

## APPROCHE "HiAP" ET APPROCHE "ONE HEALTH" : CONSIDÉRATIONS THÉORIQUES ET AMBIGUÏTÉ D'APPLICATION À LA VILLE DE DOUALA-CAMEROUN

\*Nguendo Yongsi H. Blaise

Laboratoire d'étude des Interactions Santé Espace Territoire (LISSET), Institut de Formation et de Recherche Démographiques (IFORD), Université de Yaoundé II – Cameroun

Received 12<sup>th</sup> November 2024; Accepted 18<sup>th</sup> December 2024; Published online 24<sup>th</sup> January 2025

### Abstract

**Contexte** : Plus d'un quart de la population mondiale court le risque de contracter une maladie infectieuse, et la majorité de ces infections se trouvent confinées dans les régions désertées, tropicales et subtropicales, notamment l'Afrique sub-saharienne. De nombreuses approches de santé ont été mise en place par l'OMS et ses partenaires en vue de lutter contre la plupart de ces endémo-épidémies. **Objectifs** : Cette étude vise à décrire deux principales approches, le One Health Approach et le Health in All Policies approach d'une part, et d'autre part de montrer comment elles peuvent être mises en application pour lutter contre les maladies infectieuses dans la ville de Douala. **Méthode** : Il s'agit d'une revue systématique de la littérature d'une part (c'est-à-dire un résumé de la littérature scientifique qui, utilisant des méthodes explicites et reproductibles, a évalué de manière critique et synthétisé systématiquement les preuves scientifiques sur les approches en santé), et d'autre part d'une étude empirique qui s'est appuyée sur la méthode qualitative. **Résultats** : Autant l'approche One Health est pertinente pour détecter, traiter et prévenir les flambées épidémiques, autant l'approche Health in All Policies est efficace en ceci qu'elle vise surtout l'établissement de stratégies intersectorielles multiples fondées sur des partenariats permanents pour la santé. Elle insiste sur l'importance de promouvoir et d'intégrer une préoccupation « santé » dans les décisions des secteurs qui détiennent des leviers pour agir sur les déterminants de la santé. **Conclusion** : One Health et HiAP sont deux stratégies complémentaires puisqu'elles participent à l'amélioration et à l'optimisation de la surveillance épidémiologique et la veille sur les risques infectieux, à travers la mise en place des actions de prévention et de promotion de la santé et la préparation et la réponse aux menaces, alertes et crises sanitaires.

**Keywords**: Stratégies de santé, One Health, Health in All Policies, santé des populations, maladies infectieuses, déterminants de la santé, Douala, Cameroun.

### INTRODUCTION

Chaque année, une centaine d'événements graves de santé publique sont notifiés en Afrique subsaharienne. Ces événements ou problèmes de santé incluent les pollutions de tous ordres, les problèmes de santé mentale, les questions liées à l'accès aux soins de santé, la mortalité infantile et maternelle, les maladies coronariennes, les maladies cardiovasculaires, les pathologies métaboliques, les maladies cancéreuses (prostate, col de l'utérus), les maladies infectieuses. Parmi ces événements de santé, les maladies infectieuses, qu'elles soient de transmission vectorielle ou non, constituent du fait de leur ampleur, un problème majeur de santé publique dans de nombreux pays du continent (Sow *et al.*, 2023). Les maladies telles que le paludisme, la tuberculose, le VIH/SIDA, les syndromes respiratoires, la fièvre jaune et la fièvre Ebola sont endémiques dans certaines régions d'Afrique et ont un impact significatif sur la santé des populations locales. Ces maladies infectieuses sont souvent propagées par des vecteurs tels que les moustiques, les tiques, les mouches, les punaises et les animaux sauvages. Elles ont un impact dévastateur sur la santé des populations africaines, en particulier dans les zones rurales et les régions où l'accès aux soins de santé est limité, comme en attestent les données épidémiologiques de certaines comme : (i) le paludisme qui en 2022, a touché 233 millions d'individus en Afrique au sud du Sahara, soit 94 % des cas et occasionné 580 000 décès, soit 95 % des décès (les enfants de moins de cinq ans représentaient 80 % des décès);

(ii) les infections respiratoires aiguës dont la pneumonie, responsable de 14 % des décès chez les enfants de moins de 5 ans; (iii) les maladies diarrhéiques, qui parmi les 4 milliards de cas de diarrhées enregistrés chaque année avec environ 2,2 millions de décès, 37 % des cas surviennent en Afrique subsaharienne où elles sont responsables d'environ 7,7 % de tous les décès enregistrés annuellement; (iv) la tuberculose, dont on estime que 2,5 millions de personnes en ont contracté et que 417 000 personnes en sont mortes dans la région africaine en 2022 (OMS, 2023). Une situation épidémiologique générale inquiétante et qui interpelle, au regard de la relation circulaire entre la santé et le développement (Berthélemy et Thuilliez, 2013, Amartya Sen, 1999). De fait, une population en santé contribue à la prospérité d'une société. Dès lors, la finalité des décisions dans le domaine public est l'établissement d'une société juste et florissante, où chacun peut s'épanouir et contribuer à son tour à l'édification de celle-ci. Cet objectif est aussi celui du secteur de la santé. Comme stratégies d'amélioration de la santé, les gouvernements avaient alors privilégié les actions sur le système de soins. Toutefois, les recherches ultérieures ont démontré que l'impact de ce dernier sur la santé est limité par rapport à celui d'autres facteurs, comme l'environnement social et économique des individus (Turgeon et Jabot, 2010; Ridde, 2011; Gardon, 2020). Dans les pays industrialisés, il a même été clairement établi que les plus importants déterminants de la santé se trouvaient en dehors de la zone de responsabilité stricte du secteur de la santé. En effet, comme le décrit le rapport du parlement européen, le système des soins médicaux, bien qu'il soit essentiel, n'explique qu'une partie de l'état de santé global et de la longévité d'une population (Jakubowski et Busse, 1998). Autrement dit, pour une population en santé, il faut

\*Corresponding Author: *Blaise Nguendo Yongsi, H.*

Laboratoire d'étude des Interactions Santé Espace Territoire (LISSET), Institut de Formation et de Recherche Démographiques (IFORD), Université de Yaoundé II – Cameroun.

tenir compte de ce que Lalonde a qualifié de déterminant de la santé publique, c'est-à-dire tout facteur qui influence l'état de santé d'une population soit isolément, soit en association avec d'autres facteurs et sur lequel il est possible d'agir (Lalonde, 1974). En s'appuyant sur les conclusions du Rapport Lalonde, l'OMS va dans un premier temps, s'approprier la notion de déterminants (sociaux) de la santé (DSS) qu'elle va définir comme étant les « facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations » (Alla, 2016), et dans un second temps, chercher à opérationnaliser ce modèle DSS à travers diverses stratégies. C'est ainsi que, vouée au bien-être de Tous et s'appuyant sur la science, elle (OMS) qui dirige et promeut l'action menée au niveau mondial pour donner à chacun, partout, une chance égale de vivre en sécurité et en bonne santé, va successivement élaborer les approches "*Santé dans toutes les politiques – Health In All Policies*" et "*Une Seule santé – One Health*". De plus en plus reconnues comme essentielles pour garantir le bien-être de la population et prévenir les maladies, ces deux approches ont ceci de commun qu'elles nécessitent une collaboration entre les différents acteurs politiques et sociaux pour s'assurer que les décisions adoptées prennent en compte les enjeux de santé publique. La présente contribution vise à examiner profondément chacune de ces approches à l'aune de la lutte contre les maladies infectieuses en Afrique d'une part, et d'autre part de montrer comment leurs considérations théoriques ont été intégrées dans les politiques de santé à Douala.

## MATÉRIELS ET MÉTHODES

La méthodologie utilisée dans le cadre de cette étude relève d'une part d'une revue systématique de la littérature (c'est-à-dire un résumé de la littérature scientifique qui, utilisant des méthodes explicites et reproductibles, a évalué de manière critique et synthétisé systématiquement les preuves scientifiques sur les approches en santé), et d'autre part des enquêtes qualitative et quantitative conduites sur le terrain.

