

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix-Travail-Patrie



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace-Work-Fatherland

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

SECRETARIAT GENERAL

DIRECTION DE LA PROMOTION DE LA
SANTE

SOUS-DIRECTION DE LA PREVENTION
ET DE L'ACTION COMMUNAUTAIRE

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

SECRETARIAT GENERAL

DEPARTMENT OF HEALTH
PROMOTION

SUB DEPARTMENT OF PREVENTION
AND COMMUNITY ACTIONS

ACTIVITES DE GENERATION DES EVIDENCES EN MATIERE DE SOCIAL
BEHAVIORAL CHANGE (SBC) POUR LA REPONSE A L'EPIDEMIE DE
CHOLERA DANS LES REGIONS DU CENTRE ET DU LITTORAL

RAPPORT FINAL

Equipe de recherche coordonnée par

Yves Bertrand DJOUDA FEUDJIO
Maître de Conférences/UIY
feudjioyb@yahoo.fr



Août 2023



SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
REMERCIEMENTS	3
SIGLES ET ACRONYMES.....	4
LISTE DES TABLEAUX, PLANCHES D'IMAGES, FIGURES ET GRAPHIQUES.....	6
RESUME EXECUTIF	8
I. CONTEXTE, OBJECTIFS ET CADRAGE METHODOLOGIQUE	10
II. OBJECTIF	11
III. RAPPEL DES CONSIDERATIONS MÉTHODOLOGIQUES ET THÉORIQUES	12
SECTION I : CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PARTICIPANTS A L'ETUDE	20
SECTION II : CARACTÉRISTIQUES SOCIOENVIRONNEMENTALES DES FOSA ENQUETÉES.....	23
SECTION III: ORGANISATION ET HUMANISATION DES SOINS	40
SECTION IV : CONNAISSANCES DE LA MALADIE CHOLERA	52
SECTION V : LOGIQUES ET PRATIQUES DE PREVENTION DU CHOLERA	71
SECTION VI : ITINERAIRES THERAPEUTIQUES DES PATIENTS ET FORMES DE SOUTIEN DANS LA PRISE EN CHARGE DES CAS DE CHOLERA	78
SECTION VII : PERCEPTIONS DES CORPS ET DES MORTS DU CHOLERA	86
SECTION VIII : CARACTERISTIQUES DES MENAGES ET HABITATS ENQUETÉS	95
SECTION IX : ACCÈS A L'EAU DES MENAGES ET DIFFERENTS USAGES	99
SECTION X : ASSAINISSEMENT DES MILIEUX DE VIE DES MENAGES	107
SECTION XI : GESTION DES DECHETS MENAGERS.....	112
SECTION XII : PRATIQUES DE LAVAGE DES MAINS	116
SECTION XIII : BONNES PRATIQUES OBSERVÉES EN COMMUNAUTÉS.....	120
SECTION XIV : GOULOTS D'ÉTRANGLEMENTS ENTRAVANT LA LUTTE CONTRE LE CHOLÉRA	124
SECTION XV : SYNERGIES UTILES POUVANT FAVORISER DURABLEMENT L'ADOPTION ET PRATIQUE DURABLE DES MESURES PREVENTIVES DU CHOLERA ET L'UTILISATION DES SERVICES DE PRISE EN CHARGE DU CHOLERA	132
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	138

REMERCIEMENTS

Au terme de la présente étude, nous tenons à adresser notre sincère gratitude à toutes les personnes et institutions qui ont contribué, de près ou de loin, à sa réalisation.

Nos remerciements vont à l'endroit des populations des 12 districts de santé sollicitées dans les deux régions du Centre et du Littoral pour leur disponibilité. Nous exprimons également notre gratitude à toutes les personnes ressources notamment les différents responsables à la Direction de la Promotion de la Santé et au Centre de Coordination des Opérations d'Urgences en Santé Publique, qui ont facilité les volets administratif et opérationnel. Nous pensons également aux responsables de districts et aires de santé, aux différents Agents de Santé Communautaires et les Points Focaux Communication mobilisés sur le terrain.

Nous tenons enfin à exprimer notre gratitude à l'endroit de l'équipe de conception et mise en œuvre qui a élaboré le protocole, conduit les enquêtes, et rédigé le rapport, équipe coordonnée par Prof. DJOUDA FEUDJIO Yves Bertrand, enseignant-chercheur en sociologie de la santé à l'Université de Yaoundé 1. L'expérience de l'équipe d'experts du cabinet **Research Action Consulting (Re-Act)** a également été très appréciée, aussi bien au niveau opérationnel que dans les discussions techniques lors des analyses.

Enfin, nous ne saurons terminer sans remercier l'UNICEF à travers son appui technique qui a été capital pour la réalisation de ce travail.

SIGLES ET ACRONYMES

AS :	Aire de santé
ASC/ARC :	Agent de santé communautaire / Agent relais communautaire
CAD :	Commune d'arrondissement de Douala
CAMNAFAW :	Cameroon National Association for Family Welfare
CAMWATER :	Cameroon Water Utilities
CBS :	Chef Bureau Santé
CCOUPS :	Centre de Coordination des Opérations d'Urgences en Santé Publique
CDE :	Camerounaise Des Eaux
CHU :	Centre hospitalier universitaire
CMA :	Centre médical d'arrondissement
COGE :	Comité de Gestion
COSA :	Comité de Santé
COSADI :	Comité de Santé du District
Covid-19 :	Coronavirus disease in 2019
CS :	Centre de santé
CSI :	Centre de santé intégré
CTD :	Collectivités territoriales décentralisées
DPS :	Direction de la Promotion de la Santé
DS :	District de santé
DSF :	Direction de la Santé Familiale
EDS :	Enquête Démographique et de Santé
EEC :	Eglise évangélique du Cameroun
EI :	Entretien individuel
EIIR :	Equipes d'Intervention et d'Investigation Rapides
EPI :	Equipement de protection individuelle
FGD :	Focus Group Discussion
FOSA :	Formation Sanitaire
HCD-TIP :	Human Center Design for Tailoring Immunisation Programme
HD :	Hôpital de District
HDCP :	Hôpital de district cité des palmiers
HDN :	Hôpital de District de Nylon
HYSACAM :	Hygiène et Salubrité du Cameroun
MINEE :	Ministère de l'eau et de l'énergie
MINEPAT :	Ministère de l'Economie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire
MINJEC :	Ministère de la Jeunesse et de l'Education Civique
MINPROFF :	Ministère de Promotion de la Femme et de la Famille
MINSANTE :	Ministère de la Santé Publique
OBC :	Organisation à base communautaire
OMS :	Organisation mondiale de la Santé
PEC :	Prise en charge
PF :	Point Focal
PFC :	Point focal communication

RCCE :	
SBC :	Social Behaviour Change
SG :	Secrétaire Général
SGI :	Système de Gestion des Incidents
SRO :	Sel de réhydratation orale
TDR :	Termes de Référence
UNICEF :	United Nations Children's Fund
UPEC :	Unité de prise en charge
UTC :	Unité de traitement du choléra
VAD :	Visites à domicile
WASH :	Water, Sanitation and Hygiene

LISTE DES TABLEAUX, PLANCHES D'IMAGES, FIGURES ET GRAPHIQUES

Graphiques

Graphique 1: Répartition de la population d'enquête par région	16
Graphique 2: Répartition des répondants des deux régions selon leur profil social.....	17
Graphique 3: répartition de l'échantillon qualitatif des deux régions selon le sexe	18
Graphique 4: distribution des répondants par âges.....	20
Graphique 5: distribution des répondants par niveau d'instruction.....	21
Graphique 6: distribution des enquêtés par statut matrimonial	21
Graphique 7: distribution des répondants par religion	22
Graphique 8: distribution des répondants par revenu mensuel.....	22
Graphique 9 : distribution des profils des responsables rencontrés dans les FOSA.....	24
Graphique 10: distribution des FOSA possédant un groupe électrogène	24
Graphique 11: distribution des FOSA en fonction de la disponibilité des points d'eau.....	25
Graphique 12: disponibilité de point de lavage des mains au moment de l'enquête.....	29
Graphique 13: distribution des FOSA par stratégie de communication sur le choléra.....	35
Graphique 14: distribution des personnes informées ou non de l'existence du choléra.....	52
Graphique 15: distribution des sources d'information sur le choléra.....	54
Graphique 16: distribution des types d'informations reçues sur le choléra par les enquêtés	55
Graphique 17: distribution des modes de transmission du choléra	62
Graphique 18: distribution des sources d'eau de boisson pour les ménages	101
Graphique 19: distribution des sources d'eau pour des autres usages dans les ménages	102
Graphique 20: distribution des sources d'approvisionnement en eau pour les ménages	104
Graphique 21: distribution du temps mis par les ménages pour s'approvisionner en eau	104
Graphique 22: distribution en disponibilité/indisponibilité en eau au cours du dernier mois	105
Graphique 23: distribution des ménages par rapport à la nécessité de rendre l'eau plus potable.	106
Graphique 24: distribution des ménages par rapport aux techniques pour rendre l'eau plus potable.	106
Graphique 25: distribution des répondants par rapport à la disponibilité des toilettes avec chasse d'eau	108
Graphique 26: distribution du recours au ménage lui-même pour la vidange des toilettes.....	109
Graphique 27: distribution des acteurs initiateurs de l'installation des bacs à ordures	113
Graphique 28: distribution de l'appréciation communautaire des acteurs intervenant dans la riposte au choléra	121
Graphique 29: distribution des facteurs sociaux culturels représentant des goulots par région.....	127
Graphique 30: connaissance ou non de la gratuité de la prise en charge du choléra par les répondants	130

Photos

Photo 1: Point d'approvisionnement en eau, poubelle et toilette du centre de santé intégré d'Ekounou	26
Photo 2: Dispositif de lavage des mains dans une FOSA	28
Photo 3: Affiches de sensibilisation dans certaines FOSA de la région du Littoral	32
Photo 4: Quelques équipements intervenant dans la lutte contre le choléra au sein des FOSA.....	38
Photo 5: personnes vulnérables (enfants) chargées de vider les poubelles	97

Photo 6: une vue partielle de la gestion des eaux usées dans le quartier Nkoulouloun.....	97
Photo 7: quelques sources d'eau aménagées dans le DS d'Ekounou	100
Photo 8: vue synoptique des lieux d'approvisionnement en eau de ménage.....	103
Photo 9: Une vue partielle des toilette traditionnelles observées	107
Photo 10: un aperçu de mode de vidange traditionnelle.....	109
Photo 11: distribution des acteurs initiateurs de l'installation des bacs à ordures.....	114
Photo 12: Les usages de l'eau de la rivière Afamba.....	128

Tableaux

Tableau 1: Distribution des DS, AS, FOSA et Communautés enquêtés (Centre).....	13
Tableau 2: Distribution des DS, AS, FOSA et Communautés enquêtés (Littoral)	14
Tableau 3: Répartition des répondants par région	16
Tableau 4: catégorie de Formations Sanitaires visitées	23
Tableau 5: distribution des différentes sources d'approvisionnement en eau par les FOSA.....	27
Tableau 6: distribution des sujets abordés lors de la sensibilisation par les FOSA.....	35
Tableau 7: Canal préféré pour la réception des informations	57
Tableau 8: distribution des perceptions des enquêtés sur le choléra	58
Tableau 9: distribution des perceptions des enquêtés sur les personnes les plus à risque de contracter le choléra	60
Tableau 10: distribution des répondants en fonction de leur connaissance ou non d'une victime de choléra.....	63
Tableau 11: distribution des répondants en fonction de la connaissance des manifestations du choléra	64
Tableau 12: Connaissance des méthodes de prévention du choléra	65
Tableau 13: Matrice synoptique ou de Synthèse des recommandations.....	135

RESUME EXECUTIF

Depuis 2021, le Cameroun subit une épidémie de choléra de manière régulière. En avril 2023, une nouvelle flambée de choléra sévit dans les régions du Centre, du Littoral et du Sud. Cette situation constitue un problème de santé publique qui, par sa fréquence et sa régularité impose une nouvelle façon de réagir ou d'agir. En effet, cette épidémie met en exergue des dysfonctionnements structurels, comportementaux et sociaux qui appellent, pour une réponse efficace : la mobilisation de stratégies basées sur les données factuelles, sur des évidences de terrain. C'est dans cette perspective que le Ministère de la Santé Publique, avec l'accompagnement technique et financier de l'UNICEF a conduit la présente enquête rapide dédiée à la génération des évidences en matière de Social Behavioral Change (SBC) pour la réponse à l'épidémie de choléra dans les régions du Centre et du Littoral. La réalisation de cette étude a mobilisé une méthodologie mixte fondée sur une approche socio-anthropologique. Elle a mis un accent sur une démarche multisectorielle inclusive, intégrant les réflexions de divers acteurs des secteurs impliqués dans la problématique.

Ainsi, en terme d'objectif, la présente recherche vise à comprendre *les troubles affectifs, familiaux, sociaux et éthiques posés par et « à partir » de l'épidémie du choléra, y compris les expériences vécues des malades, les interactions entre soignants et soignés, la place des parents et des familles dans les services de santé, les conduites et identités des divers personnels soignants et leurs impacts sur la prévention et la prise en charge du choléra au Cameroun*. Pour ce faire, dans le volet quantitatif, 1634 hommes et femmes, adolescents et jeunes ont été rencontrés pour l'administration de questionnaires ; tandis que le volet qualitatif a permis d'échanger avec 182 personnes pour des entretiens individuels (dyade et triade), des groupes de discussion. L'enquête s'est déroulée dans douze districts de santé des régions du Centre et du Littoral. Les données ainsi collectés à l'aide des guides d'entretien et d'observation, ainsi que la collecte des données quantitatives à l'aide de l'application KOBO COLLECT ont fait l'objet d'analyses multiples (analyse de contenu et par logiciel Excel) à l'aune du modèle socio-écologique et de l'approche centré sur l'individu.

Aussi, en termes de résultats, il ressort que le niveau moyen d'instruction des personnes rencontrées est celui du secondaire avec une partie importante de la frange de la population jeune (18-34 ans) qui rend compte du caractère jeune de la population camerounaise. Les douze districts de santé visités sont constitués en majorité des populations ayant un revenu faible (moins de 2,15 dollars US par jour) ce qui peut laisser penser effectivement que les foyers épidémiologiques du choléra font leur lit dans les quartiers pauvres, ceci malgré le niveau d'étude, le statut matrimonial ou encore religieux des habitants.

La situation des formations sanitaires visitées rend également compte de l'état global de pauvreté. En effet, il a été constaté le manque d'eau potable dans certaines structures de santé auquel il faut ajouter le manque d'incinérateur ou alors une gestion des déchets qui ne répond pas toujours aux normes en la matière. Toutefois, à la faveur de l'épidémie de coronavirus, les dispositifs de lavage des mains sont encore, dans ces lieux de prise en charge des pathologies, une réalité. Aussi, en matière de promotion de la santé en ce qui concerne le choléra, ces structures communiquent-elles à travers les affiches ou encore les causeries éducatives via les Agents de Santé Communautaires (ASC).

La question de la prise en charge du choléra bien que faisant l'objet d'attention particulière de la part des pouvoirs publics (prise en charge gratuite, mais méconnue de la population – plus de 50% des répondants ne disposent pas cette information) fait tout de même face à l'épineux problème d'accueil que connaissent nombre de formations sanitaires publiques du pays. Par ailleurs, la question du genre dans la prise en charge du choléra ne fait pas l'objet d'une attention particulière. En outre, la connaissance des symptômes, de l'existence du choléra par les populations des districts de santé concernés ou encore des pratiques individuelles, familiales et communautaires visant à prévenir cette maladie ne sont pas des garanties qui assurent la fréquentation des structures hospitalières par ces acteurs en cas de suspicion d'une personne présentant les symptômes du choléra.

Il convient de dire que la question des itinéraires thérapeutiques est une préoccupation majeure en ce qui concerne la lutte contre le choléra. De nombreux malades arrivent dans les centres de prise en charge dans un état critique. Cela s'explique notamment par les premiers recours initiés en famille ou

en communauté par des acteurs profanes ou inexperts. Ainsi, le recours à l'automédication, à un traitement peu onéreux ou à l'ethnomédecine sont autant de pratiques sociales qui retardent l'arrivée des victimes de choléra à la formation sanitaire.

En ce qui concerne les représentations ou perceptions sociales du choléra, il est important de relever que ces constructions s'arcbutent sur un certain nombre des réalités sociales liées à l'économie, au niveau d'instruction, au rapport à la tradition et même aux mentalités ou pratiques courantes en société. Dès lors, se manifestent des conflits, parfois violents (famille-autorités sanitaires) observés dans la gestion des corps morts du choléra, si ce n'est simplement la peur de fréquenter l'unité de prise en charge au risque de perdre le corps en cas de décès. Au demeurant, certaines pratiques et conditions socioéconomiques, structurelles et culturelles sont des facteurs de risque par rapport au choléra et à sa prise en charge. Il s'agit entre autres du rapport à l'hygiène des populations (la pratique du WASH ou la gestion des ordures ménagères), l'accès à l'eau potable qui demeure une gageure pour l'essentiel des populations rencontrées, tout comme la question de l'assainissement de l'environnement. Il faut également noter que la pauvreté conduit certaines populations à la banalisation du risque et de la maladie. Également, le choléra est perçu comme une pathologie stigmatisante tant en milieu sanitaire qu'en communauté, toute chose susceptible d'annihiler les efforts des différents acteurs concernés.

Au plan structurel, les politiques de gestion des déchets restent une question lancinante malgré les efforts observés. Il convient toutefois de noter que des initiatives privées, familiales, communautaires, municipales, locales ou structurelles permettent de lever certaines difficultés liées à cette préoccupation. La question de la référence des cas suspects laissée aux mains inexpertes des familles, au mépris des dangers que pourraient encourir la population, ainsi que le découragement des certains prestataires en service dans les UPEC demeurent des goulots à la qualité de la prise en charge. En ce sens, les acteurs de la communication, sensibilisation et mobilisation sociales comme les Agents de Santé de Communautaires, les médias (télévision, radio, réseau sociaux numériques), les leaders communautaires, les autorités administratives ou sanitaires sont pour les populations, les acteurs clé de la riposte. Cette dernière pourrait avoir plus d'impact avec une implication plurielle et multisectorielle d'autres acteurs tel que souhaité par les informateurs. Ainsi donc, la riposte au choléra est une lutte multisectorielle qui commande la mise en commun des initiatives personnelles, communautaires, sectorielles, voire structurelles. Mieux, la communication de risque sur le choléra exige une prise en compte des points de vue des acteurs de terrain, ainsi que la prise en compte de tous les canaux de communication existants.

CONTEXTE, OBJECTIFS ET CADRAGE METHODOLOGIQUE

I. CONTEXTE

Le choléra reste aujourd'hui une préoccupation majeure de santé publique. Pourtant, il s'agit d'une maladie dont les facteurs de risque et de prévention sont bien connus. Un rapport récent de l'OMS¹ renseigne par exemple sur les moyens de transmissions, les facteurs de risque et la place de la communauté dans la lutte contre cette maladie hydrique. Pour l'OMS, il existe un lien étroit entre la transmission du choléra et un accès inadapté à l'eau potable et à des installations d'assainissement. Typiquement, les lieux à risque comprennent les bidonvilles périurbains, ainsi que les camps pour des personnes déplacées à l'intérieur du pays ou les réfugiés. En 2020, 323 369 cas et 857 décès ont été notifiés dans 24 pays. Pour ce qui est de la mobilisation communautaire, l'OMS fait observer que les pratiques culturelles et croyances locales jouent un rôle clé pour promouvoir l'adoption des règles relatives au lavage des mains au savon, la préparation et la conservation sans danger des aliments et l'élimination en toute sécurité des selles des enfants. Bien plus, les pratiques funéraires doivent être adaptées pour les personnes qui décèdent du choléra afin de prévenir l'infection parmi les participants aux cérémonies. L'OMS ajoute que la mobilisation communautaire doit se poursuivre tout au long de la riposte en renforçant la communication sur les risques potentiels, sur les symptômes du choléra, sur les précautions à prendre pour se protéger contre la maladie, sur la question de savoir quand et où notifier les cas, ainsi que sur la nécessité de consulter immédiatement lorsque les symptômes apparaissent. La même source souligne que les communautés doivent prendre part à l'élaboration des programmes en vue de répondre aux besoins, s'agissant notamment de déterminer quand et où solliciter un traitement.

Bien que les protocoles thérapeutiques valorisés par l'OMS et les moyens de lutte soient connus, le choléra est resté une maladie recrudescente au Cameroun. Elle frappe chaque année diverses communautés ou familles des zones rurales ou urbaines. Depuis le mois de novembre 2021, des cas de choléra ont été confirmés dans les régions du Sud-ouest, Sud, Littoral, Centre et Extrême-nord. Depuis avril 2023, une nouvelle flambée de choléra sévit dans la région du centre, du littoral et du sud. D'après les données du Sitrep n° 45 (MINSANTE) présentant la situation épidémiologique du choléra au Cameroun, 17 districts de santé sont entrés en épidémie au 31 juillet 2023. Mais au 12 juin 2023, seul le district de santé d'Elig Mfomo est sorti de l'épidémie. Le district de santé de Soa a eu le taux d'attaque le plus élevé, tandis que le district de santé de Djoungolo a rapporté le plus grand nombre de cas. Dans la région du littoral, quelques districts comme Boko, Japoma, Logbaba ont déjà enregistré des cas. La région du Sud a connu aussi des cas à Meyomessala et à Zoétéélé.

Au moment où la présente enquête a été envisagée, le Centre de Coordination des Urgences de Santé Publique (CCOUSP) dénombrait 337 nouveaux cas dont 06 décès notifiés : 334 cas dont 06 décès dans la région du Centre, 01 cas dans la région du Littoral, 02 cas dans la région du Sud, 3 nouveaux districts de santé en épidémie : Awae et Mbankomo (dans la région du Centre) Kribi (dans la région du Sud). Des actions de riposte ont été mises en œuvre,

OMS, Choléra, 30 mars 2022.

notamment l'activation du Système de Gestion des Incidents (SGI) du niveau central, le déploiement des Equipes d'Intervention et d'Investigation Rapides (EIIR) dans les régions touchées, la Mise à disposition des intrants pour la PEC des cas, la sensibilisation des communautés et le renforcement de la surveillance. Toutefois, on note dans certaines régions, une recrudescence de cas d'où la nécessité de renforcer la communication de risque et l'engagement communautaire à travers les activités de communication de proximité axées sur la promotion de la santé, le Wash et la surveillance à base communautaire par les Agents de Santé Communautaires ainsi que la diffusion des spots audio dans les radios communautaires. Tout ceci dans le but de susciter l'adhésion et l'appropriation par les communautés des mesures d'hygiène et par là, de prévention du choléra et ainsi stopper sa propagation. Cependant, il est urgent de relever que les activités de communication pour le changement social et comportemental jusqu'ici menées sur le terrain ne sont pas adossées à des évidences solides collectées sur les déterminants de comportement. Face à une telle situation, il s'avère important, voire urgent de disposer des données probantes pour orienter efficacement les activités de communication pour un changement social et comportemental profond, d'où le bien-fondé de la présente enquête rapide.

II. OBJECTIF

II.1. Objectif général

L'objectif général de la présente étude a été de comprendre *les troubles affectifs, familiaux, sociaux et éthiques posés par et « à partir » de l'épidémie du choléra, y compris les expériences vécues des malades, les interactions entre soignants et soignés, la place des parents et des familles dans les services de santé, les conduites et identités des divers personnels soignants et leurs impacts sur la prévention et la prise en charge du choléra au Cameroun.*

II.2. Objectifs spécifiques

L'étude voulait spécifiquement :

- ☞ Analyser les rapports à l'hygiène, au corps et à la maladie socialement construits en rapport avec le choléra ;
- ☞ Analyser les logiques et pratiques de prévention du choléra aux niveaux individuel, familial, communautaires et des services ;
- ☞ Décrire les relations soignants-soignés et leurs incidences sur les recours aux soins du choléra ;
- ☞ Décrire les itinéraires thérapeutiques des patients dans la prise en charge cas de choléra ;
- ☞ Identifier les goulots d'étranglement (facteurs adverses d'ordre économique, sécuritaire, socioculturels et du soutien psychosocial) qui empêchent la pratique durable des gestes de prévention du choléra ainsi que l'utilisation des services de prise en charge du choléra disponible par les différents groupes/sous-groupes des localités ciblées ;
- ☞ Identifier les acteurs/porteurs qui favorisent la réticence ou le relâchement du respect des mesures de prévention ainsi que les structures sociales/communautaires qui entretiennent et encadrent les pratiques en question (directes, indirectes et sous-jacentes) ;

- ☞ Analyser les synergies utiles qui pourraient favoriser durablement l'adoption et pratique durable des mesures préventives du choléra et l'utilisation des services de prise en charge du choléra disponibles par les différents groupes/sous-groupes des localités ciblées ;
- ☞ Proposer une démarche logique et cohérente, théorie du changement y compris le renforcement des capacités des acteurs clés RCCE et des autres Piliers de la réponse en matière d'engagement communautaire en faveur de l'adoption et la promotion des bonnes pratiques de santé en général et de lutte contre le choléra en particulier par tous ou partie des membres des différents groupes/sous-groupes des localités ciblées.

III. RAPPEL DES CONSIDERATIONS MÉTHODOLOGIQUES ET THÉORIQUES

1. Type d'étude

i. Une étude mixte

Il s'est agi d'une étude mixte quantitative-qualitative. La composante quantitative de l'étude a permis de décrire les facteurs ou déterminants comportementaux ou infrastructurels qui justifient la permanence du choléra en contexte camerounais, notamment dans les régions du Centre et du Littoral. La partie qualitative a rendu possible une compréhension ou explication plus approfondie des facteurs qui structurent la situation épidémiologique du choléra.

ii. Mobilisation d'une approche "Human Center Design" et des études de recherche-action participative

L'étude s'est inscrite globalement dans le cadre de la recherche action, alliant l'intention de recherche avec la volonté de changement². Il s'agit d'une option méthodologique à-même de reconnaître le rôle des savoirs des acteurs locaux, de leurs stratégies à la fois dans la production des connaissances et le changement³. L'étude met donc un point d'honneur sur la valorisation des acteurs locaux dans la participation à la recherche et la production des stratégies et innovations sociales en vue de leur adaptation aux objectifs de lutte contre les maladies à l'instar du choléra.

iii. L'intérêt du modèle socio-écologique

L'approche socio-écologique a eu cet avantage de permettre d'accorder la même importance non seulement aux variables individuelles mais aussi aux variables environnementales, sociales, économiques, politiques, culturelles, religieuses et physiques (Caron-Bouchard et Renaud, 2010) pouvant enrichir la compréhension des questions liées à la lutte contre le choléra. En mobilisant ce modèle socio-écologique d'analyse, l'on a pu pour chaque niveau (individuel, familial, communautaire, institutionnel, sociétal et même du point de vue du genre, etc.), mieux dégager les types de goulots ou obstacles qui influencent l'offre et l'accès aux services de lutte contre le choléra et la promotion des services WASH.

² Christen-Gueissaz E, Corajoud G, Fontaine M, Racine JB. Recherche-action Processu d'apprentissage et d'innovation sociale. Paris: L'Harmattan; 2006.

³ Guichaoua A, Goussault Y. Sciences sociales et développement. Paris: Armand Colin; 1993.

2. Choix du champ spatial : districts de santé, les aires de santé et communautés enquêtés

Le choix des districts de santé investigués a été orienté d'abord par les données du Sitrep n° 45 présentant la situation épidémiologique du choléra au Cameroun. Ensuite, une concertation a été faite avec les points focaux communication des districts de santé pour mieux choisir les aires et communautés considérées comme foyers de l'épidémie. Le travail empirique s'est déroulé globalement dans 12 districts de santé dont six dans la région du centre et six dans celle du Littoral. L'enquête de terrain, loin de concerner uniquement les communautés, a fait aussi un focus sur les FOSA où un questionnaire FOSA a été administré auprès du responsable principal ou son représentant. Les tableaux suivants récapitulent les différents sites de collecte depuis les districts, les aires, les FOSA jusqu'aux communautés ou quartiers.

REGION DU CENTRE

Tableau 1: Distribution des DS, AS, FOSA et Communautés enquêtés (Centre)

District de santé	Aires de santé	FOSA enquêtées	Communautés ou quartiers		
DS 1 BIYEM-ASSI	Mvog-Beti	CMA Mvog-Betsi/Publique	-Mvog-béti château		
		CS God Heals/privée	-Mvog-Beti béatitude		
	Elig-Effa	Cmerazo Azem/privée	-Elig-effa bloc 4 -Elig-effa derrière le camp yeyap		
DS 2 NKOLNDONGO	Nkoldongo 1	HD Nkolndongo/public	-Anguissa -Etambafia		
		Centre de Santé Moïse/privée	-Montée photo jeunesse -Atangana Mballa		
	DS 3 ODZA	Ekounou 1	Centre de Santé Belle Rose/Privée	-Ekie	
Centre de Santé Nicolas Barré					
Centre de Santé Siloé/Privée			Ekoumdom		
Ekounou 2	CSI Ekounou/Publique	-Nkomo			
	Hôpital des sœurs/Privée	Nkoayos			
DS 4 CITE VERTE	Carrière	Centre de Santé Bon Berger/Privée	Nkomkana Carrière		
	Briqueterie	CSI Briqueterie/Publique	Messa Briqueterie		
			Rue manguier		
DS 5 DJOUNGOLO	Mballa 5	Centre Médical Espoir/Privée	Elig-Edzoa		
		Centre de Santé St Dominique	Emana pont Borne fontaine Emanas		
	Emanas	CSI Emanas/Publique	Emana Billick		
		CS catholique Marie Reine/Privé confessionnelle			
DS 6 OBALA	Obala	CSI Obala/Publique	Obala Marché Central Elig-Bessala Quartier Haoussa		
			Nkometou	Centre de Santé Espoir et Vie/privée	Nkometou marché
				Centre de Santé Chrétien/Privée	Mfomakap

06 Districts de Santé	12 Aires de Santé	19 FOSA	26 Communautés
------------------------------	--------------------------	----------------	-----------------------

REGION DU LITTORAL

Tableau 2: Distribution des DS, AS, FOSA et Communautés enquêtés (Littoral)

District de santé	Aires de santé	FOSA de collecte (publique et privée)	Communautés ou quartiers
DS 1 DEIDO	AS AKWA II	Publique : Hôpital Laquintinie	Bona minkengue
		Privée : Clinique Sainte Georgette	Boneleke
	NGOGBONG	Publique : CAMNAFAW ESSEC	Marché Missoke
		Privée : CMS Les Merveilles du Salvateurs	Pont missoke
DS 2 BONASSAMA	BONASSAMA	Publique : HD Bonassama	Tomko
		Privée : De NJOY	EKEKE
	BONENDALE	Publique : CMA Bonendale	Petit Bonanjo
		Privée : CS ISALINE	Ndobo
DS 3 NEW-BELL	NEW-BELL BAMILEKE	Publique : CMA Nkouloloun	New Bell cimetièr
		Privée : Soins des Infirmiers	Ecole publique
	NEW-BELL CIMETIÈRE	Publique : Hôpital de District de New-Bell	Nkololoun
		Privée : Saint Martin de Porès	KM5 et Tractaffric
DS 4 NYLON	AS OYACK 1	Publique : CMA Oyack 1	Quartier CCC
		Privée : Christ est Roi	Oyack 1 zone 2
	SOBOUM	Publique : CMA Soboum	Soboum
		Privée : Espoir et Santé	Brazzaville
DS 5 BOKO	NEW-TOWN AÉROPORT	Publique : Clinique SADEN	NTA 1
		Privée : APOSTOLIC	NTA 5
	CITÉ BERGE	Publique : C.S le Progrès	Cité Berge 2
		Privée : C.S Mère et Enfant	Ougougang chefferie
DS 6 CITE DES PALMIERS	CITÉ DES PALMIERS	Publique : HDCP	Ndogmbe 1
		Privée : BETHESDA	Ndogmbe 2
	NYALLA	Publique : ADAMUR	Nyalla Song Kot
		Privée : Centre Santé Catholique Kuya l'Amour	Nyalla Logtcha
O6 Districts de Santé	12 Aires de Santé	24 FOSA	24 Communautés

3. Population de l'étude

i. Les utilisateurs finaux (population primaire)

La population cible primaire de l'étude a été constituée de la population des régions du Centre et Littoral (ville de Douala notamment) âgée de 18 ans et plus.

ii. Population secondaire

La population cible secondaire a intégré toutes les différentes catégories d'acteurs retrouvées dans les sites ou lieux d'enquête, Au niveau communautaire, ont été inclus: leaders religieux, traditionnels, autorités administratives, commerçants, conducteurs de mototaxis ou

taximen, les patients de choléra ayant recouvré leur santé, les membres du ménage des anciens patients du choléra guéris ou décédés, les membres des ménages voisins des ménages affectés, les ethno-thérapeutes (tradipraticiens), les vendeurs des médicaments du secteur informel, les naturopathes, les responsables des OBC impliqués dans les activités de prévention, les ASC/ARC...

iii. Critères d'inclusion et d'exclusion

Critères d'inclusion:

Population cible primaire

- Toute personne âgée de 18 ans et plus et vivant dans l'un des districts de santé ciblés dans la région du Centre ou dans la ville de Douala.
- Les patients venus à la formation sanitaire

Population cible secondaire

- Toute autorité religieuse, traditionnelle ou autorité administrative

Critères de non-inclusion

- Toute personne éligible mais qui a manifesté son indisponibilité ou son refus à participer à l'étude.

4. Volet quantitatif de l'étude

i. Méthode d'échantillonnage

Tirage des ménages

Un échantillonnage à trois degrés a été effectué. Les unités primaires de sondage (ou grappes) étaient les aires de santé issues de la base actualisée du fichier de la cartographie sanitaire. A l'intérieur de chaque district de santé, on a procédé avec l'éclairage des points focaux des districts au tirage raisonné (foyers à fort risque d'épidémie) de deux aires de santé et deux communautés à l'intérieur de chaque aire.

Les unités secondaires ont été constituées des communautés ou villages/quartiers. Une première communauté a été sélectionnée parmi celles qui étaient situées dans un rayon de 5 km à la formation sanitaire la plus proche. Et une deuxième communauté a été tirée parmi celles qui étaient situées à plus de 5 km de la formation sanitaire la plus proche.

Les unités tertiaires de sondage étaient les ménages. Dans chaque communauté sélectionnée, on a procédé à un tirage systématique de 30 ménages. Les ménages ont été tirés suivant un pas de sondage de 1/15 ou 20 ménages suivant le niveau de concentration des ménages.

Au sein de chaque ménage sélectionné, un questionnaire ménage a été administré auprès du Chef de ménage ou de son représentant c'est-à-dire une personne adulte (18 ans et plus) capable de donner des informations adéquates sur les conditions de vie du ménage.

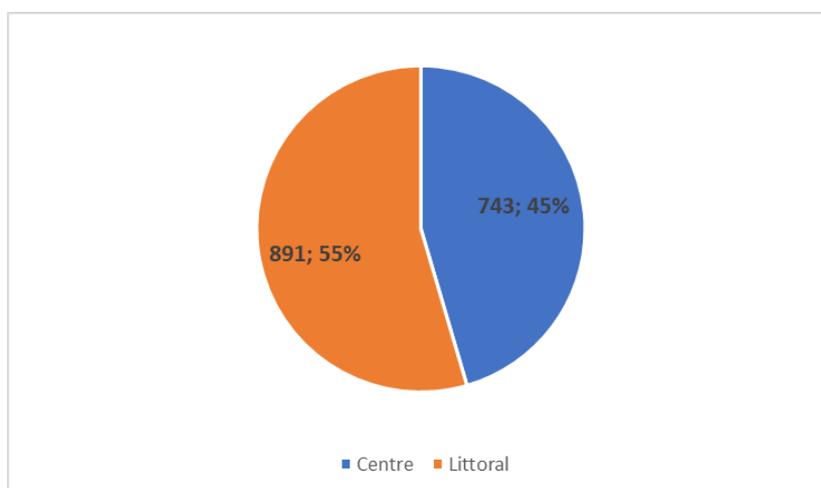
ii. Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été calculée selon la méthode dite de l'intervalle de confiance. Loin d'une formule statistique très rigide, il a été envisagé, de manière raisonnable une taille d'échantillon qui a reposé sur les principes de faisabilité de l'étude notamment en temps, en ressources humaines et financières. Ainsi, considérant la charge de travail à mener par 100

enquêteurs pour 5 jours de terrain, il a été envisagé de couvrir dans les 12 districts et 24 aires de santé, 48 communautés.

Tableau 3: Répartition des répondants par région

Régions	Nombre de répondants
Centre	743
Littoral	891
Total général	1634



Graphique 1: Répartition de la population d'enquête par région

iii. Outils mobilisés

La collecte des données s'est faite par le moyen des questionnaires pour ce qui est de l'enquête quantitative; des guides d'entretien semi-structurés et grilles d'observation pour ce qui est de la composante qualitative de l'étude. Des enquêteurs issus des différents districts de santé et universités des villes de Yaoundé et Douala ont été formés pour la collecte des données. Le questionnaire a suivi globalement la structuration et le contenu préconisé sur les enquêtes visant à évaluer les déterminants comportementaux et sociaux de la prévention contre les maladies. La collecte des données quantitatives a mobilisé essentiellement l'outil électronique KOBO COLLECT. Les enquêteurs avaient une bonne maîtrise du smartphone.

iv. Volet qualitatif de l'étude

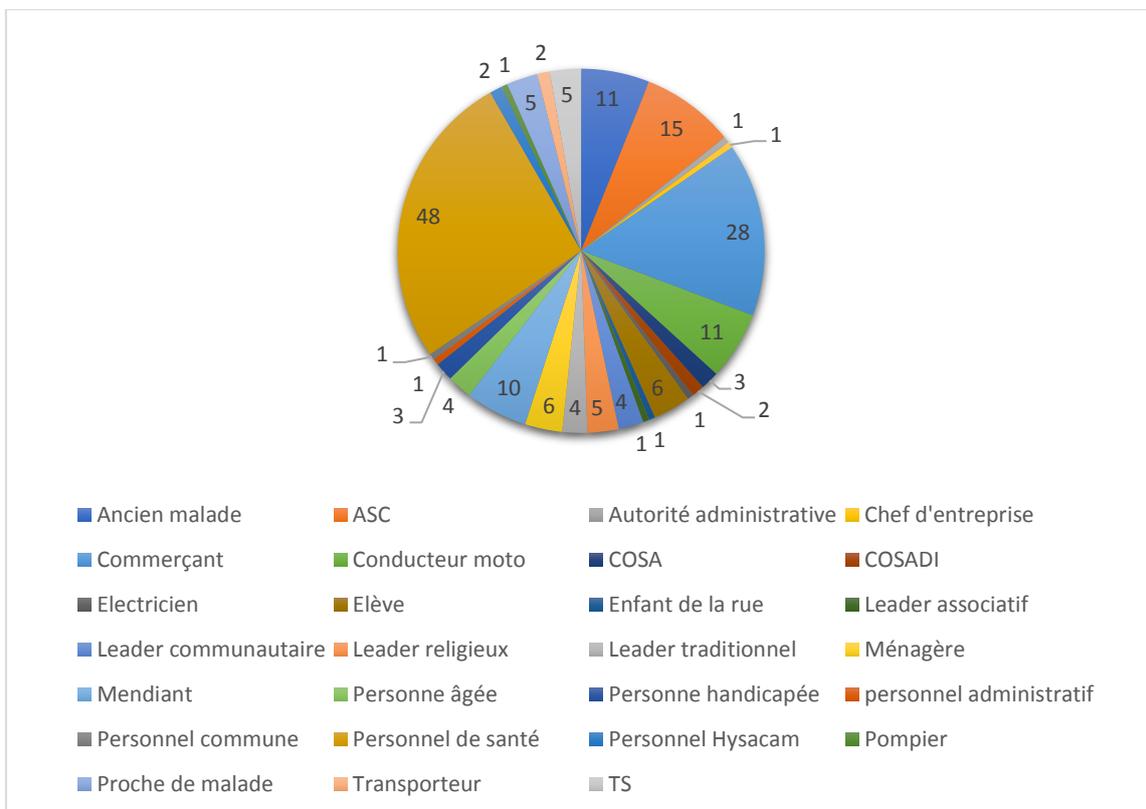
Le volet qualitatif de l'enquête s'est déployé concrètement sur le terrain par la mobilisation des techniques de recherche documentaire, d'entretien ethnographique et d'observation en contextes hospitalier et communautaire. Les outils de collecte des données étaient les guides de Focus Group, d'entretiens semi-directifs / compréhensifs, les grilles

d'observations. L'exploitation des données recueillies a conduit à la production des études de cas, des récits de vie et des restitutions réflexives dans les sites d'enquête.

La technique de l'Observation directe a été fréquemment mobilisée sur le terrain pour saisir et comprendre divers déterminants directement observables de la santé et du WASH dans les sites de collecte. Il s'est agi d'ethnographier et de mener une observation descriptive des caractéristiques de l'environnement de vie dans quelques quartiers précaires⁴ (bas-fonds ; disposition des fosses septiques, toilettes et latrines ; accès manifeste aux services sociaux de base (eau, santé, bacs, autres infrastructures du WASH...). Une observation a été faite aussi des toilettes de quelques marchés (marché Acacias, marché Mokolo, marché Mvog-Ada, marché Etoudi, Marché Sandaga, marché central...), gares routières, points de concentration des débits de boisson... Une observation a été faite de l'évacuation des eaux usées à côté des habitations et de l'assainissement des ordures ménagères et des milieux d'habitations ; une observation a été également faite de l'emplacement des bacs d'ordures ménagères ou communautaires et de leur accessibilité.

Répartitions et profils des cibles mobilisées pour les entretiens et FGD

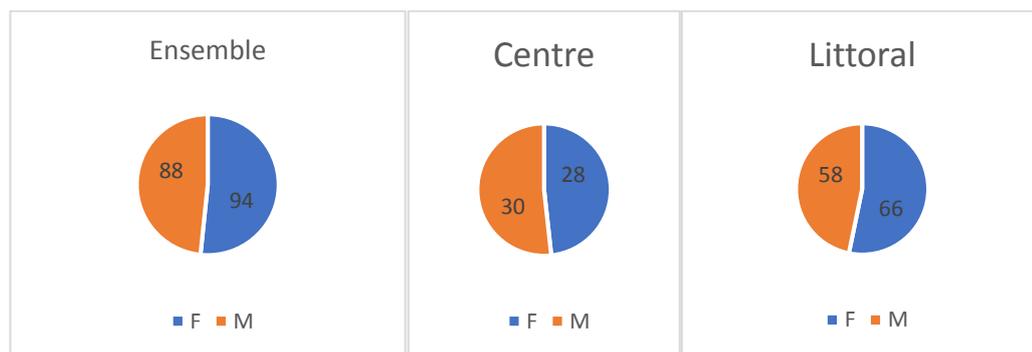
Privilégiant la triangulation de diverses sources d'information, l'enquête de terrain, dans son volet qualitatif, a mobilisé une diversification des profils d'acteurs. Le graphique suivant donne un aperçu sur les informateurs clés mobilisés pour les entretiens et les FGD.



Graphique 2: Répartition des répondants des deux régions selon leur profil social

⁴ Deux ou trois sites à parcourir pour ces observations directes

Pour le volet qualitatif les techniques d'échantillonnage ont mobilisé à la fois l'échantillonnage raisonné et l'échantillonnage par boule de neige. La taille de l'échantillon a été arrêtée avec le principe de la saturation des données. Le plus important a été aussi surtout pour les experts, de se rassurer de la participation diversifiée des acteurs de profils pluriels. Cela a rendu davantage compte non seulement de la démarche participative et inclusive de l'enquête mais aussi cette diversification a été une meilleure stratégie de triangulation des sources et données collectées. L'échantillon qualitatif a couvert 182 informateurs dont 94 femmes et 88 hommes.



Graphique 3: répartition de l'échantillon qualitatif des deux régions selon le sexe

5. Analyse et interprétation des données

Les données quantitatives collectées à travers l'application Kobo Collect ont été produites dans une matrice Excel et ont fait l'objet d'une analyse à travers un logiciel approprié. L'on a procédé à des analyses univariées, bivariées et multivariées. Un plan d'analyse détaillé a été élaboré par l'analyste pour la production des résultats et leur exploitation pour le rapport final.

Pour ce qui est des données qualitatives, une base des verbatims a été constituée à l'issue des transcriptions des différents entretiens. Un canevas type de transcription a été remis aux différents transpositeurs. Une matrice d'analyse des données qualitatives a été élaborée. L'analyse thématique et les techniques d'analyse contextualisantes ont été utilisées.

6. Considérations éthiques

L'enquête de terrain a été menée en mobilisant une autorisation administrative du MINSANTE. Sur le terrain, les participants ont été informés au préalable de l'objectif de l'activité, du bénéfice-risque et de l'exploitation qui sera faite des données collectées. Ils n'ont été enrôlés dans un entretien ou un groupe de discussion qu'après avoir donné leur consentement verbal. Au début de chaque entretien, les enquêteurs ont rappelés les objectifs de l'entretien et ont acquis la permission des participants pour l'enregistrement.

7. Prise en compte de la démarche qualité

La présente étude s'est adossée sur les principes de la Démarche Qualité.

Premièrement, une équipe pluridisciplinaire a été mobilisée intégrant 04 experts dont un sociologue de la santé, un expert en psychologie sociale et promotion de la santé, un spécialiste en santé publique et surveillance épidémiologique, un spécialiste de la communication sociale. Les contributions conjuguées de cette équipe ont profondément enrichi les analyses.

Deuxièmement, le travail de terrain a mobilisé une centaine d'enquêteurs qui ont reçu une formation sur les principes de la recherche de terrain et le remplissage des questionnaires. L'utilisation de Kobo a garanti aussi un meilleur suivi de la collecte des données avec un traçage quotidien par GPS des enquêteurs sur le terrain. Les données qualitatives, compte tenu de leurs spécificités (entretiens approfondis, récits de vie, FGD, observations ethnographiques) ont été collectées essentiellement par des chercheurs expérimentés et titulaires chacun d'au moins un Master en sociologie et anthropologie. Une supervision de proximité a facilité la vérification systématique de la qualité des données à la fois quantitatives et qualitatives.

Troisièmement et enfin, l'étude a bénéficié de l'expertise du Cabinet Research Action Consulting (Re-Act) spécialisé dans la production des évidences en matière de Social Behavioral Change (SBC).

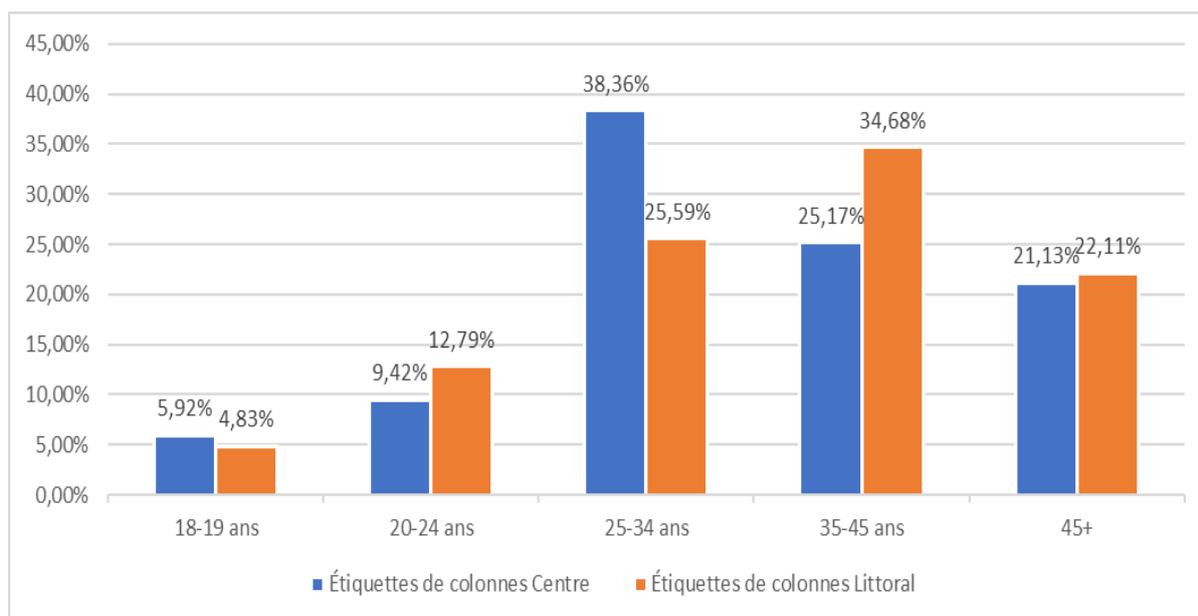
SECTION I : CARACTÉRISTIQUES

SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PARTICIPANTS A L'ETUDE

Cette première section du rapport apporte un éclairage détaillé sur les caractéristiques des différents acteurs ayant participé à l'étude. Elle apporte des précisions à la fois sur leurs âges, niveau d'instruction, statut matrimonial, sexe, niveau de revenus, etc.

I.1. âge

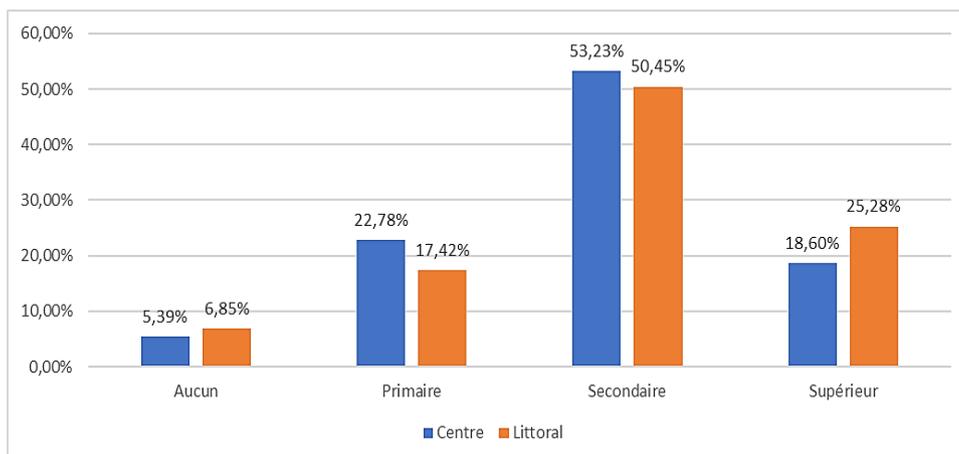
Compte tenu de la dimension mixte (quantitative et qualitative) de l'étude, les âges des répondants sont présentés en fonction des différents volets de l'étude. Le constat qui s'en suit est que ce sont davantage les personnes âgées de 25 ans et plus qui ont été les plus approchées, certainement à cause de leur niveau de responsabilité dans les ménages (chef de ménage, parents, etc.). Ainsi, dans le cadre de l'enquête quantitative, la distribution par âges fait état de ce que les 18-19 ans représentent la tranche la moins touchée (environ 5% pour l'ensemble des deux régions), pendant que les 25-34 ans et 35-45 ans représentent les tranches les plus importantes (31 et 30% pour l'ensemble des deux régions). Le constat est pratiquement le même pour les cibles de l'enquête qualitative qui ont davantage couvert les personnes jeunes.



Graphique 4: distribution des répondants par âges

I.2 Niveau d'instruction

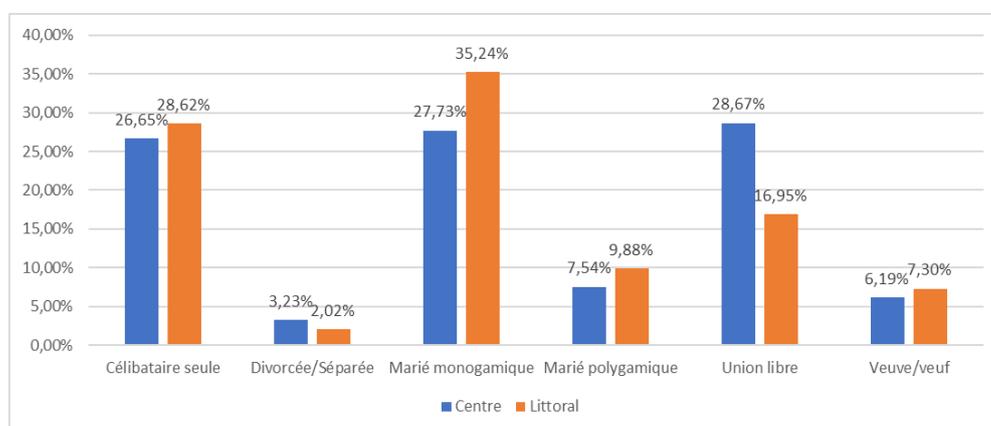
Le niveau d'instruction des répondants laisse voir que le secondaire occupe une place importante. Plus de 50% des personnes rencontrées dans les deux régions ont un niveau d'instruction du secondaire, c'est-à-dire ont fait au moins la classe de sixième. Moins de 6% sont sans niveau d'instruction, pendant que le niveau primaire et celui du supérieur se côtoient avec respectivement 19% et 21%. Cette variable peut influencer le comportement, mieux les perceptions des acteurs par rapport au choléra, aux règles d'hygiène et au respect des mesures barrière de protection.



