteur de l'accélération de la croissance urbaine, les nouvelles naissances, ainsi que la reclassification des zones rurales vers les zones urbaines et les déplacés externes venus des pays voisins alimentent également cette forte croissance démographique urbaine. Dans de tels contextes, la demande de services sociaux, économiques et d'infrastructures dépasse l'offre. Ce qui engendre comme conséquences, des menaces pour la santé en raison de l'exposition de la majorité qui choisissent de vivre dans des cadres inadéquats faute de moyens pour se procurer des cadres de vie convenables¹⁰⁸³. Ce manquement lié à l'insuffisance des ressources susceptibles de répondre aux multiples attentes des populations citadines limite l'activité de promotion de santé, pourtant indispensable pour la réduction des inégalités en santé¹⁰⁸⁴.

En effet, pour faire face à ce manque de services sociaux, les couches vulnérables réalisent ou recourent à des infrastructures inadéquates, construites à l'aide de matériaux bon marché facilement disponibles, tels que le bois et les tôles ondulées¹⁰⁸⁵. Ces structures anarchiques sont souvent construites dans des quartiers informels situés à la périphérie urbaine, sur les flancs et dans les bas-fonds des collines, avec un accès limité aux services sociaux tels que l'eau, l'assainissement, l'électricité, les soins de santé, l'éducation, les services de secours en cas d'incendie¹⁰⁸⁶. Dans les capitales politique et économique du Cameroun, les établissements humains inadéquats sont généralement situés dans des zones géographiquement

¹⁰⁸¹ ONU-Habitat, L'Etat des villes africaines : La géographie de l'investissement africain, 2018, consulté en ligne sur <https://unhabitat.or>, files, le 04/04/2023.

¹⁰⁸² *Ibid.*

¹⁰⁸³ Maximilin Nawrath, Helen Elsey, Moti Lal Rijal & Martin Dallimer, "Greenspaces and human Well-Being: Perspectives from a rapidly urbanising low-income country", in *Environments*, Vol. 9, n° 12, 2022, p.12, consulté en ligne sur <https://geonconfluences.ens-lyon.fr>, le 04/04/2023.

¹⁰⁸⁴ Hugh Barton et Catherine Tsourou, « Un guide de l'OMS pour un urbanisme centré sur les habitants », S2D Association internationale pour la promotion de la Santé et du Développement Durable(S2D), *op.cit.*, p. 8.

¹⁰⁸⁵ Lucky Tusting, Christian bottomly, Harry Gibson, Immo Kleinschmidt, Andrew Tatem, Steve Lindsay & Peter Gething, "Housing improvements and malaria risk Sub-Saharan Africa: A multi-country analysis of survey data", Vol.14, n°2, 2019, Consulté en ligne sur <https://www.malariajournal.biomedcentral.com>, le 04/04/2023.

¹⁰⁸⁶ *Ibid.*

et écologiquement vulnérables, sujettes aux inondations, à la pollution, aux glissements de terre et aux éboulements des maisons¹⁰⁸⁷. C'est le cas des logements situés dans des localités comme Mont Eloundem, Fébé village, Mbankolo, Ngoa-Ekellé, Tam-Tam à Yaoundé. La structure du logement pose souvent des risques potentiels pour la santé, avec l'utilisation de matériaux qui augmentent l'exposition des occupants aux risques de santé tels que les moisissures et les polluants de l'air intérieur et aux conditions météorologiques extrêmes. À cet effet, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) conceptualise le lien entre les conditions de logement et les résultats en matière de santé en utilisant quatre dimensions que sont : la maison, le domicile, le quartier et la communauté¹⁰⁸⁸. La dimension de la maison indique les attributs physiques et structurels. La dimension du domicile étudie les résultats de santé découlant de la structure psychosociale établie au sein des ménages, y compris le statut socio-économique¹⁰⁸⁹. La dimension du quartier fait référence à la façon dont l'environnement bâti et naturel entourant la maison propage directement ou indirectement le risque pour la santé¹⁰⁹⁰. La dimension communautaire concerne les réseaux sociaux et la cohésion des personnes¹⁰⁹¹.

Selon les données de terrain, les conditions d'installation des couches démunies et leurs activités participent à la dégradation de l'environnement. En effet, les conséquences de la croissance rapide des villes affectent particulièrement l'habitat urbain. Une grande partie de la population vit dans des conditions assez précaires. Un informateur interrogé sur les conséquences de la croissance rapide des populations des villes de Yaoundé et Douala fait connaître que :

Cette forte croissance démographique urbaine est à l'origine du manque croissant de logements sociaux, de la spéculation foncière, d'une énergie électrique insuffisamment distribuée, un système d'égouts engorgé, un ramassage et un stockage souvent artisanal des immondices, un sous-équipement sociosanitaire des quartiers périphériques menant à une détérioration des conditions d'hygiène publique et sanitaire, un manque des infrastructures et des moyens de transport et scolaires. Les efforts fournis par les pouvoirs publics dans ce sens semblent insuffisants aux très fortes demandes des populations grandissantes¹⁰⁹².

Plusieurs zones de la ville de Douala, qualifiées comme inappropriées à l'habitation sont aujourd'hui envahies par des maisons construites par des populations de plus en plus croissantes

¹⁰⁸⁷ Julien Leplaideur & William Le Groff, *Le changement d'état du logement social*, Esprit, 2021, consulté en ligne sur <https://www.Carin.info>, publication, le 04/04/2023.

¹⁰⁸⁸ OMS, 2011, Housing: Share interests in health and development, in *social determinant of health sectoral briefing series 1*, Genève.

¹⁰⁸⁹ *Ibid.*

¹⁰⁹⁰ *Ibid.*

¹⁰⁹¹ *Ibid.*

¹⁰⁹² Entretien réalisé à Yaoundé avec un responsable en service au MINHDU, *op.cit.*

et demanderesses. Entre autres quartiers de ce type, figurent Grand Hangar et Bonabéri dans l'arrondissement de Douala IV, le front Nord du point kilométrique 20, les localités de Yassa et de Japoma. La ville entame ainsi une sorte d'urbanisation vers les périphéries et la plupart des habitants de ces localités réputées risquées et dangereuses pour l'habitation n'ont pas d'actes d'urbanisme. L'autre occupation anarchique des sols concerne la prolifération des marchés. Dans plusieurs zones de la ville, fleurissent des marchés spontanés. L'essentiel des activités économiques relevant du secteur informel y est concentré. Les conséquences de cette extension urbaine non contrôlée au plan environnemental non conforme aux règles de l'art sont notamment les inondations récurrentes. Au plan socioéconomique, les ménages se retrouvent exposés à ces dangers environnementaux ; mais aussi à un coût plus élevé de la vie. Comme relevé au début de cette partie, il devient également plus difficile pour l'État, du fait du Boom démographique, d'offrir aux populations certains services sociaux de base comme l'éducation, la santé, les logements décents, l'énergie, des infrastructures éducatives et sanitaires.

À la lumière de ce qui précède, force est de reconnaître que la forte croissance démographique que connaissent les villes de Yaoundé et de Douala constitue un frein à la mise en œuvre de la stratégie d'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain. Par conséquent, cette situation à l'origine de la multiplication des inégalités en santé devenues récurrentes face à l'incapacité du MINSANTE et du MINHDU à proposer des solutions appropriées, nécessite l'appropriation de l'approche HIAP par les pouvoirs publics.

C- Gestion foncière peu adaptée aux exigences des questions de santé urbaine.

Au Cameroun, les difficultés liées à la gestion des affaires foncières constituent des problèmes de santé qui affectent l'action d'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain par les pouvoirs publics à Yaoundé et Douala¹⁰⁹³. Ces divers problèmes fonciers limitent l'accession des citoyens aux logements convenables dans ces deux villes. Cette situation place donc la problématique foncière au cœur des questions d'urbanisation et de santé.

¹⁰⁹³ L'article 1er du décret n° 79/189 du 17 mai 1979 réglementant la délimitation des centres urbains considère comme terrain urbain, tout terrain situé à l'intérieur du périmètre d'une agglomération classée centre urbain.

1- Contraintes foncières inhérentes au droit traditionnel

Comme dans la plupart des communautés africaines où les ressources naturelles appartiennent préalablement à l'État, au Cameroun, l'État est le premier garant et propriétaire du domaine foncier. C'est pour cette raison qu'il a le droit d'en jouir aisément parfois contre la volonté des propriétaires coutumiers. Dans cette optique, les pouvoirs publics ont harmonisé les droits coutumiers et modernes. Cependant, les valeurs traditionnelles se sont fortement érigées en obstacles à l'urbanisation favorable aux questions de santé entamée dans les villes de Douala et de Yaoundé. Ce constat a conduit Robinson Tchapmegni, membre de l'Association Française d'Anthropologie du droit, à souligner, qu'« *Il y'a lieu de remarquer que dans une grande majorité de pays émergents, l'insécurité foncière et la persistance du droit coutumier constituent un obstacle évident au développement économique*¹⁰⁹⁴ ». En d'autres termes, la promotion des établissements humains favorable aux objectifs de santé reste plombée par l'opposition des collectivités coutumières au droit moderne.

Le droit coutumier de la propriété foncière, détermine l'appartenance des biens fonciers aux individus sur la base de l'antériorité de l'occupation des terrains reconnus par les membres d'une collectivité. Autrement dit, le terrain est étroitement lié à la parenté et au lignage. C'est-à-dire qu'il appartient au lignage. Selon Paul Hengue, Il suffit de se référer aux générations passées, présentes et futures d'une parcelle de terrain pour identifier son ou ses véritables propriétaires coutumiers¹⁰⁹⁵. Robinson ne dit pas le contraire quand il affirme que, « *L'appartenance à la collectivité tribale est aussi une condition d'existence des droits individuels sur la terre*¹⁰⁹⁶ ».

Les sollicitations de plus en plus pressantes des terres dans les villes de Douala et de Yaoundé par des particuliers et l'administration a très vite mis en relief l'existence des droits coutumiers fonciers par les membres de la communauté pour justifier leur droit envers ces terres. Ce constat a poussé Roje Tadjie à parler de « *L'affirmation des terres lignagères s'est surtout manifestée lorsque le lignage a eu à défendre ses terres contre les prétentions des voisins ou surtout de l'Administration*¹⁰⁹⁷ ».

¹⁰⁹⁴ Robinson Tchapmegni, « La problématique de la propriété foncière au Cameroun », Conférence foncier, Hôtel de Ville de Mbalmayo, le 18 novembre 2005, p.10.

¹⁰⁹⁵ Paul Hengue, « Le phénomène de l'urbanisation à l'Ouest-Cameroun. Etude comparée de deux métropoles Fomaban et Bafoussam », Thèse de doctorat de 3ème cycle, option sociologie urbaine, Université de Yaoundé, 1984, p.132.

¹⁰⁹⁶ Robinson Tchapmegni, « La problématique de la propriété foncière au Cameroun », Conférence foncier, Hôtel de Ville de Mbalmayo, *op. cit.*, p.9.

¹⁰⁹⁷ Roje Tadjie, « Expansion urbaine et acuité des problèmes fonciers au Cameroun », 2017, p.176.

A cet effet, les membres des collectivités coutumières présentent très souvent l'argument des droits coutumiers pour conserver et jouir des domaines fonciers qui, selon eux constituent des héritages familiaux inaliénables et transmis de génération en génération. C'est-à-dire de père en fils. Ainsi, les procédures d'immatriculation¹⁰⁹⁸ et d'expropriation pour cause d'utilité publique¹⁰⁹⁹ constituent pour les propriétés coutumières, des démarches administratives qui ne peuvent aliéner ces legs. C'est ainsi que la rencontre entre le droit traditionnel et le droit moderne au sujet de la gestion du domaine foncier urbaine a créé un conflit entre les deux entités.

Ce conflit plombe la promotion des questions de santé urbaine dans les politiques des établissements humains dans les villes de Douala et de Yaoundé. C'est ce qui ressort de l'affaire relative à la destruction de certaines habitations du quartier Dikolo-Bali dans la ville de Douala qui a suscité la sortie de sa Majesté Jean Yves Eboumbou Douala Manga Bell pour dénoncer l'expropriation et le déguerpissement du peuple de Dikolo. Lors d'une conférence de presse organisée le 15 mai 2022, le roi Bell a qualifié ce déguerpissement de « *Génocide culturel* ». Il interpelle toute l'administration, jusqu'au plus haut sommet de l'État en indiquant que « *Ces casses et l'expropriation dont elles viennent d'être l'objet sont illégales. Trop c'est trop et que le seuil de l'inadmissible et de l'intolérable est atteint*¹¹⁰⁰ ». Cette opposition formulée par les populations citadines à l'expropriation de leurs terres a été également observée dans le cadre des revendications incessantes, liées à la destruction du quartier New-Bell dont le désordre urbain est bien connu de tous¹¹⁰¹. À Yaoundé, on retrouve un cas similaire dans l'affaire Ahanda Edzoa C/ Balembe Pierre. Cette affaire est la preuve que les chefs traditionnels en particulier, Ahanda Edzoa, bien qu'étant auxiliaires de l'administration sont prêts à exprimer leur ras-le-bol concernant la gestion du domaine foncier urbain au Cameroun par le moyen de l'institution du droit moderne¹¹⁰². Ce conflit entre le droit traditionnel et moderne constitue un obstacle au processus de promotion d'habitat urbain favorable aux objectifs de santé par l'État, qui est le principal ingénieur et architecte de promotion des établissements humains conformes aux exigences des questions de santé .

¹⁰⁹⁸ Régime Foncier et Domanial du Cameroun, Décret n°76-165 du 27 avril 1976 fixant les conditions d'obtention du titre foncier, Imprimerie Nationale-Yaoundé, p. 25.

¹⁰⁹⁹ Régime Foncier et Domanial du Cameroun, Ordonnance n°74-3 du 06 juillet 1974 relative à la procédure d'expropriation pour cause d'utilité publique et aux modalités d'indemnisation, Imprimerie Nationale-Yaoundé, p.17.

¹¹⁰⁰ *Cameroon-tribune*, « Casses de Dikolo : réparations attendues », parution du 27 mai 2022.

¹¹⁰¹ Jacques Champaud, « Villes et campagnes du Cameroun de l'Ouest », Thèse de doctorat d'Etat présentée à l'Université de Bordeaux III, Institut de géographie et d'études régionales, 1980, p. 345.

¹¹⁰² Alexandre -Dieudonné Tjouen, *Droits domaniaux et Techniques foncières en droit camerounais : étude d'une réforme législative*, Economica, Paris, 1982, p.96.

De ce qui précède, il apparaît que la promotion des établissements humains conformes aux questions de santé urbaine dans les villes de Douala et de Yaoundé, est limitée par des difficultés d'ordre sociologique ou traditionnel, liées à la gestion du domaine foncier. Elle devient davantage plus compliquée lorsqu'elle rencontre des obstacles fonciers juridiques.

2-Difficultés foncières inhérentes au droit moderne

Malgré les mesures législatives prises par le Gouvernement pour gérer l'espace foncier urbain à l'effet de promouvoir des cadres de vie décent, l'État du Cameroun, rencontre tout comme certains pays africains, d'énormes difficultés dans le cadre de la gestion de l'espace urbain. Face au boom démographique, l'administration ne s'est pas dotée des instruments juridiques appropriés, capables de relever les défis actuels de légalisation des terres urbaines. En effet, le laxisme des collectivités coutumières, les lourdeurs administratives et l'ambiguïté des textes législatifs rendent difficile les procédures d'acquisition des terrains et de titres fonciers pour l'extension d'habitat urbain qui tient compte des exigences de la santé. Ces titres de propriété sont pourtant des éléments indispensables à la mise sur pied d'un cadre de vie qui respecte les conditions de bien-être général des populations.

Dans le cadre de la gestion des espaces urbains, les pouvoirs publics camerounais rencontrent des difficultés liées au laxisme des membres des collectivités coutumières. Depuis le décret-loi du 9 janvier 1963 fixant le régime foncier et domanial au Cameroun oriental qui dispose que, les membres des communautés coutumières peuvent procéder à l'immatriculation des parcelles qu'ils ont mises en valeur¹¹⁰³, les populations urbaines autochtones bien avisées et éclairées ont procédé aux immatriculations massives de leur domaine foncier coutumier. À partir de 1965, elles ont profité des nouvelles garanties que leur offre ce décret pour accélérer la protection de leurs droits fonciers, créant ainsi un frein au processus d'urbanisation engagé par l'Etat¹¹⁰⁴. Après la réforme foncière et domaniale de 1974, on assiste à Yaoundé et à Douala, aux résistances des collectivités coutumières à l'administration et surtout quand cette dernière manifeste sa volonté d'exproprier des terres aux fins de réalisation des infrastructures urbaines indispensables au bien-être des populations urbaines. Ces résistances à la réforme foncière de 1974 ont été soulignées par Tjouen, pour qui « *l'épineuse et éternelle question des affrontements entre le droit traditionnel et le droit moderne*¹¹⁰⁵ » constitue un obstacle au

¹¹⁰⁵Alexandre-Dieudonné Tjouen, in *Droits domaniaux et techniques foncières en droit camerounais*, cité par Annie Noëlle Bahounoui Batende, dans *Le contentieux foncier en matière pénale*, mémoire, ENAM, 1990, p.8.

développement sur tous les plans. Pour les meneurs de ces résistances, les terres constituent le plus important héritage laissé par leurs ancêtres. Par conséquent, elles doivent demeurer leurs propriétés coutumières même quand celles ne sont pas mises en valeur.

En effet, dans les capitales politique et économique du Cameroun, la gestion du domaine foncier urbain est caractérisée par une superposition du droit coutumier et du droit foncier moderne. Cette dualité freine, la promotion de l'aménagement et de la construction des établissements humains décents et durables. Il est donc difficile, voire impossible de mettre en œuvre dans ce contexte, un habitat urbain qui intègre les objectifs de santé. C'est ce que relève ce constat Dika Akwa Nya Bonanbela pour qui, « *les législations se succèdent, mais le droit reste lettre morte*¹¹⁰⁶ ». C'est malheureusement dans un environnement d'hostilité, caractérisé par la confusion et la belligérance que se sont multipliées des goulots d'étranglement à la politique foncière moderne, pourtant volontariste des pouvoirs publics, visant à généraliser la propriété foncière, favorable aux questions de santé urbaine. D'ailleurs, selon les responsables en charge des questions d'habitat et d'urbanisme des Mairies des villes de Douala et Yaoundé, il n'est pas évident de réaliser des logements décents dans un tel contexte. Les habitants dits « autochtones » avaient déjà construit leurs logements, et il est dorénavant difficile d'en modifier la structure pour les mettre en cohérence avec les exigences de santé urbaine. Pour ce responsable d'une Mairie de Ville,

*Il est difficile de réaliser des établissements humains qui prennent en considération des questions de santé du fait que la plupart des quartiers qui sont construits depuis des années sont d'abord les villages des autochtones. Au départ, leurs aïeux n'avaient pas été sensibilisés sur les règles de l'urbanisation décente pensée par les autorités municipales aujourd'hui. La ville les a retrouvés dans leurs villages qui constituent aujourd'hui des centres urbains. À cet effet, il est difficile de déguerpier quelqu'un qui est chez lui, ce n'est pas évident. On risque créer une crise sociale interminable et communautaire comme c'est le cas entre l'administration et les communautés de Douala*¹¹⁰⁷.

Les errements inhérents au système d'immatriculation lié à la lenteur et aux lourdeurs administratives, consubstantielles à la procédure d'immatriculation foncière, observés dans les villes de Yaoundé et de Douala constituent un obstacle à la promotion de questions de santé urbaine. Des facteurs tels que, les divers intervenants et étapes à franchir par le requérant à l'immatriculation foncière, les coûts de l'immatriculation et les actes de corruption l'approuvent.

¹¹⁰⁶ Dika Akwa Nya Bonanbela, *Lectures de l'espace Africain*, in *Enjeux fonciers en Afrique Noire*, Paris, Karthala, 1982, p.115.

¹¹⁰⁷ Entretien réalisé à Douala avec un responsable en service à la Mairie de la ville de Douala, *op.cit.*

La commission consultative chargée d'examiner le domaine national en vue d'immatriculer le domaine national au Cameroun fait intervenir les chefs de plusieurs unités administratives tels que les Sous-préfets qui sont présidents de la commission consultative ; les chefs traditionnels de 3^e et les notables des villages concernés par l'immatriculation ; les représentants des administrations à l'instar du MINDACF, du MINH DU et de l'agriculture. La liste de kyrielle d'intervenants s'allonge avec l'intervention du délégué départemental, chargé de la transmission du dossier d'immatriculation au chef de service provincial des affaires foncières qui est chargé de contrôler la régularité du dossier avant de le retourner au conservateur foncier, en charge de la délivrance de la copie du titre foncier. Le nombre d'intervenants dans la chaîne des procédures d'immatriculation foncière au Cameroun apparaît pléthorique et constitue, donc une source de lourdeur et de corruption. Les différentes étapes à franchir par le requérant pour parvenir à l'obtention de la copie du titre foncier, sont longues, fatidiques et similaires au « parcours du combattant ».

En fait, le requérant à l'immatriculation doit saisir préalablement le Sous-Préfet, par une demande en immatriculation. Ensuite, suivra l'étape de la décente sur le terrain pour examen de l'occupation ou des mises en valeur effectives par la commission consultative. Cette étape est capitale, dans la mesure où elle conditionne l'avis de la commission consultative et plus tard la décision d'octroi du titre foncier. Elle constitue le lieu d'enquête publique et contradictoire où le requérant est entendu en même temps avec ses riverains et les autorités traditionnelles sur la véracité de ses droits coutumiers sur le site, objets de la demande d'immatriculation. En cas d'oppositions à l'immatriculation, le Préfet du département, le Gouverneur de la région concernée, le Ministre des Affaires Foncières peuvent intervenir pour le règlement du litige foncier. Si le conflit s'enlise après la délivrance du titre foncier, le juge fait aussi son entrée dans la danse. De toutes ces étapes, la plus difficile est celle de la transmission des dossiers d'immatriculation au délégué régional des affaires foncières à l'effet d'authentifier les diverses pièces constitutives et de procéder à la vérification de la régularité de la procédure. Ce qui est déplorable, ce sont les lenteurs entachées des actes de corruption à chaque étape de la procédure.

Ces actes de corruption se traduisent par les coûts exorbitants de la procédure d'immatriculation. Cette pratique est un facteur décourageant et limite l'acquisition de copies de titre foncier. Pourtant, il est dit officiellement que le service public en général et l'immatriculation des terrains en particulier est gratuite ou ne coûte pas grande chose. Or officieusement, pour franchir chaque étape ou chaque service administratif impliqué dans la commission consultative, le requérant devrait déboursier de grosses sommes d'argent. Ce

système généralisé de corruption, tant décrié par les usagers et les responsables en charge des questions foncières freine la procédure d'acquisition des titres fonciers, sans lesquels aucune urbanisation décente n'est possible.

L'exigence des mises en valeur comme la condition *sine qua none* l'obtention du titre de propriété et surtout l'exigence liée à l'antériorité de ces mises en valeur à la date du 5 août 1974, qui correspond à la publication des ordonnances du 06 juillet 1974, sont des facteurs limitant l'accès des citoyens au titre foncier. Cette ordonnance est jugée discriminatoire, parce qu'elle fixe la condition d'antériorité de la mise en valeur et fait remonter la détention de la terre à immatriculer à une époque lointaine. Ce qui disqualifie automatiquement la catégorie de jeunes de moins de cinquante ans de la procédure d'immatriculation de titre foncier. Bien qu'ils soient riches, dynamiques, membres de la collectivité coutumière capables d'investir et de mettre en valeur les terrains, de manière à susciter la promotion des logements décents et par conséquent le développement infrastructurel et économique du pays. Cette ordonnance est donc anti-développement et a hérité depuis 1974, les gènes du sous-développement de l'environnement urbain. Car pour elle, seules les collectivités coutumières, leurs membres de nationalité camerounaise qui occupaient ou exploitaient paisiblement un terrain ayant des cultures pérennes ou une maison d'habitation avant 1974, peuvent demander et obtenir par voie d'immatriculation directe des titres fonciers.

Les obstacles cités ci-dessus, qui ont contribué à plomber les procédures d'immatriculation des terres au Cameroun ont créé comme conséquences, un manque d'enthousiasme envers cette démarche administrative et le développement des quartiers anarchiques en milieu urbain.

Ces lourdeurs administratives citées ci-dessus ont limité considérablement la délivrance des titres fonciers sur toute l'étendue du territoire, au point où « *l'immatriculation dure deux à sept ans, ce qui explique que, pour un nombre total de 1 600 000 parcelles sur l'ensemble du pays (statistiques cadastrales de 1992), seules quelques 100 000 (soit 6%) soient immatriculées*¹¹⁰⁸ ». À ce sujet, les travaux de Christian Watat révèlent qu'« *aujourd'hui, un faible pourcentage du territoire national fait l'objet d'une immatriculation foncière alors que ce dispositif existe depuis les années 30*¹¹⁰⁹ ». Pour André Njiako Tchientcheu, 70% de l'ensemble total du domaine national camerounais reste encore non immatriculés. Il découle clairement de ce pourcentage que, 30% seulement du territoire national camerounais est

¹¹⁰⁸ André Tientcheu Njiako, *Droits fonciers urbains au Cameroun*, P.U.A., Yaoundé, 2003, p.452.

¹¹⁰⁹ Christian Watat, « Les effets de la précarité de la tenure de terre au plan économique », inédit.

immatriculé¹¹¹⁰. Dans la ville de Yaoundé, seulement environ 30 % de parcelles, sont immatriculées. Les restes de 70 % de terres, qui représentent la majorité absolue relèvent du domaine national et sont malheureusement occupés illégalement par des citoyens. La ville de Douala, quant à elle, compte à date environ 90 000 titres fonciers, alors que les informations font état d'au moins 800 000 constructions¹¹¹¹. Le gap entre les titres fonciers délivrés et les constructions existantes est très grand.

Par conséquent, la majorité des populations et des entreprises de ces villes n'ont qu'un seul choix, celui d'occuper illégalement les parcelles de terrain mal viabilisé. Elles participent ainsi à l'occupation anarchique des terrains des villes de Yaoundé et de Douala. Les terrains viabilisés devenus de moins en moins accessibles et très chers en milieu urbain. À ce sujet, les « citoyens en haillon » sont évidemment exclus de la course à l'acquisition du domaine foncier¹¹¹². Se trouvant dans l'incapacité de payer le loyer devenu aussi très cher dans les centres urbains, ils s'installent n'importe où, et ce n'importe où donne lieu à une occupation illégale et anarchique des espaces interdits d'occupation.

Les difficultés relevées ci-dessus du fait des dysfonctionnements liés à la gestion du domaine foncier par le droit moderne actuel ont contribué au développement d'une urbanisation anarchique à Douala comme à Yaoundé. À Yaoundé cette urbanisation anarchique se caractérise par la prolifération d'habitats spontanés qui se développe dans les bas-fonds des collines considérées comme des espaces interdits de construction. Dans la ville de Douala, c'est dans les zones marécageuses réputées insalubres et exposées aux inondations que ces constructions anarchiques sont développées¹¹¹³.

3- Spéculation foncière

Les difficultés relevées ci-dessus, liées à la gestion inappropriée du domaine foncier par les droits traditionnel et moderne en milieu urbain ont transformé ce dernier en un domaine qui suscite tant d'enjeux essentiels pour la population camerounaise. Les moyens financiers, qu'il génère aux propriétaires suscitent autant de passion que de convoitise. Cependant, la forte explosion démographique des populations qui sollicitent au quotidien des parcelles de terres viabilisées constitue un facteur de valorisation et de rareté de terrains dans les villes de Yaoundé et de Douala ; d'où la spéculation foncière.

¹¹¹⁰André Tientcheu Njiako, *Droits réels et domaine national au Cameroun*, op.cit, p.15.

¹¹¹¹ *Ibid.*, p.15.

¹¹¹²Maurice Kamto, *Introduction au droit de l'urbanisme du Cameroun*, op.cit., p.161.

¹¹¹³Roje Tadjie, « Expansion urbaine et acuité des problèmes fonciers au Cameroun », op.cit., p.181.

Malgré la cherté des parcelles de terre en milieu urbain camerounais, les terrains viabilisés et immatriculés deviennent de plus en plus rares à cause de la forte croissance de la population urbaine¹¹¹⁴. Cette rareté du domaine foncier crée systématiquement, selon Robert Savy, la spéculation foncière¹¹¹⁵. Elle permet aux propriétaires terriens, de créer une surenchère dans le but de capitaliser en obtenant de la vente de leurs parcelles de terre, des sommes importantes d'argent. Cette spéculation foncière à l'origine de la rareté des terrains, crée un déséquilibre important entre l'offre et la demande, avec notamment une offre en baisse des ressources foncières et une demande en hausse régulière du domaine foncier. Il émane de cette spéculation foncière, diverses conséquences déplorable pour la mise en œuvre des politiques d'urbanisation qui prennent en compte les questions de santé. Elles sont de diverses natures. Il s'agit entre autres, des conséquences économiques et sociales qui plombent l'action d'urbanisation et de promotion des établissements humains décents, engagées par les pouvoirs publics dans les capitales politique et économique. Cette situation constitue malheureusement un facteur de développement d'habitat urbain anarchique aux conséquences désastreuses sur la santé des populations citadines. À ce sujet, un géographe urbaniste n'a pas manqué de relever que :

*Le véritable problème de l'urbanisation et de construction de nos grandes métropoles sont posés par la spéculation foncière créée par les propriétaires foncières. Les prix des terrains convenables sont hors de la portée des citoyens. Ces prix ne respectent pas la mercuriale en vigueur. Chacun monte les enchères. Même l'Etat fait souvent face à ce problème dans le cadre des indemnisations relatives aux expropriations pour utilité publique*¹¹¹⁶.

Comme il a été relevé ci-dessus, que les contraintes foncières inhérentes aux droits traditionnels et modernes, et les spéculations foncières freinent la promotion des établissements humains conformes aux objectifs de santé urbaine dans les capitales politique et économique du Cameroun. Cependant, ces phénomènes sont accentués par les jeux troubles de certains agents de l'Etat corrompus et des financiers véreux souvent cités comme acteurs de spoliation des terrains des propriétaires coutumiers.

¹¹¹⁴Jean-Luc Piermay, *Citadins et quête du sol dans les villes d'Afrique centrale*, Paris, L'Harmattan, 1993, p.579.

¹¹¹⁵ Robert Savy, *Droit de l'urbanisme*, Collection Thémis, PUF, 1981, p. 264.

¹¹¹⁶Entretien réalisé à Douala avec un géographe urbaniste, le 12/12/2021.