1. *Revue systématique de la littérature disponible* : Cette tâche de la revue documentaire a eu pour objectif de répondre d'abord à une exigence méthodologique et épistémologique élémentaire. En effet, comme le souligne si bien Quivy et Campenhoutd (1995 :42), « *lorsqu'un chercheur entame un travail, il est peu probable que le sujet n'ait jamais été abordé par quelqu'un d'autre auparavant, au moins en partie ou indirectement (...) tout travail de recherche s'inscrit dans un continuum et peut être situé dans ou par rapport à des courants de pensée qui le précèdent et l'influencent...* ». Compte tenu de cette exigence méthodologique, il est apparu nécessaire de prendre connaissance des travaux antérieurs connus, identifiés et consultés. Ainsi, nous avons procédé à une revue documentaire internationalement disponible et relative au : «*health in all policies*», «*One Health*», «*WHO Housing and Health Guidelines Urban Heart*», «*Urban Health Equity*», «*Social determinants of health sectoral briefing series* », et sur la ville de Douala.

2. *L'enquête qualitative* : (i) *Approche* : L'approche a consisté en l'analyse des parties prenantes et constellation des acteurs. L'analyse des parties prenantes a ce ceci d'intéressant qu'elle sert à décrire les différents participants d'un projet/d'une étude ; à identifier les opinions, les perceptions, les contributions et les rôles des bénéficiaires dans la mise en œuvre du projet/de l'étude ; à afficher les résultats anticipés d'une analyse plus approfondie des groupes ou agences cibles et enfin à mieux évaluer la faisabilité du projet envisagé. Afin de mener avec efficacité l'analyse des parties prenantes, nous avons structuré notre démarche en six étapes (Figure 1).

(ii) *Échantillonnage et taille de l'échantillon* : En raison de la complexité de la constitution des « échantillons représentatifs » en matière de recherche qualitative du fait généralement de l'absence d'une base de sondage d'une part et d'autre part, au regard de la diversité des sources d'informations, les techniques du choix raisonné et de « boule de neige » ont été utilisées pour la collecte des données de terrain. L'échantillonnage raisonné a permis non seulement d'aller vers les cibles clés, les mieux indiquées mais de choisir les personnes typiques susceptibles d'apporter des données pertinentes pour l'étude. Et à travers la technique de « boule de neige », les premiers informateurs clés ont facilité la rencontre avec d'autres personnes ressources. A propos de la taille d'échantillon, il est à noter que dans l'approche qualitative, il est toujours délicat de définir au préalable et de façon absolue, la taille de l'échantillon. Pour mieux opérationnaliser cette approche, l'exercice de la constellation d'acteurs a été utilisé pour évaluer et trier les différents acteurs informateurs. Le défi dans notre étude étant de veiller à intégrer les informateurs de différents profils et issus de divers secteurs, la taille a été définie en fonction du niveau de saturation, c'est-à-dire lorsque tous les acteurs clés avaient été rencontrés (Tableau 1).

(iii) *Technique et outils d'enquête* : Les entretiens semi-structurés ont constitué la principale technique d'enquête. En utilisant des guides d'entretien conçus en relation aux objectifs et aux résultats attendus de l'étude, des entretiens de terrain (entretiens individuels ou de groupes) ont été menés avec des personnes ressources (Cf tableau 1 ci-dessus). Les sujets sur lesquels les entretiens se sont appesantis portaient sur les points suivants : processus par lesquels les politiques publiques (de logements urbains) sont élaborées et mises en œuvre, mesure dans laquelle les politiques de logements urbains intègrent une dimension de santé, les attitudes et les obstacles perçus par les acteurs des différents secteurs, les facilitateurs de la collaboration intersectorielle entre les établissements de logements urbains et le secteur de la santé, la connaissance des effets de ces politiques sur la santé des individus et des ménages, les opportunités potentielles d'intégration de la santé dans les processus d'élaboration et de mise en œuvre des politiques, l'adoption ou l'appropriation par les acteurs, des recommandations du «health in all policies», du «Housing and Health», du «One Health».

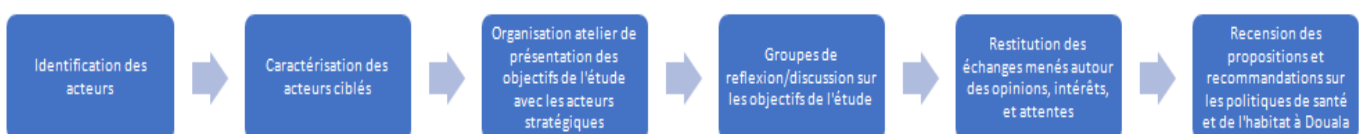


Figure 1. Démarches de l'approche par l'analyse des parties prenantes dans l'étude sur l'intégration de la santé dans les politiques de l'habitat à Douala

Tableau 1. Acteurs clés ciblés et rencontrés dans l'étude sur l'intégration de la santé dans les politiques de l'habitat à Douala

Secteurs	Acteurs ciblés
Autorités ou Décideurs municipaux Communauté Urbaine de Douala	Délégué, Secrétaire général, ou tout responsable des questions de développement ou d'aménagement urbain
Mairies de la ville de Douala	Maire/Adjoint, Secrétaire général ou un responsable des questions de développement ou d'aménagement urbain
Autorités ou Décideurs administratifs MINHDU MINSANTÉ Ministère de l'environnement Ministère des travaux publics Ministère des domaines, cadastre et affaires foncières Ministère de l'eau et énergie	Délégué départemental pour le Wouri ou son représentant Délégué régional ou son représentant; délégué départemental Délégué régional ou son représentant; délégué départemental Délégué régional ou son représentant; délégué départemental Délégué régional ou son représentant; délégué départemental Délégué régional ou son représentant; délégué départemental
Acteurs de quelques structures stratégiques pour l'étude SIC (Cameroon Real Estate company) Ordre National des Architectes du Cameroun HYSACAM (Company in charge of waste management) MAETUR (Public Company in charge of land management) Universités et Instituts Supérieurs Quelques autorités traditionnelles de la ville de Douala	Délégué départemental pour le Wouri ou son représentant Président régional ou son représentant Responsable de la ville de Douala ou son représentant Responsable de la ville de Douala ou son représentant Urbanistes ; Géographes urbains ; Sociologues, Santé publique, épidémiologiste, etc. Chefs de quartiers Chefs de cantons ou de blocs...
ONGs et société civile	ONGs œuvrant dans le domaine de l'habitat et de la santé urbaine à Douala : Collectif Interafricain des Habitants (CIAH-Cameroun); Réseau National des Habitants du Cameroun (RNHC)

(iv) *Analyse des données* : Le cadre d'analyse des politiques de Walt et Gilson a été appliqué dans cette recherche pour mieux comprendre : i) le contexte des politiques urbaines, y compris leurs objectifs et leurs motivations ; ii) les processus par lesquels les politiques de logement sont élaborées ; et iii) la mesure dans laquelle ils intègrent une dimension de santé. En plus, une analyse sociologique a été menée afin de capitaliser la technique de l'analyse de contenu.

## RÉSULTATS ET COMMENTAIRES

### La santé publique : un domaine aux multiples enjeux

La santé est une notion complexe et la représentation que l'on en fait n'est pas la même selon nos pratiques et nos cultures. Dans le langage courant, la santé s'assimile souvent à la notion de maladie. Or, si on considère la définition de la santé proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1946, nous constatons que la définition a une approche plus large. En effet, la notion de santé renvoie globalement à l'état physiologique et psychologique des individus, des groupes et communautés humaines ainsi qu'à la qualité et à la durée de leur vie. Toutefois, la santé ne devrait pas être définie seulement en termes d'absence de maladies, d'infections, d'infirmités ou de dépressions psychiques, car tout comme la maladie d'ailleurs, elle (santé) est au carrefour d'une multiplicité de facteurs environnementaux, sociaux, économiques, politiques et psychologiques ; et des interrelations sont présentes entre eux. Ces relations réciproques englobent l'influence des activités humaines sur leur bien-être et sur leurs conditions de vie, notamment sur leur environnement immédiat. Ce qui fait poindre des enjeux divers. Ainsi et d'entrée de jeu, la définition de la santé par l'OMS dépasse le domaine de la médecine, car elle n'est « pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité, mais un état optimal de bien-être physique, mental et social » (OMS, 1946). Cette définition, bien qu'idéaliste, a le mérite de ne pas se limiter aux maladies qu'on a souvent considérées comme des obstacles temporaires ou permanents à la santé, ou comme des dysfonctionnements d'un ou plusieurs éléments du corps humain. Étant donné que cette définition de l'OMS intègre la notion de bien-être social, les interprétations du concept de santé publique devraient être élargies.