Graphique 5: distribution des répondants par niveau d'instruction

I.3 Statut matrimonial

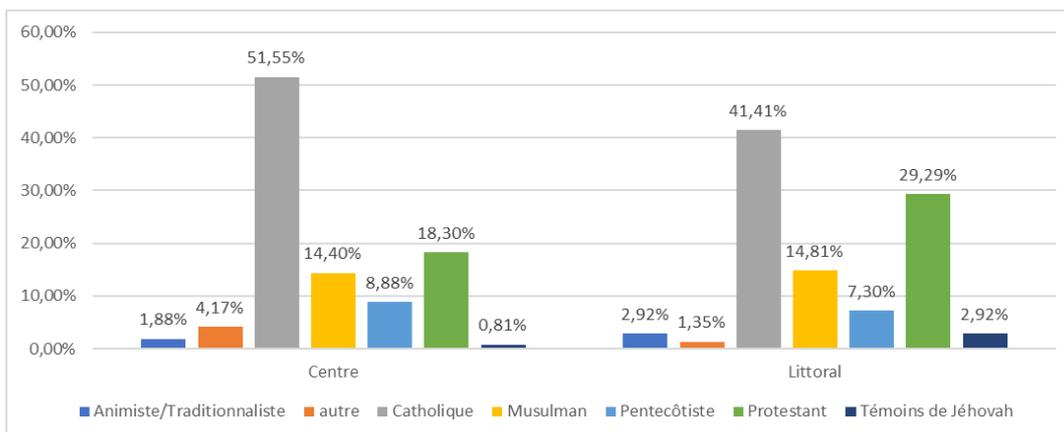
Les répondants avaient des statuts variés. L'échantillon global fait état de la présence des célibataires, des personnes mariées, des veufs et même des divorcés. Il a été pris en considération les cas d'union libre, mais pas les spécificités sur le mariage traditionnel et religieux. Du point de vue du mariage civil, un accent a été porté sur le type de régime matrimonial. Il ressort ainsi des données recueillies qu'avec l'union libre (22% pour les deux régions), plus de 62% des enquêtés vivent en union, avec respectivement 8% de polygames et 32% de monogames pour l'ensemble des régions du Centre et du Littoral. Cette variable intervient dans la qualité de vie des ménages, sur l'accès à l'eau potable, etc.



Graphique 6: distribution des enquêtés par statut matrimonial

I.4 Religion

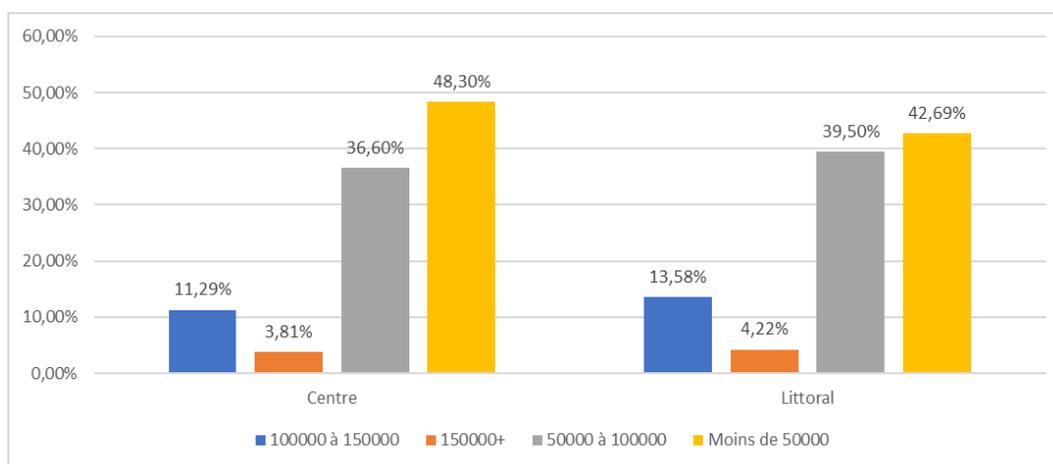
Les structures religieuses contribuent dans la sensibilisation et la mobilisation des cibles pour l'adoption des comportements protecteurs vis-à-vis du choléra. De manière générale, outre les chrétiens et les musulmans, on dénombre d'autres religions qui ne font pas partie de ces deux grands groupes, comme les traditionnalistes, animistes, bouddhistes, témoins de Jéhovah.



Graphique 7: distribution des répondants par religion

1.5 Revenu moyen mensuel du ménage

Cette modalité des revenus laisse transparaître le niveau de pauvreté moyen de la population enquêtée. Il est important de rappeler que la collecte des données s’est faite dans les sites identifiés comme des potentiels foyers épidémiques de choléra ou des foyers confirmés. Ainsi, plus de 82% des personnes interrogées vivent avec moins de 100 001 FCFA par mois dans leur ménage, avec 45% vivant avec moins de 50.000 FCFA par mois. Ceci tend à confirmer la perception de certains acteurs qui attribuent les causes du choléra à la pauvreté, parce qu’effectivement, plus de 45% de cette population vit avec moins de 3 dollar US par jour.



Graphique 8: distribution des répondants par revenu mensuel

SECTION II : CARACTÉRISTIQUES SOCIOENVIRONNEMENTALES DES FOSA ENQUÊTÉES

Cette section du rapport apporte quelques précisions sur les caractéristiques socio-environnementales des FOSA qui ont fait l'objet des visites de terrain.

II.1 Catégorie des FOSA enquêtées

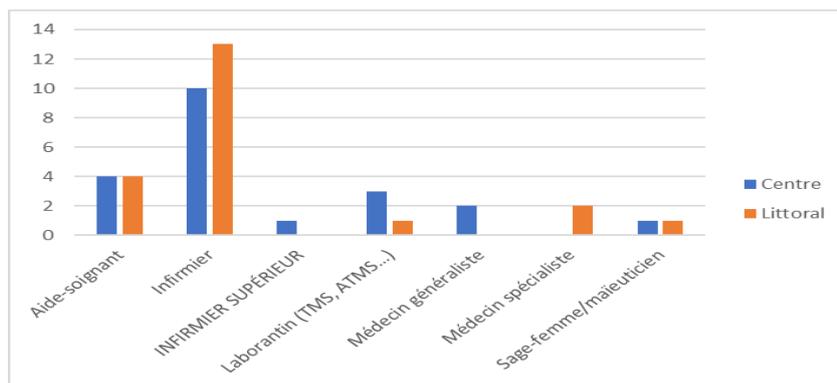
Les données de terrain révèlent qu'au total, 42 formations sanitaires ont été visitées. On dénombre deux Hôpitaux de Districts (HD), notamment dans la ville de Douala, neuf Centres Médicaux d'Arrondissement (CMA), notamment 2 dans la ville de Yaoundé et 7 dans la ville de Douala, ainsi que 31 Centres de santé, y compris les Centres de Santé Intégrés. Ces structures sont les acteurs de première ligne dans la riposte au choléra. En effet, si les premières (HD) sont parfois érigées en Unité de Prise En Charge (UPEC) de choléra, les seconds sont des structures plus proches des populations qui ont la charge de faire la référence vers les UPEC en cas de cas suspect. Le paysage sanitaire en matière d'offre de services s'est démocratisé avec le temps. De manière générale, de nombreuses initiatives sont mises en œuvre dans le sens de rapprocher la FOSA des cibles. Ainsi, pendant qu'on compte dans cet échantillon 17 FOSA publiques, on dénombre dans le même temps 25 FOSA privées qui sont aussi des structures très sollicitées par les communautés en matière de demande des soins.

Tableau 4: catégorie de Formations Sanitaires visitées

Catégories de la FOSA	Centre	Littoral	TOTAL
CMA	2	7	9
CSI	19	12	31
Hôpital de district		2	2
Total général	21	21	42

II.2 Type de personnel travaillant dans la FOSA

Les profils des personnels, mieux, des responsables rencontrés dans les formations sanitaires visitées sont variés. Ils vont de l'aide-soignant au médecin en fonction des catégories des FOSA. A l'observation, l'infirmier est le corps le plus représenté (plus de 50%). Ce niveau de formation des prestataires peut être déterminant dans la prise en charge ou dans l'orientation ou la référence des cas suspects de choléra.



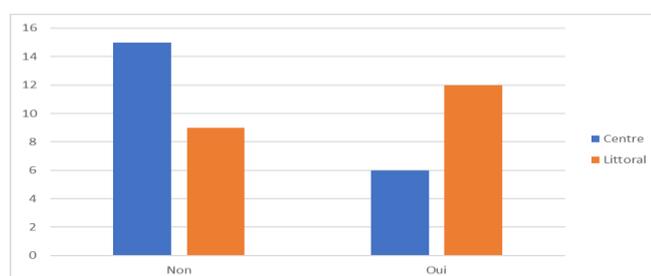
Graphique 9 : distribution des profils des responsables rencontrés dans les FOSA

II.3 Présence d'électricité dans la FOSA

L'enquête qui a été menée dans des FOSA indique que globalement celles-ci possèdent l'énergie électrique. Cela a été observé lors des visites qui y ont été menées. Il est à noter que l'électricité de ces formations sanitaires dépend essentiellement de la société nationale de distribution du courant électrique ENEO. Il arrive donc que durant les vagues de délestages qui frappent les régions de Douala et Yaoundé, les FOSA en soient privées. Ainsi certaines peuvent recourir à une source alternative.

II.4 Présence d'un groupe électrogène

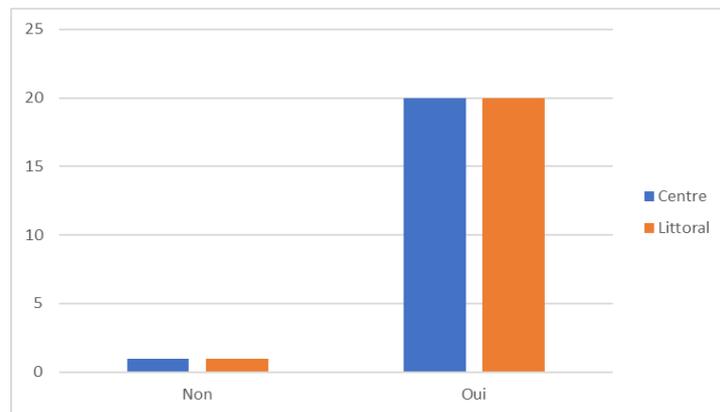
Face aux nombreux problèmes d'indisponibilité de l'énergie électrique liés aux délestages, plusieurs FOSA ont pris l'initiative de se doter en sources d'énergie alternatives. Cela prend la forme d'un groupe électrogène. C'est le cas notamment du Centre de Santé Nicolas Barre dans la ville de Yaoundé, district de santé Nkolndongo qui dispose d'un groupe électrogène fonctionnel utilisé en cas de coupure d'électricité. Cette pratique des mesures alternatives a été observée dans de nombreuses autres formations sanitaires. Toutefois, on en dénombre également qui n'ont pas recours à des sources alternatives. Ceci peut avoir des conséquences dans la chaîne de prise en charge, notamment pour ce qui est des examens de laboratoire ou du confort des patients. Ainsi, sur 42 FOSA visitées, 18 dans les deux régions d'enquête disposent d'un groupe électrogène comme source alternative pendant que 24 autres n'ont pas cette source alternative d'énergie électrique.



Graphique 10: distribution des FOSA possédant un groupe électrogène

II.5 Présence d'un point d'eau potable dans la FOSA

Bien que le manque d'eau ne soit pas un problème majeur pour certaines FOSA notamment dans le District de santé de Biyem-Assi, DS de Nkoldongo et l'aire de santé d'Ekounou 1, l'accessibilité en eau potable par contre constitue un problème dans le district de santé d'ODZA que ce soit au sein des formations sanitaires ou dans les ménages. En ce qui concerne le CSI d'Ekounou, il a été observé la présence d'un point d'eau non potable. A l'exception de deux formations sanitaires, soit une dans la région du Centre et l'autre dans la région du Littoral, l'ensemble des autres formations sanitaires visitées disposent d'un point d'eau. Il est tout de même important de relever que le caractère potable de cette eau est fonction de l'utilisation et des usages qu'en font les prestataires ou alors les patients. Ainsi, certaines FOSA disposent de puits aménagés ou non aménagés pendant que d'autres sont connectées au réseau national de distribution. Aussi, en fonction des usages, l'on peut recourir à des procédés de potabilisation de l'eau issue des formations sanitaires pour la consommer comme eau de boisson. Il va s'en dire que la disponibilité des sources d'eau est un fait qui a été confondu par certains répondants pour ce qui est de la qualité « d'eau potable ». Ainsi, le graphique qui suit ne rend compte que de la disponibilité en source d'eau dans les FOSA.



Graphique 11: distribution des FOSA en fonction de la disponibilité des points d'eau

II.6 Principales sources d'approvisionnement en eau dans la FOSA

- *Des puits comme source d'approvisionnement en eau.*

Les sources d'approvisionnement en eau représentent un réel risque dans le district de santé d'Odza. Le CSI d'Ekounou a pour source d'approvisionnement un puits non aménagé à l'arrière du bâtiment. Ce puits est non aménagé et n'a pas de couvercle. Par ailleurs, des latrines sont situées en amont. Ce puits représente le seul point d'eau pour l'hôpital et la population environnante. Cette situation est de nature à souiller l'eau du puits qui est utilisée par les ménages et par la FOSA, avec pour corollaire l'éventualité de faire perdurer les cas de choléra dans le district de santé d'Odza. C'est d'ailleurs ce que souligne un personnel de cette FOSA :

« Non on n'a pas accès à l'eau potable, il y a même un puits ici que c'est moi qui ai créé. Un puits qui alimente pratiquement tout le quartier et c'est un puits à risque parce que pratiquement il y a les toilettes en haut partout là. C'est vrai que c'était une source naturelle selon les informations que les autochtones m'ont donné. C'est une source qui coule même depuis que les gens ne construisent mais ce qui

est sûr c'est que cette source doit être souillée parce que les gens ont construit les WC partout en haut. La source naturellement est déjà souillée et c'est un gros risque. Non on l'utilise toujours puisque qu'on n'a pas de choix quand on puise ça, ça dépend de ce qu'on va faire avec si c'est pour nettoyer les pinces on met l'eau de javel à l'intérieur si c'est pour laver le sol, on lave juste le sol avec mais là c'est même un risque. » (Enquête de terrain, Chef du Centre de Santé Intégré d'Ekounou).

Photo 1: Point d'approvisionnement en eau, poubelle et toilette du centre de santé intégré d'Ekounou



Les propos ci-dessus indiquent aussi le fait que le personnel médical est conscient du risque que représente cette source d'approvisionnement en eau. Dans son discours, le répondant indique néanmoins que le personnel de la FOSA prend des mesures de désinfection pour éliminer les germes présents dans l'eau avant de l'utiliser, notamment pour ce qui concerne le nettoyage des instruments de travail au sein du CSI.

Dans la FOSA Nicolas Barre, il existe un puits qui garantit l'accès de la FOSA à de l'eau pour l'activité : « *Nous avons également un puits qui est juste là, en cas de coupure de CAMWATER, le puits peut pourvoir de l'eau* » (EI-Coordinatrice FOSA- Nicolas Barre). Il convient de noter ici que la solution du puits est une solution de secours, étant donné que, comme dans d'autres FOSA, celle-ci dispose d'une alimentation en eau courante provenant de la compagnie nationale des eaux.

- ***De l'eau courante de la CAMWATER comme source d'approvisionnement en eau***

Dans les centres de santé privés à savoir par exemple le Centre de santé Belle Rose et le Siloé, les sources d'approvisionnement en eau proviennent de l'eau courante distribuée par la compagnie nationale des eaux. Les tuyaux qui acheminent l'eau aux robinets sont reliés à des

réservoirs afin de pallier les coupures d'eau qui sont aussi une réalité. Cette présence de cuves de réserves constitue un avantage en cas de rupture d'approvisionnement en eau : « *l'eau du robinet oui nous avons l'eau du robinet en permanence lorsqu'il y a des coupures nous avons des réserves qui nous permettent de gérer* » (Surveillant général du centre de santé Belle Rose).

- *Les forages*

Pour contourner les problèmes liés à l'approvisionnement en eau, il y a des FOSA qui ont opté pour une autonomie grâce à la création de forages en leur sein. C'est le cas notamment de l'hôpital des Sœurs qui dispose, outre de la source d'eau de CAMWATER, d'un forage qui est traité toutes les deux semaines.

- *Distribution de diverses autres sources d'approvisionnement en eau par les FOSA*

Les données de terrain dénombrent de nombreuses autres sources d'approvisionnement en eau qui ne sont pas toujours la propriété des Formations sanitaires, mais parfois, un bien public ou encore privé que la formation sanitaire exploite. Le tableau qui suit présente cette réalité.

Tableau 5: distribution des différentes sources d'approvisionnement en eau par les FOSA

Principale source d'approvisionnement en eau	Centre	Littoral	Total général
Camion-citerne/Livreur dans porte-tout	1		1
Eau en bouteille		1	1
Puits à pompe / forage	2	7	9
Puits creusé et protégé	2		2
Puits creusé pas protégé	1		1
Robinet chez le voisin	1	1	2
Robinet dans la concession / jardin parcelle	1	1	2
Robinet dans le logement	12	10	22
Robinet public / borne fontaine	1	1	2
Total général	21	21	42

II.7 Type de point disposé par la FOSA pour le lavage des mains

Le lavage des mains constitue l'une des mesures barrières primordiales de la lutte contre le choléra. Dans les formations sanitaires parcourues, il a été observé des points de lavage des mains ou des dispositifs installés ayant pour objectif la pratique du lavage systématique des mains à l'accueil. Au CSI d'Ekounou, au centre de santé Ceraso Azem à Elig-Effa, au CMA de Mvog-Beti, à Ekounou I, on note la présence d'un dispositif de lavage des mains avec du savon à l'entrée de l'hôpital. A la FOSA Nicolas Barré, le système d'approvisionnement en eau et les points de lavage des mains est dense : « *Pour nous ici à la FOSA, pour ce qui est de la gestion de l'hygiène, à l'entrée il y a un point d'eau de lavage des mains pour tous les usagers qui entrent. En interne, nous avons des points d'eau, des robinets, dans le bureau, j'ai un robinet là, dans les services et salles de soins, laboratoire il y a les points d'eau* » (EI-Coordinatrice FOSA- Nicolas Barré). Cependant au CSI d'Ekounou, il convient de souligner que ce dispositif est chargé d'une eau qui provient du puits non-aménagé de l'hôpital.

Au Centre de santé Belle Rose et Le Siloe, on note des lave-mains au niveau de l'accueil avec du savon ou le gel de lavage des mains. Il faut noter que ces dispositifs de lavages des mains ont été initialement installés pour la lutte contre le Covid-19 et constituent juste une continuité des pratiques acquises pour la lutte contre le choléra.

Dans le Littoral, partant de ces pratiques de lavage des mains, un responsable de DS a pu déclarer : « *Nous avons mis les seaux avec les robinets à chaque entrée de l'hôpital pour laver les mains* » (chef d'un district de santé). L'image suivante illustre davantage cette pratique des usages des seaux à robinet comme dispositif fréquent de lavage des mains.

Photo 2: Dispositif de lavage des mains dans une FOSA



Source : enquête de terrain

Dans la ville de Yaoundé, un autre responsable de FOSA a davantage fait observer cette disponibilité des dispositifs de lavage des mains mais qui contraste avec la faible appropriation observée chez les usagers:

« Oui il y a un dispositif de lavage des mains là-bas à l'entrée mais parfois les gens passent même sans s'y intéresser. Le seul problème c'est qu'il faut sensibiliser les populations au lavage systématique des mains oui parce que quand tu salues les gens il faut laver les mains, tu pars aux toilettes il faut laver les mains, il faut laver les aliments avant de les manger et tout ça c'est très important. » (Chef du centre intégré Ekounou).

Il apparaît dans ces propos que la présence de points de lavage des mains à l'entrée des FOSA ne constitue donc pas un argument persuasif auprès des usagers. La mise en évidence de ce dispositif ne crée pas automatiquement chez les malades et aidants le sentiment ou le besoin de se laver les mains. Tout se passe comme si cet espace était aménagé pour des buts cosmétiques. Cette réalité de la pratique tranche avec les connaissances dont disposent les populations, ainsi que sur le discours qu'ils présentent sur la maladie. Quoiqu'informés de l'épidémie de choléra, quoiqu'informés des mesures à prendre pour la prévention, ces derniers ne procèdent pas au lavage des mains qui est pourtant connu comme une mesure barrière à l'épidémie. Cette observation est également visible dans le discours de ce répondant :

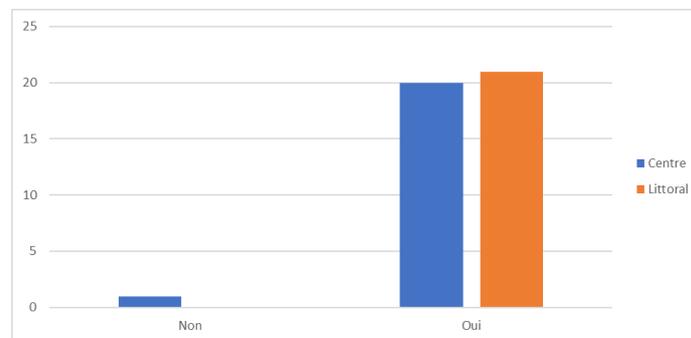
« Il y a déjà les laves mains partout vous voyez dans les salles, il y a déjà le lave mains à l'accueil, l'eau coule, le savon est posé là, il y a le javel et bon il y a déjà

ce lavage systématique. Mais les patients ne pratiquent pas ce lavage systématique des mains les gens se lavaient beaucoup les mains pendant la période du Corona mais maintenant non » promotrice du centre de santé le Siloé.

Ainsi donc, l'essentiel des formations sanitaires dispose de point réservé au lavage des mains, quoique le recours systématique à ces points de WASH par les usagers ne soit pas toujours observé. Dans le même temps, d'autres FOSA ne possèdent ni dispositif, ni solution alternative comme les gels hydro alcoolique.

II.8 Disponibilité de l'eau pour se laver les mains au moment de l'enquête

Au moment de l'enquête, la disponibilité de l'eau pour le lavage des mains a été documentée. Les équipes d'enquêteurs ont pu se laver des mains dans les FOSA visitées, quoique dans une formation sanitaire de la région du Centre, il a été constaté l'absence d'eau pour le lavage des mains, comme l'indique le graphique ci-dessous.



Graphique 12: disponibilité de point de lavage des mains au moment de l'enquête

II.9 Disponibilité du savon de la lessive, du gel pour le lavage des mains au moment de l'enquête

Au moment de l'enquête, il a été vérifié la disponibilité du savon ou gel pour lavage des mains dans l'ensemble des deux régions d'enquête. Toutefois, dans certaines FOSA, le savon ou le gel est disposé au sol, ce qui est peu hygiénique. Les formations sanitaires possédant un dispositif de lavage des mains y déposent, à l'exception d'une, du savon ou du gel. Ce fait accompagne celui qui précède, c'est-à-dire la disponibilité de point de lavage des mains.

II.10 Pratiques de contournement du personnel de santé lorsqu'il n'y a pas de savon, gel dans la FOSA

Même si tous les enquêtés affirment la disponibilité en permanence du savon, du gel pour le lavage des mains, il a été observé dans les deux régions de l'étude qu'en cas d'absence de savon, le personnel des FOSA se lave les mains avec de l'eau tout simplement, excepté au centre de santé Nicolas Barré. D'après la coordinatrice, il y a toujours du savon pour le lavage des mains. En aucun cas la FOSA a manqué du savon pour le lavage des mains selon ses propos, l'approvisionnement en savon se fait de manière régulière.

II.11 Principales activités de sensibilisation menées par les FOSA

Les données rapportées du terrain laissent comprendre que, dans le cadre de la lutte contre le choléra, plusieurs activités de sensibilisation sont organisées au sein des FOSA au sein des

communautés, ceci dans le but d'informer la population de l'existence de la maladie et de montrer la nécessité de respecter des règles d'hygiène dans la prévention et dans la lutte contre le choléra. Lorsqu'il y a un cas dans une zone ou alors dans une aire, tout le personnel soignant des FOSA est sensibilisé. Ils sont briefés sur les généralités du choléra. Ensuite, ils ont la responsabilité de briefier à leur tour les usagers qui viennent dans la FOSA afin de les sensibiliser sur le choléra.

Ces activités sont entre autres :

- IEC lors des visites prénatales et lors des vaccinations et en communauté à travers les causeries éducatives aux risques et aux bonnes pratiques en matière de prévention contre le choléra ainsi que la démonstration de technique visant à rendre l'eau potable
- Le porte à porte qui est une technique de sensibilisation qui consiste à passer de maison en maison, afin de diffuser des messages sur le changement de comportement face aux pratiques d'hygiène, sur la maladie choléra en général (causes, manifestations et moyens de préventions) et les moyens de s'en protéger et d'apporter à la communauté des réponses à leurs questions
- Séances de démonstration des pratiques du WASH

Ces activités de sensibilisation communautaire sont menées par les districts de santé à travers les ASC et les leaders traditionnels et religieux.

L'équipement des agents sensibilisateurs est constitué entre autres de :

- la tenue de visibilité
- flyers et des posters choléra
- la boîte à image

Lorsqu'il y a un cas de choléra en communauté, il y a une sensibilisation qui est faite autour du cas indexé sur les mesures d'hygiène, sur la prévention du choléra en leur donnant des Aqua tap (qui permettent la potabilisation de l'eau) « *Les sensibilisations portaient de façon générale sur la prévention et la lutte contre le choléra. On leur expliquait comment faire pour se protéger contre le choléra* » chef de l'aire CMA de Mvog-Betsi.

Les activités de sensibilisation au niveau du district d'Odza sont essentiellement verbales. Par conséquent cette sensibilisation reste limitée car il n'y a pas une grande mobilisation sociale. Pourtant l'objectif de la sensibilisation de masse est de toucher le plus grand nombre de personne à travers l'Information, l'Education et la Communication qui permet d'édifier sur le choléra ses causes, sa prise en charge, sa prévention les règles d'hygiène. Ce manque d'information laisse les populations dans l'ignorance et des confusions avec des croyances locales.

Selon les propos recueillis auprès du personnel des centres de santé Belle Rose et Le Siloe, aucune mobilisation avec pour but la sensibilisation contre le choléra n'a jamais été organisée. Ce qui prouve la non prise en considération de cette pathologie en ce qui concerne les activités de sensibilisations que ce soit dans la FOSA ou encore en communauté. Leur sensibilisation se limite juste aux quelques images affichées sur les murs de l'hôpital.

Les responsables des DS soulignent la difficulté à tenir des campagnes de sensibilisation en raison de l'absence moyens techniques comme les mégaphones : « *si on avait le mégaphone la sensibilisation serait plus large et on toucherait plus de personnes notamment dans les*

marchés et carrefour pourquoi pas dans des églises » (propos recueillis auprès du PF chef surveillance épidémiologique du DS de Biyem-Assi). Malgré cette difficulté, des efforts sont menés par les acteurs de la santé à travers la communication interpersonnelle, notamment lors de campagnes de sensibilisation porte à porte :

« Vous savez que les gens sont vraiment compliqués. Ce que nous avons fait à notre niveau c'est les causeries éducatives au marché même, dans les carrefours. On a aussi délégué une équipe en communauté accompagnée des ASC pour le porte à porte. A notre niveau c'est ce que nous avons fait » (EI-Coordinatrice FOSA-Nicolas Barre).

Cette disposition de cette FOSA est confirmée par un personnel de centre de santé : *« On a beaucoup fait les causeries éducatives dans les quartiers. On a fait le porte à porte, nous sommes passé dans plusieurs maisons et nous avons parlé avec les membres de la famille »* (EI-ASC-Nicolas Barre).

Lors des campagnes de sensibilisation, des FOSA communiquent sur l'existence d'un vaccin contre le choléra. C'est le cas notamment dans le Littoral : *« de temps de temps, l'hôpital de district de Bonassama lance des campagnes de sensibilisation de prévention contre le choléra. Le cas le plus récent date de quelques mois et était relatif à la vaccination volontaire contre le choléra »* (chef du quartier des blocs 9 et 10 du quartier Kouba). Lors de ces campagnes de sensibilisation, le personnel médical s'appuie sur les évidences concrètes du choléra que sont les anciens malades. C'est ce qu'affirme un personnel de santé dans la région du Littoral : *« Les anciens malades jouent un rôle très capital sur la sensibilisation de la lutte contre le choléra. Nous organisons des séminaires ici avec les patients et les garde-malades pour les sensibiliser face à cette maladie qui fait des ravages »* Personnel de santé.

II.12 Principaux moyens/stratégies déployés par les FOSA pour sensibiliser et communiquer sur le choléra

- Moyens humains (personnel du district, ASC)

S'agissant des moyens humains, il y a une mobilisation des chefs traditionnels, des responsables religieux, des guérisseurs, des associations à la prévention et à la lutte efficace contre le choléra. Ces catégories sont perçues par la communauté comme des influenceurs et parce qu'ils sont en contact avec leur communauté au quotidien, ils sont mieux écoutés. Ils sont briefés sur les généralités du choléra. Ensuite, ils ont à leur tour la responsabilité de briefer les membres de leurs communautés. En outre du personnel provenant des services du DS a été commis pour la sensibilisation des populations : *« le district a envoyé le personnel pour la sensibilisation »* (CMA de Mvog-Betsi).

Selon le point focal communication, le seul moyen déployé pour la sensibilisation par le district de santé d'Odza reste les causeries éducatives dans lieux publics. Cette sensibilisation dans les lieux publics ne permet pas la circulation de l'information, ni de toucher toutes les cibles et principalement jusqu'au bas-fond d'Ekounou 2 nord et sud, et Ekie. C'est la raison pour laquelle à la question de savoir s'il y a déjà eu des campagnes de sensibilisation dans leur quartier, la quasi-totalité répondait par la négative.

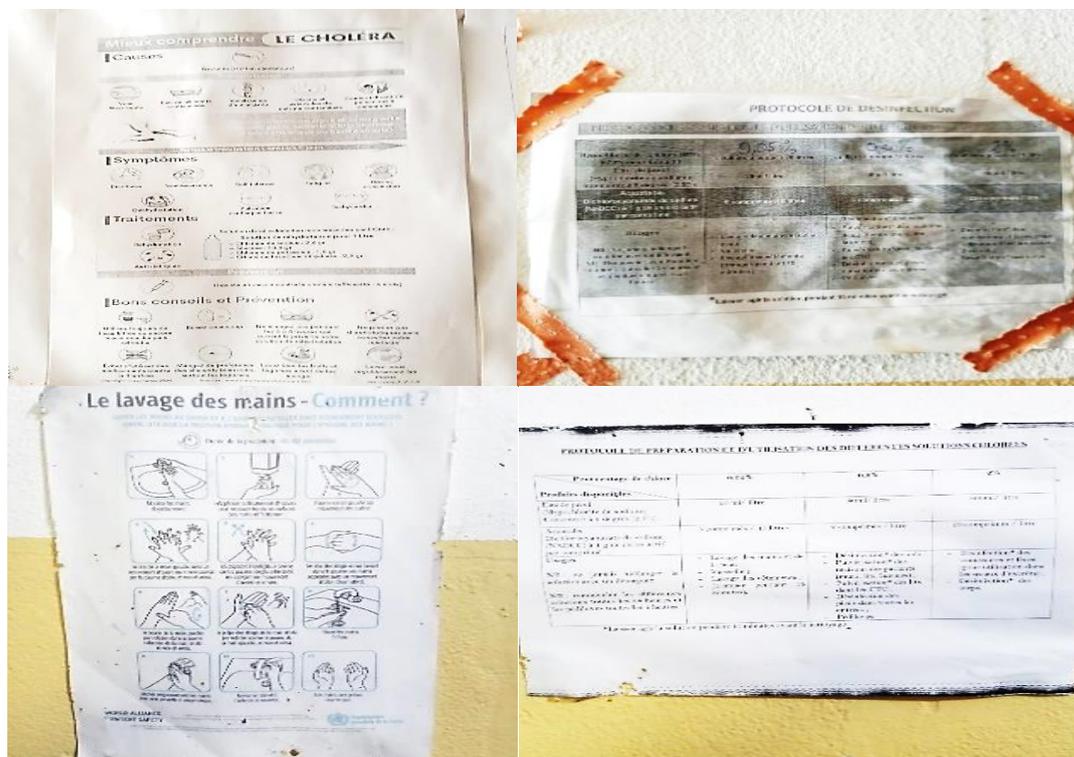
Les potentiels moyens humains qui peuvent être déployés par les autorités sanitaires se sont avérés limités par le besoin en ressources, notamment financières que cela implique : « *A notre niveau on n'avait pas fait grand-chose puisque nous n'avons pas de moyen pour aller dans les médias ; on a beaucoup travaillé avec nos personnels à chaque fois, il fallait au moins payer leur déplacement et au moins leur donner au moins la ration journalière* » (Ei-Coordinatrice FOSA- Nicolas Barre).

Une situation ambiguë est également à rapporter. En effet, alors que les besoins sont urgents en termes de sensibilisation et de lutte contre le choléra, il y a des règles d'ordre protocolaires qui font ombre à l'activité. Cela apparait dans les propos de cet acteur qui déclare que : « *Ce n'est pas nous qui gérons la sensibilisation mais plutôt le district. Les Boss ne peuvent pas être sur le terrain et nous aussi* » (infirmière, clinique d'Acacia). Ces paroles indiquent qu'en situation d'urgence, les efforts collectifs ou conjugués ne sont pas consentis pour agir de faciliter la sensibilisation en raison de dispositions hiérarchique.

- Moyens matériels

Les moyens matériels tels que les affiches et tracts ont été répertoriés dans les stratégies de sensibilisation. *Il y a des affiches partout sur les murs d'hôpital et dans les quartiers. Nous distribuons aussi des tracts aux patients et gardes malades* » (chef Bureau de Santé, Littoral). Un autre affirme ce qui suit : « *comme vous-même l'avez constaté, nous avons des affiches ici présentant les symptômes, causes et conséquences de cette maladie. Ceci pour éveiller la population et les contraindre à respecter les règles d'hygiène* » (Personnel de santé, Littoral).

Photo 3: Affiches de sensibilisation dans certaines FOSA de la région du Littoral



Source : enquête de terrain

II.13 Moyens qui devraient être utilisés par la FOSA pour sensibiliser/communiquer sur l'épidémie

Dans le cadre de la prévention et de la lutte efficace contre le choléra, nombre de moyens sont recommandés par les répondants pour une bonne sensibilisation.

- *Augmentation des effectifs des personnels sur le terrain*

Il faudrait un nombre plus important de personnel pour le déploiement dans toutes les zones. Les FOSA plaignent du manque de temps et de personnel pour faire plusieurs choses à la fois. Pour donc faciliter la sensibilisation. Il y a une nécessité des former des ASC qui par la suite iront dans les FOSA pour sensibiliser toute personne qui entre dans la FOSA.

« Nous ne sommes pas nombreux ici. Du coup on ne peut pas se déployer chaque jour pour faire les sensibilisations c'est que l'hôpital va rester à qui ? » (Une infirmière du centre de santé Cerazo Azem).

- *Accompagner la sensibilisation par la mise des moyens logistiques*

Les FOSA ne disposent pas assez d'outils et de logistiques pour la communication. La sensibilisation de masse doit aussi être mise en avant dans le cadre de la communication et de la sensibilisation sur le choléra car elle touche un plus grand nombre et permet d'atteindre les objectifs fixés par les FOSA. *« Vu le manque de moyen, la sensibilisation reste verbale »* (point focal surveillance épidémiologique du district d'ODZA). Un des outils les plus demandés pour faire une telle sensibilisation c'est le mégaphone. Ce dernier est jugé pratique et facilite le travail : *« Si on était totalement libre, c'était mieux qu'on descende dans chaque ménage sensibiliser les gens. Partir aussi dans les marchés pour une sensibilisation de masse avec le mégaphone. Distribuer des gels hydro alcooliques dans tous les ménages »* (entretien avec le chef bureau de santé, Littoral).

Lorsque la sensibilisation est faite en présentiel, elle a plus d'efficacité, selon le personnel des FOSA : *« c'est vrai qu'on parle à la télévision, à la radio, mais mon expérience à moi, ce que j'ai vu sur le terrain c'est que lorsque vous abordez les gens, ils comprennent plus ce que vous leur dites en face »* (EI-Coordinatrice FOSA- Nicolas Barre). En outre, pour ceux qui ont un téléphone, lorsqu'ils reçoivent un message du MINSANTE sur les questions de santé publique il peut arriver que ceux-ci ne les lisent pas attentivement ou avec intérêt.

Pour mieux sensibiliser, il a été noté que les ASC doivent être mis en avant parce qu'ils connaissent mieux leur communauté et sont considérés comme des influenceurs auprès de celle-ci : *« les FOSA doivent se doter des véhicules pour amener les agents communautaires à sensibiliser dans les zones les plus reculées et aussi pouvoir les repartir au nombre de 02 par parcelles au sein du quartier »* (EI, personnel de santé).

- *Lutter contre la pauvreté pour lutter contre l'épidémie*

Le choléra est une maladie qui provient des conditions d'hygiène précaires dans lesquelles vivent les populations. Pour réduire le risque de développement de l'épidémie, les acteurs tels que le personnel médical ne se limite pas à des avis qui concernent la biomédecine. Un chef d'aire affirme que : *« Au-delà de la sensibilisation, il faut penser à mettre sur pieds des moyens de lutte plus adéquats parce que c'est la pauvreté qui fait qu'il y'a toutes ces*

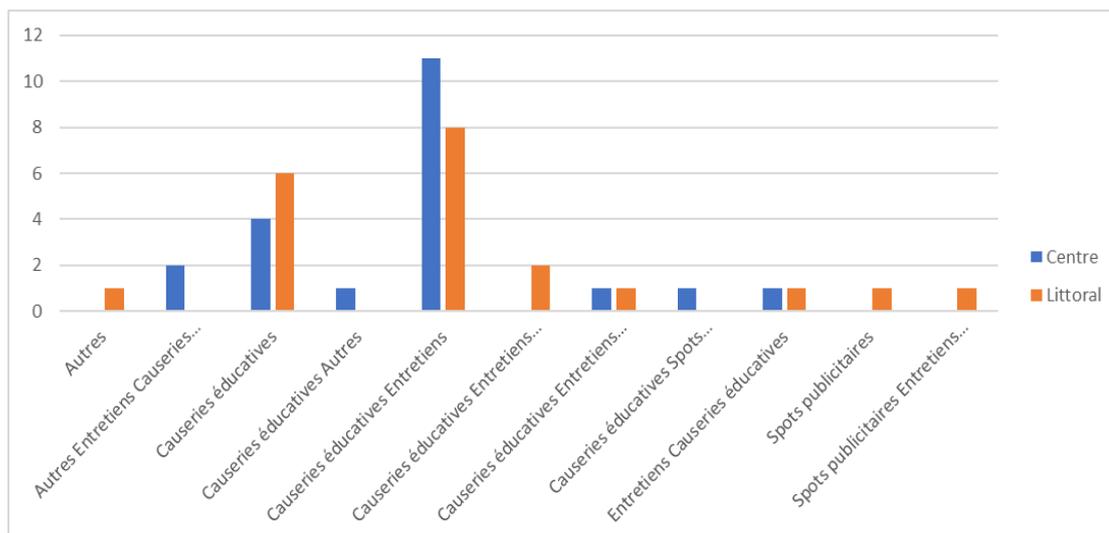
maladies. La preuve, observez les zones qui sont touchées par le choléra, c'est tellement délabré là-bas » (Chef aire du CMA de Mvog-Betsi). Cette affirmation indique que pour vaincre la maladie, il est nécessaire de changer les conditions dans lesquelles vivent les populations, notamment en luttant contre la pauvreté qui pousse les individus à vivre dans des localités insalubres et où règne la promiscuité.

II.14 Principaux canaux de sensibilisation utilisés dans la sensibilisation

Dans le cadre de la lutte contre le choléra les canaux de sensibilisation utilisés dans les districts de santé sont des canaux interpersonnels à savoir les causeries éducatives, les messages portés, le porte à porte, la sensibilisation de masse. Les informateurs de terrain ont évoqué notamment :

- Des interactions physiques dans les communautés et à travers les affiches dans la FOSA ;
- Des flyers qui sont distribués durant les sensibilisations en communauté et aux usagers qui viennent dans les FOSA ;
- Des affiches dans les hôpitaux sur lesquelles on montre les modes de contraction et les modes de prévention du choléra, ce qui va attirer l'attention des usagers et savoir qu'il y a une épidémie de choléra qui sévit en ce moment ;
- Des réunions d'engagement communautaires qui se tiennent. Elles consistent à réunir les chefs traditionnels, les autorités administratives et religieuses et les présidents d'associations, des groupes et associations de la localité. Ces personnes sont considérées comme des influenceurs au sein de leur communauté. Il y a des informations données sur les généralités du choléra afin que ces influenceurs rentrent eux aussi à leur tour, sensibiliser dans leurs différentes communautés : *« Je crois que pour une bonne sensibilisation, le personnel de santé joue ce rôle. Il y a aussi les ASC et même les leaders religieux et communautaires. Ce sont les acteurs qui sont mieux placés pour passer le message dans la communauté »* (EI avec un Sous-préfet).
Un ASC complète : *« On travaille plus avec les chefs traditionnels et les infirmiers de l'hôpital. Le chef de quartier nous a beaucoup aidé parce que dans leurs réunions ils profitent pour passer le message »* (EI-ASC).

Du point de vue quantitatif, les données collectées confirment ce recours à une multitude de stratégies ou de moyens utilisés par les formations sanitaires pour sensibiliser sur le choléra. Ainsi, à plus de 90%, la causerie éducative est le moyen ou la technique de communication à laquelle recourent les FOSA pour sensibiliser leur population. Sans doute que l'acteur majeur de cette activité de communication reste l'Agent de Santé Communautaire.



Graphique 13: distribution des FOSA par stratégie de communication sur le choléra

II.15 Sujets abordés pendant la sensibilisation portant sur le choléra

Dans le cadre de la lutte contre le choléra plusieurs sujets sont le plus souvent abordés selon les répondants :

« Les sensibilisations portaient de façon générale sur la prévention et la lutte contre le choléra. On leur expliquait comment faire pour se protéger contre le choléra » (chef de l'aire CMA de Mvog-Betsi).

« Nous abordons les thématiques suivantes pendant la sensibilisation : Les personnes à risque du choléra, la définition du choléra, l'importance de l'hygiène pour faire au choléra, les symptômes du choléra, les manifestations du choléra, les mesures de prévention du choléra » (entretien avec le chef de district de santé, Littoral).

Bien plus, les responsables des FOSA rencontrés relèvent que les sujets abordés visent à donner l'information complète aux populations. Cette information va au-delà des simples conseils relatifs à l'hygiène des mains, des aliments ou latrines en passant par la potabilisation de l'eau ou l'assainissement de l'environnement pour embrasser la problématique générale du choléra dans ces causes, ses manifestation, ses mode de transmissions, les attitudes à adopter en cas de cas suspects, ainsi que les complications de cette maladie. Le tableau qui suit met en exergue ce souci de transmettre à la population l'ensemble des informations pouvant permettre d'éviter ou de faciliter la prise en charge du choléra.

Tableau 6: distribution des sujets abordés lors de la sensibilisation par les FOSA

Sujets abordés pendant la sensibilisation	Centre	Littoral	Total général
1. Comment se protéger du choléra 2. Symptômes du choléra 3. Mode de transmission choléra 4. Que faire en cas de choléra 5. Risques et complications	11	7	18
1. Comment se protéger du choléra 2. Symptômes du choléra 3. Mode de transmission choléra 4. Que faire en cas de choléra	3	4	7
1. Comment se protéger du choléra	1		1

1. Comment se protéger du choléra 2. Symptômes du choléra 3. Mode de transmission choléra		1	1
1. Comment se protéger du choléra 2. Symptômes du choléra 3. Mode de transmission choléra 4. Que faire en cas de choléra 5. Risques et complications, 6. Autres		1	1

- *Le lavage des mains et des aliments crus*

Dans les DS de la région du centre, les principaux sujets abordés pendant la sensibilisation dans le cadre de la prévention et de la lutte efficace contre le choléra porte principalement sur le WASH et sur la potabilisation de l'eau. Les ASC sont formés pour cela. Ils vont dans la communauté et font des démonstrations de lavage des mains, des fruits et légumes et mettent également un accent particulier sur l'hygiène en générale : *« ce que nous avons fait en communauté, nous avons parlé de l'hygiène du lavage des mains. On a aussi appris à cette population comment identifier les signes du choléra parce que parfois ils pensent que c'est une simple diarrhée. Nous avons beaucoup insisté sur la prévention qui est le respect des règles d'hygiène »* (EI-Coordinatrice FOSA- Nicolas Barre).

- *Les méthodes de potabilisation de l'eau et les solutions de décontamination*

S'agissant de la potabilisation de l'eau, la région a mis à la disposition des FOSA des Aqua-Tap qui sont distribuées en communauté pour désinfecter l'eau. En communauté, les ASC font des démonstrations sur les méthodes de désinfection l'eau à l'aide de l'eau et de la javel ou encore avec Aqua-Tap. Pour cinq litres d'eau, y ajouter un ou deux comprimés d'Aqua-Tap. Selon un personnel de santé, *« les sujets abordés pendant la sensibilisation sont l'hygiène des mains, l'hygiène des aliments à consommer, assainissement de l'environnement la potabilisation de l'eau de boisson, composition de la solution de contamination »* (point focal surveillance épidémiologique du district d'Odza).

- *Des résistances à la sensibilisation*

Les actions déployées par le personnel de santé pour lutter contre la maladie se heurtent toutefois à des résistances de la part des populations. C'est le cas notamment de ce conducteur de moto taxi qui affirme que *« l'eau est d'abord rare dans nos quartiers comme les urines du chien et en plus de ça vous nous demander encore de nous laver les mains »* (moto taximan, Yaoundé). Ici, ce n'est pas tant le refus de se laver les mains que la volonté de décrier une situation qui entrave la pratique du lavage des mains. Les propos de cet enquêté font écho à la qualité de l'eau qui est jugée mauvaise, mais aussi et de manière plus directe aux coupures intempestives de l'eau qui est observable dans les quartiers. Ce type de raisonnement qui repose sur la volonté de dénoncer des situations d'injustice participe à compliquer l'action des agents de sensibilisation dont l'objectif est de s'assurer que les populations savent que la maladie existe et de diffuser les moyens pour s'en prémunir.

II.15 Intrants disposés face au choléra (nombre de lits pour accueillir les malades de choléra ; nombre de lits qu'il faudrait pour lutter efficacement contre le choléra)

Dans le DS de Biyem-Assi, seul le CMA de Mvog-Betsi est une unité de prise en charge du choléra. Cette unité dispose de deux lits uniquement pour la prise en charge des personnes

atteintes. Ce nombre est très insuffisant d'autant plus que les cliniques de la zone ne prennent pas en charge le choléra. Ceci a pour conséquences le fait de référer les autres cas à Djoungolo.

« Pour lutter efficacement contre le choléra, il nous faut un site avec une capacité d'au moins 15-20 lits et pourquoi pas plus. On peut créer des salles avec des bâches un peu comme ce qu'on a vu durant la période de COVID. L'épidémie de choléra nous a pris d'un coup, on ne s'y attendait pas, on ne doit pas attendre la prochaine épidémie avant de penser à l'initiative. Durant cette épidémie, il y a eu beaucoup de cas de référence ça venaient un peu de partout. La FOSA Martin de Pores enregistrait des cas, Baptist hospital pareil sans toutefois oublier le CMA de Mvog-Béti et il fallait référer. Et savoir qu'il fallait traverser la ville pour aller du côté de Djoungolo ce n'était pas évident. On a perdu un enfant âgé de 2 ans comme ça au CHU parce qu'il fallait le référer et le temps de courir à gauche et à droite l'enfant est décédé. Il n'y a que sa mère et ses deux sœurs qui ont été hospitalisées à Djoungolo » (PF surveillance épidémiologique du DS de Biyem-Assi).

Néanmoins, un site de quatre lits est en train d'être construit pour accueillir les différents malades de choléra. Par ailleurs, le centre essaye de voir comment agrandir la salle et il y a un plaidoyer qui avait été fait à l'OMS, au niveau central et au niveau régional dans l'optique de renforcer le centre avec des bâches et y ajouter quelques lits pour accueillir le maximum de cas mais au final le CMA n'a pas obtenu ce matériel.

Au début de l'épidémie de choléra, il y a eu aussi l'UTC de Simbock, qui a perdu ce statut à cause du mauvais état de la route et l'inaccessibilité. Pourtant, avec ce centre en plus, les cas de choléra auraient été facilement pris en charge et limiter dans une certaine mesure le nombre de décès.

D'après un PF de surveillance, la conséquence du manque de lits au CMA de Mvog-Bétsi a pour conséquence le fait que les patients de choléra sont référés afin de pouvoir prendre les autres cas en urgence. Avec la recrudescence des cas de choléra, certains informateurs ont rapporté que madame le délégué de la santé avait publié une note qui autorisait la prise en charge à domicile en fonction du degré d'avancement de la maladie. Si le patient présente juste des symptômes légers, une ordonnance lui est faite accompagnée de quelques soins à domicile.

Par contre, pour les autres cas modérés et sévères, il faut à tout prix prendre en charge dans l'UTC. *« Vous voyez, ici nous avons uniquement deux lits pour la prise en charge, du coup quand c'est occupé on est obligé de référer. C'est insuffisant mais ils sont en train de construire un autre site qui peut même prendre quatre lits »* (SG CMA de Mvog-Bétsi).

Au sein de certaines formations sanitaires surtout privées, ayant fait l'objet d'enquête notamment dans le DS d'Odza, nous n'avons observé aucun intrant disposé face au cholera. La lutte contre le choléra est plus accentuée dans les FOSA spécifiques pour la prise en charge des malades souffrants de choléra comme l'hôpital de Djoungolo et de Nkoldongo. Tout ceci constitue un frein à la lutte contre le choléra car en cas d'affluence des malades ces centres de prise en charge peuvent facilement être débordés.

Toutefois, les FOSA qui ne sont pas de UTC disposent de lits qui peuvent servir en cas de nécessité d'hospitalisation des personnes malades : *« Nous ne disposons pas d'intrants face*

au cholera et si par exemple nous recevons plusieurs cas de choléra au même moment nous disposons quand même quatre lits de réserve au magasin nous allons les faire sortir» (promotrice du centre de santé le Siloe). Dans la même dynamique, la FOSA Nicolas Barre dispose d'une salle d'urgence pour lever l'urgence avant la référence. Cette salle d'urgence est constituée de 4 lits suffisants pour accueillir les cas suspects, selon la coordinatrice. « Comme je l'ai dit au départ, on lève juste l'urgence, après on réfère. On a une salle d'urgence, de quatre lits. Je crois que le dispositif que nous avons est suffisant puisqu'on ne prend en charge. On a aussi un personnel disponible au cas où un cas se présente » (EI-Coordinatrice FOSA- Nicolas Barre).

Photo 4: Quelques équipements intervenant dans la lutte contre le choléra au sein des FOSA



Enquête de terrain

II.16 Observations ethnographiques des zones de décharges des poubelles au sein des FOSA chargées de la prise en charge des cas de choléra

- Des prestataires d'incinérateurs servant à plusieurs FOSA

Dans le district de santé de Biyem-Assi, le centre privé visité dans l'aire de santé de Biscuiterie, Gilead Medical Service, dispose d'un incinérateur en état fonctionnel. Plusieurs FOSA du district ont eu à signer des contrats pour y incinérer leurs déchets.