III- Goulots d'étranglement spécifiques aux villes de Yaoundé et Douala

Les problèmes que connaissent spécifiquement les villes de Douala et Yaoundé dans le cadre de la mise en œuvre de l'action de collaboration intersectorielle visant l'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain, portent sur un contexte institutionnel et administratif désordonné et d'un site naturel accidenté, contraignant et un environnement dégradant de Yaoundé et sur l'horizontalité de l'habitat de la ville de Douala.

A-Cas de la ville de Yaoundé

Les problèmes de la collaboration favorable à la promotion des questions de santé urbaine à Yaoundé sont liés à un contexte institutionnel et administratif désordonné, à un site naturel accidenté, contraignant et à un environnement dégradant.

1-Un contexte institutionnel et administratif désordonné

Plusieurs facteurs ont entraîné le désordre dans le contexte institutionnel de la ville de Yaoundé. Ils portent notamment sur : le débordement de l'ensemble des actes de gouvernance ou de simple gestion urbaine par rapport à la dimension locale, induisant l'implosion des dispositifs d'organisation du territoire urbain ; l'absence de concertation dans les interventions des divers organismes et administrations, provoquant des désordres préjudiciables à la réalisation des programmes des uns et des autres¹¹¹⁷. Ce qui entraîne la cacophonie dans les interventions pour le développement urbain. Le manque de cohérence des textes fondant les légitimités sectorielles et opérationnelles des différents intervenants d'où la limite de la démarche de clarification sur la base juridique. Pour un urbaniste, *« c'est le manque de collaboration entre les départements ministériels basés à Yaoundé qui justifié l'échec de la mise en œuvre des politiques d'aménagement et du développement urbain. Chacun fait de manière singulière ce qu'il veut et peut dans une cacophonie générale et on ne sait pas qui fait quoi »*¹¹¹⁸.

Ce désordre qui entrave le développement urbain dans la ville de Yaoundé est également perceptible au niveau de l'appareil administratif. La tutelle administrative territoriale gérée par les Gouverneurs, le Préfet et les Sous-préfets est omniprésente et crée la confusion d'échelles entre les délégations locales de l'administration centrale et les collectivités territoriales

¹¹¹⁷ Communauté urbaine de Yaoundé, Plan Directeur d'Urbanisme, 2020, p. 38.

¹¹¹⁸ Urbaniste rencontré dans un département ministériel à Yaoundé, le 11/10/2021.

décentralisées. Le caractère irrégulier de la dotation générale de fonctionnement due aux communes d'arrondissements remet en cause l'action de proximité. La répartition des rôles entre les administrations centrales elles-mêmes (Ministères)n'est pas cohérente. Pour l'urbaniste précédemment cité, « *Si les infrastructures routières et urbaines de Yaoundé sont abandonnées dans un état de délabrement piteux, ce parce que la répartition des rôles entre le MINTP et le MINHDU n'est pas claire. Ces départements ministériels concentrent toutes les ressources refusent de transférer toutes les compétences aux CTD pour le développement de leur localité respectives*¹¹¹⁹ »

2- Ville au site naturel accidenté et contraignant

Appelée ville aux sept collines, la ville de Yaoundé constitue un site accidenté et contraignant pour la promotion des questions de santé urbaine. Les photos ci-dessus, prises par la Communauté Urbaine en 2020, représentent les sept collines qui fondent cette appellation. Ces collines constituent des obstacles qui plombent le processus d'urbanisation de la ville de Yaoundé.

¹¹¹⁹ Urbaniste rencontré dans un département ministériel à Yaoundé, *op.cit.*

Photo N° 6 : : Les sept collines symboles de Yaoundé¹



Depuis l'origine et plus encore aujourd'hui, le site de Yaoundé, très vallonné, présente des contraintes naturelles et des limites à l'extension urbaine susceptible d'intégrer des questions de santé.



Le site collinaire induit des risques importants tels que l'érosion, les mouvements de terrain et les inondations pose le problème plus global de la gestion de l'habitat urbain décent.



La fréquence des accidents et l'ampleur accélérée des risques sont encore accrues par l'action anarchique et incontrôlée de l'Homme.



De plus, les critères d'altitude et de pente restreignent la constructibilité ainsi que la présence de roches affleurantes sur les sommets. Ce sont autant de facteurs qui rendent l'urbanisation onéreuse et difficile.



L'extension du périmètre urbain confirme le poids du site sur le processus d'urbanisation qui se heurte à la ceinture des hauts reliefs pour privilégier l'occupation de la ceinture forestière. La maîtrise du site passe par les considérations ci-après¹¹²⁰ :



- La dégradation continue du paysage naturel ;
- La fréquence des accidents et l'ampleur accélérée des risques liés à l'urbanisation ;



- Les déséquilibres du couvert et de la chaîne végétale ;
- L'occupation anarchique des milieux naturels ;
- Le mauvais entretien des rares équipements et l'inconfort sanitaire ;

- L'insalubrité du réseau hydrologique ;
- Les comportements inciviques, etc.

Source : MINHDU et CUY, Plan Directeur d'Urbanisme 2020 de Yaoundé.

¹¹²⁰ Communauté Urbaine de Yaoundé, Plan Directeur d'Urbanisme, *op.cit.*, p. 13.

Photo N° 7 : Excavation à Mendong : Un « grignotage » anarchique et progressif des pentes boisées, un facteur aggravant pour le risque de glissement de terrains¹¹²¹.



Source : Communauté Urbaine de Yaoundé, Plan Directeur d'Urbanisme, 2020, p.13.

Historiquement, l'urbanisation s'est faite dans la capitale politique au détriment de la couverture végétale naturelle, englobant les bas-fonds inondables ou peu accessibles et les flancs des collines. Les zones périphériques ont été et continuent à être progressivement colonisées et occupées de façon peu contrôlée, avec une tendance au « noyautage » des massifs existants. Par habitude, y compris dans des attitudes négatives de négligence (des marécages par exemple), la verdure est omniprésente à tous les étages de la ville. De plus, la présence de l'horticulture et d'activités de maraîchage se conjugue avec l'héritage du bocage agricole en voie d'intégration. Ces facteurs constituent des obstacles à la promotion d'une urbanisation qui prend en compte les questions de santé urbaine.

Malgré l'ambitieux programme du SDAU 1982-2000 pour la mise en place d'une véritable politique de protection et de mise en valeur de l'environnement et d'une culture du

¹¹²¹ Communauté Urbaine de Yaoundé, Plan Directeur d'Urbanisme, *op.cit.*, p. 13.

paysage urbain pour la promotion du bien-être des citoyens, divers problèmes handicapant cette politique sont cependant observés¹¹²². Il s'agit entre autres de : la rareté des équipements publics d'espace vert digne de ce nom dans le périmètre urbain ; la colonisation de la plupart des réserves naturelles des hauts reliefs par une urbanisation anarchique qui provoque des érosions et éboulements de terrain ; la modification des réserves du cordon forestier par l'action humaine dans une forêt dégradée et en récession continue, au lieu d'être reboisées ; les insuffisances d'aménagement et de contrôle des fonds de vallées, en du parc de l'OAPI ou de la piste « Fougerolles », qui font l'exception ; et en dehors du Mont Febé, les autres parcs n'ont pas été réalisés avec un détournement d'orientation au profit de lotissement comme à l'Omnisport.

3-Cadre de vie dégradant

Les préoccupations sur l'environnement ont nettement évolué pour devenir une composante récurrente du discours public, sans que cela soit pourtant suivi d'effets décisifs sur le terrain. Pourtant, les problèmes environnementaux sont de plus en plus nombreux et préoccupants. Depuis la catastrophe du lac Nyos en 1986, la prise en compte des risques majeurs est entrée véritablement dans l'outillage sécuritaire de l'État. Mais, depuis la catastrophe de Nsam en 1998 qui a montré la vulnérabilité de la ville, l'urbanisation est au cœur de la controverse. Une prise de conscience est intervenue, mais n'a pas encore été suivie d'effets.

Sur le plan de la sécurité urbaine liée à l'environnement, il est non seulement important de considérer la fréquence des risques d'inondations, d'éboulements de terrains et d'effritement des crêtes, mais également : L'absence de surveillance des pollutions urbaines de l'air et de l'eau ; la contamination des nappes souterraines et des sols impropres à la culture ; la gestion difficile des déchets spéciaux (industriels, hospitaliers, ménagers) ; les nuisances acoustiques et olfactives (exemple Abattoir du Mfoundi) ; la faiblesse de la couverture vétérinaire et la divagation d'animaux ; la carence des systèmes d'assainissement et des stations d'épuration ; et l'insuffisance des systèmes de collecte, transports, stockage et recyclage des déchets ménagers .

¹¹²²Communauté Urbaine de Yaoundé, Plan Directeur d'Urbanisme, *op.cit.*, p. 14.

B-Cas de la ville de Douala

Dans cette partie de notre travail, il est question d'examiner les facteurs géographiques et la forme horizontale de la ville de Douala qui impactent la santé des citoyens.

1-Facteur géographique

Capitale économique du Cameroun, Douala est une ville côtière. Cette ville a toujours été confrontée au phénomène des inondations, mais ce problème est aujourd'hui plus fréquent et plus violent. Cette idée est corroborée par le Maire de la ville de Douala qui a laissé entendre lors de son passage sur la chaîne de Télévision Canal 2 International. En effet, à la question de savoir quels sont les moyens déployés par les autorités municipales pour lutter contre les inondations qui donnent les insomnies aux citoyens ? Il a laissé entendre que, « *Douala est une ville d'eau où il pleut abondamment et où les inondations sont inévitables*¹¹²³ ». Par conséquent, les éboulements des maisons sont de plus en plus fréquents. La réalité du changement climatique représente pour cette ville un facteur supplémentaire de risque comme pour l'ensemble des villes côtières du monde.

2- Horizontalité de l'habitat de la ville de Douala.

Les informations collectées ont permis de saisir les difficultés à planifier un habitat favorable aux questions de santé dans la plupart des quartiers informels de la ville de Douala. Cette ville est caractérisée par une horizontalité de l'habitat qui provoque l'étalement urbain. Celui-ci dilue les efforts des autorités dans leurs tentatives de construire la ville. Comme le souligne cet universitaire,

*À Douala, c'est un habitat véritablement dispersé, non groupé autour de la ville et c'est un habitat non structuré. Franchement, c'est un haut lieu de non-respect des règles d'urbanisme et du plan d'aménagement dans un agencement non structuré. D'une manière globale, Douala est le siège de l'habitat non structuré et avec ce que tout cela comporte comme conséquences sur la santé*¹¹²⁴.

Au terme de ce chapitre, force est de reconnaître que la mise en œuvre de l'action de collaboration intersectorielle en faveur de l'intégration des questions de santé dans les politiques des établissements humains reste freinée par plusieurs pesanteurs dans les villes de Yaoundé et Douala. Cette action n'est pas toujours considérée par les acteurs en charge de la promotion des questions de santé urbaine comme une priorité de leurs activités. Les pouvoirs

¹¹²³ Extrait des déclarations du Maire de la ville de Douala sur la Chaîne de Télévision Canal 2 International, le 14 septembre 2023.

¹¹²⁴ Ibid.

publics n'ont pas intégré tous les facteurs permettant de mettre en place des mécanismes intersectoriels solides et permanents. Bien que le travail de collaboration soit une habitude ancrée dans les démarches d'adoption et d'élaboration des politiques relatives aux questions de santé urbaine, la mise en œuvre de ces politiques est limitée par plusieurs obstacles. Il s'agit d'une part des goulots d'étranglement communs et d'autre part des problèmes spécifiques aux desdites villes. Les goulots d'étranglement communs aux deux capitales qui limitent la mise en œuvre de l'action de collaboration intersectorielle en santé concernent les conflits de pouvoir et d'intérêt entre les secteurs ; le manque de politique de gouvernance intersectorielle cohérente ; l'insuffisance des ressources financières, matérielles et humaines ; l'ignorance des enjeux de collaboration intersectorielle en santé urbaine dans un contexte de décentralisation et le manque de respect des règles élémentaires d'hygiène, d'assainissement, d'urbanisme, d'aménagement. En outre, les difficultés liées à l'action d'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain, portent sur l'incivisme et le vandalisme des populations, le manque d'anticipation sur les risques de santé, l'égoïsme des acteurs, la forte explosion démographique et une situation foncière peu adaptées aux exigences de promotion des questions de santé urbaine. Les obstacles spécifiques aux capitales économique et politique portent sur le contexte institutionnel et administratif incohérent, d'un site naturel accidenté, contraignant et d'un environnement dégradant de la ville de Yaoundé et sur le contexte géographique et l'horizontalité de l'habitat de la ville de Douala. Cependant, l'échec de l'appropriation de la nouvelle forme de gouvernance intersectorielle en santé dans le secteur d'habitat urbain à Yaoundé et Douala, traduit l'égoïsme des acteurs qui veulent tout contrôler seules en refusant implicitement toute réelles collaborations en santé. Ces difficultés ont permis de développer des formes de collaborations de façade, mitigées, occasionnelles, temporaires et difficiles entre les secteurs de promotion des objectifs de santé urbaine. Cependant, l'échec de l'appropriation de la nouvelle forme de gouvernance intersectorielle en santé dans le secteur d'habitat urbain à Yaoundé et Douala, traduit l'égoïsme des acteurs qui veulent tout contrôler seules en refusant implicitement toute réelles collaborations en santé. Cette attitude a permis de développer des formes de collaborations de façade, mitigées, temporaires et difficiles entre les secteurs et qui plombent l'action de promotion des objectifs de santé urbaine dans les capitales politique et économiques du Cameroun.

CONCLUSION DE LA TROISIÈME PARTIE

Il est apparu au terme de cette troisième et dernière partie de ce travail que l'approche de collaboration intersectorielle en faveur de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain est reconnue comme une nouvelle forme de gouvernance indispensable pour réduire les inégalités en vue de la promotion d'équité et d'égalité en matière des questions santé et du bien-être général à Douala et Yaoundé. Elle offre plusieurs atouts nécessaires à la promotion de la santé urbaine. De ce fait, elle constitue une stratégie inclusive permettant de résoudre une vaste gamme de problèmes de santé. Elle est un mécanisme efficient, efficace du fait de sa vision large et holistique visant à prendre des décisions à divers échelons pour faire face à la complexité et à la diversité des déterminants de santé urbaine observés dans tous les secteurs.

L'importance de cette démarche intersectorielle reconnue par plusieurs gouvernements du monde et acteurs camerounais, comme soulignée au chapitre V de ce travail, réside dans sa cohérence et sa performance dans la résolution des problèmes politiques, économiques, et sociaux. Elle est un outil de régulation, de prise de conscience et de légitimité en matière de promotion des questions de santé urbaine. C'est une action de mobilisation et de sensibilisation des acteurs gouvernementaux et de toute la communauté en faveur de la promotion des questions de santé urbaine. Elle a également une fonction de planification et d'élaboration harmonieuse des plans globaux d'intervention en santé. Cependant, pour s'approprier cette approche taillée sur mesure aux problèmes de santé de certains pays du Nord et du Sud, les pouvoirs publics camerounais doivent tenir compte des réalités socioéconomiques et politiques, spécifiques au contexte urbain des villes de Douala et Yaoundé.

L'appropriation de cette approche par les pouvoirs publics en faveur des établissements humains des villes de Douala et de Yaoundé reste freinée par trois catégories de goulots d'étranglement. La première catégorie d'obstacles communs aux deux villes concerne ceux qui freinent la mise en œuvre de l'action de collaboration intersectorielle favorable à l'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain. Il s'est agi des problèmes structurels qui sont liés aux divers conflits de pouvoir et d'intérêts entre les CTD. L'absence de politiques et d'instances cohérentes de coordination, de leadership ou de collaboration active n'ont pas permis de développer des actions de collaborations intersectorielles efficaces en santé. L'insuffisance qualitative et quantitative des ressources humaines, financières et matérielles nécessaires à la mise en œuvre de cette stratégie politique

inclusive et la mauvaise maîtrise ou l'ignorance des textes relatifs à l'aménagement, l'urbanisation, la décentralisation, ont contribué à handicaper son appropriation en faveur des établissements humains des milieux urbains. La seconde catégorie d'obstacles communs aux deux capitales concerne ceux qui freinent le processus d'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain. Ils portent sur l'incivisme et le vandalisme des populations ; les occupations anarchiques des espaces publics ; la gestion anarchique des déchets solides et liquides ; le non-respect des règles élémentaires d'hygiène ; le manque d'anticipation des pouvoirs publics sur les risques de santé urbaine ; la gestion foncière peu adaptée aux exigences des questions de santé et d'habitat urbain ; l'égoïsme et la forte explosion démographique. La troisième catégorie de problèmes sont spécifiques aux villes de Douala et Yaoundé. Il s'agit du contexte institutionnel et administratif inapproprié à l'approche de collaboration en santé ; d'un site naturel accidenté et contraignant à Yaoundé et d'un contexte géographique complexe, ainsi qu'une horizontalité de l'habitat à Douala.

CONCLUSION GÉNÉRALE

La réflexion qui s'achève a été fondée sur la collaboration intersectorielle en faveur de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain telle que perçue et mise en œuvre par les différents acteurs dans les villes Yaoundé et Douala. Cette approche prônée par l'OMS et implémentée par plusieurs gouvernements des pays du Nord et du Sud, s'est avérée opportune pour la promotion des questions de santé dans toutes les politiques¹¹²⁵. Malgré l'importance de cette démarche holistique et son adoption par le Cameroun¹¹²⁶, plusieurs goulots d'étranglement limitent son appropriation, notamment dans les politiques d'habitat urbain à Douala et Yaoundé. En d'autres termes, en dépit des différentes politiques adoptées et mises en œuvre par les pouvoirs publics pour riposter aux différents déterminants de la santé dans le cadre des collaborations intersectorielles visant l'intégration des objectifs de santé dans les politiques des établissements humains au Cameroun, divers obstacles limitent l'implémentation de cette approche intersectorielle dans le secteur d'habitat urbain des capitales politique et économique du Cameroun.

Ce constat pose le problème du faible niveau d'appropriation de l'approche HiAP par les pouvoirs publics dans le secteur d'habitat urbain à Douala et Yaoundé. Le problème de cette recherche ainsi posé a suscité plusieurs interrogations. Comme le souligne François Dubet, « la sociologie doit rester liée au problème social. Elle doit s'intéresser à ce qui fait mal aux sociétés, à ce qui les dérange et qu'elles ne veulent pas voir ». La question principale évoquée antérieurement questionne les logiques et les pratiques qui sous-tendent l'appropriation de l'approche de collaboration intersectorielle en faveur de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain à Douala et Yaoundé. Cette question principale a suscité trois questions subsidiaires à savoir : Quelles sont les mesures adoptées et mises en œuvre par les pouvoirs publics pour agir sur les déterminants généraux de la santé en vue de favoriser l'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain à Yaoundé et Douala ? Comment les acteurs en charge de la gouvernance urbaine, s'approprient-ils l'approche de collaboration intersectorielle en vue d'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain à Yaoundé et Douala ? Quels sont les enjeux et les obstacles liés à l'appropriation de l'approche de collaboration intersectorielle au profit de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain à Yaoundé et Douala ?

¹¹²⁵François Bourdillon, *Promotion, prévention et programmes de santé*, Saint-Denis, France, Sous la direction de l'Agences régionales de santé, INPES, 2009, p.48.

¹¹²⁶OMS, Déclaration d'Adelaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques, 2010, consulté en ligne sur http://www.who.int/social_determinants/french_adelaide_statement_for_web, le 26/10/2022.

Pour apporter des éléments de réponse à ces questionnements, nous avons utilisé une approche pluridisciplinaire intégrant différents champs de connaissance à l'instar du droit, de l'économie, de la géographie, de l'histoire, de la santé publique, de la médecine, des sciences politiques, de l'anthropologie et bien entendu notre science de prédilection à savoir, la sociologie. À cet effet, une hypothèse principale et trois hypothèses secondaires qui se sont confirmées tout au long de cette étude, ont été formulées. L'hypothèse principale confirme que l'appropriation de cette approche intersectorielle dans le secteur d'habitat urbain entraîne des avantages socioéconomiques et politiques pour le bien-être général des populations citadines. Son intégration dans les politiques d'habitat urbain reste freinée par des obstacles d'ordre socioéconomique et politique liés entre autres à l'égoïsme des acteurs, aux conflits d'intérêt et de pouvoir, à l'incivisme des populations et au laxisme de certaines autorités dans les villes de Douala et Yaoundé. Ce qui a favorisé le développement des collaborations intersectorielles de façade, temporaires, mitigées, occasionnelles et difficiles entre les acteurs concernés.

Les hypothèses secondaires qui en découlent affirment que : l'engagement du Cameroun en faveur de la promotion des questions de santé urbaine s'est traduit non seulement par l'adoption de diverses résolutions et politiques aux niveaux international et national, mais aussi, par l'intégration desdites résolutions dans les documents de politiques nationales et locales, et notamment dans les politiques et pratiques des établissements humains de Yaoundé et Douala. La deuxième hypothèse a montré que plusieurs activités de collaboration intersectorielle en faveur de promotion des questions sanitaires, socioéconomiques et environnementales ont été réalisées par des acteurs des secteurs diversifiés, tels que les départements ministériels, les CTD et leurs partenaires techniques et financiers au développement. La troisième hypothèse consacrée aux enjeux et obstacles liés à la mise en œuvre de l'approche de collaboration intersectorielle en faveur de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain a démontré que cette approche est indispensable pour la promotion des questions de bien-être général dans tous les secteurs de la vie à Yaoundé et Douala. Elle est un nouveau paradigme de gouvernance efficace, efficiente et cohérente en matière de développement sanitaire, économique, social et environnemental. Toutefois, les conflits d'intérêt et de pouvoir ; l'égoïsme des acteurs ; l'insuffisance qualitative et quantitative des ressources financières, humaines et matérielles ; l'ignorance des textes et des enjeux de la collaboration intersectorielle dans un contexte de décentralisation, une gestion foncière peu adaptée aux exigences des questions de santé, un contexte institutionnel et administratif désordonné et incohérent, l'incivisme des populations citadines, le laxisme de certaines autorités, les contraintes liées à la

qualité des sites naturels, constituent entre autres goulots d'étranglement qui freinent ou affaiblissent l'appropriation de cette approche dans le secteur d'habitat urbain des capitales politique et économique.

Ces hypothèses ont été vérifiées et confirmées grâce à la méthode qualitative et l'analyse de contenu. Cette méthode s'est déployée à travers trois grilles théoriques et trois techniques de collecte de données qui ont facilité l'obtention des informations, l'observation et la compréhension du phénomène étudié. La théorie de conflits et de pouvoirs, la théorie des coalitions et l'approche sociocritique ont servi pour la vérification des hypothèses précédentes et l'interprétation de la réalité sociale.

La mobilisation de la théorie des coalitions, a permis d'identifier les différents acteurs ainsi que les politiques et projets de collaboration intersectorielle et d'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat en contexte urbain camerounais. Elle a également permis d'identifier les enjeux socioéconomiques, politiques, sanitaires et environnementaux liés à l'appropriation de l'approche de collaboration intersectorielle favorable aux objectifs de santé urbaine à Yaoundé et Douala.

En ce qui concerne la théorie des organisations comme culture, elle a permis d'identifier les différents obstacles liés aux conflits entre les secteurs qui se traduisent par l'égoïsme et l'incivisme des acteurs et le laxisme de certaines autorités qui freinent ou affaiblissent la mise en œuvre de l'approche de collaboration intersectorielle en faveur de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques des établissements humains à Yaoundé et Douala.

L'approche sociocritique a permis dans le cadre de cette recherche de mettre en relief les différentes logiques et pratiques d'acteurs qui fondent l'appropriation de l'action de collaboration intersectorielle en faveur de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain en contexte camerounais et surtout de prendre position en critiquant automatiquement lesdites logiques et pratiques théoriques et idéologiques. Il s'est agi de critiquer et de révéler ce que cachent certains obstacles liés l'appropriation du HiAP comme l'égoïsme des acteurs, les conflits d'intérêt et de pouvoir, l'incivisme des populations et le laxisme de certaines autorités. Elle a permis également de critiquer les enjeux, le processus d'adoption et d'appropriation des politiques de collaboration intersectorielle et d'intégration des objectifs de santé en contexte urbain camerounais.

La recherche documentaire, l'observation directe et les entretiens ont été utilisés comme techniques de collecte de données pour réaliser cette étude. Pour ce qui est de la

sélection des participants, elle a été effectuée par choix raisonné¹¹²⁷.

L'échantillonnage mobilisé est de type non-probabiliste à choix raisonné a été mobilisé pour réaliser cette recherche. Il ne vise pas la représentativité du point de vue statistique¹¹²⁸. La sélection a donc été réalisée selon les critères de diversifications, incluant ainsi la diversité des secteurs, de responsabilités, des expériences, de disciplines et des points de vue, de même que l'ancienneté, le profil des acteurs dans le but d'obtenir des informations homogènes et de perspectives variées sur le phénomène étudié. Étant donné que la population d'étude constitue l'ensemble de personnes-ressources ou des informateurs privilégiés, la méthode a reposé sur l'hypothèse selon laquelle il existe une corrélation entre le phénomène étudié et les critères de choix des informateurs. Il a été question pour nous de rencontrer des individus ayant certaines expériences et responsabilités des projets de collaboration intersectorielle et d'intégration des questions de santé dans les politiques des établissements humains à Yaoundé et Douala.

Nous avons interrogé les acteurs des secteurs suivants : CTD, MINSANTE, MINH DU, MINDCAF, MINEPDED, MINTOUL, MINEE, MINESEC, MINEDUB, MINESUP, MINT, MINTP, MINDDEVEL et de leurs délégations régionales et départementales ; du MINAT(Sous-préfectures et Préfecture) ; des institutions sous tutelle et spécialisées de promotion des objectifs de santé urbaine telles que la SIC, MAETUR, CENAME, CHRACERH, LABOGENIE, MIPROMALO, ANOR, FEICOM, CAMWATER, ENEAO, HYSACAM, des FOSA privées, publiques et des pharmacies; des organismes techniques et financiers des Nations Unies comme l'OMS, ONU-Habitat et GIZ ; des chefferies traditionnelles ; de la communauté ; du système de sécurité à l'instar des Commissariats et gendarmeries, des universitaires et autres ONG.

Cette démarche a permis d'obtenir les résultats développés dans le travail ci-après subdivisé en trois parties, ayant chacune deux chapitres.

La première partie de cette thèse constituée des chapitres I et II, intitulée « *Déterminants généraux de la santé et politiques de promotions des questions de santé au Cameroun* », met en lumière les différents facteurs qui impactent négativement la santé des populations à Yaoundé et Douala et les diverses stratégies politiques adoptées et mises en œuvre par les pouvoirs publics en vue de réduire efficacement les actions desdits déterminants.

¹¹²⁷Jennifer Mason, *Qualitative researching*, op.cit.

¹¹²⁸Marie-Fabienne Fortin & Johanne Gagnon, *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives*, Montréal, Chenelière éducation, 3^e éd, 2016.

Le premier chapitre de cette première partie intitulée « *Déterminants généraux de la santé à Douala et Yaoundé* », parcourt tour à tour les déterminants communs et spécifiques aux villes de Yaoundé et Douala qui impactent négativement la santé des citoyens desdites villes. Ces facteurs proviennent des causes environnementales, socioéconomiques, culturelles, politiques, naturelles, du manque d'infrastructures de base, de l'incohérence des actions administratives, des contraintes liées aux sites naturels et de certaines maladies récurrentes. Les déterminants environnementaux qui affectent la santé des populations sont causés par les eaux usées, les nuisances sonores et olfactives, les déchets solides ménagers. L'insuffisance des infrastructures de base telles que les logements décentes, les infrastructures sanitaires, scolaires, de loisir et de divertissement, constituent également des facteurs qui affectent la santé des citoyens. Le statut des individus, leur niveau d'instruction, leur itinéraire thérapeutique, la pauvreté et le type de quartier auquel ils appartiennent, constituent également des facteurs qui conditionnent la santé et le bien-être général des populations. Il en est de même pour des facteurs individuels à l'instar de l'alcoolisme et du tabagisme qui détériorent à petit feu la santé des consommateurs. Les déterminants culturels provoqués par l'agriculture et l'élevage traditionnels et sauvages en milieu urbain ne sont pas en reste. Les déterminants spécifiques aux deux villes tels que les facteurs naturels comme les inondations, la dangerosité des sites et des maladies récurrentes comme le choléra viennent compléter le tableau de ces difficultés.

Cependant, la diversité de ces déterminants dans tous les secteurs de la vie urbaine de Yaoundé et Douala illustre l'incapacité des pouvoirs publics à mettre en œuvre les différentes politiques adoptées en vue de la réduction des inégalités et de la promotion de l'égalité en matière des questions de santé urbaine.

Le second chapitre de cette partie met en relief les différentes stratégies politiques adoptées et mises en œuvre par le Gouvernement dans le but de contrecarrer les effets négatifs des déterminants de santé cités ci-dessus. Il passe en revue les engagements politiques nationaux et internationaux adoptés et implémentés par les pouvoirs publics en faveur de la promotion des questions de santé urbaine. Ceci en facilitant la planification et à l'aménagement des cadres de vie sains et décentes, de l'environnement convenable et des services de soins appropriés. Grosso modo, il a été question de relever les différentes politiques endogènes et exogènes adoptées par le Cameroun en vue de réduire les effets négatifs des déterminants de la santé urbaine et par conséquent, faciliter la promotion des questions de santé dans le secteur des établissements humains des capitales politiques et économique.

Au niveau national, il s'est agi des politiques de planification, d'aménagement urbain telles que les plans quinquennaux ; la vision Cameroun 2035 ; le DSCE ; la SND30 ; les politiques de promotion de logements décents, de renforcement et de la gestion de l'espace urbain et foncier ; les politiques relatives à la mise en œuvre du processus de décentralisation et en faveur des couches vulnérables ; les stratégies de renforcement des conditions d'assainissement et d'accès aux services sociaux de base. Les dispositions prises pour la promotion de l'environnement portent sur la gestion des déchets, des études d'impact environnementales et sociales, de l'atmosphère. Des plans de gestion environnementale tels que le PNGE, le PAU et le PNLD, ont également été adoptés. La promotion des soins de santé publique s'est faite grâce à la mise en œuvre des stratégies comme les stratégies SSS de 2001-2015 et de 2016-2027 ; le PNDS 2016-2020 ; le SND30, la vision Cameroun 2035 et le DSCE.