Un autre enjeu est que dans le domaine de la promotion de la santé, elle (santé) n'est pas considérée comme une condition abstraite, mais comme la capacité d'un individu d'atteindre son potentiel et de répondre positivement aux défis de la vie quotidienne (Bass, 1994). Cette interprétation souligne le fait que les conditions environnementales, économiques et sociales peuvent influencer sur les relations humaines, induire une situation de stress et avoir des conséquences positives ou négatives sur l'état de santé des groupes sociaux, des ménages et des individus (Lawrence, 1999). L'influence des facteurs sociaux et économiques sur l'état de santé de la population urbaine a été mise en évidence déjà au 19<sup>e</sup> siècle lors d'une épidémie de choléra à Paris. Dans un rapport de 1832, le Dr Villermé signalait une mortalité différente selon les quartiers de la ville et, notamment, selon la position sociale et le revenu de la population. Cette interprétation est pertinente de nos jours dans plusieurs pays en développement, car l'espérance de vie augmente, mais les inégalités sociales en santé se accroissent. Dans ces PED, la pauvreté, associée au chômage, aux bas revenus, aux mauvaises conditions du logement et à une aide sociale absente ou insuffisante, est un indicateur de morbidité, de mortalité et de mal-être<sup>1</sup>. Ce constat signifie que la capacité du secteur de la santé de garantir la santé et le bien-être des populations est limitée et qu'une collaboration étroite avec d'autres secteurs serait bénéfique, voire indispensable. Comme autre enjeu, de nos jours, de nombreux problèmes liés à la santé publique et aux conditions de vie, ont des effets qui dépassent les maladies infectieuses. En fait, l'appauvrissement de la qualité de vie augmente le taux de décès prématurés et entraîne des dégradations de la santé, suite à des blessures ou à un mauvais état de santé ou, encore, des troubles psychologiques et des problèmes sociaux, tels l'agitation sociale, la criminalité et la violence (Murray et Lopez, 1996). C'est dire que l'état de santé d'une population est influencé par les facteurs sociaux, plus particulièrement par ceux en rapport avec la pauvreté et la précarité sociale notamment le revenu, le niveau d'éducation, et les conditions d'emploi (OMS, 2001).

<sup>1</sup>Quand la pauvreté est considérée comme un indicateur combiné de carences en besoin de santé, y compris l'absence de revenu, un accès difficile à l'éducation, l'emploi, le logement et la protection sociale, elle devient alors un indicateur pertinent (OMS, 2001).

Malgré les approches de mesure de la santé<sup>2</sup>, le problème fondamental réside dans le fait que les concepts de santé peuvent être formulés pour définir des politiques et des mesures d'implémentation, mais qu'ils sont difficiles à appliquer en l'absence d'une compréhension profonde des types d'indicateurs et de l'information nécessaire. Aussi, il a semblé essentiel d'adopter des approches holistiques pour l'analyse globale et détaillée de la santé au sein des groupes humains<sup>3</sup>.

### La Santé dans Toutes les Politiques, une proposition importante pour la promotion de la santé

L'approche de la Santé dans Toutes les Politiques (SdTP), en anglais Health In all Policies est une stratégie de promotion de la santé définie par l'OMS comme « une approche intersectorielle des politiques publiques qui tient compte systématiquement des conséquences sanitaires des décisions, qui recherche des synergies et qui évite les conséquences néfastes pour la santé afin d'améliorer la santé de la population et l'équité en santé. Elle améliore la responsabilisation des décideurs quant à leurs impacts sur la santé, et ce, à tous les paliers d'élaboration des politiques. » (OMS, 2014). Cette approche, dont on trouve les premières traces dans la Déclaration d'Alma Ata en 1978, est souvent résumée à travers l'acronyme HiAP apparu dans un document publié par le ministère finlandais de la Santé et des Affaires sociales dans le cadre la présidence finlandaise de l'Union européenne (Ståhl *et al.*, 2006). Mise de l'avant donc par l'UE et promue par l'OMS, elle est rapidement devenue une référence pour réduire des problèmes de santé publique complexes en agissant à l'échelle des politiques publiques qui conditionnent les facteurs qui les influencent. Cette approche a été officialisée par l'OMS en 2010 dans le cadre de la Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques (OMS, 2010) puis, en 2013, dans la Déclaration d'Helsinki sur la santé dans toutes les politiques découlant de la Huitième Conférence internationale sur la promotion de la santé. Elle constitue le dernier jalon de l'évolution historique du champ de l'action intersectorielle pour la santé qui s'est amorcée au cours des années 1970 avec la stratégie de la santé pour tous (OMS, 1978), suivie par le domaine d'action des politiques publiques favorables à la santé, proposé par la Charte d'Ottawa et celui des déterminants sociaux de la santé (OMS, 2008). L'approche de la SdTP prend donc son appui sur les expériences des décennies antérieures et les leçons apprises tout au long de l'évolution du champ de l'action intersectorielle pour la santé.

Fondée sur les droits des personnes et la justice sociale, la SdTP propose une approche innovante pour l'élaboration et la

mise en œuvre des politiques publiques. Elle vise à réduire leurs conséquences néfastes sur les déterminants de la santé et du bien-être ainsi que sur les systèmes de santé. En outre, l'approche de la SdTP s'inscrit dans les efforts à faire pour favoriser une responsabilisation partagée par l'ensemble des secteurs gouvernementaux à l'égard de la santé de la population. Comme on le voit, un tel objectif transcende le secteur institutionnel de la gestion des soins de santé pour se positionner parmi les grands objectifs transversaux des gouvernements, comme le sont notamment le développement durable et la lutte contre la pauvreté. Cette approche regroupe un vaste éventail d'activités basées sur la collaboration intersectorielle pour l'atteinte des objectifs de santé communs. Si elle peut s'actualiser dans le cadre d'une collaboration ponctuelle liant le secteur de la santé avec un seul autre secteur, elle vise surtout l'établissement de stratégies intersectorielles multiples fondées sur des partenariats permanents pour la santé. Elle insiste sur l'importance de promouvoir et d'intégrer une préoccupation « santé » dans les décisions des secteurs qui détiennent des leviers pour agir sur les déterminants de la santé. Comme exemples de leviers, on peut citer les secteurs de l'agriculture, de l'éducation, de l'emploi, de l'environnement, de l'économie, du logement, et des transports. La particularité de cette approche de développement des politiques publiques favorables à la santé est sa philosophie d'action qui s'appuie sur la recherche de gains mutuels, aussi appelée approche gagnant-gagnant. Les différents acteurs du secteur de la santé tentent de trouver des situations et des façons de faire qui permettraient aux autres secteurs d'atteindre leurs objectifs propres tout en contribuant à l'amélioration de la santé de la population. Cette approche vise donc à établir des relations de collaboration intersectorielle pérennes aboutissant à un changement dans la façon d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques et des programmes où la question de la santé est prise en compte systématiquement. Pour y parvenir, l'Association américaine de santé publique propose cinq lignes de conduite (APHA, 2013). Ces grandes lignes de conduite permettent de dessiner le contour et la philosophie de l'approche de la SdTP (Figure 2).



Figure 2. Les cinq lignes de conduite de la "Santé dans toutes les politiques"

Officialisée par l'OMS en 2010 dans le cadre de la Déclaration d'Adélaïde, la "Santé dans toutes les politiques" est une approche des politiques publiques qui encourage les gouvernements à tenir compte systématiquement de l'effet des décisions stratégiques sur la santé d'une population. Tout en mettant l'accent sur l'effet que les politiques ont sur nos systèmes de santé et sur les déterminants de la santé, l'approche axée sur la santé dans toutes les politiques vise à développer des synergies entre les différents acteurs du secteur de la santé, qu'ils soient publics, privés ou associatifs et les autres secteurs contributifs au développement et au maintien de la santé de la population dans une perspective de gains mutuels. Cette approche est de plus en plus reconnue comme essentielle pour garantir le bien-être de la population et prévenir les maladies. Elle nécessite une collaboration entre les

2 Deux approches de mesure de la santé ont prédominé dans de nombreux pays. La première se concentre sur le groupement géographique des mesures du revenu, des niveaux de pauvreté par rapport à l'incidence des maladies et de l'espérance de vie. La deuxième approche, qui se concentre sur la relation entre le statut social et la santé, analyse ce lien non seulement au niveau des caractéristiques individuelles, mais aussi à l'échelle collective et parfois communautaire (Murray and Lopez, 1996). Il y existe aujourd'hui de nombreux rapports sur les corrélations étroites entre la pauvreté et la mauvaise santé, l'espérance de vie et les taux de mortalité. Les mesures de morbidité et de mortalité ont mis en évidence les inégalités en matière de santé, pas seulement au niveau national, mais également à l'intérieur des villes d'un même pays. Cependant, la mortalité, la morbidité et l'accès aux services de santé ne sont pas des indicateurs suffisants de santé !