- L'absence d'incinérateurs dans diverses FOSA

La gestion des déchets constitue un point essentiel en termes d'assainissement de l'environnement. Pourtant, dans la quasi-totalité des FOSA enquêtées, aucune d'entre elle ne dispose d'incinérateur. Dans le CSI d'Ekounou, les déchets sont collectés dans des seaux poubelles et brûlés dans une fosse devant la cour de l'hôpital. Ces déchets sont constitués des contenants de médicaments vides et des bouteilles d'eau minérales. Cette pratique a potentiellement de graves impacts sur l'environnement en termes de pollution aérienne et des nappes d'eau souterraine. Comme le souligne le Chef du CSI d'Ekounou :

« Au niveau de l'hôpital, la gestion des déchets c'est compliqué dans la plupart de nos formations sanitaires surtout les formations sanitaires publiques. Nous on n'a pas d'incinérateur, sans incinérateur c'est compliquer de bien gérer les déchets et nous quand tu creuses les fosses tu dois souiller les nappes d'eau qui sont sous le sol puisse que les germes-là vont s'infiltrer dont c'est un peu compliquer si on pouvait revoir même la gestion des déchets hospitalier en donnant à toute les formations sanitaires les incinérateurs et en leur dotant d'eau potable je pense que déjà au niveau de l'hôpital on pouvait prêcher par l'exemple. » (EI, Chef du centre intégré Ekounou).

- *Le transport à risque des déchets hospitaliers*

S'agissant du transport des déchets hospitaliers, il a été cité des points focaux PCI en charge de cela au moyen d'un tricyclique. Les déchets qu'ils transportent dans le cadre du traitement du choléra c'est plus des TDR du choléra qui sont administrés aux patients, des EPI, des gants, les blouses utilisées, les pots à selles collectées mais aussi des déchets provenant des autres maladies. Tous ces déchets ne peuvent être jetés n'importe où car ils sont très contagieux. *« Les déchets tranchants par exemple des aiguilles nous avons des sites prédéfinis par exemple à Djoungolo où on transporte tout ça pour aller faire incinérer là-bas mais le reste des déchets on brûle dans la cour »* (point focal surveillance épidémiologique du district d'Odza).

- *La gestion des effluents et des déchets solides*

S'agissant de la gestion des égouts, quelques informateurs ont souligné qu'il y a eu une formation en début de cette année 2023 à Mfou avec les acteurs responsables FOSA qui a leur permis de rentrer former les points focaux PCI. Egalement, les acteurs soulignent qu'il y a eu une investigation d'eau, avec une orientation et des conseils données aux FOSA sur comment désinfecter l'eau et sur comment vidanger les égouts. Les acteurs des FOSA ont été aussi sensibilisés sur l'importance de vidanger les égouts deux fois par an.

La gestion des eaux usées se fait à travers une fosse septique et des canalisations moins aménagées. C'est notamment le cas au CSI d'Ekounou où les eaux usées sont conduites à travers des tuyaux de canalisations.

En ce qui concerne les centres de santé Belle Rose et Le Siloe, les déchets sont collectés dans des sacs poubelles placés à l'intérieur des seaux poubelles et versés dans des lieux de décharge des ordures initiées par HYSACAM. Il est à noter que pour le transport des déchets, les agents d'entretien utilisent les seaux poubelles et sont protégés par des gants ainsi que les bottes de protection.

Dans le Littoral, en ce qui est des eaux usées, nous avons des fosses septiques qui sont construites, ça signifie que fosse septique c'est l'ouvrage qui permet facilement de respecter les rouages en termes d'évacuation des eaux usées. Ça signifie que nous avons les fosses septiques à plusieurs compartiments dans tous les services de l'hôpital qui est qualifié ici comme les toilettes publiques, Nous avons une fosse septique en maternité, une en chirurgie, les toilettes dans tous les services, ça nous permet de les évacuer plus facilement⁵. (PF PCI HDN).

⁵ PF PCI HDN

SECTION III: ORGANISATION ET HUMANISATION DES SOINS

Une analyse des relations soignants-soignés en contexte de choléra a permis de documenter les questions relatives à la qualité de l'accueil, de l'organisation et surtout au niveau d'humanisation des soins.

III.1 Appréciation des relations entre soignants et les malades de choléra

Des entrevues ont été menées dans les FOSA afin d'évaluer les relations entre soignants et soignés face au choléra. Les FOSA sont différentes en ce qui concerne la prise en charge du choléra. Il existe des FOSA où l'accueil est au rendez-vous, ainsi que la prise en charge. Mais pour nombre d'entre elles, la prise en charge n'est pas immédiate en ce qui concerne le choléra. D'abord parce que c'est une maladie qui se transmet très vite au simple contact avec le malade, ensuite parce que souvent il y a un manque de personnel formé en la matière, d'où le renforcement de capacité qui doit être mis en exergue. Et donc lorsque le patient arrive il y a des soignants qui estiment ne pas vouloir être se mêler à la prise en soins du choléra.

- *Les stigmates dans la gestion des interactions soignant-soigné*

Pour des répondants appartenant au personnel médical du DS de Biyem-Assi, des efforts sont faits pour améliorer la qualité des interactions mais au début, le personnel de soin stigmatisait et créait la peur chez les malades de choléra. Ils refusaient d'administrer les soins. C'est suite à des motivations mises sur pied et la pression du district que certains personnels ont accepté d'effectuer la prise en charge.

« Je connais des formations sanitaires qui n'ont même pas voulu placer une voie veineuse à un cas suspect de choléra au point où la note a dû être signée par madame le délégué instruisant aux formations sanitaires de lever l'urgence avant de référer. Donc ce que cette FOSA faisait c'était de référer immédiatement un peu pour se débarrasser des cas et après on a compris en fait qu'il y avait également en eux une psychose. On a dû organiser des séances de travail avec des prestataires pour leur expliquer le bien-fondé de prendre d'abord en charge le malade parce que lui-même ça joue sur sa psychologie. Moi je dis que les réticences étaient celles du personnel. Parce que c'est ce même personnel qui effrayait les malades et puis il commence à être plus réticent. Mais, on a tout fait et après ils ont aussi commencé à s'y mettre » (chef de DS de Biyem-Assi).

Les informateurs de terrain ont évoqué le fait que l'accueil n'est toujours pas au rendez-vous parce qu'on vous voit comme une personne qui a la maladie de la saleté et cela donne une indication de qui vous êtes en réalité. Le mauvais accueil dans les FOSA fait en sorte que les malades de choléra se sentent stigmatisés et par conséquent ce stigmate est source d'accélération de maladie. Un point focal de surveillance fait observer :

« J'ai été témoin de ce type de comportement du personnel dans deux FOSA où j'étais présente. Le malade n'a pas été accueilli et là au triage à l'entrée, dès qu'on a constaté qu'il avait les signes et symptômes du choléra, on leur a demandé de repartir, ses parents et lui et d'aller ailleurs. J'étais tellement touchée et puisque j'étais avec l'un de mes collègues il a dit « non non ça ne se passe comme ça levez

au moins l'urgence» et en plus de cela c'était un enfant de 13 ans dans un état grave. Par la suite, sa sœur est arrivée. Ils ont finalement fait entrer les enfants moi collègue et moi nous sommes allés les tester et les tests étaient positifs. Nous étions alors obligés de désinfecter la FOSA parce que certains personnels ne veulent pas être mêlés à tout ça. Ils disent que ohh je suis encore jeune, je ne veux pas mourir, je veux voir mes enfants grandir » (PF surveillance, Centre). Cette stigmatisation est davantage souligné par le chef de l'aire du CMA de Mvog-Betsi : « Il y'avait pas de personnel, parce que on bagarrait avec les gens pour qu'ils aillent même prodiguer des soins. Ce n'était pas évident et ça c'était même le problème majeur. Le personnel soignant était le premier à stigmatiser. Et quand ils commencent à stigmatiser ça devient difficile de prendre en charge » (Chef de l'aire, CMA de Mvog-Betsi).

Sur le terrain, des malades estiment avoir été rejetés et stigmatisés par le personnel de soins ; ils disent n'avoir pas bénéficié d'un réel accompagnement du personnel dès leur arrivée dans la FOSA. Mais quelques jours après les relations étaient moins tendues, ce qui a donné lieu à des cas de satisfaction dans la prise en soin.

- Des cas de satisfaction

Pour bien d'anciens malades, les soins ont été administrés avec la participation effective du personnel et avec accompagnement : « On est arrivé on nous a reçu comme tout autre patient. Il y'a pas eu de problèmes ce qui fait qu'il y'avait un peu d'urgence, les gens se sont un peu bougés de gauche à droite pour nous soutenir » (ancien malade du choléra, hôpital de Mvog-Betsi, Centre).

Dans la région du Littoral, de la satisfaction a également été exprimée : « j'ai été satisfait du personnel et de la relation que j'ai entretenue avec eux pendant ma maladie. Ils étaient tellement soucieux et impliqués que le fait de les voir travailler était déjà un début de guérison » (ancien malade du choléra). Le témoignage d'un ASC va dans ce sens des relations apaisées : « Les relations des malades du choléra et ceux qui les soignent c'est toujours beau parce que les gens qui s'occupent des malades du choléra les prennent bien en charge » (ASC DS Nylon).

De ce qui précède, il ressort que passée la phase de stigmatisation, plusieurs anciens malades ont néanmoins ressenti une satisfaction dans les soins qui leur ont été prodigués. Ce sentiment de satisfaction provient aussi du fait que proches de la mort, après la souffrance engendrée par la survenance de la maladie, les patients trouvent en les soignants des «dieux» ou des sauveurs magnifiques qui ont participé à les remettre sur pied.

- L'insuffisance d'intrants/équipements pour la prise en soins

Il arrive qu'il y ait un manque des intrants de préventions pour la prise en charge des malades de choléra comme le doxycycline et les gants qui ne sont pas souvent assez. En outre, certaines FOSA ne disposent pas d'un centre de traitement pour les malades de choléra et se retrouvent donc à créer des salles lorsqu'il y a un cas de choléra que la FOSA. C'est le cas notamment à la FOSA Nicola Barre qui, dans le cadre de la prise en charge du choléra, a réservé

un espace pour le confinement et la prise en charge des cas et disposée des personnels pour le suivi et la prise en charge des cas

L'enquête de terrain menée dans le DS d'Odza montre que les formations sanitaires sont non dédiées à la prise en charge des cas de choléra. Ces centres se limitent uniquement aux premiers soins pour ensuite référer le patient. « *Nous avons fait de notre mieux, même comme les moyens étaient limités. Nous n'avons pas eu beaucoup de malade, mais on a réservé au moins un espace pour eux, lorsqu'il y a un cas, il y a un personnel pour ça.* » (EI-Coordinatrice FOSA- Nicolas Barre).

III.2 Appréciation de l'organisation de l'hôpital face aux efforts de lutte contre le choléra

Sur le plan de l'organisation, il y a un protocole qui est fait au niveau de l'accueil et au niveau de la prise en charge du traitement choléra. La surveillance dans les FOSA est perçue comme étant généralement rapide. C'est une petite FOSA qui a reçu les premiers cas et à l'instant a notifié le PF surveillance épidémiologique du DS de Biyem-Assi :

« Je rentrais d'un prélèvement environnementale tôt le matin quand j'ai reçu l'appel du responsable de la FOSA, elle paniquait au téléphone vu les signes et symptômes, elle est pharmacienne et elle me dit il y a un cas ici couleur eau d'urée, il a les crampes, il vomit. Je lui donne donc des instructions à suivre. J'ai voulu envoyer les TDR mais après j'ai dit non ! Il faudrait que je descende personnellement prélever. Puisqu'elle m'a même fait comprendre qu'elle ne sait pas comment effectuer les TDR. J'ai juste déposé mon sac et après je suis partie dans la FOSA et lorsque je suis arrivée, j'ai testé et c'était positif. Le patient était vraiment dans un état sévère. J'ai donc appelé mon collègue le PF épidémie d'Efoulan, j'ai référé le malade là-bas en toute urgence et il a été pris en charge puis qu'on n'avait pas un site ici où on pouvait le prendre en charge et dans la FOSA il n'y avait pas d'espace. Par la suite on a désinfecté les lieux et commencé l'investigation»

Dès qu'une FOSA reçoit un cas, elle notifie. Cependant, il s'est avéré que des FOSA qui ont reçu des cas ont référé ailleurs, et n'acceptaient pas qu'un cas suspect de choléra entre au sein de leur FOSA. D'une manière générale, dans toutes les UTC, on note un effort considérable fait par l'hôpital pour une prise en charge plus efficace à travers la construction d'un site pour abriter les malades de choléra au CMA de Mvog-Betsi. Des efforts doivent néanmoins être faits pour les équipements du personnel, les latrines et la motivation du personnel.

Toutes les formations sanitaires enquêtées dans le DS d'Odza ne disposent pas d'une organisation efficace face à l'urgence de santé qu'est le choléra. Elles se limitent à référer les cas. Quand on constate que le patient affiche les symptômes du choléra on l'isole on fait les premiers soins et on le réfère.

Les données de terrain et l'observation directe au sein des UPEC des malades du choléra laissent entrevoir une bonne organisation du protocole tant au niveau de l'accueil, la PEC et au niveau du service de la morgue. Par ailleurs, ces données font remarquer les efforts déployés au niveau central par le Minsanté pour voler au secours des personnes victimes de cette maladie.

« Quand vous arrivez à l'hôpital et que vous présentez les symptômes tel que la diarrhée et les vomissements intenses, on vous fait rapidement les examens et vous transfère aux urgences. On commence le traitement sans rien exiger de vous » Ancien Malade. « Dans mon district, la prise en charge, quand nous avons effectué la supervision de ces deux ICT, le personnel, la structure a été aménagée à cet effet, la prise en charge le personnel respecte le protocole institué pour la prise en charge des personnes atteintes du choléra » (Point focal communication, district de santé de Nylon).

III.3 Appréciation de la fréquentation des services lutte contre le choléra par les patients

- *Appréciation positive en dépit de quelques désagréments et efforts qu'il reste à fournir*

Les malades qui ont pris la décision d'aller dans une FOSA se faire soigner ont, pour la plupart, d'abord trainé à la maison. Quand les signes et symptômes ont commencé ils ont repoussé la décision de se rendre au centre de santé, souvent pendant des heures à la maison. Après un jour de maladie, ils sont arrivés déjà dans un état de gravité. Malgré le fait que le choléra soit la maladie de la saleté selon l'imaginaire populaire, d'autres ont néanmoins rapidement pris le courage de se rendre dans une FOSA pour leur prise en charge.

Il est à noter que les services de la lutte contre le choléra dans les FOSA privées ne sont pas beaucoup sollicités dans la mesure où la prise en charge du choléra n'y est pas gratuite. Bien que la prise en charge soit gratuite au sein des FOSA homologuées par les pouvoirs publics, la FOSA Nicolas Barré par exemple ne dispose pas d'un financement des pouvoirs publics pour la prise en charge des cas. D'où l'absence de la gratuité des soins. Cette situation a conduit à ce que plusieurs cas de choléra détectés soient référés à Djoungolo.

Selon les anciens malades, les services de lutte contre le choléra sont suffisamment fréquentés, bondés de monde. Ceci peut s'expliquer par l'ampleur de la crise. Le caractère imprévisible et rapide du choléra entraîne un flux de personnes entraînant la fréquentation massive des services de lutte contre le choléra. Bien que ces services appropriés du choléra soient moins connus par la population, ceux qui en connaissent s'y dirigent directement au lieu d'aller dans le centre de santé le plus proche, ou alors y sont référés par le personnel médical : *« parce qu'il y'a un monde fou là-bas et gérer les Hommes c'est compliqué parce que l'Homme est difficile. Pour gérer l'Homme Ce n'est pas facile et c'est comme ça que les gens sortent, les gens meurent, les gens entrent, les gens meurent, les entrent les gens sortent. »* (Ancien malade de choléra emmené au centre de santé Nicola Barre et transféré à l'hôpital de Djoungolo) ; *« Nous avons eu beaucoup de malades mais comme je l'ai dit, on a toujours référé après l'urgence »* (EI-Coordinatrice FOSA- Nicolas Barre).

« Comme ma femme était d'abord fatiguée, elle était déjà couchée et je lui ai demandé de sortir se coucher dehors parce que la chambre elle-même ressemble d'abord au choléra. Après le service d'entretien est arrivé et ils ont nettoyé et on est entré. Tout de suite, les médecins et infirmiers concernés nous posaient des questions et tout. » (Ancien malade du choléra, hôpital de Mvog-Betsi). *« Il y a une patiente que j'avais référé à l'hôpital de DJOUNGOLO elle m'avait appelé quand elle est sortie de l'hôpital pour me remercier de l'avoir référé à temps mais elle*

m'avait dit qu'il y a les gens là-bas qu'il y a les gens là-bas et c'est comme ça que les gens meurent qu'elle ne sait pas si on ne les soigne pas bien ou bien ils n'arrivent à temps » (promotrice du centre de santé le SILOE).

III.4 Appréciation du traitement des malades de choléra

- Une appréciation positive, au vu de la gratuité

Lors des investigations communautaires, les ASC ont sensibilisé les populations en leur demandant de sensibiliser d'autres personnes autour d'elles, afin que partout où il y a sensibilisation cela inclut la communication sur la gratuité du choléra. Cette gratuité apparaît à la fois dans le discours du personnel médical : « *Le gouvernement est clair. Le traitement contre le choléra est gratuit. Ça veut dire que tout ce qui concerne le choléra, ils reçoivent les soins gratuitement.* » Cheffe de l'aire du CMA de Mvog-Betsi ; « *Toute personne souffrant du choléra ne débourse même pas un cinq francs pour se soigner. La prise en charge est gratuite* », affirme la représentante du chef de santé de district de Bonassama. Elle apparaît également dans le discours des anciens malades : « *Oui, le traitement était gratuit il y'a eu quelques produits qu'on nous avait administré et on nous a dit que là on va essayer de les payer ainsi que les frais d'hospitalisation mais le traitement du choléra était gratuit* » (ancien malade, CMA de Mvog-Betsi).

- Appréciation positive du dispositif de prise en soin

Le témoignage des anciens malades démontre que les malades du choléra, malgré les faits de stigmatisation, sont néanmoins bien traités pendant leur séjour hospitalier malgré le flux des patients. La relation soignants-soignés influence considérablement la prise en charge des malades et principalement des malades de choléra. La fréquentation d'une formation sanitaire ou l'adhésion au traitement dépend considérablement de la manière dont les malades sont traités dans les formations sanitaires pendant leur prise en charge. Le caractère urgent du choléra nécessite une prise en charge rapide et correcte du malade.

« Quand le patient arrive, on l'accueille, on fait déjà un triage. Si le patient présente déjà un ou deux signes de la maladie on l'envoie directement en salle de soins. On lui donne déjà des solutés en fonction de l'état d'hydratation de la personne pour le remonter. Si la personne a une diffamation légère, on commence d'abord à lui donner le SRO, s'il n'est pas fatigué. S'il a une diffamation moyenne ou sévère, pas d'antibiotiques, on met la Pev. Si on a confirmé on lui donne directement l'antibiotique. Si c'est un adulte on lui doxycycline et chez les enfants azithromicine » Cheffe de l'aire du CMA de Mvog-Betsi.

Ces propos du chef de l'aire sont également soutenus par les paroles des anciens malades : « *Ils (malades) sont très bien traités surtout à l'hôpital Djoungolo* » ancien malade de cholera amené au centre de santé Nicolas Barre et transféré à l'hôpital de Djoungolo. « *Je n'ai rien vu de négatif. Tout s'est bien passé. Je ne sais quoi dire. Je n'ai pas de problème quand je suis passé là-bas* » (EI, ancien malade). Les avis de ces patients de la région du Centre sont en concordance avec ceux du Littoral : « *le traitement est exceptionnel, j'ai fait 02 semaines à l'hôpital et à chaque heure, on m'administrait le traitement jusqu'à l'évolution de ma maladie avant de diminuer la dose. Il faut reconnaître que c'est une maladie qui nécessite un traitement*

urgent raison pour laquelle le personnel sanitaire prend également cela aux sérieux » (ancien malade).

III.5 Appréciation du traitement des personnes décédées de choléra dans votre FOSA

Les décès de choléra laissent les familles face à une surprise, d'autant qu'ils arrivent assez soudainement. La famille s'installe alors dans un déni de la réalité qui complique les rapports avec le personnel médical. Lorsqu'il y a un décès dans une FOSA ou en communauté on fait appel à l'équipe de surveillance épidémiologique. Lorsque celle-ci arrive sur les lieux, il y a un nouveau prélèvement qui est fait pour confirmer si c'est un cas de choléra. Lorsque l'échantillon est positif, l'annonce du décès se fait au chef de famille tout en lui donnant les étapes à suivre.

Premièrement, la famille doit :

- Acheter un cercueil zingué.
- L'équipe épidémiologique désinfecte le corps.
- Le corps est mis dans les poches mortuaires avec ses vêtements sur lui, et
- Lorsque le cercueil arrive, il est désinfecté lui aussi ainsi que toute la salle où la famille est passée ainsi que la FOSA, si le décès a eu lieu en l'hôpital.
- Du chlore est versé sur les accompagnants du décédé qui ont été en contact avec lui et il leur est donné de la doxycycline, surtout si ce sont les membres de la famille.
- Le véhicule qui a transporté le malade pour la FOSA est aussi désinfecté.
- Le cercueil est désinfecté lorsque le corps est déjà dans le cercueil puis on le scelle.
- Le véhicule qui ira avec le corps au village est aussi désinfecté.
- Le thanatopracteur accompagne la famille enterrer le corps pour s'assurer que le corps n'est pas manipulé.
- Le thanatopracteur permet aux parents proches de voir le corps de loin.
- Après l'enterrement, il y a encore une autre désinfection qui est faite tout autour du lieu deuil.

Il y a une sensibilisation qui est faite autour de la manipulation des corps des décédés en communauté par les ASC. Il est recommandé aux membres de la famille d'éviter de toucher un corps cholérique. Ils doivent mettre les gants, toujours avoir de l'eau de javel à la maison et s'assurer du nettoyage de toutes les surfaces où la personne a été pour éviter de contaminer les autres personnes. On demande aussi à la famille de brûler tous les vêtements du défunt ou de les mettre dans le cercueil. Les propos de ce personnel médical indiquent la séparation de fait qui se produit entre le mort et sa famille aussitôt que le décès est constaté : *« pour ce qui est des personnes décédées du choléra, on ne donne pas le corps à la famille, on zingue le cercueil. On saisit le corps de la personne atteinte du Choléra. Pour ce qui est de l'enterrement, on délègue deux infirmiers pour accompagner le corps jusqu'au moment où on l'enfouit dans le sol puisque même mort le virus peut contaminer »* (Personnel de santé, Littoral).

Le protocole exposé ci-dessus indique que la famille voit certaines de ses prérogatives en matière de deuil être retirées. La sécurisation du corps face à son caractère contagieux limite la possibilité pour les proches de faire des rites et de réaliser le deuil dans des conditions transmises de génération en génération ou tout simplement comme le souhaiteraient les proches du défunt. Il y a donc un déchirement, une espèce d'ambivalence qui installe la famille dans la

confusion, et parfois dans la colère et l'incompréhension. C'est cela qui crée des résistances au sein des familles entraînant l'intervention des forces de l'ordre pour faciliter le travail du personnel de santé :

« En cas décès dû au choléra le WASH du secteur est fait, la désinfection du corps suivie d'enterrement sécurisé fait par le service d'hygiène de la mairie. Nous faisons face à beaucoup de résistance des familles pas seulement à EKIE. C'est pour ça que nous travaillons avec les forces de l'ordre, la sous-préfecture et la mairie » (point focal surveillance épidémiologique du district d'Odza).

Cette difficulté de se séparer de la sorte d'un proche est appuyée par le chef du CMA de Bonassama : *« Déjà c'est une maladie qui fait peur, on demande d'inhumér là là là, on ne conserve pas. C'est vrai, il y a certaines familles qui sont réticentes qui n'acceptent pas, pour éviter que la contamination ne soit, d'abord, on utilisait le chlore, je me dis que c'était pour traiter le corps, pour tuer le microbe, non pas pour faire mal. »*

Dans l'optique de stopper la propagation de la maladie, les différentes UPEC des malades du choléra ont institué un protocole de traitement de personnes décédées de cette maladie. Lorsque survient un décès suite au choléra, on procède par la désinfection du corps y compris l'endroit où le décès est survenu. A ce niveau, l'UPEC et le service de la morgue travaillent en synergie conformément au dispositif d'inhumation des décédés du choléra qui recommande non pas un cercueil ordinaire pour cette catégorie de décédés, mais, une housse ou un cercueil zingué qui permet de les conduire immédiatement au cimetière.

III.6 Existence ou non des dispositions de prise en charge spécifique pour les hommes, les femmes, les jeunes et les enfants

Il n'existe pas de prise en charge spécifique en fonction des caractéristiques démographiques comme l'âge et le sexe, selon la coordinatrice du centre de santé Nicolas Barre. Dans les UPEC, les autorités n'ont pas pris des dispositions spécifiques à une catégorie d'acteurs précise. *« Nous traitons les malades, on ne regarde pas si tu es femme ou homme ou enfant ou vieux. Ce sont les mêmes symptômes. On n'a un dispositif pour tout le monde » (personnel médical, Centre).*

La différence se situe juste au niveau de la dose des médicaments qui sont donnés à chaque patient en fonction de son âge. Les adultes prennent Doxycycline et le Ringer, et cela dépend aussi de l'état du patient. : *« Pour ce qui est de la prise en charge du choléra, tous les patients prennent les même médicaments mais la dose diminue ou augmente en fonction de l'âge de la personne nous précédons d'abord à la réhydratation du malade à partir de l'OraSél, le Zinc et les perfusions. Un anti diarrhée associé à la Doxycycline lui ai administré » Personnel de santé, Littoral.* Pour ce qui est des enfants, c'est l'Azithromycine qui est administrée

III.7 Appréciation de la prise en compte des femmes et les personnes vulnérables face au choléra

Les informations de terrain laissent comprendre que le protocole de soin ainsi que la prise en charge du choléra ne tiennent pas compte de l'approche genre. *« On n'a un dispositif pour*

tout le monde ». *El- ancien malade*. Cela est valable pour la gratuité du traitement : « *les personnes atteintes du choléra sont prises en charge gratuitement en ce que je sache* » affirme l'imam de la mosquée du grand hangar. « *La prise en charge est gratuite pour toutes les couches sociales* » (personnel de santé).

Les personnes présentant des comorbidités sont néanmoins souvent prioritaires afin de limiter les risques de complication de leur état.

III.8 Perceptions des Relations soignants-soignés: aspects positifs et aspects négatifs

Les perceptions des relations de soin chez les malades de choléra sont diverses. Elles prennent la forme de jugements positifs et négatifs.

- Les aspects positifs

Les divers témoignages recueillis sont positifs pour ce qui concerne l'avis des anciens malades en particulier. Ces derniers estiment avoir été promptement reçus lors de leur arrivée : « *On est arrivé on nous a reçu comme tout autre patient. Il y'a pas eu de problèmes ce qui fait qu'il y'avait un peu d'urgence, les gens se sont un peu bougés de gauche à droite pour nous soutenir* » (*ancien malade du choléra, hôpital de Mvog-Betsi*). Cette reconnaissance débouche aussi sur des manifestations de gratitude à l'endroit du personnel de santé : « *la malade que j'avais référé m'avait appelé pour me remercier de l'avoir référé à temps elle m'avait dit qu'elle a été bien traité là-bas à Djoungolo mais que les gens meurent trop là-bas* » (promotrice du centre de santé le SILOE).

Un autre élément qui participe à fluidifier les relations entre le malade et le corps médical, c'est la gratuité du traitement du choléra : « *Oui, le traitement était gratuit il y'a eu quelques produits qu'on nous avait administré et on nous a dit que là on va essayer de les payer ainsi que les frais d'hospitalisation mais le traitement du choléra était gratuit* » (*ancien malade, CMA de Mvog-Betsi*). La nature cordiale des relations entre les malades et le personnel médical se diffuse jusqu'auprès de la communauté, et notamment des leaders communautaires : « *en ce que je sache, les relations entre médecins et patients du choléra sont très harmonieuses et facilitent d'ailleurs la guérison du patient. Je ne vois aucun aspect négatif dans ces relations* », (chef des blocs 9 et 10 du quartier Kouba). Pour un personnel médical dans la ville de Douala, le recouvrement de la santé est une étape importante qui scelle le caractère positif de la relation soignant-soigné : « *L'aspect positif de cette relation c'est la guérison. Tout patient se sentirait heureux de voir son patient retrouver la santé.* »

- Les aspects négatifs

Ce qui crée les aspects négatifs dans la relation soignant soigné, c'est en général la tristesse de voir décéder un patient pour lequel le personnel médical a consenti des efforts. C'est que relève un chef de district santé : « *L'aspect négatif de cette relation c'est la mort. Aucun personnel de santé ne sera content de voir son patient mourir* » (chef de district de santé, Littoral).

A côté de cela, il y a des répondants qui estiment que les relations sont mitigées. Leur caractère positif ou négatif dépend de l'attitude du patient, coopératif ou non. Avec les patients qui portent un jugement négatif sur l'action du corps médical, la relation a tendance à être mal vécue, surtout lorsque le patient remet en cause les actes médicaux qui sont prodigués : « *Les*

relations sont plus ou moins bonnes, parce que, le patient, lorsque vous ne faites pas ce qu'il veut, pour lui, vous ne faites pas vraiment votre travail. Sinon, en ce qui concerne les soins administrés, le personnel soignant fait les efforts pour être disponibles et de faire ce qu'il faut pour sauver des vies des personnes atteintes du choléra. » (PF Communication DS Nylon).

III.9 Analyse du système de références des malades du choléra : circuits et dysfonctionnements

En termes de référence dans les trois FOSA enquêtées du DS d'Odza, les premiers soins sont administrés à l'arrivée du patient, pour lever l'urgence et par la suite le patient est référé et transporté vers le centre approprié de prise en charge du choléra. En l'absence de l'ambulance, le malade et son entourage usent du transport en commun (taxi). Pour le point focal, en termes de dysfonctionnement, les malades partent directement dans les centres appropriés (Djoungolo, Nkolndongo), ce qui fait que divers cas ne sont pas notifiés au niveau du district d'Odza. En revanche, ce dysfonctionnement ne réside pas seulement au niveau de la notification des cas, mais également au niveau de l'usage du transport en commun qui représente un gros risque de contagion. En effet, le taxi généralement emprunté par le réseau relationnel du malade ne se préoccupe pas de quelle maladie souffre le patient mais plutôt du montant à payer. Sur un autre plan, étant donné que le choléra demeure une maladie stigmatisante l'entourage du malade n'indique pas au chauffeur s'il s'agit d'une maladie contagieuse ou pas. Par conséquent le chauffeur ainsi que les passagers qui emprunteront cette voiture seront exposés et il sera difficile ici de limiter le cercle vicieux de la contagion puisque le moyen de transport ne subira pas le WASH comme le veut la norme.

Par ailleurs, lorsqu'un patient arrive dans une FOSA et qu'il présente des symptômes de choléra, il y a des tests qui sont effectués. Lorsque ceux-ci sont positifs, si la FOSA n'a pas le plateau technique adéquat, elle lève l'urgence, c'est-à-dire réhydratation et référence du patient. Mais déjà avant de référer, ils appellent le district pour savoir où référer. Il y a également des familles qui ont la possibilité de payer leurs soins bien que la prise en charge du traitement soit gratuite dans ce cas, ils sont référés au CHU et il est à noter que le CHU n'est pas un centre de prise en charge. Dès lors la FOSA appelle l'UTC pour notifier qu'il y a des cas de choléra qui arrivent souvent accompagnés par le personnel soignant et une fois arrivé à l'UTC, le patient est pris en charge.

Selon la coordinatrice de la FOSA Nicolas Barre, il existe un dysfonctionnement dans la référence des malades choléra dans la mesure où il n'est pas expliqué aux patients la gratuité du traitement dans l'UTC de référence. Par ailleurs, les accompagnateurs constituent les potentiels porteurs du vibrion. Selon les informations de terrain, les proches des malades ne sont pas conscients qu'ils sont en même temps exposés à la maladie du fait de la proximité qu'ils ont avec le malade. La référence constitue ici une source de propagation du virus parce qu'il n'y a pas un dispositif approprié (ambulance) pour la référence :

« Ceux qui accompagnent les malades ne sont pas protégés. Ils sont exposés. Parfois ce sont même eux qui portent la maladie pour aller même partager. Parce que quand subitement tu vois une personne arrivée avec un malade qui a vomi dans la voiture ça veut dire que tous ceux qui étaient proches sont exposés ;

Il n'y a pas l'ambulance pour dire qu'on peut nous appeler lorsqu'il y a un cas suspect quelque part, on peut venir le chercher. Les gens se débrouillent et c'est risqué ». EI-Coordinatrice FOSA- Nicolas Barre.

Cette perception du dysfonctionnement n'est pas la même chez le point focal surveillance épidémiologique d'Odza, qui estime que « *le moyen de transport est le taxi ou voiture personnelle. Et par la suite les voitures sont systématiquement désinfectées* ».

III.10 Expériences de la maladie, du dépistage, du traitement à la guérison (récits de cas)

Les données de terrain laissent comprendre que la détection des cas suspects se fait à travers les symptômes suivants : la diarrhée, vomissement. Une fois que le patient présente ces signes et il est tout d'abord réhydraté, puis confiné ou référé. Il est à noter que le traitement principal est la réhydratation et le malade doit consommer assez d'eau.

A partir du moment où les causes de la maladie peuvent être plurielles, c'est chaque malade qui attribue un sens et une interprétation à l'affection dont il souffre. D'après le récit de l'ancien malade, l'élément déclencheur de sa maladie a été l'avocat non lavé consommé et les premiers symptômes ont débuté environ 5h de temps après : c'était d'abord la diarrhée et puis les vomissements.

Je suis très propre, trop hygiénique même. Mais je ne sais pas comment c'est arrivé comme ça là. Parce que ce n'est que l'avocat que j'ai mangé là le jour-là. Pour aller me coucher à 22h ça n'allait plus. Breuuuhbbreuuuhbbreuhhb!!! Merde !! J'ai dit c'est quelle malaise que je commence à avoir là. Le matin alors c'était grave. Je viens dont le matin je n'avais pas de force pour aller en ville puisque j'avais des courses à faire je prends l'orange ici Quand j'ai sucé l'orange, j'ai commencé à vomir. On m'a ramené à la maison et après, l'enfant est venu me prendre et il m'a amené à Nicolas Baré. Nicolas Baré m'a transféré à Djoungolo. J'ai commencé à 22h hein, j'ai mangé ça vers les 15h -16h après, 22h, je me lève à chaque bout de seconde merde !! Ça c'est quoi ça. Non, je n'avais rien pris (automédication), non rien pour moi j'étais même surpris que mais ça c'est quoi ça j'ai mangé même quoi ? Parce que je me posais la question. J'ai revu tout ce que j'ai mangé à part l'avocat que j'ai mangé. J'ai fendu ça et j'ai enlevé la peau j'ai commencé à manger. Ils(les malades) sont très bien traités surtout à l'hôpital NDjoungolo. Parce qu'il y'a un monde fou là-bas et gérer les Hommes c'est compliqué parce que l'Homme est difficile. Pour gérer l'Homme Ce n'est pas facile et c'est comme ça que les gens sortent, les gens meurent, les gens entrent, les gens meurent, les gens entrent les gens sortent. Quand on a vu que je me levais même déjà après deux jours, on a dit PAPA tu peux rentrer hein ça va déjà. Tout le monde est bien traité là-bas mais on exige de boire le remède. C'est peut-être ça qui fait problème parce que quand on te dit de boire six bouteilles d'eau toute la nuit ce n'est pas facile. C'est trop fort le ventre est plein là le ventre est rempli à un niveau vraiment.le choléra ? En une fraction de seconde comme ça, comme j'ai mangé l'avocat là parce que moi je reconnais que je n'ai pas lavé ça. Je reconnais que je n'ai pas lavé ça En une fraction de seconde tu pars. Moi J'ai eu le COVID aussi oui j'étais toujours à DJOUNGOLO. J'ai eu le COVID Mais le COVID n'était pas rapide comme j'ai vu le choléra. Le choléra a été très rapide tu fais une moindre fraction de seconde tu vas partir. Mais depuis que j'ai été malade là je suis

fatigué j'ai perdu les capacités j'ai même pris des vitamines. Ancien malade de choléra emmené au CS Nicola Barre et transféré à l'hôpital de Djoungolo.

D'après le récit, le malade n'a pas pratiqué l'automédication, le traitement biomédical a été administré pendant deux jours au niveau du FOSA avec la consommation de la SRO (solution de réhydratation orale) puis deux jours après, le malade a été libéré. Le récit de l'ancien malade exprime également l'ampleur de cette épidémie en termes de flux des populations et des décès survenus pendant son séjour à l'hôpital. Les relations soignants-soignés ont été appréciées par l'ancien malade avec une appréciation de la prise en charge malgré le traitement qui était difficile en lui-même que ce soit dans les dosages, la quantité et les heures de prise de la SRO. Le choix thérapeutique a été fait dans ce cas en fonction de la persistance de manière accélérée des symptômes.

- ☞ Élément déclencheur de la maladie : consommation de l'avocat non lavée
- ☞ Début de la maladie et symptôme : diarrhée 5H de temps après la consommation de l'aliment souillé
- ☞ Trajectoire thérapeutique : centre de santé Nicola Barre (FOSA privée) puis l'hôpital de Djoungolo (FOSA publique)
- ☞ Types de traitements reçus : solution de réhydratation orale pour le choléra et les vitamines
- ☞ Relation soignants-soignés : bonne collaboration avec le personnel soignant et appréciation de la prise en charge
- ☞ Durée du traitement : deux jours.

Un autre patient raconte son récit :

« Après là tout allait bien jusqu'à mon retour et quand j'arrive sur Yaoundé je n'avais de problèmes au niveau des complications au niveau du ventre. Parce que étant ici je crois deux jours, je pense entre la deuxième et la troisième journée à mon arrivée ici que je crois c'est elle qui avait commencé la diarrhée. On se disait que c'était simple. Quelques jours après, moi-même j'ai contracté la même diarrhée. On est donc allé au centre de santé qui est juste là à côté. Une petite clinique là où l'infirmière nous a fait des soins de diarrhée simple mais là, ça ne s'était pas arrêtée. Ça a continué et la diarrhée n'était plus comme à la normale puisque là ça sortait l'eau l'eau et on avait perdu l'appétit. Même pour boire de l'eau ça ne passait pas, même pour manger ça ne passait pas. C'est au sixième jour que ça n'allait plus vraiment que les palpitations du cœur, la peine à respirer, à marcher et tout que l'infirmière nous fait comprendre que non, une diarrhée normale c'est au trop deux jours, ça doit déjà s'arrêter. Et, là, elle nous dit qu'on dit qu'il y'a le choléra qui a fait son, retour donc ce serait mieux qu'on descende à l'hôpital de Mvog-Betsi en bas. C'est comme ça que nous étions descendus avec le chef de quartier, on est arrivé, on a fait le dépistage et c'était positif. Aussitôt, on nous a installé dans l'une des chambres et appeler le service et le médecin concerné je crois bien que c'était à l'hôpital de Biyem-assi. Bon, quelques heures après, le service est venu mais en avance on nous a mis sous perfusion avec certains produits pour nous stabiliser parce qu'on avait déjà beaucoup perdu du poids. J'étais donc sous perfusion jusqu'à ce que les autres produits sont venus pour renforcer et

quelques jours après on est sorti de l'hôpital. C'était un peu ça. » Ancien malade, CMA de Mvog-Betsi.

D'après les récits de cas observé chez les anciens patients, un protocole de soins est respecté depuis le dépistage jusqu'à la guérison. Lorsque le patient est déclaré positif, en même temps qu'il bénéficie des soins intensifs dans la FOSA, le personnel de santé se déploie dans son domicile pour une désinfection systématique de domicile de ce dernier pour éviter que le virus ne se propage. Une fois hospitalisé, le patient est isolé et n'a pas cette possibilité de recevoir les membres de son réseau relationnel qui lui rendent visite :

Le choléra c'est vraiment une très mauvaise maladie. Quand on a confirmé à l'hôpital que je souffrais, du choléra, j'avais un traitement particulier. On est d'abord parti désinfecter notre maison de peur que mes frères et sœurs ne soient infectés. J'étais isolé à l'hôpital, on ne me rendait pas visite. J'avais une diarrhée persistante et je vomissais à tout moment. J'ai reçu plusieurs injections des médecins pour couper les vomissements et diarrhées (entretien avec un ancien malade, Littoral).

Pour certains acteurs, il a fallu qu'ils contractent la maladie pour comprendre sa dangerosité et procéder à la sensibilisation de son entourage.

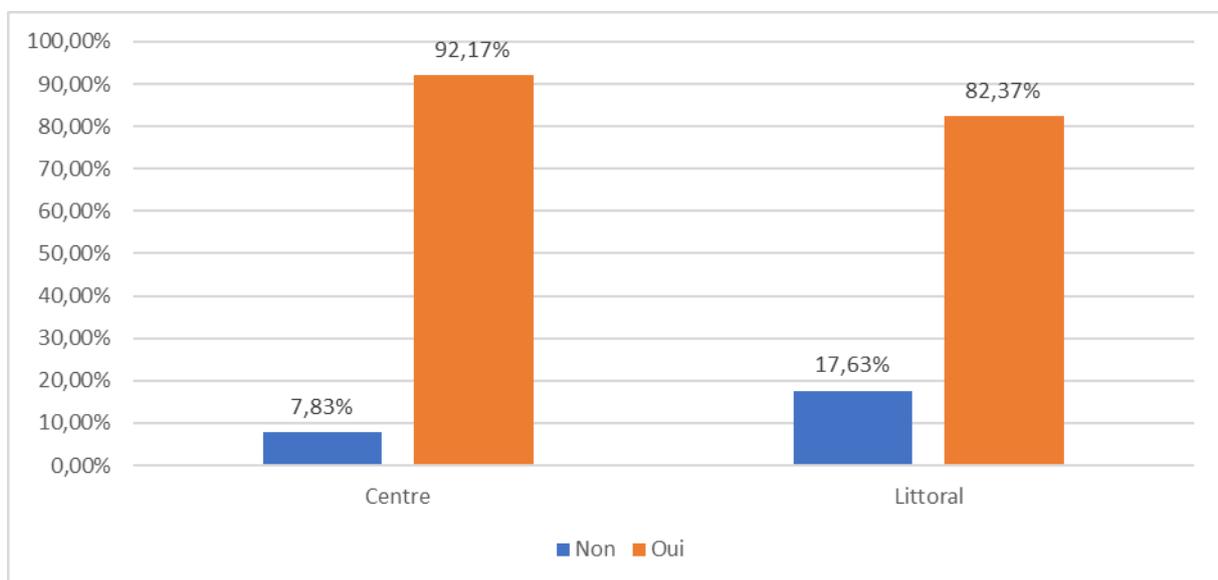
« J'ai commencé par les selles jaunâtres suivi quelques heures après par la diarrhée et les vomissements. Ayant déjà été informé à travers les médias des symptômes du choléra, je me suis rapidement dirigé à l'hôpital. On m'a rapidement mis sur soins intensifs puisque je faisais les sels chaque minute. Avant d'arriver à l'hôpital que je m'étais déjà sali dans la voiture. Je pense avoir été contaminé par le Choléra puisque à mon niveau je fais des efforts pour respecter les règles d'hygiène. J'ai fait deux semaines à l'hôpital. Après le contrôle, je suis sorti. C'est à partir de ce moment que j'ai compris que le choléra est une maladie qui tue à petit feu et j'essaie de sensibiliser mon entourage sur les conséquences très aggravantes de cette maladie » ancien malade, Littoral.

SECTION IV : CONNAISSANCES DE LA MALADIE CHOLERA

Au sein des communautés visitées sur le terrain, les informateurs décrivent plusieurs idées, croyances et préjugés qui influencent leurs connaissances de la maladie choléra. Cette section du rapport analyse ces différentes connaissances étiologiques.

IV.1 Niveau d'information des populations sur l'actualité du choléra

Nombre de répondants avaient déjà entendu parler du choléra au moment de cette enquête. Au plan quantitatif, l'on constate par exemple que dans les deux régions du Centre et du Littoral, 92,17% et 82,37% des informateurs ont déjà été informé de la présence du choléra. Les tableaux et graphiques suivant l'illustrent.



Graphique 14: distribution des personnes informées ou non de l'existence du choléra

Les entretiens et focus groups discussion (FGD) font observer que les informateurs savent que le choléra n'est pas une maladie nouvelle :

« Oui, je connais bien le choléra, ce n'est pas une nouvelle maladie. C'est le non-respect des règles d'hygiène qui entraîne cela. Parmi les symptômes, il y'a la diarrhée, les vomissements » vendeur de médicament de la rue, Yaoundé.

Outre ces propos de ce commerçant, les personnes âgées ont également bien connaissance de l'existence du choléra : *« oui vous me posez la question pour le choléra. Madame vraiment tous ces trucs là en sommes-nous aujourd'hui c'est les trucs le choléra... le choléra c'est une vieille maladie quand nous on fréquentait même hein, on parlera le choléra le choléra et nous autres aussi on posait aussi est-ce que c'est mystique ou bien ce n'est pas mystique toujours le choléra, toujours le choléra ! Est-ce que ça ne peut pas finir un jour ça a trop duré choléra »* patriarche à Ekounou 2 Sud.

Des acteurs en ont entendu parler encore récemment à travers les campagnes de communications organisées en divers lieux et médias : « *Moi je connais que le choléra a commencé. Partout on en parle, à la radio, télévision, même les réseaux sociaux, même au quartier. La fois passée j'étais au marché Acacia c'était grave tout le monde parle de ça* » EI-étudiant. Un autre déclare : « *C'est au mois de mai que j'ai commencé à comprendre l'affaire choléra. Même dans mon quartier à Esse ici à Ekounou, il les infirmiers qui passent souvent les samedis faire les sensibilisations* ». EI-tenancière restaurant de fortune (tourne-dos).

Le choléra est également connu comme une maladie virulente qui peut tuer rapidement son hôte : « *c'est une maladie très dangereuse, le malade n'arrive pas à dormir, il a les symptômes, la diarrhée, les vomissements et si on ne lui envoie pas directement à l'hôpital, il ne peut pas vivre dans les quinze minutes qui suivent* » ASC, DS Nylon. « *Le choléra est une maladie très très grave, infectieuse qui est causée par un virus et qui peut tuer quelqu'un en moins de dix heures de temps* » PF communication Nylon.

IV.2 Canaux ou sources d'informations citées

Différents canaux servent de base pour la diffusion pour les informations au sujet de la maladie. Parmi ces canaux, les médias et les médias sociaux (la télévision, les réseaux sociaux, la radio) la communication interpersonnelle, l'école ou encore les rassemblements de personnes, les affiches diverses. Les lieux de cette communication sont les marchés, les taxis, la rue, les FOSA, entre autres. Ce qu'il ressort également des propos des enquêtés, c'est la multiplicité des sources d'information sur le choléra : il n'y a pas toujours qu'un seul canal d'information. Cette compilation de verbatim rend compte de la multiplicité des sources d'informations sur le choléra : « *Oui, j'en ai entendu parler à la télé, à la radio et les cas qu'on a eu. Il y'a eu des discussions dans les taxis, dans les marchés, partout on en a entendu, j'en ai entendu* » chef de Bloc Elig-Effa 4. Un autre rajoute : « *J'ai entendu parler du choléra à la Télévision, à la radio, à l'école, sur internet et même par les amis au quartier* », répondant, Littoral. Un Prêtre de la ville de Douala affirme également : « *j'écoute régulièrement les informations sur le Choléra à la télévision* ».

Les données de terrain montrent qu'il y a plusieurs sources d'informations : les sources orales (Les ASC et personnels de santé, leaders traditionnels) les sources médiatiques (radio, télévision) ainsi que les réseaux sociaux.

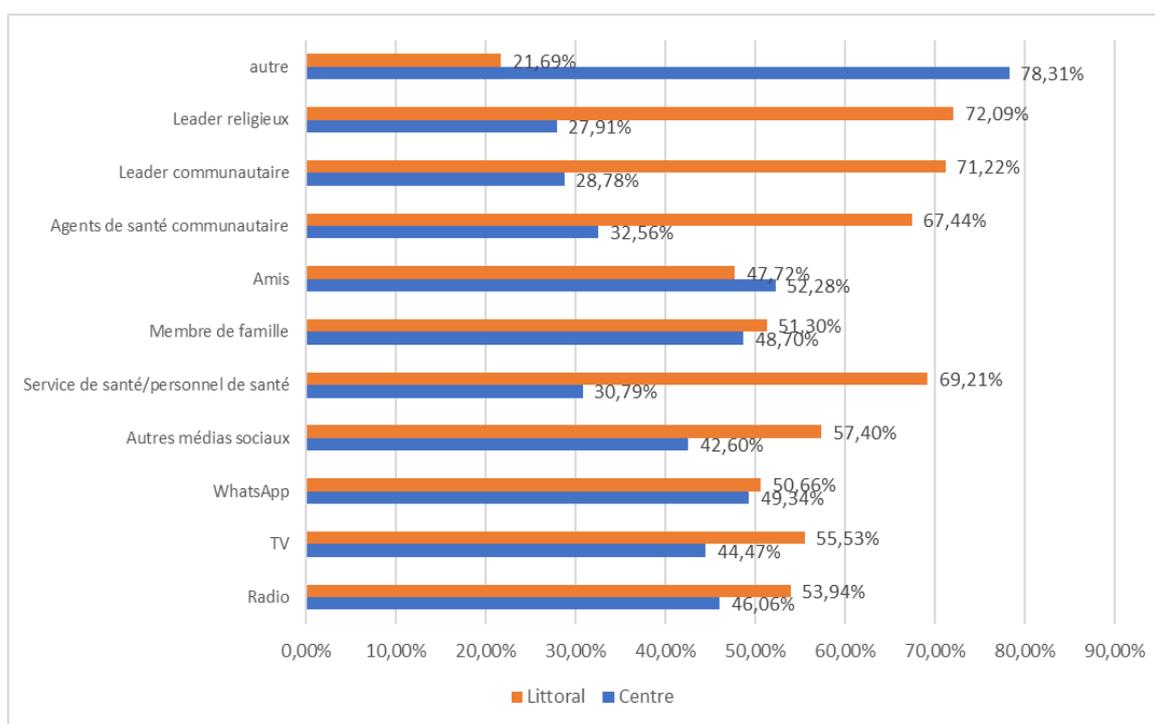
*« Nous avons entendu parler de cette maladie déjà au niveau des informations », curé de la paroisse Sainte-Famille de Nkoayos d'Ekounou.
« Partout on en parle, à la radio, télévision, même les réseaux sociaux, même au quartier » entretien individuel avec un étudiant.*

L'école est aussi un canal privilégié d'informations sur la maladie. Elle permet aux élèves et étudiants d'en savoir plus sur le choléra. Cette connaissance en milieu scolaire est davantage accentuée chez le personnel de santé qui approfondit, durant son cursus, son savoir sur la maladie. Ainsi, certains informateurs ont entendu parler du choléra à durant leur parcours scolaire et professionnel où certaines leçons étaient spécifiquement dédiée à cette maladie : « *je*

suis infirmière de formation, je l'ai appris à l'école au cours de ma formation et je vis également sur le terrain en tant que personnel de santé ». Infirmière, Littoral.

La communication horizontale effectuée par les relais et les ASC qui sont les courroies de transmission entre les services de santé et les populations joue un rôle important dans la sensibilisation et l'éducation pour la santé à travers la communication de proximité : « *l'équipe de l'hôpital de district de Bonassama envoi de temps en temps ses équipes sur le terrain nous sensibilisent sur le choléra* », chef des blocs 9 et 10 du quartier kouba. Un autre répondant ajoute : « *La télévision en a parlé ces derniers temps, sinon, les agents de santé communautaires font les sensibilisations à temps et à contre temps et quand il y a même un cas, on vient faire le WASH dans les domiciles des gens qui sont infectés ou bien des gens qui ont eu des cas* ». Point focal communication district de santé de Nylon.

Cette multiplicité de sources d'information est confirmée au plan quantitatif par l'énumération d'au moins dix sources comme le révèle le graphique ci-dessous.