Les engagements pris par le Cameroun au niveau international en faveur de la promotion de l'aménagement, de la planification, des logements décents et des soins de santé appropriés, concernent les conférences des Nations unies sur les établissements humains (HABITAT I, II et III) ; le Nouvel Agenda urbain mondial, les ODD, l'Agenda 2063, la convention de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe. La promotion des soins de santé adéquats, s'est effectuée grâce à l'adoption et à la mise en œuvre des termes des conventions d'Alma Ata, d'Abudja, d'Addis Abeba, d'Ouagadougou, de Rio, les ODD et la CSU. Plusieurs conventions ont été adoptées et mises en œuvre par les pouvoirs publics en faveur de la promotion de l'environnement convenable. Il s'agit entre autres de la convention des Nations unies sur le changement climatique de 1992 ; du protocole de Kyoto de 1997 sur le changement climatique, des accords de Paris de 2015 sur le climat ; de la convention africaine de 1968 sur la conservation de la nature et des ressources naturelles à Alger, etc. Toutefois, ces politiques parfois taillées sur mesures aux réalités et contexte des pays du Nord ont eu du mal à s'implanter dans le secteur d'habitat urbain des villes de Yaoundé et Douala parce qu'elles n'ont pas tenu compte de réalités et contexte socioéconomique et politique des dites villes. D'où la nécessité de l'appropriation de l'approche HiAP qui prend en compte les réalités propres à chaque localité et échelon. L'adoption et l'appropriation des politiques de promotion des questions de santé urbaine comme l'approche HiAP, doivent tenir comptes des réalités locales et contexte camerounais et non transposer automatiquement dans le contexte camerounais des approches qui ont fait leur preuve dans les pays occidentaux.

La deuxième partie de ce travail, constituée des chapitres III et IV qui s'intitule « *Acteurs et projets de collaboration intersectorielle en faveur de l'intégration des*

objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain à Yaoundé et Douala », met en relief les différents acteurs en charge de la promotion des questions de santé urbaine et les expériences des projets de collaboration intersectorielle communes et spécifiques aux deux villes menées par ces acteurs en vue d'intégration des questions de santé dans les politiques des établissements humains à Yaoundé et Douala.

Le troisième chapitre, intitulé « *Acteurs d'intégration des objectifs de santé dans les politiques et pratiques d'habitat urbain à Yaoundé et Douala* », met en exergue les différents acteurs ainsi que leurs rôles dans le processus d'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'établissements humains à Yaoundé et Douala. Il retrace les actions menées par les institutions nationales et internationales agissant dans le domaine de compétence qui est le leur et appréhende la combinaison de leurs actions en faveur de la promotion des questions de santé dans le secteur d'habitat urbain. Il a été difficile de s'accorder sur une classification d'acteurs. Toutefois, deux catégories d'acteurs à l'instar des acteurs nationaux et internationaux ont été retenues. Au niveau national, il a été question des départements ministériels chargés de la coordination des actions de promotion des objectifs de santé urbaine tels que le MINSANTE et le MINHDU, ainsi que les autres ministères partenaires qui jouent des rôles complémentaires et axiaux dans la promotion des objectifs de santé urbaine comme le MINDCAF, MNESUP, MINBDUB, MINEE, MINDDEVEL, MINEPDED, MINTP et MINTOUL. Entre autres institutions, figurent également des organismes spécialisés dans la promotion des soins de santé appropriés comme le CENAME, le CHRACERH, le CNLS, le PNLN, les FOSA publiques et privées et les pharmacies; des établissements techniques et financiers spécialisés dans promotion de logements décentes à l'instar de la SIC, la MAETUR et le CFC ; des organismes d'appui technique et financier à l'exemple du LABOGENIE, du MIPROMALO, de l'ANOR et du FEICOM ; des institutions techniques et financières de promotion de l'environnement convenable comme la CNCEDD et le FNEDD; des institutions à échelon décentralisé à l'exemple des Mairies des Villes et des Communes d'Arrondissement ; des entreprises privées concessionnaires comme CAMWATER, ENEO, HYSACAM et ARSEL et des associations. Au niveau international, l'action d'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain, est menée par les organismes des Nations unies tels que l'OMS, ONUSIDA, l'ONU-Habitat, les institutions financières comme la BM, et les acteurs de promotion de l'environnement convenable comme le PNUE, le PNUD et le GIZ. Mais, les actions menées par ces institutions en silo et individuel en faveur de la promotion des questions de santé urbaine, ont été affaiblies par des obstacles socioéconomiques et politiques. Ce qui nécessite

la mise en collaboration de ces différentes institutions pour rendre plus efficace et efficiente leurs actions de promotion de questions de santé urbaine.

Dans le chapitre quatre intitulé « *Expériences des projets de collaboration intersectorielle visant l'intégration des objectifs de santé dans les politiques des établissements humains : logiques et pratiques d'acteurs à Yaoundé et Douala* », il s'est agi de relever les différentes expériences pratiques communes et spécifiques aux capitales économique et politique, réalisées par certains départements ministériels et les institutions à échelon décentralisé en tant que maîtres d'ouvrage, en collaboration avec d'autres secteurs, au profit de l'intégration des questions de santé dans les politiques d'habitat urbain à Douala et Yaoundé. Les projets communs aux deux villes réalisés par le MINHDU en collaboration avec d'auteurs secteurs concernent entre autres, l'obtention des titres fonciers pour réaliser des logements décents, par le canal des commissions consultatives chargées d'examiner les demandes des titres fonciers, « *Les Concours nationaux villes propres* », la mise en œuvre de la politique nationale de l'habitat et « *Les journées mondiales de l'habitat* ». En tant que maître d'ouvrage, le MINSANTE a réalisé en collaboration avec plusieurs secteurs pour le compte des deux villes des projets tels que les plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH/SIDA, les IST et le choléra ; les suivis-évaluations de la Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) 1016-2027, du Plan de Développement Sanitaire (PNDS), de la politique nationale d'hygiène et de la Stratégie Nationale de Développement (SND30). Les autres départements ministériels comme le MINTOUL, le MINEPDED ne sont pas en reste. La plupart de leurs projets réalisés en faveur de la promotion des questions du bien-être des populations des villes de Douala et Yaoundé, ont bénéficié des concours et des collaborations des autres secteurs. Des projets spécifiques à ces deux métropoles à l'instar du canal du Mfoundi/ PADDY I et II et « *Le concours Yaoundé ville propre* », initiés par le Maire de la ville de Yaoundé pour lutter contre le phénomène d'insécurité et les inondations, ainsi que la promotion des cadres de vie sains. Plusieurs actions de collaboration ont été également menées par les exécutifs communaux de la ville de Douala pour promouvoir des questions de santé urbaine. Il s'agit des collaborations visant à lutter contre le choléra, à réaliser le drainage pluvial et l'aménagement des quartiers riverains aux drains, à la mise en œuvre de l'opération « Douala Clean City » et à gérer les parkings publics et les marchés.

En dépit de l'importance de ces différentes expériences de collaborations intersectorielles menées par les institutions nationale et internationale pour la promotion des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain à Yaoundé et Douala, la mise œuvre de l'approche

intersectorielle dans le secteur d'habitat urbain reste freinée par plusieurs difficultés. Elle s'est réduite à des formes de collaborations intersectorielles de façade, temporaires, mitigées, occasionnelles et difficiles entre les acteurs. Ces formes de collaboration inefficaces en matière de promotion des objectifs de santé traduisent la nécessité de l'appropriation d'une synergie d'action efficiente, solide et pérenne.

La troisième et la dernière partie de cette étude intitulée « *enjeux de l'appropriation de l'approche de collaboration intersectorielle en faveur de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques des établissements humains et les goulots d'étranglement à la mise en œuvre de ladite approche en contexte urbain camerounais* », est consacrée à l'examen des enjeux, mieux des avantages liés à l'appropriation de l'approche de collaboration intersectorielle en faveur de l'intégration des questions de santé dans les politiques des établissements humains et à l'analyse des obstacles à la mise en œuvre de cette approche dans le secteur d'habitat des villes de Douala et Yaoundé.

Le chapitre V intitulé « *Enjeux de l'appropriation de la collaboration intersectorielle en faveur de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques des établissements humains à Yaoundé et Douala* », a fait le tour d'horizon des divers atouts liés à l'intégration des objectifs de santé dans les politiques et pratiques d'habitat à Douala et Yaoundé. En effet, devenue indispensable pour la promotion des soins de santé et des cadres de vie sains et décents¹¹²⁹ en s'attaquant efficacement aux déterminants qui impactent la santé, cette stratégie procure plusieurs avantages. Elle est une stratégie inclusive permettant de résoudre une vaste gamme de problèmes de santé ; un mécanisme cohérent susceptible de générer des performances politiques, économiques et sociales ; une action d'information, de mobilisation et de sensibilisation des acteurs gouvernementaux et des collectivités sur l'importance des questions de santé. Elle favorise la prise en compte des déterminants de la santé par toutes les politiques de développement. Cependant, cette stratégie taillée sur mesure qui a fait ses preuves dans plusieurs pays du Nord et du Sud, doit être adaptée au contexte urbain camerounais qui a des réalités socioéconomiques et politiques spécifiques autres

Le chapitre VI qui est le dernier de ce travail de recherche, s'intitule « *Obstacles à l'appropriation de l'approche de collaboration intersectorielle en faveur de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques des établissements humains à Yaoundé et Douala* ». Il s'est attelé à présenter les différents goulots d'étranglement à la mise en œuvre de la stratégie

¹¹²⁹ Sarker Malabika et Taufique Joarder, *Collaboration intersectorielle : une nouvelle voie pour promouvoir la promotion de la santé communautaire*, opcit., p.62.

de collaboration intersectorielle au profit de l'intégration des questions de santé dans les politiques d'habitat urbain. Ils ont été catégorisés en trois. La première catégorie d'obstacles communs aux deux villes concerne ceux qui freinent l'appropriation de l'action de collaboration intersectorielle au profit de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain. Il s'agit notamment des problèmes structurels liés aux divers conflits de pouvoir et d'intérêts entre les CTD ; de l'absence de politiques et d'instances cohérentes de coordination, de leadership et de responsabilisation; de l'insuffisance qualitative et quantitative des ressources humaines, financières et matérielles nécessaires à la mise en œuvre de cette stratégie politique inclusive et de la mauvaise maîtrise ou l'ignorance des textes relatifs aux politiques d'aménagement, d'urbanisation, de la décentralisation. La seconde catégorie d'obstacles également communs aux deux capitales concerne ceux qui plombent le processus d'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain. Ils concernent l'incivisme et le vandalisme des populations; les occupations anarchiques du domaine national et des voies publiques ; la gestion anarchique des déchets solides et liquides ; le non-respect des règles élémentaires d'hygiène ; le manque d'anticipation des pouvoirs publics en matière d'élaboration et de mise en application des politiques ou projets relatifs à la promotion des questions d'habitat décent ; la gestion foncière peu adaptée aux exigences des questions de santé et d'habitat urbain ; l'égoïsme des acteurs et la forte explosion démographique. La troisième catégorie de goulots d'étranglement sont spécifiques aux villes de Douala et Yaoundé. Il s'agit du contexte institutionnel et administratif incohérent ; d'un site naturel accidenté et contraignant et d'un environnement dégradant à Yaoundé et d'un contexte géographique complexe, ainsi que d'une horizontalité de l'habitat à Douala.

Toutefois, l'échec de l'appropriation de cette nouvelle forme de gouvernance intersectorielle en santé dans le secteur d'habitat urbain à Yaoundé et Douala, traduit l'égoïsme des acteurs qui veulent tout contrôler seules en refusant implicitement toute réelles collaborations intersectorielles en santé. Cette attitude a contribué à la mise en œuvre des formes de collaborations de façade, mitigées, temporaires, occasionnelles et difficiles entre les secteurs et qui freinent l'action de promotion des objectifs de santé urbaine dans les capitales politique et économique du Cameroun.

Les difficultés auxquelles ce travail de recherche a fait face méritent d'être relevées. Compte tenu du fait qu'aucune recherche ne se faisant sans difficultés, nous avons mis en place des stratégies pour les surpassées. C'est ainsi qu'au refus de certaines institutions de nous délivrer les autorisations et la clairance d'éthique susceptibles de nous faciliter l'accès à certains

informateurs clés et par conséquent aux informations importantes, nous sommes passés par des personnes intermédiaires pour accéder à ces informateurs ressources préalablement ciblés. Face au refus d'obtention de la clairance d'éthique et à la réticence de certains informateurs qui nous prenaient pour espions, nous avons utilisé des autorisations accordées par les chefs de départements ministériels et du formulaire de consentement éclairé pour obtenir leur accord. L'existence des difficultés n'a pas empêché la réalisation de cette étude. C'est au terme de notre persistance que les résultats précédents ont été obtenus.

Loin d'être exhaustif dans la réalisation de ce travail de recherche. Nous n'avons aucune prétention d'avoir épuisé totalement l'étude sur l'approche de collaboration intersectorielle en faveur de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain. Pour preuves, les résultats issus de ce travail ne soulèvent pas tous les aspects de cette approche, au contraire ils reflètent un pan de la réalité sociale toujours fugace. Les futures études sont à cet effet appelées à faire plus d'efforts de compréhension et d'analyse beaucoup plus approfondie sur d'autres pans de cette question. De ce fait, la piste de recherche qui peut être suggérée porte sur l'analyse des mécanismes de mise en œuvre et de succès de l'approche HiAP en vue d'intégration des objectifs de santé dans les politiques et pratiques des établissements humains à Douala et Yaoundé.

BIBLIOGRAPHIE

I-OUVRAGES

A-Ouvrages généraux

- Balandier Georges**, *Sens et Puissance : Les dynamiques sociales*, Paris, PUF, 1971.
- Blanchet Alain et Gotman Anne**, *L'enquête et ses méthodes : L'entretien*, Paris, Armand Colin, 2^e ed. Coll 128, 2007.
- Combessie Jean Claude**, *La méthode en sociologie*, Paris, La découverte, 2007.
- Creswell John**, *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*, Los Angeles, Sage, Newbury Park, 2017, Fourth edition.
- Crozier Michel & Friedberg Erhard**, *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*, Paris, 1977, Éditions du Seuil.
- De Singly François**, *Le récit de vie*, Paris, Armand Colin, 2016, 4^e édition.
- Durand Jean-Pierre & Weil Robert**, *Sociologie contemporaine*, Paris, Vigot, 2006, 3^e édition.
- Durkheim Emile**, *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, PUF, 1999.
- Elias Norbert**, *Engagement et distanciation. Contributions à une sociologie de la connaissance*, Paris, Fayard, 1993.
- Fortin Marie-Fabienne & Gagnon Johanne**, *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives*, Chenelière éducation, Montréal, 2016, 3^e édition.
- Ghiglione Rodolphe & Matalon Benjamin**, *Les enquêtes sociologiques : théories et pratiques*, Paris, Armand Colin, 1992, 5^e édition.
- Grawitz Madeleine**, *Lexique des sciences sociales*, Paris, Dalloz, 2004, 8^e édition.
- Gurvitch Georges**, *La vocation actuelle de la Sociologie*, Paris, PUF, 1950.
- Guy Rocher**, Extrait du chapitre IV « Culture, civilisation, et idéologie » d'Introduction à la Sociologie Générale, Première partie : L'Action Sociale, Chapitre IV. Montréal, Editions Hurtubise HMH Itée, 1992, 3^e édition, p.101.
- Heinich Nathalie**, *La sociologie de Norbert Elias*, Paris, La découverte, Collection Repère, 1997.
- Laurence Olivier**, Bétard Guy & Ferron Julie, *L'élaboration d'une problématique de recherche : Sources, outils et méthode*, Paris, l'Harmattan, 2005.

- Loubet del Bayle Jean-Louis**, *Initiation aux méthodes des sciences sociales*, Paris, L'Harmattan, 2000.
- Lutton Larry**, *Qualitative Research Approaches for Public Administration*, New York, Routledge, 2015, 1^{ère} édition.
- Mason Jennifer**, *Qualitative researching*, London Thousand Oaks, SAGE Publications, 2002, 2^e édition.
- Mendras Henri**, *Élément de sociologie*, Paris, Armand Colin, 1967.
- Mouchtouris Antigone**, *L'observation : un outil de connaissance du monde*, Paris, L'harmattan, 2012.
- Mucchielli Alex**, *Les méthodes qualitatives*, Paris, Armand Colin, 2012.
- N'da Paul**, *Recherche et méthodologie en sciences sociales et humaines*, Paris, L'Harmattan, 2008.
- Reynaud Jean-Daniel**, *Théorie de la régulation sociale : Pouvoir et construction des règles*, Paris, La Découverte, 2003, p.448.
- Rudolphe Ghiglione et Benjamin Matalon**, *Les enquêtes sociologiques*, Paris Armand Colin, 1978.
- Simon Jean-Pierre**, *Histoire de la sociologie*, Paris, PUF, 1991.
- Stéphane Beaud et Florence Weber**, *Guide de l'enquête de terrain*, Paris, La Découverte, 2003.
- Touraine Alain**, *Pour la sociologie*, Paris, Seuil, 1974.

B-Ouvrages spécifiques

- Aboya Endong Manasse**, *L'organisation des grandes agglomérations camerounaises : le cas de la ville de Douala*, in **Monjal Pierre-Yves & Aubelle Vincent (dir)**, *La France Intercommunale. Regard sur la loi de réforme des collectivités territoriales du 16 décembre 2010*, Paris, L'Harmattan, 2013.
- Andréanne**, *Les effets de la concertation : Etude sur les Tables intersectorielles de quartier de Montréal*, in *Centre-Urbanisation Culture Société*, Montréal (Québec), INRS, 2010.
- Ateba Eyene Charles**, *Crimes rituels, loges, sectes, pouvoirs, drogues et alcool au Cameroun : les réponses citoyennes et les armes du combat*, Yaoundé, Edition Saint-Paul, 2013.
- Bandura Albert**, *Exercise of personal and collective efficacy in changing societies*, in **Bandura Albert (Ed.)**, *Self-efficacy in changing societies*, Cambridge, University Press, 1995.
- Barton Hugh & Tsourou Catherine**, *Urbanisme et santé : Un guide de l'OMS pour un*

- urbanisme centré sur les habitants, Association internationale pour la promotion de la Santé et du Développement Durable(S2D), Rennes-France, 2004.*
- Bourdillon Frnacois**, *Promotion, prévention et programmes de santé*, Saint-Denis, France, Sous la direction de l'Agences régionales de santé, INPES, 2009.
- Brill Naomi I**, *Teamwork: Working together in the human service*, Philadelphia, Lippincott, Edition illustrée, 1976, p. 155.
- Cantrelle Pierre**, *Mortalité et environnement*, Paris, Karthala, CEDED, 1999.
- Crozier Michel & Frieberg Erhard**, *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*, Paris, Editions du Seuil, 1977.
- Dahlgren Goran & Whitehead Margaret**, *Policies and strategies to promote social equity in health*, Stockholm, Institute for futures studies, 1991.
- Demangeon Albert**, *L'habitation rurale en France, essai de classification de principaux types*, in Annales de Géographie, 1920, pp .352-352.
- Diehl Jean-Pierre**, *Les villes du Tiers-Monde*, Le courrier C.E.E, A.C.P, n° 81,1983.
- Duru-Bellat Marie, Farges Géraldine & Van Zanten Agnès**, *Sociologie de l'école*, Armand Colin, 2018, 5^e édition.
- Ela Jean-Marc**, *Innovations sociales et renaissance de l'Afrique noire. Les défis du « monde d'en bas »*, Paris, L'Harmattan, 1988.
- Geneau Robert & Fraser Georges**, *Encouragement de l'intervention intersectorielle en matière de santé : Exemple de l'initiative en Colombie-Britannique*, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2009.
- Gubry Patrick**, *L'environnement urbain*, Paris, Karthala, CEPED, 1996.
- Jean-Daniel Reynaud**, *Les règles du jeu, L'action collective et la régulation sociale*, Paris, Armand Colin, 1989.
- Kiss Alexandre & Beurier Jean-Pierre**, *Droit international de l'environnement*, Paris, Edition A, Pedone, 2004.
- Lévesque Benoit**, *La nouvelle valeur publique, une alternative à la nouvelle gestion publique ?* Presse de l'Université du Québec, Montréal, 2012.
- Martin Pierre**, *Ces risques que l'on dit naturels*, Paris, Eyrolles, 2006.
- Matilda Alien**, *Connecting SDH actions with HiAP in Brazil*, Center for global health, Adelaide, 2010.
- Nya Bonanbela Dika Akwa**, *Lectures de l'espace Africain*, in Enjeux fonciers en Afrique Noire, Paris, Karthala, 1982.
- Parrot Laurent, Njoya Aboubakar, Temple Ludovic, Assogba-Komlan Francois, Kahane**

- Remi, Diao Ba & Havard Michel**, *Agricultures et développement urbain en Afrique subsaharienne ; environnement et enjeux sanitaires*, Paris, L'Harmattan 2008.
- Pfefer Jeffrey & Salancik Gerald**, *The External control of organizations: A resource dependence perspective*, New York, Harper and Row, 1978.
- Piermay Jean-Luc**, *Citadins et quête du sol dans les villes d'Afrique centrale*, Paris, L'Harmattan, 1993.
- Pineault Raynald & Daveluy Carole**, *La planification de ta santé. Concepts, méthodes et stratégies*, Montréal, Les Éditions Agence d'Arc, 1986.
- Prost André**, *L'eau et la santé in Population et environnement dans les pays du Sud*, Editions Karthala, CEPED, 1996.
- Prouzet Michel**, *Heurs et malheurs de l'urbanisme africain*, Le Mois en Afrique, n° 186, 1981.
- Renaud Lise & Zamudio Mauricio Gomez**, *Planifier pour mieux agir*, RÉFIPS, Québec, 1998.
- Reynaud Jean-Daniel**, *Les régulations dans les organisations : régulation de contrôle et régulation autonome*, Revue Française de Sociologie, 1988.
- Savy Robert**, *Droit de l'urbanisme*, Collection Thémis, PUF, 1981.
- Sorre Max**, *Les fondements de la géographie humaine*, Paris, Armand Colin, 3 tomes : tome 1, 1943.
- St-Pierre Louise**, *L'approche de la santé dans toutes les politiques : Ce dont il s'agit est les conditions de succès*, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, Institut national de santé publique du Québec, Canada, 2016.
- Thapa Smith**, *South Australia's Strategic Plan and HiAP: perfect partners*, Public Health Bulletin, 2008.
- Tiani Keou Francis**, *Douala : Etat de l'environnement et du développement durable*, Paris, L'Harmattan, 2013, p. 106.
- Tiani Keou Francois**, *Douala : Etat de l'environnement et du Développement Durable*, Paris, L'Harmattan, 2013.
- Tientcheu Njiako André**, *Droits fonciers urbains au Cameroun*, P.U.A., Yaoundé, 2003.
- Tjouen Alexandre-Dieudonné**, *Droits domaniaux et Techniques foncières en droit camerounais : étude d'une réforme législative*, Économica, Paris, 1982.
- Truchet Didier**, *Droit de la santé publique*, Dalloz, Paris, 2017, 9^e édition.

II-ARTICLES SCIENTIFIQUES SPECIFIQUES

- Adler Nancy & Rehkopf David**, “U.S. disparities in health: descriptions, causes, and mechanisms”, in *Annual Review of Public Health*, Vol.29, 2008, pp.235-252.
- Aiach Pierre & Baumann Michèle**, “Prevention and reduction of health inequities: a difficult conciliation”, in *Global health promotion*, Vol.17, n°1, 2010, pp 95-98.
- Arnaboldi Michela & Spiller Nicola**, “Actor-network theory and stakeholder collaboration: The case of Cultural Districts”, in *Tourism Management*, Vol.32, n°3, 2011, pp.641-654.
- Assako Assako René Joly**, « A propos de l’opération d’embellissement de Yaoundé, capitale d’Afrique centrale », in *Cahiers d’Outre-Mer*, Vol. 65, n°259, 2012, pp.371-393.
- Assako Assako René Joly, Meva’a Abomo Dominique & Tchuikoua Louis Bernard**, « Étude géographique de l’épidémie de choléra à Douala ou la qualité de vie à l’épreuve des pratiques urbaines », in *Espace, qualité de vie et bien être*, Presse de l’Université d’Angers, Angers,2005, pp.307-3016.
- Bandura Albert**, “Social cognitive theory of self-regulation, Organizational behavior and human decision processes”, Vol.50, 1991, pp. 248-287.
- Bauld Linda, Judge Ken, Barnes Marian & Benzeval Michaela**, “Promoting social change: The experience of health action zones in England”, *Journal of Social Policy*, vol. 34, n° 3, p.427.
- Baum Fran, Lawless Angela, Delany Toni, MacDougall Colin, Williams Carmel, Broderick Danny, Wildgoose Deborah, Hrris Elizabeth, Mcdermott Dennis, Kickbush Ilona, Popay Jennie & Maramot Micheal**, “Evaluation of Health in All Policies: concept, theory and application”, in *Health Promotion International*, vol.29, 2014, pp.130-148.
- Bernier Nicole**, “Quebec’s approach to population health: An overview of policy content and organisation”, in *Journal of Public Health Policy*, vol. 27, n° 1, 2006, pp.22-37.
- Bihr Alain & Pfefferkorn Roland**, « Les inégalités sociales de santé », in *Revue pluridisciplinaire des sciences sociales humaines contemporaines*, Vol.6, 2008, p. 60.
- Bilodeau Angèle, Chamberland Claire & White Deena**, « L’innovation sociale, une condition pour accroître la qualité de l’action en partenariat dans le champ de la santé publique », in *The Canadian Journal of Program Evaluation*, Vol.17, n° 2, 2002, pp.59-88.
- Bissou William II Paulin**, « Autochtone, foncier et urbanisation de Douala au Cameroun », *Ethnologies*, Vol.43, n° 2, 2021, pp. 63-84.
- Blau Peter**, “Exchange and Power in social life”, in *Sociologie du travail*, n° 1, New York, 1964, pp. 1.
- Bleich Sara, Jarlenski Marian, Bell Caryn, & LaVeist Thomas**, “Health inequalities: trends,

- progress, and policy”, in *Annual Reviews in Public Health*, Vol.33, 2012, pp.7-40.
- Bourque Denis**, « Concertation et partenariat. Entre levier et piège du développement des communautés », Vol. 51, n°3, Québec, Presses de l’Université du Québec, 2010, pp.490-491.
- Bréchet Jean-Pierre**, « Le regard de la théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud », *Revue française de gestion*, vol 4, n° 184, pp 13-34.
- Bronstein Laura**, “A model for interdisciplinary collaboration”, in *Social Work*, vol.48, n° 3, 2003, pp.297-307.
- Bryson John, Crosby Barbara & Middleton Stone Melissa**, “The Design and Implementation of Cross-Sector Collaborations: Propositions from the Literature”, in *Public Administration Review*, Vol. 66, n° 1, 2006, p.44.
- Butterfoss Frnaces, Goodman Robert & Wandersman Abraham**, “Community Coalitions for Prevention and Health Promotion: Factors Predicting Satisfaction, Participation, and Planning”, in *Health Education Quarterly*, Vol.8, n° 3, 1996, pp. 65-79.
- Commeyras Christophe & Rolin Ndo Jean**, « Etude de l’accessibilité et des déterminants de recours aux soins et aux médicaments au Cameroun », in *Cahiers d’études et de recherches francophones*, Vol.15,2005, pp.161-166.
- Dahl Robert**, “The concept of power, Systems Research and behavioral Sciences”, vol.2, n° 3, 1957, 201-215.
- Degeling Pieter**, “The significance of “sectors” in calls for urban public health intersectoralism: An australian perspective”, in *Policy and Politics*, Vol.32, n°1, 1995, pp .289-301.
- Divay Gerard, Belley Serge & Prémont Marie-Claude**, « La collaboration intersectorielle : spécificités, questionnements et perspectives », in *Innovation Journal*, Vol.18, n°2, 2013, p.1-18.
- Doumbe-Billé Stéphane**, « Evolution des institutions et des moyens de mise en œuvre du droit international de l’environnement et du développement », in *Revue Jurisque de l’Environnement et du développement (RJE)*, Vol.1,1993, pp.31-44.
- Draper Ron**, “Healthy public policy: A new political challenge”, in *Health Promotion International*, Vol.4, n° 2, 1987, pp 217-218.
- Durant Robert**, “Institutional values and the future of the administrative state”, in **Rosenbloom David & McCurdy Howard (dir.)**, “Revisiting waldo’s administrative state: Constancy and change in Public Administration”, Georgetown University Press, Washington, 2006.
- Durose Catherine & Rummery Kirstein**, “Governance and collaboration”, in *Review Article. Social Policy & Society*, Vol.5, n° 2, 2006, p.315-321.

- Elander Ingemar**, « Partenariats et gouvernance urbaine », in *Revue internationale des sciences sociales*, Vol.172, n°2, 2002, pp.215-230.
- Elden Max & Chisholm Rupert**, “Emerging varieties of action research: Introduction to the special issue”, in *Human Relations*, Vol.46, n° 2, 1993, pp.121-142.
- Emerson Richard**, “Social Exchange Theory, in *Annual Review of sociology*”, Vol.2, 1976, pp .335-362.
- Exworthy Mark, Berney Lee & Powell Martin Andrew** “How great expectations in Westminster may be dashed locally: The local implementation of national policy on health inequalities”, in *Policy & Politics*, Vol. 30, n°1, pp 79-96.
- Fodouop Kengne & Benoît Mougoue**, « Acteurs locaux et gestion politique de l’environnement à Yaoundé (Cameroun) », in *Pratique de gestion de l’environnement dans les pays tropicaux*, DYMSET-CRET édition, Espaces Tropicaux, n°15,1997.
- Friedberg Erhard**, « Les quatre dimensions de l'action organisée », in *Revue française de sociologie*, Paris, Le Seuil, coll Sociologie, 1993.
- Frohlich Katherine & Potvin Louise**, “Transcending the known in public health practice: the inequality paradox: the population approach and vulnerable populations”, in *Public Health*, Vol.98, n° 2, 2008, pp. 216-221.
- Gamson William**, “A theory of coalition formation”, in *American sociological review*, Vol.26, n°3, 1961, pp. 373-382.
- Garland David**, “The limits of the sovereign state: strategies of crime control in contemporary society, in *British journal of criminology*”, Vol.36, n° 4, 1996, pp.445-471.
- Gouldner Alvin**, “The norm of reciprocity: A preliminary statement”, in *American Sociological Review*, Vol.25, n°2, 1960, pp. 161-178.
- Green Lawrence & Kreuter Michael**, “Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach”, in *Mountain View*, Vol.92, n°5, 1991, p.384.
- Honta Marina & Basson Jean-Charles**, « La fabrique du gouvernement métropolitain de la santé », Dans *gouvernement et action publique*, Vol. 6, 2017, pp. 63-82.
- Horwath Jean & Morrison Tony**, “Collaboration, integration and change in children's services: critical issues and key ingredients. Child Abuse”, Vol.31, n°1, 2007, pp.55-69.
- Kamto Maurice**, « Introduction au droit de l’urbanisme du Cameroun », Dans *Revue de Droit Public*, n° 6, 1988.
- Keast David, Bowering Keith, Evans Wayne, Mackean Gerald, Burrows Catherine & D’Souza Lincoln**, “Measure: a proposed assessment framework for developing best practice recommendations for wound assessment”, Vol.12, n°3, 2004, pp.1-17.