3 Plusieurs initiatives ou approches intégrées en santé ont jusqu'ici été proposées, à savoir : santé environnementale, santé globale, Ecohealth, planetaryhealth, HiAP, One Health.

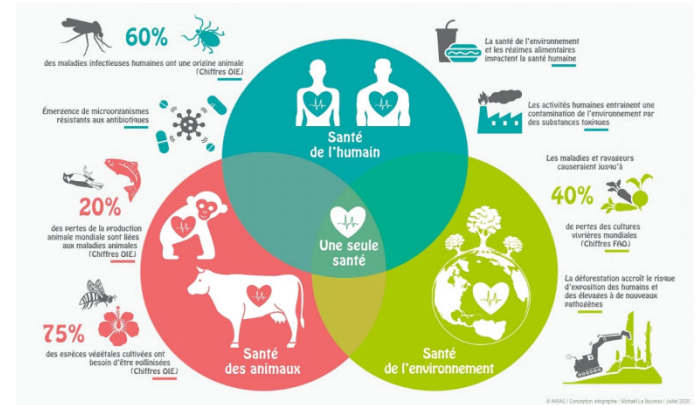
différents acteurs politiques et sociaux pour s'assurer que les décisions prises prennent en compte les enjeux de santé publique.

### L'approche One Health, une approche holistique multisectorielle visant à réduire les risques de maladies infectieuses

**Émergence et signification initiale du concept :** Le terme « One Health » est apparu pour la première fois dans la littérature scientifique médicale au début des années 2000 après que plusieurs études ont montré que 60 % des maladies infectieuses humaines connues et 75 % des maladies humaines émergentes proviennent en fait d'animaux, domestiques ou sauvages (c'est-à-dire qu'elles sont zoonotiques) (Taylor et al. 2001)<sup>4</sup>. One Health a donc été utilisé pour identifier les liens intrinsèques entre les maladies animales, la santé publique et la transformation de l'écosystème qui devraient être au centre des stratégies de contrôle des maladies. Dans la décennie qui a suivi (2010), la propagation mondiale d'agents hautement infectieux, tels que la grippe aviaire H5N1 hautement pathogène, la grippe H1N1 (grippe porcine), le SRAS, les fièvres hémorragiques comme le virus Ebola, a provoqué d'importantes crises sanitaires et pandémies, et a remis le thème de One Health tout en haut de la liste des priorités. Il est devenu évident que pour faire face à ces risques sanitaires, il fallait une approche systémique avec des contributions de nombreux secteurs et disciplines liés à la santé humaine, animale et environnementale ainsi que des plans concrets pour les réunir. Faisant suite à la recrudescence et à l'émergence de maladies infectieuses en raison notamment de la mondialisation des échanges, l'approche One Health s'est développée avec la prise de conscience des liens étroits entre la santé humaine, celle des animaux et l'état écologique global et de la nécessité de décloisonner les approches sanitaires.

Divers auteurs et institutions ont proposé différentes définitions de One Health, et plusieurs concepts complémentaires tels que Ecohealth ont également été élaborés pour aider à orienter l'intégration de la recherche et de la pratique et mettre l'accent sur une compréhension plus large du contexte écologique de la santé (Charron, 2012). Pour certains, les organismes vivants et les écosystèmes sont interconnectés et la santé des uns dépend de celle des autres. Pour d'autres, l'approche One Health est une approche interdisciplinaire qui vise à intégrer la santé humaine, animale et environnementale pour lutter contre les maladies émergentes et transmissibles entre les espèces. Parce qu'elle inclue la santé des animaux, des végétaux et des êtres humains, ainsi que les perturbations de l'environnement générées par l'activité humaine, One Health, « une seule santé ... pour la Terre, les animaux et les Hommes », repose sur un principe simple selon lequel, la protection de la santé de l'Homme passe par celle de l'animal et de leurs interactions avec l'environnement. La santé animale, végétale, la santé de l'environnement et celle des humains sont donc intimement liés<sup>5</sup>. Comme le montre la

figure 3, le concept One Health, c'est penser la santé à l'interface entre celle des animaux, de l'Homme et de leur environnement, à l'échelle locale nationale et mondiale. Cette manière d'aborder la santé dans le contexte mondial actuel marqué par les pandémies, permet de raisonner l'ensemble du système et trouver des solutions qui répondent à la fois à des enjeux de santé et des enjeux environnementaux.



**Figure 3. Illustration de l'approche One Health (Réalisation : Leboulout-INRAE, 2020)**

Comme on le voit, tous partagent une compréhension globale de la santé et une approche commune de la collaboration entre plusieurs disciplines et parties prenantes pour garantir la santé des personnes, des animaux domestiques, de la faune et de l'écosystème. Ainsi, One Health est un concept qui vise à promouvoir la santé de l'Homme, de l'animal et de l'environnement au moyen d'approches multidisciplinaires et multisectorielles.

### Élargissement du concept et enjeux actuels de l'approche :

Les maladies zoonotiques et la résistance aux antimicrobiens ont souvent été au centre du concept One Health, ce qui a conduit à des collaborations impliquant principalement les secteurs médical et vétérinaire. Cependant, de nombreux thèmes qui n'étaient peut-être pas considérés comme pertinents pour One Health il y a quelques années se ménagent peu à peu une place dans les discussions sur One Health, car il devient de plus en plus évident que les facteurs à l'origine des problèmes de santé sont multiples et complexes. Des facteurs sociaux (dont la pauvreté et les inégalités), environnementaux (comme le changement climatique, la dégradation des sols, la réduction de la biodiversité, la gestion des déchets, l'assainissement et l'hygiène) et économiques (comme la déréglementation du marché et les investissements qui ne tiennent pas compte des besoins sociaux au niveau local) sont tous considérés comme contribuant à l'émergence de risques sanitaires (Rüegg et al. 2017). Cette réflexion a conduit à élargir les collaborations au-delà de l'implication traditionnelle du secteur médical et vétérinaire en incluant d'autres disciplines dans les sciences humaines, animales et surtout environnementales. L'élargissement du concept n'a pas qu'été disciplinaire, mais également dans le domaine universitaire et de la recherche avec l'intégration d'un éventail de parties prenantes, dont des organisations publiques, privées, internationales et la société civile, spécialisées dans différents secteurs, de manière à obtenir des résultats pratiques pour la mise en œuvre de One

<sup>4</sup> L'idée que la santé humaine est liée à notre environnement ou en fait partie existe depuis le début de la civilisation (Evans et Leighton 2014), mais ce n'est que récemment que la communauté scientifique et médicale a commencé à utiliser le terme « One Health ».

<sup>5</sup> C'est le cas par exemple lorsque l'on soigne des animaux d'élevage avec des antibiotiques. Cela entraîne des résistances transmissibles aux bactéries présentes dans notre microbiote, celui des animaux ou dans l'environnement. C'est le cas également de l'utilisation d'insecticides, tel que le chlordécone, qui utilisé au départ pour protéger les cultures de bananiers d'un insecte ravageur, contamine les sols, les eaux souterraines, les rivières, mais aussi les

animaux élevés en plein air et in fine expose les humains à des molécules néfastes pour leur santé. Quelles solutions ? Face à la complexité et aux interconnexions entre santé des animaux, des Hommes et leur environnement, c'est le système dans son intégralité qui est à repenser.

Health. De nos jours, au moins 60% des maladies humaines infectieuses ont une origine animale. De nombreuses épidémies apparues ces dernières années, comme celles causées par les virus de la covid-19, Zika, Ebola, ont en commun d'avoir pour origine les animaux. L'activité humaine joue un rôle majeur dans la propagation de ces maladies infectieuses animales ou humaines. L'accroissement de la population mondiale et celle des animaux domestiques, l'intensification des transports ont ainsi facilité la propagation de pathogènes. Dans le même temps, la dégradation de l'environnement, la déforestation et le développement des villes au niveau mondial ont favorisé le contact entre les animaux sauvages, les animaux d'élevage et l'être humain, ce qui a aidé la transmission de maladies. Dès lors, l'enjeu de l'approche One Health est de favoriser les collaborations entre acteurs de la santé publique, animale, végétale et environnementale; permettant ainsi d'associer les sciences humaines et sociales, notamment l'économie, afin d'aborder les problématiques de façon interdisciplinaire en tenant compte des activités humaines.