Graphique 15: distribution des sources d'information sur le choléra

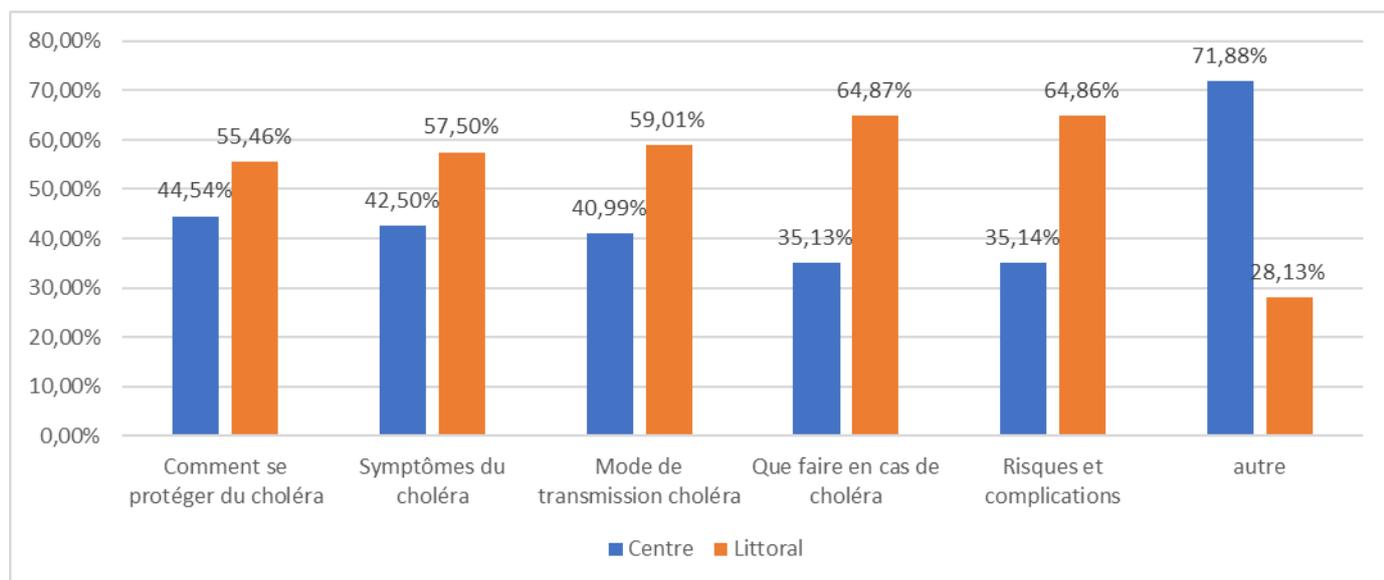
IV.3 Types d'informations reçues sur la maladie (informations vraies, rumeurs...)

- Les informations vraies

Pour ce qui est des informations vraies, les acteurs rencontrés sur le terrain affirment avoir reçus les informations sur l'existence du choléra, ses manifestations et les mesures de prévention (respect des règles d'hygiène, lavage des mains ainsi que des fruits avant de les consommer) : « *Oui, j'en ai entendu parler à la télé, à la radio et les cas qu'on a eu. Il y'a eu*

des discussions dans les taxis, dans les marchés, partout on en a entendu, j'en ai entendu. » : chef de Bloc Elig-Effa 4. Une aidante de Douala ajoute : « j'entends dans les rumeurs que le choléra est une maladie qui tue et est causé par la saleté. Ce sont les personnes qui ne sont pas propre qui attrape le choléra ».

Au plan quantitatif, des informations importantes ont été reçues sur la maladie, notamment sur les moyens de prévention, les symptômes, les modes de transmission, les risques de complication et les stratégies à adopter.



Graphique 16: distribution des types d'informations reçues sur le choléra par les enquêtés

- *Les rumeurs et les informations approximatives*

Pour ce qui est des rumeurs, les données de terrain laissent apparaître qu'il existe des fausses rumeurs autour du choléra à savoir : le doute même sur l'existence de la maladie.

- *Non existence du choléra*

« Bon, les rumeurs du choléra il est bien vrai que ça a fait rage dernièrement, les gens n'en parlent pas vraiment, mais c'est lorsqu'on part dans les centres sante qu'on entend vraiment parler du choléra. Mais au quartier, les gens n'acceptent pas. Il y en a qui disent que c'est le mensonge comme le corona. On n'accepte même pas que ça existe » EI-Tenancière d'un tourne dos.

Dans les propos ci-dessus, il ressort que des acteurs sociaux considèrent que le choléra n'existe pas, mais que c'est un mensonge. Cette déclaration met également en exergue le fait que le choléra semble lointain dans le quotidien des communautés, et apparaît comme une réalité qui ne se vit que dans les FOSA.

- *Le choléra perçu comme l'apanage de certaines zones*

Parmi les répondants, il y en a qui estiment que le choléra est l'apanage de la ville de Douala. Vivant à Yaoundé, une commerçante affirme : *« il n y a pas le choléra à Yaoundé il y a seulement le choléra à Douala c'est à Douala qu'il y a le choléra »* vendeuse d'ananas à Ekié.

Pendant ce temps, un vendeur à la sauvette à Douala signale que *« quand ça commençait, on a dit que le cholera était au nord, bien après trois mois, on a dit que c'était*

déjà ici à Douala, mais personnellement, je n'ai pas encore vécu un cas ici à Douala » Vendeur à la sauvette, Douala.

Les propos, de la vendeuse d'ananas, comme ceux précédents qui ont été prononcés par une tenancière de tournedos, montrent que les acteurs qui sont des piliers de la lutte contre la pandémie à travers l'hygiène des aliments qu'ils vendent, ne sont pas au fait de la gravité et de la réalité de la maladie. Pour eux, cela reste une vue de l'esprit. Cette conception des choses est de nature à favoriser des comportements contraires à ceux attendus pour faire obstacle à l'épidémie.

- *Le choléra comme maladie mystique*

Pour certains, le choléra trouverait son explication dans la métaphysique et serait la résultante de la méchanceté des sorciers ou de la colère des ancêtres sur les hommes. « *Par rapport aux rumeurs, certaines personnes pensent que c'est une maladie mystique, d'autres pensent souvent qu'on invente souvent cette maladie, donc, c'est ça, s'il s'agit de rumeur, c'est un peu ça* » Chef DS Nylon.

Les propos de ce responsable de la santé dans le Littoral ne reflètent pas son opinion personnelle, mais une catégorie de rumeurs contre lesquelles il doit se battre au quotidien pour réussir son combat contre la maladie dans son DS. La perception du choléra comme une maladie mystique est en effet répandue chez certains acteurs. C'est ce que révèlent les propos de cet ancien malade qui, lui aussi, raconte les rumeurs qu'il a déjà entendues sur le choléra : « *C'est aussi comme avec le Covid les gens disaient que c'est une maladie qu'on a lancé. Ils ont aussi dit qu'on a lancé le choléra pour tuer les gens que comme ils ont raté les gens au Covid ils ont envoyé le choléra.* » Ancien malade de choléra.

- *Le choléra comme maladie provenant de la vaccination*

Le choléra est également considéré ou perçu par certains comme une résultante des vaccins injectés sur les populations. Pour ces acteurs, le choléra serait une maladie infiltrée dans les vaccins que les populations reçoivent au quotidien. A cet effet, il est la conséquence du complot des occidentaux avec les autorités du pays pour massacrer les populations et recevoir davantage le financement :

« À ce jour, en ce qui est des rumeurs sur le choléra, certains disent que ce sont des vaccins qu'on injecte qui causent le choléra, mais, certains quand même savent que ce n'est pas ça, sinon, les rumeurs sur le cholera sont à mon niveau très peut dans la communauté, surtout pour ceux qui ont eu à vivre des cas de choléra » Point focal communication district de santé de Nylon.

Ici, c'est encore un personnel médical qui traduit la pensée de la communauté, qui ne reflète pas son opinion.

IV.4 Canal d'information préféré pour recevoir les informations sur les questions de santé et plus précisément sur le choléra

Le canal d'information préféré pour recevoir les informations sur les questions de santé et plus précisément sur le choléra selon les acteurs sur le terrain est divers, selon les acteurs. Les données quantitatives font observées plusieurs canaux cités par les informateurs. En termes d'occurrences, la télévision, la radio, les ASC, le personnel de santé et les groupes WhatsApp,

restent respectivement cités comme étant les canaux préférés en matière de sensibilisation. Mais il faut souligner qu'au plan qualitatif, les entretiens menés avec les leaders religieux ou communautaires ont tout aussi montré leur importance dans la mobilisation sociale.

Tableau 7: Canal préféré pour la réception des informations

Canal préféré	Centre	Littoral	Total général
Radio	303	425	728
TV	460	633	1093
WhatsApp	252	218	470
Service de santé/personnel de santé	226	369	595
Membre de famille	83	143	226
Amis	75	114	189
Agents de santé communautaire	242	404	646
Leader communautaire	100	192	292
Leader religieux	68	191	259
autre	72	27	99

- La communication interpersonnelle

Une des sources privilégiées est la source orale à travers les ASC personnels de santé, soit la communication horizontale ou interpersonnelle. La sensibilisation communautaire où les ASC descendent en communauté et dans les marchés avec les mégaphones, porte plus de fruits : « j'ai accepté que le choléra existe quand les agents de la santé sont venus chez moi. Ils m'ont dit des choses que j'ignorai. Moi je préfère qu'on multiplie les descentes que de passer les informations à la télé ou radio. Ce n'est pas tout le monde qui regarde la télé » entretien avec braiseuse de poisson, Centre. Les propos de cette commerçante vont dans le même sens que l'observation faite par un ASC « par exemple les bayamsellam qui sont dans les marchés n'ont pas de télévision encore moins de radio au marché. Ils passent toute leur journée au marché et n'ont pas le temps de suivre les informations quand ils rentrent. Par contre lorsqu'on descend sensibiliser dans les marchés avec le mégaphone le message passe à l'instant T. en communauté aussi ça passe » ASC aire de santé de Mvog-Betsi.

- L'usage de dépliants

« Je pense que vous pouvez faire des dépliants avec des images un peu comme ça se faisait lors du coronavirus vous pouvez faire des dépliants avec des images quand même qui attirent l'attention par ce que tout le monde ne lit pas nous sommes dans un environnement où les gens ne lisent pas trop dont les dépliants vous pouvez utiliser, occuper les carrefours aussi en utilisant les plaques parce que s'attire plus l'attention », curé de la paroisse Sainte-Famille de Nkoayos d' d'Ekounou.

Ce répondant, leader religieux, indique que ce qui frappe le regard, c'est l'affiche, surtout lorsqu'il y a davantage de dessins et non des écritures.

- *Les médias traditionnels et les médias sociaux*

Ils sont le moyen préféré de certains répondants : « *Il n'y a que les medias comme beaucoup sont connectés à la télé même comme ils sont accros aux séries ils oublient l'essentiel c'est moins grave quand ils vont voir une deux fois trois fois surtout que quand on dit que la science est la mère répétition* », Boutiquier du quartier Ekounou. Ce commerçant estime qu'à force de répétition à la télé, les populations finiront par comprendre. Un fossoyeur dans la ville de Douala estime que les réseaux sociaux ont une bonne acceptation auprès des populations et peuvent servir de canal de sensibilisation : « *je pense pour ma part qu'à travers les réseaux sociaux, on peut mieux sensibiliser sur le choléra. La génération d'aujourd'hui est Android* », affirme un fossoyeur au quartier Bonamikano.

- *Un mix des moyens de communication*

Un acteur affirme :

« *Il me semble que, pour maximiser la sensibilisation, s'il y avait des supports audiovisuels, les affiches, et autres, parce que je vois moins de publicité à la télé par rapport à une maladie par exemple comme le coronavirus. Je pense que la multiplication des supports audio-visuels devrait améliorer cette sensibilisation là et toutes ces campagnes. Je pense que les supports audiovisuels, si on les augmente en quantité, on ferait un plus par rapport à cette sensibilisation* » Pasteur EEC, Littoral.

V.5. Perception de l'étiologie du choléra

L'identification du choléra au sein de la communauté repose sur un ensemble de croyances étiologiques faisant intervenir les causes à la fois subjectives et objectives et qui sont pourvoyeuses de sens et de signification du choléra. En général, au plan quantitatif, le choléra est largement perçu comme une maladie de la saleté et contagieuse, même si certains informateurs l'associent aussi à une maladie des pauvres ou une maladie hydrique. Quelques rares personnes rencontrées sur le terrain l'assimilent néanmoins à une maladie inventée. Les tableaux suivants font davantage observer ces perceptions.

Tableau 8: distribution des perceptions des enquêtés sur le choléra

Perceptions sur le choléra	Centre	Littoral	Total général
Inventée	7	20	27
Des pauvres	120	129	249
De la saleté	601	740	1341
Contagieuse	321	559	880
Hydrique	229	221	450

Dans le district de santé d'Odza, le choléra n'est pas perçu par certains informateurs comme une maladie causée par un microbe (vibron cholérique). Les causes du choléra sont plutôt associées aux conditions de vie précaire, c'est-à-dire une maladie causée par la saleté, le

manque d'accès à l'eau potable, au manque d'hygiène, à la pauvreté, au manque d'assainissement. A ces causes s'ajoutent les causes mystiques et psychologiques. Les causes mystiques dans la mesure où, d'après les informateurs, les sorciers peuvent être à l'origine de cette maladie. Au plan psychologique, les informateurs soutiennent que le fait de penser que nous buvons l'eau non potable peut être à l'origine du choléra :

« Je ne veux même pas parler de ça même à côté de moi seulement parce que je sais que la majorité dedans ce se sont les maladies mystiques voilà. Si on peut lancer plusieurs maladies pour tuer quelqu'un celui-là c'est quoi tu acceptes quand même qu'on lance certaines maladies pour tuer non » Boutiquier du quartier Ekounou.

Une autre commerçante affirme :

« Je n'arrive pas à comprendre comment un jeune de 30 ans peut mourir du choléra du jour au lendemain. Quelqu'un ne peut pas tomber malade le matin et mourir à 12h. Les jeunes de nos jours aiment trop la facilité pour vite avoir de l'argent. Surement il amis sa main dans quelque chose. Ça ne peut qu'être ça, dans ce marché on voit ce genre de chose ici tous les jours » commerçante au marché acacias.

Dans le district de santé de Biyem-Assi tout comme dans le DS de Nkolndongo et d'Odza, le choléra est perçu par nombre notamment par ceux-là qui n'ont jamais eu le choléra ou n'ont jamais eu un proche qui a contracté le choléra, comme la maladie de la saleté. Et donc pour eux, le choléra ne se contracte que par des personnes sales. C'est dire que si les personnes propres ne peuvent pas attraper le choléra. Cela démontre que l'aspect agent pathogène provient essentiellement dans les croyances de l'insalubrité, et non de la présence effective d'un microbe. La conséquence de cette perception de l'origine du choléra est que les personnes qui en sont atteintes sont jugées comme des personnes sales, posant ainsi un stigmatisme sur elles.

« C'est une maladie de la saleté quand tu consommes les aliments sales ce qui n'est pas aussi bien préparé là c'est la saleté » vendeur d'orange au marché d'Ekounou.
Une travailleuse de sexe estime *« Je ne connais pas vraiment, mais je pense que le choléra provient des saletés, des eaux sales »* Travailleuse de sexe, Bonassama.

« Le problème aussi est qu'il y'a des endroits comme je t'ai dit dans notre quartier c'est un quartier où il y'a trop de saleté, des gens ne respectent pas où mettre la poubelle, ils mettent partout, les toilettes, il y'a des WC qui n'existent plus donc les gens jettent leurs selles dans les caniveaux, imaginez les enfants qui jouent partout...Donc, ce n'est pas un problème de culture, c'est un problème d'éducation et e me dis qu'il faut des fois peut-être il y'a un truc qu'on doit faire c'est d'apprendre aux bailleurs, aux propriétaires des maisons de faire des toilettes. Les gens vont louer des maisons sans WC et ce n'est pas normal. Les gens sont obligés de faire leur chiotte et de mettre dans les plastiques et balancer comme vous avez vu, vous êtes venus par là, vous avez vu un drain, les gens jettent ça là-bas. Et ça ce n'est pas normal » chef bloc Elig-Efa 4.

Le choléra est également perçu comme une maladie issue d'un complot : *« Comme les blancs-là n'ont pas pu nous avoir avec corona, ils viennent maintenant avec le choléra pour nous finir une fois. Mais nous ne sommes plus dupes »* tenancier de tourne dos, Yaoundé.

De l'autre côté, il y a ceux qui disent que le choléra n'est pas la maladie de la saleté. Pour eux : « *que tu sois propre ou sale, riche ou pauvre tu peux attraper le choléra cela dépend du lieu où tu attrapes le choléra. Il suffit juste d'un geste de la main avec quelqu'un qui porte le germe du choléra sans le savoir pour attraper le choléra* » Un autre répondant affirme : « *C'est une maladie qui tue, une maladie due aux microbes, à la saleté* » élèves du lycée d'Ekounou.

« Il y a d'abord la propreté, l'eau qu'on utilise, avec ça tout dépend de l'eau. Il y a des puits que on ne met jamais l'eau de javel, on prend seulement on boit ; d'ailleurs le bailleur doit vidanger les toilettes, mettre l'eau de javel dans le puits et rester fermer même pendant trois jours et ça dépend aussi des sources qu'on puisse l'eau et il y a des sources ou tu passes c'est isolé donc sa dépend aussi il faut la propreté, je ne sais quoi dire la propreté en générale. Moi je me dis que c'est la négligence de tout ça qui peut causer le choléra » entretien avec un garde malade cholera.

S'agissant des rumeurs sur le choléra, nombre de répondants disent que c'est la sorcellerie, il a trempé ses mains dans la sorcellerie. Pour d'autre c'est la maladie des blancs. Pour d'autre c'est le poison car avec les symptômes comme les vomissures, la diarrhée, la fièvre, ils ne peuvent penser qu'au poison.

V.6 Perception des personnes les plus à risque de contracter le choléra

Pour les personnes à risque (jeunes, personnes âgées) le choléra ne fait acception de personne. Pour elles, toutes les couches sociales sont exposées à cette maladie. Il faut néanmoins souligner le fait qu'au plan quantitatif, les personnes les plus perçues comme à risque de contracter la maladie *«les personnes qui ne respectent pas les règles d'hygiène»*.

Tableau 9: distribution des perceptions des enquêtés sur les personnes les plus à risque de contracter le choléra

Valeurs	Centre	Littoral	Total général
Les personnes qui n'ont pas d'eau	235	406	641
Les personnes qui ne respectent pas les règles d'hygiène	433	594	1027
Les personnes qui vivent dans les quartiers pauvres	172	232	404
Tout le monde	312	469	781
autre	116	13	129

En termes de catégories sociales, nombre des enquêtés rencontrés lors des FGD et entretiens estiment aussi que toutes les catégories sociales sont à risque de contracter le choléra mais les plus pauvres, les plus démunis et les plus vulnérables sont les plus à risque de contracter cette pathologie. Dans le district de santé d'Odza en effet, cette catégorie est plus vulnérable de par leur inaccessibilité à l'eau potable ou du fait qu'elle vive dans l'insalubrité.

« Je pense que c'est les plus vulnérables, les plus pauvres les personnes pauvres en fait mais pas seulement pauvre hein puisque ça peut aussi attraper les riches c'est par rapport à leur hygiène en tout cas n'importe qui peut l'attraper je ne vois pas qui ça peut exclure je parlais des pauvres dans le sens de l'utilisation des latrines

qui n'ont pas peut être de latrine qui n'ont pas de savon par exemple mais ça peut attraper tout le monde dans le sens de l'hygiène » promotrice du centre de santé le SILOE.

Le fait d'avoir des contacts répétés avec les autres, notamment dans le cadre de l'activité professionnelle est aussi perçu comme un facteur de vulnérabilité. « *Ceux qui sont exposés à ça ? Vrai vrai, nous qui restons en route là, les commerçants...* » (Vendeuse de maïs braisé en bordure de route au marché Ekounou). Il en est de même pour les personnes qui vivent près de marécages ou dans les quartiers où l'accès à l'eau est difficile « *Mais C'est plus les gens vulnérables surtout les gens dans les quartiers comme chez nous-là qui n'ont pas accès à l'eau surtout ce sont les gens vraiment qui sont à haut risque* » (chef de troisième degré Sud).

Les éboueurs estiment aussi être des populations exposées plus fortement au risque de contamination au choléra : « *Les catégories...c'est nous puisque c'est nous qui sommes directement en contact avec les poubelles ça veut dire nous les chauffeurs et les gars avec qui nous travaillons oui c'est comme ça. Bon ! c'est vrai que même tous ceux qui sont dans les bureaux ne sont pas épargnés puisque nous ne sommes pas là où ils habitent* », chauffeur d'HYSACAM.

Dans la région du Littoral, les mêmes constats reviennent. Les enfants sont identifiés par certains acteurs comme une cible à risque de contracter le choléra. Ces derniers étant régulièrement en contact avec la saleté et les eaux usées courent plus de risque de contracter la maladie. « *Les enfants sont les personnes les plus vulnérables, quand le bonbon d'un enfant tombe par exemple, il ne peut pas laisser et de ce fait, est exposé* », affirme l'imam de la mosquée du grand hangar. Les personnes vivant dans les zones marécageuses ont pour quotidien les eaux stagnantes, les eaux usées et le contenu des toilettes vidées pendant la pluie. Ce qui expose les populations au vibrion cholérique.

On note cependant que des répondants ont affirmé que tout le monde qui ne respecte pas les règles d'hygiène est susceptible de contracter la maladie : « *Je pense que tout le monde est à risque, mais sinon ceux qui ne respectent pas les mesures d'hygiènes, ceux qui boivent de l'eau non potabilisée, parce que maintenant comme il n'y a pas de l'eau de CAMWATER partout, on boit l'eau des forages partout et nous savons que certains forages ne sont pas traités, ils sont exposés, ceux qui mangent en route de tout et de rien sans se laver les mains* »
Point focal communication district de santé de Nylon

IV.7 Perception du risque ou de la vulnérabilité de contracter le choléra par les populations

Les populations rencontrées sur le terrain (personnels de santé, autorité administrative, acteurs du secteur informel jeunes, femmes et étudiants) sont conscientes de leur vulnérabilité face au choléra. Pour plusieurs, toute personne est susceptible de contracter le choléra si elle ne respecte pas les mesures d'hygiènes.

Dans la mesure où la catégorie sociale la plus touchée est celle des précaires, le fait d'être pauvre ou en contact avec les immondices devient un risque de contracter. Dans les zones marécageuses et les quartiers difficiles, le consensus est fait par les populations elles-mêmes,

le personnel de santé et les chefs de quartiers que ce sont ces zones qui sont plus exposées « *C'est la maladie de tout le monde. Même moi où je parle là, ça peut me prendre à tout moment. Comme on dit que c'est la saleté qui cause ça, je suis exposé. Même l'eau propre là, on n'a même pas pour boire. Nous les pauvres là, nous somme en danger* » entretien avec une femme chef de famille à Yaoundé.

Plusieurs idées sont développées sur la vulnérabilité de contracter le cholera

Tout le monde : toute personne sans distinction de sexe, d'âge, de tribu, encore moins de classe sociale peut attraper le choléra.

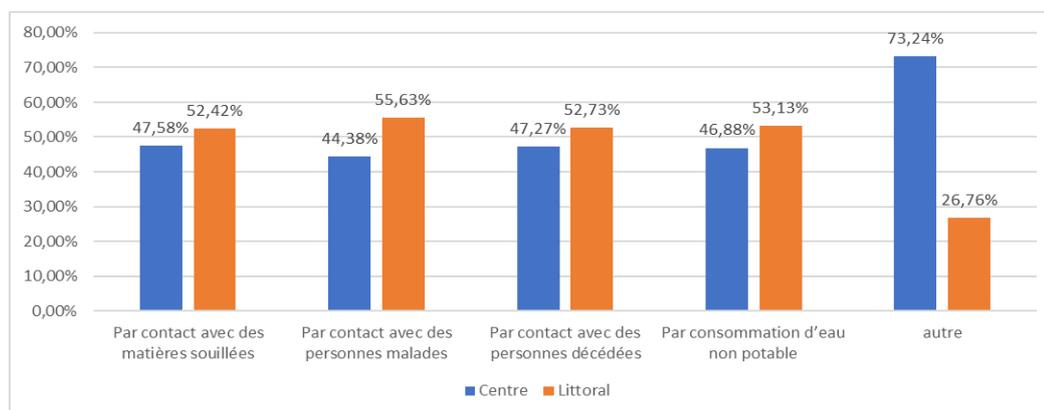
Les habitants des bas-fonds marécageux : plusieurs personnes estiment que ceux qui vivent dans les zones marécageuses sont plus à risque de contracter le choléra. Ces zones sont les lieux par excellence où règne l'insalubrité. Aucun plan d'urbanisation n'est respecté. La proximité entre les puits d'eau et les toilettes laisse à désirer. Les habitants sont presque en contact direct avec les excréments déversés dans le torrent pendant les pluies. « *Celui qui consomme les fruits sans prendre le temps de bien les laver, consommer les aliments mal cuits, ne prend pas la peine de laver les mains avant et après chaque repas, ne prend pas la peine de bien entretenir son environnement est exposé au choléra* » (entretien avec une vendeuse de nourriture)

IV.8 Connaissances sur les modes de transmission du choléra

Les modes de transmission évoqués par les populations dont été en priorité la consommation de l'eau non potable ou des aliments souillés, par les poubelles, les eaux usées, les aliments achetés en route.

- Connaissance des modes de transmission du choléra

Les perceptions et les savoirs sur les modes de transmission du choléra au regard des réponses des enquêtés laisse entrevoir qu'en fonction de l'information disponibles, de son niveau d'instructions ou du rapport à la maladie, le choléra pour les acteurs rencontrés a plusieurs modes de transmission comme le met en exergue le graphique ci-après.



Graphique 17: distribution des modes de transmission du choléra

- La connaissance des règles d'hygiène

Dans les DS enquêtés, les enfants indiquent avoir une connaissance sur les modes de transmission du choléra. Ils affirment que ces connaissances sur les modes de transmission leur ont été enseignés à l'école primaire. Comme connaissances, il y a entre autre :

- la consommation d'eau et aliments souillés
- contact direct avec une personne infectée
- par les mouches qui se déposent sur les aliments.

Pour une commerçante au marché, « *c'est une maladie de la saleté et quand tu ne laves pas les mains là où tu es, tu n'entretiens pas, dont la saleté la, les odeurs et les fruits aussi tu ne laves pas les légumes dont tout ça c'est ça qui peut donner le choléra* », vendeuse de maïs braisé en bordure de route au marché Ekounou.

Cette connaissance partagée par des adultes et les enfants correspond aussi aux informations diffusées par le corps médical : « *puisque le choléra passe par le tube digestif dont se rassurer que tout ce qui passe par ta bouche est sain c'est tout si tu te rassures que tout ce qui passe par ta bouche est sain tu n'auras jamais de choléra jamais.* » Chef du centre intégré Ekounou.

- **Le contact avec les personnes malades**

La transmission du choléra se fait par le toucher. Il suffit d'être en contact avec une personne malade ou d'être en contact avec les objets du malade utilisés pendant la maladie pour en être infecté : « *Une personne malade du choléra peut te transmettre la maladie en te touchant* » (entretien avec une femme enceinte, Littoral). Les ASC ont conscience de cette information, surtout que c'est eux qui participent à la sensibilisation des populations : « *Quand tu touches à un malade du choléra ou bien ses objets, comme les habits, ou quelque chose ça peut prendre tes mains en voulant passer tes mains et peut être en voulant un peu passer tes mains par les lèvres, tu peux facilement attraper le choléra. Donc il faut faire attention, c'est très contagieux* » ASC, Littoral.

- **Connaissance des personnes atteintes de choléra**

A l'observation des données quantitatives, il ressort que la connaissance d'une personne atteinte de choléra n'est pas commune dans le grand public. Sa connaissance pratique semble se faire, via le contact direct ou indirect avec un proche atteint de cette maladie. Plus de 70% des répondants ont relevé ne pas connaître une victime de choléra.

Tableau 10: distribution des répondants en fonction de leur connaissance ou non d'une victime de choléra

Avez-vous déjà vu une victime du choléra ?	Centre	Littoral	Total général
Non	524	596	1120
NSP	14	29	43
Oui	204	265	469
Total général	742	890	1632

IV.9 Connaissances des manifestations du choléra

Les enquêteurs indiquant les vomissements et la diarrhée comme des symptômes du choléra ont relativement une partie liée avec cette maladie, soient directement, soit indirectement.

Tableau 11: distribution des répondants en fonction de la connaissance des manifestations du choléra

Valeurs	Centre	Littoral	Total général
Diarrhée	669	832	1501
Vomissement	639	811	1450
pas de symptôme	7	15	22
NSP	56	55	111
autre	113	58	171

Définis comme l'ensemble des manifestations cliniques et visibles de la maladie les symptômes du choléra les plus connus sont la diarrhée et les vomissements. « *On nous a dit que lorsqu'on fait la diarrhée, on vomit et qu'on a mal au ventre c'est le choléra* ». (Entretien avec une braiseuse de maïs de la ville de Yaoundé.) La connaissance des principales manifestations est également effective dans le Littoral : « *Les personnes atteintes du choléra font la diarrhée et vomissent* » affirme un transporteur au quartier Besseké.

Cependant ces symptômes sont quelques fois confondus avec ceux d'une simple diarrhée ou d'une indigestion. Il en résulte décision tardive par les patients de se rendre dans les FOSA. Cette confusion est de nature à mettre en danger la santé et même la vie de la personne qui souffre de choléra comme attesté ci-dessous :

« Lorsqu'il a commencé à vomir, et à faire la diarrhée, j'ai cru que c'était la boisson. Mon frère aimait boire et à chaque fois qu'il buvait il vomissait donc ma mère et moi ne nous sommes pas gênés et l'avons laissé vomir. Lorsqu'il a commencé à faire la diarrhée, nous nous sommes dit que sûrement il mangé quelque chose qu'il n'a pas bien digéré. Mon frère était capable de manger la terre. Pour dire vrai il négligeait les règles d'hygiène. C'est lorsque la diarrhée a commencé à sortir comme l'eau qu'on a commencé s'inquiéter de son état de santé » (entretien avec le frère d'un parent décédé de cholera).

De tous les symptômes du choléra, les vomissements sont les plus cités chez les plus jeunes et chez les adultes. Le deuxième symptôme cité est la diarrhée abondante. Parmi les autres manifestations inexactes du choléra citées, il y a la tendance à dormir beaucoup, les céphalées, le gros ventre, les gros yeux, la vomissure du sang, l'élévation de la température, l'amaigrissement et l'affaiblissement du malade.

Chez d'autres répondants, outre les vomissements et la diarrhée, il est cité la fatigue : « *ce que nous on connaît sur le choléra c'est que ça n'aime pas la saleté et Je connais aussi les symptômes de ça, la diarrhée, les vomissements et la fatigue aussi* » vendeuse de maïs braisé en bordure de route au marché Ekounou. Des enquêtés ajoutent également les maux de ventre

et la fièvre : « *Je sais que quand même que tu as mal, au ventre, tu chauffes, vomissement tu as la diarrhée* » élèves du lycée d'Ekounou, dyade passée le 20 juillet 2023.

V.10 Connaissances sur les mesures d'évitement du choléra

Les mesures d'hygiène comme le lavage des mains au savon ou encore sur l'hygiène des aliments et la consommation de l'eau potable émergent des réponses des répondants comme des mesures susceptibles permettant d'éviter le choléra.

Tableau 12: Connaissance des méthodes de prévention du choléra

Valeurs	Centre	Littoral	Total général
Laver régulièrement les mains avec de l'eau courante et du savon	628	783	1411
Assurer la salubrité des ustensiles utilisés à la cuisine et lors des repas	488	564	1052
Consommer de l'eau potable	584	694	1278
Limiter l'exposition des aliments à l'air libre	267	375	642
Limiter la défécation à l'air libre	264	345	609

- La connaissance des mesures ordinaires de lutte contre le choléra

A la question de savoir quelles sont les mesures d'évitement du choléra les répondants ont évoqué les mesures d'hygiène comme le lavage des mains, le traitement des aliments

Les ASC sont au fait des mesures à prendre pour éviter le choléra. Cette catégorie de la population est assez importante car elle assure le relais entre les FOSA et les communautés. Une bonne connaissance de leur part participe à mieux informer les populations : « *Les règles d'hygiène c'est au quotidien. C'est ce que nous devons faire chaque fois dès que tu vas dans les toilettes, ou bien avant de rentrer des toilettes tu dois laver les mains avec le savon, si on te donne la nourriture, tu dois laver tes mains proprement avant de manger avant et après le repas, donc l'hygiène, la propreté c'est ça qui fait que si tu pratiques ça tu ne peux pas attraper le cholera* » ASC de Barcelone, DS Nylon

Pour d'autres répondants encore, il faut que de meilleures pratiques de lavage des mains soient observées par les acteurs pour véritablement combattre le choléra :

Moi je crois qu'au niveau de chaque membre de la communauté, il faut respecter les mesures d'hygiène comme par exemple se laver les mains à l'eau coulante parce que ce n'est pas avec l'eau qui est dans le seau avec le savon, parce que tout le monde n'a pas le robinet, on nous a appris que vous mettez deux seaux et le seau qui est là avec un gobelet à côté. Nous devons laver tous les fruits avec les crudités avec l'eau potable, potabilisée à notre niveau parce qu'il y a le javel, on peut chauffer l'eau et ainsi de suite et surtout, bien cuire les aliments et les consommer à chaud parce que les aliments froids ne sont pas conseillés en période de choléra, PF communication DS Nylon.

Dans ces propos, il ressort que le tout n'est pas de se laver les mains, mais de s'assurer de le faire avec de l'eau coulante. Ce répondant donne des stratégies qui sont utiles, et qu'il

convient de diffuser. C'est le cas notamment de la solution donnée pour ceux qui ne disposent pas d'eau courante à la maison. En outre, il recommande l'utilisation des produits chlorés pour désinfecter, ainsi que l'évitement des produits à consommer crus ou froids.

Dans l'ensemble, les répondants savent qu'on peut faire quelque chose pour éviter le choléra. Parmi les précautions qu'on prend pour éviter le choléra les enquêtés donnent diverses réponses à savoir :

- Laver les mains
- Laver les fruits et légumes avant de les consommer
- Boire de l'eau potable
- Assurer la propreté de son environnement

Ainsi pour une aidante, « *pour éviter le choléra, il faut toujours se laver les mains avant et après le repas, bien préparer les aliments et vivre dans un environnement propre* ». Pour un autre :

Il faut prendre le temps de bien les laver les fruits avant de les consommer, consommer les aliments bien cuits, prendre la peine de laver les mains avant et après chaque repas, toujours bien entretenir son environnement pour qu'il soit toujours propre. Entretien avec un vendeur d'eau glacée.

Une autorité traditionnelle de la ville de Douala, pour sa part, estime que :

« Les règles d'hygiène nécessitent juste la propreté, bien laver les mains avant de manger, laver ses mains au retour des toilettes, boire de l'eau javellisée, mais avec mesure puisque le javel contient le chlore et il y a une mesurette qu'on nous conseillait d'utiliser pour purifier l'eau quoi » Chef de Bloc dans le district de santé de Bonassama.

« Déjà c'est la connaissance de ces règles d'hygiène là. On nous demande déjà d'être propre, de se nettoyer les mains de façon hygiénique avec de l'eau coulante et du savon. Ça c'est d'abord la meilleure manière. Maintenant l'alimentation, faut bien nettoyer les fruits et les légumes avant la consommation. Dans le cas de l'hôpital, on utilise les solutions de décontamination même si on suspecte un cas », surveillant général du centre de santé Belle rose.

Une vendeuse de nourriture au marché d'Ekounou pense à son tour que « *le choléra c'est une maladie contagieuse due à la saleté et pour l'éviter il faut consommer les ingrédients propres se laver les mains avant de manger bien sûr et consommer de l'eau propre* ».

- Allier la prière aux mesures de prévention

A côté des éléments communs suscités, il revient que la prière apparait comme un moyen pour lutter contre la maladie cet extrait d'entretien avec un commerçant de la ville de Yaoundé rend compte de cette réalité :

Pour être clos en ce qui concerne cette maladie je n'ose même pas prononcer le nom restons seulement ferme bien sur sans toutefois exclure les moyens de préventions attachons nous beaucoup plus à la prière c'est tout. Parce que c'est le père qui protège

les gens s'il faut prendre l'exemple quand tu vois les fous là tu penses qu'on les soigne tu vois dans quel état il mange est-ce qu'il a ce problème. Boutiquier du quartier Ekounou.

Ce verbatim indique que le répondant considère qu'après tout, il faut faire des efforts de part et d'autre, mais que sans négliger l'importance de ces efforts, ces derniers ne sont pas suffisants pour faire face à la maladie. En se servant de l'analogie avec la situation des personnes atteintes de maladies mentales qui se nourrissent dans les décharges et poubelles, il en vient à la conclusion que finalement, ce n'est pas un excès d'hygiène qui peut mettre à l'abri du choléra, mais plutôt le fait de s'en remettre à la prière qui garantit une certaine protection, même aux personnes les exposées comme les fous. On note ici une complémentarité induite entre les mesures prévention naturelles et celles spirituelles chez ce commerçant.

- Une spécificité chez les fossoyeurs

Chez les fossoyeurs par contre, une nouvelle modalité de moyens pour éviter le choléra apparaît, à savoir l'évitement du contact entre les personnes malades et les personnes saines dans des conditions non protégées. Un fossoyeur dans le Littoral affirme à cet effet que « *pour éviter le choléra, éviter tout contact avec les personnes malades et respecter les règles d'hygiènes* », (fossoyeur au quartier Bonamikano). Cette connaissance spécifique révèle que c'est davantage par le biais de leur formation que les fossoyeurs et thanatopracteurs sont au fait de cette précaution à prendre contre la maladie. Il convient de dire que ce sont eux qui sont chargés de manipuler certains corps morts de choléra et sont donc soumis à un protocole élaboré par les instances sanitaires dont ils dépendent. Ce n'est pas le cas des populations qui ne voient pas tout de suite le risque que représentent les personnes malades de choléra en termes d'agent vecteur de la maladie.

V.11 Pratiques faites pour éviter le choléra (lavage des mains, des fruits...)

Diverses pratiques sont connues par les répondants pour éviter de contracter le choléra. Théoriquement, les populations affirment savoir qu'il faut toujours se laver les mains avant et après chaque repas, toujours laver les fruits et légumes avant la consommation, consommer de l'eau potable. Cette connaissance des mesures d'hygiène est effective chez plusieurs répondants. Cependant, il y a quelques cas palpables dans le marché d'Ekounou où les populations consomment directement des fruits vendus en bordure des routes et exposés à la poussière et parfois même à proximité des poubelles.

- Les commerçants

Les commerçants de denrées alimentaires prêtes à la consommation sont potentiellement à risque de devenir des vecteurs de la maladie du fait de la manipulation des aliments destinés à la consommation. Ces derniers sont conscients de leur responsabilité de conserver un environnement propre pour faire barrière à la maladie, comme l'attestent les propos ci-dessous : « *je fais l'effort, observez vous-même non regarder la cuillère protégée, pour le beurre, protégée contre les mouches oui d'autres voilà les palettes de jus poser sur les planches voilà toujours nettoyer voilà la serpillère* » Boutiquier du quartier Ekounou. Un autre affirme : « *bon je me bats je me bats pour faire mieux. Bon je me bats à laver mes assiettes avec du savon,*

laver mes fruits avant de les utiliser c'est un peu ça », tenancier d'un cafeteria ambulant au marché D'Ekounou. Pour une autre encore, vendeuse de maïs grillé au quartier Ekounou :

Chaque fois je pars laver mes mains comme c'est déjà noire là dès que je fini de braiser ça comme c'est déjà là que hein aller je pars laver mes mains. C'est le lavage des mains noor on ne doit pas rester dans la saleté on doit toujours être un peu propre, un peu propre, un peu seulement parce que tu ne peux pas être propre, dyade du 19 juillet 2023.

Il apparait dans chacun des propos ci-haut cette idée de conscience évoquée antérieurement. Mais ce qui frappe ici, ce sont les efforts faits par les répondants, tout comme l'idée d'effort, de « se battre » ou encore d'être « un peu propre ». On constate que les répondants sont donc dans une optique de lutte pour la propreté, dans une optique conflictuelle entre leur activité et les nécessités de l'hygiène que cela exige. Entre nettoyer constamment et pratiquer l'activité commerciale, il se pose un milieu que les acteurs essaient de trouver, surtout lorsqu'ils manipulent directement les aliments. La braiseuse de maïs par exemple fait face à ce conflit en permanence car entre les mains qui noircissent, l'épluchage du maïs, le braisage, le service des clients qui impose un contact avec l'aliment ou avec l'argent, il reste peu de temps pour s'assurer que les mains sont réellement propres et exempts de vibrion cholérique, d'où l'idée qu'on « ne peut pas être propre » qui sanctionne la fin de ce verbatim

- Les autres acteurs de la communauté

Ils savent qu'il faut laver les mains pour éviter le choléra et les préserver propres le plus longtemps possible : « *Individuellement moi je me lave les mains avec de l'eau et du savon je fais l'effort de pas toucher tout et rien oui je ne mange pas avec les mains directement avec les mains déjà c'est ça je fais le strict minimum comme tout le monde* », étudiant en sciences de la santé, Ekounou. Aussi, cet acteur indique qu'il évite de manger avec les mains.

D'autres acteurs indiquent aussi savoir qu'il faut bien laver les mains, mais aussi les fruits et bien cuire les aliments. C'est le cas notamment de cette femme chef de ménage : « *il faut respecter le lavage des mains, faire bien cuire les aliments, les fruits les laver avant de les consommer. Parfois les petites choses comme ça peuvent nous épargner de la maladie mais on ne sait pas* » (EI-femme chef de famille, Yaoundé.) Elle est rejointe dans cette idée par cet interlocuteur : « *pour éviter le Choléra, je me lave toujours les mains avant et après chaque repas et fait les efforts de bien préparer mes aliments* », personne en situation de handicap de la ville de Douala.

V.12 Connaissances souhaitées par les populations sur le choléra

Le fait d'avoir entendu parler du choléra n'est pas synonyme d'une bonne connaissance de celui-ci. Les connaissances souhaitées par les populations sont essentiellement la gratuité du traitement, l'existence du vaccin, et les hôpitaux appropriés à la prise en charge. En effet, parmi les répondants, il y en a ceux du secteur informel et le personnel de santé qui étaient au courant de la gratuité du traitement lors de l'enquête.

Les répondants aimeraient savoir quel est le protocole de traitement du choléra. Ils aimeraient savoir les premiers gestes à adopter face à un cas de choléra. Pour nombre de répondants, ne sachant pas le protocole de traitement, ils prennent comme médicaments des

plantes traditionnelles qui n'ont souvent rien à voir avec le choléra et par la suite, le cas du malade s'aggrave et c'est souvent à la dernière minute que la famille fait recours à la FOSA et lorsqu'il arrive à la FOSA il se fait souvent très tard et le patient meurt à l'entrée de la FOSA.

Les répondants qui ont des puits et des forages aimeraient aussi avoir des connaissances sur comment désinfecter l'eau.

Les connaissances sur le choléra souhaitées par les répondants sont diverses. Elles concernent la gratuité du traitement contre la maladie, les manifestations ou symptômes du choléra.

- **La gratuité du traitement contre la maladie**

Des répondants rencontrés dans le cadre de cette enquête ont indiqué qu'ils n'étaient pas informés de la gratuité du traitement contre le choléra : « *Là je n'étais pas au courant ça je l'avoue que le traitement est gratuit je n'étais pas au courant c'est une information que vous me donnez* ». Cette information est donc nouvelle pour des acteurs. Cette ignorance est de nature à limiter la fréquentation des FOSA, étant donné que le discours et les expériences des informateurs est de nature à douter de ce que des services sanitaires et hospitaliers puissent être gratuits. En effet, comme l'indique ce répondant dans la région du Centre, la gratuité ne semble pas possible dans les FOSA au Cameroun : « *Il y a un grand on buvait au bar l'autre jour il me dit que sa fille a été victime mais c'était pas ici il m'a donné le nom du quartier c'était que vers l'Est. Il m'a dit qu'ils sont allés à l'hôpital que le traitement de ça c'est gratuit jusqu'à je niais avec lui puisque je sais que de nos jours à l'hôpital pour soigner il faut l'argent* ».

Ce doute sur la gratuité du traitement n'est pas un cas isolé. D'autres témoignages vont dans le même sens, que ce soit dans le Centre ou dans le Littoral. Un informateur déclare à cet effet que : « *Non du tout, même si c'est annoncé par radio télé que c'est gratuit dites-moi madame qu'est ce qui est gratuit au Cameroun ?* », (Encadreur sportif de football, Ekounou). En indiquant qu'il ne peut pas croire que la gratuité du traitement est effective, il ajoute que même si cela vient des médias, ce sera pour lui difficile de croire. Il apparaît qu'il existe une crise de confiance des acteurs vis-à-vis du discours officiel pour ce qui est de certaines annonces qui semblent éloignées du vécu quotidien.

Ce qui précède est d'ailleurs constaté dans les propos des informateurs, dans la région du Littoral également. Très souvent, certains patients en doute cette politique de gratuité de la PEC parce que une fois à l'hôpital, d'autres pathologies peuvent être détectés chez le patient et lorsqu'on prescrit une ordonnance, cela prête à confusion et installe du coup un climat de suspicion entre les malades /gardes malades et le personnel. Les populations aimeraient être bien renseignées sur ces petits détails qui créent tant de polémiques. Cette réalité est corroborée par les propos de ce répondant :

« Généralement, nos relations avec les patients sont bonnes, elles commencent à trébucher à partir du moment où on peut détecter une autre maladie comme le paludisme ou la typhoïde chez le patient. Dès lors que vous faites l'ordonnance et donnez à un proche du patient, il vous regarde de la tête jusqu'au pied et n'hésite pas de vous rappeler que le traitement est gratuit. Là, vous êtes obligé de l'expliquer terre à terre pour qu'il puisse

comprendre. A ce niveau, on doit véritablement faire des efforts dans la sensibilisation. » PFC PCI HDN.

Il existe donc un décalage entre l'information officielle sur la gratuité du traitement du choléra et les perceptions qu'ont les patients et proches de cette gratuité. Dans le cadre d'une communication sur le sujet, il serait important d'envisager de clarifier ce point, en sorte de ne pas accentuer la crise de confiance qui découle du gap entre l'information reçue, l'expérience vécue et la réalité perçue.

- **Les manifestations ou symptômes du choléra**

Savoir que le choléra existe est une chose, mais parvenir à déterminer avec précision qu'une personne devant soi en souffre en est une autre. Si plusieurs répondants ont affirmé savoir quels sont les manifestations du choléra, il n'en demeure pas moins que face à un cas de choléra, le soupçon de sa présence n'apparaît pas immédiatement à l'esprit de l'entourage, même en situation d'épidémie. Il est ainsi revenu que des personnes sont décédées parce que dans un premier temps, lorsqu'il était encore possible d'agir sur le cas, les proches et les malades ont confondu des cas de choléra à une diarrhée simple. C'est notamment le cas de ce répondant qui raconte :

Puisque nous ne savions que c'était le choléra, on a donné à mon frère une solution qui est le mélange et de l'eau avec un peu de sel et de sucre pour le réhydrater parce qu'il vomissait beaucoup et faisait aussi beau la diarrhée. C'est lorsqu'il a perdu connaissance qu'on l'a emmené à l'hôpital et peine arrivé qu'il a rendu l'âme. C'est donc à l'hôpital qu'on nous fait savoir que c'était le choléra. Propos recueillis auprès du frère d'un décédé de choléra.

Dans ce récit, on note que les proches ont eu de bons réflexes face à la diarrhée, à savoir la réhydratation du malade. Mais le répondant affirme que durant toute la période de prise en charge, ils n'ont pas soupçonné le choléra comme source des symptômes de la maladie.

Cette réalité est également attestée par cet ancien malade qui indique que la sensibilisation est capitale et peut sauver des vies :

C'est d'abord la sensibilisation. Et, je me dis que certains qui sont morts, ne savaient pas encore au départ que c'était ça. Donc moi je proposerai beaucoup plus la sensibilisation qu'on essaie de comprendre que dès que les symptômes sont là, dès que quelqu'un a un souci, une quelconque diarrhée, avant de prendre ça au premier degré qu'il fasse d'abord le test du choléra en question avant de voir si c'est positif ou négatif » Ancien malade, CMA de Mvog-Betsi

SECTION V : LOGIQUES ET PRATIQUES DE PREVENTION DU CHOLERA

V.1 Mesures ou pratiques de prévention observées au niveau individuel

Diverses mesures ont été prises par les habitants de la région du Centre et du Littoral pour lutter contre le choléra.

- Eviter l'alimentation de la rue

Dans le discours des répondants, il apparaît que l'alimentation de rue apparaît comme une source importante de risque de contamination. C'est pour cette raison que pour y faire face, des acteurs préfèrent limiter, voire s'interdire s'alimenter en dehors de leur domicile. La rue, la « route » et le « dehors » sont des dangers auxquels il faut faire attention si l'on ne veut pas être contaminé par le choléra : « *manger en route, je ne suis plus là* » (ancien malade choléra, Centre). Ce fragment de discours indique une habitude passée que le répondant a décidé de ne plus pratiquer. Il s'agit en effet d'un ancien malade de choléra. Dans le sous-entendu de ses propos, il est manifeste qu'il avait s'alimentait dans la rue lorsqu'il avait faim. En indiquant qu'il « n'est plus là », l'acteur signale qu'il identifie la source de sa maladie comme étant les conséquences de ses pratiques alimentaires passées. Le choix de ne plus recourir à l'alimentation de rue révèle que les acteurs sociaux sont d'autant plus prompts à modifier leurs comportements en matière de santé que la perception du risque est importante. Cette donnée s'inscrit dans les constatations de la théorie du Health Belief Model, qui souligne que les individus n'estiment nécessaire de prendre des actions en faveur de leur santé que lorsqu'ils estiment être à risque.

En outre, un ancien malade affirme « *comme je suis tout le temps dehors si la famine me prend et qu'il va falloir que je mange quelque chose, je vais m'arranger à chercher un point où avant de préparer il y'a les précautions, là où c'est vraiment propre* » Cette stratégie est importante, car elle permet en effet de limiter la contamination, pourvu que les restaurateurs soient conscients de cette nécessité de respecter l'hygiène et de la mettre en œuvre dans leur activité. Il existe en effet des tenanciers qui considèrent que le choléra est un complot : « *Comme les blancs-là n'ont pas pu nous avoir avec corona, ils viennent maintenant avec le choléra pour nous finir une fois. Mais nous ne sommes plus dupes* » (tenancier de tournedos). Face à ce type d'affirmation, il est notable que les acteurs qui s'alimentent dans les lieux de restauration publics n'ont pas la totale maîtrise de l'hygiène qui y est pratiquée, et donc s'exposent, au-delà de la propreté apparente d'un réfectoire qui leur sert de mesure de lutte contre la maladie, au risque de contracter le choléra.

- Eviter la consommation d'eau non contrôlée

Le choléra est associé à la qualité de l'eau, dans les perceptions des enquêtés. Il s'agit ici de la qualité de l'eau ingérée pour se désaltérer. Que ce soit pour les anciens malades ou alors pour les autorités administratives des régions parcourues, l'eau de boisson de révèle comme un aspect important à surveiller pour lutter contre l'épidémie de choléra. Ainsi, le choix de ne plus consommer de l'eau non contrôlée est une résolution qui est prise pour éviter de se faire contaminer. Les propos d'un Sous-préfet dans le Centre en témoignent : « *les mesures d'hygiène*

que nous respectons avec la famille [...]et consommer de l'eau potable ». Il apparaît dans le verbatim qui précède que le répondant considère que les mesures à prendre contre le choléra sont essentiellement des mesures d'hygiène, et qu'à côté de celles-ci, il faut adjoindre la consommation de l'eau potable.