- Kegler Michelle, Steckier Allan, McLeroy Kenneth & Herndon Malek Sally**, “Factors that Contribute to Effective Community Health Promotion Coalitions: A Study of 10 Project ASSIST Coalitions in North Carolina. American stop smoking intervention study for cancer prevention”, in *Health education & behavior*, Vol.25, n° 3, 1998, p.338-353.
- Kickbusch Ilona & Buckett Kevin**, “Implementing health in all policies”, in *International Journal of Health Policy and Management (IJHPM)*, Vol.4, n°5, pp. 609-610.
- Lager Anton, Guldbrandsson Karin, & Fossum Bjoorn**, “The chance of Sweden's public health targets making a difference”, *Health Policy*, Vol, 80, n° 3, 2007, pp.413-421.
- Lasker Roz, Weiss Elisa & Miller Rebecca**, “Partnership synergy: A practical framework for studying and strengthening the collaborative advantage”, in *Milbank Quarterly*, Vol. 79, n° 2, 2001, pp.179-205.
- Latour Bruno**, “On actor-network theory: A few clarifications”, in *Soziale Welt*, Vol. 4, 1996, pp.369-381.
- Ling Tom** “Delivering joined-up government in the UK: dimensions, issues and problems”, *Public Administration*, Vol.80, n°4, 2002, pp.615-642.
- Lock Karen & McKee Martin**, “Health impact assessment: assessing opportunities and barriers to intersectoral health improvement in an expanded European Union”, in *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 59, n°5, 2005, pp.356-360.
- Lumineux Vincent**, « L'utilité politique des rivaux », in *Revue canadienne de science politique*, XXIVA, 1991.
- Malabika Sarker & Taufique Joarder**, « Collaboration intersectorielle : une nouvelle voie pour promouvoir la promotion de la santé communautaire », in *Global Health Promotion (GHP)*, Vol.19, n° 4, 2012, pp .62-64.
- Marmot Michael**, “The Status Syndrome. How social standing affects our health and longevity”, Vol.1,n° 4, 2004, pp.150-154.
- Maslow Abraham**, “A theory of human motivation”, in *Psychological Review*, Vol.50, n° 4, York University, 1943, p. 370-396.
- Mbong Rostant Mbella & Nguetsop Délano Harisson**, « Risques sanitaires liés à l'installation en zones marécageuses à Bonabéri-Douala (Littoral-Cameroun) », in *Revue espace géographique et société marocaine*, n° 62, 2022, pp. 67-68.
- McDougall Allan, Goldszmidt Mark, Kinsella Elizabet Anne, Smith Sarah & Lingard Lorelei**, “Collaboration and entanglement: An actor-network theory analysis of team-based intraprofessional care for patients with advanced heart failure”, in *Social science & Medecine*, Vol.164, 2016, pp. 108-117

- Metzger Pascal**, « Contribution à une problématique de l'environnement urbain », in *enjeux et pratiques du développement*, Cahier de Sciences Humaines, Vol.30, n°4, 1994, pp.595-619.
- Meva'a Abomo Dominique**, « De la faillite de la santé urbaine à la ville-santé au Cameroun : Regards croisés entre acteurs, pratiques, défis et enjeux », Vol.2, CERAD-ACP, 2015, p.8.
- Milio Nancy**, "Strategies for health-promoting policy: a study of four national case studies", in *Health promotion international*, Vol.3, n° 3, 1988, pp 307-311
- Momo Kenfack & Oni Tolu**, "Intersectoral collaboration for healthier human settlements : perceptions and experiences from stakeholders in Douala, Cameroon", in *Cities & Health*, Vol.6, n°3, 2022, pp. 602-615.
- Mougoué Benoit**, « Urbanisme participatif : utopies ou réalités cas du quartier Nkolmesseng à Yaoundé », In *Revue de Géographie du Cameroun*, vol ;15, n°1, 2003, pp.16-29.
- Moustier Paule & Pagés Jacques**, « Le péri-urbain en Afrique : une agriculture en marge ? » in *Economie Rurale*, Vol.241, n°241,2004, pp.48-55.
- Nawrath Maximilin, Elsey Helen, Lal Rijal Moti & Dallimer Martin**, "Greenspaces and human Well-Being: Perspectives from a rapidly urbanising low-income country", in *Environments*, Vol. 9, n° 12, 2022, pp.12-42.
- Nga Ndongo Valentin**, « Phénoménologie de la ville camerounaise », in *Martin Elouga, Nga Ndongo Valentin & Mebenga Tamba Luc*, *Dynamiques urbaines en Afrique noire*, Paris, L'Harmattan, 2006.
- Nguendo-Yongsi Blaise, Muzenda Trish, Djouda Feudjio Yves Bertrand, Nora Daline, Momo Kenfack & Oni Tolu**, "Intersectoral collaboration for healthier human settlements : perceptions and experiences from stakeholders in Douala, Cameroon", in *Cities & Health*, Vol.6, n°3, 2022, pp. 602-615.
- Nguendo-Yongsi Blaise, Salem Gérard & Thouez Jean-Pierre**, « Risques sanitaires liés aux modes d'assainissement des excréta à Yaoundé, Cameroun », in *Natures Sciences Sociétés*, Vol.16, n°1, 2008, p.4.
- Ollila Eeva, Baum Fran & Pena Sebastian**, "Introduction to Health in All Policies and the analytical framework of the book", cités par **Leppo Kimmo, Harris, Ollila Eeva, Pena Sebastian, Wismar Mathias & Cook Sarah (Eds.)**, "Health in All Policies. Seizing opportunities, implementing policies", Finland, Ministry of Social Affairs and Health, 2013, p. 8.
- Pampalon Robert, Hamel Denis & Gamache Philippe**, "Health inequalities in urban and rural Canada: comparing inequalities in survival according to an individual and areabased deprivation index", in *Health Place*, Vol.16, n°2, 2010, pp.416-420.

- Phillips Nelson, Lawrence Thomas & Hardy Cynthia**, “Interorganizational collaboration and the dynamics of institutional fields”, in *Journal of Management Studies*, Vol.37, no1, 2002, p.23.
- Potvin Louise**, “Intersectoral action for health: more research is needed!” in *Public Health*, Vol.57, n°1, 2012, p.5-6
- Reeves Scott, Russel Ann, Zwarenstein Merrick, Kenaszchuk Chris, Gotlib Conn Lesley, Miller Karen-Lee, Lingard Lorelein & Thorpe Doran Kevin**, “Structuring communication relationships for interprofessional teamwork (SCRIPT): A Canadian initiative aimed at improving patient-centred care”, in *Journal of interprofessionnal care*, vol .21, n° 1, 2007, pp.111-114.
- René Jean-Francois, Goyette Martin, Bellot Céline, Dallaire Nicole & Panet-Raymond Jean**, « L'insertion socioprofessionnelle des jeunes : le prisme du partenariat comme catalyseur de la responsabilité », In *Lien social et Politiques*, Vol.46, 2001, p.126.
- Rychetnik Lucie & Wise Marilyn**, “Advocating evidence-based health promotion: reflections and a way forward” in *Health Promotion International*, Vol. 19, n° 2, p.247-457.
- Same Ekobo Albert**, « Aspects épidémiologique du Paludisme au Cameroun », in *Journal of the Academy of Science*, Vol.5, 2005, pp.5-16.
- Savoie-Zajc Lorraine(dir.)**, « L’entrevue semi-dirigée », in *Benoit Gauthier Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données*, Presses de l’Université du Québec, 2003.
- Sloper Patricia**, “Facilitators and barriers for co-ordinated multi-agency services” *Child: Care, Health and Development*, Vol.30, n°6, 2004, pp. 571-580.
- Tambang Yengoh Genesis, Fogwe Zephania & Ato Armah Frederick**, “Floods in the Douala metropolis, Cameroon: attribution to change in rainfall characteristics or planning failures”, in *journal of environment planning and management*, Vol. 60, 2017, pp.204-230
- Tanti-Hardouin Nicola**, « Regards d’économiste sur les défis de la santé dans les pays en voie de développement », in *Bulletin Amades*, n° 70, 2007, pp.1-6.
- Temple Ludovic & Moustier Paul**, « Les fonctions et contraintes de l’agriculture périurbaine de quelques villes africaines (Yaoundé, Cotonou, Dakar) », in *Cahiers d’Agricultures*, Vol.13, n° 1,2004, pp.15-22.
- Touati Nassera & Maillet Lara**, « Co-crée à l'intérieur de réseaux hybrides : pas un long fleuve tranquille ! Analyse critique d'un processus d'innovation », in *Revue Politiques et Management Public*, Vol.3, n°5, 2017a, pp.247-266.
- Touati Nassera & Maillet Lara**, « Soutenir l’émergence d’une écologie d’espaces d’innovation grâce à des communautés stratégiques : leçons d’une expérience au Québec », in *Revue*

- Politiques et Management Public*, Vol.34, n° 3-4, 2017b, pp.250-268.
- Wagstaff Adam**, « Pauvreté et inégalités dans le secteur de la santé », in *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé*, Vol. 7, 2002, pp.100-108.
- Wethé Joseph, Radoux Michel & Tanawa Emile**, « Assainissement des eaux usées et risques socio- sanitaires et environnementaux en zones d'habitat planifié de Yaoundé (Cameroun) », in *santé et environnement*, Vol.4, n°1, 2003.
- Wilkins Peter**, "Accountability and joined-up government", in *Australian Journal of Public Administration*, Vol. 61, n° 1, 2002, P 114-119
- Wismar Matthias, Mcqueen David, Lin Vivian, Jones Catherine & Davies Magie**, "Intersectoral Governance for Health in All Policies: Structures, actions and experiences, Eurohealth incorporating Euro Observer", Vol.18, n°.4 , 2012, pp.3-40.
- Zaccaro Stephen, Blair Virginia, Peterson Christopher & Zazanis Michelle**, "Collective Efficacy", in **Maddux James (Ed.)**, *Self-efficacy, Adaptation, and adjustment: Theory, Research and application*, New York, Plenum Press, 1995.

III-THESES ET MEMOIRES

A-Thèses

- Asaa Nguegang Prosper**, « L'agriculture urbaine et périurbaine à Yaoundé : analyse multifonctionnelle d'une activité montante en économie de survie », Thèse de Doctorat en sciences agronomiques et ingénierie biologique, Université Libre de Bruxelles, 2008.
- Champaud Jacques**, « Villes et campagnes du Cameroun de l'Ouest », Thèse de Doctorat d'Etat présentée à l'Université de Bordeaux III, Institut de géographie et d'études régionales, 1980.
- Dackam Ngatchou Richard**, « Causes et déterminants de la mortalité des enfants de moins de cinq ans en Afrique tropicale », Thèse de Doctorat en démographie, Université de Paris I, Panthéon Sorbonne, 1987.
- Dauvergne Sarah**, « Les espaces urbains et périurbains à usage agricole dans les villes d'Afrique subsaharienne (Yaoundé et Accra) : une approche de l'intermédiarité en géographie », Thèse de Doctorat de géographie, Université Lyon 2, 2011.
- Deschesnes Marthe**, « La structuration d'une action intersectorielle à base communautaire comme stratégie d'actualisation d'une approche globale en promotion de la santé. Les régulations en jeu », Thèse de Doctorat en santé publique, option promotion de la santé, Université de Montréal, Décembre 2000.
- Foe Ndi Christophe**, « La mise en œuvre du droit à la santé au Cameroun », Thèse de Doctorat

en droit public, Université d'Avignon, 2019.

Hengue Paul, « Le phénomène de l'urbanisation à l'Ouest-Cameroun. Etude comparée de deux métropoles Foumban et Bafoussam », Thèse de Doctorat de 3ème cycle, Option sociologie urbaine, Université de Yaoundé, 1984.

Mabou Paul Blaise, « Pouvoirs publics et aménagement urbain à Yaoundé », Thèse de Doctorat en géographie urbaine, Université de Yaoundé I, 2013.

Mauti Joy, « La santé dans toutes les politiques : une approche intersectorielle de l'élaboration des politiques », These de Doctorat PHD, Université de Paris IV, 2021.

Mélisa Audet, « Inégalités sociales de santé et pratiques préventives de femmes ménopausées considérées en surpoids : l'influence des conditions d'existence », Thèse de Doctorat en gérontologie, Université de Sherbrooke, en Septembre 2016.

Mendo Me Mfou Elvire Mireille Inés, « Les micro-unités de santé informelles au Cameroun. Quelle réponse aux besoins des populations les plus vulnérables », Thèse de Doctorat en sciences économiques et sociales, Université de Lille1, 2013.

B-Mémoires

Dackam Ngatchou Richard, « La mortalité juvénile en Afrique tropicale », Mémoire de recherche en santé, Université de Yaoundé II, IFORD, 1981.

Envoutou Hugnette, « Piézométrie et physicochimie de la nappe phréatique du bassin versant de la rivière Mbanya (Douala-Cameroun) », Mémoire de DEA en géographie, Université de Douala, 2007.

Fotso Gilles Herbert, « La protection de l'environnement par les collectivités territoriales décentralisées au Cameroun : cas de la communauté urbaine de Douala », Master 2 Recherche en Sciences Juridiques et Politiques, Université de Douala, 2012.

Kassegne Sethson, « Environnement urbain et mortalité des enfants à Yaoundé et Douala (Cameroun) », Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées en Démographie (D.E.S.S. D), Institut de Formation et de Recherche Démographique, Université de Yaoundé II, 1999.

Mbedoum Mohamadou, « La gestion des ordures dans la zone Nylon à Douala », Mémoire de maîtrise de Géographie, Université de Yaoundé I, Département de Géographie, 1990.

Mbevo Fendoung Philippes, « Analyse de la vulnérabilité et des stratégies locales d'adaptation aux changements climatiques en zone côtière camerounaise : cas de Cap Cameroun dans l'arrondissement de Douala 6^e », Mémoire de master en géographie, Université de Yaoundé I, 2016.

Nguend Zacharie, « Inégalités sociales des dépenses de santé au Cameroun », Master professionnel en démographie, Université de Yaoundé II, IFORD, Novembre 2010.

Sall Mohamadou, « Perceptions des problèmes liés à l'environnement au sein d'une population africaine. Cas de la population de Yaoundé », Mémoire de diplôme d'étude démographiques, Université de Yaoundé II, IFORD, 1995.

Tchuenteu Simo Joël Simplicie, « Les déterminants de la pollution des eaux de surface dans le bassin versant du Mbanya », Mémoire de master en Géographie, Université de Douala, 2012.

Tjouen Alexandre-Dieudonné, in "Droits domaniaux et techniques foncières en droit camerounais, cité par **Bahounoui Batende Annie Noëlle**, dans « Le contentieux foncier en matière pénale », Mémoire, ENAM, 1990.

IV-WEBOGRAPHIE

Abrassart Aurelien, Graff Anna Lucia & Kunzi Kilian, « Approche multisectorielle de la promotion de la santé : un guide pour la Suisse romande et le Tessin », in *Promotion santé Suisse*, n° 39, 2017, consulté en ligne sur www.promotion.santé.ch/publication, le 12/10/2021.

Bull Fiona, Bellew Bull, Schöppe Stephnaie & Bauman Adrian, "Developments in National Physical Activity Policy: an international review and recommendations towards better practice", in *Journal of Science and Medicine in Sport, Physical Activity*, Vol.7, n° 1, 2004, p. 93, consulté en ligne sur <https://api.semanticscholar.org/CorpusID/20841822>, le 06/04/2023.

Consulté sur <https://www.local.gov.uk/publications/health-all-policies-manual-local-government>, le 27/03/2023.

Greszczuk Claire, "Implementing HiAP: Lessons from around the world", *The Health Foundation*, 2019, Consulté en ligne sur <https://www.health.org.uk/publications/reports/implementing-health-in-all-policies>, le 28/03/2023.

Hogstedt Christer, Moberg Henrik, t Lundgern Bern& Backhans Mona, "Health for all? A critical analysis of public health policies in eight European countries", Stockholm, Swedish National Institute of Public Health, 2008, p.64, consulté en ligne sur <https://www.fhi.se/en/Publicactions/All-publicactions-in-english/Health-for-all>, le 22/03/2023.

Keon Wilbert & Pepin Lucie, « Politiques sur la santé de la population : Perspectives

- Internationales », 2008, consulté en ligne sur <https://www.sencanada.ca>. Ca. Sen, le 06/03/2023.
- Kickbusch Ilona**, “Health in All Policies: Where to from here?” in *Health promotion international*, Vol.25, n° 3doi. 10.1093/heapro/daq 0552, Oxfordjournal, 2010, consulté en ligne sur <https://www.researchgate.net>, le 23/10/2021.
- Koorsgaard Audrey, Schweiger David & Sapienza Harry**, “Building Commitment, Attachment, and trust in strategic decision-making teams: The role of procedural justice”, in *Academy of Management Journal*, 1995, pp .60-84, consulté en ligne sur <https://www.dx.doi.org/102307/256728>, le 20/03/2023.
- Lin Vivian & Kickbusch Ilona**, “ Progressing the sustainable development goals through health in all policies: Case studies from around the world”, Government of South Australia and World Health Organization, 2017, Consulté en ligne sur <https://www.who.int/publications/m/item/progressing-the-sustainable-development-goals-through-health-in-all-policies>, le 28/03/2023.
- Linda Rudolph & Caplan Julia**, “Health in All Policies: a guide for state and local governments”, Oakland, American Public Health Association (APHA) and Public Health Institute, 2013, consulté en ligne sur <https://www.apha.org/NR/rdonlyres>, le 05/04/2023.
- Lotia Nuzhat & Hardy Cynthia**, “Critical perspectives on collaboration” in *The Oxford handbook of inter-organizational relations*, 2009, consulté en ligne sur <https://www.10.1093/oxfordhb/9780199282944.003.0014>, le 28/03/2023.
- Lowrie Charlotte & Hagen Von**, “Health in all policies: Incorporating health into decision-making.Rutgers-Office of Continuing Professional Education”, 2021, consulté en ligne sur <http://www.cpe.rutgers.edu/courses/current/ep0706wb.html>, <http://phci.rutgers.edu>, le 28/03/2023.
- National Association of County and City Health Officials**, “HiAP: Experiences from local health departments”, 2017, consulte en ligne sur https://www.naccho.org/uploads/downloadable-resources/NACCHO-HiAP-Report_Experiences-from-Local-Health-Departments-Feb-2017, le 27/03/2023.
- Nguendo-Yongsi Blaise**, “Perceptions, Experiences and obstacles for intersectoral action for health : Perspectives of policymakers in Douala-Cameroon”, in *International journal of science academic research*, vol.02, n°1, 2021, pp. 848-856, consulté en ligne sur <http://www.scienceijsar.com>, le 08/04/2023.
- OMS**, “Energy: Shared interests in sustainable development and energy policies”, in *Social determinants of health sectoral briefing*, 2013, consulté en ligne sur <http://www.who.int/about/mission/fr>,le 12/06/2021.

- OMS**, “Housing: Share interests in health and development”, in *social determinant of health sectoral briefing series 1*, Geneva, 2011, consulté en ligne sur <https://apps.who.int.handle>, le 05/04/2023.
- OMS**, “Rio Political Declaration on Social Determinants of Health, the 2011 Political Declaration of the UN High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases”, 2014, consulté en ligne sur <https://www.cil.nus.edu.sg.databasecil>, le 05/04/2023.
- OMS**, « Déclaration d’Adelaïde sur l’intégration de la santé dans toutes les politiques », 2010, consulté en ligne sur http://www.who.int/social_determinants/french_adelaide_statement_for_web, le 26/10/2022.
- OMS**, “Political Declaration of the high-level Meeting of the general Assembly on the prevention and the non-communicable diseases”, 2014, consulté en ligne sur <https://digitallibrary.un.org/record>, le 05/04/2023.
- One Health Commission 2019, consulté en ligne sur <https://www.onehealthcommission.org>, le 28/10/2021.
- Ongolo Zogo Pierre, Nsangou Moustapha Moncher, Ndongo Jean Serges, Waffeu Sadeu Guy & Atangana José**, « Améliorer la gouvernance urbaine pour la santé et le bien-être à Douala –Cameroun », in *Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé (CDBPS-H)*, Yaoundé, 2021, Consulté en ligne sur <https://www.cdbph.org/index.php/1306>, le 08/04/2023.
- ONU-Habitat**, « L’Etat des villes africaines : La géographie de l’investissement africain », 2018, consulté en ligne sur <https://unhabitat.or>, files, le 04/04/2023.
- Rudolph Linda, Caplan Julia, Mitchell Connie, Ben-Moshe Karen & Dillon Lianne**, “Health in all policies: Improving health through intersectoral collaboration”, in *National Academy of Sciences*, 2013b, consulté en ligne sur <https://www.nam.edu/wp-content/uploads/2015/06/BPH-HiAP>, le 27/03/2023.
- St-Pierre Louise**, « L’approche pangouvernementale pour l’intégration de la santé dans toutes les politiques : Clarification des concepts et portrait d’initiatives gouvernementale », UIPEs, 2009, p.3, consulté en ligne sur <http://www.apsc.gov.au/mac/coonectinggovernment>, le 12/10/2021
- Torbert William**, “Creating a Community of Inquiry: Conflict, Collaboration, Transformation”, New York: John Wiley, 1976, consulté en ligne sur <https://www.amazon.in.comunit.williamrtorbert.com>, le 20/03/2023.

Tusting Lucky, bottomly Christian, Gibson Harry, Kleinschmidt Immo, Tatem Andrew, Lindsay Steve & Gething Peter, “Housing improvements and malaria risk Sub-Saharan Africa: A multi-country analysis of survey data”, Vol.14, n°2, 2019, Consulté en ligne sur <https://www.malariajournal.biomedcentral.com>, le 04/04/2023.

WHO commission on social determinants of health, Action on the social determinants of health: Learning from previous experiences(a background paper prepared for the Commission on Social Determinants of health), WHO secretariat of the commission on social determinants of health,Geneva, 2005, consulté en ligne sur http://www.who.int/social_determinants/en/, le 18/04/2023.

WHO, “Health as a cross-cutting issue in dialogues on water for food and the environment report of an international workshop jointly organized by WHO and inWEnt”, Capacity Building International, Amman, Jordan, 15-18 December 2003, Geneva, consulté en ligne sur <https://www.iwmi.cgiar.org/dialogue/files/pdf/Activities/Jordanworkshop/WSH04.02.pdf>, le 18/03/2023.

V-RAPPORTS

Bopda Athanase & Abodo Awono, « L’agriculture urbaine et périurbaine à Yaoundé (Cameroun), Aspects institutionnels », Rapport final,2003.

Fonteh Mary, Esteves Luciana & Gehrels Roland, “Mapping and valuation of ecosystems and economic activities along the coast of Cameroon: implications of future sea level rise”, Coastline Reports, 2009.

Fortin Jean-Paul, Gro Gisèle, Lemieux Vincent, O'Neill Mielle & Lamarche Paul, « L’action intersectorielle en santé », Rapport synthèse, Institut National de Santé publique du Québec (INSPQ), 1994.

OMS, « Déclaration d’Adelaïde sur l’intégration de la santé dans toutes les politiques : vers une gouvernance partagée en fonction de la santé et du bien-être », Rapport de la réunion internationale sur l’intégration de la santé dans toutes les politiques, 2010.

Rapport national du Cameroun pour l’Habitat III, « Troisième Conférence des Nations Unies sur le logement durable en milieu urbain », 2015.

République du Cameroun/Commission européenne, « Profil environnemental du Cameroun », Rapport final, Mars 2004

Umiliana Grifoni Jean-Denis Kramkimel & Kabeya Mukenyi Roger, « Profil

environnemental du Cameroun », Rapport final, 2004.

WardMalcolm, “Repport of the health in all policies focus area group on transport, planning and health”, in *crossing bridges*, 2011.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Guides d’entretien	xii
ANNEXE 2 : Liste des informateurs	xxi
ANNEXE 3: Liste des tableaux	xxv
ANNEXE 4 : Autorisations	li
ANNEXE 5 : Notices d’information et formulaires de consentement	liii

ANNEXE 1 : Guides d'entretien

Groupes cibles¹¹³⁰ :

- Acteurs des différents services centraux et déconcentrés de Yaoundé/Douala (MINSANTE, MINHDU, MINEPDED, MINDDEVEL, MINTOUL, MINDCAF, MINEE, MINT, MINTP, MINESUP, MINESEC, MINEDUB, MINAS, MINAT, MINSEP, ...);
- Acteurs des Collectivités Territoriales Décentralisées des villes de Yaoundé/Douala (Mairies des Villes et Communes d'Arrondissement);
- Organismes spécialisés techniques et financiers de promotion des établissements humains favorables à la santé urbaine à Yaoundé/Douala (MAETUR, SIC, FEICOM, CFC, CENAME, CHRACERH, CAMWATER, ENEO, LABOGENIE, MATEGENIE, l'ANOR, BM ...);
- Les acteurs des organismes onusiens à Yaoundé/Douala (OMS, ONU-Habitat, GIZ, PNUD, PNUE ...);
- Professionnels de la planification (architectes, urbanistes et ingénieurs ; universitaires, environnementalistes...);
- Acteurs des entreprises privées et ONG de Yaoundé /Douala (ONAC, ONUC, HYSACAM, FOSA privées, ...)
- Associations et société civile....
- Responsables de quelques ménages...

Note d'introduction

Bonjour / Bonsoir, je m'appelle.....

Dans le cadre des activités académiques relatives à la rédaction de la thèse de doctorat PHD, nous menons un important travail qui envisage de comprendre comment les planificateurs intersectoriels et autres acteurs de développement dans la ville de Yaoundé/Douala, intègrent ou prennent en compte les questions de santé dans les pratiques et politiques publiques, notamment celles liées à l'habitat urbain. La présente étude va fournir une base d'informations fiables pouvant aider les décideurs et les acteurs des villes de Yaoundé/ Douala à concevoir et à mettre en œuvre des stratégies urbaines qui assurent une bonne intégration entre les politiques de santé et d'habitat.

¹¹³⁰ Ce guide d'entretien est flexible et doit s'adapter aux acteurs de différents secteurs des villes de Yaoundé et de Douala.

Au cours de notre entretien, nous allons tour à tour échanger autour des déterminants de la santé dans la ville de Yaoundé/Douala; de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques et pratiques en matière d'habitat à Douala/Yaoundé ; des stratégies politiques et acteurs de promotion des objectifs de santé dans les politiques et pratiques des établissements humains des villes de Yaoundé/Douala ; de l'appropriation et mise en œuvre des projets de collaboration intersectorielle en faveur de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques et pratiques d'habitat urbain par les acteurs dans les villes de Douala/Yaoundé ; des enjeux de l'appropriation de l'approche de collaboration intersectorielle en faveur de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain dans les villes de Yaoundé/Douala ; des obstacles à la collaboration intersectorielle et à l'intégration des objectifs de santé dans les politiques et pratiques d'habitat à Yaoundé/Douala ; de vos connaissances, attitudes et pratiques en ce qui concerne la prise en compte des actions de collaborations entre les secteurs de santé et d'habitat dans la ville Yaoundé/Douala, etc.

Merci d'avoir accepté de vous prêter à cet entretien. Pour protéger votre identité, les informations que vous choisissez de partager avec nous seront enregistrées anonymement et utilisées de manière à ne pas vous identifier. Votre nom n'apparaîtra donc pas dans le rapport d'étude et il ne sera jamais associé aux informations que vous nous confierez. Vous n'êtes pas obligé de répondre aux questions qui, probablement, vous gêneront et vous pouvez terminer cette entrevue à tout instant si vous le souhaitez.

Cette entrevue devrait prendre moins d'une heure.

Module 1 : Etat des lieux de l'appropriation du HiAP (Health in All Policies) aux niveaux (des services centraux, des collectivités territoriales décentralisées, des structures parapubliques, ONG, société civile)

- 1) Connaissez-vous le HiAP ?
- 2) À quelle période le HiAP a été adopté et mis en œuvre au Cameroun et dans les villes de Yaoundé/ Douala ?
- 3) Cette approche a-t-elle été mise en œuvre dans le secteur d'habitat à Yaoundé /Douala ?
- 4) Quels sont les avantages de la mise en œuvre du HiAP dans le secteur de l'habitat à Yaoundé/Douala ?
- 5) Quelles sont les différentes conventions/ recommandations relatives à HiAP ratifiées en faveur de l'habitat urbain ?

6) Comment prenez-vous en compte l'approche HiAP dans les politiques et plans de développement ? (les pouvoirs publics, les planificateurs, les personnels de santé, les universitaires, les environnementalistes, les urbanistes, les responsables des ONG, des associations et des entreprises privées).

7) Quels sont les obstacles/ goulots d'étranglement à la mise en œuvre du HiAP à Yaoundé/Douala ?

Module 2 : Les déterminants généraux de la santé dans les villes de Yaoundé et Douala

1) Parlez-nous des facteurs susceptibles d'empêcher à un habitant de Yaoundé/ Douala d'accéder aux soins de santé (explorer les facteurs sociaux, culturels, économiques, politiques, environnementaux...).

2) Parlez-nous des facteurs susceptibles de permettre à un habitant de Yaoundé/Douala d'avoir accès aux soins de santé.

3) Quels sont les différents problèmes de santé répertoriés par secteurs (voir les secteurs importants : transport, sécurité, énergie, assainissement, logement, environnement, loisir et divertissement, emploi, habitat, protection, travail, éducation, pollution, accès aux services sociaux de base ...) dans la ville de Yaoundé/Douala ?

4) Quelles sont les inégalités de santé auxquelles font face les populations de Yaoundé/Douala ? (Voir leurs causes et conséquences) .

5) Quels sont les populations ou groupes vulnérables de la ville de Yaoundé/Douala ? Où vivent-ils ? Et comment leur accès aux soins de santé est-il pris en compte dans les politiques de développement de Douala/Yaoundé ?

6) Quelles sont les principales actions ou interventions de promotion de la santé menées dans la ville de Yaoundé/ Douala ? (Voir acteurs, objectifs et démarche de chaque intervention...).

Module 3 : L'environnement politique de préparation de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques et pratiques d'habitat urbain à Douala/Yaoundé.