**Les acteurs impliqués dans One Health :** De nombreux acteurs sont impliqués dans la mise en œuvre de One Health tant à l'échelle mondiale, nationale, que locale, et ceci de manière harmonisée et coordonnée. Au niveau international, cette harmonisation est favorisée par une alliance tripartite établie en 2010 entre l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE) et l'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO). En parallèle, plusieurs réseaux de chercheurs, universitaires, organisations professionnelles et ONG alimentent le concept avec leurs visions et leur expertise et contribuent à sa progression. Grâce à l'organisation de conférences de haut niveau, à la création de réseaux et de plateformes à l'échelle mondiale et à la publication d'articles sur la question, ils ont placé le thème One Health tout en haut de l'agenda politique et ont contribué à la création d'un « élan » One Health en vigueur dans de nombreux pays. Au niveau national, suite à la stratégie tripartite et aux cadres conceptuels élaborés par les scientifiques et les professionnels, de nombreux pays (tant au Nord qu'au Sud) ont commencé à appliquer l'approche One Health par la mise en place de plateformes ou de comités techniques One Health à l'échelle nationale ; le but étant d'encourager la coordination entre les différents systèmes de santé aux niveaux ministériel et décentralisé, en préparant une stratégie nationale et en élaborant des plans d'action. One Health est également favorisé dans une certaine mesure par la coopération internationale, avec des efforts visant à soutenir la mise en place de plateformes interministérielles One Health, ou par la création de centres de référence One Health<sup>6</sup>.

**Des concepts à l'action : de HiAP à One Health, quelle approche opérationnelle performante adaptée pour la ville de Douala?**

**Pourquoi passer à l'action :** Au regard des multiples crises qui traversent l'urbanisation africaine et de Douala

particulièrement, il s'est avéré sérieusement urgent de questionner la place de la santé dans les dynamiques et les enjeux urbains. L'urbanisation africaine, accentuée par la précarité du développement économique, interpelle donc en réalité sur les transformations généralement dramatiques des conditions sanitaires et existentielles des populations, confrontées outre à la problématique de la pauvreté et de leur bien-être, aux différentes politiques de développement urbain généralement inégalitaires et peu « sûres ou inclusives ». De nombreuses interrogations se sont avérées donc préoccupantes. Sachant que suite au colloque mondial de Quito de 2016, le Cameroun comme bien de pays, a ratifié les recommandations des Nations Unies sur l'intégration des questions de santé dans les politiques d'habitat, il conviendrait de voir comment ce défi est relevé par les planificateurs de la ville de Douala. Concrètement, les autorités de la ville de Douala ont-elles adopté ou adoptent-elles les recommandations ratifiées par le Cameroun auprès de ONU Habitat ou de l'OMS? Si oui, comment les acteurs institutionnels ou décisionnels prennent-ils en charge ces processus d'urbanisation, d'habitat et de santé urbaine? Dans la ville de Douala, comment les questions de santé sont-elles prises en compte dans les politiques de développement? Quels sont les déterminants sociaux de la santé urbaine à Douala? Comment les acteurs et planificateurs s'approprient-ils par exemple les exigences du «health in all policies», du «Housing and Health», du «Urban Health Equity», du «Interactional Action», ou de «One Health»? Quels acteurs sont-ils impliqués dans ces processus et avec quelles attributions? Quelle place est-elle réservée à la santé et au bien-être dans la dynamique du développement urbain? Les collectivités urbaines/locales et la société civile s'impliquent-elles dans la gestion de la santé urbaine? Si oui, comment? Au cas où la ville de Douala serait en marge des recommandations de ONU Habitat, de l'OMS, et des approches multisectorielles, quels peuvent être les obstacles ou goulots d'étranglements qui font que les autorités n'arrivent pas à intégrer les questions de santé dans leurs politiques de gestion urbaine? Ce sont là des questions qui vont structurer les paragraphes ci-dessous.

**Une ville en proie à de nombreuses maladies :** La ville de Douala fait actuellement face à un double fardeau épidémiologique, caractérisé par la permanence des maladies infectieuses d'origine vectorielle, hydrique, ou zoonotique d'une part, et d'autre part, par le développement de maladies chroniques transmissibles ou non (maladies cardiovasculaires, diabète, hypertension, blessures et accidents, santé mentale, etc). Cependant, les maladies infectieuses comme le paludisme, les fièvres typhoïdes, les diarrhées, le choléra, les infections respiratoires aiguës, sont les plus récurrentes. Les facteurs de risque de ces maladies infectieuses et chroniques varient en fonction de la maladie spécifique. Cependant, il y a des facteurs de risque communs qui dans le contexte de Douala, peuvent être regroupés en deux grandes catégories, à savoir : (i) les facteurs sociodémographiques dont la forte densité de population, les mauvaises conditions de logement et de vie, les mauvais comportements sanitaires (tabagisme, alcoolisme, etc), et (ii) les facteurs environnementaux dont le mauvais assainissement des eaux usées et déchets urbains, les pollutions et nuisances de tout genre (pollution de l'air, pollution sonore, nuisances animales, etc). Ainsi donc, le risque dû aux agents infectieux occupe une place importante dans le grand ensemble qu'est le risque sanitaire. Sa présence permanente oblige à devoir le prendre en charge selon des modalités de plus en plus efficaces avec une nécessité

<sup>6</sup>C'est le cas de l'Institut One Health pour l'Afrique (INOHA), une institution de recherche et de formation localisée au sein de l'Université de Kinshasa (RDC). Initié en 2005, il œuvre pour promouvoir une approche intégrée de la santé humaine, animale et environnementale en Afrique. Il vise à renforcer la collaboration intersectorielle et interdisciplinaire pour prévenir et contrôler les maladies émergentes et zoonotiques dans la sous-région.

d'anticiper ses diverses expressions de la façon la plus précise possible. Pour les autorités de la ville, il est question de passer à l'action. Afin de résorber le risque infectieux dans la ville de Douala, il a été questions pour les autorités administratives et sanitaires, d'améliorer les déterminants de la santé dans la ville, précisément de procéder à la mise en œuvre des environnements favorables à la santé au travers des politiques publiques variées : urbanisme, aménagement du territoire, éducation environnemental et sanitaire, etc. Pour cela, il a été nécessaire que les autorités en charge de la santé publique travaillent en collaboration avec les autres politiques publiques concernées. Au niveau de la surveillance, de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses, les autorités ont misé sur l'approche multisectorielle<sup>7</sup> pour répondre à des problèmes en émergence dans une perspective d'action collective de santé publique contre les risques infectieux. En effet, depuis la déclaration d'Alma-Ata en 1978 sur la promotion des soins de santé primaire et l'accès de tous à un niveau de santé acceptable à l'an 2000 d'une part, et d'autre part avec le slogan « santé pour tous en l'an 2000 », en passant par la déclaration de Rio sur l'environnement et le développement durable de 1992, jusqu'aux déclarations d'Adelaïde et d'Helsinki de 2010 et 2013 sur l'approche HIAP, l'OMS n'a cessé d'attirer l'attention de tous les gouvernements sur le fait que les actions de promotion de la santé ont désormais une portée transversale, inclusive, holistique et dépasse le seul secteur des soins de santé. À cet effet, la stratégie de collaboration intersectorielle, favorable à l'intégration des objectifs de santé dans toutes les politiques a longtemps été préconisée comme une pierre angulaire pour relever les défis liés à la complexité et à la diversité des déterminants de la santé, en particulier dans les établissements humains en contexte urbain. Relever ces défis nécessite une collaboration intersectorielle, car les mandats visant à s'attaquer aux déterminants sous-jacents de la santé comme les établissements humains inadéquats qui influencent négativement les indicateurs de santé ne relèvent pas du seul secteur de la santé. Ainsi, des formes de collaboration multisectorielle existantes, les approches HiAP et One Health ont été celles choisies et successivement mises en œuvre.