Ces paroles concordent avec celles d'un vendeur de fruits dans le Littoral qui déclare : « *Je bois de l'eau minérale* », ou encore avec ceux d'un ancien malade dans la région du Centre qui souligne : « *quand je suis dehors je ne bois pas l'eau n'importe comment. Je mets mon eau dans le sac ou je cherche une bouteille d'eau minérale. Dans le cas contraire je garde ma soif pour la maison* ». Ici, il apparaît que le choix de l'eau de boisson est capital comme mesure pour lutter contre le choléra. Cet acteur indique qu'il ne consomme plus d'eau dont il ne peut pas être sûr de la qualité. La stratégie qu'il a adoptée pour s'assurer de se déshydrater sans se mettre en danger consiste se présente sous trois aspects : sortir de la maison avec son eau potable, acheter de l'eau minérale, ou alors éviter de boire de l'eau, quitte à rester assoiffé toute la journée. Cette stratégie en trois dimensions au sujet de l'eau de boisson est de nature à limiter les risques de contamination en effet. On note cependant que les mesures prises par l'ancien malade incluent un risque qui est assez important, celui de la déshydratation. Or, afin de préserver une bonne santé et aussi de faire face au risque de choléra qui est une maladie déshydratante, il est important de boire de l'eau. Cet acteur se trouve donc à risque de voir son cas rapidement se détériorer au cas où il était soumis à nouveau au choléra, surtout considérant qu'il admet préférer se laisser déshydrater.

- Le lavage des crudités, des mains et l'usage du gel hydroalcoolique

L'une des mesures recommandées par les autorités sanitaires pour lutter contre le choléra consiste à avoir une bonne hygiène, particulièrement l'hygiène des mains. Les acteurs sociaux qui ont choisi de combattre cette maladie en font usage. Le lavage des mains apparaît comme une des mesures les plus connues par les répondants qui indiquent :

« J'ai toujours mon gel avec moi pour désinfecter mes mains quand je finis de faire un travail ou saluer quelqu'un. » (Vendeur de fruits, Littoral).

« Au niveau individuel, je lave les mains à de l'eau propre et du savon » (Chef de bloc 3, Littoral).

« Le lavage des mains, les fruits avant consommation » (Sous-préfet, Centre).

Ainsi, dans le discours des enquêtés, le lavage des mains avec de l'eau et du savon ou alors la désinfection des mains grâce au gel hydroalcoolique constituent les moyens par lesquels ils espèrent échapper à la maladie. Dans les extraits présentés ci-dessus, une autre modalité de lutte contre le choléra apparaît. Il s'agit du lavage des crudités avant la consommation. Il convient de noter également que ces règles de conduites sont soit décidées par un acteur à titre individuel, ou alors qu'elles font l'objet d'une conduite attendue et partagée par les membres d'une famille.

V. 2 Mesures ou pratiques de prévention observées au niveau familial

Les mesures qui apparaissent au niveau individuel sont les mêmes qui sont partagées au niveau familial. Les répondants sont conscients de ce que le manque de respect des règles

d'hygiène est une source importante de risque de contamination pour la famille. Pour les familles, des instructions y relatives sont partagées entre les membres.

- L'hygiène pour lutter contre le choléra au sein des familles

Plusieurs modalités de lutte contre la maladie sont à noter au sein des familles. Les mesures de lavage et de désinfection des mains sont citées par les répondants, que ce soit dans le Littoral ou dans le Centre. Les répondants désignent à ce sujet le lavage des mains comme le moyen par excellence de lutte contre la maladie : *« ce qui me semble important pour éviter le cholera c'est d'hygiène, le lavage des mains, systématiquement, c'est le lavage des mains qui est le point le plus important pour éviter cette maladie »* (ASC de Barcelone, district de santé de Nylon). Ce lavage des mains et l'utilisation du gel hydroalcoolique sont donnés comme instruction aux enfants du ménage. Les parents donnent des instructions aux enfants à ce sujet dans le Littoral : *« A la maison, je demande aux enfants de toujours laver les mains et les désinfecter avec le gel »* (entretien avec une vendeuse de nourriture, Littoral) ; mais aussi dans le Centre : *« Oui, comme ils sont en train de jouer là je leur demande laver les mains avant de manger, d'éviter au maximum de mettre les doigts dans la bouche. »* Ancien malade choléra, Mvog-Betsi

- L'hygiène de l'alimentation et la lutte contre le choléra

La lutte contre le choléra passe également chez les acteurs sociaux par la prise d'un ensemble de mesures telles que la cuisson des aliments et l'hygiène des aliments crus comme l'indique le témoignage de cette vendeuse de nourriture : *« je cuis bien le repas »* (vendeuse de nourriture, Littoral) ; cet ancien malade dans le Littoral : *« Je demande [...] à ma femme de toujours bien laver les fruits et bien cuire les aliments »* (Ancien malade Littoral) ; ou encore cet ancien malade dans le Centre : *« Maintenant, faut toujours laver les fruits avant de les consommer, se laver régulièrement les mains. »* (Ancien malade choléra, Mvog-Betsi, Centre). La cuisson des repas se révèle dans ces propos comme un moyen que les acteurs ont trouvé pour faire face à la maladie. Cette action correspond à la prophylaxie contre la maladie. Elle révèle également une bonne connaissance des moyens de lutte contre le choléra.

- Les spécificités des mesures de protection familiale chez les employés de FOSA

Chez certains répondants, la dimension de protection de la famille à travers l'assainissement sont effectuées : *« Je respecte les règles d'hygiènes, assainir son environnement intérieur et extérieur, tu achètes ton chlore, tu marches avec. Pour nous le personnel, tu ce que tu enlèves reste là, quand tu sors de là, tu enlèves tous les habits que tu portes, tu mets dans le javel avant de porter d'autres avant de rentrer à la maison »* (responsable CMA de Bonassama). Dans ces propos, quelques éléments ressortent. Tout d'abord, la dimension hygiénique qui est commune à toutes les personnes qui ont pris des mesures. Ensuite la dimension environnementale, qui consiste à assainir les locaux et ses abords. Enfin, l'utilisation de l'eau de Javel qui sert à nettoyer tout vêtement qui a été en contact avec le milieu hospitalier. Il convient de préciser que le locuteur ici est un personnel médical qui prend ainsi des mesures pour éviter de contaminer son domicile et de transmettre la maladie à ses proches.

Les employés de FOSA prennent donc des mesures afin de ne pas mettre en danger leurs familles.

« C'est possible de contaminer son ménage lorsqu'on n'a pas pris les précautions. Ce qui est recommandé lorsqu'on a fait la formation on a dit tout dépend du plan de la maison. On s'échange tout ce qu'on a sur nous, on enlève tout, on entre et on se lave d'abord avant d'avoir accès aux autres membres de la maison. On s'assure que tout le monde se lave les mains à chaque fois et les fruits avant de les consommer. On s'efforce à boire de l'eau potable. C'est un peu ce que nous faisons » (EI-coordinatrice -Nicolas Barre).

Dans l'extrait ci-dessus, il apparaît que le personnel médical se considère comme un acteur important qui peut être vecteur de la maladie au sein de la famille. Afin de réduire les risques de contamination de leurs proches, ces derniers se livrent à une ritualisation de l'hygiène qui comporte une phase de dépouillement de tout ce qui peut être objet contaminé, avant d'accéder aux membres de la famille. Ainsi, les vêtements qui ont été utilisés à l'hôpital sont traités par le personnel médical comme étant potentiellement porteurs du vibron cholérique.

V.3 Mesures et pratiques de prévention observées au niveau communautaire

- L'existence des « journées de propreté » : un avantage peu exploité

Au niveau communautaire, il est instauré un jour dédié pour l'investissement humain en fonction des communes institué par le Premier Ministre appelé « journée de propreté ». Même si chacun y va de son interprétation concernant cette journée, les gens respectent tant bien que mal l'exigence d'ouvrir les boutiques, que ce soit dans les quartiers ou encore dans les marchés, à 10h : *« les jeudis propres sont également au quartier, nous avons les bacs à ordures dans les marchés et carrefours, le recyclage des ordures par l'entreprise HYSACAM souvent »* (entretien avec une travailleuse de sexe, Littoral). Les paroles de cet interlocuteur renseignent sur le fait que l'instruction ministérielle sur la journée de propreté est mise en application. On peut également noter que des bacs à ordures sont mis à disposition des communautés pour lutter contre l'insalubrité et contenir le déversement anarchique des déchets.

Dans le même sens, des initiatives des auxiliaires d'administration sont prises afin d'augmenter le niveau de salubrité dans leurs unités de commandement : *« Nous avons organisé dans le quartier chaque dimanche des journées de curages des caniveaux ceci dans l'optique de retirer tous les déchets qui y traîne et rendre le quartier viable et vivable »* (chef de bloc 3, Littoral).

Pourtant, malgré l'existence de « journée de propreté », il ne s'observe pas de réel engagement de la population face à l'investissement humain. Cette habitude de non-participation aux journées de propreté contribue à conserver des espaces marchands et les quartiers dans un environnement peu salubre. Les observations menées dans les régions de l'enquête indiquent que pendant que les investissements humains sont censés avoir lieu, il n'y a quasiment personne à l'œuvre pour rendre les quartiers propres. Une mesure qui devait servir à lutter contre le désordre et la salubrité urbaine est devenue une journée de travail dont le début est différé. Ici, on s'aperçoit que les acteurs se comportent comme des « passagers clandestins » selon l'expression de Mancur Olson. En effet, tout se passe comme si tout l'individu attend que l'action soit menée par une entité collective dont il ne fait pas partie et dont il espère pourtant en tirer les effets positifs.

En outre, pour ce qui est de la présence des bacs à ordures, ils sont effectivement présents aux abords des grands axes, dans les quartiers et les carrefours. Pourtant, l'utilisation de ces bacs à ordures fait face à des problématiques assez importantes, notamment l'irrégularité du passage des camions d'éboueurs.

- La sensibilisation comme moyen de prévention dans les communautés

Afin de pousser les communautés à changer leurs habitudes, certaines actions de sensibilisations sont menées par diverses catégories d'acteurs, notamment des leaders communautaires : « *Oui, on est même allé dans ces endroits là où on fabrique et on vend le bili-bili là et ils étaient encore tous regroupés donc, on les a sensibilisés en même temps* » : cheffe Elig-Effa. Ce type d'initiative est également présent dans la région du Littoral : « *Notre chef de quartier organise souvent des campagnes de sensibilisation contre le choléra.* » (entretien avec une travailleuse de sexe, Littoral). Le rôle des leaders communautaires est donc important dans les initiatives de prévention de la lutte contre le choléra.

Ces initiatives de sensibilisation auprès des communautés sont également menées par le personnel médical : « *La sensibilisation, toujours sensibiliser, toujours parler de ça, amener les gens à comprendre le pourquoi* » (responsable CMA Bonassama). Ils procèdent à la transmission de messages liés à la prévention et même le traitement de la maladie :

Nous avons sensibilisé tout le monde à la maison en ce qui concerne les mesures préventives, des signes et des symptômes, les premières actions ainsi que les premiers secours à apporter à celui qui présente les premiers signes. Maintenant, en ce qui concerne les actions que nous avons mis dans notre entourage, pas seulement dans notre petite famille, je vais dire dans notre lieu de service, dans le quartier avec les voisins, nous avons essayé de sensibiliser tout le monde de la présence de cette maladie dans la ville, et nous avons essayé de les expliquer ce que c'est que le choléra, comment on l'attrape, comment le prévenir, et qu'est-ce qu'il faut faire devant une personne qui présente les premiers signes, et nous avons essayé de les éduquer sur la préparation de la solution de la réhydratation orale. (PF Communication, DS Nylon)

« Nous avons à chaque fois planifié les causeries éducatives nous avons un espace réservé pour le repos, ça signifie pour la famille des patients un endroit où la famille qui arrive avec le patient se repose. A chaque fois, nous avons les personnes qui arrivent, nous faisons la communication externe, nous les parlons du choléra, des moyens de prévention et les moyens de curation. Nous les faisons comprendre que le choléra est une maladie mortelle et très dangereuse t si la PEC n'est pas immédiate, peu importe om on se trouve, il faut se rendre dans une FOSA pour un meilleur confort et une meilleure PEC et nous les rappelons que cette PEC est strictement gratuite » (PF PCI HD Nylon)

Le lavage des mains est expliqué, ainsi que l'hygiène des crudités. Le personnel médical qui mène ces campagnes estime que ces deux mesures basiques « vont de soi » au sein de la communauté : « *En communauté pour être honnête, ce n'est que le lavage des mains et fruits.*

Je crois que les gens respectent ça. Je ne vois pas qui peut manger sans se laver les mains ou consommer un fruit sans le laver ». EI-coordinatrice -Nicolas Barre.

Les certitudes indiquées dans les propos du responsable de FOSA ci-dessus sont pourtant à nuancer. En effet, les pratiques du lavage des mains ou des fruits ne sont pas aussi systématiques que cela est perçu par le personnel médical, comme en témoignent les propos de cet ancien malade : *« j'ai mangé l'avocat là... parce que moi je reconnais que je n'ai pas lavé ça. Je reconnais que je n'ai pas lavé ça »* (Ancien malade, Centre). Si les règles d'hygiène sont connues et diffusées, elles restent parfois négligées dans les pratiques en communauté.

- Campagnes de vaccination et autres moyens de prévention

Le personnel médical a procédé à des campagnes de vaccination au sein de la communauté. Ces campagnes se sont tenues entre autres dans le Littoral, notamment dans le DS de Bonassama. L'objectif de ces campagnes était de limiter la propagation de la maladie : *« Je vous ai déjà dit qu'il y a eu les vaccins pour le choléra, il y a les agents de la mairie de Bonassama qui sont descendu sur le terrain pour vacciner les populations pour ceux qui ont voulu quoi. Il y a eu deux qualités de vaccins, l'un injectable et l'autre buvable »* (chef de bloc, DS Bonassama). On note que l'administration du vaccin était assujettie à la volonté des personnes de le prendre. Il n'y avait donc pas de contrainte. L'action des CTD est également notable, puisque ce sont les agents communaux qui ont mené l'opération.

Outre cette initiative, les leaders religieux se sont également impliqués dans la lutte contre la maladie en mettant à disposition des moyens pour assurer un environnement hygiénique :

« Ici, nous utilisons de l'eau coulante et nous assurons la propreté de la station, là, nous y mettons un point d'honneur. En dehors de cela, il n'y a pas d'autres situations particulières. Nous veillons sur l'hygiène comme vous pouvez le constater vous-mêmes, avec le nettoyage, la station assez propre. Voilà ce que nous faisons à notre niveau pour mettre une barrière entre la communauté et cette maladie. » (Pasteur EEC, Littoral).

V.4 Mesures et pratiques de prévention observées au niveau des services

La disposition des points d'eau et du savon est observée dans certains services parcourus, afin d'assurer l'hygiène qui est nécessaire pour combattre le choléra. Cette disposition observable est le fait d'une volonté des autorités administratives comme l'indique cet acteur : *« Au niveau des services publics, j'observe quand même des bacs à ordures, les points de lavage des mains et gel hydro-électrique »* (entretien avec une personne âgée). C'est ce qui ressort aussi par exemple dans cet entretien avec un Sous-préfet dans le Centre : *« On a mis l'accent sur les règles d'hygiène dans chaque service puisque nous avons fait des réunions de concertation. Je crois qu'ils ont compris la nécessité de ces mesures »*. (EI-Sous-préfet). Son discours permet de comprendre que la mise en œuvre des moyens pour l'hygiène n'est pas le fait du hasard. Cela résulte d'une volonté de la part des autorités.

En outre, les moyens mis en œuvre pour combattre la maladie au niveau des services sont divers :

« Au niveau individuel, pour la lutte contre le choléra en interne, nous avons déjà par la suite, mis tous les équipement de protection et les intrants disponibles et ça signifie les EPI, les gants, les masques, les combinaisons, les surblouses, les surchaussures, les calottes, ça c'est pour le personnel et les équipes de désinfections, et aussi l'utilisation régulière des gel hydro alcooliques pour pouvoir à chaque fois non seulement se faire frictionner les mains et aussi de surcroît, nous avons installé les dispositifs de lavage des mains c'est-à-dire les laves mains pour que à chaque fois, on puisse s'en débarrasser d'autant plus que j'ai dit que le cholera c'est la main et la bouche . Donc, si à chaque fois, les mains sont propres, on peut à 60% éviter le choléra. » PF PCI HD Nylon

V.5 Mesures et pratiques de prévention observées au niveau des Mairies

Les actions de prévention du choléra sont également prises par les mairies. Elles consistent en la pose des bacs à ordures dans des endroits comme les hôpitaux comme indiqué par ce répondant : *« Nous avons eu un don je vais dire, une collaboration avec la commune de Douala 3^e qui nous a déposé un bac pour les déchets (...) il est posé juste à l'enceinte de l'hôpital, où les déchets ménagers, je vais dire, les déchets non infectieux sont acheminés et les infectieux sont détruits ainsi de suite »* PF PCI HDN. On voit ici l'action des mairies qui travaillent en collaboration avec les structures sanitaires en vue de limiter la potentielle contamination dans ces espaces.

Outre les campagnes de sensibilisation dans les quartiers, les autorités municipales se déploient sur le terrain et offrent le matériel de premier plan dans la prévention comme les gels hydro alcooliques, et les points de lavage des mains aux populations. *« Les mairies participent également à l'assainissement de l'environnement, à la récupération des ordures ménagères et à la propreté des marchés. « La Mairie cure les caniveaux, recycle les ordures ménagères, dépose les bacs à ordures dans les marchés et les carrefours, nettoie les carrefours, organise les campagnes de sensibilisation du choléra dans les quartiers, offre les gels et les points de lavage des mains aux populations »* (entretien avec le chef de bloc A1 de la cité des palmiers). Dans une certaine mesure certaines actions prises de manière régulière en vue de combattre les maladies infectieuses participent à la lutte contre le choléra. C'est ainsi par exemple que dans la commune de Douala 3, les actions de potabilisation des puits sont menés comme indiqué par cet informateur : *« Pour lutter contre le choléra, nos activités s'inscrivent dans le cadre de la riposte épidémiologique à travers l'opération de lutte anti vectorielle que nous opérons de manière constante chaque année, la chloration des puits dans les quartiers vulnérables »* chef service hygiène et environnement CAD3.

SECTION VI : ITINERAIRES THERAPEUTIQUES DES PATIENTS ET FORMES DE SOUTIEN DANS LA PRISE EN CHARGE DES CAS DE CHOLERA

La question des itinéraires thérapeutiques est une préoccupation majeure dans le champ de la lutte contre le choléra. Les constats faits par les acteurs hospitaliers montrent que nombre de malades y arrivent dans un état critique qui se justifie par les premiers recours initiés en familles ou en communautés par des acteurs profanes ou inexperts. Ce retard hospitalier bien souvent fatal pour le malade invite à analyser de près l'itinéraire thérapeutique qui est le parcours du malade et de sa famille dans la quête de la guérison. En effet, les « itinéraires thérapeutiques » au sens où l'entend Janzen (1995), traduisent « les parcours que suivent les malades ainsi que leurs familles et les choix thérapeutiques qui en découlent⁶ ». Massé parle lui de « cheminements thérapeutiques⁷ » pour inviter à l'analyse des conditions de coexistence et de recours à diverses formes de savoirs, de logiques et de rationalités en anthropologie de la maladie. En effet, comme le fait remarquer Gonzague et al (1986), les itinéraires thérapeutiques ne se réduisent qu'exceptionnellement à une seule étape⁸. Les populations dans la quête de la santé sont en général, pour plusieurs raisons, contraintes de recourir à des services de soins formels, parallèles, ou informels qui, très souvent, ne s'appuient que sur des connaissances profanes socialement construites. Ces itinéraires thérapeutiques deviennent parfois « chaotiques » pour le malade (Djouda Feudjio et al.⁹) à cause de leurs complexités, de leurs logiques plurielles et parfois contradictoires. Concernant les itinéraires thérapeutiques des patients en situation de choléra, les observations de terrain faites dans les deux régions du Centre et du Littoral montrent que les populations, avant leur accès dans une FOSA spécialisée, mobilisent ou capitalisent en général plusieurs pratiques thérapeutiques ou tentatives de soins.

VI.1 Principaux traitements connus ou cités pour combattre le choléra

Les traitements cités et qui fondent les itinéraires thérapeutiques des populations pour combattre le choléra relèvent à la fois de la médecine moderne et de l'ethnomédecine.

- Des pratiques de l'ethnomédecine citées et concoctées dans l'espace domestique

Au plan traditionnel ou de l'ethnomédecine, les populations ont cité notamment «le charbon, l'aloès Vera, le kinqueliba qui coupent facile la diarrhée et les vomissements». Divers informateurs ont ainsi évoqué le traitement traditionnel constitué de ce qu'ils nomment communément «*la recette de grand-mère*». Celle-ci intègre donc une diversité de mixtures allant de la consommation des feuilles d'aloès-vera, des racines...Pour un ancien malade rencontré, il faut « *mettre du sel dans de l'eau consommée* » (ancien malade de choléra, Douala). Au plan de l'ethno-thérapie, les populations, pour faire face à des symptômes de

⁶ *La quête de la thérapie au Bas-Zaïre*. In: Janzen JM (ed). Paris : Karthala, 1995, 287p

⁷ Massé R, Les mirages de la rationalité des savoirs ethnomédicaux, *Revue Anthropologie et sociétés*, 1997, vol.21, n°1 : 53-72

⁸ *De la diversité des itinéraires thérapeutiques en ville : nécessité de les prendre en compte dans une perspective épidémiologique*, Gonzague et al (ed), Journées d'études sur Brazzaville, Actes du colloque, Brazzaville, ORSTOM/AGECO, avril 1986, p.25-28

⁹ DJOUDA FEUDJIO, Yves-Bertrand ; NGUENDO YONGSI, Blaise ; SOCPA, Antoine, 2015, « Offres, Recours & Accès aux Soins de Santé « Parallèles » en Afrique : des acteurs en quête de légitimité sociale, médicale et institutionnelle », International Journal of Advanced Studies & Research in Africa ; ESS/UCAC.

diarrhée ou de vomissements inquiétants, ont cité cette pratique d'une automédication spontanée consistant de consommer de leur propre initiative des décoctions traditionnelles sans consulter un médecin ou un personnel de santé. Ces mixtures sont rapidement concoctées suite à un détour de la cueillette effectuée dans la nature ou l'environnement immédiat.

Ces ethno-thérapies sont concoctées dans l'espace domestique qui apparaît comme le premier espace de soins pour les malades qui y reçoivent des « *recettes de grand-mère* ». Cet espace de soins que représente le cadre familial est le premier à apporter les premiers soins « *non savants* » au malade.

- **Des pratiques de la médecine modernes citées en mode automédication**

Les données de terrain font observer que certaines familles évoquent plusieurs autres pratiques ou tentatives de soins qui sont certes liées à la médecine moderne mais qui restent pourtant initiées dans le simple cadre de l'automédication, sans véritable posologie adaptée ou contrôlée par une expertise médicale. Les acteurs ont ainsi cité le traitement moderne comme l'utilisation de la doxycycline, le Tétracycline, doxycyclinémétridazole. Les traitements du choléra selon divers acteurs rencontrés sont entre autres : la réhydratation orale, l'ATD, le soluté plus la solution orazin, la consommation en quantité de l'eau potable.... Pour cet informateur rencontré dans le district de Bonassama, « *on a dit que quand tu fais déjà trois selles par jour, tu dois déjà prendre de l'eau sucrée, mais quand tu bois cette eau, tu ne dois pas rester à la maison, tu dois de rendre à la l'hôpital de la mission catholique ou à l'hôpital de district de Bonassama* ».

Pour certains informateurs y compris les acteurs institutionnels ou administratifs, le traitement du choléra est perçu comme étant « simple » puisque consistant surtout à « *boire beaucoup d'eau pour faire face aux diarrhées* ». Comme le souligne un Sous-Prefet rencontré, « *pour le traitement même du choléra, je sais que c'est simple, mais je ne peux vous expliquer. Il y a de l'eau qui est le traitement. Le malade doit boire beaucoup d'eau parce que comme il vomit et fait la diarrhée, il faut remplacer* ». L'automédication est ainsi une pratique courante qui est rapidement initiée lorsque survient les premiers symptômes du choléra. Les malades et leurs proches ont tendance à d'abord vouloir se soigner par « soi-même » ou « eux-mêmes ». Ainsi, sans avis médical direct ou sans ordonnance, ils prennent des médicaments traditionnels ou modernes suite à leur autodiagnostic, qui mène à une autoprescription puis à une autonomie d'achat ou le recours à l'armoire à pharmacie familiale. Cette stratégie d'automédication suivant des cas qui ont été observés a été « active » ou « directe » chez certains anciens malades qui ont fait leur autodiagnostic et ont pris la première décision de se soigner eux-mêmes. Par contre, certains anciens malades ont souligné plutôt ayant été influencé par une automédication « passive » ou « indirecte » qui a été suggérée sous l'influence des proches ou des aidants. La prise en charge des cas de choléra en communauté est donc très influencée par le recours à des médicaments concoctés des plantes naturelles ou présents dans « l'armoire à pharmacie familiale ». Ces médicaments sont consommés de la propre initiative des patients avant la phase des recours aux structures de prise en charge adaptées.

- **De l'espace domestique à l'espace hospitalier**

Chez la plupart des malades et leurs proches, la trajectoire des soins est d'abord domestique ou communautaire. Les premiers symptômes sont ainsi combattus en mobilisant les recettes de l'ethno-thérapie familiale ou endogène. C'est donc lorsque les symptômes persistent

c'est-à-dire les diarrhées et les vomissements que l'urgence de s'orienter dans un centre de santé s'impose. Sur le terrain, l'on s'est préoccupé de savoir comment les malades sont pris en charge, une fois dans l'espace hospitalier. Un chef d'aire revient sur le processus de prise en charge tel qu'il est exécuté au CMA de Mvog-Betsi,

Quand le patient arrive, on l'accueille, on fait déjà un triage. Si le patient présente déjà un ou deux signes de la maladie on l'envoie directement en salle de soins. On lui donne déjà des solutés en fonction de l'état d'hydratation de la personne pour le remonter. Si la personne a une diarrhée légère, on commence d'abord à lui donner le SRE s'il n'est pas fatigué. S'il a une diarrhée moyenne ou sévère, pas d'antibiotiques, on met la Pev. Si on a confirmé on lui donne directement l'antibiotique. Si c'est un adulte on lui donne de la doxycycline et chez les enfants azithromicine. (Cheffe de l'aire du CMA de Mvog-Betsi).

Globalement, les acteurs hospitaliers insistent sur la réhydratation comme principale stratégie thérapeutique qui accompagne les antibiotiques et les mesures de WASH. La coordonnatrice du centre Nicolas Barre le réitère en des termes suivants : « *Il faut que le malade soit déshydraté [réhydraté]; c'est ce que nous faisons ici. On fait la déshydratation [réhydratation] oralin, soit on utilise aussi le soluté ou l'ATD* ». Parmi les différents traitements, le personnel de santé a évoqué notamment les antibiotiques tels que le Tétracycline, l'injection des solutés et la solution de réhydratation. Insistant sur l'approche des soins par hydratation, le PF PCI de l'HD de Nylon a fait observer :

Je vais dire, même lors de mes communications familiales et intracommunautaires, je leur dis toujours que le médicament du choléra c'est le remplissage, c'est l'eau. Donc, à chaque fois que vous avez une suspicion du choléra, ce qu'on vous met à l'hôpital ce sont les solutés qui sont les seuls médicaments et les solutions de réhydratation qui sont accompagnant de ces solutés avec quelques comprimés aussi. Je pense que c'est ça le principe de soulagement et de guérison pour les patients atteints du choléra¹⁰.

VI.2 Place positivement perçue de l'hôpital dans la prise en charge du choléra

D'après les données qualitatives de terrain, bien que les acteurs sociaux mobilisent certaines recettes thérapeutiques endogènes ou socio-familiales, l'hôpital est néanmoins perçu comme ayant une place centrale, dans la prise en charge du choléra. Les acteurs de terrain estiment qu'en matière de prise en charge du choléra l'hôpital est un lieu idéal du suivi et du traitement des patients ; il limite la propagation. A Yaoundé comme à Douala, des anciens malades de choléra ont davantage martelé cette perception positive de l'hôpital comme ayant joué un rôle majeur dans leur trajectoire et le recouvrement de leur santé. Quelques-uns ont laissé écouter :

C'est à l'hôpital qu'on nous a dépisté. Donc c'est là qu'ils ont découvert que c'était ça ils nous ont interné une fois et nous ont mis sur perfusion. On est sorti de là une fois étant déjà guéris. Et pour moi c'était le lieu idéal, pas

¹⁰ PF PCI HD Nylon

besoin des décoctions et tout là. C'est l'hôpital qui gère ce genre de cas »

(ancien malade CMA de Mvog-BETSI).

Un ancien malade affirme : *« s'il n'y avait pas l'hôpital c'est que tout le Cameroun a le choléra. Quand tu pars à l'hôpital, on te suit très bien et tu retrouves ta forme. C'est une maladie que moindre négligence ça prend tout le monde »*

Une personne du troisième âge relève : *« l'hôpital a joué un rôle central parce que c'est le lieu même où se fait le traitement. C'est à l'hôpital que se fait la prise en charge même. Hors de l'hôpital, il n'y a plus un autre endroit. Ce sont les personnels de santé qui sont les mieux outillés pour soigner les patients du choléra »* (entretien avec une personne âgée, Douala) et un ancien malade de choléra de renchérir : *« quand on parle du choléra, l'hôpital est incontournable. Ce n'est pas une maladie comme les autres »* (ancien malade, Douala).

L'hôpital est donc globalement perçu par la majorité d'informateurs comme étant l'espace par excellence et incontournable où les soins de santé sont administrés aux personnes victimes du choléra. Divers acteurs rencontrés estiment que c'est à l'hôpital que la probabilité de retrouver la santé est grande ; ils soutiennent qu'au niveau des FOSA, le personnel dispose du matériel adéquat et approprié pour sauver les malades atteints du choléra. C'est aussi à l'hôpital que la connaissance sur la maladie semble mieux élaborée. Pour bien d'informateurs, l'hôpital est un espace de soins sûr. Le choléra est une maladie bien connue et dont le protocole thérapeutique est connu et maîtrisé par les sciences biomédicales. Dès lors, on comprend pourquoi diverses familles fréquentent cet espace de soins en premier lieu pour avoir un « *diagnostic* » clair et une thérapeutique conséquente. En effet, contrairement à d'autres pathologies rares et complexes en matière de diagnostic, le choléra entraîne moins à l'hôpital une situation d'impasse et d'errance diagnostique. A l'hôpital, il n'y a pas de sorte de chronicité de la maladie choléra qui la rendrait « *mystérieuse* » et inguérissable. Les cas de décès sont davantage liés au recours tardif des FOSA ou au transfert tardif vers les centres de prise en charge spécialisés.

VI.4 Place perçue de la famille dans la prise en charge du choléra

Si l'hôpital est perçu par divers informateurs comme étant un cadre idéal pour la prise en charge du choléra, il faut souligner que les données de terrain rapportent aussi que la famille en qualité d'aidant au malade, occupe une place centrale dans la prise en charge des malades. Selon les acteurs rencontrés sur le terrain, la famille apporte du soutien moral et financier au malade. La place de la famille dans la PEC du choléra est positivement perçue. La famille est vue comme accompagnant et responsable des premiers soins. Une fois que les premiers symptômes se signalent, c'est la famille qui accompagne généralement le malade dans une FOSA et avant cela, elle fait les gestes de premiers secours comme la réhydratation du patient ou l'administration des premières potions de l'ethno-thérapie. *« C'est la famille qui administre les premiers soins comme par exemple l'eau salée avant d'amener le patient à l'hôpital »*, affirme le chef des blocs 9 et 10 du quartier Kouba à Douala. La place de la famille se fait aussi ressentir dans la PEC à travers le paiement des factures (actes médicaux, frais de soins et d'examen). *« C'est la famille qui paie les factures, c'est elle qui est constamment proche du malade pour le remonter, c'est également elle qui apporte à manger au malade* (entretien avec une vendeuse de nourriture).

Ainsi, le rôle de la famille est fondamental :D « *La famille apporte un appui psychologique au malade et ne doit pas l'abandonner à l'hôpital et partir. Quand tu es proche de ton malade, ça lui donne la force. S'il est abandonné à lui-même il peut mourir avant le temps. Comme le choléra est une maladie qui tue vite, si tu n'es pas là pour lui rappelle de boire l'eau il va mourir* » (Garde malade). Bien plus, « *La place de la famille est primordiale, parce que le soutien moral et l'assistance maladie et financière c'est la famille* » (un Sous-préfet).

Ce rôle positif perçu et joué par les familles n'est pas absolu à cause aussi des stigmates qu'entraîne la maladie choléra. Perçue comme une maladie de la honte et de la saleté, certaines familles qui enregistrent des cas déclarés, se réservent de visiter le malade hospitalisé et préfèrent des soutiens à distance. Un ancien malade rencontré par exemple dans l'aire de santé du CMA de Mvog-Betsi se rappelle « *la famille, bon, à part quelques réactions financières mais physiquement non. Honnêtement parlant, ils avaient peur, ils ne se sont pas approchés physiquement. Ils géraient à distance financièrement* » (ancien malade CMA de Mvog-Betsi). Des cas de malades abandonnés et stigmatisés par les familles jusqu'à leurs décès ont été notés sur le terrain. D'après un Point Focal de la surveillance épidémiologie :

On a eu des cas qui ont été abandonnés par leur famille dans les FOSA jusqu'à leur mort et pour venir récupérer le corps c'était un problème. Ce fut le cas d'un monsieur qui a eu le choléra et s'est fait accompagner à l'hôpital par son voisin. Il a été abandonné et aucun membre de sa famille n'est passé à la FOSA jusqu'à ce qu'il meurt. On appelle la concubine du monsieur mais la famille de la fille refuse qu'elle vienne parce qu'ils ne veulent pas exposer leur fille. Même à l'enterrement de son mari cette fille n'est pas partie.

Les perceptions socialement construites autour du choléra comme étant une maladie de la honte et de la saleté influencent ainsi fortement les attitudes et les parcours thérapeutiques. Ces stigmates socialement développés limitent aussi les interventions ou actions de lutte en communautés dans la mesure où la famille est cet acteur majeur qui doit pouvoir coopérer avec la FOSA en ce qui concerne la désinfection de la maison du malade ; c'est elle qui doit aussi accompagner moralement et socialement les malades durant leur traitement tout en respectant les mesures barrières.

VI.5 Place négativement perçue de la communauté dans la prise en charge du choléra

Les données de terrain montrent que la communauté joue un rôle négatif dans la prise en charge des malades du choléra. Pour les acteurs rencontrés sur le terrain, le malade du choléra est stigmatisé au sein de la communauté. Pour divers informateurs, le malade du choléra est mal perçu au sein de la communauté, et même après la guérison, il est accepté difficilement au sein de la communauté. Comme le souligne l'un des Sous-Préfets rencontrés à Yaoundé, « *la communauté ne joue pas un grand rôle parce que, même quand on dit que voilà un cas choléra, tout le monde le fuit. Il y a trop de stigmatisation. Chacun a peur de se contaminer. C'est un peu ça* ». A la suite de l'autorité administrative, un commerçant fait observer : « *la communauté ne fait rien du tout pour ce qui est de la prise en charge. C'est chaque famille qui se bat à son petit niveau à sauver la vie de son malade* » (entretien avec un vendeur d'eau glacée). Un Chef

de Bloc 3 à Douala, faisant un rappel à l'ordre de la communauté, a laissé observer son regret de voir la communauté rejeter les malades de choléra. Il a soutenu : « *la communauté doit cesser de le rejeter ! Une fois guéri du choléra, elle doit l'accepter et vivre avec lui comme auparavant* ».

En matière d'engagement communautaire, les communautés ne semblent pas être véritablement au cœur de la lutte contre le choléra. Les informateurs de terrain montrent plutôt que certains membres de la communauté considérés comme pouvant influencer positivement la prise en charge du choléra, développent des aspects négatifs comme le langage du déni de la maladie qui peut induire les populations à prendre du recul vis-à-vis des mesures barrières. Pour le PF PCI de l'HD de Nylon, il existe sur le terrain communautaire, des opposants passifs qui comprennent certes la maladie mais n'encouragent pas une adhésion effective aux campagnes de sensibilisation ou de lutte contre la maladie. A propos de ces acteurs résistants ou opposants passifs, le point focal fait observer :

Nous avons, en terme de sensibilisation sur la participation communautaire, nous avons des récepteurs actifs et de récepteurs actifs et passifs, nous avons aussi des récepteurs qui à chaque fois prennent aussi du recul. On les appelle souvent les opposants passifs parce qu'ils comprennent bien la maladie, mais tout ce que tu racontes et qui concerne cette maladie, il est dans son cœur, il dit ah-ka, celui-ci, qu'est-ce qu'il raconte... Pour l'opposant passif, il est là et dit qu'il ne fait rien pour cette maladie. Ce sont ces derniers qui amènent souvent les autres à prendre le recul vis-à-vis des mesures barrières»¹¹.

VI.6 Logiques de choix des trajectoires et espaces thérapeutiques des malades du choléra

Dans les villes de Yaoundé et de Douala, il est observé en temps ordinaire une grande massification du recours aux thérapies alternatives. Les médecines parallèles y ont pignon sur rue avec un foisonnement documenté des soignants informels qui bricolent les offres de soins afin de permettre aux populations pauvres de «rester debout». Ces soignants informels et de proximité influencent les itinéraires thérapeutiques de nombreux patients qui, avant d'atteindre les FOSA, y ont passé quelques heures ou jours de tentatives de prise en charge. Plusieurs malades y vont d'abord l'écoute, les conseils, une relation satisfaisante... Bien l'apparition des premiers symptômes du choléra soient assez violents avec des diarrhées liquides et rapprochées, certains malades loin d'emprunter prioritairement l'itinéraire de l'hôpital, sont passés par une séquence de demandes de soins s'adressant à des proches qui, eux-mêmes, n'étaient pas des soignants qualifiés. C'est auprès de ces premiers experts profanes que leur « itinéraire thérapeutique » a été souvent réorienté ou réadapté. La trajectoire thérapeutique, même en situation d'extrême urgence, est souvent orientée par plusieurs facteurs tels que la croyance étiologique de la maladie, le pouvoir économique d'un membre de la famille, l'organisation familiale, le réseau relationnel, etc. Bien souvent, « *la trajectoire thérapeutique suivie peut n'être pas celle voulue par le malade mais celle choisie par son réseau relationnel* »¹² compris ici comme la famille, les amis, le voisinage etc. Ces acteurs « *décident* » bien souvent du moment et du lieu où la personne malade doit chercher de l'aide. Les moyens financiers

¹¹ PF PCI HD Nylon

¹² Ibid. P.19

comptent aussi pour beaucoup dans la définition de l'itinéraire thérapeutique. Celui-ci n'est pas toujours une décision prise individuellement surtout lorsque la personne malade est un individu dépendant.

Lorsque l'automédication est adoptée face à des symptômes banalisés et considérés comme gérables, le malade associe les traitements possibles, remèdes traditionnels et ceux dits conventionnels. Ce n'est que lorsque la maladie devient « *rebelle* » malgré le traitement pris au début que le malade et les proches vont prendre un autre itinéraire selon ce qu'il croit être à l'origine de la maladie ou selon les recommandations du réseau relationnel. La trajectoire thérapeutique n'est généralement pas constante mais plutôt dynamique car *c'est l'étiologie qui détermine le système ou l'agent auquel on doit s'adresser. Quand on pense que l'étiologie d'une maladie est d'ordre surnaturel (génie, mauvais œil, sorcellerie), on s'adresse à la médecine traditionnelle. Lorsqu'on change d'avis (si la guérison n'intervient pas), et si l'on pense alors que cette même maladie a pour origine une cause naturelle, on s'adresse aux médecins. Mais ceci n'exclut pas un retour à la médecine traditionnelle, si l'on estime, à nouveau, que l'origine est d'ordre invisible, et ainsi de suite. C'est donc le changement de l'étiologie de la maladie, formulé par le malade ou par son entourage au vu des résultats de la thérapie en cours, qui structure le pluralisme médical.*¹³

Dans le cadre d'une étude sur le comportement de recours aux soins et aux médicaments des ménages, menée au Cameroun par Commeyras et al (2006), il en était déjà ressorti qu'ici, les itinéraires thérapeutiques sont très erratiques, signant une indécision dans les comportements, une certaine inefficacité de l'offre de soins et/ou une incapacité à poursuivre un type de recours¹⁴. Diverses études ont documenté les itinéraires thérapeutiques en montrant notamment qu'en contexte camerounais, le recours aux formations sanitaires en première intention est très faible, surtout du fait du manque d'argent. Au premier recours, faute d'avoir de bonnes connaissances sur la gratuité officielle du traitement contre le choléra, les indigents utilisent moins les centres de santé que les non indigents et, l'automédication moderne et traditionnelle sont les recours les plus utilisés par la majorité. Mais, globalement, il faut aussi noter les pesanteurs liées aux croyances et perceptions sociales de la maladie. Le choléra reste perçu dans l'imaginaire social comme étant une maladie de la pauvreté, une maladie de la saleté, une maladie de la promiscuité et de la honte. Ces stigmates influencent les attitudes de recours thérapeutiques auprès des FOSA. Les victimes, voulant échapper au regard public, empruntent d'abord le chemin des soins relevant de l'automédication ou de l'informel. Des croyances religieuses ont été aussi observées comme raison influençant le refus de fréquenter les FOSA chez certains malades disent compter sur la prière pour obtenir une guérison auprès du Seigneur. C'est le lieu d'évoquer des cas certes isolés des personnes qui, dominées par des logiques religieuses rigides ont rompu avec les soins biomédicaux et toute fréquentation des espaces hospitaliers. Même en contexte de lutte contre le choléra, ces acteurs sont nombreux à soutenir que « *les enfants de Dieu ne sont pas nés pour peiner éternellement parce que le Christ en mourant sur la croix a libéré l'homme de toute souffrance* ». Pour ces acteurs, « *tout est grâce et personne ne peut questionner la volonté de Dieu* ». Influencés par leurs convictions

¹³ SAADIA RADII, 1996, Les maux entre Dieu, les génies et les hommes. In Benoist Jean (dir), Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical p.168

¹⁴ Commeyras C et al, Comportement de recours aux soins et aux médicaments au Cameroun, *Cahiers Santé*, 2006, vol. 16, n° 1 : 1-12.

religieuses, ces acteurs restent convaincus « *les enfants de Dieu ne sont pas orphelins, ils ont un père bienveillant et il suffit juste de faire appel à lui avec foi et il interviendra* ». La vie et la santé sont ainsi perçues comme relevant d'une « providence divine ». Les messages de lutte contre le choléra sont aussi butés à ces logiques de la nouvelle évangélisation dont les leaders montrent aux adeptes que « rien dans la maladie n'est normal et qu'à l'hôpital aucune solution ne peut être trouvée ».

Néanmoins, il est aussi apparu chez les informateurs que l'urgence et la dangerosité du choléra sont bien connues. Le personnel de santé a par exemple souligné que le caractère dangereux, contagieux et mortel du choléra oblige souvent certains patients à se diriger immédiatement dans une FOSA pour une prise en charge immédiate et appropriée. Lorsqu'il survient, l'étape première de l'itinéraire thérapeutique chez certaines personnes avisées est donc prioritairement l'hôpital qui a une excellente maîtrise des stratégies thérapeutiques et de prise en charge. Au CMA de Mvog-Betsi, le chef de l'aire de santé s'est par exemple félicité du succès thérapeutique que le CMA a pu enregistrer pour les 36 cas enregistrés : « *le traitement c'est pour tuer le vibrion cholérique afin que le malade retrouve la santé, on a eu 36 cas et aucun décès. Tous sont rentrés chez eux en santé* ».

L'analyse des trajectoires ou itinéraires thérapeutiques des malades du choléra est en effet toute aussi complexe. Les malades et leurs proches sont tout à fait aussi influencés par les croyances ou représentations sociales de la maladie. Bien qu'admettant au plan biomédical que le malade souffre du choléra, cela n'exclut pas des pesanteurs et logiques socioculturelles qui structurent les causes cachées, lointaines ou imaginaires de la maladie. Pour certains informateurs, l'hôpital a été cité plutôt comme le dernier recours de la prise en charge de choléra. Cette catégorie de personnes est davantage celle des personnes ayant été prises dans la spirale des pesanteurs liées aux croyances étiologiques ou aux facteurs socioculturels. Avant de s'orienter vers l'hôpital, ces personnes se sont tournées vers d'autres espaces thérapeutiques qui leur rapprochaient de leurs croyances étiologiques de la maladie. Parfois, elles ont perçu les vomissements et diarrhées comme des situations de détresse mystiques, perpétrées par une force maléfique qu'il fallait exorciser ou combattre en rétablissant urgemment des liens sociaux, culturels et spirituels rompus dont la maladie ne serait qu'une conséquence.

SECTION VII : PERCEPTIONS DES CORPS ET DES MORTS DU CHOLERA

VII.1 Connaissances des populations sur l'existence des victimes ou corps du choléra

- Niveau de connaissances sur l'existence des victimes du choléra

Dans les différents sites d'enquête de terrain, les populations, pour certaines, ont manifesté une connaissance avérée sur l'existence des victimes de choléra et même des cas connus.

Dans la ville de Yaoundé, notamment dans le DS de Biyem-Assi par exemple, un vendeur de médicament de rue n'a pas hésité de souligner la grande flambée des cas qu'a connu le marché acacias. *« Moi je vis à acacias (DS de Biyem-Assi) et là-bas au marché-même, on a enregistré six cas de choléra. A un moment on a même fermé le marché parce qu'il y'avait le choléra là-bas. »*. A Elig-Effa 4, le chef de Bloc est tout aussi revenu sur les quatre décès enregistrés au sein de sa communauté : *« on a eu quatre cas de décès dans notre communauté sur 10 cas enregistrés »*.

Dans la ville de Douala, divers informateurs sont revenus sur l'expérience antérieure de la maladie pour souligner qu'ils connaissent dans leur entourage des personnes qui ont été victimes du choléra. Cette expérience est évoquée généralement comme n'ayant pas été facile car marquée par un passage dans un centre de traitement et l'adhésion au protocole de prise en charge. Divers enquêtés gardent un mauvais souvenir eu égard aux conséquences néfastes de cette pandémie sur leur proche. *« Je sais déjà que c'est une très mauvaise maladie...En 2003...2004, l'épidémie du choléra, ma maman a eu ça. On l'a envoyé à Laquintinie, voilà, Dieu merci, elle s'était battue, c'était ma première fois de vraiment vivre cette maladie. Alors j'ai un mauvais souvenir de ça. »* (Propos recueillis auprès d'une technicienne de morgue, HD New-Bell). Par ailleurs, plusieurs informateurs évoquent l'expérience actuelle de la maladie choléra surtout en évoquant les médias qui en parlent en évoquant les victimes ainsi que les localités déjà touchées par la pandémie au Cameroun.

- Absence de connaissances sur l'existence des victimes du choléra

Divers anciens malades du choléra et des aidants ont été rencontrés sur le terrain. Ils ont eu à faire une expérience directe ou indirecte avec la maladie. En dehors de ces personnes ayant fait l'expérience du choléra d'un proche, de lui-même ou d'un patient, beaucoup d'autres membres des communautés ont eu du mal à s'exprimer sur cette question rapportant leurs connaissances sur les victimes ou corps morts de choléra. Ces populations n'ont pas toujours de parfaites connaissances sur l'existence des victimes ou corps morts du choléra. Sachant que la prise en charge et la gestion des dépouilles de choléra relèvent de la stricte intimité du personnel soignant ou paramédical et des membres de la famille, les informations sur les cas ne sont pas toujours vulgarisées. Il conviendrait aussi de noter que le choléra est jusqu'ici, perçu aussi comme une maladie stigmatisante, cachée et relevant d'une souillure ou d'une insalubrité. En dehors des espaces hospitaliers spécialisés où on connaît les pavillons des malades cholériques, en communautés l'information est plutôt dissimulée. Un moto-taximan affirme à cet effet : *« Ce n'est que à l'hôpital. Au quartier c'est compliqué. Moi personnellement je ne connais pas les gens qui ont eu ça. On entend seulement qu'il y a les cas, mais on n'a jamais*

vu quelqu'un qui a cette maladie ». Une vendeuse de fruit renchérit : « *Même si quelqu'un a eu le choléra il ne va pas te dire. Entre nous-là, je ne connais personne ayant eu le choléra* ». « *Je n'ai pas encore eu de voisin qui parle de ça, ou qui a eu. Même dans ma famille personne n'a encore eu le choléra.* » (Elève, DS-New-Bell) ; « *Non, je n'ai pas de connaissances. Mais je sais que le choléra a frappé la ville de Yaoundé et Ebolowa et aussi un peu à Douala, mais pas à mes environs quand même. Je n'ai aucune idée par rapport à mon entourage* » (vendeuse de tourne dos, DS-Cité des Palmiers).

- **Connaissances sur l'existence des corps du choléra**

A l'issu des entretiens de terrain, les enquêtés qui possèdent des connaissances sur les corps du choléra ont un lien filial avec ceux-ci. Il s'agit ici des membres de la famille proche tels que le père, la mère, le fils, les frères ou sœurs du défunt ou le représentant de la famille. En effet, lorsqu'un proche décède du choléra, compte tenu des mesures de sécurité sanitaire et de protection sociale, la famille n'a pas le privilège d'organiser les funérailles, d'informer, d'inviter les amis et autres membres de la communauté pour pleurer le mort. En raison des mesures de prescriptions d'inhumation immédiate des corps malades du choléra, c'est davantage les thanatopracteurs et les personnels de santé qui sont impliqués dans la lutte contre la maladie qui possèdent des informations sur le processus de disposition des personnes décédées à la suite du choléra. La gestion des dépouilles étant sécurisée, la famille proche entre en contact avec le corps davantage au moment de la préparation mortuaire où quelques membres sont invités à identifier leur proche avant que le cercueil ne soit scellé ou zingué. Comme le souligne le major de la morgue de l'HD de Deido, «*quand il y a quelques membres de la famille du défunt du choléra, on donne l'accès à un membre de la famille qui rentre dans la morgue juste identifier le corps que l'on veut zinguer*».

VII.2 Attitudes exprimées par les populations si une personne de leur entourage se trouvait atteinte de choléra

Les avis des populations sont mitigés si jamais une personne de leur entourage était victime du choléra. Ils laissent constater chez certains qu'ils prendraient la «fuite» ; d'autres disent qu'ils s'éloigneraient du malade. Les plus avertis soutiennent qu'ils prendront la décision de conduire le proche malade vers la formation sanitaire. Il se dégage de fait le stigmate que revêt cette maladie taxé de maladie de la saleté et de la honte par des acteurs sociaux rencontrés. Dans la région du Littoral, les attitudes des populations oscillent entre l'évitement, la honte/peur d'être stigmatisé et l'acceptation de la maladie.

- **De l'évitement exprimé et justifié par la dangerosité de la maladie**

« *Une personne atteinte de choléra est à éviter* ». En effet le caractère de « *maladie de la saleté* », « *maladie dangereuse* », « *maladie qui tue* » que lui confèrent les enquêtés suscite une attitude de méfiance envers les personnes atteintes de choléra. L'évitement exprimé émerge de la peur de contracter la maladie. « *Je ne fréquenterai ou visiterai jamais une personne atteinte du choléra de peur d'être contaminé* » (une personne âgée, DS de la Cité des Palmiers). « *Le choléra a beaucoup tué, ça tue au fur et à mesure* » (vendeur d'eau glacé DS de Cité des Palmiers) ; « *le choléra est une maladie qui tue silencieusement et rapidement.* » (Leader religieux, DS Bonassama).