1) Parlez-nous des recommandations ONU-Habitat/OMS ratifiées par le Cameroun sur l'intégration des questions de santé dans les politiques et pratiques d'habitat.

2) Quelles sont les autres recommandations ratifiées par le Cameroun en faveur de la promotion de la santé urbaine ?

3) Comment ces recommandations sont-elles prises en compte par les planificateurs, les urbanistes, les environnementalistes, et les universitaires et les populations des villes de Douala/Yaoundé ?

4) Comment les autorités de la ville de Yaoundé/Douala ont-elles adopté ou adoptent-elles les recommandations ratifiées par le Cameroun auprès d'ONU-Habitat/OMS ?

5) Comment les acteurs institutionnels ou décisionnels, les ONG, les associations, la société civile et les populations prennent-ils globalement en charge les processus d'urbanisation, d'habitat et de santé urbaine à Yaoundé/Douala ?

6) Dans la ville de Douala/Yaoundé, comment les questions d'habitat et de santé sont-elles prises en compte dans les plans de développement ?

7) En quoi ont consisté les « le concours national de villes propres du MINHDU, la journée de propreté implémentée par les CTD et les journées mondiales de l'Habitat organisées au Cameroun » ? Racontez-nous.

8) Quelles sont les différentes stratégies politiques et plans de promotion des objectifs de santé et d'habitat adoptés par le Cameroun ? Comment ils ont été formulés, la méthodologie, les acteurs mobilisés et leurs contributions ? Comment les questions de santé et d'habitat ont-elles été prises en compte ?

9) Comment percevez-vous la faisabilité d'atteindre les objectifs définis dans ces politiques et plan de promotion des questions de santé dans les villes de Douala/Yaoundé ?

10) Dans la ville de Yaoundé/Douala, à quoi consiste « l'intégration de la santé dans les politiques et pratiques d'habitat » ? Comment elle a été formulée, la méthodologie, les acteurs mobilisés et leurs contributions ? Comment les questions de santé et d'habitat ont-elles été prises en compte ?

11) Comment les pouvoirs publics surveillent-ils au quotidien les exigences de santé dans les plans de construction individuels ou collectifs ? (Voir la situation dans les quartiers planifiés et les quartiers précaires ou spontanés...).

12) Quels sont les avantages liés à la prise en compte des recommandations ONU-Habitat/OMS ratifiées par le Cameroun sur l'intégration des objectifs de santé dans les politiques et pratiques d'habitat à Yaoundé/ Douala ?

12) Quels sont les obstacles/goulots d'étranglement à la prise en compte des recommandations ONU-Habitat/OMS ratifiées par le Cameroun sur l'intégration des questions de santé dans les politiques et pratiques d'habitat à Yaoundé/ Douala ?

Module 4: Les politiques endogènes (nationales) relatives à l'intégration des objectifs de santé dans l'habitat urbain.

1) Parlez-nous des différentes politiques endogènes (nationales) relatives à l'intégration des objectifs de santé dans l'habitat adopté par le Cameroun.

2) Comment les autorités des villes de Yaoundé/Douala prennent-elles en compte ces politiques nationales dans les plans de développement urbain ?

3) Comment les acteurs institutionnels ou décisionnels, les ONG, les associations, la société civile et les populations prennent-ils globalement en compte ces politiques dans les processus d'urbanisation, d'habitat et de santé urbaine à Yaoundé et Douala ?

4) Quels sont les obstacles à l'appropriation ou à la mise en œuvre des politiques nationales d'intégration des objectifs de santé dans le secteur des établissements humains de Yaoundé/Douala ?

5) Quels sont les avantages liés à l'intégration des politiques nationales favorables aux questions de santé dans l'habitat à la santé à Yaoundé/Douala ?

Module 5: Les facilitateurs ou acteurs de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques et pratiques d'habitat dans la ville de Douala/Yaoundé

1) Dans les villes de Yaoundé/Douala, y a-t-il une équipe mise sur pied et engagée pour prendre en compte les exigences de santé dans les politiques de développement et d'habitat ? (Si oui, discuter des objectifs, actions menées, résultats obtenus et contraintes...).

2) Dans les villes de Yaoundé/Douala, quels secteurs ou acteurs sont impliqués dans le processus d'adoption ou d'appropriation/application des recommandations ratifiées par le Cameroun auprès d'Onu-Habitat/OMS en matière d'habitat et santé ?

3) Parlez-nous de chaque secteur ou acteur, de son rôle, attributions ou intervention.

4) Quels rôles spécifiques jouent les services centraux (ministères), déconcentrés, les Collectivités Territoriales Décentralisées, les organismes techniques et financiers, les entreprises privées, les planificateurs, les urbanistes, les universitaires, les environnementalistes, les ONG, les associations et la société civile dans la promotion de l'habitat urbain favorable aux objectifs de santé ?

5) Quelles appréciations faites-vous de la synergie (collaboration, conflits...) entre les différents acteurs impliqués dans le processus d'adoption ou d'appropriation/application des

recommandations ratifiées par le Cameroun auprès d'Onu-Habitat/OMS en matière d'habitat et santé ?

6) Que pensez-vous de l'état de la collaboration entre les professionnels des secteurs de santé, d'habitat, des ONG, de la société civile, de l'OMS, de l'ONU-Habitat, des planificateurs urbains des environnementalistes dans les villes de Yaoundé/Douala ? (Voir les avancées, obstacles et recommandations).

7) Comment est-il possible de créer ou de consolider une plateforme pouvant mieux faciliter l'adoption ou l'intégration des objectifs de santé dans les politiques en matière d'habitat à Yaoundé/Douala ? (Évaluer les conditions et les exigences...)

8) Quels sont les avantages liés à la mise sur pied d'une équipe d'acteurs intersectoriels en faveur de l'intégration d'objectifs de santé dans les politiques d'habitat à Yaoundé/Douala ?

9) Quels sont les obstacles à la mise en œuvre des actions de collaboration entre les acteurs des différents secteurs en faveur de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques et pratiques d'habitat à Douala et Yaoundé ?

Module 6 : Connaissances, attitudes et pratiques des acteurs de la ville de Yaoundé/Douala en ce qui concerne la prise en compte des interrelations entre la santé et l'habitat.

1) Avez-vous connaissance des recommandations ou du Recueil d'ONU-Habitat sur l'intégration des questions de santé dans les politiques d'habitat ?

2) Avez-vous connaissance des recommandations de l'OMS en matière de construction d'habitat favorable aux questions de santé à Yaoundé/Douala ?

3) Comment avez-vous été informés sur ces recommandations d'ONU-Habitat ou de l'OMS ? (Voir les acteurs, sources et canaux d'information ou de sensibilisation).

4) Parlez-nous des principaux messages de ces recommandations.

5) Que pensez-vous de l'application de ces recommandations par les acteurs de développement des villes de Yaoundé/Douala ?

6) Comment les questions d'habitat peuvent-elles influencer ou influencent-elles la santé des populations de Yaoundé/Douala ?

7) Comment les questions de santé sont-elles prises en compte dans les politiques d'urbanisation, de planification et d'habitat dans la ville de Yaoundé/Douala ?

8) Comment percevez-vous les conditions et les avantages liés à l'application des principes de santé dans les politiques d'habitat urbain ?

9) Sachant que la qualité d’habitat détermine la qualité de la santé des personnes, quelles stratégies les autorités (municipales, MINHDU, MINSANTE, MINCAF, MINTOUL, MINEE MINDDEVEL, MINTP, MNT, MINESUP...) mènent-elles sur le terrain afin d’encourager la promotion d’habitat favorable aux objectifs de santé ?

10) Comment percevez-vous les conditions et la qualité d’habitat dans les villes de Yaoundé/Douala ? Comment appréciez-vous cet habitat par rapport aux exigences de santé des populations ?

Module 7 : Mobilisation de chaque secteur

1) Quels types de mesures votre secteur a-t-il prises pour influencer sur les déterminants de la santé, en particulier dans le secteur d’habitat à Yaoundé et Douala ?

2) Ces mesures ont-elles eu un impact (négatif ou positif ?) Si oui, comment l’impact de ces actions sur la santé a-t-il été mesuré, surveillé, suivi et prouvé ?

3) Si aucune action n’a été entreprise, pourquoi pas ?

4) Comment décririez-vous le degré d’engagement ou la volonté politique de votre secteur d’atteindre les objectifs de santé par la collaboration ?

Module 8 : Les Défis

1) Quels sont les défis auxquels font face les responsables de politiques d’habitat et de santé dans la ville de Yaoundé/Douala ?

2) Quels sont les défis d’habitat en descente, sécurisé ou sain dans la ville de Yaoundé/Douala ?

3) Quels sont les défis de la couverture sanitaire dans la ville de Yaoundé/Douala ?

Module 9 : Perceptions du besoin de collaboration et Recommandations des acteurs

1) Comment implémenter une stratégie intersectorielle (MINHDU, MINSANTE, MINEE, MINDDEVEL, MINCAF, MINTP, MINT, MINESUP...) pour la prise en compte des déterminants sociaux de la santé dans les politiques publiques et pratiques d’habitat à Yaoundé/Douala ? Selon vous, quels types de collaboration sont nécessaires ainsi que les principaux acteurs ?

2) Parlez-nous de votre expérience en matière de collaboration des projets intersectoriels dans la ville de Yaoundé/Douala (vos principaux défis, succès, échecs...).

3) Quelles sont les opportunités ou facteurs déterminants qui pourraient (à court, moyen, long terme) faciliter la réussite d'une stratégie de collaboration intersectorielle (MINHDU, MINSANTE, MINEE, MINDDEVEL, MINCAF, MINTP, MINT, MINESUP) pour la prise en compte des déterminants sociaux de la santé dans les politiques publiques et pratiques d'habitat Yaoundé/Douala ?

4) Quels sont les obstacles qui pourraient (à court, moyen, long terme) affecter les efforts de collaboration intersectorielle (MINHDU, MINSANTE, MINEE, MINDDEVEL, MINCAF, MINTP, MINT, MINESUP) pour la prise en compte des déterminants sociaux de la santé dans les politiques publiques (habitat) à Yaoundé/Douala ?

5) De quelle manière pensez-vous que le MINSANTE pourrait aider dans les politiques d'habitat de façon à influencer davantage la santé des populations à Yaoundé/Douala ?

6) De quelle manière pensez-vous que le Ministère de la Santé Publique pourrait spécifiquement aider dans l'habitat précaire ou privé de façon à influencer davantage la santé des populations dans les quartiers pauvres à Yaoundé/Douala ?

7) Quels rôles (les justifier) pensez-vous que votre secteur pourrait jouer dans la coordination ou la facilitation de la collaboration entre les secteurs de la santé et d'habitat afin d'atteindre les objectifs de santé ?

Module 10: Les obstacles à la collaboration intersectorielle et au processus d'intégration des objectifs de santé dans les politiques et pratiques d'habitat à Yaoundé/Douala

1) Au cas où les villes de Yaoundé/Douala seraient en marge des recommandations de l'ONU -Habita/OMS, quels sont les obstacles ou goulots d'étranglement qui font que les différents secteurs n'arrivent pas à collaborer dans le but de promouvoir les objectifs de santé dans les établissements humains à Yaoundé et Douala ?

2) Quelles sont les difficultés qui empêchent le MINSANTE de fédérer les différents secteurs en faveur de la promotion des questions de santé dans les établissements humains à Douala et Yaoundé ? (MINHDU, MINSANTE, MINEE, MINDDEVEL, MINCAF, MINTP, MINT, MINESUP, OMS, ONU-Habitat, organismes financiers et techniques et les populations ?

3) Quelles sont les difficultés qui empêchent les CTD de fédérer les différents secteurs en faveur de la promotion des questions de santé dans les établissements humains à Douala et Yaoundé ? (MINHDU, MINSANTE, MINEE, MINDDEVEL, MINCAF, MINTP, MINT, MINESUP, OMS, ONU-Habitat, organismes financiers et techniques et les populations ?

4) Quels sont les outils et démarches régulièrement mobilisés par les municipalités et autres acteurs pour collecter des informations sur la santé de la population ?

Fin de l'entretien

Avant de terminer nos échanges, y a-t-il un aspect de la thématique santé, action intersectorielle et habitat que nous ne vous avons pas demandé et que vous voulez parler ?

- Avez-vous des suggestions d'autres collègues, décideurs ou planificateurs que nous devons contacter pour approfondir davantage la réflexion sur les questions d'intégration de santé dans les politiques et pratiques d'habitat à Yaoundé/Douala ?

NOUS VOUS REMERCIONS POUR CE PRECIEUX ECHANGE

ANNEXE 2 : Liste des informateurs

N°	Informateurs	Profil	Date	Lieu
1	Chef de ménage	Locataire camp SIC Biyem-Assi	11/10/2021	Yaoundé
2	Responsable ONG	Expert des questions environnementales et écologiques	08/10/2022	Douala
3	Personnel médical	Gastro-entérologue	08/02/2022	Douala
4	Chef de ménage quartier Bilongué	Architecte	09/02/2022	Douala
5	Responsable CAMWATER	Technicien exploitation eau et installation sanitaire	19/10/2021	Yaoundé
6	Chef de ménage quartier Biyem- Assi Lac	Préfet retraité (administrateur civil principal)	25/10/2021	Yaoundé
7	Personnel de santé	Épidémiologue	07/11/2021	Yaoundé
8	Chef de ménage quartier Symbock	Professeur des Lycées	26/02/2021	Yaoundé
9	Habitant	Commerçant	02/02/2022	Douala
10	Personnel de santé	Infirmière	02/02/2022	Douala
11	Responsable de la SIC	Ingénieur génie civil	09/11/2021	Yaoundé
12	Personnel médical	Gynécologue	10/11/2022	Douala
13	Personnel Sous- préfecture	Chef de bureau d'appui au développement local	11/11/2021	Yaoundé

14	Élève	Élève en classe de terminale	03/02/2022	Douala
15	Chef de ménage	Personnel de l'armée	24/03/2022	Douala
16	Universitaire	Sociologue	08/03/2022	Douala
17	Commissaire de Police	Chef d'un commissariat	08/03/2022	Douala
18	Officier de gendarmerie	Commandant de Brigade	02/12/2021	Yaoundé
19	Chef de manage quartier Oyack	Commerçant	10/03/2022	Douala
20	Personnel service déconcentré du MINSANTE	Administrateur de santé	11/03/2022	Douala
21	Agent communal	Chef service d'hygiène et salubrité	24/11/2021	Yaoundé
22	Personnel en service au CENAME	Pharmacien	15/12/2021	Yaoundé
23	Responsable en service au MINH DU	Urbaniste	11/12/2021	Yaoundé
24	Responsable en service à la MAETUR	Topographe	22/10/2021	Yaoundé
25	Enseignant	Instituteur de l'enseignement général	12/03/2022	Douala
26	Universitaire en service au MINSUP	Géographe urbaniste	12/12/2021	Yaoundé
27	Usager MINCAF	Opérateur économique	17/12/2021	Yaoundé
28	Responsable MINTOUL	Ingénieur génie de l'environnement	19/11/2021	Yaoundé
29	Responsable MINTP	Ingénieur des travaux de génie civil	19/11/2021	Yaoundé

30	Responsable LABOGENIE	Géotechnicien	18/11/2021	Yaoundé
31	Responsable ANOR	Administrateur de travail	18/12/2021	Yaoundé
32	Responsable MINDCAF	Géomètre-topographe	17/11/2021	Yaoundé
33	Responsable Mairie de Ville	Technicien de gestion des ressources en eau, déchets et assainissement	03/01/2022	Douala
34	Responsable service déconcentré du MINHDU	Ingénieur des travaux d'urbanisme	17/03/2022	Douala
35	Administrateur civil	Sous-Préfet	02/10/2021	Yaoundé
36	Responsable MINSANTE	Épidémiologue	22/10/2021	Yaoundé
37	Responsable du MINEPDED	Environnementaliste	01/10/2021	Yaoundé
38	Conseiller municipal	Adjoint au Maire d'une Commune d'Arrondissement	02/10/2021	Yaoundé
39	Responsable service déconcentré du MINEPDED	Environnementaliste	23/11/2021	Yaoundé
40	Responsable d'une Mairie de Ville	Ingénieur de génie rural	26/11/2021	Yaoundé
41	Conseiller municipal	Maire d'une Commune d'Arrondissement	23/03/2022	Douala
42	Responsable d'une Mairie de Ville	Cadre administratif	23/03/2022	Yaoundé
43	Responsable des services déconcentrés du MINSANTE	Administrateur de santé	05/09/2021	Yaoundé

44	Chef Centre Affaires Sociales	Administrateur des affaires sociales	24/01/2022	Douala
45	Responsable organisme des Nations Unies(OMS)	Spécialiste santé publique	10/11/2021	Yaoundé
46	Universitaire	Anthropologue	10/12/2021	Yaoundé
47	Leader traditionnel	Chef traditionnel de 3 ^e degré	03/12/2021	Yaoundé
48	Responsable MINSANTE	Ingénieur des travaux de génie civil	20/10/2021	Yaoundé
49	Responsable organisme des Nations Unies (ONU-Habitat)	Ingénieur de génie civil(bâtiment)	11/11/2021	Yaoundé
50	Responsable Commune d'Arrondissement	Administrateur communal	12/02/2022	Douala
51	Conseiller municipal	Adjoint au Maire de la Ville		Yaoundé
52	Universitaire	Juriste	26/12/2021	Yaoundé
53	Responsable MINH DU	Ingénieur génie industriel	11/10.2021	Douala
54	Personnel de santé privé	Pneumologue	21/10/2021	Yaoundé
55	Personnel de santé	Infirmière(ménagère)	13/12/2021	Yaoundé
56	Responsable en service au MINEE	Technicien des installations d'eau	10/12/2021	Yaoundé
57	Personnel de santé privé	Pharmacien	08/12/2021	Yaoundé
59	Croyant Musulman	Imam d'une mosquée de Yaoundé	05/09/2021	Yaoundé
60	Personnel service déconcentré du MINEPDED	Agent de protection urbaine	23/11/2022	Douala

ANNEXE 3: Liste des tableaux

Tableau 1 : Énumération des conventions ratifiées par le Cameroun au profit de l'environnement :

N°	Intitulé, date et lieu d'adoption	Date de Signature	Date de ratification / adhésion	Référence juridique nationale
1	Convention Cadre des Nations Unies sur les changements climatiques du 9 mai 1992 à New York	14 juin 1992	19 octobre 1994	Loi n°93/010 du 22 décembre 1993
2	Protocole de Kyoto à la convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques du 11 décembre 1997		28 août 2002	19 octobre 1994
3	Accord de Paris sur le Climat du 15 décembre 2015	22 avril 2016	29 juillet 2016	Loi n° 2016/008 du 12 juillet 2016
4	Convention sur la procédure de consentement préalable en connaissance de cause applicable dans le cas de certains produits chimiques et pesticides dangereux qui font l'objet de commerce international du 10 septembre 1998 à Rotterdam (Pays-Bas)	11 septembre 1998	24 février 2004	
5	Convention Africaine sur la Conservation de la Nature et des Ressources Naturelles du 15 septembre 1968 à Alger		29 novembre 1978	
6	Convention de Bâle sur le Contrôle des Mouvements Transfrontières des déchets Dangereux et de leur Élimination du 22 mars 1989		11 février 2001	

7	Convention de Bamako sur l'Interdiction d'importer des déchets Dangereux en Afrique et le Contrôle de leurs Mouvements Transfrontières du 30 janvier 1991			
8	Convention Relative à la Conservation des Espèces Migratrices appartenant à la Faune Sauvage du 23 juin 1979 à Bonn		07 septembre 1981	
9	Convention Internationale sur l'Intervention en Haute Mer en cas d'Accident entraînant ou pouvant entraîner une Pollution par les Hydrocarbures du 29 novembre 1969 à Bruxelles		14 mai 1984	
10	Convention des Nations Unies sur le Droit de la Mer (UNCLOS) du 10 décembre 1982 à Montego Bay			
11	Accord de coopération et de concertation entre les Etats d'Afrique Centrale sur la conservation de la faune sauvage et pour la création d'un fonds spécial pour la conservation de la faune sauvage du 16 avril 1983 à Libreville	16 avril 1983		
12	Convention des Nations Unies sur la Lutte Contre la Désertification dans les Pays gravement touchés par la sécheresse et/ou la Désertification en Particulier en Afrique du 14 octobre 1994 à Paris		29 mai 1997	
13	Convention de Ramsar Relative aux Zones Humides d'Importance Internationale, particulièrement comme Habitats de la faune sauvage du 02 février 1971			
14	Convention sur la Diversité Biologique	14 juin 1992	19 octobre 1994	Loi n°93/010 du 22 décembre 1993

15	Protocole de Cartagena sur la prévention des risques biotechnologiques relatifs à la convention sur la diversité biologique du 29 janvier 2000	09 février 2001	20 février 2003	
16	Protocole de Nagoya sur l'Accès aux Ressources Génétiques et le Partage des Avantages découlant de leur utilisation du 29 octobre 2010		30 novembre 2016	Loi n°2014/009 du 18 juillet 2014
17	Convention de Vienne pour la Protection de la Couche d'Ozone du 22 mars 1985		30 août 1989	
	Protocole de Montréal relatif à des Substances qui Appauvrissent la Couche d'Ozone du 16 septembre 1987		30 août 1989	
18	Convention sur le Commerce International des espèces de Faune et de Flore Sauvages Menacées d'Extinction (CITES) du 03 mars 1973 à Washington		05 juin 1981	
19	Convention sur les polluants organiques persistants du 22 mai 2001 à Stockholm	05 octobre 2001	19 mai 2009	Loi n°2005/003 du 28 août 2005
20	Convention de l'UNESCO sur la protection du patrimoine mondial culturel et naturel du 16 novembre 1972 à Paris		07 décembre 1982	Loi n°91/0081 du 30 juillet 1991
21	Convention relative à la coopération en matière de protection et de mise en valeur du milieu marin et des zones côtières de la région de l'Afrique de l'ouest et du centre du 23 mars 1981 à Abidjan		5 août 1984	

22	Convention sur le droit relatif aux utilisations des cours d'eaux internationaux à des fins autres que la navigation du 21 mai 1997 à New York		09 octobre 2007	
23	Convention pour la prévention et la pollution par les navires (MARPOL) du 02 novembre 1973		18 septembre 2009	Loi 98/17 du 24 décembre 1998
24	Convention internationale sur la protection des végétaux	06 décembre 1951 Entrée en vigueur le 03 avril 1952		05 avril 2006
25	Convention sur l'interdiction d'utiliser des techniques de modification de l'environnement à des fins militaires	10 décembre 1976		Loi n°2009/014 du 15 décembre 2009
26	Accord international sur les bois tropicaux du 27 janvier 2006 à Genève	13 février 2007	27 août 2009	Loi 2008/002 du 14 avril 2008
27	Convention internationale sur la préparation, la lutte et la coopération en matière de pollution par les hydrocarbures (orpc)	1990	Londres	Loi 98/17 du 24 décembre 1998
28	Convention sur l'interdiction de la mise au point, de la fabrication du stockage et de l'emploi des armes chimiques et sur leur destruction du 3 sept 1992 à Genève			Loi n°96/02 du 04 janvier 1996
29	Convention sur l'interdiction de la mise au point, de la fabrication du stockage des armes			Loi n°2009/013 du 15 décembre

	bactériologiques (biologiques) ou à toxines et sur leur destruction du 10 avril 1972			2009
30	Accord sur la conservation des oiseaux d'eau migrateurs d'Afrique- Eurasie (en relation avec la convention de Bonn 1979) du 15 août 1996 à La Haye			
31	Convention concernant la sécurité dans l'utilisation de l'amiante du 24 juin 1984 à Genève			Loi88/9 du 15 juillet 1988
32	Convention internationale sur la responsabilité civile en cas de dommages causés par la pollution d'hydrocarbures par les navires (CLC)	1992		
33	Convention Internationale sur l'Intervention en Haute Mer en cas d'Accident entraînant ou pouvant entraîner une Pollution par les Hydrocarbures, du ...1969 à Bruxelles		14 mai 1984	
34	Convention sur le criquet migrateur africain du 23 mai 1962 à Kano		27 juillet 1964	
35	Convention concernant la sécurité dans l'utilisation de l'amiante du 24 juin 1984 à Genève		20 février 1989	
36	Convention sur la sûreté nucléaire Vienne, 20 sept 1994 entrée en vigueur le 24 octobre 1996			
37	Convention sur l'assistance en cas d'accident nucléaire ou de situation d'urgence radiologique	25 septembre 1987	17 janvier 2006	
38	Traité interdisant les essais d'armes nucléaires dans l'atmosphère, dans l'espace extra-atmosphérique et sous l'eau		29 octobre 1978	

39	Convention de Vienne relative à la sécurité civile en matière de dommages nucléaires du		22 septembre 1988	
40	Convention internationale pour la protection des nouvelles variétés de flore			

Sources : www.un.org recueil des traités, chapitre XXVII : environnement ; Centre de Documentation de l'Assemblée Nationale du Cameroun.

Tableau 2: répartition des rôles et responsabilités des acteurs intersectoriels dans le cadre de riposte contre le choléra au Cameroun en 2018

N°	INTERVENANTS	ROLES ET RESPONSABILITES
1	Services du Premier Ministre	Coordination multisectorielle
2	MINSANTE	1. Planification et Mise en œuvre de la réponse santé del'épidémie. 2. Coordination, suivi et évaluation des activités Techniques 3. Planification et Mise en œuvre de la surveillanceépidémiologique 4. Organisation de la recherche opérationnelle 5. Organisation du réseau des laboratoires pour la confirmation des cas 6. Promotion de l'utilisation de l'eau potable (à travers la potabilisation de l'eau en communauté) 7. Promotion des pratiques familiales essentielles (Lavage des mains ; vaccination ; hygiène alimentaire, potabilisation de l'eau...) 8. Contrôle de la qualité bactériologique de l'eau 9. Gestion des corps (décédés de suite de choléra) 10. Elaboration et diffusion des outils éducatifs et messages
3	MINAT	1. Coordination Intersectorielle aux niveaux régionaux, départemental et communal 2. Suivi et évaluation des activités des Multisectorielles 3. Appui à la gestion des corps de suite de choléra 4. Redynamisation de la campagne d'hygiène et salubrité àséquence hebdomadaire 5. Coordination des interventions des municipalités.
4	Ministère de la Décentralisation et du Développement Local	1. Appui à la gestion des corps de suite de choléra 2. Redynamisation de la campagne d'hygiène et salubrité àséquence hebdomadaire 3. Coordination des interventions des municipalités

5	MINEE	1. Approvisionnement suffisant en eau potable 2. Cartographie de la Couverture en eau potable 3. Coordination intersectorielle du WASH (WaterSanitation and Hygiene) 4. Suivi et Evaluation des activités menées par les organismes rattachés: CAMWATER, CDE, ONG, et autres partenaires. 5. Contrôle du taux de chloration de l'eau de la CDE.
5	MINHDU	1. Application des normes en matière d'habitat, d'hygiène, de salubrité, d'enlèvement, de traitement des ordures ménagères, d'assainissement du milieu en zone urbaine 2. Réglementation de la gestion des boues de vidange 3. Elaboration des documents de planification urbaine 4. Appui en matériel d'assainissement aux communes et associations impliquées dans la lutte
6	MINESEC	1. Promotion de l'hygiène dans la communauté éducative (lavage des mains, utilisation des latrines et hygiène des denrées alimentaires) 2. Promotion des activités de l'Initiative WASH dans les établissements scolaires.
7	MINEDUB	1. Promotion de l'hygiène dans la communauté éducative (lavage des mains, utilisation des latrines et hygiène des denrées alimentaires) 2. Promotion des activités de l'Initiative WASH dans les établissements scolaires 3. Contribution à l'élaboration et diffusion des outils éducatifs et messages
8	MINESUP	1. Promotion de l'hygiène dans la communauté Universitaire (lavage des mains, utilisation des latrines et hygiène des denrées alimentaires).
9	MINCOM	1. Mobilisation de tous les médias à la communication pour la lutte contre le choléra 2. Mise en œuvre du plan média à travers des activités de communication en faveur de lutte contre le choléra. (spots, débats, tables rondes, encart dans la presse écrite...) 3. Mise en œuvre des stratégies de communication pour le développement en faveur de la prévention et la lutte contre le choléra 4. Développement des kits de communication en fonction des cibles
10	MINPOSTEL	Communication en faveur de la lutte contre le choléra à travers les opérateurs de téléphonie mobile.

11	MINT	1. Promotion de l'hygiène et diffusion des outils éducatifs dans les agences de voyages, aéroports, ports, gares ferroviaires et postes de santé aux frontières (mise en place des toilettes et latrines ; points d'eau ; sensibilisation des voyageurs et des transporteurs) 2. Renforcement des capacités des syndicats des transporteurs sur la conduite à tenir dans la gestion des cas suspects de choléra survenue en cours de voyage.
12	MINDEF	1. Diffusion des outils éducatifs dans les casernes 2. Contribution à la cartographie de la couverture en points d'eau et latrines dans les casernes 3. Promotion de l'hygiène dans les casernes (lavage des mains, utilisation des latrines et hygiène des denrées alimentaires. 4. Appui à la distribution des intrants, kits et autres matériels 5. Appui logistique (transport, désenclavement, approvisionnement en eau potable, sécurité...) 6. Appui à la prise en charge rapide des cas
13	MINJUSTICE (ADMINISTRATION PENITENTIAIRE)	Diffusion des outils éducatifs et Promotion de l'hygiène dans la communauté carcérale (lavage des mains, utilisation des latrines et hygiène des denrées alimentaires)
14	MINCOMMERCE	Application de la réglementation de la commercialisation de l'eau et denrées alimentaires.
	MINEFI	Déblocage des fonds
15	Collectivités Décentralisées Territoriales	1. Mise en œuvre de l'assainissement en milieu urbain, semi-urbain et rural 2. Mise en œuvre des activités de promotion de l'Hygiène dans la communauté 3. Appui à la collecte, transport et traitement des déchets solides et liquides 4. Mobilisation et activation des comités d'hygiène dans la communauté 5. Contrôle effectif des mesures d'hygiène dans la communauté 6. Inspection des latrines 7. Coordination des activités des Comités de Gestion des points d'eau (COGES) 8. Contribution à la gestion des corps de suite du choléra. 9. Application stricte de la réglementation en matière de circulation et vente des denrées alimentaires et de l'eau aux abords des rues et lieux publics.