**De la timide, voire non-adoption de l'approche HiAP :** Fort du constat qui précède, plusieurs organisations dont l'OMS, l'UA, et auteurs avisés ont appelé tous les pays du monde à intégrer l'approche HiAP dans toutes les politiques dans le cadre d'une collaboration intersectorielle. C'est dans ce sens que le Cameroun a adopté « HiAP » en souscrivant entre autres aux recommandations des conférences des Chefs d'États et de gouvernement des États membres de l'Union africaine tenues respectivement à Johannesburg en 2007 et à Addis-Abeba en 2019 sur « la prise en compte des déterminants sociaux de la santé dans les régions africaines par l'adoption de l'approche de la santé dans toutes les politiques » (UA, 2019). Pour vérifier le niveau d'appropriation du « Health in all Policies » au Cameroun, une étude a été conduite à Douala en 2019. Elle a été essentiellement basée sur les données secondaires, notamment sur l'exploitation de la littérature existante sur l'adoption ou non du « Health in all Policies ». Le document de stratégie ou de planification urbaine qui convenait le mieux

était l'Agenda 21 pour la ville de Douala qui répond à l'objectif d'une « démarche territoriale de développement durable ». Décliné en 7 thèmes et 24 objectifs, l'agenda 21 de la ville de Douala explore plusieurs aspects de la vie urbaine, y compris l'habitat et la santé. Dans l'optique de scruter l'adéquation du contenu de cet agenda à l'approche HiAP, nous avons examiné le thème 3 de l'Agenda entièrement consacré à la santé et intitulé « Agir pour un environnement respectueux de la santé ». Les 3 objectifs qui constituent ce thème (les objectifs 9,10 et 11), visent le renforcement de la prévention et de la lutte contre les nuisances et l'insalubrité, l'amélioration du cadre de vie en ville, la lutte contre les pollutions. Pour atteindre ces objectifs, les autorités avaient envisagé des mesures claires : renforcer la construction des toilettes publiques, élaborer et mettre en œuvre un plan d'assainissement de la ville, assurer le nettoyage des rues et la collecte permanente des déchets dans les espaces publics, agir et informer sur la qualité de l'air, réguler le déversement des déchets et surveiller les drains et cours d'eau. Toutes ces mesures avaient été prises pour répondre aux exigences posées par la singularité de l'espace urbain : « *Douala possède des propriétés physiques, écologiques et des caractéristiques socio-économiques particulières qui en font un espace tout à fait singulier. Cet espace littoral est d'une part naturellement fragile. D'autre part, l'évolution des activités économiques et plus généralement, l'évolution des densités de population, démontrent à suffisance l'importance de la croissance et du développement spatial de la ville qui concentre la quasi-totalité des problèmes environnementaux, sociaux et humains, dans un espace fragile, complexe, souvent dégradé et fortement sollicité par de multiples utilisateurs dont la compétition pour l'espace est forte, leurs centres d'action différents et contradictoires. Cette situation génère alors des dégradations génératrices de risques essentiellement liés à la gestion directe ou indirecte de l'espace (risques naturels: inondations, mouvements de masse, ravinement, etc. et risques industriels). La ville doit donc se doter d'outils d'aide à la décision qui ont vocation de répertorier et de localiser l'ensemble des risques, afin de mieux envisager des modèles correctifs à partir de plans de restructuration des secteurs à risques* » (Agenda 21, 2017 : 46).

En lisant attentivement le document de l'Agenda 21 de la ville de Douala, l'on constate que les autorités ont entre autres été préoccupées par la nécessité de construire une ville dans laquelle santé et habitat entrent en synergie. Certes, l'expression « Health in All Policies » n'apparaît nulle part dans ce document et les développements qui y sont contenus n'ont pas été faits dans l'esprit du HiAP, mais au regard des objectifs visés et des actions entreprises, il apparaît que cet agenda 21 de la ville de Douala participait tacitement de la mise sur pied de l'approche HiAP sur le plan local. Par ailleurs, si ce document d'Agenda 21 était certes officiellement valorisé par de nombreux acteurs de développement dans la ville de Douala, en y jetant un regard critique, on note que le document est resté trop descriptif, c'est-à-dire sans une réelle et véritable feuille de route devant permettre aux Autorités locales d'avoir des données chiffrées pour prendre les meilleures décisions, et de faire le suivi des progrès. De fait, c'est que la mise en œuvre de la Santé dans Toutes les Politiques renferme six dimensions-clés résumées dans la figure 4.

<sup>7</sup>L'approche multisectorielle, notamment en santé publique, prend en compte la santé et les implications en termes de santé des décisions de toutes les politiques publiques, afin d'améliorer l'état de santé général de la population et de promouvoir l'égalité devant la santé. L'objectif est faire prendre conscience de l'impact de toutes les politiques publiques sur la santé de la population, et de travailler avec les acteurs qui ont les leviers décisionnels dans les domaines concernés.



Figure 4. Les six dimensions-clés de l'approche HiAP

Certes il n'y a pas qu'une seule « bonne » façon de mettre en œuvre la SdTP<sup>8</sup>, mais les éléments de la figure sont centraux pour le succès d'une approche de SdTP. Hélas, il s'est trouvé que nombre de ces éléments sont restés en dehors de la portée de l'Agenda 21. C'est le cas de la troisième dimension (établir des mécanismes de coordination formels) où il n'y a pas eu de travail en synergie entre les différents partenaires pour agir sur les déterminants de la santé dans la ville. De nos entretiens avec les informateurs-clés, il n'y a jamais eu ni de comité intersectoriel, ni d'unité institutionnelle, bref aucune structure pour appuyer et coordonner toutes les tâches qui sont à la base d'une collaboration efficace : la planification, le soutien à la mise en œuvre des activités, le suivi et l'évaluation et, surtout, l'aplanissement des embûches qui peuvent survenir en cours de route. Quand on sait que la coordination et la collaboration intersectorielles sont toujours difficiles<sup>9</sup>, un mécanisme de coordination formel aurait été essentiel en ceci qu'il présente l'avantage de mettre en relation des représentants de tous les

<sup>8</sup>Puisqu'elle s'appuie sur la collaboration et l'engagement intersectoriels, les voies empruntées par les promoteurs des initiatives calquées sur cette approche peuvent varier selon les contextes, les besoins particuliers de la population, les ressources disponibles, les relations avec les partenaires-clés et les mécanismes existants. Il peut donc y avoir, d'un gouvernement à un autre, une variabilité dans le choix des processus d'application, des structures de soutien à établir ainsi que dans la portée et le type de participation recherchés au sein des initiatives (Brisson et saint-Pierre, 2018).

<sup>9</sup>Certains secteurs ont moins d'expérience en la matière. De plus, les frontières entre les secteurs et entre les spécialités sont parfois très étanches et des facteurs comme la résistance au changement ou encore la crainte de la perte de pouvoir ou de ressources sont autant de freins à l'action intersectorielle. Il sera important pour chacun des acteurs de cerner ses champs d'intérêt respectifs afin d'établir ce qui constituera le socle commun à tous les partenaires. C'est par une bonne coordination, une mise en commun équitable des ressources, l'instauration d'un lien de confiance, l'ouverture et la transparence qu'il sera possible d'atteindre des résultats tangibles, gage d'un engagement continu.

secteurs impliqués et de favoriser la mise en commun des attentes, la fixation des objectifs partagés et culturellement adaptés à chacun ainsi que la mutualisation des ressources. Une autre dimension qui a été déficiente a été la 4<sup>e</sup>, car il n'a pas été possible de maintenir à long terme l'engagement de tous. Comme on le voit, un des défis d'une gouvernance intersectorielle pour la santé est donc de conserver l'intérêt et l'engagement des partenaires. Grosso modo, malgré l'engagement du Cameroun et les divers appels à l'appropriation de l'approche HiAP, il se dégage paradoxalement le constat de la faible appropriation de ladite approche par les pouvoirs publics dans le secteur de la santé à Douala comme dans les autres localités du pays. Cette faible mise œuvre du HiAP à Douala, résulte de l'existence des secteurs qui travaillent en silos et des collaborations mitigées entre les services publics, du manque d'incitations organisationnelles pour favoriser la collaboration avec d'autres secteurs, de l'existence des canaux de communication complexes qui limitent les expériences de collaboration, l'ignorance de l'approche par les autorités et l'insuffisance de ressources financières destinées à solidifier son appropriation (Nguendo Yongsi, 2012).

**Un "glissement" vers l'approche One Health, une stratégie adaptée? : Bref rappel historique :** C'est au milieu des années 1800 que l'idée de « One Health » a été lancée par Rudolf Virchow (1821-1902) qui disait à ce propos que « entre la médecine humaine et la médecine animale il n'y avait pas de ligne de démarcation. L'objet est différent mais l'expérience obtenue constitue la base de toute la médecine ». En 2004, ce concept a été davantage approfondi lors du symposium international de la Wildlife Conservation Society qui a réuni des experts de la santé humaine et animale pour discuter des maladies communes aux hommes, aux animaux sauvages et domestiques. En décembre 2007, le concept « One Health » a été adopté par la communauté internationale ((l'alliance tripartite entre FAO-OIE-OMS), et a pour objectif de tenter de décloisonner les approches sectorielles pour les questions sanitaires. Il souligne que la santé humaine, la santé animale et la santé de l'écosystème ne font qu'un, justifiant une approche multisectorielle et une recherche pluridisciplinaire (Guié et Peyre, 2011). De nos jours, l'approche a été officiellement approuvée par diverses organisations onusiennes, la Commission européenne, la Banque mondiale, diverses universités, ONG et bien d'autres organisations.