- De la honte/peur d'être stigmatisé

La honte exprimée par les informateurs tire son origine des perceptions du choléra qui sont associées à l'insalubrité, à la saleté, à la pauvreté, à la misère, à la grisaille. Le point focal WASH du DS de Deido souligne que cette stigmatisation liée aux cas de choléra est encore plus constatée lorsqu'il faut se rendre en communauté pour désinfecter une concession où il y a eu un malade ou un décès choléra. Cela fait l'objet de nombreuses railleries. Il fait observer : « *Dans un quartier quand on vient désinfecter ta concession, et tout et tout, parce qu'il y a eu des cas de choléra chez toi...on ne le dit pas, mais la personne se sent stigmatisée. Il se sent un peu gêné. C'est ce que moi j'ai remarqué dans mes travaux en tant que point focal WASH* ». Pour le COSADI du DS de Bonassama, « *généralement en communauté surtout, on fait beaucoup d'amalgames sur la maladie. Certains pensent que c'est la maladie de la saleté, d'autres pensent que c'est la maladie des gens qui sont pauvres pourtant il n'en est rien. C'est une maladie comme une autre qui peut attraper tout le monde* ». L'un des PF de surveillance épidémiologique a davantage évoqué la question des corps stigmatisés et abandonnés :

On a eu des cas qui ont été abandonné par leur famille dans les FOSA jusqu'à leur mort et pour venir récupérer le corps c'était un problème. Ce fut le cas d'un monsieur qui a eu le choléra et s'est fait accompagner à l'hôpital par son voisin. Il a été abandonné et aucun membre de sa famille n'est passé à la FOSA jusqu'à ce qu'il meurt. On appelle la concubine du monsieur mais la famille de la fille refuse qu'elle vienne parce qu'ils ne veulent pas exposer leur fille. Même à l'enterrement de son mari cette fille n'est pas partie.

Ce déni de la maladie en communauté est davantage souligné par le chef Bureau santé du DS de la Cité des Palmiers qui fait constater : « *la réticence c'est au niveau de l'acceptation de la maladie proprement dit. Beaucoup de gens dans la communauté n'accepte pas la maladie. Il faut d'abord accepter avant d'aller au centre de traitement.* »

- De l'acceptation de la maladie

Plusieurs informateurs, loin d'exprimer une attitude d'agressivité ou de rejet vis-à-vis d'un malade de choléra, soutiennent être prêts à accepter la maladie et à accompagner la personne atteinte dans la formation sanitaire. Pour les enquêtés qui évoquent cette attitude, le malade doit être sauvé sans tarder dès que les premiers symptômes sont observés. C'est une maladie certes dangereuse, mais qui peut être soignée à l'hôpital. Quelques informateurs disant être prêts à accepter la maladie ont soutenu : « *Si quelqu'un de chez moi a le choléra c'est hôpital directement. Je ne vais pas réfléchir deux fois parce que façon ça tue là, non, je ne veux pas perdre un membre de ma famille à cause de ça* » (vendeuse de boisson). « *Si je constate un cas à côté de moi, je vais l'amener à l'hôpital parce que je ne connais pas comment on traite ça. Si tu blagues même tu peux porter ta part* » (entretien avec un étudiant).

Il convient de souligner que les informateurs qui ont manifesté une relative acceptation de la maladie ont aussi une assez bonne connaissance de la maladie. Ils ont été sensibilisés à travers les campagnes d'éducation de masse ou les médias. Une vendeuse ambulante de nourriture a par exemple soutenu : « *comme on a parlé ici au marché l'autre jour, si je vois que quelqu'un fait la diarrhée à côté de moi, je vais lui dire d'aller à l'hôpital. Si c'est un membre*

de la famille, je vais le conduire directement à l'hôpital parce que si je blague moi-même je serai contaminé ou bien perdre ma personne parce que ça tue vite ».

VII.3 Perceptions des populations des mesures nécessaires à prendre pour les personnes malades de choléra

Chez les informateurs de terrain, les mesures à prendre pour les personnes malades de choléra sont également fonction du degré de leurs connaissances sur les causes, les manifestations de la maladie ou encore leurs connaissances des mesures médicales. Il se dégage des données collectées que les perceptions et constructions sociales de cette maladie influencent nécessairement le comportement des acteurs en situation. Bien plus, les populations rencontrées et informées sur le choléra ont une perception positive des mesures nécessaires à prendre pour les personnes malades du choléra. Elles estiment que les cas choléra doivent être isolés loin de la population afin d'éviter la propagation. Au regard des données collectées, les mesures nécessaires à prendre pour les personnes malades de choléra sont également en lien avec les perceptions de la maladie. Elles intègrent un isolement social et un isolement sanitaire.

- De l'isolement social

Certains informateurs ont pu marteler : *«Le choléra étant une maladie contagieuse, tout malade doit être isolé, ou encore mis en quarantaine»*. L'isolement social ici se manifeste par l'interdiction des interactions du malade avec les membres de la famille pour éviter la propagation de la maladie.

- De l'isolement sanitaire

Ici, les acteurs ont évoqué la mise en quarantaine qui serait effectuée dans les FOSA à travers l'attribution d'un personnel, de bâtiments, de lits, de matériels et d'intrants spécifiquement dédiés aux malades. Dans la région du Littoral, des structures ont par exemple été sélectionnées comme centres de prise en charge notamment l'hôpital Laquintinie. Dans la ville de Yaoundé, c'est aussi le cas de l'hôpital de Djoungolo. Les acteurs sont globalement unanimes sur les principes de quarantaine : *« On doit mettre les personnes malades du choléra en quarantaine jusqu'à la guérison de peur qu'elle propage la maladie au quartier »* (vendeur de médicament, DS Cité des palmiers). *«Je trouve que c'est normal que les mesures de distanciation et d'isolement de la personne malade soit faites ; c'est bien puisque ça limite considérablement le risque de contamination »* (étudiante, Yaoundé).

VII.4 Perceptions des rapports aux morts et des mesures nécessaires à prendre pour les personnes décédées de choléra

Les représentations sociales sur les corps morts des personnes décédées de choléra varient en fonction du degré d'implication des acteurs. Dans l'imaginaire social, le corps est « sacré » et mérite pour le Bantou du respect quel que soit la nature de la mort. Les corps du choléra doivent être urgemment enterrés et ne donnent pas une possibilité aux communautés d'organiser toutes les étapes des pratiques et rites funéraires. Traiter aussi rapidement comme une « chose » le corps d'un mort de choléra est perçu par les acteurs sociaux impliqués et proches du défunt comme un manque de considération, une chosification de celui qui a été un père, une mère, un conjoint ou un frère ou une sœur, etc. La nature certes critique, malpropre et même tragique du

mort de choléra n'exempte pas chez les populations la volonté de lui rendre des hommages dus à son rang ou statut. Les accrochages réguliers entre les autorités sanitaires (personnels du district de santé, personnels médicaux, thanatopracteurs, etc.) et les familles des défunts de choléra rendent compte de cet antagonisme au niveau des représentations sociales construites autour desdits corps : si pour les autorités sanitaires, la menace de contagion de choléra s'amplifie avec le décès du malade, pour les familles, la personne décédée « meurt avec sa maladie ». Il y a donc une difficulté de compréhension des acteurs communautaires qui n'admettent pas le vibrion cholérique serait encore vivant chez le défunt. De façon générale, les perceptions des membres de la communauté s'opposent à celles des personnels de santé.

- **Perceptions des membres de la communauté**

Les personnes décédées de choléra ont, d'après plusieurs informateurs, droit à un enterrement « digne ». Les enquêtés ont une mauvaise perception de la « confiscation » des corps de choléra par les FOSA. La majorité des informateurs sollicitent organiser en faveur de leurs morts un enterrement « digne », avec des rituels adaptés à leurs us et coutumes. Les considérations culturelles s'opposent ici aux considérations sanitaires qui interdisent la manipulation des corps morts du choléra. Le fait que la dépouille soit dans un cercueil zingué et ne soit pas remise à la famille à des fins rituelles, occasionne très souvent des conflits.

- **Perceptions des personnels sanitaires**

Au plan médical, le respect des considérations sanitaires est bien connu : les corps des personnes mortes du choléra sont remis à la famille dans un cercueil scellé ou zingué. En effet, la manipulation des corps morts par des personnes autres que les personnels de santé est interdite. Il y a un protocole à suivre qui va de la mise en bière à l'enterrement proprement dit. Ce protocole inclut la préparation du corps par l'obstruction des orifices, la désinfection par le chlore de la dépouille et du cercueil, l'accompagnement de la famille par les autorités locales (police, mairie, etc.) au cimetière. Ce canevas doit être respecté scrupuleusement. Comme le souligne le Major de la morgue de l'HD de Deido :

« Dès qu'on nous appelle, il y a un canevas... La première des choses, on verse le chlore sur le corps, on bouche toutes les voies par un coton imbibé de chlore, donc on occurence l'anus, la bouche, le nez, les oreilles, toutes les voies qui peuvent émettre ce liquide. On met le corps dans la housse...Tous ces corps doivent passer par l'inhumation, l'inhumation qui est diligentée soit par le District soit par les responsables sur place...Quand on a creusé la tombe et qu'on nous donne le cercueil, on vérifie qu'il y a un zinc, donc la tôle pour ne pas laisser échapper les liquides...Avant d'acheminer on verse encore le corps sur le cercueil avant de le mettre dans le corbillard de circonstance... La bagarre de ça ici ! Que vous partez enterré le corps de quelqu'un... Je suis celle qu'on doit abattre en route ! Mais tout compte fait, on leur explique, il y a des familles qui comprennent et qui coopèrent, mais il y a des familles surtout quand le membre appartient peut être à une chefferie bamiléké entre guillemets, il est notable...parce que c'est des gens que l'on ne devrait pas inhumées à l'extérieur... tout compte fait la police intervient, le district aussi,,, on leur dit

d'attendre 3 ans quelque chose comme ça pour exhumer. C'est les Injures, c'est les menaces de mort...je ne me plie pas à ça ! » Major Morgue HD de Deido.

Le respect des façons d'inhumer et d'enterrer : selon une autre perspective, du point de vue des personnels de santé, il est important que le protocole d'inhumation et d'enterrement prévu tienne compte de la manière dont les obsèques sont organisées en contexte africain. Les corps décédés sont par exemple rapatriés et enterrés dans leurs terres d'origine. A cet effet, un dispositif d'accompagnement qui inclut des personnels de santé spécialisés peut être mis sur pied afin de faciliter l'intégration des considérations culturelles dans la disposition des corps du choléra. Comme le souligne le Chef Bureau Santé de l'hôpital de la cité des palmiers,

Les personnes décédées de choléra au niveau des normes, il y a un petit souci qui se pose au niveau de la famille parce que ça ne laisse pas enterrer le corps comme la tradition africaine se doit. Je me dis qu'on devait encore organiser pour transporter ce corps, on essaye d'accompagner la famille aller enterrer leurs corps...accompagner et surveiller chaque corps par le personnel spécial, par le personnel technique de santé. Si le gars vit à Douala et qu'il décède à Douala et qu'on devait l'enterrer à l'Ouest par exemple, le personnel de santé doit prendre les mesures nécessaires, aller à l'Ouest, inhumer avant de rentrer, que de causer encore des problèmes psychologiques dans les familles des malades.

La question des perceptions sociales relatives aux corps morts des suites de choléra se heurte à la conception globale du sacré que représente le corps mort en Afrique et au Cameroun. Les familles ayant fait les frais de la confiscation par les autorités sanitaires, de « leur » corps ne comprennent pas toujours la justification médicale de cette pratique. Les exigences sécuritaires s'opposent aux impératifs funéraires au plan socio-culturel. Les communautés n'acceptent toujours pas que leurs morts soient enterrés ailleurs que dans leurs villages d'origine. Elles n'ont pas peur de leurs morts même lorsqu'il s'agit d'un cas de choléra. La relation entre les vivants et les proches décédés se construit et se consolide généralement autour des pratiques funéraires. Le choléra impose cependant une distanciation qui entraîne chez les populations une mauvaise perception du bien-fondé de l'enterrement dit sécurisé même s'il vise à protéger les personnels de santé et les familles contre toute contamination. Pour les familles, mourir du choléra avec un corps confisqué est perçu comme « mourir sans ses proches » ; «mourir sans bénéficier des rituels», «mourir isolé», etc.

Les perceptions des acteurs laissent observer une nécessité d'humaniser le traitement des corps du choléra. Ici, humaniser dans son sens le plus simple, c'est rendre bon, humain et civilisé. Humaniser, c'est aussi traiter avec dignité et respect. L'humanisation d'un corps consiste donc à respecter la dépouille dans toutes ses dimensions physique, mais aussi sociale et culturelle. Dans le cadre de la lutte contre le choléra, l'Etat du Cameroun a édicté un certain nombre de mesures, au nombre desquelles celles relatives au traitement des « corps ». On peut parmi ces mesures celles liées à l'interdiction formelle des transports des corps choléra vers les villages d'origine des décédés. Selon les autorités, cette mesure vise à protéger les proches du défunt pendant le voyage ; l'interdiction de l'exposition des cadavres ; l'interdiction de la manipulation des cadavres (toilettes, ordalies, autopsie rituelle). Il est communément partagé

que les cadavres des personnes décédées du choléra sont dangereux. Généralement, on pense que ce sont des corps à forte contagiosité. Par ailleurs, les sanies et les exhalaisons ou effluves qui se dégageraient du cadavre pendant la manipulation (toilette mortuaires, autopsie rituelle, interrogatoire du cadavre, ou tout autre contact avec le mort) sont susceptibles de se propager dans l'air et de contaminer le groupe. Pour endiguer la propagation du virus et mieux assurer la santé des populations, les autorités camerounaises ont donc décidé d'interdire toute manipulation des cadavres de choléra, non seulement en interdisant aux familles d'avoir un accès de proximité au corps des décédés, mais aussi en refusant toute pratique des autopsies rituelles très vivace dans certaines régions du pays.

VII.5 Perceptions sociales des rapports à l'hygiène en communauté

En communauté, les perceptions sociales par rapport à l'hygiène se structurent autour des objectifs qui ne visent pas toujours pas à éviter prioritairement le choléra. Les populations observées indiquent manifestement respecter les mesures d'hygiène comme laver les mains après l'utilisation des toilettes, vider les poubelles aux endroits indiqués, laver les toilettes régulièrement, etc. Pour divers acteurs, *«les règles d'hygiène représentent les règles de santé prioritaires. L'hygiène est la première barrière contre l'exposition à un certain nombre de maladies. Avec une bonne hygiène on peut déjà diminuer les risques de maladie à près de 80%.»* (Propos recueillis auprès d'une personne âgée, DS de la Cité des Palmiers). Pour un Leader religieux du DS de Bonassama, *« les règles d'hygiène représentent une norme de vie dans laquelle nous devons vivre pour être à l'abri des maladies. Donc vivre dans un milieu sain et propre. »*. Pourtant à l'observation directe des latrines de divers ménages visités, on peut constater de nombreuses contradictions en matière de WASH. Dans certains camps regroupant plusieurs ménages, certaines populations partageant des lieux communs (cours, latrines, etc.) s'organisent pour assurer l'hygiène des milieux (calendrier de lavage des toilettes). Mais on peut retenir de manière générale que ces actions ne visent pas toujours la lutte contre le choléra, quoique pour les personnes ayant fait l'expérience de la maladie, ce travail communautaire devrait être un impératif.

Il faut aussi relever que les perceptions sociales des rapports à l'hygiène en communauté depuis la fin de la pandémie de COVID-19 qui imposait le respect des mesures barrières édictées par le Gouvernement font l'objet d'une reconstruction. On observe comme un relâchement du respect de ces mesures qui, pourtant encourageaient la pratique des gestes basiques d'hygiène. *« On ne respecte plus trop les mesures d'hygiène depuis que le covid est fini. Quand tu te places au carrefour tu vois comment les gens mangent ici, ils ne pensent pas à laver les mains »* (entretien avec un ancien malade choléra). Pour les acteurs rencontrés au sein de la communauté, le relâchement des mesures barrières face au COVID-19 a entraîné un laxisme global en matière du WASH au sein des communautés. Au sein de divers quartiers comme à Elig-Effa 4 qui a connu des cas de choléra, une cheffe traditionnelle a déploré manifestement une absence des toilettes dans des maisons où les locataires se trouvent obligés de jeter leurs excréments dans des drains et dans des poubelles polluantes. Elle fait observer :

Il y'a un truc qu'on doit faire c'est d'apprendre aux bailleurs, aux propriétaires des maisons de faire des toilettes. Les gens vont louer des maisons sans WC et ce n'est pas

normal. Les gens sont obligés de faire leur chiotte et de mettre dans les plastiques et balancer comme vous avez vu, vous êtes venus par là, vous avez vu un drain, les gens jettent ça là-bas. Le quartier est sale partout, les ordures (...) Nos quartiers sont sales ; vous avez fait un tour et il y'a la poubelle là que les gens ont créés. On a un problème d'hygiène. Au niveau des rigoles et partout, ce n'est pas assaini. Même, on organise des séances de travail, de nettoyage dans le quartier et les gens ne viennent pas, cheffe de bloc Elig-Effa 4.

L'ensemble des personnes interrogées reconnaissent que le respect des règles d'hygiène permet de limiter les risques d'avoir le choléra. Les perceptions sociales des rapports à l'hygiène ont cependant changé depuis l'avènement de la pandémie à Covid-19. On relève néanmoins que les rapports à l'hygiène évoqués par les enquêtés concerne trois volets : individuel, alimentaire et environnemental.

- *Rapports à l'hygiène des communautés vivant dans les zones non marécageuses*

Dans les communautés des zones non marécageuses, les rapports à l'hygiène sont des rapports plus ou moins efficaces et concernent globalement tous les aspects liés au respect du lavage des mains, de la gestion des eaux usées, de l'eau potable, des déchets ménagers et à l'utilisation des toilettes. Les conditions de l'habitat font appel à des exigences de propreté des ménages qui est favorisé par la disponibilité de l'eau courante, la fonctionnalité des toilettes qui sont à l'intérieur de la maison et utilisées par un seul ménage, et la présence des canalisations aménagées. Cet effort de respect des mesures de WASH est exprimé par cet informateur rencontré dans un quartier relativement propre de Douala : Il fait constater :

Euuuhh pour le lavage des mains, on le fait à l'eau coulante. on a des robinets et quelquefois des avons, et quand ce n'est pas le cas on utilise des gels, pour ceux qui l'ont....La gestion des déchets ménagers généralement en ce qui me concerne et ou je vis, on les emballe dans des sacs poubelles qui sont généralement gardes dans des seaux poubelles habillés par des sacs poubelles dès que la quantité est assez considérable après le passage de l'entreprise HYSACAM...on met à leur disposition....on consomme l'eau de Camwater mais on a des filtres à la maison ...La gestion des eaux usées, je crois ça se fait de façon naturelle par nos canalisations aménagées...Les toilettes, les miennes sont à l'intérieur de l'appartement, donc ils sont assez modernes. Ils sont nettoyés au moins une fois la semaine

- *Rapports à l'hygiène des communautés dans les zones marécageuses ou quartiers difficiles*

Dans les communautés des zones marécageuses visitées, notamment Etoa-Meki dans le district de santé de Djoungolo, les observations faites dans les ménages révèlent une négligence du volet environnemental de l'hygiène notamment un incivisme dans la disposition des déchets, la gestion des eaux usées et l'usage et l'entretien des toilettes qui sont très souvent communes à plusieurs ménages. La précarité de l'habitat fait en sorte qu'il n'y a pas de voies d'évacuation et les eaux usées et les excréments sont déversés dans la nature. Ceci occasionne une pollution de l'environnement qui est un facteur de risque de contagion et de propagation du choléra. Le point focal WASH du DS de Deido rapporte ces pratiques approximatives du WASH dans les quartiers précaires de la ville de Douala. Il fait observer :

« La gestion des eaux usées là c'est selon les quartiers hein ! ...ici à Douala il n'y a pas un truc standard pour tout le monde. Il y a ceux qui collecte et verse dans un endroit bien précis, Parfois on balance sur la route, parfois c'est dans les rigoles. Les eaux usées ici c'est beaucoup plus dans les rigoles que les gens les versent...L'utilisation des toilettes là également c'est un autre problème surtout dans les quartiers précaires...Vous entrez dans un ménage vous allez on vous montre c'est ici les toilettes... vous allez vous rendre compte que c'est beaucoup de personnes qui utilisent ces toilettes-là ! Et ça crée un problème. Pour moi, c'est un problème de santé...« Rare sont les gens qui tiennent compte de l'hygiène. On néglige, on néglige ! » (vendeur d'eau glacé, DS Cité des Palmiers). « Les ordures qui sont un peu partout là, ça nous apporte aussi une part de maladie, comme on dit. Oui, parce que quand peut-être votre environnement est sale, les enfants sont là ils se baladent et ils vont prendre les microbes là-bas pour amener aussi à la maison. » (Technicienne de morgue, HD de New-bell).

SECTION VIII : CARACTERISTIQUES DES MENAGES ET HABITATS ENQUETÉS

VIII.1 Situation socio-géographique des ménages enquêtés

De manière générale et selon des d'informations collectées auprès des districts de santé concernés, il est apparu que les foyers de choléra sont logés dans les quartiers précaires avec des conditions de vie précaires qui prédisposent à un environnement insalubre. Ces ménages se caractérisent également par l'existence de systèmes d'évacuation précaires des eaux usées, des sources d'approvisionnement en eau potable pas toujours à l'abri de la pollution. Les observations menées ont permis de noter par exemple une cohabitation aisée entre les femmes faisant la vaisselle et la lessive, des enfants se ravitaillant en eau pour les tâches ménagères et un troupeau de bovins s'abreuvant à la même rivière qui 20 mètres plus haut faisait au l'objet d'une utilisation similaire avec des enfants et jeunes faisant des concours de nage.

Les ménages observés et les personnes rencontrées en communauté vivent donc pour bon nombre dans une sorte de promiscuité et de précarité. Dans le DS de Biyem-Assi, il est constaté par les populations approchées un nombre important de familles déplacées internes, ce qui entraîne les constructions de logement dans les marécages. L'observation relative à la promiscuité est également la même dans la région du Littoral, où on note une promiscuité spatiale des ménages dans ces quartiers qui est un indicateur de risque de la maladie. Cette région possède généralement des zones marécageuses, et les habitudes d'assainissement des populations riveraines ne sont pas de nature à limiter la propagation du choléra : *« On a plusieurs aires de santé qui présentent un aspect géographique propice justement au développement du choléra... Bonassama c'est presque une île, donc il y a de l'eau partout. En saison pluvieuse vraiment c'est inondé partout. C'est pourquoi il faut redoubler même plus de vigilance avec les enfants qui pataugent dans la boue et tout »*. COSADI, DS de Bonassama.

VIII.2 Qualité de l'Environnement des ménages enquêtés

Les observations de l'environnement des ménages dans la région du Centre ont permis de révéler des rigoles peu ou pas entretenues, les dépôts d'ordures spontanés. Des eaux de ruissellement et d'évacuation qui passent devant les cours sont dans souvent le quotidien des ménages ayant connu des cas suspects ou confirmés de choléra.

Dans le Littoral, l'environnement des ménages enquêtés est régulièrement insalubre et caractérisé par des « dépôts sauvages » de déchets de toutes sortes le long de la route, en bas des ponts et dans les carrefours. Au niveau des habitats, on observe des fosses septiques des toilettes à proximité des points d'eau. Les eaux usées jonchent les ruelles des communautés. L'insalubrité a pour origine principalement les modes d'évacuation des différentes formes de déchets.

L'évacuation des eaux de lessive et de ménage se fait régulièrement dans la rue et les rigoles.

L'évacuation des excréments (selles, urines) : la canalisation des toilettes débouche dans des caniveaux mal entretenus dans la rue. En saison pluvieuse, lorsqu'il y a inondation on a des eaux grises qui circulent partout et qui représente un foyer d'infection pour la communauté.

Il a été observé que certains acteurs inciviques pratiquent la défécation dans la nature. En outre, les eaux de drain qui reçoivent les liquides des fosses septiques sont des espaces où les enfants jouent, se rendent pour vider les poubelles, font la lessive, etc. Globalement, Le système de drainage des eaux usées n'est pas vraiment optimal car les « eaux grises courent les rues ».

Les propos des responsables WASH permettent d'avoir le témoignage suivant :

« Les gens vivent dans des conditions très difficiles. Ce qui fait que quelqu'en soit la volonté que vous avez pour respecter les mesures d'hygiène c'est pas facile les gens n'ont pas les moyens... les gens qui vont vivre dans les zones précaires là, les zones marécageuses, les gens qui défèquent même devant leurs maisons pour comme ça là pour que l'eau vienne emporter... Ou bien qui défèquent dans un bol après il vient il trouve un endroit et il balance ça là-bas pour que l'eau emporte, les gens qui sont dans les campements, là il y a pas de toilettes, les gens défèquent et la marée vient emporter. Voilà pourquoi il y a beaucoup de cas qui sortent de ce côté-là. » Point focal WASH, DS de Deido.

L'évacuation des déchets ménagers : ils sont accumulés par les membres de la communauté dans les cours des domiciles, les carrefours et créent des dépotoirs spontanés dans les communautés comme l'atteste ce répondant :

« Pour les déchets ménagers, vraiment nous avons encore beaucoup de retard. En principe le système de tri devrait être adopté par tous les ménages, sauf que dans un échantillon de cent, on va dire un ménage le fait véritablement : ça veut dire que déchets plastiques à part, déchets organiques à part, les autres types de déchets à part. Cette réalité-là ce n'est pas celle que l'on trouve généralement dans les ménages.... On en a encore notre bonne vieille poubelle qui est derrière la maison pour ceux qui en ont, et pour ceux qui n'en ont pas, on improvise une poubelle au coin de la rue qui dérange tout le monde dans le voisinage... Ça c'est vraiment...c'est dans tous les quartiers il n'y a pas un seul quartier qui échappe à cette réalité Et vous voyez donc que c'est vraiment des nids de foisonnement où le choléra peut facilement se développer et puis contaminer les populations. » COSADI, DS de Bonassama.

VIII.3 Situation des groupes les plus vulnérables

Les enfants et les adolescents sont parmi les populations les plus vulnérables. Dans la ville d'Obala, cette cible a fait l'objet d'attention particulière. Ils ont été observés en pleine nage dans la rivière Assamba, réputée au cours de l'épidémie d'avril dernier comme source de vibrion cholérique par les autorités sanitaires. Interrogés, ces enfants et adolescents ignorent en dehors de quelques informations brève acquises à l'école sur cette pathologie, les causes du choléra, les manifestations ou encore les mesures à prendre en cas de manifestation des symptômes. Une observation dans l'aire de santé d'Oyack dans le Littoral a permis de relever cette vulnérabilité des enfants.

Photo 5: personnes vulnérables (enfants) chargées de vider les poubelles



Observation dans l'aire de santé d'Oyack

Il est 11h43 le vendredi 19 juillet 2023 lorsqu'une des équipes d'observateurs mobilisées pour la présente enquête aperçoit 3 jeunes garçons trainant un seau contenant des ordures ménagères et se dirigeant vers un cours d'eau qui a été transformé en lieu de dépôt sauvage de déchets. Nous attendons les enfants sur le pont afin de voir comment ils vont procéder. Une fois sur le pont, le plus grand des trois, retire une boule de couscous, emballée dans un plastique et lance dans le cours d'eau. Les deux autres font pareil. Ils videront la moitié du seau avec leur main avant que le plus grand de taille prenne l'initiative de verser le reste, non pas dans le cours d'eau mais au bord de ce cours d'eau. A la question de savoir pourquoi ils ont versé le reste de déchets au bord et non dans le cours d'eau, il répondra : « *le seau peut tomber dans l'eau* ». Une fois le seau vidé, les trois se retournent, jouent en regagnant le domicile familial.

Outre les enfants qui constituent une cible vulnérable, on note également que les autres personnes les plus vulnérables vivent dans la précarité, ce sont davantage des familles démunies. Elles vivent dans des zones marécageuses sujettes aux inondations. Elles ont généralement une situation socio-économique défavorable, des logements précaires avec des difficultés d'accès à l'eau potable et des problèmes relatifs à l'hygiène domestique, individuelle, environnementale et alimentaire.

Photo 6: une vue partielle de la gestion des eaux usées dans le quartier Nkoulouloun



Lorsque nous arrivons au quartier Nkoulouloun, précisément au niveau du la chefferie du 3^{ème} degré de Nkoulouloun dernier poteau, bloc D, un tuyau attire notre attention. Lorsqu'on observe de près, l'on se rend compte que ce tuyau est directement connecté dans les latrines d'un ménage et donne directement dans un drain. Lorsqu'on s'est rapproché d'un chef de bloc, il a été rapporté que les familles qui construisent près des cours d'eau vidange directement les WC dans la rigole, le drain ou dans un cours d'eau proche de leurs ménages. Pour le cas précis, il a été rapporté que lorsqu'il pleut, les propriétaires ouvrent simplement le tuyau et vidangent sereinement leur latrine sans craintes aucune. Cependant, il a été rapporté que ces derniers profitent souvent des pluies pour faire ce travail.

SECTION IX : ACCÈS A L'EAU DES MENAGES ET DIFFERENTS USAGES

IX.1. Principale source d'eau de boisson utilisée par les ménages

Selon la situation géographique du ménage (proximité ou éloignement avec le point d'eau ; selon les revenus du ménage, l'approvisionnement en eau de boisson se fait à la source la plus proche, s'achète dans les grandes surfaces et boutiques ; chez un vendeur « d'eau potable » ou encore fait l'objet d'un traitement particulier (potabilisation) avant sa consommation quand la source d'eau n'est pas tout simplement une adduction en eau auprès de l'opérateur national. Plus encore des ménages s'approvisionnent auprès des puits aménagés, des forages publics ou de privés. Une expertise n'est pas toujours faite sur la source d'eau de boisson pour déterminer la qualité de celle-ci. Les populations consomment davantage une source d'eau aménagée parce que la plupart en font autant. Ainsi, les ménages ont une tendance à consommer l'eau des forages ou des eaux minérales achetées dans les grandes surfaces et boutiques au sein des communautés.

☞ Les forages

Ils sont des sources d'eau de boisson prisée par les personnes rencontrées. Si dans certains cas, le forage a fait l'objet de tests par le Centre Pasteur de Yaoundé, tel que rapporté par des acteurs rencontrés, ailleurs, l'eau du forage est jugée potable et propre à la consommation juste parce que c'est un forage et que la nappe d'eau est assez profonde. Il se dégage de fait des représentations sociales sur l'eau des forages qui est de manière générale appréciée par les enquêtés. Un ancien malade de choléra de l'Aire de Santé de Mvog Betsi relève à ce sujet : « *Nous la consommons directement puisque comme je le dis, sans toutefois connaître le fond moi je dis toujours que la meilleure eau c'est le forage bien qu'il y'a forage et forage* ». Dans le District de Santé d'Obala, un forage commercial a fait et continue de faire l'objet d'expertise visant à se rassurer sur la qualité de l'eau. « *L'eau que nous puisons ici est une eau qu'on peut boire. Elle a fait l'objet de tests au centre pasteur de Yaoundé pour analyse. Ce point appartient à un particulier qui l'a aménagé et donc on ne puise pas l'eau gratuitement, on paie, d'ailleurs, il vend le bidon de 15 litres à 75FCFA* » (sapeur-pompier à Obala).

☞ L'adduction en eau du réseau National CAMWATER

Il est important de noter que l'approvisionnement en eau potable est fonction du milieu dans lequel vivent les populations. En milieu urbain certains quartiers disposent de la possibilité de se connecter au réseau Cameroun Water Utilities Corporation (CAMWATER). Cet approvisionnement en eau est jugé propre à la consommation comme eau de boisson par les populations rencontrées, quoique dans la qualité de cette eau est remise en doute par d'autres.

Question eau potable, c'est vrai que dans le District, CAMWATER dessert quand même le District, maintenant tous les ménages ne sont pas couverts par CAMWATER. Si je peux faire un échantillonnage c'est de l'ordre de 25%... ça fait que les gens ont encore la culture du puits d'eau, à la rigueur un forage qu'il y a dans le quartiers pour ceux qui en ont, sauf que les dernières informations que nous avons de l'Institut Pasteur

concernant justement des prélèvements qui ont été fait dans le District par rapport à cela nous indiquent que la nappe phréatique dans notre district est contaminé par les eaux usées. Donc ça fait que consommer que ce soit l'eau du forage ou l'eau du puits, ce n'est vraiment pas indiquer. Donc on reste toujours à risque même si on consomme de ces eaux ; donc il faut vraiment pouvoir adopter des mesures qui permettent justement d'assainir cette eau avant de la boire. COSADI de Bonassama

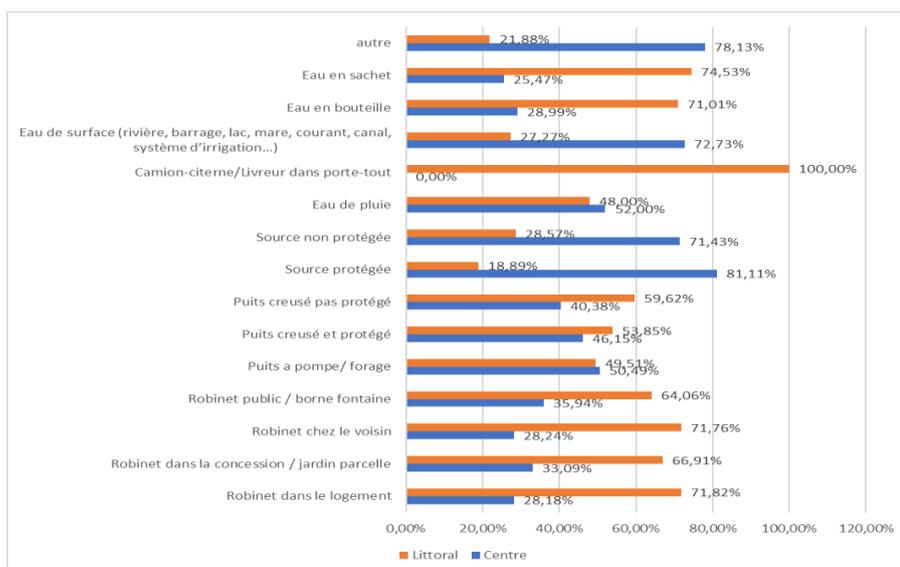
☞ Les sources d'eau aménagées

Des populations n'ayant pas la possibilité d'avoir les forages à proximité, les filtres à eau ou encore la connexion au réseau national recourent aux sources d'eau aménagées. Il s'agit des sources d'eau naturelle qui ont fait l'objet d'un aménagement par les autorités locales ou élites, ou encore dans le cadre d'un projet de développement. Ces sources sont entretenues par des volontaires ou par les acteurs choisis par la communauté. La qualité de ces sources se mesure très souvent à sa durée d'exploitation et rentre dans les logiques des mentalités des populations qui ne trouvent aucun intérêt de s'interroger à la qualité de l'eau de cette source, parce que « *cette eau se boit de génération en génération et personne ne s'en plaint* ».

Ainsi, comprendre les sources d'approvisionnement en eau de boisson dans les Districts de Santé visités impose d'avoir une approche holiste qui prend en compte les données géographiques (urbanité/ruralité), les données économique (revenu du ménage) et les données socioculturelles (représentations sociales, croyances, mentalité, pratiques). De manière générale, les ménages résidents dans les deux capitales du pays (Yaoundé et Douala) s'abreuvent à plus de 60% au réseau national comme le présente le graphique. Les forages arrivent en deuxième position. Le recours à l'eau minérale achetée dans les grandes surfaces n'est pas négligeable et rend compte des habitudes de certains ménage en matière de consommation d'eau de boisson.

Photo 7: quelques sources d'eau aménagées dans le DS d'Ekounou





Graphique 18: distribution des sources d'eau de boisson pour les ménages

IX.2. Principale source d'eau utilisée par les ménages pour d'autres besoins comme cuisiner ou se laver les mains

Selon les différentes situations sociogéographiques et selon une approche de gestion durable des ressources, les ménages vivant dans des conditions de précarité rationalisent l'utilisation de l'eau : l'eau du puits ou de la rivière sert à des tâches ménagères (lessive, vaisselle, cuisson des aliments, bain) pendant que l'eau du puits aménagé ou du forage est une eau de boisson. Ainsi, le lavage des mains se fait-il avec une eau qui est différente de celle utilisée comme boisson pour ces ménages. Dans les ménages qui disposent d'un système d'approvisionnement en eau qui les rend autonome, cette distinction n'est pas perceptible. Ainsi, il se dégage qu'en sus des sources d'eau énoncées plus haut, la rivière et les puits sont également des sources d'approvisionnement en eau, quoiqu'elle soit mobilisée pour d'autres usages.

👉 Les puits

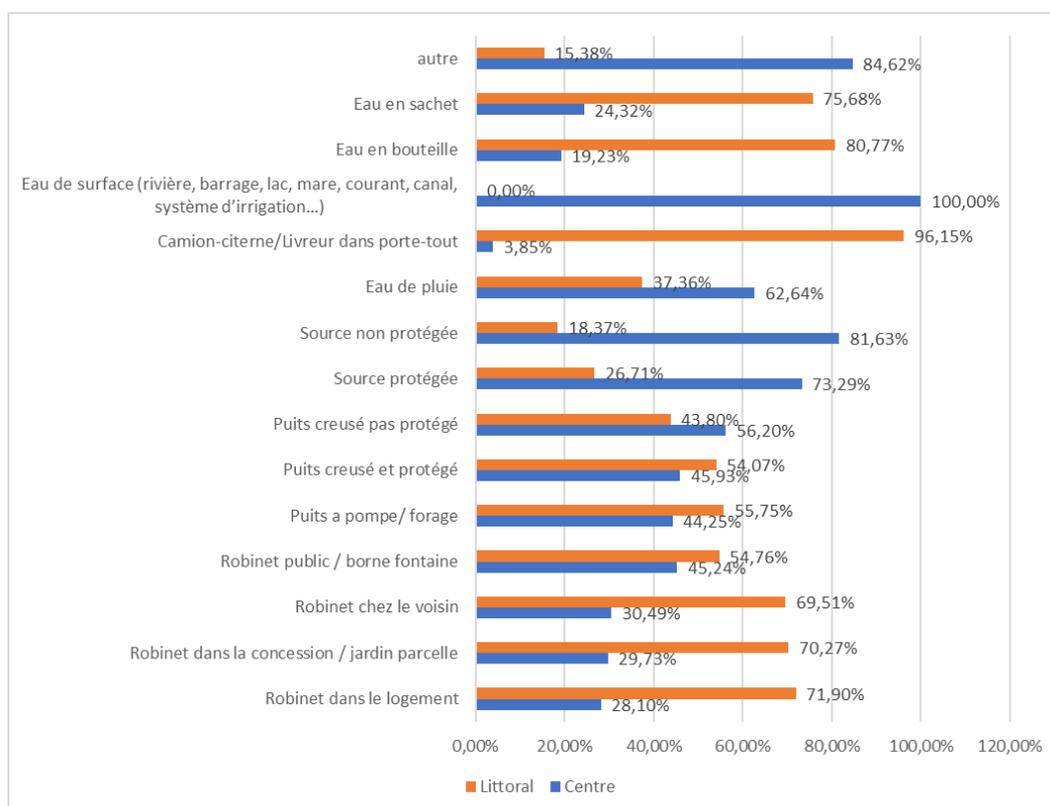
Ils ont été observés dans l'ensemble des 12 Districts de santé visités. Ils rendent globalement compte de l'inégal accès à l'eau pour les populations. En effet, des ménages et quartiers cohabitent sans partager le même système d'approvisionnement en eau. Egalement, des ménages qui disposent d'un raccordement au réseau national sont obligés face à une pénurie d'eau prolongée dans le District de Santé de Biyem-Assi d'avoir recours à l'eau de puits en plein centre urbain. Dans les zones plus retirées des centres urbains, le recours à l'eau du puits est constant. Ainsi, un élève habitant le quartier Mvog-betsi dans le district de Santé de Biyem-Assi rencontré près d'un puits d'eau relève que « *l'eau ci on utilise ça pour laver les habits et faire les travaux. On ne boit pas ça !* ». En effet, en milieu rurale les principales sources d'approvisionnement en eau afin d'effectuer les tâches ménagères quotidienne telles que se baigner, cuisiner, faire le ménage ou la lessive sont les puits et dans

une moindre mesure les forages disponibles. « Presque tout le quartier se ravitaille aux puits qui est à côté là. Il y'a pas CAMWATER ici. Imaginez un cas de choléra ici ». Propos recueillis auprès du chef des blocs 9 et 10 du quartier kouba dans le District de Santé de Bonassama

👉 Les rivières

Parmi les multiples usages de l'eau de rivière, il ressort qu'en fonction de sa position géographique et de son histoire, elle représente une source d'approvisionnement en eau pour les travaux ménagers, pour la cuisine et même pour le bain de certaines personnes. La rivière est également un lieu de production économique pour ce qui est de l'activité de lavage des voitures et autres engins roulant ou tapis de maison. « On ne boit pas l'eau de la rivière Afamba. Mais l'eau de CDE (Camerounaise Des Eaux)... Nous on lave les habits, le sol. L'eau-là ne donne pas la maladie aux enfants qui nagent à l'intérieur. Ils n'ont aucun problème, même les maux de ventre, rien », dyade au quartier Elig-Bessala, dans le DS d'Obala, le 20 juillet 2023.

Ainsi, le constat est le même en matière d'accès à l'eau. Du moins pour ceux des ménages qui ont un accès direct ou indirect à l'eau de robinet issue du réseau national. Ces ménages pour l'essentiel utilisent la même eau pour les travaux ménagers. Pour ceux recourant aux forages pour l'eau de boisson, très peu utilisent cette eau pour les travaux ménagers, d'autres sources sont parfois mobilisées (puits, rivières, etc.). Le graphique qui suit décrit sensiblement les mêmes réalités que celui qui le précède.



Graphique 19: distribution des sources d'eau pour des autres usages dans les ménages

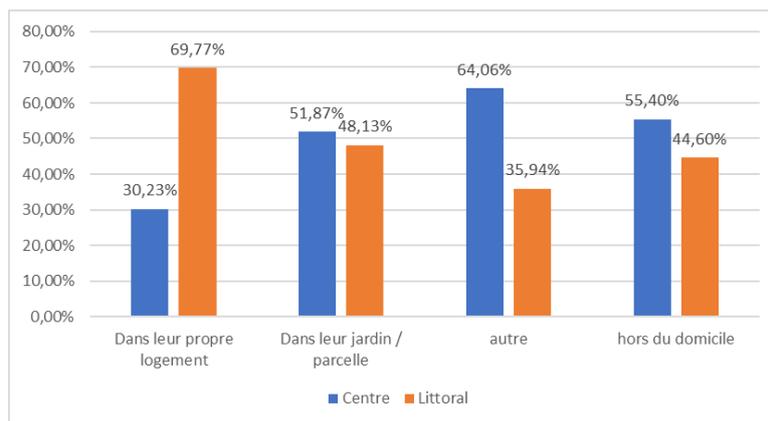
IX.3 Lieux des sources d'approvisionnement en eau de ménage

On fonction de la situation sociogéographique du ménage, ce dernier s'adapte à son environnement. Les sources d'eau d'approvisionnement en eau de ménage sont à la fois communautaires et individuelle ou familiale. Comme présenté plus haut, elles sont dans le domicile, près du domicile, en dehors du domicile ou encore éloignée du domicile. Ces sources demeurent pour l'essentiel accessibles aux usagers. Toutefois, il est important de préciser que les différentes sources extérieures au domicile ne font pas toujours l'objet d'un entretien de qualité. Des points d'eau ont été identifiés près des dépôts d'ordures, des puits sont sans couvercle, des rivières bondées d'ordures.

Photo 8: vue synoptique des lieux d'approvisionnement en eau de ménage



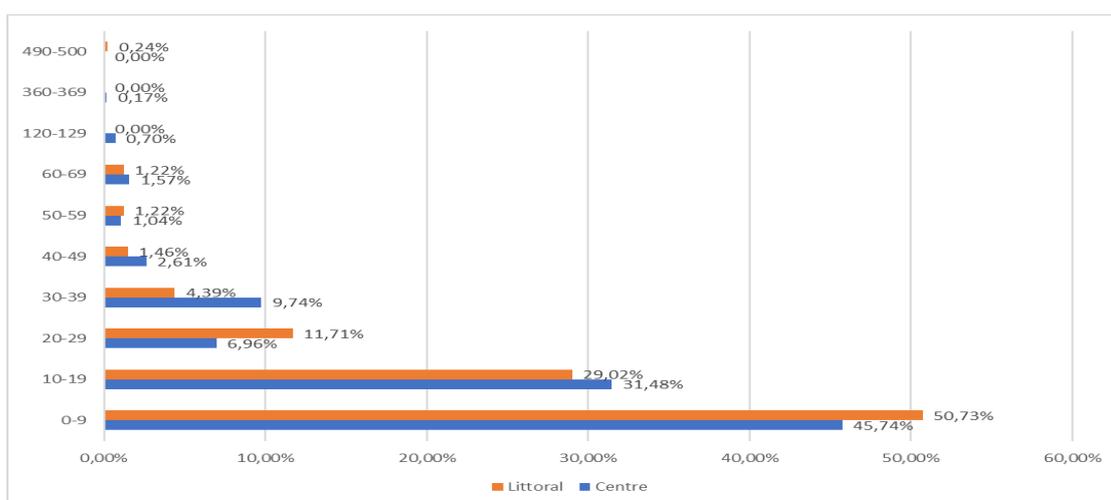
De manière générale, il ressort que les sources d'eau, qu'elles soient pour l'eau de boisson ou pour l'eau de ménage se trouvent hors du ménage. Ce qui entre en droite ligne du constat qui est fait en matière d'accès à l'eau potable dans les pays dits sous-développés. Le graphique qui suit le relève.



Graphique 20: distribution des sources d'approvisionnement en eau pour les ménages

IX.4 Temps nécessaire pour la collecte de l'eau vers les sources extérieures au ménage

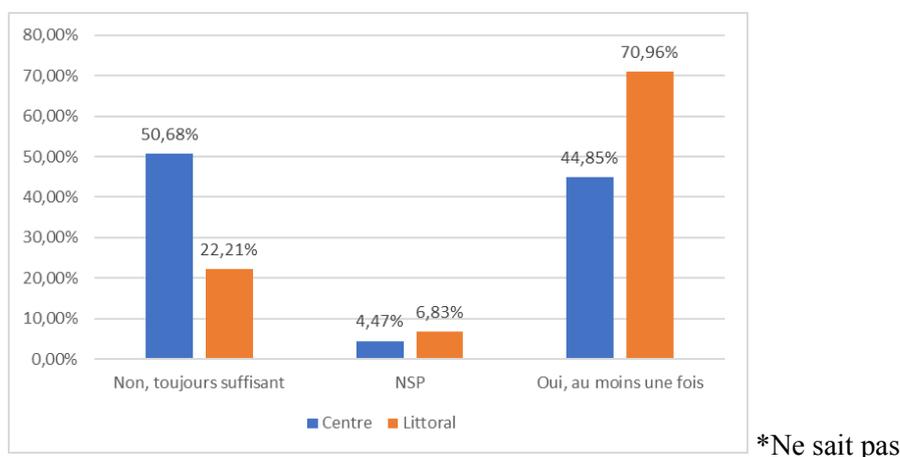
La position du ménage du point d'eau détermine la distance ou le temps mis pour approvisionner le ménage en eau. Pour ceux des ménages qui collectent l'eau dans les points d'eau comme les puits, les sources aménagées ou les forages, ce temps varie entre cinq et trente minutes, lorsqu'il n'y a pas d'affluence. Il est également important de signaler que l'affluence à certaines heures comme en matinée (7-9 heures) ou dans l'après-midi (16-18 heures) influence le temps mis pour la collecte de l'eau du point de ravitaillement jusqu'au domicile. On passe de fait de 10 minutes à parfois 120 minutes. En effet, des longues files d'attente peuvent se développer à ces heures. Dans le même temps, pour ceux des ménages qui se ravitaillent en eau de ménage dans la rivière, les files d'attente sont inexistantes, mais peuvent être remplacées par les jeux des enfants commis à cette tâche, près de la source d'approvisionnement. Les données quantitatives relèvent pour l'essentiel que moins de 30 minutes sont nécessaires à un ménage pour s'approvisionner en eau. Cette situation est certainement la résultante du contexte urbain des terrains d'enquête. Il est tout de même important de relever que certains ménages ont besoin d'au moins une heure pour avoir de l'eau.



Graphique 21: distribution du temps mis par les ménages pour s'approvisionner en eau

IX.5. (In)disponibilité de la quantité d'eau à boire dans le ménage au cours du dernier mois

De manière générale, les populations enquêtées n'ont pas signalé une indisponibilité en eau sur le long terme. Les coupures d'eau pour les ménages connectés au réseau national ont été signalées comme des facteurs pouvant influencer la disponibilité de l'eau de boisson en quantité. Pour les ménages s'approvisionnant dans les sources aménagées, des perturbations pendant les précipitations ont également été signalées comme des facteurs influençant l'approvisionnement en eau de qualité. Toutefois, il est à noter que le recours à des sources alternatives (forage, eau minérale, filtre) est la solution d'urgence activée pour pallier cette difficulté, bien que ces sources à certaines périodes puissent s'avérer insuffisante par rapport à la taille de la population qui s'y abreuve. Ainsi, plus de 50% des personnes rencontrées notent qu'au cours du mois de juin 2023, elles ont face à une indisponibilité en eau. Ceci est confirmé par les données quantitatives qui indiquent des courtes périodes d'indisponibilité de l'eau de boisson.

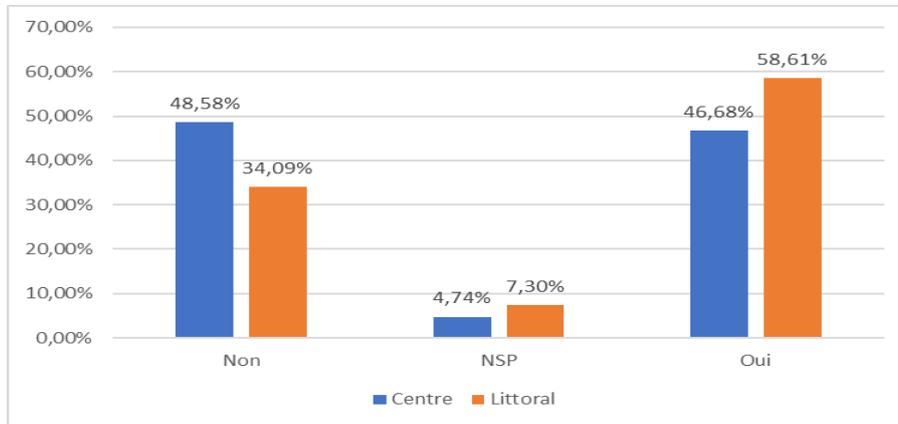


Graphique 22: distribution en disponibilité/indisponibilité en eau au cours du dernier mois

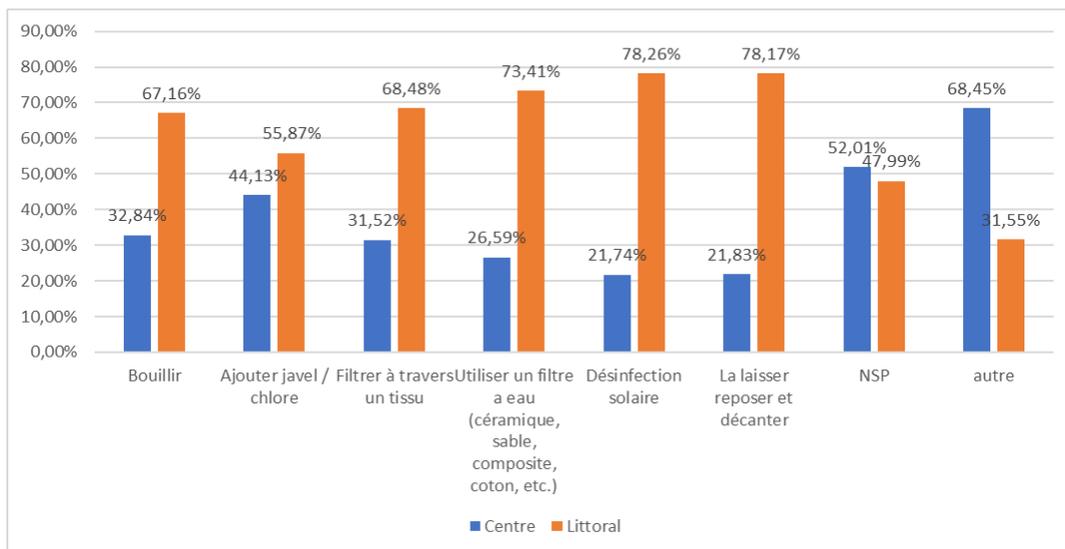
IX.7 Pratiques des ménages pour rendre l'eau plus saine à boire

Des interlocuteurs rencontrés dans une source aménagée d'approvisionnement en eau ont indiqué que ladite eau est diversement utilisée par les ménages. Pour certains ménages, l'eau collectée est propre à la consommation, pendant que pour d'autres, elle nécessite avant sa consommation comme eau de boisson, une potabilisation à l'eau de javel. D'autres personnes ont fait l'expérience de la potabilisation par des pastilles de purification ou de potabilisation de l'eau gracieusement offerte lors d'une séance de démonstration des personnels en service au District de Santé. Depuis cette expérience dans le DS de la Cité-Verte, ces populations sont retournées à leurs anciennes habitudes en attendant que les pastilles soient de nouveau offertes. Des populations qui ont accès à l'eau de robinet suite à une adduction en eau au réseau national ne trouvent pas nécessaire de la rendre potable, pendant que certains recourent au filtre. Il est également important de relever que l'achat d'eau minéral en bidons de 10 litres ou en palettes reste également une solution pour éviter la consommation d'eau impropre à la consommation par certaines populations. Une autre solution de potabilisation de l'eau est de la porter à ébullition. Un personnel de santé interrogé dans la ville de Douala relève : « *je bous toujours mon eau avant de boire* ». Il est important de relever que ces différentes pratiques sont issues du constat selon lequel les sources d'eau auxquelles recourent les populations ne sont pas

toujours potables ou de qualité douteuse. Les ménages sont à l'observation des données de terrain informés sur l'urgence de potabiliser l'eau ceci à travers le recours à plusieurs techniques dont celle de l'ajout de l'eau de javel ou du chlore (technique la plus utilisée) dans l'eau collecter dans les diverses sources, comme le présentent les graphiques ci-après.