16	Communauté	1. Application effective des pratiques familiales essentielles(PFE) ; 2. Signalement des cas suspects de choléra ; 3. Mise en œuvre de la surveillance à base communautaire ; 4. Prise en charge communautaire des cas suspects de choléra ; 5. Communication de proximité dans les ménages 6. Adhésion aux directives relatives à la gestion des corps du choléra à moindre risque.
17	Leaders d'opinion	1. Sensibilisation et participation à la communication en faveur de la lutte contre le choléra. 2. Appui à la promotion du lavage des mains avec du savon dans les lieux publics pendant la période critique
18	Opérateurs économiques	1. Appui à la promotion du lavage des mains avec du savon dans les lieux publics pendant la période critique. 2. Mise à disposition des kits hygiéniques
19	Partenaires (OMS, UNICEF, UNFPA, UNHCR, FAO, PAM, CDC, MSF, Plan Cameroon, CARE Cameroun, FISCR, Croix Rouge Camerounaise, IMC, OCEAC, EAA Cameroun, Représentations Diplomatiques...)	1. Appui en ressources techniques, logistiques, financières, matérielles et humaines en faveur de la lutte contre le choléra. 2. Mise à disposition des kits hygiéniques 3. Appui à la désinfection des ménages 4. Contribution à la réhydratation des malades

Source : MINSANTE, plan national de réponse à l'épidémie de choléra au Cameroun, Août-Octobre 2018, Pp 47-49, www.minsante.cm.gov

Tableau 3 : Programme intersectoriel de la 35^{ème} édition de la journée de l'Habitat, organisée par le Cameroun en collaboration avec l'ONU-Habitat en 2021 à Yaoundé, sous le thème « accélérer l'action urbaine pour un monde sans carbone »

HEURE	ACTIVITES	MODERATEUR	PANELISTES	PARTICIPANTS	LIEN ZOOM
MERCREDI 29 SEPTEMBRE 2021					
10h -11-10	Point de presse d'annonce de l'évènement / Cérémonie de lancement officiel	CRTV/Prestataire	Ministre	- Personnels du MINH DU en charge de la Panification ; - Président du CVUC ; - DG FEICOM, SIC, MAETUR, CFC	Participer à la réunion Zoom https://us02web.zoom.us/j/889 49833817 ?pwd=WXNDT0sxNmR4NGxtc2Y1N3R6SHFUUT09 ID de réunion : 889 4983 3817 Code secret : 648905
Thème 1 : Amélioration de l'hygiène et de la salubrité publique					

9h – 13h	Formation par une ONG algérienne en matière de meilleure pratique de gestion durable des déchets (Visioconférence)	Mme le DEPC/	Les experts de l'ONG algérienne	- Personnels du MINH DU en charge de la Panification ; - Président du CVUC ; - Observatoire National des Changements Climatiques ; - CANDIDATS RETENUS A L'APPEL A CONTRIBUTION ; - RAPPORTEURS MINH DU ; - MAIRES ; - INVITES INTERNATIONAUX.	Participer à la réunion Zoom https://us02web.zoom.us/j/87803059717?pwd=Z05PelprTkVSQ05zVk5RVit0WEVUQT09 ID de réunion : 878 0305 9717 Code secret : 806468

13h – 17h	SOUS-THEME N° 1: Gestion communale des déchets	Président de la session : Président des CVUC. Modérateur : Directeur Général FEICOM	• Le Sous-Directeur de l'Assainissement et du Drainage • Le représentant du MINEPDED • Le Représentant du CVUC • Le Maire de la Commune de Dschang • Le Maire de la Ville de Limbé • Pr. MOUGOUE Benoît ; • Le représentant de Namé Recycling • ONG LET'S DO IT.	Personnels du MINH DU en charge de la Panification ; Président du CVUC ; Observatoire National des Changements Climatiques ; - CANDIDATS RETENUS A L'APPEL A CONTRIBUTION Stephen Leonel ; RAPPORTEURS MINH DU ; MAIRES ; INVITES INTERNATIONAUX.	Participer à la réunion Zoom https://us02web.zoom.us/j/82395528665?pwd=VitLWdl0ZmtXZjVWMi9Wb1NwQVlnZz09 ID de réunion : 823 9552 8665 Code secret : 029247
	SOUS-THEME N° 2: Valorisation des déchets				
	SOUS-THEME N° 3: Education et mobilisation citoyenne				

JEUDI 30 SEPT EMBRE 2021					
Thème 2 : Promotion des villes durables					
9h – 11h 30	SOUS-THEME N° 1 : « Planification urbaine et adaptation aux changements climatiques »	Président de la session et Modérateur : Mme Le MINH DU ou son Représentant	Panelistes : - Monsieur TCHABAT MESMER Barbara (Chef de la Cellule des Etudes et de la Coopération/Pi) - TAMO Keynes Kacinthe - TANGMOUO TSOATA Francis - MBOMO EKANI Martin	Participants : Personnels du MINH DU en charge de la Planification ; Président du CVUC ; Observatoire National des Changements Climatiques ; - CANDIDATS RETENUS A L'APPEL A CONTRIBUTION ; RAPPORTEURS MINH DU ; MAIRES ;	Participer à la réunion Zoom https://us02web.zoom.us/j/85637438571?pwd=SmFCTnhYY2x3bDVJaHhKWUp4OGJRQT09 ID de réunion : 856 3743 8571 Code secret : 036008

			- Le MAIRE DE LA VILLE DE LIMBE - Le DIRECTEUR DE L'ENVIRONNEMENT au MINEPDED. - Le COORDONNATEUR du PDVIR - le Professeur BIKANDA	INVITES INTERNATIONAUX	
12h – 14h30	<u>SOUS-THEME</u> <u>N° 2 :</u> « Résilience et inclusion urbaines »	Président de la session et Modérateur : Professeur BIKANDA	Panelistes: - SG MINAS, - Directeur de la protection civile - Le Président des CVUC - Directeur de la Promotion du Développement	Magistrats municipaux ; Président National du CVUC ; Président de Conseils Régionaux Maires des Villes ; Candidats retenus suite à	Participer à la réunion Zoom <u>https://us02web.zoom.us/j/83588865603?pwd=WjJJanRaRjZEOTVYdzRQSWlnUkx1UT09</u> ID de réunion : 835 8886 5603 Code secret : 429101

			durable au MINEPDED - DDSU - le Responsable de SOGEFI - PDVIR,	l'appel à contribution ; MINH DU MINDCAF ; MINEE ; MINTP ; CAMWATER ; SONEL.	
14h30 – 17h	<u>SOUS-THEME</u> <u>N°3:</u> « Élaboration des plans de mobilité urbaine et préservation de l'environnement »	Président/Modérateur : Pr TCHAWA Paul (SG MINEPDED)	Panelistes : - Le Secrétaire Général du MINTRANS M. NGOUNGA MOUCHILI, Coordonnateur national des transports urbains (Mobilise your cities) - Le MAIRE DE LA VILLE DE DOUALA	- DG DE SOCATUR - DG STECY SA - PRESIDENT DU CVUC ; - CANDIDATS RETENUS A L'APPEL A CONTRIBUTION ; - RAPPORTEURS MINH DU ;	Participer à la réunion Zoom <u>https://us02web.zoom.us/j/88586538654?pwd=S3AvS0lWWVc vLzhMVEorQkgvSjc2dz09</u> ID de réunion : 885 8653 8654 Code secret : 602051

			- Le DIRECTEUR DE L'ENVIRONNEMENT au MINEPDED	- MAIRES ; - INVITES INTERNATIONAUX.	
VENDREDI 1^{ER} OCTOBRE 2021					
9h – 11h 30	<u>SOUS-THEME N°</u> 4 « Matériaux de construction et efficacité énergétique »	<u>Président</u> : SETAT/MINH DU <u>Modérateur</u> : Pr NKENG Georges ELAMBO	- Dr MEMPOUO Blaise - ONAC - MIPROMALO - DANH - Chef unité Energie urbaine (ONU-Habitat) - Samuel Beni ELLA ELLA	Magistrats municipaux ; Président National du CVUC ; Président de Conseils Régionaux Maires des Villes ; Candidats retenus suite à l'appel à contribution ; Ministères ;	Participer à la réunion Zoom <u>https://us02web.zoom.us/j/85690004839?pwd=UWw0WGpUdWhXQjdDZzBCam9BQy9wUT09</u> 9 ID de réunion : 856 9000 4839 Code secret : 708974

			- UNIVERSITE AGRO; - CIMENCAM	Etudiants, universitaires et chercheurs; Populations ; Concessionnaires ; OSC.	
12h – 15h	<u>SESSION SPECIALE COVID19 (PARALLELE)</u> THEME 3 : GESTION URBAINE DECENTRALISEE A L'EPREUVE DE LA PANDEMIE A COVID 19	<u>Président:</u> SG/MINDDEVEL <u>Modérateur :</u> M. TAKOUGANG Sipliant	Président des communes et villes unies du Cameroun (CVUC) Un représentant du Ministère de la Santé Directeur de la Protection Civile au MINATD Directeur en charge des CTD au MINDDEVEL Le Coordonnateur du PGU au MINH DU. Dr ASSEMBE Henri-Séverin	Magistrats municipaux ; Président National du CVUC ; Président de Conseils Régionaux Maires des Villes ; Candidats retenus suite à l'appel à contribution ; Ministères ; Populations ; Concessionnaires ; OSC.	Participer à la réunion Zoom https://us02web.zoom.us/j/81039515373?pwd=WGlY1pvdnF09nYjBMWERjRjRnNXdtQT09 ID de réunion : 810 3951 5373 Code secret : 158632

14h – 17h	<u>SESSION</u> <u>SPECIALE</u> <u>ONU-HABITAT</u> <u>(PARALLELE)</u> PANEL 1 : « Urbanisation durable au Cameroun dans le contexte du Covid- 19 : Apport et perspective des Partenaires au Développement pour une coordination multi institutionnelle »	<u>Modérateur :</u> Madame le Ministre (MINHDU)	Pr. MOUGOUE ; GIZ ; CUY ; CUD ; Maire de Maroua ; AFD ; DR/MINH DU/Extrême- Nord ; MINSANTE ; ONU-Habitat.	Sectorielles (MINDCAF, MINDDEVEL, MINEE, MINTP, MINEPAT, MINTRANSPORT, MINFI, MINEPDED, MINREX), SG, IG, CT et Directions du MINH DU ; Partenaires au développement (BID, UE, BAD, BM, AFD, etc.), Présidents de régions, Maires Ordres professionnels ; Etudiants, universitaires et chercheurs ; concessionnaires des réseaux (ENEO) ;	Join Zoom Meeting <u>https://us02web.zoom.us/j/89878564340?pwd=VmdYOGR5Tyt5YU9rZHNOWFlobDN2UT09</u> Meeting ID: 898 7856 4340 Passcode: 857279

				CAMWATER ; CAMTEL) ; Cabinets d’Urbanisme ; BET Populations, etc.	
SAMEDI 2 OCTOBRE 2021					

10H – 13h	<u>SESSION SPECIALE ONU-HABITAT</u> PANEL 2 : FINANCEMENT DU CLIMAT AU CAMEROUN	<u>MODERATEUR :</u> Pr TCHAWA Paul, Secrétaire Général du Ministère de l’environnement, de la Protection de la Nature et du Développement Durable- MINEPDED.	<u>Panel 1: débat</u> - PNUD ; - GIZ ; - Vincent KITIO ; - Maire de Maroua/Délégué régional du MINEPDED ; - Maires de Mokolo et Mora ; <u>Panel 2 : présentation des projets et débat (circulation du projet)</u> - Eric NTOUGOU ; - Vincent KITIO.	Les Maires des villes Les Ministères en charge du Développement Urbain, de L’environnement, de l’eau et de l’énergie, des Finances, et de la planification, de l’industrie, des transports, etc. Les organisations de la société civile incluant les femmes, jeunes et personnes vivant avec un handicap, Les ordres professionnels et les cadres municipaux, Les partenaires techniques	Join Zoom Meeting <u>https://us02web.zoom.us/j/85368503631?pwd=VE5TQ0pqSzUyV3NhelhSdU9COVU5QT09</u> Meeting ID: 853 6850 3631 Passcode: 797215

				et financiers, y inclus les philanthropiques, Les institutions financières (nationale et Internationale) ; Experts en changement climatique et résilience urbaine, Système des UN, Les institutions de recherche et universitaires.	

13h – 15h	<u>SESSION</u> <u>SPECIALE</u> <u>ONU-HABITAT</u> PANEL 3 : EXPERIENCES D’ONU-HABITAT AU CAMEROUN DANS LE CONTEXTE DU COVID-19	<u>Modérateur :</u> Représentant ONU-Habitat	- FEICOM : Point de la coopération avec ONU-Habitat ; - SIC : Point sur la mise en œuvre de l’accord de coopération avec ONU-Habitat ; - MAETUR : point de la coopération avec ONU-Habitat ; - CFC : point sur le projet « Bend sking » en cours ; - Yde 2 : Plans communaux de réponse et de relèvement face au covid	Les Maires des villes Les Ministères en charge du Développement Urbain, de L’environnement, de l’eau et de l’énergie, des Finances, et de la planification, de l’industrie, des transports, etc. Les organisations de la société civile incluant les femmes, jeunes et personnes vivant avec un handicap, Les ordres professionnels et les cadres municipaux,	Join Zoom Meeting <u>https://us02web.zoom.us/j/82699905523?pwd=Rmdjd0haSVIwcFZTK3dFSlhiVVJYdz09</u> Meeting ID: 826 9990 5523 Passcode: 401503

		19. L'expérience de Yde 2, Dla 4 et Baf 3 BIT: Partenariats des NU pour la création d'emploi en période de covid19 (BIT, FNUAP, UNESCO et ONU-HABITAT) Points focaux porteurs de projets : Pprojet URL (Ines); projet covid 19 (Abdel) projet financement climat (Eric) projet Nexus (POS mokolo et Fotokol) (christian) projet villes plus sures (Léonie) : projet UPIMC (Helen)	Les partenaires techniques et financiers, y inclus les philanthropiques, Système des UN, Les institutions de recherche et universitaires.	

Source : Programme de la 35^{eme} édition de la journée de l'Habitat, organisée par le Cameroun en collaboration avec l'ONU-Habitat en 2021 à Yaoundé, sous le thème « accélérer l'action urbaine pour un monde sans carbone »

Tableau 4 : Chronologie des textes régissant l’urbanisme au Cameroun

Année	Textes
1966	Loi n°66/10 du 18 novembre 1966 portant partie législative du code de l’urbanisme du Cameroun Oriental
1968	Texte d’application de la loi n°66/10 précisant les dispositions relatives à l’urbanisme : - Elaboration des plans ; - Création des lotissements ; - Instruction des actes d’urbanisme (permis de construire, autorisation de lotir, instruction des zones à urbaniser en priorité).
1973	Ordonnance n°73/20 du 29 mai 1973 réglementant l’urbanisme en République Unie du Cameroun. Cette ordonnance institue une commission consultative nationale de l’urbanisme et de l’habitat et abroge toutes les dispositions antérieures contraires, notamment la loi n°66/10 du 18 novembre 1966 et son décret d’application n°68/74 du 27 mars 1968.
2004	Loi n° 2004/003 du 21 avril 2004 régissant l’urbanisme au Cameroun.

2008	- Décret n°2008/0736/PM du 23 avril 2008 fixant les modalités d'élaboration et de révision des documents de planification urbaine. - Décret n°2008/0737/PM du 23 avril 2008 fixant les règles de sécurité, d'hygiène et d'assainissement en matière de construction. - Décret n°2008/0738/PM du 23 avril 2008 portant organisation des procédures et modalités de l'aménagement foncier. - Décret n°2008/0739/PM du 23 avril 2008 fixant les règles d'utilisation du sol et de la construction. - Décret n°2008/0740/PM du 23 avril 2008 fixant le régime des sanctions applicables aux infractions aux règles d'urbanisme.

Source : Tome 1 : Urbanisme Opérationnel-Introduction Générale (Loi de 2004 régissant l'urbanisme, suivie en 2008 de cinq décrets d'application)

ANNEXE 4 : AUTORISATIONS

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'étudiant **TAKOUA Boniface**, Matricule **06I255**, est inscrit en Doctorat Ph.D, Option Population et développement. Il effectue, sous la codirection du Professeur **DJOUA FEUDJIO Yves Bertrand** et du Professeur **NGUENDO-YONGSI Hénock Blaise**, un travail de recherche sur le thème : « Collaboration intersectorielle et enjeux d'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain à Yaoundé et Douala : réalités, logiques et pratiques d'acteurs ».

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 03 AOUT 2021

Le Chef de Département

Armand LEKA ESSOMBA
Maître de Conférences

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

SECRETARIAT GENERAL

DIVISION DE LA RECHERCHE
OPERATIONNELLE EN SANTE

N° D30-908 /L/MINSANTE/SG/DROS/CRSPE/BEM
Réf: V/L du 14/09/2020

REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

SECRETARIAT GENERAL

DIVISION OF HEALTH
OPERATIONAL RESEARCH

Yaoundé le 10 NOV 2020

LE MINISTRE

A

M. TAKOUA Boniface

Tel: 691596394/681774613

Objet: Demande d'Autorisation de Recherche.

Monsieur

Faisant suite à votre demande dont l'objet et les références sont repris en marge ;

J'ai l'honneur de vous signifier mon accord de principe, pour la collecte des données relatives à votre thèse de Doctorat intitulée : « Collaboration intersectorielle et intégration des objectifs de santé dans les politiques et pratiques d'habitat urbain au Cameroun (Cas de Yaoundé et Douala) ».

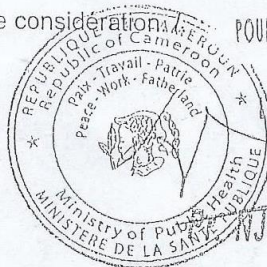
A cet effet, vous êtes invité à prendre attache avec les responsables de la Division de la Coopération (DCOOP) et de la Promotion de la Santé (DPS), sises respectivement au bâtiment principal du Ministère de la Santé Publique et au lieu-dit Jamot.

Avant et pendant la phase de collecte et de traitement de vos données, vous veillerez à vous conformer aux règles d'Ethique Universelle.

Faut-il le rappeler, vous voudrez bien au terme de votre travail, envoyer le résumé exécutif de votre travail à la Division de la Recherche Opérationnelle en Santé (DROS), à l'adresse suivante : minsantedros@yahoo.com.

Veillez agréer, Monsieur, l'assurance de ma parfaite considération.

Copie
CAB/MSP/SESP
SG/MINSANTE
DCOOP/DPS/DROS
INTERESSE



POUR LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET PAR DELEGATION
LE SECRETAIRE GENERAL

NJOCK LOUIS RICHARD

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

**MINISTRE DE L'HABITAT ET
DU DEVELOPPEMENT URBAIN**

SECRETARIAT GENERAL

DIVISION DES ETUDES, DE LA PLANIFICATION
ET DE LA COOPERATION

CELLULE DE LA COOPERATION
ET DES CONTRATS DE VILLE

N° 2396 / MINH DU/SG/DEPC/CCCV/CEA2/C8

REF : V/L du 16 juillet 2021

REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland

**MINISTRY OF HOUSING AND
URBAN DEVELOPMENT**

SECRETARIAT GENERAL

DIVISION OF STUDIES, PLANNING
AND COOPERATION

Yaoundé, le 19 AOÛT 2021

**MADAME LE MINISTRE
THE MINISTER**

A/TO

Monsieur Boniface TAKOUA

Tél : 6 91 59 63 94/6 81 77 46 13

Matricule : 061255

Objet : Votre demande d'autorisation.
de collecte des données

Monsieur,

En accusant réception de votre correspondance d'objet et de référence susvisés,

J'ai l'honneur de vous faire connaître que je marque mon accord de principe pour la mise à disposition des informations sollicitées dans le cadre de votre projet de thèse.

A cet effet, vous voudriez bien prendre l'attache en temps opportun, de la **Direction de l'Habitat Social et de la Promotion Immobilière (DHSPI)** de mon Département Ministériel sise au **6^e étage de l'immeuble Ministériel N°1, Bâtiment A, porte 06T11.**

Veuillez agréer, **Monsieur**, l'expression de ma considération distinguée.

Pour le Ministre,
et par Délégation,
Le Secrétaire Général



Nna Mathurin
Politologue
Professeur des Universités

MINISTERE DES TRAVAUX PUBLICS

SECRETARIAT GENERAL

CELLULE DE LA FORMATION

CEAI

-----8238

N° /L/MINTP/SG/CELFOR/CEAI



MINISTRY OF PUBLIC WORKS

SECRETARIAT GENERAL

TRAINING UNIT

Yaoundé le 22 SEPT 2021

LE MINISTRE DE TRAVAUX PUBLICS

A

MONSIEUR Boniface TAKOUA, Etudiant au Cycle
Doctorat Phd en Sociologie à l'Université de Yaoundé I

B.P: 755

Tél: (00237) 691 596 394

-Yaoundé-

Objet : Demande d'Autorisation de Recherche.

Monsieur,

En accusant réception de votre correspondance d'objet porté en marge,

J'ai l'honneur de vous demander de bien vouloir prendre attache avec le
**Centre de Documentation et des Archives, les Délégations Régionales des
Travaux Publics du Centre et du Littoral**, pour la mise à disposition des
informations sollicitées dans le cadre de votre recherche.

Veuillez agréer, Monsieur, l'expression de ma considération distinguée.

Copies : SG/CELFOR/Intéressé/DRTP-LT/DRTP-CE/Archives.



Emmanuel NGANOU D.

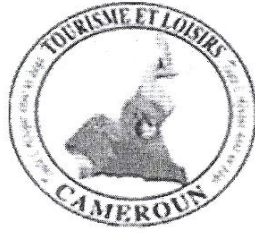
REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix-Travail-Patrie

MINISTRE DU TOURISME ET DES LOISIRS

SECRETARIAT GENERAL

DIVISION DE LA FORMATION EN TOURISME,
HOTELLERIE ET LOISIRS

CELLULE DE LA FORMATION CONTINUE ET DU
PERFECTIONNEMENT



REPUBLIC OF CAMEROUN
Peace-Work-Fatherland

MINISTRY OF TOURISM AND LEISURE

SECRETARIAT GENERAL

DIVISION FOR TOURISM, HOTEL AND LEISURE
TRAINING

UNIT FOR CONTINUOUS AND PERFECTING
TRAINING

Yaoundé, le 10 AOUT 2021

N 0857 L/MINTOUL/SG/DFTHL/CFCP/CEA1

MONSIEUR LE MINISTRE D'ETAT

A

M. Boniface TAKOUA

TEL: 691.59.63.94

- YAOUNDE -

OBJET: Votre demande d'autorisation d'effectuer des recherches.

Monsieur,

En accusant réception de votre correspondance du 16 Juillet 2021,
d'objet susvisé,

J'ai l'honneur de vous faire connaître que vous êtes autorisé à effectuer
vos recherches à la Direction des Entreprises Touristiques (DET) de mon
Département ministériel.

Vous voudrez bien en conséquence prendre l'attache avec la Division de
la Formation en Tourisme, Hôtellerie et Loisirs de mon Département Ministériel
située à l'immeuble CAMAIR-CO (3^e étage, porte 304), munie de la présente
correspondance.

Veuillez croire, Monsieur, en l'assurance de ma considération distinguée.

Copie :

- DAG ;
- DET.

Pour le Ministre d'Etat
et Par Délégation

Le Secrétaire Général



Adioro à Mamoum
Administrateur Civil Principal

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix-Travail-Patrie

MINISTRE DE LA DECENTRALISATION ET DU DEVELOPPEMENT
LOCAL

SECRÉTARIAT GÉNÉRAL

CENTRE DE DOCUMENTATION ET DES ARCHIVES

REPUBLIC OF CAMEROON
Peace-Work-Fatherland

MINISTRY OF DECENTRALIZATION AND LOCAL
DEVELOPMENT

SECRETARIAT GENERAL

DOCUMENTATION AND RECORDS CENTER

Réf : V/L du 16 juillet 2021

003088 /L/MINDDEVEL/SG/CDA/B

Yaoundé, le

05 AOÛT 2021

Le Ministre

A

Monsieur Boniface TAKOUA

(691 59 63 94)

Yaoundé

Objet : Autorisation de collecte des données au sein du MINDDEVEL
Pour la rédaction d'une thèse de Doctorat PHD

Monsieur,

En accusant réception de votre lettre citée en référence et relative à l'objet susvisé,

J'ai l'honneur de marquer mon accord pour la collecte des données au sein du département ministériel dont j'ai la charge, pour la période allant du 23 au 27 août 2021.

Vous voudrez bien prendre attache avec le Centre de la Documentation et des Archives pour les modalités pratiques.

Veillez agréer, Monsieur, l'expression de ma parfaite considération. /-



Georges ELANGA OBAM

BONIFACE TAKOUA
Matricule : 06I255
Université : Yaoundé I
Département : Sociologie
Spécialité : Population et Développement
Tel : 691 59 63 94
681 77 46 13

Yaoundé, 16 juillet 2021

A
SON EXCELLENCE LE MINISTRE DE
L'ENERGIE ET DE L'EAU

Objet : Demande d'autorisation de collecte des données
pour la rédaction de ma thèse de Doctorat PHD.

J'ai l'honneur de solliciter de votre haute bienveillance une autorisation pour mener à bien mon projet de thèse intitulé « **collaboration intersectorielle et intégration des objectifs de santé dans les politiques et pratiques d'habitat urbain au Cameroun (cas de Yaoundé et Douala)** ».

Etudiant inscrit en thèse de Doctorat PHD à l'université de Yaoundé I, votre autorisation me permettra de collecter les informations escomptées auprès des personnes ressources des services centraux et déconcentrés du Département Ministériel dont vous avez la charge.

Je vous prie de bien vouloir trouver joints les documents justifiant mon inscription en thèse.

En espérant obtenir une réponse favorable de votre part, je vous prie de croire, Excellence, à l'expression de mes salutations distinguées.

Pièces jointes :

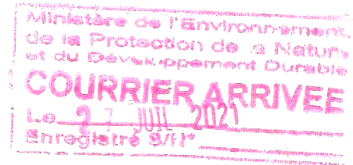
- Une copie d'attestation de Recherche ;
- Un projet de thèse ;
- Fiche d'inscription académique.



BONIFACE TAKOUA

BONIFACE TAKOUA
Matricule : 06I255
Université : Yaoundé I
Département : Sociologie
Spécialité : Population et Développement
Tel : 691 59 63 94
681 77 46 13

Yaoundé, 16 juillet 2021



A
SON EXCELLENCE LE MINISTRE DE
L'ENVIRONNEMENT, DE LA
PROTECTION DE LA NATURE ET DU
DEVELOPPEMENT DURABLE

Objet : Demande d'autorisation de collecte des données
pour la rédaction de ma thèse de Doctorat PHD.

J'ai l'honneur de solliciter de votre haute bienveillance une autorisation pour mener à bien mon projet de thèse intitulé « **collaboration intersectorielle et intégration des objectifs de santé dans les politiques et pratiques d'habitat urbain au Cameroun (cas de Yaoundé et Douala)** ».

Etudiant inscrit en thèse de Doctorat PHD à l'université de Yaoundé I, votre autorisation me permettra de collecter les informations escomptées auprès des personnes ressources des services centraux et déconcentrés du Département Ministériel dont vous avez la charge.

Je vous prie de bien vouloir trouver joints les documents justifiant mon inscription en thèse.

En espérant obtenir une réponse favorable de votre part, je vous prie de croire, Excellence, à l'expression de mes salutations distinguées.

Pièces jointes :

- Une copie d'attestation de Recherche ;
- Un projet de thèse ;
- Fiche d'inscription académique.

BONIFACE TAKOUA

BONIFACE TAKOUA

Yaoundé, le 18 novembre 2021

Matricule : 061255

Université : Yaoundé I

Département : Sociologie

Spécialité : sociologie de santé et de développement

Tel : 691 59 63 94

681 77 46 13

Au

**Représentant Résident de l'OMS au
Cameroun.**

**Objet : Demande d'autorisation de collecte de données
pour la rédaction de ma thèse de Doctorat PHD.**

J'ai l'honneur de solliciter de votre haute bienveillance une autorisation de collecte de données pour mener à bien mon projet de thèse intitulé « **collaboration intersectorielle et intégration des objectifs de santé dans les politiques et pratiques d'habitat urbain au Cameroun : Approche HiAP de l'OMS (cas de Yaoundé et Douala)** ».

Etant donné que l'approche HiAP, objet de notre recherche est une stratégie politique intersectorielle prônée par l'OMS, notre passage dans votre structure reste indispensable afin de collecter les informations nécessaires pour la rédaction de cette thèse.

Je vous prie de bien vouloir trouver joints à cette demande les documents justifiant mon inscription en thèse.

En espérant obtenir une réponse favorable de votre part, je vous prie de croire, à l'expression de ma plus haute considération.

Pièces jointes :

- Une copie de la liste de sélection en thèse
- Une copie d'attestation de Recherche
- Mon projet de thèse

Reçu à l'OMS le
14/12/2021
Wemela 

BONIFACE TAKOUA

BONIFACE TAKOUA

Matricule : 061255

Université : Yaoundé I

Département : Sociologie

Spécialité : Population et Développement

Tel : 691 59 63 94

681 77 46 13

Yaoundé, le 16 juillet 2021



DG/DPP

A

**Monsieur le Directeur de la Société
Immobilière du Cameroun (SIC)**

**Objet : Demande d'autorisation de collecte des données
pour la rédaction de ma thèse de Doctorat PHD.**

J'ai l'honneur de solliciter de votre haute bienveillance une autorisation pour mener à bien mon projet de thèse intitulé « **collaboration intersectorielle et intégration des objectifs de santé dans les politiques et pratiques d'habitat urbain au Cameroun (cas de Yaoundé et Douala)** ».

Etudiant inscrit en thèse de Doctorat PHD à l'université de Yaoundé I, votre autorisation me permettra de collecter les informations escomptées auprès des personnes ressources des services centraux et déconcentrés de la structure dont vous avez la charge.

Je vous prie de bien vouloir trouver joints les documents justifiant mon inscription en thèse.

En espérant obtenir une réponse favorable de votre part, je vous prie de croire, Excellence, à l'expression de mes salutations distinguées.

Pièces jointes :

- Une copie d'attestation de Recherche ;
- Un projet de thèse ;
- Fiche d'inscription académique.

BONIFACE TAKOUA



→ DY 28.07.21
→ 86-29-07-21

BONIFACE TAKOUA
Matricule : 061255
Université : Yaoundé I
Département : Sociologie
Spécialité : Population et Développement
Tel : 691 59 63 94
681 77 46 13

Yaoundé, le 16 juillet 2021



A

Monsieur le Directeur de la MAETUR

**Objet : Demande d'autorisation de collecte des données
pour la rédaction de ma thèse de Doctorat PHD.**

J'ai l'honneur de solliciter de votre haute bienveillance une autorisation pour mener à bien mon projet de thèse intitulé « **collaboration intersectorielle et intégration des objectifs de santé dans les politiques et pratiques d'habitat urbain au Cameroun (cas de Yaoundé et Douala)** ».