**One Health, qu'est-ce que c'est et pourquoi s'intéresser au concept maintenant ? :** One Health ou « une seule santé » est une approche intégrée de la santé qui met l'accent sur les interactions entre les animaux, les humains et leurs divers environnements. Il encourage les collaborations, les synergies et l'enrichissement croisé de tous les secteurs et acteurs dont les activités peuvent avoir un impact sur la santé. Son but est d'améliorer la santé et le bien-être grâce à la prévention des risques et l'atténuation des effets des crises qui proviennent de l'interface entre les humains, les animaux et leurs écosystèmes. Si on s'intéresse fortement au concept aujourd'hui, c'est tout simplement parce que le monde évolue. En effet, les systèmes de savoirs autochtones comprennent que pour assurer la santé humaine de demain, il faut protéger la santé des générations futures et des autres espèces sans compromis. Le respect de cette vérité et l'application de ces connaissances sont essentiels à la démarche de réconciliation dans nos sociétés en développement qui renferment des populations autochtones comme les Kirdis et Pygmées au Cameroun. De plus, des



pressions comme le changement climatique, l'urbanisation et la mondialisation ont créé une interdépendance inédite entre la santé humaine, animale et environnementale. Elles amplifient les problèmes existants (p. ex., maladies à transmission vectorielle) et intensifient de nouvelles menaces pour la santé publique (p. ex., vagues de chaleur, pandémies). Non seulement le monde évolue, mais les attentes aussi évoluent. En effet, sous la pression de déclarations internationales, les systèmes de santé nationaux et locaux réfléchissent aux moyens d'intégrer l'approche « Une seule santé » pour élaborer des programmes assurant l'équité sociale, environnementale et économique. Pendant la pandémie du Covid-19 par exemple, les ministres de la Santé des pays du G20 ont ainsi déclaré qu'il n'y a pas de santé sans ce concept clé. Ils ont insisté sur la nécessité d'une approche holistique pour améliorer la prévention, la préparation et les interventions et pour favoriser la relance en cas de pandémie (Seifman, 2021). Lors de l'Assemblée mondiale de la Santé de 2020, le directeur général de l'OMS a en outre souligné la relation étroite et fragile entre l'humanité et la planète, précisant que les mesures qui n'en tenaient pas compte étaient vouées à l'échec. Enfin, la Banque mondiale fait la promotion de solutions fondées sur la nature pour réduire le risque de catastrophes et atténuer les effets du changement climatique sur la santé. Enfin, si on s'intéresse de plus en plus au concept maintenant, c'est pour plus d'efficacité et d'innovation. En effet, de nos jours, il n'est ni possible ni opportun de recourir à des solutions à enjeu unique pour résoudre la mosaïque de problèmes affectant à la fois l'humanité, les animaux et l'environnement (Fried *et al.*, 2012). L'approche « Une seule santé » vise les gains d'efficacité en s'attaquant aux causes communes des menaces et en investissant dans des actions globales d'envergure bénéfiques pour tous. Elle soutient des méthodes multidisciplinaires pour répondre à des problèmes isolés ainsi que le travail d'équipes qui étudient les interactions et les répercussions de problèmes concomitants. Le principe fondamental de partage des connaissances, des ressources, des infrastructures et de la gouvernance permet de remédier à l'inefficacité et à la perte de temps en accélérant l'application des connaissances. La résolution interdisciplinaire des problèmes apporte une vision d'ensemble, qui révèle souvent de nouvelles voies d'intervention ou fait prendre conscience aux équipes des conséquences de leurs interventions. Par exemple, la collaboration d'éleveurs, d'écologistes, de vétérinaires et de professionnels en santé environnementale experts dans leurs domaines respectifs a permis d'élaborer de meilleurs plans de biosécurité pour bloquer la transmission de la grippe aviaire des oiseaux sauvages à la volaille puis aux humains.

**Justification de « One Health » en Afrique:** Le concept One Health va bien au-delà de la prévention des crises sanitaires et est étroitement lié à une vision holistique de la santé et aux liens entre santé, qualité de l'environnement (eau, air, sol), climat, alimentation et agriculture et biodiversité mais le présent avis reste centré sur l'importance de développer et opérationnaliser ce concept en vue d'être mieux préparé aux futures émergences infectieuses. La pertinence du concept s'est révélée en Afrique autour de crises sanitaires impliquant la santé des animaux et l'équilibre des écosystèmes. Ce fut le cas de l'épidémie de la fièvre de la vallée du Rift en Afrique de l'Est en 1997 qui a entraîné en trois mois, 90 000 malades et près de 500 décès chez les hommes et de nombreux décès chez les animaux causant des difficultés économiques pour les gens qui comptaient sur ces animaux pour le lait, la viande, et

comme un produit commercial. On peut aussi citer le cas de la maladie à virus Ebola, qui a occasionné plus de 10 000 décès humains depuis 2014 en Afrique de l'Ouest, particulièrement en Guinée, au Libéria, et en Sierra Leone, qui prend sa source chez l'animal avant de se répandre au sein de la population humaine. En plus de ces décès, elle a eu un impact considérable sur la production agricole et la sécurité alimentaire et nutritionnelle des zones affectées (FAO, 2015). Cette pertinence du concept est encore actuelle de nos jours, au vu de la récente réapparition de la grippe aviaire au Nigeria et sa diffusion à plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest; une apparition et diffusion qui présentent un certain nombre de risques en termes de sécurité alimentaire et de santé publique : le développement des hydro-aménagements (barrages) ayant pour conséquence les étendues d'eau où pullulent des mollusques hébergeant des parasites favorise le contact homme-eau, à l'origine des bilharzioses urinaires ou intestinales et montre bien l'enchevêtrement des problématiques environnementales, d'écosystèmes et de santé humaine. Et plus récemment encore, la crise COVID-19 a démontré la nécessité de mettre en œuvre les approches intégrées de la santé et en particulier l'approche « One Health ». Celle-ci s'est traduite par une organisation et des actions multisectorielles, multidisciplinaires, multi-acteurs, et ce à toutes les échelles, locales, nationales, régionales et continentale. Ainsi, et compte tenu des enjeux sanitaires, économiques et environnementaux liés à l'émergence et la réémergence de certaines pathologies dont les zoonoses en Afrique, il y a intérêt à renforcer la collaboration multisectorielle entre la santé humaine et animale et les autres secteurs de développement (Bénie et Seck, 2016.).

**Opérationnalisation de « One Health » à Douala-Cameroun:** Depuis l'adoption du concept « One health », on a noté le développement d'une collaboration entre le secteur de la santé et l'environnement dans l'approche « écosanté » à Douala. Cela a été illustré par la création d'un comité intersectoriel de crise contre le Choléra, pour mieux contrôler l'épidémie de Choléra, les urgences sanitaires et la sécurité humanitaire<sup>10</sup>. Placé sous la coordination générale du Gouverneur de la région du Littoral, ce comité était constitué des représentants du ministère de la santé publique (médecins et urgentistes), de l'environnement (hygiénistes), de l'urbanisme et de l'habitat, de l'administration territoriale (maires), de l'eau et de l'énergie. Sur le plan médical, tous les hôpitaux ont été mis en état d'alerte. Des espaces ont été libérés pour isoler les malades en fonction des capacités de ces structures. Avec le concours des maries, les malades ont gratuitement été pris en charge. Grâce au concours des agents de l'urbanisme, du développement urbain, et de l'environnement, l'origine de cette épidémie a été déterminée à savoir la consommation d'eau souillée des puits et autres sources insalubres par les déjections animales venant d'une porcherie. De même le foyer de l'épidémie a été circonscrit au quartier Bépanda où un résident procédait à l'élevage de porcs. Au regard de cette cause de l'épidémie (consommation eau souillée), le ministère de l'eau et de l'énergie à travers Camwater a proposé des solutions de rechange auxquelles beaucoup d'habitants de Bépanda avaient eu recours, suite aux

<sup>10</sup>Une recrudescence du choléra a fait 200 morts entre octobre 2021 et février 2022 au Cameroun, où 10 322 cas de la maladie ont été rapportés, selon une déclaration du 4 août 2022 du ministère de la Santé publique. Cinq des 10 régions du Cameroun, dont le Littoral, qui comprend la capitale économique Douala a été la plus touchée par l'épidémie.

perturbations qu'a connues ce quartier dans le rationnement en eau fournie par la SNEC.