Graphique 23: distribution des ménages par rapport à la nécessité de rendre l'eau plus potable.



Graphique 24: distribution des ménages par rapport aux techniques pour rendre l'eau plus potable

SECTION X : ASSAINISSEMENT DES MILIEUX DE VIE DES MENAGES

X.1 Types de toilettes utilisées habituellement par les ménages

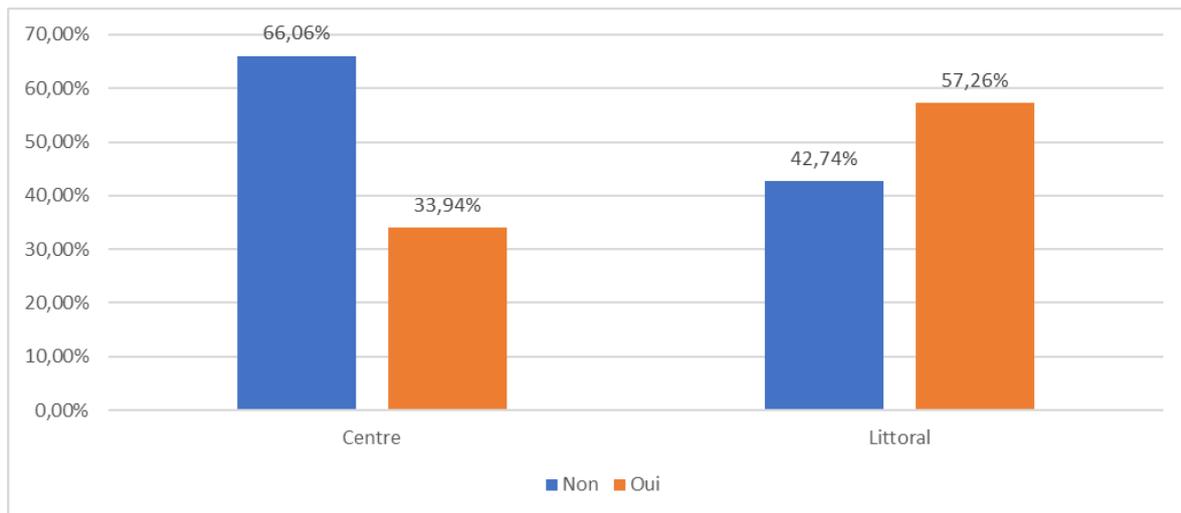
Selon les différentes situations sociales et financières des ménages, ces derniers utilisent différents types de toilettes à savoir : les toilettes traditionnelles qui sont généralement situées à l'extérieur de la maison et se résument en une fosse sur laquelle est bâtie une surface plane faite de béton ou de bois avec une ou plusieurs ouvertures. Il y a également les toilettes dites modernes qui disposent d'un pot appelé bidet et d'une chasse d'eau. Il y a également des toilettes à l'extérieur du domicile qui disposent d'un bidet. Il existe par ailleurs, des ménages qui ne disposent d'aucune de ces infrastructures. Les membres de ces ménages recourent ainsi à la nature pour la défécation ou encore profite de leur passage à la rivière. Il a de fait été rapporté des cas de défécation à l'air libre dans certaines communautés. De telles pratiques sont des sources de production des microbes et autres agents pathogènes pouvant faciliter l'évolution du vibron cholérique. Le point focal épidémiologie du DS de Biyem-Assi rapporte à ce propos que :

L'un des cas de décès que nous avons eu n'avait pas de toilette chez lui et c'était à Elig-Effa, ils font les selles dans les rigoles derrière la maison et lorsqu'il pleut l'eau emporte ces selles-là. L'autre cas c'était à Etoug-Ebe, lui faisait les selles dans l'eau car il y a un cours d'eau qui passe derrière la maison...(d'autres) font les selles dans le seau la nuit puis de bonne heure le matin, ils les versent dans le cours d'eau.

Photo 9: Une vue partielle des toilette traditionnelles observées



A l'observation et au vu des données quantitatives, plus de la moitié des enquêtés n'ont pas des dispositifs de toilette avec des chasses d'eau, comme le présente le graphique ci-dessous. Ceci rend compte en partie du niveau de vie et des revenus des ménages.



Graphique 25: distribution des répondants par rapport à la disponibilité des toilettes avec chasse d'eau

X.2 Niveau de vidange des types de toilettes auprès des ménages

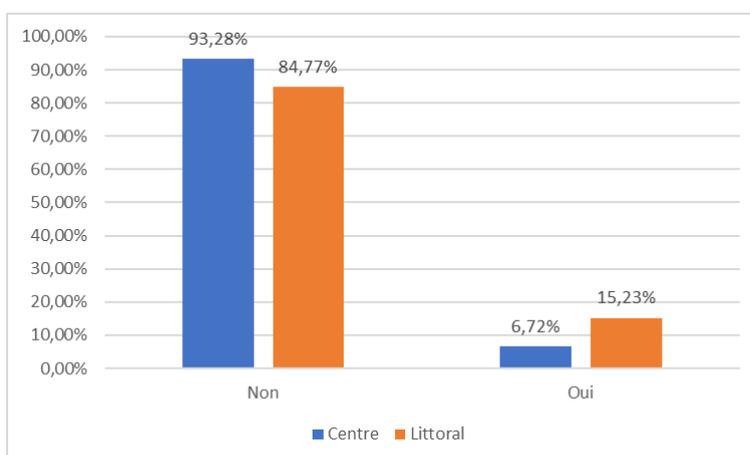
La vidange des toilettes n'est pas assez pratiquée par les ménages visités. Ceci s'explique par l'aménagement récent des locaux du ménage ou encore par la profondeur de la fosse septique qui peut nécessiter parfois plus de 10 ans avant la première vidange. Il est ressorti également que les fosses pleines pour ce qui est des toilettes traditionnelles sont tout simplement abandonnées pour la construction d'autres. Dans les zones à proximité d'un cours d'eau, la saison des pluies représente une occasion de curage des fosses. Ainsi, ces dernières pendant une pluie est vidangé et le contenu emporté par les eaux de ruissellement ou la rivière. D'autres cas de vidange des toilettes ont été rapportés par un ASC qui a constaté qu'une famille vidangeait sa fosse au quartier Carrière dans le DS de la Cité Verte lors des pluies torrentielles : à l'aide d'un sceau que l'on plonge dans la fosse, le contenu est versé dans la rigole et circule avec l'eau de pluie. A l'analyse, il ressort trois types de vidanges des toilettes.

- Une vidange professionnelle. Elle est généralement faite par les acteurs qualifié qui dispose d'un camion dédié à cet effet. Ces acteurs sont davantage mobilisés pour la vidange des toilettes modernes.
- La vidange par abandon. Il s'agit du fait d'abandonner une toilette traditionnelle peine pendant un certain temps et d'en construire une autre. Pendant ce temps le contenu s'auto détruit laisse après un certain moment de l'espace.

Photo 10: un aperçu de mode de vidange traditionnelle



La vidange saisonnière. Il s'agit des cas de vidanges sauvages tels que le recours à l'eau de pluie, aux drains ou à une rivière. En effet, certaines toilettes ont des raccordements (tuyau) d'évacuation qui donnent directement sur une rigole très souvent pas entretenue ou encombrée. Il peut également être question d'un recours à des produits chimiques comme le « carbure » qui réduisent le contenu de la fosse. Ainsi, le chef de quartier des blocs 9 et 10 du quartier Kouba dans le DS de Bonassama relève que : « *les personnes de mauvaises foi profitent de la pluie pour vidanger leur toilettes et ça participe de ce fait, à accroître les risques du choléra* ». Ceci est rapporté par les données quantitatives qui relèvent que certains ménages gèrent eux-mêmes cette tâche quoique en faible nombre comme l'indique le graphique qui suit.



Graphique 26: distribution du recours au ménage lui-même pour la vidange des toilettes

X.4 Description de la situation des toilettes des ménages

Dans les toilettes observées lors des différents entretiens, après passage d'un membre du ménage, celui-ci nettoie avec de l'eau javel ou du détergent les lieux pour permettre au prochain de l'utiliser. Ce procédé n'existe pas dans tous les ménages. Il existe des ménages où les toilettes ne sont pas toujours accueillantes. Cela est dû à la négligence ou au peu d'efforts consentis par les membres du ménage qui ne prennent pas soin de cet espace. Plus

encore, la situation des toilettes dépend pour les informateurs du standard de vie des populations. De façon générale, les toilettes modernes font l'objet d'entretien, certainement du fait de leur position (au sein du ménage). Pour les informateurs rencontrés les toilettes traditionnelles sont plus insalubres. C'est certainement ce qui justifie une action de WASH dans certains District de Santé tel que rapporté ici :

Il y en a qui ont des toilettes modernes qui sont bien entretenues. A ce niveau il n'y a vraiment pas beaucoup de souci. Nous connaissons aussi nos toilettes traditionnelles. Dans ce type d'environnement, les mesures d'hygiène ne sont pas toujours ce qu'il faudrait. C'est vraiment des environnements un peu insalubres. Nous avons eu a organisés des campagnes de WASH, vraiment des campagnes intensives. Là ce n'était plus des campagnes ciblées... le WASH était systématique dans ces types de ménages-là qui ont vraiment des latrines vraiment traditionnelles pour vraiment réduire le nombre de germes qu'il y a dans leur environnement. COSADI, DS de Bonassama.

X.5 Partage des toilettes avec des personnes non membres des ménages

Les toilettes des domiciles visités sont partagées entre les membres du ménage et parfois avec les non membre du ménage. Le partage des toilettes avec un individu non membre du ménage s'établit à différents niveaux. Certains domiciles disposent des toilettes visiteurs pendant que d'autres domiciles ne font pas de différence entre les membres de la maison et les étrangers visiteurs. Après le passage du non membre du ménage, il y a désinfection ou stérilisation des lieux avec de l'eau de javel ou des produits appropriés dans certains ménages, mais cette pratique n'est pas systématique.

X.6 Nombre de ménages se partageant des toilettes

Des ménages dans les cours communes appelées « camp » sont parfois au nombre de 3, 4, voire 6 à partager les mêmes latrines. Il y a certes des distinctions qui sont établies par le bailleur ou le concierge. Une toilette peut être la propriété de deux ménages. Il ressort des entretiens de terrain qu'une certaine organisation liée à l'hygiène de ces latrines est effective quoique tous les acteurs n'accordent pas le même soin à cette tâche de WASH. Un habitant de Douala, commerçant (vendeur à la sauvette) relève : « *Il y'a 4 ménages dans ma cité et nous partageons la même toilette.* »

X.7 Formes de vulnérabilités des ménages au regard de la qualité du milieu de vie

A l'observation des données de terrain et eu égard aux interviews accordées aux enquêteurs dans les différents Districts de Santé visités, il ressort que selon les lieux d'habitation (quartier, type de construction) certains ménages sont plus vulnérables que d'autres. Cette vulnérabilité repose sur l'accès aux commodités de vie quotidienne. En effet résider dans un milieu marécageux, fait d'habitations précaires avec des systèmes d'évacuation d'eau précaire, des toilettes pas toujours entretenues et un accès limité à l'eau potable expose les populations se trouvant dans cette situation à une éventuelle épidémie de choléra. Du point de vue environnemental, les quartiers concernés par cette description font

face à la promiscuité. Ainsi, les différentes formes de vulnérabilités identifiées au regard du milieu de vie sont entre autres :

- l'accès difficile à l'eau potable
- un environnement insalubre
- un système d'évacuation des eaux usées précaire

SECTION XI : GESTION DES DECHETS MENAGERS

XI.1. Existence d'un bac à ordures pour le quartier

Les données de terrain ont permis de noter que les bacs à ordures sont dans la plupart des cas installés aux abords des routes principales et des grands carrefours. Très peu de quartiers disposent des bacs installés en communauté. De ce fait, les populations, pour se débarrasser de leurs ordures, sont obligées de s'éloigner de leurs ménages et de parcourir plusieurs centaines de mètres avant d'arriver d'atteindre le bac le plus proche. Bien plus, dans les quartiers avec une population importante, il a été rapporté que les camions de la Société d'Hygiène et Salubrité du Cameroun (HYSACAM) sillonnent souvent ces lieux pour ramasser les déchets directement auprès des ménages. Un Chef d'Aire de Santé à Douala affirme « *Mon aire de santé est très vaste mais il y a très peu de bacs à ordures (...) mais le camion d'HYSACAM passe souvent pour ramasser les ordures même comme il y a des périodes où vous entassez les déchets et le gars ne passe pas* »

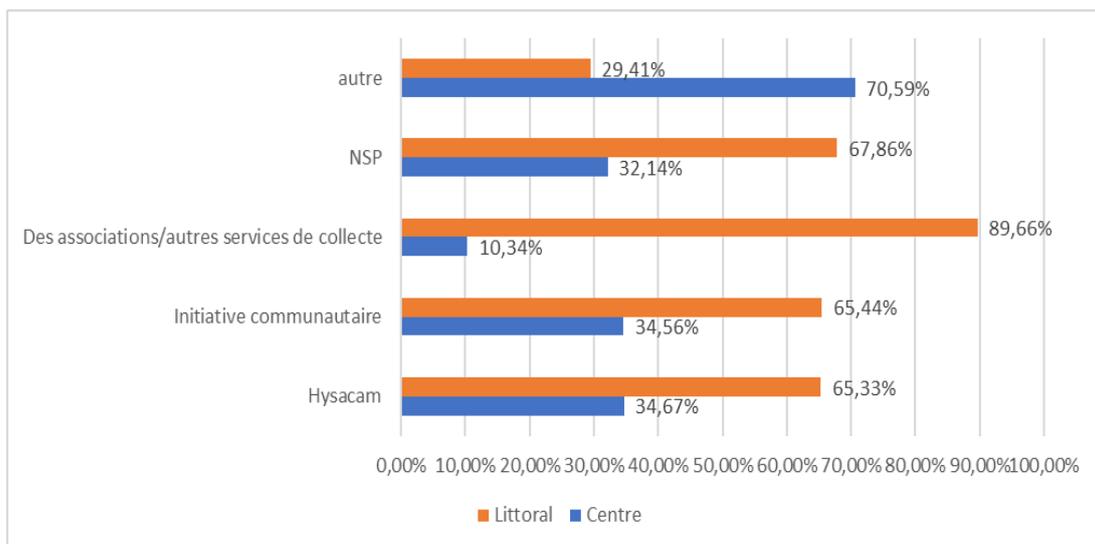
Dans le même sens, d'autres initiatives visant à faciliter le débarras des ordures aux ménages sont conduites par les acteurs comme la mairie. Ainsi, à Douala 2^{ème}, des agents avec des tricycles font le tour des communautés pour ramasser les déchets déposés par les différents ménages pour les conduire vers un plus grand point de rassemblement. Dans d'autres Districts de Santé il y a des bacs à ordures dans certains carrefours mais à cause de la distance entre le domicile et le lieu de dépôt des ordures, les populations se sont créées des dépôts d'ordures proches de leurs domiciles où la structure de ramassage HYSACAM n'a pas toujours accès. Un chef traditionnel de la ville de Douala interpellé sur la question note :

Il n'y a pas les bacs à ordures dans mon bloc. Pour jeter les ordures, les gens doivent aller loin au goudron et comme d'autres ne veulent pas, ils préfèrent jeter n'importe où et n'importe comment. Ils choisissent un endroit et commencent à jeter là-bas sans permission ou alors, si c'est la période de pluie, dès que la pluie tombe, chacun vide ses poubelles dans la rigole.

En milieu rural la pratique des bacs à ordures n'est pas observée. Les populations s'organisent autrement en l'absence d'un acteur en charge de la gestion des ordures ménagères. Près de la rivière Afamba dans le DS d'Obala, on peut observer un grand dépôt d'ordures qui se caractérise par l'absence d'un bac à ordures. Pourtant, dans les marchés comme celui de Nkometou, il est loisible d'observer des bacs à ordures (demi fûts) offerts à ce marché par la Mairie d'Obala et constamment vidés à l'aide également des tricycles. Dans les villages, la notion de bac à ordures est une vue de l'esprit. Il existe davantage des fumiers qui sont réservés au débarras des ordures de chaque ménage. Ainsi le fumier est familial. Toutefois, dans une zone à la lisière du rural et de l'urbain comme Mfomakap dans le District de Santé de d'Obala qui est de plus en plus peuplé par les allogènes, la notion de bacs à ordures n'est pas une simple vue de l'esprit, mais un problème réel qui se manifeste par des dépôts d'ordures ménagères à certains endroits, malgré les injonctions de l'autorité traditionnelle.

XI.2 Responsable ou initiateur du bac installé

De manière générale, il n'a pas été présenté des personnes ayant initié par exemple un dépôt d'ordures spontané. Les populations rencontrées affirment à chaque fois avoir recours à ces dépotoirs, juste parce que tout le monde en fait autant. Comme il est par contre précisé plus haut, les mairies sont des initiateurs des bacs à ordures dans certaines communes, un chef traditionnel de Douala 1^{er} relève lors d'un entretien : « *c'est le maire qui a mis le bac que vous voyez là-bas* ». Toutefois, d'autres formes d'initiatives sont enregistrées. Dans la DS d'Obala face au manque de structures en charge de la gestion des ordures ménagères, le Chef de village de Mfomakap a instruit ses populations à l'aménagement des fosses à l'arrière des maisons. Idée acceptée par le plus grand nombre de ceux qui disposent d'un espace relativement grand dans leur concession. Une ASC de l'Aire de Santé de Mfomakap pionnière de cette initiative affirme : « *quand je fais des visites à domicile (VAD), dès que je vois du fumier partout partout, moi avec le chef, nous sommes obligés de dire que chacun doit creuser une fosse et brûler ses choses dans chaque famille* ». Toutefois, en milieu urbain, il est important de relever que l'initiative de l'installation des bacs à ordures revient à la société HYSACAM pour ce qui est des deux régions d'enquête. Dans le même temps, dans une ville comme Douala, cette initiative est davantage celle des associations et autre service de collecte en dehors de HYSACAM comme en témoigne le graphique ci-dessous.



Graphique 27: distribution des acteurs initiateurs de l'installation des bacs à ordures

XI.3 Distance parcourue par les ménages pour atteindre le point de déversement des ordures ménagères

Les données de terrain ont permis de relever que la distance varie selon le lieu où se trouve le ménage. En réalité, il y a des ménages qui sont proches du lieu où se trouve le bac. Les membres de tels ménages parcourent une petite distance pour arriver au niveau du bac. Par contre, d'autres ménages sont situés très loin du lieu formel de dépôt d'ordures, ce qui pousse dans la plupart des cas ces ménages à solliciter les drains, les rigoles, les cours d'eaux ou les dépôts sauvages d'ordures. Ce constat est également fait par un agent éboueur de HYSACAM lorsqu'il affirme : « *quand quelqu'un habite à côté du bac, c'est facile pour lui de venir verser*

les déchets dans le bac. Ce sont les gens qui habitent loin qui versent les ordures partout et n'importe comment ».

XI.4 Lieux de dépôt des déchets au sein des ménages (un bac, dans un lieu approprié, un autre espace...)

Dans les ménages visités, les déchets sont généralement stockés dans un sac ou un seau qui, une fois plein, sera facilement transporté pour le lieu où il sera déversé. Les brouettes sont également utilisées pour le transport des déchets. Un transporteur du quartier Bessengue de la ville de Douala relève à ce propos : « *nous mettons nos ordures dans un sac rangé au coin et quand il est plein, nous partons le vider dans le bac à ordure du carrefour* ».

Photo 11: distribution des acteurs initiateurs de l'installation des bacs à ordures



Espaces dédiés au dépôt des ordures dans un domicile et au niveau des bacs et autres points spontanés

Au moment de l'enquête, nombre de bacs étaient pleins et les ordures débordaient le bac au point où les nouveaux usagers vidaient leur poubelle au sol. Les ordures observées sont de plusieurs types (ménager, solides, liquide, etc.). En effet, Les observations ethnographiques des espaces et/ou zones de décharge des poubelles ont permis de noter que les bacs sont généralement pleins au point où les ordures sont déversées autour du bac et envahissent même le trottoir au point d'empêcher les piétons de circuler normalement, et augmentant le risque d'accidents puisqu'ils sont obligés de se rabattre sur la chaussée, espace réservé aux véhicules.

Les types de déchets déversés sont des bouteilles plastiques et en verre, les appareils électroménagers défectueux et autres fournitures diverses qui ne sont plus nécessairement fonctionnels, les déchets ménagers (reste de nourriture), les fauteuils et matelas détériorés, les papiers, les couches des enfants, les déchets plastiques, les cartons, les vêtements, la paille, les bouteilles

En ce qui concerne les acteurs, nous avons majoritairement les enfants des deux sexes, les adultes, les adolescents et même des personnes du troisième âge. Dans la plupart des cas, les enfants viennent vider en groupe, seuls ou sont accompagnés par une personne adulte. Les déchets sont transportés dans les sacs, les seaux et quelques fois dans les brouettes et les pousses-pousses. Il importe de souligner que les acteurs qui viennent vider les poubelles ne disposent pas d'EPI et s'exposent à cet effet à d'éventuelles maladies. Aucun moyen de protection n'est utilisé ce qui rend d'avantage la population vulnérable aux maladies. Toutefois, quelques personnes détiennent des gangs. Ils sont pour l'essentiel, tous en babouche et sans un cache nez en dépit des odeurs que dégage la décharge.

Par ailleurs, l'observation a permis de constater que dans les bacs installés en bordure de route, une multitude d'acteurs sillonnent cet endroit pour espérer récupérer ce qu'ils peuvent encore utiliser ou tout simplement revendre. A cet effet, ils collectionnent entre autres les bouteilles plastiques ou en verre, les matelas, les appareils électro-ménagers, les chaussures/babouches ou même des vêtements. L'un d'entre eux interrogé affirme « je ramasse les objets en fer et je vends le kilo à 100 francs (XAF). Les gens qui viennent acheter partent fabriquer les tôles et le béton avec » Parfois même, ces derniers peuvent prendre des repas versés. Il est également important de relever qu'il a une présence massive d'animaux dans certaines décharges, notamment les poules, les souris, les chats et les chiens.

SECTION XII : PRATIQUES DE LAVAGE DES MAINS

XII.1 Lieux de lavage des mains observés ou décrits chez les membres des ménages (ou des commerces)

Comme lieux de lavage de main, on a l'entrée de certaines FOSA qui disposent des récipients contenant de l'eau et un robinet. Ce sont là des pratiques issues de la mise en place des mesures barrière de lutte contre le Covid-19. Le savon à ces lieux est parfois absent. On a également des points d'eau tels que les sources, les robinets où les populations peuvent facilement se laver les mains. Dans la chefferie de 3^{ème} degré de Mfomakap, il a été observé un sceau avec robinet à l'entrée de la résidence, mais sans eau.

Au niveau des lieux de prière et particulièrement dans les mosquées, à défaut d'avoir un point d'eau, dispose de petits récipients contenant de l'eau sont mis à la disposition des fidèles. Il y a également un grand récipient (fût, grand sceau, etc.) contenant de l'eau. C'est grâce à ces récipients que les fidèles lavent les mains et font également les ablutions.

Dans les ménages, il n'y a pas de lieu spécifique de lavage de mains. Tout dépend de l'objet du lavage des mains, en cas de repas, il peut être servi avec une bassine d'eau, ou alors les convives peuvent être invités à se diriger vers la cuisine ou les toilettes pour se laver les mains, tout dépend des habitudes du ménage. Mais, il n'a pas été signifié que le lavage des mains à l'entrée d'une maison soit une règle.

Dans les commerces, les données de terrain révèlent que chaque commerçant prend des dispositions pour permettre à ses clients de se laver les mains, lorsque ces derniers l'exigent. Un nombre important d'acteurs rencontrés soulignent que le lavage des mains se fait le plus souvent lorsqu'ils sont sur le point de manger avec les mains. Si l'on mange avec une cuillère, le lavage des mains est aléatoire et dépend de la disponibilité de l'eau. Un point focal communication d'Aire de Santé dans le District de Deido relève à ce sujet :

Parfois, tu arrives et tu veux laver les mains mais il n'y a pas l'eau dans le seau. Je dois reconnaître qu'on a beaucoup baissé la garde après le COVID-19. Parfois même, il y a l'eau mais il n'y a pas le savon. D'autres fois, il y a même l'eau mais quand tu vois, ça a déjà mis du temps que ce n'est même plus propre.

Un commerçant de la ville de Douala pour sa part partage avec les enquêteurs son rapport au lavage des mains en ces termes : « *lorsque tu veux manger, si c'est avec la cuillère, tu laves quoi sur tes mains ? Tu achètes ton sachet d'eau pour boire.* »

XIII.2 Disponibilité actuelle de l'eau de lavage des mains au passage de l'enquête

Un constat général traverse les Districts de santé : l'eau est une denrée rare. Lorsqu'elle est disponible elle coûte cher. Partant de cette observation, il existe une sorte de rationalité dans les usages de l'eau dans les DS visités. Des entretiens menés avec les commerçants, l'eau n'est pas disponible dans les marchés. De ce fait, le lavage des mains n'est pas systématique et se fait dans la plupart des cas lorsque ces derniers doivent par exemple manger avec leur main. Au

cas contraire, ils soulignent que le lavage des mains sera fait une fois de retour dans le cadre familial.

L'observation a permis de noter que le lavage des mains n'est pas toujours systématique, même dans les endroits où le dispositif est mis sur pied. Les données issues des observations ont permis de montrer que certains lieux de lavage de main ne disposent pas d'eau. Bien que le seau soit présent, on se rend parfois compte qu'il est vide ou que l'eau qu'il contient n'est pas de bonne qualité. Ainsi des endroits comme des restaurants (tourne dos) qui offrent des repas et qui du point de vue de l'hygiène devraient briller par la disponibilité de l'eau et du savon sont parfois à cours d'eau pour la simple vaisselle. Il se dégage une logique de banalisation du risque dû au manque d'eau ou à l'utilisation de l'eau de qualité douteuse. D'ailleurs, l'eau qui est gratuitement donnée à boire aux clients dans les « tourne dos » n'a pas toujours une origine connue de l'ensemble des consommateurs. En outre, il y a des FOSA où l'on n'a pas observé des seaux contenant de l'eau pour le lavage des mains. Le lavage des mains dans un contexte de pénurie est alors perçu par les populations comme un simple gaspillage d'une ressource rare. Il est également à noter que certaines personnes remplacent le lavage des mains par l'utilisation des gels désinfectants, pendant que d'autres marchent avec du savon pour faciliter le lavage des mains en cas de nécessité. Ainsi des dires des acteurs rencontrés, un conducteur de moto (mototaximan), avoue lors d'un FGD, « *Je conduis la moto et je porte toujours le gang donc c'est à la maison que je lave mes mains ou quand je veux manger* ». Pour une vendeuse d'arachides dans un carrefour de la ville de Douala, l'eau est davantage importante pour étancher la soif, ainsi, elle affirme « *quand je viens vendre mes arachides, si j'ai soif, j'achète mon eau en sachet et je bois* ». Une autre femme plus exigeante affirme « *J'ai toujours mon savon dans mon sac pour laver mes mains (...). Attends je te montre* (elle fouille le plastique et retire un détergent et présente aux enquêteurs) : *voici ça, je lave toujours mes mains avec* », Ainsi, le rapport au lavage des mains est à la fois structurel, conjoncturel et culturel.

XII.3 Disponibilité actuelle du savon, de lessive pour le lavage des mains au passage de l'enquête

Au sein des ménages visités, le savon était toujours disponible. Il faut indiquer que ce morceau de savon n'était pas toujours destiné au lavage des mains, mais à plusieurs usages (lessive, bain, vaisselle, etc.). En dehors du savon, d'autres utilisent le détergent en poudre ou même le gel hydro alcoolique pour désinfecter les mains.

XII.4 Pratique de WASH au sein des ménages lorsqu'il n'y a pas de savon

Le manque de savon est présenté par les interlocuteurs rencontrés comme une impossibilité. Pour eux, il y a toujours, un petit morceau de savon ou du détergent quelque part dans la maison, quoique ce ne soit pas systématiquement utilisé durant le WASH. Les données de terrain ont permis de noter que, bien que le savon ou le détergent soit disponible dans certains ménages, les membres de ce ménage se lavent régulièrement les mains avec uniquement de l'eau. De ce fait, même quand il n'y a pas de savon, ils se contentent de se laver les mains uniquement avec de l'eau. Par exemple, d'aucuns ont souligné que lorsqu'on doit consommer un repas avec la main et qu'il faut se laver les mains avec du savon, on peut ressentir l'odeur du savon sur la main. C'est la raison pour laquelle ils préfèrent se laver les mains uniquement

avec de l'eau. « *Je lave souvent ma main avec le savon, surtout quand c'est très sale mais quand tu veux manger avec les mains, même si tu laves les mains comment avec le savon, tu vas toujours ressentir l'odeur du savon sur ta main. C'est pour ça que parfois, je préfère laver ma main seulement avec l'eau pour bien manger sans ressentir le savon* », propos recueillis auprès d'une personne âgée à Douala.

XII.5 Principaux moments lors desquels il est important de se laver les mains

D'après les enquêtes faites sur le terrain, les avis sur les moments de se laver les mains sont divergents en fonction du milieu dans lequel on se retrouve. Mais dans l'ensemble, il ressort qu'il est important de se laver les mains avant le repas, après le repas, après les latrines ou toilette. A ce titre, L'imam de la mosquée du Quartier Haoussa d'Obala rappelle de manière fréquente aux fidèles : « *vraiment attention avec le choléra. Même si tu pars dans les toilettes, quand tu sors tu laves les mains trois fois avec le savon. Quand tu vas manger, tu laves la main trois fois. Tu sors, tu pars à la mosquée quand tu vas rentrer tu laves la main aussi* », (Muezzin de la mosquée).

Bien plus, sur le terrain, les données montrent qu'il y a plusieurs moments importants où il faut se laver les mains. Pour les informateurs, se laver les mains après avoir été aux toilettes, après avoir touché/déversé les ordures, après avoir changé les couches ou nettoyé un enfant qui vient d'aller aux toilettes, avant de donner le sein à l'enfant ou après un travail manuel. Toutes ces situations sont pour eux des moments importants de lavage des mains. Il émerge toutefois en termes de classement deux variables, à savoir « avant de manger » et « après les toilettes/latrine ».

Dans les morgues et les FOSA, il a été rapporté que le lavage des mains se fait après avoir prodigué des soins à un malade, après avoir manipulé un corps, avant de manger ou tout simplement, après être allé aux toilettes. S'exprimant à ce propos, un personnel de santé affirme :

Normalement, on doit se laver les mains à tout moment. Une maman doit se laver les mains avant de donner le lait à l'enfant. Nous par exemple, avant et après avoir fait les soins, tu dois te laver les mains soit avec de l'eau ou du savon, soit tu utilises le gel. Le reste, avant et après avoir mangé, tu dois laver les mains même quand tu sors des toilettes.

XII.6 Récipient destiné au lavage des mains dans les maisons/ commerces

Dans les ménages, il existe des seaux spéciaux destinés au lavage des mains qui sont utilisés dans la maison et pour les personnes non membres du ménage. Ceci est aussi observable dans l'espace de commerce (de petites assiettes sont servies aux clients avec un peu d'eau que le savon n'accompagne toujours pas). Il existe également des lavabos aménagés pour le lavage des mains. Certains ménages recourent au sceau et au gobelet quoique ces récipients ne sont pas toujours pour ce seul usage. Pour certaines familles, le recours au « *bouta* » pour le lavage des mains est fréquents (cas des musulmans), un commerçant déclare à ce propos : « *chez les musulmans, on utilise le bouta pour se laver les mains* ». Dans le même temps, un chef traditionnel, se rappelant de l'âge d'or du lavage des mains relève : « *Pour se laver les mains,*

on a l'eau du robinet pour ceux qui ont le robinet. Si tu n'as pas, tu utilises ton récipient pour te laver les mains. Quand il y avait le coronavirus, il y avait les maisons qui avaient mis le seau d'eau et le savon à l'entrée. Tu lavais d'abord les mains avant d'entrer mais depuis là, les gens ne se lavent plus les mains».

SECTION XIII : BONNES PRATIQUES OBSERVÉES EN COMMUNAUTÉS

XIII.1 Expériences positives observées dans la communauté dans le cadre de la lutte contre le choléra

Les ménages partageant les cours communes disposent pour certains d'un agenda responsabilisant les différents ménages sur l'hygiène des latrines. De manière communautaire, des actions n'ont pas été observées dans les districts de santé de Djoungolo, Cité Verte ou encore Obala, présentant des initiatives visant à lutter contre le choléra. Toutefois de telles initiatives sont davantage personnelles et font suite à l'expérience d'un cas de choléra vécu par le ménage. Il ressort également un rôle majeur joué par les Agents de Santé Communautaire qui promeuvent des activités visant à rendre l'environnement propre et à entretenir les cours d'eau. Dans le même temps, lorsqu'un cas de choléra est signalé en communauté et notifié, le District de Santé organise une descente sur le terrain à l'effet de désinfecter les lieux et empêcher la contamination et la propagation de la maladie.

D'autres pratiques pour éviter le choléra consiste en une prise de conscience par certains acteurs du risque que peuvent en courir les personnes si certaines mesures ne sont pas prises. Ainsi, un vendeur de fruit dans la ville d'Obala relève : *« en tant que vendeur de fruits, (...) l'eau pour que je lave les fruits est javellisée »*.

Au plan communautaire, des initiatives d'investissement humain pour la promotion de l'hygiène et de la salubrité sont initiées à la faveur de certains textes réglementaires, sous l'impulsion d'une autorité traditionnelle ou en accord avec certaines pratiques sociales. Ainsi, une commerçante du marché Nkometou affirme *« dans le quartier, on organise le ramassage d'ordures après une semaine. C'est pour garder notre environnement sain »*. Plus loin, une cheffe traditionnelle relève *« Dans mon bloc, je peux décider que tel jour, on va faire le nettoyage des rigoles. Le jour-là, je suis la première à prendre ma houe et les autres viennent »*

XIII.2 Catégories d'acteurs les plus en vue dans le cadre de la lutte contre le choléra au sein des communautés

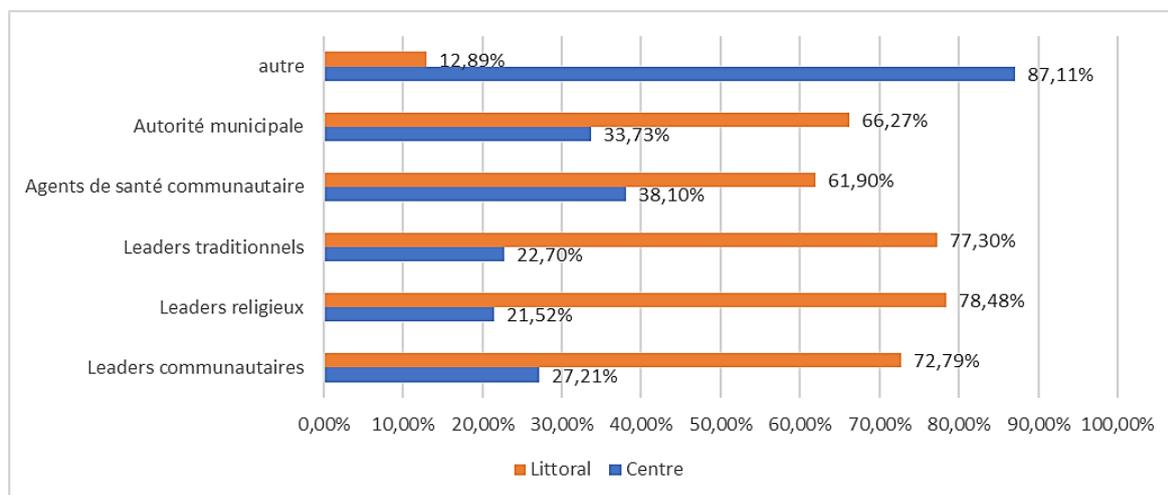
Il est important pour parler des acteurs de première ligne dans la lutte contre le choléra de catégoriser ces derniers en fonctions des domaines ou niveau d'intervention. Sur ce point, on note la promotion de la santé, la prise en charge et la prévention.

Promotion des mesures barrières de lutte contre le choléra

- Les Agents de Santé Communautaires au cœur de la riposte contre le choléra.

Ces acteurs sont de l'avis des populations et des responsables communautaires rencontrés, les personnes figurant en première ligne de la lutte contre le choléra. Ils sont actifs dans la sensibilisation de proximité, assurent le relais entre le district de santé, l'hôpital et les populations. Ils accompagnent les familles des victimes dans le suivi des mesures de protection et font en quelque sorte la surveillance épidémiologique. Cependant, il importe de noter que

leurs actions ne sont pas permanentes mais périodiques. Les données quantitatives renseignent cet état de fait.



Graphique 28: distribution de l'appréciation communautaire des acteurs intervenant dans la riposte au choléra

- **Leaders communautaires, les relais entre les acteurs de sensibilisation et les populations.**

Ils sont également reconnus par les populations comme les acteurs de première ligne dans la promotion des mesures barrières.

« Puisqu'on était les premiers cas et étant à l'hôpital le chef a passé l'annonce dans tout le quartier pour sensibiliser que le choléra est dans notre secteur même comme les gens ne le croyaient pas. Donc, il avait déjà eu à le faire. Il sensibilise chaque jour avec son microphone » propos recueillis chez un ancien malade de choléra au CMA Mvog-Betsi.

« Le district a envoyé les agents de sensibilisation. Il y'a des causeries éducatives que les agents de santé communautaires vont faire », propos recueillis auprès de la cheffe de l'Aire de santé CMA de Mvog-Betsi.

☞ **La prise en charge des cas**

- **Les centres de prise en charge : acteur majeur de la prise en charge du choléra.**

Malgré les tensions qu'on peut constater au niveau de l'accueil des patients ou les insuffisances en matière de communication, il reste que l'hôpital est le seul recours pour les personnes déjà malades de choléra. Les professionnels de santé, principalement ceux qui sont dans les UPEC du choléra sont perçus comme étant les acteurs de première ligne dans la lutte contre le choléra.

☞ **La prévention de la maladie**

Le personnel chargé du WASH en communauté est également présenté comme un maillon essentiel de la lutte contre le choléra. Les chefs d'Aire de Santé sont des acteurs qui relaient l'information sur la maladie dans leur territoire de compétence. Le Chef Bureau Santé du DS

de Bonassama note : « *En matière de communication, les chefs d'aire sont là pour relayer facilement les informations sur la maladie. Il y a eux et les chefs de blocs et de quartier* ».

XIII.3 Acteurs souhaités en communautés comme prioritaires en matière de lutte contre le choléra

Dans les districts de santé de Djoungolo, Cité-Verte ou encore Obala, les mairies, les élites reviennent dans les entretiens avec les membres des ménages comme les grands absents de la lutte contre le choléra. Dans le même temps, d'autres informateurs rencontrés estiment que toute personne qui peut jouer un rôle dans la lutte contre cette maladie est la bienvenue. En réalité, ce qui importe pour eux, ce n'est pas le profil des acteurs mais les actions concrètes de lutte contre le choléra dans leurs communautés. De ce fait, ils pensent que les acteurs sont nombreux, variés et ont des rôles bien spécifiques.

Quand on parle de choléra, les gens pensent seulement que c'est la chose du Ministère de la Santé et de l'hôpital alors que c'est pour tout le monde. Le Ministère du commerce doit vérifier les sachets d'eau qui sont vendus en route, le service d'hygiène doit sanctionner les gens qui exposent la marchandise sans couvrir ainsi que les commerçants qui étalent les marchandises dans des lieux insalubres. CAMWATER doit donner l'eau propre, les chefs traditionnels doivent sensibiliser leurs populations que la rigole c'est pour que l'eau circule et non pour vidanger les WC. Propos recueillis lors du FGD avec les professionnels de santé dans la ville de Douala.

Un autre acteur sanitaire note :

Le choléra n'est pas la chose du MINSANTE. Les autres acteurs apparentés comme HYSACAM, le MINEE, le Sous-Préfet, le Préfet, le Gouverneur, les Mairies, les chefs traditionnels et religieux, d'autres personnes que j'oublie doivent aussi jouer leur rôle (...). Les populations qui versent les ordures partout, qui ne respectent pas les règles d'hygiène doivent aussi prendre leur responsabilité et faire arrêter le choléra ». CBS Bonassama.

XIII.4. Acteurs et actions qui participent à encourager la lutte contre le choléra

Les activités de sensibilisation de proximité par les ASC et les responsables des FOSA, la part jouée par les médias pour l'information des populations à travers la télé, la radio, les réseaux sociaux numériques et les associations sont autant d'actions et d'acteurs qui encouragent la lutte contre le choléra. Dans le DS d'Obala, le CBS relève :

Nous avons aussi la radio Lekié qui aide beaucoup dans la sensibilisation. Les associations nous donnent également un coup de main dans la sensibilisation des populations, on peut parler par exemple des associations féminines religieuses comme les Ekoan Maria. Il faut dire aussi que les centres de santé coopèrent dans la référence des cas. L'implication du sous-préfet dans la sensibilisation du choléra est également un facteur galvanisant Triade au DS d'Obala,

Dans les FOSA et au sein des communautés visitées, il a été rapporté que le personnel WASH qui se déploie en communauté dans le but de désinfecter les lieux lorsqu'un cas de

choléra est confirmé est un acteur clé de la lutte en ce sens où, leur travail permet à toute la communauté de ne pas contracter la maladie. Il faut aussi signaler que la charge de travail du personnel impliqué dans la PEC du choléra, le risque qu'il court en prenant soins les malades sans toujours avoir les EPI adéquats est perçu comme un réel engagement et même un sacrifice. C'est ce qui fait dire à un personnel soignant : « *si nous ne sommes pas là pour soigner les malades, qui va le faire ? Nous soignons les malades en nous exposant* ».

Bien plus, un déploiement sans précédent est toujours effectué de manière générale chaque fois qu'un cas est identifié, ainsi la notification et la documentation sont également des activités importantes pour la maîtrise de la riposte. Un chef de District de Santé de la ville de Douala relève :

Pour lutter contre le choléra, on doit avoir les chiffres. Chaque fois qu'il y a un cas, nous sommes notifiés parce qu'on doit savoir que le District a déjà tel nombre de cas (...). Lorsqu'on est informé sur le cas, on mobilise tout le dispositif. L'équipe WASH descend pour désinfecter; Dès qu'on a un cas, le personnel de santé fait la sensibilisation, le point focal communication fait aussi la sensibilisation.

SECTION XIV : GOULOTS D'ÉTRANGLEMENTS ENTRAVANT LA LUTTE CONTRE LE CHOLÉRA

XIV.1 Goulots ou facteurs économiques qui entravent la lutte contre l'épidémie

Le faible accès à l'eau potable qui dépend lui-même du revenu du ménage, les habitudes en matière d'hygiène du ménage sont autant de facteurs qui peuvent influencer la riposte face au choléra. En effet, des interlocuteurs ont indiqué que pour laver les mains, il faut de l'eau et du savon qui ne sont pas toujours à la portée de tous les ménages. Ainsi l'accès à l'eau est-il perçu comme un goulot structurel qui malgré les activités de sensibilisation sera difficilement levé. C'est dans cette perspective que le choléra est perçu par un vendeur de médicament dans le District de Santé d'Odza comme une maladie de la pauvreté ou qui touche davantage les pauvres. « *Quelqu'un qui vit à Bastos (quartier résidentiel de la ville de Yaoundé) ne peut pas facilement attraper le choléra vu son cadre de vie. S'il y a des coupures d'eau, il peut s'acheter de l'eau minérale contrairement à ceux qui vivent dans les élobis (quartiers marécageux)* ». Il faut également relever que les habitudes des populations à recourir aux vendeurs de médicaments de la rue est également un goulot qui retarde l'arrivée dans les FOSA. Ainsi, au plan économique, les goulots se trouvent à plusieurs niveaux : structurel, logistiques et financiers

☞ Au plan structurel

La pauvreté ambiante dans certaines zones est un facteur de vulnérabilité des populations à l'épidémie du choléra. En effet, la promiscuité, le manque de commodités essentielles (eau, savon, toilettes entretenues) exposent les populations. D'autres personnes « pauvres » s'exposent par les pratiques comme fouiller les poubelles à longueur de journée pour récupérer des objets qu'ils peuvent vendre. Un transporteur du quartier Besseke à Douala affirme à cet effet que :

Les gens consomment l'eau du forage tout simplement parce qu'ils n'ont pas d'argent pour se procurer de l'eau minérale ». Un autre, dans une situation de vulnérabilité, note : « Je ramasse le fer, les bouteilles et tout ce qui est encore bien et je vends pour me nourrir (...). Je n'ai pas peur la maladie parce que c'est Dieu qui me protège quand je fouille la poubelle. Si je ne fouille pas, je vais vivre comment ? Vous allez me donner le travail !? »

☞ Au plan logistique

Le manque d'Équipement de Protection Individuelle expose les acteurs de première ligne de la riposte en matière de prise en charge de cas confirmé. A cela, il faut ajouter la rupture d'intrant qui peut plomber les efforts entrepris ou le courroux de la famille. Un Directeur d'Hôpital de District dans la ville de Douala, relève : « *laissez-moi vous dire que la lutte contre le choléra a beaucoup de problèmes. Les ressources ne sont pas mobilisées, l'hôpital prend les malades en charge et la pharmacie tient le registre de toutes les dépenses liées au choléra. Il n'y a pas un budget spécifique pour le choléra* »,

☞ **Au plan financier**

La prise en charge du choléra est onéreuse si elle n'est pas considérée par les pouvoirs publics comme une externalité positive, d'où la gratuité de celle-ci. Ainsi, le camerounais moyen pourrait déboursier dans un hôpital privé plus de 200. 000 FCFA pour la prise en charge du choléra. A cela s'ajoute les habitudes des populations au recours à l'automédication ou aux remèdes achetés dans la rue, par peur de fréquenter les structures sanitaires pour le coût estimé onéreux de leur prise en charge.

XIV.2 Difficultés ou facteurs d'accessibilité géographique qui entravent la lutte contre l'épidémie

De manière générale l'accessibilité géographique est observable à plusieurs niveaux :

☞ **Difficile accès aux sources d'approvisionnement en eau potable**

Cette difficulté pour les populations représente un goulot à la fois économique et structurel.

☞ **L'accessibilité difficile aux formations sanitaires habilitées à prendre en charge des cas de choléra**

Les quartiers se trouvant dans les zones fortement enclavées comme les marécages et vivant dans la promiscuité ont connu un nombre important de cas de choléra. Ce fut le cas d'Elig-Effa, Akok-Ngoe, à Simbock dans le district de santé de Biyem-Assi et du quartier Haoussa dans le district de santé d'Obala. Les données de terrain révèlent que l'accessibilité géographique entrave la lutte contre le choléra. En effet, les aires de santé qui ne disposent pas d'une unité de prise en charge du choléra sont contraintes d'orienter les cas suspects ou confirmés de choléra dans les UPEC agréées. Le plus souvent, ces références sont faites dans de conditions sanitaires assez complexes. En effet, lorsqu'un cas de choléra est diagnostiqué au sein d'un FOSA qui ne prend pas en charge cette maladie, le dispositif de référence est souvent assez complexe. Dans nombre de cas, c'est le taxi ou la voiture d'un proche qui est utilisée comme ambulance. Cependant, lorsque la voiture arrive avec le malade dans la FOSA, le service du WASH désinfecte la voiture avant de la laisser partir. Un personnel de la ville de Douala relève à ce sujet :

Dans mon aire de santé, je suis la FOSA leader, mais je ne prends pas en charge le choléra. On n'est pas outillé dans ça c'est pour ça qu'on réfère seulement à l'Hôpital de District de Nylon lorsqu'il y a un cas. Comme c'est un peu loin, le pire peut arriver en route. Quand on a un cas, on n'a pas une ambulance pour transférer à l'hôpital, la famille fait seulement avec les moyens qu'elle a.

Un acteur impliqué dans la référence raconte : « *Quand j'ai vu que c'était le choléra, on a cherché un taxi et je suis partie avec elle à l'hôpital. A l'entrée de l'hôpital, on est venu prendre la mère dans le taxi pour l'amener et le taxi est resté dehors. On a demandé qu'il attend et on a désinfecté le taxi avant qu'il ne rentre* ».

☞ **Le mauvais état des routes.**

Les difficultés à trouver rapidement des moyens de transport, les constructions anarchiques des maisons qui rendent dans certains quartiers difficiles d'accès retardent l'arrivée des malades dans les FOSA. Pour le chef traditionnel de Mfandena dans le DS de Djoungolo, « pour améliorer la prise en charge des cas, il faut faire fonctionner les FOSA privées proches des populations. Il faut donc qu'on re-ouvre le centre de santé qu'on a fermé parce que l'Hôpital de District est très loin et il y a des gens très pauvres qui ne peuvent pas aller dans les grands hôpitaux »

XIV.3 Goulots ou facteurs socioculturels qui entravent la lutte contre l'épidémie

☞ Les perceptions ou représentations sociales sur la maladie

Les croyances populaires et autres rumeurs qui circulent sur cette maladie peuvent influencer les actions des populations dans le sens de développer des comportements protecteurs ou alors céder à un relâchement. Ces rumeurs se déconstruisent certes avec l'expérience directe ou indirecte d'un cas de choléra. Mais de manière générale, on observe que chez ceux qui ont fait l'expérience de la maladie, la rumeur prospère difficilement par rapport à ceux n'ayant aucune expérience. Un responsable de FOSA dans la région du Centre note :

Ils te disent carrément que c'est la maladie des blancs. Que nous ici, nous les africains on a un organisme de fer, donc on ne pas contracter la maladie. On ne peut pas contracter ça. Mais c'est quand vous avez quelqu'un en face qui est malade et tout et tout, que quelqu'un dit donc que c'est vrai, les gens peuvent même mourir de cette maladie, c'est là où ils prennent aussi conscience,

☞ Des croyances religieuses

Certaines croyances vont à l'encontre de l'utilisation des formations sanitaires peuvent être identifiées comme des goulots à l'accès au traitement. En effet, il y a des croyances où on interdit formellement aux adeptes de se rendre dans une FOSA pour se faire soigner car c'est Dieu qui guérit. Un chrétien affirme : « pourquoi aller chercher la guérison ailleurs lorsque le seigneur est notre médecin. Dans (Jérémie 17 :14) il est écrit : guéris-moi éternel et je serai guéri ; sauve moi et je serai sauvé ; car tu es le sujet de ma louange. Je crois en jésus mon unique seigneur et sauveur et en ce qui concerne l'hôpital je n'y suis jamais allé ».