Etudiant inscrit en thèse de Doctorat PHD à l'université de Yaoundé I, votre autorisation me permettra de collecter les informations escomptées auprès des personnes ressources des services centraux et déconcentrés de la structure dont vous avez la charge.

Je vous prie de bien vouloir trouver joints les documents justifiant mon inscription en thèse.

En espérant obtenir une réponse favorable de votre part, je vous prie de croire, Excellence, à l'expression de mes salutations distinguées.

Pièces jointes :

- Une copie d'attestation de Recherche ;
- Un projet thèse ;
- Fiche d'inscription académique.

BONIFACE TAKOUA

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix Travail Patrie

MINISTERE DE LA SANTE
PUBLIQUE

SECRETARIAT GENERAL

DELEGATION REGIONALE
DU CENTRE

DISTRICT DE SANTE DE BIYEM-
ASSI



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace-Work-Fatherland

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

SECRETARIAT GENERAL

REGIONAL DELEGATION
FOR THE CENTRE

BIYEM-ASSI HEALTH DISTRICT
OFFICE

E-mail : Ce_ds_biyemassi@yahoo.fr

N° 313 / AR / MINSANTE / DRSPC / DSBA

AUTORISATION DE RECHERCHE

Je soussignée, **Mme BETE NYEMBE GISELE**, Chef de District de Santé de Biyem-Assi,

Autorise **M. BONIFACE TAKOUA**, étudiant en thèse de Doctorat PHD à l'université de Yaoundé I à faire une collecte des données dans le District de Santé de Biyem-Assi pour la rédaction de sa thèse intitulée « *collaboration intersectorielle et intégration des objectifs de santé dans les politiques et pratiques d'habitat urbain au Cameroun (cas de Yaoundé et Douala)* » du 30 aout au 30 octobre 2021.

En foi de quoi, la présente autorisation de recherche lui est établie et délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Yaoundé, le **23 AOUT 2021**

Ampliatiions :

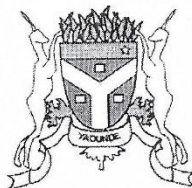
- Intéressé
- Archives/chrono

Le Chef de District de Santé


**Administrateur Principal
de la Santé Publique
Diplômé de l'ENAM**

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix - Travail - Patrie

DEPARTEMENT DU MFOUNDI
COMMUNE D'ARRONDISSEMENT DE YAOUNDE 6
SECRETARIAT GENERAL
SERVICE DES AFFAIRES GENERALES



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace - Work - Fatherland

MFOUNDI DIVISION
YAOUNDE 6TH COUNCIL
GENERAL SECRETARIAT
GENERAL AFFAIRS SERVICE

BP : 3759 YAOUNDE - MESSA

TEL / Fax (237)22.31.34.95

E-MAIL : yaounde6@yahoo.fr

AUTORISATION DE COLLECTE DES DONNEES

N° 0000093 /AR/21/CAY6/SG/SAG

LE MAIRE DE LA COMMUNE D'ARRONDISSEMENT DE YAOUNDE VI.

CHEVALIER DE L'ORDRE NATIONAL DE LA VALEUR

Autorise Monsieur TAKOUA Boniface, étudiant inscrit en thèse de doctorat PHD à l'université de Yaoundé I, à collecter des données auprès de certains Services de la Mairie de Yaoundé 6.

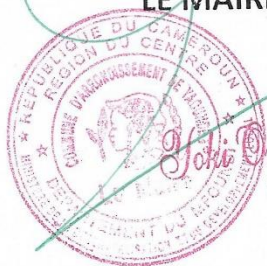
L'intéressé prendra attache avec tous les services nécessaires à la collecte des données sus-visées.

En foi de quoi la présente autorisation est délivrée à l'intéressé pour servir et valoir ce que de droit. /.

Yaoundé, le **02 SEPT 2021**
LE MAIRE

Ampliations :

- SG /Ydé 6°
- SAG/Ydé 6°
- Services consternées
- intéressé
- Archives / Chrono



Johi Onana Jacques
Maire

Douala, le 29 mai 2022

Le Directeur Général

A

Monsieur TAKOUA Boniface Charles

S/C

Monsieur le Recteur de l'Université de
Douala

DOUALA

N/Réf : N° 641 / DRHAS/SDPDC/SDC/03-2022

Objet : Autorisation de collecte des données.

Monsieur,

Faisant suite à votre demande d'autorisation de collecte des données du 18 novembre 2021 dans le cadre de la rédaction du projet de thèse de Doctorat PHD intitulé : « **collaboration intersectorielle et intégration des objectifs de santé dans les politiques et pratiques d'habitat urbain au Cameroun (cas de Yaoundé et Douala)** »

Je marque mon accord à l'objet précisé en marge, ce au sein des Directions Régionales de Douala et de Yaoundé Agglomérations pendant la période du 04 avril au 30 juin 2022.

Vous veillerez à nous faire tenir les résultats de vos travaux y relatifs.

Veuillez agréer, **Monsieur**, l'expression de mes salutations distinguées. /-



Le Directeur Général

Botengui Germain

Cameroon water utilities corporation

Société à Capital Public de 6,5 milliards de F CFA
BP 524 Koumassi, Douala, Cameroun - RCCM /DLA/2006/B/1204
NIU : M120500021256K
Tél. : +237 243 42 96 84 / 243 43 72 69 - Fax : +237 243 43 72 70
Site Web: www.camwater.cm - Email: infos@camwater.cm
Call center : 8121

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix- Travail- Patrie

DEPARTEMENT DU MFOUNDI

COMMUNAUTE URBAINE DE YAOUNDE

SECRETARIAT GENERAL

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

SOUS-DIRECTION DE L'ADMINISTRATION
DES RESSOURCES HUMAINES

SERVICE DE L'ADMINISTRATION
DU PERSONNEL



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace - Work - Fatherland

MFOUNDI DIVISION

YAOUNDE CITY COUNCIL

GENERAL SECRETARIAT

DEPARTMENT OF HUMAN
RESOURCES

SUB-DEPARTMENT OF HUMAN
RESOURCES DEVELOPMENT

DEPARTEMENT OF PERSONNEL
ADMINISTRATION

N° 1178 /L/DM/CUY/SG/DRH/SDARH/SAP/21

Yaoundé, le **30 AOUT 2021**

LE MAIRE DE LA VILLE DE YAOUNDE

A

Monsieur TAKOUA Boniface
Etudiant en thèse de Doctorat PHD
à Université de Yaoundé I
Tel : 691 59 63 94/681 77 46 13
YAOUNDE

Réf : V/L du 02 août 2021

Objet : Demande d'autorisation de
Collecte des données.

Monsieur,

Faisant suite à votre correspondance dont la référence et l'objet sont repris en marge,

J'ai l'honneur de vous faire connaître que, je marque mon accord pour vous permettre de collecter auprès de certains responsables de la Communauté Urbaine de Yaoundé, les données relatives à l'élaboration de votre projet de mémoire intitulé « collaboration intersectorielle et intégration des objectifs de santé dans les politiques et pratiques d'habitat urbain au Cameroun (cas de Yaoundé et Douala) ».

Vous voudrez bien, prendre respectivement attache avec les Directeurs de l'Urbanisme, de l'Architecture et du Cadre de Vie et du Bon Ordre Urbain de la Communauté Urbaine de Yaoundé, pour les modalités relatives à la réalisation de cette activité.

Veuillez agréer, *Monsieur*, l'expression de ma parfaite considération.



POUR LE MAIRE DE LA VILLE DE YAOUNDE ET PAR DELEGATION
OR THE MAYOR OF YAOUNDE CITY AND BY DELEGATION
LE SECRETAIRE GENERAL
THE GENERAL SECRETARY

Aliga Ebana Herman Bertrand
Administrateur Civil Principal

BONIFACE TAKOUA
Matricule : 06I255
Université : Yaoundé I
Département : Sociologie
Spécialité : Population et Développement
Tel : 691 59 63 94
681 77 46 13



Yaoundé, le 18 novembre 2021



**Monsieur le Directeur Général de
Eneo**

**Objet : Demande d'autorisation de collecte des données
pour la rédaction de ma thèse de Doctorat PHD.**

J'ai l'honneur de solliciter de votre haute bienveillance une autorisation pour mener à bien mon projet de thèse intitulé « **collaboration intersectorielle et intégration des objectifs de santé dans les politiques et pratiques d'habitat urbain au Cameroun (cas de Yaoundé et Douala)** ».

Etant donné que l'énergie participe au renforcement des conditions sanitaires des populations et constituent à cet effet un élément fondamental et indispensable du bien-être social, mental et psychologique, nous souhaitons avoir les informations sur les points ci-après :

- les différents secteurs avec lesquels vous collaborez pour offrir aux camerounais une énergie de qualité ;
- Les différentes stratégies mises en œuvre pour offrir au camerounais une énergie de qualité ;
- Les différents textes réglementaires qui régissent votre fonctionnement ;
- Les difficultés rencontrées dans le cadre de vos missions ;
- Les différentes recommandations.

En effet, votre autorisation me permettra de collecter les informations escomptées auprès des personnes ressources des services dont vous avez la charge.

En espérant obtenir une réponse favorable de votre part, je vous prie de croire, Monsieur le Directeur Général, à l'expression de ma plus haute considération.

Pièces jointes :

- Une copie de la liste de sélection en thèse ;
- Une copie d'attestation de Recherche ;
- Un projet de thèse ;

BONIFACE TAKOUA

BONIFACE TAKOUA
Matricule : 06I255
Université : Yaoundé I
Département : Sociologie
Spécialité : Population et Développement
Tel : 691 59 63 94
681 77 46 13

Yaoundé, le 22 juillet 2021

AU
DIRECTEUR EXECUTIF DU
FIS CAMEROUN: FOR IMPACTS IN
SOCIAL HEALTH



**Objet : Demande d'autorisation de collecte des données
pour la rédaction de ma thèse de Doctorat PHD.**

J'ai l'honneur de solliciter de votre haute bienveillance une autorisation pour mener à bien mon projet de thèse intitulé « **collaboration intersectorielle et intégration des objectifs de santé dans les politiques et pratiques d'habitat urbain au Cameroun (cas de Yaoundé et Douala)** ».

Etudiant inscrit en thèse de Doctorat PHD à l'université de Yaoundé I, votre autorisation me permettra de collecter les informations escomptées auprès des personnes ressources des services centraux et déconcentrés de la structure dont vous avez la charge.

Je vous prie de bien vouloir trouver joints les documents justifiant mon inscription en thèse.

En espérant obtenir une réponse favorable de votre part, je vous prie de croire, Excellence, à l'expression de mes salutations distinguées.

Pièces jointes :

- Une copie d'attestation de Recherche ;
- Un projet thèse ;
- Fiche d'inscription académique.

BONIFACE TAKOUA

BONIFACE TAKOUA
Matricule : 06I255
Université : Yaoundé I
Département : Sociologie
Spécialité : Population et Développement
Tel : 691 59 63 94
681 77 46 13

Yaoundé, le 18 novembre 2021



Monsieur le Directeur Général de
HYSACAM CAMEROUN

**Objet : Demande d'autorisation de collecte des données
pour la rédaction de ma thèse de Doctorat PHD.**

J'ai l'honneur de solliciter de votre haute bienveillance une autorisation pour mener à bien mon projet de thèse intitulé « **collaboration intersectorielle et intégration des objectifs de santé dans les politiques et pratiques d'habitat urbain au Cameroun (cas de Yaoundé et Douala)** ».

Etant donné que l'activité de collecte des déchets participe à l'assainissement de l'environnement, au renforcement des conditions sanitaires des populations et constitue à cet effet un élément fondamental et indispensable du bien-être social, mental et psychologique, nous souhaitons avoir les informations sur les points ci-après :

- les différents secteurs avec lesquels vous collaborez pour faciliter la collecte des déchets ;
- Les différentes stratégies mises en œuvre pour collecter les déchets ;
- Les différents textes réglementaires qui régissent votre fonctionnement ;
- Les difficultés rencontrées dans le cadre de vos missions ;
- Les différentes recommandations.

En effet, votre autorisation me permettra de collecter les informations escomptées auprès des personnes ressources des services dont vous avez la charge.

En espérant obtenir une réponse favorable de votre part, je vous prie de croire, Monsieur le Directeur Général, à l'expression de ma plus haute considération.

Pièces jointes :

- Une copie de la liste de sélection en thèse ;
- Une copie d'attestation de Recherche ;
- Un projet de thèse ;

BONIFACE TAKOUA

BONIFACE TAKOUA
Matricule : 06I255
Université : Yaoundé I
Département : Sociologie
Spécialité : Population et Développement
Tel : 691 59 63 94
681 77 46 13

Yaoundé, le 09 aout 2021

AU

**DELEGUE DEPARTEMENTAL DE
MINEPDED DU MFOUNDI**

**Objet : Demande d'autorisation de collecte de données
pour la rédaction de ma thèse de Doctorat PHD.**

J'ai l'honneur de solliciter de votre haute bienveillance, une autorisation de collecte de données pour la rédaction de ma thèse intitulée « **collaboration intersectorielle et intégration des objectifs de santé dans les politiques et pratiques d'habitat urbain au Cameroun (cas de Yaoundé et Douala)** ».

Etudiant inscrit en thèse de Doctorat PHD à l'université de Yaoundé I, l'obtention de cette autorisation me permettra de collecter les informations nécessaires auprès des personnes ressources de la structure dont vous avez la charge afin de mener à bien la rédaction de ladite thèse.

Je vous prie de bien vouloir trouver joints les documents justifiant mon inscription en thèse.

En espérant obtenir une réponse favorable de votre part, je vous prie de croire à l'expression de ma plus haute considération.

Pièces jointes :

- Une copie du projet de thèse
- Une copie d'attestation de Recherche
- Une copie de la fiche d'inscription académique

le 11/08/2021
bon
[Signature]

[Signature]
[Signature]

BONIFACE TAKOUA

Yaoundé, le 02 août 2021

Matricule : 061255

Université : Yaoundé I

Département : Sociologie

Spécialité : Population et Développement

Tel : 691 59 63 94

681 77 46 13

Le 11/08/2021
[Signature]

**Au
Président du CRERSH-Ce**

Objet : Demande de clairance d'éthique pour la rédaction de ma thèse de Doctorat PHD.

J'ai l'honneur de solliciter de votre haute bienveillance la clairance d'éthique pour mener à bien mon projet de thèse intitulé « **collaboration intersectorielle et intégration des objectifs de santé dans les politiques et pratiques d'habitat urbain au Cameroun (cas de Yaoundé et Douala)** ».

Etudiant inscrit en thèse de Doctorat PHD à l'université de Yaoundé I, cette clairance d'éthique me permettra de collecter les informations escomptées auprès des personnes ressources afin de rédiger un travail qui respecte l'éthique scientifique.

En espérant obtenir une réponse favorable de votre part, je vous prie de croire, à l'expression de mes salutations distinguées.

[Signature]

BONIFACE TAKOUA

BONIFACE TAKOUA
Matricule : 06I255
Université : Yaoundé I
Département : Sociologie
Spécialité : Population et Développement
Tel : 691 59 63 94
681 77 46 13

Yaoundé, le 09 aout 2021

AU

**DELEGUE DEPARTEMENTAL DE
L'EAU ET DE L'ENERGIE DU
MFOUNDI**

**Objet : Demande d'autorisation de collecte de données
pour la rédaction de ma thèse de Doctorat PHD.**

J'ai l'honneur de solliciter de votre haute bienveillance, une autorisation de collecte de données pour la rédaction de ma thèse intitulée « **collaboration intersectorielle et intégration des objectifs de santé dans les politiques et pratiques d'habitat urbain au Cameroun (cas de Yaoundé et Douala)** ».

Etudiant inscrit en thèse de Doctorat PHD à l'université de Yaoundé I, l'obtention de cette autorisation me permettra de collecter les informations nécessaires auprès des personnes ressources de la structure dont vous avez la charge afin de mener à bien la rédaction de ladite thèse.

Je vous prie de bien vouloir trouver joints les documents justifiant mon inscription en thèse.

En espérant obtenir une réponse favorable de votre part, je vous prie de croire à l'expression de ma plus haute considération.

Pièces jointes :

- Une copie du projet de thèse
- Une copie d'attestation de Recherche
- Une copie de la fiche d'inscription académique



BONIFACE TAKOUA
Matricule : 06I255
Université : Yaoundé I
Département : Sociologie
Spécialité : Population et Développement
Tel : 691 59 63 94
681 77 46 13

Yaoundé, le 09 aout 2021



**DELEGUE DEPARTEMENTAL DE
L'HABITAT ET DU DEVELOPPEMENT
URBAIN DU MFOUNDI**

**Objet : Demande d'autorisation de collecte de données
pour la rédaction de ma thèse de Doctorat PHD.**

J'ai l'honneur de solliciter de votre haute bienveillance, une autorisation de collecte de données pour la rédaction de ma thèse intitulée « **collaboration intersectorielle et intégration des objectifs de santé dans les politiques et pratiques d'habitat urbain au Cameroun (cas de Yaoundé et Douala)** ».

Etudiant inscrit en thèse de Doctorat PHD à l'université de Yaoundé I, l'obtention de cette autorisation me permettra de collecter les informations nécessaires auprès des personnes ressources de la structure dont vous avez la charge afin de mener à bien la rédaction de ladite thèse.

Je vous prie de bien vouloir trouver joints les documents justifiant mon inscription en thèse.

En espérant obtenir une réponse favorable de votre part, je vous prie de croire à l'expression de ma plus haute considération.

Pièces jointes :

- Une copie du projet de thèse
- Une copie d'attestation de Recherche
- Une copie de la fiche d'inscription académique

RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie
UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I

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

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



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland
THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

GRADUATE SCHOOL FOR THE SOCIAL AND
EDUCATIONAL SCIENCES

DOCTORAL RESEARCH UNIT FOR THE
SOCIAL SCIENCES

B. P. : 755 Yaoundé
Email : urfdshsuy1@gmail.com
Siège : Bâtiment annexe à côté de l'AUF

Réf : **22-0066** /UYI/CRFD_SHSE/URFD_SHS

Yaoundé, le **21 JUL 2022**

ATTESTATION D'ETAT D'AVANCEMENT DE DEUXIEME ANNEE DE DOCTORAT

Le candidat **TAKOUA Boniface**, Matricule **06I255** inscrit au département de **Sociologie**, sélectionné au cours de l'année académique **2019-2020**, travaillant sur le thème *Collaboration intersectorielle et intégration des objectifs de santé dans les politiques et pratiques d'habitat urbain à Douala et à Yaoundé : réalités, logiques et pratiques d'acteurs*, sous la direction **Djoula Feudjio Yves Bertrand**, Maître de Conférences, et de **Hénock Blaise NGUENDO-YONGSI**, Maître de Conférences, a subi avec succès l'évaluation d'état d'avancement marquant le passage du doctorat 2 au doctorat 3 devant un jury constitué de :

Noms et prénom des membres du jury	Grade
BIOS NELEM CHRISTIAN	M. e
MELIKI HUGUES MORELL	e. e

La présente évaluation a été sanctionnée par une note de **65/100** autorisant le candidat à être considéré comme doctorant de 3^{ème} année.

En foi de quoi, cette attestation lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Le Coordonnateur de l'URFD/SHS



Pr. Armand LEKA ESSOMBA
Maître de Conférences

ANNEXE 5 : NOTICES D'INFORMATION ET FORMULAIRES DE CONSENTEMENT

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR PARTICIPATION A L'ETUDE SUR LA COLLABORATION INTERSECTORIELLE EN FAVEUR DE L'INTÉGRATION DES OBJECTIFS DE SANTÉ DANS LES POLITIQUES D'HABITAT URBAIN A YAOUNDÉ ET DOUALA : ENJEUX, LOGIQUES ET PRATIQUES D'ACTEURS

Je soussigné.....

Avoir été invité à participer à l'étude intitulé « Collaboration intersectorielle en faveur de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain à Yaoundé et Douala : Enjeux, logiques et pratiques d'acteurs ».

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués par l'enquêteur..... et dont l'investigateur principal est : TAKOUA Boniface, doctorant en sociologie à l'Université de Yaoundé I.

- J'ai bien compris la notice d'information qui nous a été remise concernant cette étude
- On m'a bien lu et expliqué la notice d'information relative à cette étude
- J'ai bien compris le but et les objectifs de cette étude
- Les risques et bénéfices m'ont été présentés et expliqués
- On m'a expliqué que je suis libre d'accepter ou de refuser d'y participer

Je consens que toutes les informations qui se rapportent à l'étude puissent être accessibles au responsable de l'étude et éventuellement au pouvoirs publics et à la communauté nationale et internationale. Les informations seront traitées dans le plus strict respect du secret professionnel et que mon anonymat sera préservé.

Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à l'étude qui m'est proposée.

Fait à 12/02/2024

le

Nom et signature de l'enquêteur

TAKOUA Boniface
TAKOUA

Signature du participant

NOTICE D'INFORMATION

L'ÉTUDE SUR LA COLLABORATION INTERSECTORIELLE EN FAVEUR DE L'INTÉGRATION DES OBJECTIFS DE SANTÉ DANS LES POLITIQUES D'HABITAT URBAIN A YAOUNDÉ ET DOUALA : ENJEUX, LOGIQUES ET PRATIQUES D'ACTEURS

TAKOUA Boniface, doctorant à l'Université de Yaoundé, Département de Sociologie effectue une étude intitulée « **Collaboration intersectorielle en faveur de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain à Yaoundé et Douala : Enjeux, logiques et pratiques d'acteurs** ». L'étude se déroule au cours des années 2021-2022 et a pour objectif principal d'identifier et de comprendre les logiques et pratiques qui sous-tendent l'appropriation de l'approche de collaboration intersectorielle en faveur de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain à Yaoundé et Douala.

Le protocole de l'étude implique la participation des informateurs impliqués dans les collaborations intersectorielles en vue d'intégration des questions de santé dans les politiques des établissements humains dans les politiques économique et politique du Cameroun. Il n'y a aucun risque d'y prendre part.

Toutefois, les droits des participants seront respectés tout au long de l'étude, toutes les informations collectées seront analysées dans la stricte confidentialité, pour garantir la protection de la vie privée des participants. Le chercheur ne divulguera aucune information à d'autres personnes, n'aura besoin d'aucune information confidentielle qui concerne l'informateur dont sa participation dépend de lui-même et il peut cesser d'y prendre part à tout moment. Les analyses seront effectuées à travers les informations collectées pendant les entretiens et à la fin de l'étude.

La contribution des participants à cette étude est d'une très grande valeur, car elle permettra de mieux comprendre les enjeux et les goulots d'étranglement liés à l'apparition du HiAP dans le secteur d'habitat urbain à Yaoundé et Douala, Elle permettra également de mieux saisir les déterminants de santé urbaine ainsi que les différentes stratégies politiques adoptées et mises en œuvre par le Cameroun pour y riposter, ainsi que les expériences de collaboration vécues par les acteurs à l'effet de promouvoir les questions de santé urbaine. Elle aidera à renforcer les connaissances dans ce domaine et pourrait éventuellement conduire à l'amélioration des stratégies de collaboration intersectorielle au profit de la promotion des objectifs de santé urbaine.

INDEXES DES AUTEURS

A

Abbé Pierre, 95
 Aboubakar Njoya, 113
 Abraham Maslow, 132
 Abraham Wandersman, 335
 Adnan Hyder, 203, 204
 Alain Blanchet, 53
 Alain Le Vigouroux, 183
 Alain Touraine, 47
 Albert Bandura, 313, 314
 Albert Same Ekobo, 118
 Albert Same Ekobo,, 118
 Alex Mucchielli, 47
 Alexandre -Dieudonné Tjouen, 385
 Alexandre Kiss, 234
 Alvin Gouldner, 43
 André Tientcheu Njiako, 389, 390
 Andrea Rounce, 340
 Angela Lawless, 14, 20, 23, 24
 Anna Lucia, 10, 23, 425
 Anne Gotman, 53
 Anne Guichard, 106, 300
 Antigone Mouchtouris, 50
 Anton Lager, 339
 Assako Assako, 72, 113, 114, 122, 123,
 133, 417
 Athanase Bopda, 112
 Audrey Koorsgaard, 323
 Aurelien Abrassart, 10, 23
 Awono Abodo, 112

B

Balise Nguendo-Yongsi Henock, 120
 Barbara Crosby, 59, 60
 Barton, 59, 414
 Beaux Jean-François, 117
 Benjamin Matalon, 48, 53, 414
 Benoit Lévesque, 237
 Benoit Mougoué, 128, 215
 Bernt Lundgern, 3, 4, 17
 Beti Thompson, 324
 Bjoorn Fossum, 339
 Blaise Nguendo-Yongsi, 6, 8, 9, 11, 38, 40,
 41, 55, 56, 71, 72, 107, 115, 119, 283,
 302, 304, 308, 322, 357, 359, 375, 379
 Boniface Takoua, 73, 75, 81, 82, 88
 BonifaceTakoua, 88, 89
 Bull Bellew,, 25

C

Cameroun, 5
 Carmel Williams, 14, 20, 23, 24
 Carole Daveluy, 334, 336
 Caryn Bell,, 108
 Catherine Burrows, 294
 Catherine Durose, 304, 340
 Catherine Jones, 15, 16, 22, 337, 366
 Catherine Tsourou, 25, 29, 59, 62, 63, 126,
 185, 381
 Céline Bellot, 308
 Charles Ateba Eyene, 104, 105
 Charles Ayene Eyene, 105

Charlotte Lowrie, 307
 Charte d'Ottawa, 35, 57, 62, 108, 301, 329
 Châteauneuf-Grasse, 123
 Chofo Zoum, 118
 Christer Hogstedt, 3, 4, 17
 Christian Watat, 389
 Christophe Commeyras, 98, 99
 Christophe Foe Ndi, 189, 190
 Christopher Peterson, 313, 314
 Claire Greszczuk, 309
 Cynthia Hardy, 309, 345

D

Daline Nora Kenfack Momo, 6, 8, 38, 41, 55, 107, 115
 Danny Broderick, 14, 20, 23, 24
 David Keast, 294
 David Mcqueen, 15, 16, 22, 337
 Deborah Wildgoose, 14, 20, 23, 24
 del Bayle, 48, 414
 Délano Harisson Nguetsop, 115, 116
 Dennis Mcdermott, 14, 20, 23, 24
 Didier Truchet, 229
 Dika Akwa Nya Bonanbela, 387
 Dominique Meva'a Abomo, 72, 370
 Dominique Meva'A Abomo, 118, 122, 123
 Doran, 422

E

Eero Lahtinen, 341, 362, 363
 Eeva Ollila, 23, 341, 362, 363
 Elisa Weiss, 345
 Elizabeth Hrris, 14, 20, 23, 24

Elvire Mireille Inés Mendo Me Mfou, 115, 173
 Emile Durkheim, 59
 Emile Tanawa, 74
 Erhard Friedberg, 311, 320, 327, 328, 347, 348, 380
 Eva Ollila, 3, 13, 18, 60, 329, 366

F

FEICOM, vi, 133, 201, 205, 208, 209, 210, 233, 235, 289, 367, 370, 405, 408, xii, xxxv, xxxvii, xlvii
 Fifen Alassa, 189, 190
 Fiona Bull, 25
 Florence Weber, 50, 414
 Fran Baum, 14, 20, 23, 24
 Francois Assogba-Komlan, 113
 Francois Bourdillon, 60, 62
 François de Singly, 51
 Francois Tiani Keou, 224, 274
 Françoise Choay, 64
 Frederick Ato Armah, 8, 55
 Friedberg Erhard, 312, 313, 413, 419
 Frnaces Butterfoss, 335
 Frnacois Bourdillon, 402

G

Genesis Tambang Yengoh, 8, 55
 Geneviève Cloutier, 24
 Georges Balandier, 53
 Georges Fraser, 335, 337, 343
 Georges Gurvitch, 53
 Gerald Mackean, 294

Gerard Divay, 59
 Gilles Herbert Fotso, 211
 Gilles Roger Belinga, 192
 Gilles Senecal, 24
 Gisèle Gro, 22, 23, 43, 61
 Godelieve Masuy-Stroobant, 97
 Goran Dahlgren, 31, 316, 319, 320
 Graff, 10, 23, 425
 Gratien Tchiadeu, 116
 Guy Rocher, 413
 Guy Waffeu Sadeu, 8, 11, 38, 39, 55, 349,
 351, 358, 361

H

Health Policy, 3, 17, 21, 24, 29, 31, 299,
 339, 417, 420
Hélène Pagezy, 123
 Henri Mendras, 47
 Henrik Moberg, 3, 4, 17
 Hugh Barton, 25, 29, 62, 63, 126, 185, 381
 Huguette Emvoutou, 117

I

Idir Kendel, 203
 Ilona Kickbusch, 23, 24, 309, 366
 Ilona Kickbush, 14, 20, 23, 24

J

Jacques Bourgault, 343
Jacques Champaud, 123, 385
 James Frankish, 324
 Jean Claude Combessie, 48, 49
 Jean Claude Tekeu, 198

Jean Horwath, 308
 Jean Panet-Raymond, 308
 Jean Pierre Ymele,, 227
 Jean Rolin Ndo, 98, 99
 Jean Serges Ndonga, 8, 11, 38, 39, 55,
 349, 351, 358, 361
 Jean Vincent Tchienehom, 222
 Jean-Charles Basson, 346
 Jean-Daniel Reynaud, 348, 380, 415, 418
 Jean-Denis Kramkimel, 156, 428
 Jean-Francois René, 308
 Jean-Louis Loubet, 48
 Jean-Luc Piermay, 391
 Jean-Paul Fortin, 22, 23, 43, 61
 Jean-Pierre Beurier, 234
 Jean-Pierre Diehl,, 373
 Jean-Pierre Durand, 49
 Jennie Popay, 14, 20, 23, 24
 Jennifer Mason, 51, 405
 Joarder,, 292, 420
 Joël Simplicie Tcheunteu Simo, 118
 Joël Simplicie Tchuenteu Simo, 117
 Johanne Gagnon, 47, 52, 405
 John Allegrante, 345
 John Bryson, 59, 60
 John Creswell, 47, 51
 John Maynard Keynes, 126
 Jonas Kana, 6, 11, 38, 39, 40, 103, 104,
 105
 José Atangana,, 8, 11, 38, 39, 55, 349, 351,
 358, 361
 Joseph Magloire Olinga Olinga, 116
 Joseph Pascal Mbaha, 116
 Joseph PascalMbaha, 116

Joseph Wethé, 74

Jourdam-Boutin, 193

Joy Mauti, 33, 34, 35, 36

Julia Caplan, 15, 334

K

Karen Lock, 299

Karin Guldbrandsson,, 339

Katherine Frohlich, 106

Keith Bowering, 294

Ken Judge, 325

Kevin Buckett, 24, 366

Khartoum, 34

Kilian Kunzi, 10, 23

Kimmo Leppo, 3, 13, 18, 23, 60, 329, 341,
362, 363, 366

L

Larry Lutton, 51

Laurent Parrot, 113

Lawrence Green, 324, 335

Léa Methe Myrand, 24

Lee Berney, 325

Lincoln D'Souza, 294

Linda Bauld, 325

Linda Rudolph, 334, 426

Lise Renaud, 335

Louis Bernard Tchuikoua, 72

Louise Potvin, 60, 106, 300

Louise St-Pierre, 4, 11, 16, 17, 237, 337,
340, 341, 342

Lucie Pepin, 16, 17, 66

Ludovic Temple, 112, 113

M

MacDougall, 14, 20, 23, 24, 417

Madeleine Grawitz, 42

Maggie Black, 100

Magie Davies,, 15, 16, 22, 337, 366

Magloir-Désiré MOUNGANGA, 119

MalcolmWard, 3, 17

Marc Lalonde, 295, 296

Margaret Whitehead, 31, 316, 319, 320

Margie Peden, 203, 204

Marian Barnes, 325

Marian Jarlenski,, 108

Marie-Claude Prémont, 59

Marie-Fabienne Fortin, 47, 52, 405

Marina Honta, 346

Mark Exworthy, 325

Marthe Deschesnes, 297, 298, 306, 312,
313, 314, 320, 324

Martin Andrew Powell, 325

Martin Elouga, 86, 421

Martin Goyette, 308

Martin McKee, 299

Mathias Wismar, 3, 13, 18, 60, 341, 362,
363, 366

Matthias Wismar, 15, 16, 22, 329, 337,
366

Maurice Kamto, 224, 372, 390

Mauricio Gomez Zamudio, 335

Max Elden, 321, 322

Max Sorre, 63

Mebenga Tamba, 86, 421

Mélisa Audet, 106, 108, 424

Melissa Middleton Stone, 59, 60

Michael Marmot, 108, 237, 294, 307
 Michaela Benzeval, 325
 Micheal Maramot, 14, 20, 23, 24
 Michel Crozier, 347, 348
 Michel Radoux, 74
 Michelle Zazanis, 313, 314
 Mielle O'Neill, 22, 23, 43, 61
 Modeste Bouabre Gnoka, 9, 55, 119
 Mohamadou Mbedoum, 81
 Mohamadou Sall, 95
 Mona Backhans, 3, 4, 17
 Mona Gil De Gibaja, 294
 Moncher Nsangou Moustapha, 245, 246,
 247, 248
 Morten Levin, 321, 322
 Mylène Lagarde, 10

N

Nancy Adler, 108
 Nancy Milio, 342
 Naomi I Brill, 43
 Nga Ndong, 86, 375, 421
 Nicole Bernier, 299, 300
 Nicole Dallaire, 308
Nicole Vernazza-Licht, 123
 Norman Beaudry, 340
 Nuzhat Lotia, 309

O

Ould Sidi Cheikh, 119

P

Pascal Metzger, 272

Pascale Metzger, 96
 Patricia Sloper, 309, 310, 311
 Patrice Bigombe Logo, 224
 Patrick Gubry, 97, 99
 Paul BIYA, 65, 165
 Paul Blaise Mabou, 352, 355, 356, 358
 Paul Hengue, 384
 Paul Lamarche, 22, 23, 43, 61
 Paul Martin, 6, 11, 38, 39, 40, 103, 104,
 105
 Paul Moustier, 112
 Paul N'da, 12
 Paula Rochon, 203
 Paule Moustier, 113
 Peter Blau, 43
Pierre Baudot, 123
 Pierre Cantrelle, 96
 Pierre Merlin, 64
 Pierre Ongol Zogo, 8, 11, 38, 39, 55, 349,
 351, 358, 361
 Pierre Ongolo Zogo, 6, 38, 40, 349, 357
 Pierre Ozer, 119
 Pieter Degeling, 322
 Point de repère, 75
 Prosper Asaa, 112
 Prouzet Michel, 373, 416

R

Ramsés Abomo Akono, 90, 91
 Raphaël Okalla, 183
 Rayaud Denis, 100
 Raynald Pineault, 334, 336
 Raynaud Denis, 94

Rebecca Miller, 345
 René Joly, 72, 113, 114, 122, 123, 133, 417
 René Lapierre, 343
 Richard Dackam Ngatchou, 99
 Richard Mayer, 322
 Richard Scurfield, 203, 204
 Richard Wilkinson, 237, 294
 Robert Bos, 316
 Robert Durant, 237
 Robert Geneau, 335, 337, 343
 Robert Goodman, 335
 Robert Savy, 391
 Robert Weil, 49
 Rodolphe Ghiglione, 48
 Roje Tadjie, 384, 390
 Ron Draper, 342
 Rostant Mbella Mbong, 115, 116
 Roz Lasker, 345
 Rudolph Linda, 14, 15, 427
 Rudolphe Ghiglione, 53, 414

S

Sandrine Maljean-Dubois, 234
 Sara Bleich, 108
 Sarah Cook, 3, 13, 18, 60, 366
 Sarker, 24, 292, 328, 345, 410, 420
 Sebastian Pena, 23, 329
 Sebastià Pena, 3, 13, 18, 60, 366
 Serge Belley, 59
 Sethson Kassegne, 96
 Smith Thapa, 4, 18
 Stéphane Beaud, 50, 414

Stéphane Doumbe-Billé, 269
 Stephen Zaccaro, 313, 314
 Susan Kinne, 324

T

Thomas LaVeist, 108
 Tiani Keou Francis, 214, 416
 Timo Stahl, 341, 362, 363
 Tolu Oni, 6, 8, 38, 41, 55, 107, 115
 Tom Evans, 298
 Tom Ling, 305
 Toni Delany, 14, 20, 23, 24
 Tony Morrison, 308
 Trevor Hancock, 58
 Trish Muzenda, 6, 8, 38, 41, 55, 107, 115

V

Valentin Nga Ndong, 86, 97, 109, 375
 Valentin Ngo Ndong, 109
 Vega J, 298
 Victoria Barr, 337, 342
 Vincent Lemieux, 22, 23, 43, 44, 61
 Vincent Lumineux, 44
 Virginia Blair, 313, 314
 Vivian Lin, 15, 16, 22, 309, 337, 366
 Von Hagen, 307

W

Wagstaff Adam, 101, 102, 423
 Wayne Evans, 294
 Wilbert Keon, 16, 17, 66
 William Gamson, 43, 61
 William Richardson, 345

William Torbert, 323

Y

Yolande Fouda, 224

Yves Bertrand Djouda Feudjio, 6, 8, 38,
41, 55, 107, 115

Z

Zacharie Nguend, 88, 94, 101

Zephania N Fogwe, 8, 55

TABLE DE MATIÈRES

SOMMAIRE	ii
DÉDICACE.....	iv
REMERCIEMENTS	v
SIGLES ET ACRONYMES	vi
A-LISTE DES PHOTOS.....	ix
B- LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX	x
RÉSUMÉ.....	xi
ABSTRACT	xii
 INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	 1
I-Contexte de l'étude.....	2
A-Historique du HiAP	2
1-Situation dans le monde	3
2-Situation en Afrique.....	5
II-Justification de l'étude	7
III-Justification des sites de l'étude.....	7
IV-Problème de recherche.....	10
V-Problématique	12
A- « Health in All Policies » en contexte International	13
1- « <i>Health in all Policies</i> » : Contexte, objectifs, enjeux et défis.....	13
2-Nécessité de l'appropriation de l'approche de « collaboration intersectorielle en santé ».....	21

3-Rapport entre les objectifs de santé et les politiques de développement urbain	25
4-Lien entre habitat et santé	28
4-Logiques des déterminants de la santé.....	31
B-Adoption du « Health in All Policies » en contexte africain.....	33
1-Action de l'Union africaine	33
2-Expériences de certains pays africains.....	34
C-Constat sur l'adoption du HiAP et sa faible appropriation par le Cameroun.....	37
1- Constat sur l'adoption du HiAP par le Cameroun et sa nécessité.....	37
2- Constat de la faible appropriation du HiAP par le Cameroun	40
VI-Questions de recherche	41
a)Question principale	41
b) Questions secondaires.....	41
VII- Hypothèses de recherche	41
a)Hypothèse principale	41
b-Hypothèses secondaires	42
VIII-Méthodologie	42
A-Cadre théorique.....	42
1-Théorie des coalitions.....	43
3-L'approche sociocritique de Claude Duchet.....	46
B-Techniques de collecte de données	47
1-Observation documentaire	48
2-Observation directe structurée	49
3-Entretiens... ..	50
C-Population et l'échantillon	52
D-Considérations éthiques	52
E-Analyse des données	53
1- Dépouillement et transcription.....	54

2-Catégorisation	54
IX-Délimitation spatio-temporelle	54
A-Délimitation spatiale	54
B-Délimitation temporelle	56
X-Définitions des concepts opératoires	59
1-Collaboration intersectorielle.....	59
2-Enjeux :.....	61
3-Objectifs de santé.....	61
4-Politiques d’habitat	63
XI-Plan du travail.....	66
PREMIÈRE PARTIE :DÉTERMINANTS GÉNÉRAUX DE LA SANTÉ ET POLITIQUES DE PROMOTION DES QUESTIONS SANTÉ AU CAMEROUN : DES FACTEURS DE SANTÉ URBAINE À L’ADOPTION DES STRATÉGIES.....	68
D’INTÉGRATION DES OBJECTIFS DE SANTÉ DANS LES POLITIQUES DES ÉTABLISSEMENTS HUMAINS PAR LE CAMEROUN	68
INTRODUCTION PREMIÈRE PARTIE	69
CHAPITRE I :DÉTERMINANTS GÉNÉRAUX DE LA SANTÉ DANS LES VILLES DE YAOUNDE ET DOUALA	70
I-Déterminants communs aux villes de Yaoundé et Douala	70
A-Déterminants environnementaux	71
1-Pollutions liées aux eaux usées	71
1-1-Pollution de l’environnement par les eaux usées.....	72
1-2- Risques liés à la mauvaise gestion des eaux usées	73
1-3-Impact des dysfonctionnements des ouvrages d’assainissement des eaux usées sur les réseaux urbains.....	74
2-Pollution par les facteurs exogènes.....	75
2-1-Pollution atmosphérique.....	76
2-2-Nuisances sonores	78

3-Pollutions liées à la gestion des déchets solides ménagers	80
3-1-Entassement et déversement des déchets au bord et dans des cours d'eau et rigoles.....	80
3-2-Déversement des déchets ménagers sur les voies publiques	82
4-Pollution des puits d'eau par les ordures	83
4-1 -Pollution des puits par le canal des cours d'eau souillés	83
4-2-Pollution des puits par les déchets exposés en plein air	84
B-Déterminants liés au manque d'infrastructures de base	85
1-Insuffisance des logements	85
2-Manque d'accès aux infrastructures sanitaires	87
3-Inaccessibilité des équipements de loisirs et de divertissement.....	89
4-Insuffisance des toilettes publiques	90
C- Déterminants socioéconomiques de la santé.....	93
1-Statut social des citoyens.....	94
2-Type de quartier des ménages.....	95
3-Itinéraire thérapeutique choisi	98
4-Promiscuité	99
5-Pauvreté.....	100
D-Déterminants individuels	103
1-Tabagisme.....	103
2-Alcoolisme.....	104
E- Inégalités socioéconomiques et politiques	106
F-Insécurité.....	108
1- Grande délinquance	109
1-1-Les assassinats.....	109
1-2-Les prises d'otages et vols d'enfants.....	110
2 - Petite délinquance	110
2-1-Les violences domestiques.	110

I-Facteurs liés aux pratiques d'élevage et d'agriculture.....	112
1-Agriculture.....	112
2-Élevage traditionnel.....	113
J-Maladies récurrentes	115
1-Maladies vectorielles	115
1.1-Paludisme et typhoïde.....	116
II-Déterminants spécifiques aux villes de Douala et Yaoundé	118
A-Problèmes de santé spécifiques à la ville de Douala.....	118
1-Inondations.....	119
2-Choléra.....	121
B-Les facteurs de santé spécifiques à la ville de Yaoundé	123
1-Site contraignant et accidenté	123
CHAPITRE II: ENGAGEMENTS POLITIQUES DU CAMEROUN EN FAVEUR DE L'INTÉGRATION DES OBJECTIFS DE SANTÉ DANS LES POLITIQUES D'HABITAT URBAIN.....	126
I-Cadrage général des engagements politiques pris au niveau national pour la promotion des établissements humains favorables aux objectifs de santé.....	126
A-Politiques nationales de planification et de développement urbain	127
1-Premières catégories politiques de planification et de développement urbain	127
1-1-Plans quinquennaux.....	128
1-2-Vision Cameroun 2035.....	129
1-3- Stratégie de développement du sous-secteur urbain.....	129
1-4- Stratégie Nationale de Développement (SND30).....	130
2 -Deuxième catégorie de politiques nationales de planification et d'aménagement en faveur de logements convenables	131
2-1-Politiques de promotion de logements décents.....	131
2-2-Stratégies d'amélioration des conditions d'accès au logement décent	132
2-3-Stratégies de renforcement des conditions d'accès au financement du logement	133

B-Autres stratégies nationales de planification, d'assainissement et de développement urbain.....	134
1-Encadrement juridique et législatif de l'urbanisme	135
2-Stratégies de renforcement et de gestion de l'espace urbain et du domaine foncier.....	136
2-1-Certificat d'urbanisme	137
2-2- Autorisation de lotir.....	137
2-3-Le permis de construire	138
3-Politique de renforcement de la décentralisation.....	139
4-Stratégies de gestion d'urbanisation rapide.....	140
5-Politiques en faveur des couches vulnérables.....	142
6-Stratégies de renforcement des conditions d'assainissement et d'accès aux services sociaux de base.....	144
6-1-Politique de renforcement et d'amélioration d'accès à l'eau.....	144
6-2-Amélioration de l'accès à l'énergie domestique	146
6-3-Politiques d'assainissement	146
6-4-Évacuation des ordures ménagères	147
8-5-Évacuation des eaux pluviales	148
C-Cadrage général des engagements politiques du Cameroun en faveur l'environnement.....	150
1- Mesures constitutionnelles ou juridiques	150
1-1-Mesures relatives à la réalisation des études d'impact environnemental et social	150
1-2-Politiques de gestion des déchets	152
1-3-Politiques de gestion des nuisances et de protection de l'atmosphère.....	154
1-4-Politiques d'élaboration de la coordination et du financement des politiques de l'environnement... ..	155
1-5- Plan National de Gestion de l'Environnement (PNGE)	156
D-Cadre général des engagements politiques pour la promotion des questions de santé publique.....	156
1-Loi-cadre de la santé	157

2-Stratégies Sectorielles de Santé (SSS)	157
3-Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020	158
4- Stratégie Nationale de Développement 2020-2030 (SND 30).....	159
4-1- Promotion de la santé et de la nutrition	160
4-2- Prévention de la maladie	161
4-3- Prise en charge des cas	161
4-4- Renforcement du système de santé.....	162
5-Politique Nationale d’Hygiène et de Salubrité.....	163
6-Vision Cameroun 2035	164
7- Le Document de Stratégie pour la Croissance et l’Emploi (DSCE)	165
8- Couverture Santé Universelle (CSU).....	165
II- Engagements pris par le Cameroun au niveau international pour la promotion des établissements humains favorables aux questions de santé	166
A-Cadre général des engagements internationaux en faveur de la promotion de l’habitat favorable aux objectifs de santé	166
1-Conférences des Nations unies sur les établissements humains (HABITAT I, II et III)	167
2-Nouvel Agenda Urbain mondial	170
3-Objectifs de Développement Durable (ODD).....	170
4-Agenda 2063	170
5-Convention de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe	171
B- Orientations politiques internationales pour la promotion des questions de santé publique.....	172
1-Convention d’Alma Ata.....	172
2-Déclaration d’Abuja.....	173
3-Déclaration d’Addis-Abeba	173
4-Déclaration d’Ouagadougou	173
5-Déclaration sur la couverture sanitaire universelle, ...	174
C-Engagements politiques internationaux du Cameroun en faveur de la promotion de	

l'environnement décent.....	174
CONCLUSION PREMIÈRE PARTIE	177
DEUXIÈME PARTIE :ACTEURS ET PROJETS DE COLLABORATION	
INTERSECTORIELLE EN FAVEUR DE L'INTÉGRATION DES OBJECTIFS DE SANTÉ DANS LES POLITIQUES D'HABITAT URBAIN.....	179
INTRODUCTION DEUXIÈME PARTIE	180
CHAPITRE III :ACTEURS D'INTÉGRATION DES OBJECTIFS DE SANTÉ DANS LES POLITIQUES D'HABITAT URBAIN AU CAMEROUN	181
I-Acteurs publics nationaux en charge de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain	182
A-Actions de coordination du MINSANTE, du MINH DU et les missions d'exécution des institutions spécialisées	182
1-Action de coordination du Ministère de la Santé Publique (MINSANTE)	182
2-Rôle de coordination du Ministère de l'Habitat et du Développement Urbain (MINH DU).....	184
3-Institutions publiques spécialisées dans la promotion des questions de santé urbaine	187
3-1-Acteurs spécialisés de promotion des soins de santé publique.....	187
3-2-Institutions spécialisées de promotion de logements décents.....	191
B-Rôles complémentaires et axiaux des autres institutions	195
1-Actions complémentaires et axiales des autres départements ministériels	195
1-1-Ministère des Domaines, du Cadastre et des Affaires Foncières (MINDCAF).....	195
1-2-Ministère de l'Environnement, de la Protection de la Nature et du Développement Durable (MINEPDED)	197
1-3-Ministère du Tourisme et des Loisirs (MINTOUL)	199
1-4 -MINDDEVEL	201
1-5-Ministère de l'Eau et de l'Énergie (MINEE).....	201
1-6-Ministère des Transports (MINT)	202
1-7- Actions complémentaires et axiales des certains départements ministériels.....	204
2-Institutions d'appui technique et financier de promotion des établissements humains	

décents.....	205
2-2-Mission de Promotion des Matériaux Locaux (MIPROMALO).....	206
2-3-Agence des Normes et de la Qualité (ANOR).....	207
2-4-Fonds Spécial d'Equipement et d'Intervention Intercommunale (FEICOM)	208
3-Institutions techniques et financières de promotion de l'environnement durable.....	210
3-1-Commission Nationale Consultative pour l'environnement et le Développement Durable (CNCEDD).....	210
3-2-Fonds National pour l'Environnement et le Développement Durable (FNEDD)	211
C-Acteurs institutionnels à l'échelon décentralisé	212
1- Actions des Mairies des Villes.....	212
2-Actions des Communes d'Arrondissement.....	216
II- Action complémentaire des acteurs privés dans la promotion de la santé urbaine	218
A-Acteurs privés de promotion d'urbanisme	218
1-Ordres professionnels du secteur d'habitat et d'urbanisme	219
1-1-Ordre National des Urbanistes du Cameroun (ONUC)	219
1-2-Ordre National des Ingénieurs de Génie Civil (ONIGC)	219
1-3-Ordre National des Géomètres du Cameroun (ONGC).....	220
2-Entreprises privées concessionnaires de service de base	220
2-1-Entreprises de production d'eau et d'énergie	220
2-2-Opérateurs de collecte des déchets ménagers.....	221
B-Acteurs privés et groupements associatifs de promotion des soins de santé publique.....	222
C-Acteurs privés d'intégration des questions de santé dans les politiques et pratiques environnementales	224
1-Action des ONG à caractère environnemental.....	224
2-Entreprises privées de collecte et de recyclage des déchets.....	227
2-1- HYSACAM.....	227
2-2-BOCOM RECYCLING.....	228
III-Acteurs internationaux d'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat	

urbain.....	228
A-Organismes techniques et financiers des Nations unies pour la promotion des soins de santé publique.....	229
1-OMS.....	229
2-ONUSIDA.....	230
B- ONU-Habitat.....	232
C-Institutions internationales de protection de l'environnement durable au Cameroun.....	233
1- Programme des Nations Unies pour l'Environnement (PNUE) et Programme de Nations Unies pour le Développement (PNUD)	234
2-Gesellschaft Technische Zusammenarbeit (GIZ)	235
CHAPITRE IV :EXPÉRIENCES DE COLLABORATION INTERSECTORIELLE VISANT L'INTÉGRATION DES OBJECTIFS DE SANTÉ DANS LES POLITIQUES D'HABITAT A YAOUNDE ET DOUALA : LOGIQUES ET PRATIQUES D'ACTEURS.....	237
I- Expériences des projets de collaboration intersectorielle communes aux villes de Douala et Yaoundé vécues par les départements ministériels en vue d'intégration des objectifs de santé dans les politiques d'habitat urbain.....	238
A-Collaboration du MINSANTE en faveur de la promotion des questions de santé urbaine ..	238
1-1-Collaboration du MINSANTE au profit de la mise en œuvre du plan stratégique national de lutte contre le VIH-SIDA et les IST.....	239
1-2-Secteur public.....	240
1-3-Le secteur privé	241
1-4-Communautés.....	242
1-5-Organisations religieuses.....	243
1-6-Médias.....	243
2-Collaboration du MINSANTE en faveur de la lutte contre le choléra.....	244
3-Collaboration du MINSANTE en faveur de l'appropriation du concept « One Health ».....	245
4-Collaboration du MINSANTE pour la mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027.....	248
5- Plan National de Développement Sanitaire (PNDS)	249

5-1-Niveau national.....	249
5-2-Niveau central.....	250
5-3-Niveau déconcentré	250
5-4-Niveau intermédiaire	251
5-5-Niveau périphérique	251
6-Stratégie Nationale de Développement (SND 30).....	252
7- Politique Nationale d'Hygiène et de Salubrité.....	252
7-1-Conseil National de l'Hygiène et de la Salubrité (PNHS).....	253
7-2- Départements ministériels	253
7-3-Ministère de la Santé Publique.....	253
7-4-Autres Ministères	254
B-Expériences pratiques de collaboration du MINHDU	255
1-Collaboration liée à la commission consultative chargée de l'examen des procédures d'immatriculation foncière.....	256
2- Concours national « villes propres ».....	257
3-Collaboration du MINHDU en faveur de l'élaboration des documents de planification et d'urbanisation.....	259
4- Collaboration du MINHDU avec l'ONU-Habitat.....	260
5- Collaboration en faveur de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique nationale de l'habitat.....	262
5-1-Collaboration entre les institutions à échelon national	262
5-2-Collaboration entre les institutions à échelon régional.....	263
5-3-Action des institutions du niveau local.....	264
C-Expériences de collaborations intersectorielle communes aux villes de Yaoundé et Douala menées par les autres départements ministériels en faveur de l'intégration des objectifs de santé dans les politiques des établissements humains.	266
1-Collaboration du MINTOUL en faveur de l'appropriation des questions de bien-être et de loisir.....	266
1-1-Commission Technique Nationale	267

1-2-Commission de coordination des inspections.....	268
2-Collaborations intersectorielles vécues par le Ministère de l’Environnement, de la Protection de la Nature et Développement Durable (MINEPDED)	269
2-1-Collaboration du MINEPDED avec les autres départements ministériels	270
2-1-1- Collaboration du MINEPDED avec le MINHDU.....	270
2-1-2-Collaboration du MINEPDED avec le MINSANTE	270
2-1-3-Ministère de l’Énergie et de l’Eau (MINEE) :	271
2-2-Collaboration du MINEPDED avec les Communes d’Arrondissement.....	272
2-3-Collaboration du MINEPDED avec les Mairies des villes	272
2-4-Collaboration du MINEPDED avec le Comité Interministériel de l’Environnement (CIE).....	274
A- Réalités, logiques et pratiques d’acteurs dans la ville de Yaoundé.....	275
1-Présentation de la ville de Yaoundé.....	275
2-Expériences de collaboration spécifiques à la ville de Yaoundé	277
2-1-Construction du canal de Mfoundi/le PADY I et II.....	278
2-2- Concours « Yaoundé ville propre ».....	280
B-Realités, logiques et pratiques d’acteurs dans la ville de Douala.....	282
1-Présentation de la ville de Douala.....	282
2-Expériences de collaborations propres à la ville de Douala	283
2-1- Collaboration intersectorielle contre le choléra.....	284
2-2-Collaboration pour la réalisation du drainage pluvial et l’aménagement des quartiers riverains aux drains	284
2-3- Collaboration pour la mise en œuvre de l’opération « Douala Clean City ».....	285
2-4-Collaboration CUD-CAD pour la gestion des parking et marchés.....	286
CONCLUSION DE LA DEUXIÈME PARTIE.....	288
TROISIÈME PARTIE :ENJEUX DE L’APPROPRIATION DE LA COLLABORATION INTERSECTORIELLE EN FAVEUR DE L’INTÉGRATION DES OBJECTIFS DE SANTÉ DANS LES POLITIQUES D’HABITAT URBAIN ET LES GOULOTS D’ÉTRANGLEMENT À LA MISE EN ŒUVRE DE CETTE APPROCHE EN CONTEXTE	

URBAIN CAMEROUNAIS.....	291
INTRODUCTION TROISIÈME PARTIE	292
CHAPITRE V :ENJEUX DE L’APPROPRIATION DE L’ACTION DE COLLABORATION INTERSECTORIELLE EN FAVEUR DE L’INTÉGRATION DES OBJECTIFS DE SANTÉ DANS LES POLITIQUES D’HABITAT URBAIN.....	293
I- Stratégie politique inclusive et efficace.....	295
A-Stratégie inclusive, efficace et efficiente pour agir sur les déterminants de la santé	295
1- Action de mobilisation.....	296
2- Cadre de prise de décision à divers échelons.....	298
3-Moyen de sensibilisation des acteurs des différents secteurs en faveur de la promotion des objectifs de santé	301
4-Moyen de partage d’expériences entre les secteurs.....	303
5-Une vision inclusive	303
6-Action participative	305
II- Stratégie qui génère des avantages socioéconomiques et politique	307
A-Stratégie politique aux atouts socioéconomiques	307
1- Mécanisme de promotion d’équité et de réduction des inégalités.....	307
2-Moyen d’amélioration des performances économiques	310
3-Un mécanisme de régulation.....	311
4- Les autres atouts de l’approches de collaboration intersectorielle dans la promotion des objectifs de santé.....	315
4-1-Approche axée sur des cadres de vie bien précis.....	315
4-2-Approche par étapes	316
4-3-Approche axée sur les populations	318
4-5-Approche axée sur des maladies ou facteurs de risque précis	319
5- Mécanisme de prise de conscience	320
6-Moyen de sensibilisation des populations sur la santé et ses déterminants	324
7- Outil de connaissance et d'intervention	327

B- Politique cohérente pour la promotion des objectifs de santé urbaine	328
1-Approche à portée mondiale	328
2-Approche appropriée à la politique décentralisation	331
3- Action de recherche du consensus	333
4- Action de priorisation des besoins et des interventions	334
5-Stratégie d'élaboration du plan global d'intervention en santé	335
6-Action aux fonctions importantes pour la promotion des objectifs de santé	336
6-1-Fonction de leadership.....	337
6-2-Fonction de coordination.....	340
6-3-Fonction de développement des connaissances.....	342
6-4-Fonction de responsabilisation	343
6-5-Action de planification	344
CHAPITRES VI :GOULOTS D'ÉTRANGLEMENT À LA COLLABORATION	
INTERSECTORIELLE EN FAVEUR DE L'INTÉGRATION DES OBJECTIFS DE SANTÉ	
DANS LES POLITIQUES D'HABITAT URBAIN AU CAMEROUN	346
I-Goulots d'étranglement à l'appropriation de l'approche de collaboration intersectorielle en	
santé communs aux deux villes.....	347
A-Conflits d'intérêt et de pouvoir	347
1- Conflits de compétences et d'intérêt et absence d'une réelle collaboration entre les acteurs à	
échelon décentralisé et d'autres institutions.....	348
1-2-Conflits entre les Mairies des villes et les acteurs des sociétés des services concessionnaires	
publics.....	352
1-3-Conflits d'intérêt et de compétences entre les responsables des collectivités territoriales	
décentralisées et les acteurs des services décisionnels.....	353
2-Manque de collaborations régulières ou permanentes entre les acteurs	357
2-1-Collaboration de façade et difficile entre le MINSANTE et le MINH DU	357
2-2-Manque de collaboration entre le MINSANTE et l'ONU-habitat.....	359
3-Ignorance des enjeux de la collaboration intersectorielle en santé par les acteurs en contexte	

de décentralisation.....	361
B-Manque de politique de gouvernance cohérente favorable à l'appropriation de l'approche de collaboration intersectorielle.....	362
1-Manque de leadership.....	363
2- Problème de coordination.....	364
3- Problème de responsabilisation.....	364
C- Insuffisance des ressources financières, humaines et matérielles.....	365
1-Insuffisance des ressources financières.....	366
2-Insuffisance des ressources humaines.....	368
3-Insuffisance des ressources matérielles.....	370
II- Obstacles à l'intégration des objectifs de santé dans les politiques et pratiques d'habitat urbain à Yaoundé et Douala.....	371
A-Incivisme des populations.....	371
1- Occupation anarchique du domaine national.....	372
2- Occupation anarchique des voies publiques.....	373
1-Non-respect des règles élémentaires d'hygiène.....	375
4- Vandalisme caractérisé.....	375
1-Manque d'anticipation des acteurs sur les risques de santé urbaine.....	377
2- Egoïsme des acteurs.....	379
3- Forte explosion démographique.....	381
C- Gestion foncière peu adaptée aux exigences des questions de santé urbaine.....	383
1- Contraintes foncières inhérentes au droit traditionnel.....	384
2-Difficultés foncières inhérentes au droit moderne.....	386
3- Spéculation foncière.....	390
III- Goulots d'étranglement spécifiques aux villes de Yaoundé et Douala.....	392
A-Cas de la ville de Yaoundé.....	392
1-Un contexte institutionnel et administratif désordonné.....	392
2- Ville au site naturel accidenté et contraignant.....	393

3-Cadre de vie dégradant	396
B-Cas de la ville de Douala.....	397
1-Facteur géographique.....	397
2- Horizontalité de l’habitat de la ville de Douala.	397
CONCLUSION DE LA TROISIÈME PARTIE	399
 CONCLUSION GÉNÉRALE	 401
BIBLIOGRAPHIE	413
ANNEXES	xi
INDEXES DES AUTEURS.....	lxxvii
TABLE DE MATIÈRES.....	lxxxv