☞ Banalisation de la maladie

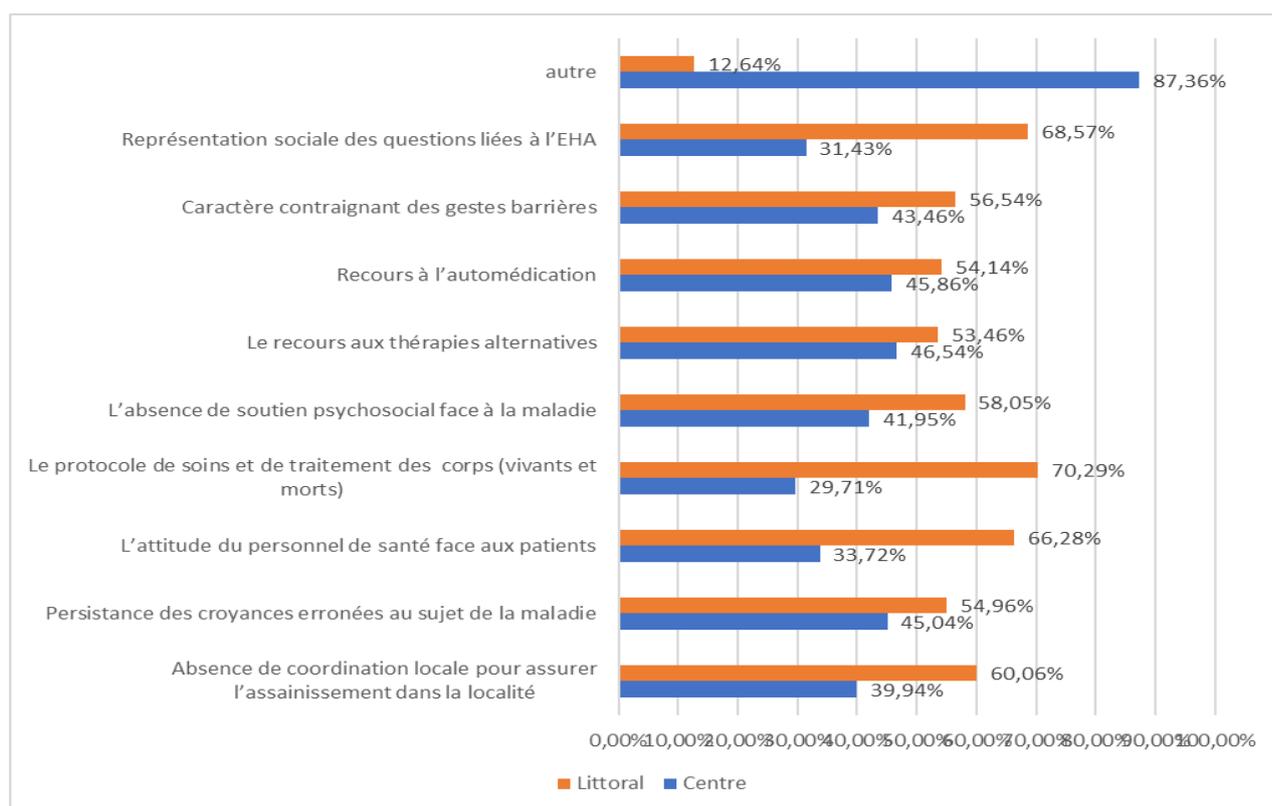
Au-delà du non-respect des mesures d'hygiène et de protection contre le choléra, on y trouve également la banalisation de cette maladie pour les personnes n'ayant jamais fait son expérience proche ou lointaine.

Les acteurs qui travaillent à la morgue estiment qu'une fois qu'un patient de choléra décède et que le corps doit être traité, gardé et inhumé par les spécialistes, certaines familles s'y opposent et veulent elles-mêmes enterrer leur corps après avoir fait un certain nombre de rites. Le major d'une morgue dans la ville de Douala affirme «lorsqu'un chef ou un notable meurt par exemple, sa famille veut son corps. Elle ne sait pas toujours quels risques ils encourent. D'autres refusent catégoriquement qu'on enterre leur père ou leur mère loin de leur village et pour qu'ils comprennent pourquoi on le fait, on souffre.

☞ La stigmatisation

Il a été rapporté que certaines familles qui ont eu un cas de choléra refusent catégoriquement que les services WASH puissent descendre dans leur ménage désinfecter les lieux. Pour eux, le choléra étant perçu comme la maladie de la saleté, le fait qu'il y ait tout un dispositif de nettoyage va désormais pousser les membres de la communauté à les taxer de « familles sales ». Un responsable de FOSA note, parlant de ce refus qui traduit une sorte de stigmatisation du ménage : « *Il y a les gens qui refusent qu'on vienne désinfecter le chez eux parce qu'ils se disent que quand les gens vont voir cela, ils vont dire qu'ils sont sales alors que si on ne désinfecte pas, ça va contaminer les autres* ». Des parents ayant fait l'expérience de la maladie à travers leur enfant tentent de faire comprendre aux enquêteurs : « *Moi je vous dis que le choléra ce n'est pas la maladie de la saleté, tout le monde peut attraper ça, il y avait toutes catégorie de personnes là-bas, même les riches, le choléra ce n'est pas la maladie de la saleté !* », triade DS Cité Verte, 20 juillet 2023. Il se dégage de ces propos le besoin de faire comprendre aux autres que le choléra n'est pas lié à la saleté, mais bien à autre chose.

Le graphique qui suit relève bien d'autres facteurs socioculturels qui s'érigent comme des goulots à la lutte contre le choléra.



Graphique 29: distribution des facteurs sociaux culturels représentant des goulots par région

XIV.4 Facteurs psychosociaux

Les personnes en situation de vulnérabilité représentent un goulot à l'adoption des mesures de protection contre le choléra. A ce titre les facteurs psychosociaux qui peuvent représenter un goulot entravant la lutte contre le choléra sont :

☞ **L'ignorance de certaines cibles.**

En effet, les cibles comme les enfants, adolescents et jeunes, sont pour certains ignorants des risques encourus en nageant dans une eau qui peut faire l'objet d'usage multifformes qui ne garantissent pas toujours sa qualité.

☞ **Les mentalités.**

Elles représentent le nœud de certains comportements à risques qui perdurent malgré la sensibilisation et les interpellations des autorités sanitaires (Districts de Santé).

Lors d'une observation descriptive d'une rivière nommée Afamba dans le DS d'Obala, saisis par la couleur de l'eau de cette rivière qui est loin d'être incolore, les enquêteurs ont engagé des groupes de discussion avec les enfants et adolescents qui ont confirmé qu'ils se retrouvent à cet endroit dans l'après-midi pour effectuer des tâches ménagères comme la lessive, la vaisselle ou encore la corvée d'eau pour la maison. D'autres ont affirmé que la nage est ce qui les amène à cet endroit, c'est le moment pour eux de s'amuser et de relever des performances. Les enquêteurs ont ainsi observé un concours de vitesse en nage libre. Sur la question de cette eau d'apparence douteuse que ces acteurs plongeurs pourraient boire pendant cette séance nautique, ces derniers ont révélé que cette eau ne comporte aucun danger : « *on la boit quand on nage, mais elle ne nous fait rien, on n'a pas mal au ventre* ». Plus loin, un autre avoue aux enquêteurs que cette eau ne fait du mal qu'aux ventres de nouveaux venus lorsqu'ils commencent à nager dans la rivière Afamba pour la première fois.

Photo 12: Les usages de l'eau de la rivière Afamba



☞ **L'absence de motivation du personnel soignant**

Les personnels impliqués dans la prise en charge du choléra ont estimé qu'ils ne sont pas motivés. Ceux-ci estiment qu'ils doivent bénéficier d'un accompagnement psychosocial afin de bien faire, mieux faire leur travail. En effet, la charge du travail, la souffrance observée lors de l'hospitalisation des patients, les cas de décès, le stress et la tristesse des proches des malades sont autant d'épisodes qui affectent psychologiquement les personnels impliqués dans la PEC du choléra. Pour y faire face, ceux-ci recommandent un accompagnement psychosocial. Lors d'un FGD, l'un d'eux a déclaré :

J'ai des collègues, quand on les affecte à l'unité du choléra, ils se demandent ce qu'ils ont fait pour mériter une telle punition. Nous qui sommes au contact des malades tous les jours, on a besoin de l'accompagnement psychosocial parce que tous les jours, tu vois le patient souffrir, être rongé par le choléra et peut-être même mourir. La mort du choléra est rapide. Si on faisait les choses normalement, c'est qu'on a mis un psychologue pour nous aider à surmonter cela.

XIV.5 Facteurs sanitaires

Le choix de fréquenter la formation sanitaire par les populations tient à plusieurs facteurs qui peuvent être économiques, techniques ou encore socioculturels.

☞ **Les représentations sociales sur le coût élevé des prestations dans les hôpitaux.**

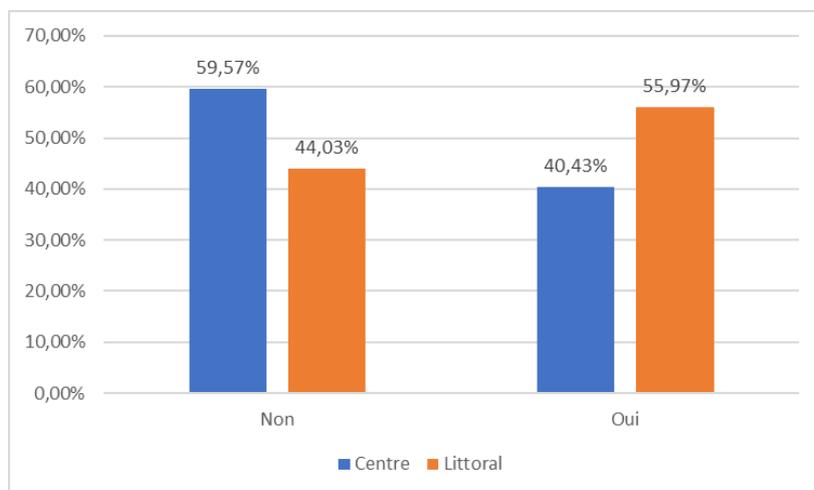
Il ressort des dires de responsables de formations sanitaires que les populations évitent la référence vers les hôpitaux, ils ont peur des coûts que cela peut générer. Ils préfèrent les formations sanitaires de proximité (Centre de santé). Ainsi, certains cas suspects référés vers un hôpital de District peuvent choisir d'aller vers un autre centre de santé ou tout simplement rentrer à la maison. Ainsi, une ASC du DS d'Obala rapporte :

On a eu un cas et eux-mêmes voulait gérer ça à la maison et ça leur (les) a dépassé... Mais ce qui nous nuit ici c'est qu'il y a des vendeurs de médicaments ambulants (vendeurs de médicaments de la rue) partout au marché, presque partout, et les gens se focalisent là-bas pour fuir l'hôpital. Mais quand moi-même je rencontre ces vendeurs, je dis que tu ne peux pas réussir à traiter la maladie. Quand quelqu'un a la maladie, il part d'abord voir l'ambulant, c'est quand c'est grave qu'il vient à l'hôpital.

☞ **Le manque/faible niveau d'information sur les services de prise en charge du choléra**

La question de la gratuité de la prise en charge du choléra n'est pas toujours maîtrisée par la population, d'où le choix que ces dernières opèrent de différer l'arrivée à la formation sanitaires. La méconnaissance du fait que les comorbidités lors de la prise en charge du choléra ne sont pas intégrées dans le protocole crée des discordes entre le personnel soignant et les familles qui y voient une arnaque. Une mère d'enfant atteint affirme : « *Au début, la prise en charge est gratuite, ensuite, beaucoup d'ordonnance sont payantes, c'était mon cas* ». Dans la suite de la discussion, elle a reconnu que son fils souffrait également de paludisme. Le

graphique qui suit relève que plus de 50% des informateurs ne sont pas au courant de la gratuité du traitement.



Graphique 30: connaissance ou non de la gratuité de la prise en charge du choléra par les répondants

☞ La formation du personnel de santé

Les données de terrain font état de ce que les centres de santé qui ne sont pas impliqués dans la prise en charge des cas de choléra ont des personnels qui ont parfois du mal à identifier les malades ou les symptômes du choléra. Ces personnels n'ont pas de connaissance du protocole de prise en charge du choléra et ont demandé dans leur entièreté à bénéficier d'une formation lors des épidémies.

☞ La maîtrise de la propagation du virus

Cette activité impose une rapide prise de décision face au décès de choléra. Ainsi, pour éviter les problème contamination communautaire et ainsi la perte de la maitrise de la situation, les autorités sanitaires sont obligés de prendre des mesures qui ne sont pas toujours socialement ou culturellement acceptées. Dans ce sens, les acteurs de la santé ont souligné que certaines familles ayant un cas de choléra peuvent décider de ne pas se rendre à l'hôpital avec leur malade parce que, s'il arrive que ce dernier rende l'âme à la FOSA, les familles ne pourront pas faire leur deuil/l'enterrement selon leur tradition en plus de ce que le déplacement vers le village serait très onéreux pour le laps de temps accordé à la famille. C'est ce qui fait soutenir un major de morgue à Douala :

Les gens ont peur de l'hôpital parce que quand quelqu'un meurt et on dit que c'est à cause du choléra, le corps n'est pas remis à la famille. On prend des dispositions pour l'enterrer dans la ville. Cela n'est pas apprécié par la plupart des familles qui veulent eux-mêmes enterrer leur corps, faire les rites qu'ils ont l'habitude de faire. D'autres sont originaires d'une autre région et n'acceptent pas que le corps de leur parent soit enterré ailleurs (...) tout ça peut faire que les familles décident ne pas venir à l'hôpital.

XIV.6 Facteurs politiques

Malgré la mise en place des unités de prise en charge et des dispositifs techniques de coordination (groupe WhatsApp régional dans la région du Centre, intégrant les personnels du niveau central), certains goulots qui relèvent du niveau politique persistent :

☞ **Mise en œuvre partielle ou non des initiatives prise par le Gouvernement.**

A travers les récit de vie des personnes approchées, on perçoit un désengagement des autorités sanitaires telle que rapporté dans un District de santé comme la Cité verte, désengagement qui se manifeste par le faible suivi des cas identifiés et confirmés, l'absence d'équipe de désinfection mobilisée à la prise en charge d'un cas peuvent être des goulots d'étranglement à la réduction des risque de contamination du choléra en communauté. Une victime du DS de la Cité Verte rapporte :

Après l'hôpital, on nous a donné des conseils, de désinfecter toute la maison et de donner les remèdes au petit frère et à la petite sœur de mon fils malade. C'est moi-même qui ai acheté ces remèdes. Arrivé à la maison, j'ai moi-même désinfecté la maison avec l'eau de javel, le savon... pourtant j'avais notifié le cas au district de la Cité Verte. Mais aucune équipe n'est descendue sur le terrain pour la désinfection ou encore le suivi.

☞ **Le manque d'intrants et la faible logistique disponible dans les unités de prise en charge.**

Il a été constaté dans certaines unités de prise en charge du choléra des ruptures d'intrant qui induisent des coûts supplémentaires supportés par les familles. Le CBS du DS d'Obala note : « il y a souvent des ruptures en intrants de prise en charge du choléra au niveau de l'hôpital de district d'Obala ».

SECTION XV : SYNERGIES UTILES POUVANT FAVORISER DURABLEMENT L'ADOPTION ET PRATIQUE DURABLE DES MESURES PREVENTIVES DU CHOLERA ET L'UTILISATION DES SERVICES DE PRISE EN CHARGE

XV.1 Méthodes ou stratégies à privilégier pour améliorer la sensibilisation face au choléra

La multiplication des canaux de communication est à l'analyse l'idéal pour toucher le plus grand nombre au vu de la variété des sources d'information sur le choléra. Mais de manière générale, une communication de proximité ou proche de chaque cible est souhaitée par les acteurs de terrain. Les stratégies ci-après ont été identifiées dans ce sens par les acteurs approchés.

☞ Des activités de sensibilisation pratiques.

Les présidents de comité d'Aire et de District de Santé rencontrés, par ailleurs ASC relèvent que la sensibilisation par l'exemple et la démonstration est le meilleur moyen de préparer les populations et de leur donner des habilités à l'acquisition de certains comportements susceptibles de les protéger des risques de contracter le choléra. Une présidente de Comité d'Aire de Santé dans le DS de Djoungolo précise : *« pour améliorer la sensibilisation, elle doit être accompagnée des supports et les éléments pratiques comme les seaux pour le lavage des mains, le chlore, l'eau de javel, il faut aussi les causeries éducatives avec les supports pour mieux pratiquer »*.

☞ La communication interpersonnelle ou en petits groupes.

La sensibilisation de proximité auprès de la population est la « méthode idéale » pour des autorités administratives et sanitaires, dans la mesure où, il est plus facile d'écouter le message d'un agent de santé présent dans la communauté que les messages véhiculés dans les médias. Au niveau des populations, il émerge des solutions davantage structurelles qui visent en fin de compte l'amélioration des conditions de vie (aménagement de forage, accessibilité géographique des FOSA). Pour le sous-préfet de Yaoundé IV, *« La méthode idéale c'est la sensibilisation auprès des communautés, le porte à porte. Les chefs aires qui sont là, ils connaissent comment ces choses se passent »*. Pour un responsable de FOSA dans la région du Centre, il faut :

Envoyer un maximum de personnes comme les ASC car ils peuvent toucher la localité. Nous devons donc être en synergie avec les différents leaders pour lutter contre cette maladie car l'union fait la force pour empêcher la propagation de la maladie. Faire des affiches, création des forages, distributions des bacs à ordures, l'amélioration des puits. Faire la communication à travers les chaînes de télé est importante car il y a des chaînes qui nous édifient.

☞ Le recours aux médias

Les données de terrain renseignent que les médias sont d'une grande importance dans la lutte contre le choléra. Ils véhiculent les messages sur l'hygiène, l'assainissement, en encourageant les populations à verser les ordures dans les poubelles et bacs à ordures et non dans la rigole ou les cours d'eau. De manière pratique, les acteurs estiment que les radios communautaires peuvent être utilisées comme moyen sensibilisation. Ici, il a été rapporté que le message peut être véhiculé en français, en anglais mais aussi en langue locale pour toucher une cible important. Bien plus, la télé, les réseaux sociaux (Facebook et WhatsApp) ont été cités comme d'autres moyens où l'information sur le choléra peut être facilement véhiculée.

XV.2 Stratégies d'amélioration des conditions de traitement des personnes atteintes de choléra au niveau des FOSA ; au niveau de la communauté

Il se dégage comme une satisfaction générale des personnes et familles ayant fréquenté les services de prise en charge du choléra dans la région du Centre. Satisfaction certainement due au fait que la prise en charge du choléra soit gratuite et que le malade soit guéri. Toutefois, des incompréhensions persistent et représentent des goulots à la qualité de la prise en charge du choléra et également des goulots à la mobilisation de la communauté pour l'utilisation des services de prise en charge du choléra. Ainsi, pour améliorer les conditions de prise en charge, il serait important pour les acteurs d'améliorer les points ci-après :

☞ Amélioration de l'accueil : la porte d'entrée de la prise en charge.

Cette question est indexée comme étant un point d'achoppement entre les familles et des personnels soignants. Un ASC du DS de Djoungolo relève ceci :

à l'hôpital, les relations entre soignants et soignés n'ont jamais été bonnes. C'est une relation antipathique. Le personnel est moins réceptif dans le cas des épidémies, surtout que la prise en charge était gratuite. Le côté positif, c'est que les populations savent quand même où aller, mais... l'accueil est terrible.

Il est également souhaité une sorte d'éloignement ou d'isolation de l'UPEC choléra pour éviter la contamination au sein de la FOSA. Un personnel impliqué dans la PEC relève : « *normalement, on doit créer un bâtiment éloigné des autres salles d'hospitalisation pour que les autres malades ne soient pas en contact avec les malades du choléra* ».

☞ Amélioration de la communication sur la notion de gratuité du traitement.

La question des comorbidités qui est inconnu des patients malade ou de leur famille n'est pas toujours expliquée promptement dans certaines unités de prise en charge. Un acteur majeur du DS de la Cité Verte (COSADI) rappelle :

La gratuite du traitement de choléra est réelle. On attire l'attention des responsables des formations sanitaires malgré quelques exceptions qui ont été très vite maîtrisées. Pour la prise en charge à la maison, on demande toujours aux parents d'avoir du citron, de l'eau potable, de préférence de l'eau minérale, du sucre et du sel. Certaines familles m'ont appelé pour dire que ça les aide avant d'arriver à la formation sanitaire.

☞ **Sensibilisation des populations sur la gratuité du traitement.**

Des interlocuteurs ont avoué n'avoir pas connaissance de ce que la prise en charge du choléra est gratuite.

☞ **La communication sur les mesures transitoires avant l'arrivée à la FOSA.**

Des interlocuteurs rencontrés ont partagé avec les enquêteurs, des stratégies données aux populations pour anticiper la prise en charge et réduire le risque de déshydratation de la personne atteinte. Ainsi l'eau potable, le sucre le sel et le citron peuvent permettre de maintenir le malade jusqu'à la formation sanitaire. En outre, la demande en vaccin est réelle dans les communautés qui ont été atteinte.

☞ **Amélioration logistiques au centre des préoccupations des personnels sanitaires.**

Il ressort que la logistique est indexée comme un problème majeur par les personnels de santé. Les problèmes de rupture en intrants de prise en charge du choléra ont été présenté à Obala comme une contrainte majeure qui peut induire des coûts supplémentaires. Par ailleurs, tous les hôpitaux de district de sont pas toujours équipés pour prendre en charge les cas de choléra. En outre, la formation des personnels de santé en termes de recyclage a fait l'objet d'attention.

XV.3 Acteurs à mobiliser pour une meilleure efficacité

Il ressort de l'exploitation des données de terrain que plusieurs acteurs sont attendus dans la riposte au choléra à tous les niveaux, notamment en matière de sensibilisation et mobilisation, ainsi qu'en ce qui concerne la prise en charge. Il s'agit entre autres :

☞ **Des Mairies ou communautés urbaines.**

Des interlocuteurs ont présenté les mairies comme les grands absents dans la riposte au choléra. Leur rôle est critiqué ou remis en cause parce que ces derniers ne sont pas visibles pour certaines questions d'hygiène ou de salubrité dans les communautés ou tout simplement, parce que leur contribution est méconnue desdites populations. En effet, les bacs à ordures saturés, les inondations ou le manque de routes dans les artères des quartiers sont perçus par les acteurs communautaires comme une démission des autorités communales. Pourtant des acteurs comme le district de santé, notamment celui d'Obala, relèvent que la mairie est un acteur majeur dans le processus de prise en charge des dépouilles de choléra.

☞ **Des populations.**

L'adhésion de la population aux activités de sensibilisation et au changement de comportements est remise en cause par certains acteurs et autorités sanitaires.

☞ **Des élites**

Dans le DS d'Obala, des acteurs comme le DS ont remarqué que les élites sont absentes depuis le déclenchement de l'épidémie.

☞ **Des acteurs multisectoriels**

Il se dégage de l'exploitation des données de terrain que le secteur santé n'est pas accompagné par les autres sectoriels qui sont pourtant visibles lors des réunions organisées par l'autorité administrative, mais absent sur le terrain. En effet, la lutte contre le choléra se présente comme une action qui n'implique pas les autres départements ministériels (MINJEC, MINPROFF, MINEPAT, etc.). Toutefois, on a pu observer dans les dires des acteurs que la Mairie joue un rôle important à travers son service d'hygiène, rôle inconnu cependant de la population. A ce propos, un CBS de la région du Centre note qu'« *Il y aussi les responsables des différents structures sectorielles de l'arrondissement, ils sont là lorsque le chef de terre (le sous-préfet) organise une réunion de crise, ils font partie de l'état-major. Cependant, ils ne font pas grand-chose pour qu'on ressente leur présence lors des campagnes de sensibilisation* ».

Globalement, il ressort que la lutte contre le choléra est multisectorielle, parce que les causes également le sont. Dans ce sens, une mobilisation de tous les acteurs sociaux serait importante pour apporter une réponse adaptée. Plus encore, les questions d'approvisionnement en eau, de gestion des ordures, d'aménagement des quartiers, d'amélioration des conditions de vie, de mobilisation des ressources ou des acteurs sont autant d'intervention qui requiert la présence des acteurs comme les ASC, les Points Focaux Communication, les Chefs de Districts de Santé, les Chefs d'Aires de Santé, les chefs traditionnels, les médias, HYSACAM, les responsables des FOSA, les parents, etc.

Tableau 13: Matrice synoptique ou de Synthèse des recommandations

Régions	Districts	Principaux obstacles ou goulots limitant les résultats et les performances de la lutte contre le choléra	Principales recommandations	Acteurs de mise en œuvre
Centre	Obala, Djoungolo et Cité verte	Absence de points d'eau potable pour certains quartiers	Construction d'un forage, aménagement des points d'eau existant dans le district	MINEE, PTF,
		Absence de bacs à ordures pour le déversement des déchets ménagers	Dépôts des bacs à ordures en quantité suffisante	Commune d'Arrondissements, Communautés Urbaines
		Personnels non formés pour la prise en charge des patients atteints du cholera	Organisation de sessions de formation des personnels de santé lors des épidémies	MINSANTE, PTF
		Absence d'intrants dans les centres de santé et ménages	Mettre à la disposition des DS et HD concernés de tous des intrants	MINSANTE
		Absence de points d'eau potable pour certains quartiers	Construction d'un forage, aménagement des points d'eau existant dans le district	MINEE, PTF,
		Absence de bacs à ordures pour le déversement des déchets ménagers	Dépôts des bacs à ordures en quantité suffisante	CA CU
		Personnels non formés pour la prise en charge des patients atteints du cholera	Organisation de sessions de formation des personnels de santé lors des épidémies	MINSANTE, PTF
		nombre réduit d'UPEC	augmenter le nombre d'UPEC	MINSANTE, PTF

Régions	Districts	Principaux obstacles ou goulots limitant les résultats et les performances de la lutte contre le choléra	Principales recommandations	Acteurs de mise en œuvre et de mobilisation
Littoral	Deido	<ul style="list-style-type: none"> - Facteurs socioculturels : les communautés originaires d'autres régions que le Littoral acceptent difficilement de laisser qu'on enterre leur corps à Douala et non dans leur région d'origine - Facteurs infrastructurels : Promiscuité de l'unité de PEC charge du choléra - Utilisation des rigoles, cours d'eaux et des drains par les populations comme espace appropriés pour vidanger les toilettes - la charge de travail du personnel impliqué dans la PEC du choléra est très élevée par rapport à leur effectif - Le personnel de PEC est exposé à cause du manque des EPI appropriés - La lutte contre le choléra est perçue comme la bataille du MINSANTE - Le personnel de PEC ne bénéficie pas d'une quelconque forme de soutien encore moins d'un accompagnement psycho-social - Problème d'accès à l'eau potable en communauté et dans les marchés 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibiliser les communautés vivant au bord des cours d'eau, rigoles et drains à solliciter les services spécialisés pour vidanger les WC - Construire une UPEC du choléra plus grande - Affecter d'autres personnels dans les unités de prise en charge du choléra afin de réduire la charge de travail - Mettre à la disposition des acteurs de prise en charge du choléra les EPI en quantité et en qualité - Les acteurs d'autres départements ministériels doivent se joindre au MINSANTE pour une lutte conjointe contre le choléra - Motiver le personnel de PEC du choléra (motivation financière, accompagnement psycho-social, lettre de félicitation pour service rendu) - Construction des forages aménagés, distribution de l'eau courante potable 	<ul style="list-style-type: none"> - Le MINSANTE et ses partenaires techniques et financiers - Des acteurs comme le MINEE, le MINDUH, Hysacam, les CTD, les acteurs institutionnels, communautaires, religieuses ainsi que les familles - CAMWATER, les élites, les CTD

Districts	Principaux obstacles ou goulots limitant les résultats et les performances de la lutte contre le choléra	Principales recommandations	Acteurs de mise en œuvre et de mobilisation
Bonassama	<ul style="list-style-type: none"> - Problème d'accès à l'eau potable en communauté et dans les marchés - Non implication des Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD) dans la lutte contre le choléra - Faible communication sur le choléra - Utilisation des rigoles, cours d'eaux et des drains par les populations comme espace appropriés pour vidanger les toilettes - Construction des maisons dans des zones à risque (inondation) 	<ul style="list-style-type: none"> - Construction des forages aménagés, distribution de l'eau courante potable - Les CTD doivent s'impliquer dans la lutte contre le choléra en apportant un soutien matériel, financier et en étant plus regardant sur la collecte des déchets - Mettre les moyens à la disposition du District et des Aires de Santé pour une communication constante et de proximité - Sensibiliser les communautés vivant au bord des cours d'eau, rigoles et drains à solliciter les services spécialisés pour vidanger les WC sous peine de sanction - Les services impliqués dans le contrôle des maisons d'habitation doivent s'assurer que les maisons ne sont plus construites dans les zones à risque 	<ul style="list-style-type: none"> - Le MINEE, CAMWATER, les élites, les CTD - Les Mairies et la Communauté Urbaine - MINSANTE et DRSP (moyens matériels et financiers) - Les Points Focaux communication des DS et des AS (conception des dépliants, banderoles, communication de masse dans les agglomérations et les médias tels que la radio, la TV, Facebook, WhatsApp) - responsables du MINHDU

Districts	Principaux obstacles ou goulots limitant les résultats et les performances de la lutte contre le choléra	Principales recommandations	Acteurs de mise en œuvre
Nylon	<ul style="list-style-type: none"> - L'absence des bacs à ordures dans les quartiers poussent les populations à créer des dépôts d'ordures sauvages - Lenteur dans la désinfection des ménages/foyers ayant eu un cas de choléra - Les enfants qui partent verser les déchets ne disposent d'aucun EPI - Faible communication sur le choléra - Utilisation des rigoles, cours d'eaux et des drains par les populations comme espace appropriés pour vidanger les toilettes - Promiscuité de l'unité de PEC charge du choléra - Problème d'accès à l'eau potable en communauté en dans les marchés 	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre dans les quartiers des bacs et un système de collecte quotidien de déchets - Protéger les enfants qui vident les poubelles en leur donnant des EPI - Mobilisation constante et permanente des acteurs impliqués dans le WASH en communauté pour désinfecter les ménages ayant eu des cas de choléra - Construire des UPEC ayant une plus grande capacité d'accueil - Construction des forages aménagés, distribution de l'eau courante potable 	<ul style="list-style-type: none"> - Hysacam, les Mairies ou les services privés de collecte de déchets - MINSANTE - Les parents d'enfants qui vident les poubelles doivent mettre à la disposition de ces derniers des EPI - Le MINSANTE - Le MINEE, CAMWATER, les élites, les CTD

Districts	Principaux obstacles ou goulots limitant les résultats et les performances de la lutte contre le choléra	Principales recommandations	Acteurs de mise en œuvre
Boko	<ul style="list-style-type: none"> - Absence des moyens de transports appropriés et adaptés pour la référence des cas de choléra de la communauté vers les centres spécialisés de PEC - La communication sur le choléra est insuffisante - Problème d'accès à l'eau potable en communauté et dans les marchés - Les personnes vivant grâce aux produits récupérés dans les poubelles/bacs à ordures ne disposent d'aucun EPI - Utilisation des rigoles, cours d'eaux et des drains par les populations comme espace appropriés pour vidanger les toilettes 	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre des ambulances au sein des FOSA périphériques pour faciliter la référence des cas de choléra vers les UPEC Sensibiliser ceux qui fouillent les poubelles sur la nécessité d'avoir des EPI - Construction des forages aménagés, distribution de l'eau courante potable -Mettre les moyens à la disposition du District et des Aires de Santé pour une communication constante et de proximité -Sensibiliser les communautés sur la nécessité de faire recours aux services spécialisés dans la vidange des toilettes 	<ul style="list-style-type: none"> -Le MINSANTE et PTF - le MINEE, CAMWATER, les élites, les CTD

Districts	Principaux obstacles ou goulots limitant les résultats et les performances de la lutte contre le choléra	Principales recommandations	Acteurs de mise en œuvre et de mobilisation
-----------	--	-----------------------------	---

Cité des Palmiers	<ul style="list-style-type: none"> - La communication sur le choléra est insuffisante - Lenteur dans la désinfection des ménages ayant eu un cas de choléra - Utilisation des rigoles, cours d'eaux et des drains par les populations comme espace appropriés pour vidanger les toilettes - Construction des maisons dans des zones à risque (inondation) - Non implication des leaders traditionnels dans la lutte contre le choléra - Problème d'accès à l'eau potable en communauté et dans les marchés 	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre les moyens à la disposition du District et des Aires de Santé pour une communication constante et de proximité - Mettre les moyens matériels et financiers à la disposition des équipes WASH pour des descentes rapides en communauté - Impliquer les leaders communautaires dans la lutte contre le choléra (sensibilisation sur les bonnes pratiques, mobilisation communautaire, identifier les cas suspects et prévenir les personnels de santé ou les référer dans les UPEC) - Sensibiliser les communautés vivant au bord des cours d'eau, rigoles et drains à solliciter les services spécialisés pour vidanger les WC sous peine de sanction - Les services impliqués dans le contrôle des maisons d'habitation doivent s'assurer que les maisons ne sont plus construites dans les zones à risque - Construction des forages aménagés, distribution de l'eau courante potable 	<ul style="list-style-type: none"> - MINSANTE - Les CTD, la communauté urbaine - Le MINEE, CAMWATER, les élites, les CTD - Les Mairies, les responsables du MINH DU doivent contrôler les chantiers/constructions dans les zones à risque et les suspendre
--------------------------	--	--	---

Districts	Principaux obstacles ou goulots limitant les résultats et les performances de la lutte contre le choléra	Principales recommandations	Acteurs de mise en œuvre et de mobilisation
New Bell	<ul style="list-style-type: none"> - Absence des moyens et Lenteur dans la désinfection des ménages/foyers ayant eu un cas de choléra - Non implication des Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD) dans la lutte contre le choléra - Non implication des leaders traditionnels dans la lutte contre le choléra - Les ASC/ARC ne sont pas suffisamment formés dans l'identification des cas suspect, la pratique du test rapide - Problème d'accès à l'eau potable en communauté et dans les marchés 	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre les moyens matériels et financiers à la disposition des équipes WASH pour des descentes rapides en communauté - Les CTD doivent s'impliquer dans la lutte contre le choléra en apportant un soutien matériel, financier et en étant plus regardant sur la collecte des déchets - Impliquer les leaders communautaires dans la lutte contre le choléra (sensibilisation sur les bonnes pratiques, mobilisation communautaire, identifier les cas suspects et prévenir les personnels de santé ou les référer dans les UPEC) - Former les ASC et ARC dans l'identification des cas, les test rapides, la PEC communautaire du choléra et/ou référencer les cas graves dans les UPEC - Construction des forages aménagés, distribution de l'eau courante potable 	<ul style="list-style-type: none"> - MINSANTE - Les Mairies et la Communauté Urbaine - Le MINEE, CAMWATER, les élites, les CTD

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Action Contre la Faim, Lutter contre le choléra ! le rôle des secteurs EAH et SMPS dans la lutte contre le choléra, Septembre 2013

- Alexia Pilon Diabaté, Les représentations sociales des populations face aux maladies transmissibles par l'eau contaminée : étude de cas dans la commune de Yopougon à Abidjan (Cote d'Ivoire), 88^{ème} congrès de l'ACFAS, 2019.
- Christen-Gueissaz E, Corajoud G, Fontaine M, Racine JB. Recherche-action Processus d'apprentissage et d'innovation sociale. Paris: L'Harmattan; 2006
- CIRFC, Choléra, 2023
- Guichaoua A, Goussault Y. Sciences sociales et développement. Paris: Armand Colin; 1993
- IFRC, Préparation des communautés aux épidémies de choléra en République Démocratique du Congo et au Cameroun, 2021
- Issiaka Faféré Bagayok, Etude des plantes médicinales utilisées dans la prise en charge de la diarrhée lors des épidémies : cholera et maladie a virus Ebola, Thèse de Doctorat en Pharmacie, Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako, 2020
- Joëlle Skriabine, « Le choléra et la version romancée qu'en écrit Giono dans le hussard sur le toit »in Ann Med psychol, Paris, 2020, pp.679-683
- Médecins Sans Frontières, Prise en charge d'une épidémie de choléra, 2023
- OMS, Choléra, 30 mars 2022.
- OMS. Code de conduite pour une recherche responsable [Internet]. Genève: OMS; 2017. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/ethics/ccrr_fr.pdf?sfvrsn=93f07bc9_3
- Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Paris: Armand Colin; 2016.
- Solidarités internationales, La lutte contre le choléra : Manuel opérationnel. Réponse aux flambées et prévention des risques en zones endémiques, 2018
- Trust Project. Code de conduite pour la recherche dans les environnements à ressources limitées [Internet]. Trust Project; 2018. Available from: <https://www.globalcodeofconduct.org/wp-content/uploads/2018/07/Global-Code-of-Conduct-Brochure-French.pdf>

Liste compilée des informateurs clés du volet qualitatif

N°	Noms et Prénoms	Sexe	Âge	Classification	DS	Région	Contact
1	AYICHA BOUBA	F	19	Elève	Nylon	Littoral	
2	RABYATOU ELH ABOUBAKAR	F	43	Personnel de santé	Nylon	Littoral	699663555
3	FOSSI Christian	M	25	Personnel de santé	Nylon	Littoral	699693421
4	KEMYO Hilaire	M	31	Electricien	Nylon	Littoral	699277364
5	TANGA Eugène	M	54	ASC	Nylon	Littoral	699535671
6	Mme MBEM Marie	F	67	Ménagère	Nylon	Littoral	677986979
7	Rev Dr NGOMI WANDJA Basile	M	54	Leader religieux	Nylon	Littoral	677595946
8	Olive	F	27	TS	New-Bell	Littoral	
9	Bervly	F	22	Personnel de santé	New-Bell	Littoral	
10	Mbieme Émile Charles	M	43	Personnel HYSACAM	New-Bell	Littoral	656127126
11	BATAKOU Lazare	M	47	Commerçant	New-Bell	Littoral	
12	Ghislain yala	M	21	Elève	New-Bell	Littoral	
13	Emma Christelle Nibouwo	F	34	Commerçant	New-Bell	Littoral	
14	Mouzong Ayouba Albert Roger	M	31	Commerçant	New-Bell	Littoral	
15	Joseph (Ton Jo)	M	33	Personne handicapée	New-Bell	Littoral	
16	NZIE Nama Sabine	F	35	Commerçant	New-Bell	Littoral	
17	NGWAINBIS Stella	F	46	Personnel de santé	New-Bell	Littoral	670450809
18	NGUON (La Tchaba)	M	19	Enfant de la rue	New-Bell	Littoral	
19	NGUIMFACK Nadège	F	38	Personnel de santé	New-Bell	Littoral	698016105
20	Yvette KETCHA	F	65	Ancien malade	New-Bell	Littoral	655068276
21	Ngo Bitang Fadimatou	F		Personnel de santé	New-Bell	Littoral	
22	Germaine FARA	F	53	Personnel commune	New-Bell	Littoral	699961673
23	FROMARECK Promise	M	19	Commerçant	New-Bell	Littoral	
24	NGOGANG Vivianne	F	42	Personnel de santé	New-Bell	Littoral	670933756
25	KOUDIDAM	F	48	Mendiant	New-Bell	Littoral	
26	VAZDA	F	34	Mendiant	New-Bell	Littoral	
27	NGANAWA TELGUI	F	54	Mendiant	New-Bell	Littoral	

28	YAUDAM	F	45	Mendiant	New-Bell	Littoral	
29	LAMISSA	F	41	Mendiant	New-Bell	Littoral	
30	HABIBA	F	45	Mendiant	New-Bell	Littoral	
31	DANGOLA	F	56	Mendiant	New-Bell	Littoral	
32	HABIBA SAWALDA	F	37	Mendiant	New-Bell	Littoral	
33	WAIBOK	F	38	Mendiant	New-Bell	Littoral	
34	MBALIYE	F	39	Mendiant	New-Bell	Littoral	
35	NDONG ESSOMBA	F		Personnel de santé	New-Bell	Littoral	682261368
36	KENGI Odette	F		Personnel de santé	New-Bell	Littoral	677041305
37	NSANGOU Mouhamadou	M		Personnel de santé	New-Bell	Littoral	691184560
38	TSAMO Lucresse	F		Personnel de santé	New-Bell	Littoral	675658990
39	KEUMO GERTRUDE	F		Personnel de santé	New-Bell	Littoral	697517727
40	MANKA Jocelyn	F		Personnel de santé	New-Bell	Littoral	699396157
41	Leuthe Crispin	M		Personnel de santé	New-Bell	Littoral	699525805
42	BIANDA Josiane	F		Personnel de santé	New-Bell	Littoral	756453435
43	KAGHO Judith	F		Personnel de santé	New-Bell	Littoral	691542830
44	KAAM Agnèce	F		Personnel de santé	New-Bell	Littoral	699907327
45	Mohamed Sidiki	M	54	Leader communautaire	Cité des palmiers	Littoral	690105989
46	Mtsopjio David	M	43	Personnel de santé	Cité des palmiers	Littoral	699421926
47	Koné Salamatou	F	30	Personnel de santé	Cité des palmiers	Littoral	655407303
48		F	50	Personnel de santé	Cité des palmiers	Littoral	699934720
49	Ngoheu Francis	M	40	Commerçant	Cité des palmiers	Littoral	
50	Donou Fabrice	M	23	Elève	Cité des palmiers	Littoral	658286681
51	Bianbeu Manuella	F	31	Ménagère	Cité des palmiers	Littoral	699463543
52	Kamwa Bruno	M	38	Personnel HYSACAM	Cité des palmiers	Littoral	
53	Madani	M	34	Commerçant	Cité des palmiers	Littoral	659461054
54	Nono Franck	M	29	Personne handicapée	Cité des palmiers	Littoral	655926456
55	Sorelle	F	41	Commerçant	Cité des palmiers	Littoral	699286681
56	Achille	M	30	Commerçant	Cité des palmiers	Littoral	674453993

57	Silas	M	30	Ancien malade	Cité des palmiers	Littoral	691356695
58	Miranda	F	29	TS	Cité des palmiers	Littoral	
59	Kamogne Jules	M	70	Personne âgée	Cité des palmiers	Littoral	676319824
60	Mouassie Alidou	M	23	Conducteur moto	Cité des palmiers	Littoral	
61	Mougoudat Ousseni	M	24	Conducteur moto	Cité des palmiers	Littoral	
62	Yiekouemoun Adamou	M	31	Conducteur moto	Cité des palmiers	Littoral	
63	Ousmanou Djidja	M	34	Conducteur moto	Cité des palmiers	Littoral	
64	Issa	M	31	Conducteur moto	Cité des palmiers	Littoral	
65	Hamadou	M	25	Conducteur moto	Cité des palmiers	Littoral	
66	Nbetnkom Adassa	M	25	Conducteur moto	Cité des palmiers	Littoral	
67	Mfoue Rodrigue	M	23	Conducteur moto	Cité des palmiers	Littoral	
68	Atagambonj Josué	M	21	Conducteur moto	Cité des palmiers	Littoral	
69	Abou Shandini	M	27	Conducteur moto	Cité des palmiers	Littoral	
70	MAMA JAKY	F	53	Commerçant	Boko	Littoral	653805687
71	NGO NGUIDJIL epse KOULAGNA	F	54	COSA	Boko	Littoral	683256871
72	DJAMBOU ALEX	M	36	Personnel de santé	Boko	Littoral	697269104
73	KENGNE JEANETTE	F	65	Personne âgée	Boko	Littoral	675905595
74	EVOUNA GRACE	F	53	Personnel de santé	Boko	Littoral	699680806
75	DJOMOU EMMA	M	36	Personnel de santé	Boko	Littoral	698656541
76	ISMAËL HUGÉ	M	35	Personnel de santé	Boko	Littoral	668695353
77	FOKAM DANIELLA	F	25	Ancien malade	Boko	Littoral	654162215
78	Dr NOGBE GUY MARTIN	M	40	Personnel de santé	Boko	Littoral	694637755
79	Odette Charlotte Djouka	F	44	Proche de malade	Boko	Littoral	672180875
80	Eliane	F	51	Personne âgée	Boko	Littoral	-
81	Zoguem Tekoudjo Jean	M	68	Leader communautaire	Boko	Littoral	679772297
82	Ngomsi Fonou Jacques	M	62	Personne handicapée	Boko	Littoral	654862109
83	Abbé Kobe Kobe Jean Paul	M	40	Leader religieux	Boko	Littoral	699463543
84	Foze Chimi Rodrigue	M	38	Ancien malade	Boko	Littoral	673074204
85	Tedonang Jules César	M	50	Ancien malade	Boko	Littoral	680250903

86	Patience Elvira	F	30	TS	Boko	Littoral	
87	Teze Hugues Bertin	M	42	Personnel de santé	Boko	Littoral	699268225
88	Takoul Kouoh Bertin	M		Personnel de santé	Boko	Littoral	651444497
89	NOMI Noël	M	53	Commerçant	Bonassama	Littoral	696965811650012028
90	NGUIDJOI Etienne	M	26	Transporteur	Bonassama	Littoral	658822643
91	YOUMANI Anicet	M	27	Transporteur	Bonassama	Littoral	
92	Rosine	F	39	TS	Bonassama	Littoral	
93	Anonyme	F	26	TS	Bonassama	Littoral	
94	NGAMOU Jean-Jules	M	38	Leader associatif	Bonassama	Littoral	690713799
95	anonyme	M		Personnel de santé	Bonassama	Littoral	
96	SAWOU Jean	M	21	Personnel de santé	Bonassama	Littoral	659503934
97	TCHAKOSSI Joseph	M	71	Leader communautaire	Bonassama	Littoral	699214276678445044
98	MAHAMAD Ali Bayero	M	40	Leader religieux	Bonassama	Littoral	690895554
99	NELLE Christian	M		Personnel de santé	Deido	Littoral	677891871
100	ESSESSE Noé	M		COSADI	Deido	Littoral	691591691
101	MOKO Clarisse	F		Personnel de santé	Deido	Littoral	673837060
102	Pr. KUM née KEDY MAGAMBA Danièle	F		Personnel de santé	Deido	Littoral	
103	LOBE Adèle	F		Personnel de santé	Deido	Littoral	699987371
104	AROUAFI	M		COSA	Deido	Littoral	
105	TIAM Annick	M		ASC	Deido	Littoral	699499114
106	BEHALAL Ange	F		ASC	Deido	Littoral	696831543
107	SALISSOU Fatimatou	F		ASC	Deido	Littoral	696032917
108	MFEUGE Gérard	M		ASC	Deido	Littoral	690455392
109	MBOLE Florence	F		ASC	Deido	Littoral	693327599
110	NGO MAI Emilienne	F		ASC	Deido	Littoral	695425173
111	OUSSEINI Ousmanou	M		ASC	Deido	Littoral	677909112
112	YIMGO Diane	F		ASC	Deido	Littoral	691454450
113	NGUM Bertha	F		ASC	Deido	Littoral	677266778
114	NGATCHO Sandrine	F		ASC	Deido	Littoral	694099123

115	Amadjite babadjida	F	26	Commerçant	Deido	Littoral	
116	Amdjagal mahamat	F	30	Commerçant	Deido	Littoral	
117	Kadidja gambo	F	28	Commerçant	Deido	Littoral	
118	Diga mahama	F	27	Commerçant	Deido	Littoral	
119	Djenaba abamchime	F	32	Commerçant	Deido	Littoral	
120	Toutou mahama	F	34	Commerçant	Deido	Littoral	
121	Djilite gambo	F	21	Commerçant	Deido	Littoral	
122	Fatime acheck	F	29	Commerçant	Deido	Littoral	
123	Amadjite babadjida	F	33	Commerçant	Deido	Littoral	
124	Amdjagal mahamat	F	36	Commerçant	Deido	Littoral	
125	MONGBET Ousseni	M	57	COSADI	Cité verte	Centre	677575932
126	GUIBILE Damien	M	58	Personnel de santé	Cité verte	Centre	695148006
127	MANI Jacques	M	48	Proche de malade	Cité verte	Centre	698668510
128	KOUNA MANI Céline	F	43	Proche de malade	Cité verte	Centre	695454437
129	NGAM Jérémie	M	58	COSA	Cité verte	Centre	677210534
130	AHANDA Simon	M	63	Leader traditionnel	Djougolo	Centre	
131	KIGNO Suzanne,	F		ASC	Djougolo	Centre	
132	NTEP	M	42	Ancien malade	Djougolo	Centre	
133	AMINA	F	38	Commerçant	Djougolo	Centre	
134	FOTSO Stève	M	36	Personnel de santé	Djougolo	Centre	
135	BEKONO Chantal	F	31	Personnel de santé	Djougolo	Centre	
136	MVILONGO BINDZI Berthol	M	63	Leader traditionnel	Djougolo	Centre	600711235
137	NDAPEN Christophe	M	30	Ancien malade	Djougolo	Centre	655147367
138	ZENABOU	F	44	Ménagère	Obala	Centre	
139	AROUNA	M	24	Elève	Obala	Centre	
140	BIDJOGO Chantal	F	52	ASC	Obala	Centre	678647908
141	MBAZOA Brigitte	F	35	Ménagère	Obala	Centre	656057243
142	MEKA NDZANA Michelle	F	29	Personnel de santé	Obala	Centre	693730568
143	OBONO FOUDA Celine	F	32	Personnel de santé	Obala	Centre	696857973

144	AMBOMO Jacques	M	49	Personnel de santé	Obala	Centre	697444285
145	PROSPER	M	45	Pompier	Obala	Centre	
146	JACQUELINE	F	33	Commerçant	Obala	Centre	
147	FOTSING Ingrid Nadia	F	35	Personnel de santé	Obala	Centre	
148	M. L'ADJOINT AU SOUS-PREFET D'OBALA	M	43	personnel administratif	Obala	Centre	
149	ALI	M	30	Commerçant	Obala	Centre	
150	AMADOU	M	50	Leader religieux	Obala	Centre	
151	SA MAJESTE JEAN JACQUES	M	55	Leader traditionnel	Obala	Centre	
152	BETIE NYEMBE Gisèle	F	41	Personnel de santé	Biyem-Assi	Centre	699799068
153	AKOO Jeanne	F	39	Personnel de santé	Biyem-Assi	Centre	673026920
154	MATOMBA Mireille	F	43	Personnel de santé	Biyem-Assi	Centre	691037401653431263
155	ESSAMA	F	56	Leader communautaire	Biyem-Assi	Centre	674245374
156	NDAM	F	33	Personnel de santé	Biyem-Assi	Centre	698942882
157	AISSATOU YOUSOUFOU	F	42	Personnel de santé	Biyem-Assi	Centre	656058015
158	FEUCHIO TIOFON Guy Cyril	M	60	ASC	Biyem-Assi	Centre	677659010
159	NYOKIMA YOUBA Rafiatou	F	30	Ancien malade	Biyem-Assi	Centre	697161555
160	Mr Willy	M	37	Ancien malade	Biyem-Assi	Centre	
161	GUIMFACK Armand	M	40	Commerçant	Biyem-Assi	Centre	696518197
162	Arsène	F	24	Elève	Biyem-Assi	Centre	656721001
163	RUAN Pablo	M	43	Commerçant	Biyem-Assi	Centre	2,4023E+10
164	Marie	F	45	Ménagère	Biyem-Assi	Centre	677096845
165	NDEUDA SAKEU Qlbert	M	42	Personnel de santé	Odza	Centre	
166	BOFIA Cyrile	M	38	Personnel de santé	Odza	Centre	
167	AYIBAMOUE Joceline	F	42	Chef d'entreprise	Odza	Centre	
168	MANGA Geneviève	F	48	Leader traditionnel	Odza	Centre	
169	L'Abbé AMOMBO Constant Benjamin	M	44	Leader religieux	Odza	Centre	
170	OTELE ATANGANA	M	71	Personne âgée	Odza	Centre	
171	MBAHANGWEN AKONDI Elvis	M	53	Autorité administrative	Odza	Centre	674016908
172	BESALI Clarence	F	30	Personnel de santé	Odza	Centre	

173	MBARGA Henry	M	45	ASC	Odza	Centre	
174	OTOLO Patrick	M	32	Ancien malade	Odza	Centre	
175	ZANGA Pierre	M	35	Ancien malade	Odza	Centre	
176	NGODJI Hélène Armelle	F	28	Commerçant	Odza	Centre	
177	NGOUNET Chantal	F	38	Proche de malade	Odza	Centre	
178	BOSSE Esther	F	40	Ménagère	Odza	Centre	
179	KEABOU Ulrich	M	22	Elève	Odza	Centre	
180	NYERIMA	M	23	Conducteur moto	Odza	Centre	
181	MOTOWE Adéline	F	44	Proche de malade	Odza	Centre	
182	SOUMEDA Salomé	F	26	Commerçant	Odza	Centre	