Tirant les enseignements que cette épidémie était liée à un problème d'hygiène et d'insuffisance d'eau potable en pleine saison sèche, tant il est vrai que le climat, la qualité du sol et l'absence des fosses septiques étaient des facteurs de l'évolution de cette épidémie, le plan de veille épidémiologique a été du moins mis en place, sinon réactivé à Douala. Une autre illustration de l'appropriation du concept One Health à Douala est l'Unité de lutte contre les nuisances urbaines, une unité regroupant cinq secteurs ministériels : Santé publique, Élevage et pêche, Habitat et développement urbain, Décentralisation et du développement local, Environnement, de la Protection de la Nature et du Développement Durable. De fait, la ville de Douala connaît de nombreuses nuisances au rang desquelles la divagation des animaux. Cette divagation des animaux est un problème récurrent qui pose des risques pour la sécurité des habitants ainsi que pour la santé des animaux eux-mêmes. Les animaux errants endommageant les cultures et les constructions, causant des accidents de la route, et contribuant à la propagation des maladies, cette unité de lutte (multisectorielle) contre les nuisances urbaines est mise en œuvre par la Mairie de Douala (ex-Communauté Urbaine de Douala) qui est chargée d'opérationnaliser toutes les activités de cette unité, dont celle d'aider la ville à se préparer pour répondre aux futures épidémies, en conformité avec les normes et directives nationales et internationales. Aussi, entre 2018 et 2020, on a noté une série d'ateliers de renforcement des capacités et de planification des délégués régionaux des ministères clés à Douala (Santé publique, Environnement, Habitat et développement urbain, eau et énergie) en ce qui concerne « One Health ». Des modules ont été validés par ONU-Habitat et sont intégrés dans les curricula d'enseignement et de formation de certaines institutions d'enseignement supérieur de la ville. En réponse à ce mouvement local, des initiatives plus institutionnelles voient également peu à peu le jour, telles que l'Observatoire de la santé urbaine de Douala (OSUD) qui apporte un appui aux Décideurs et Chercheurs des universités et instituts publics et privés qui travaillent sur le One Health.

## Conclusion

L'activité humaine entraîne des changements globaux des conditions environnementales et des modifications dans les interactions entre les populations humaines et animales, à l'origine de facteurs risques sanitaires. Ce qui nécessite la mise en place des environnements favorables à la santé. Toutefois, la mise en œuvre des environnements favorables à la santé dépend de politiques publiques variées : urbanisme, aménagement du territoire, éducation, etc. Il est donc nécessaire que les autorités en charge de la santé publique travaillent en collaboration avec les autres politiques publiques concernées. De fait, en incluant les secteurs autres que celui de la santé dans le processus de décision, on permet aux décideurs politiques et aux membres des administrations publiques de prendre conscience de l'impact que beaucoup de politiques publiques (autres que la santé publique) peuvent avoir sur la santé de la population. Par ailleurs, on constate que la santé est influencée par une multitude de facteurs indépendants du champ d'action du secteur de la santé, et qui ne sont pas sous du ressort décisionnel de la santé publique. Il est donc nécessaire d'agir en coopération avec les autres secteurs. C'est ce qu'on appelle approche multisectorielle en santé, c'est à dire

une approche collaborative qui adopte une perspective globale des déterminants de l'état de santé individuel, afin de s'assurer que toutes les politiques publiques ont un effet positif ou, dans le pire des cas, neutre sur la santé individuelle et de la population et l'égalité devant la santé. Autrement dit, c'est une approche qui a pour objectif que toutes les politiques publiques aient un effet sur la santé de la population. La santé dans toutes les politiques (HiAP) et One Health font partie de ces stratégies ou approches intégrées ou multisectorielles en santé. L'approche HiAP qui suppose des collaborations entre les décideurs politiques et les partenaires du secteur de la santé et ceux d'autres secteurs administratifs, vise à créer des synergies pour mettre au point des solutions multidimensionnelles à des problèmes complexes pertinents à la santé des populations. Il se trouve que cette dernière a été faiblement appropriée par les autorités publiques de Douala, contrairement à l'approche One Health. En effet, les crises sanitaires récentes, telle que la pandémie de la Covid-19, ont remis en évidence les liens de causalité et les interdépendances entre santé publique, santé animale et écosystème, et la nécessité d'aborder ces problématiques de manière holistique, en intégrant des facteurs sociaux, économiques et culturels. Dès lors, "One Health" est devenu un concept fédérateur pour un grand nombre d'organisations gouvernementales et non gouvernementales soucieuses de la santé humaine et animale, de la conservation de la faune et de la pérennité environnementale. Toutefois, même si le concept semble bien établi depuis une dizaine d'années, son opérationnalisation présente de nombreux défis et enjeux. C'est que malgré le début de collaboration, les Institutions nationales médicales et vétérinaires africaines sont encore en croissance si bien que la collaboration entre elles n'est pas encore bien établie pour prendre en compte le concept One Health, chacune travaillant dans son domaine. Or la prévention et la lutte contre les zoonoses, pour sauver des vies humaines et animales, nécessite la mise en place d'approches multisectorielles et multidisciplinaires prenant en compte les liens étroits qui existent entre la santé humaine et animale, l'environnement et l'agriculture. Ceci nécessitera un plus grand engagement politique et surtout un décloisonnement entre les différents secteurs de développement. Davantage, cela nécessite de définir les formes de collaboration multisectorielle qui sont multiples, puisqu'elles vont du niveau stratégique au niveau opérationnel et peuvent être catégorisées comme suit: (i) Instruments d'intégration dans le processus de décision politique (planification stratégique, études d'impact et stratégiques, analyses de contexte), (ii) Structures de gouvernance (conseil de santé de quartier, commission de promotion et de prévention de la santé au niveau des arrondissements ou districts urbains, comité de pilotage/groupe de travail au niveau urbain), (iii) Processus opérationnels (programme/projet intercommunal, projet transversal, consultations, colloques/journées réseau, etc.). Quelles qu'elles soient, les succès de ces approches multisectorielles en santé dépendront des facteurs suivants : base légale et une reconnaissance formelle de l'approche multisectorielle, cohérence avec la stratégie nationale et internationale, soutien hiérarchique et dans une moindre mesure politique, ressources financières, humaines et temporelles suffisantes, compétences suffisantes en gestion de projet et en collaboration interdisciplinaire, un langage commun et une formulation positive de la problématique, visibilité des résultats et une communication claire avec les partenaires et public, de bonnes relations interpersonnelles entre les différents secteurs.

## RÉFÉRENCES

- Alla F. (2016). Les déterminants de la santé. In : Bourdillon F. (éd.), *Traité de santé publique* (pp. 15-18). Cachan, Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.bourd.2016.01.0040>
- Amartya Sen. (1999). Santé et développement. Genève, Allocution d'orientation prononcée à la Cinquante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé, 8 p.
- Bass M. (1994). Promouvoir la santé, Paris, L'Harmattan, 304 p.
- Bénie Bi Vroh, J., Seck I. (2016). La mise en œuvre du concept One Health est-elle une réalité en Afrique ?, *Santé Publique*, 28, pp : 283-285.
- Berthélemy J., Thuilliez J. (2013). Santé et développement : une causalité circulaire. *Revue d'économie du développement*, 21, pp. 119-147.
- Brisson A. J., St-Pierre L. (2018). Guide d'implantation de l'approche de la Santé dans Toutes les Politiques au palier local. Québec, REFIPS-Section des Amériques, 23 p.
- Charron D.F. (2012). Ecohealth: Origins and Approach. In: Charron D. (ed), *Ecohealth Research in Practice. Insight and Innovation in International Development*, vol 1. Springer, New York, NY. [https://doi.org/10.1007/978-1-4614-0517-7\\_1](https://doi.org/10.1007/978-1-4614-0517-7_1)
- FAO-Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation. (2015). Quelle contribution du concept « One Health » à la sécurité alimentaire et nutritionnelle au Sénégal ? Compte rendu de la 8e « Fenêtre sur l'agriculture ». <http://www.fao.org/3/a-bc446f.pdf>
- Fried LP, Piot P, Frenk JJ, Flahault A, Parker R. (2012). Global public health leadership for the twenty-first century: towards improved health of all populations. *Glob Public Health*, 7(sup1):S5-S15. Available from: <https://doi.org/10.1080/17441692.2012.702118>
- Gardon S., Le Naour G. (2020). La santé globale au prisme de l'analyse des politiques publiques. *QUAE*, 250 p.
- Guié M, Peyre M. (2011). Le concept « Une seule santé » : une réponse à l'incertitude dans la gouvernance internationale des zoonoses émergentes ? Atelier Cirad/INRA « Systèmes d'information et outils de pilotage du secteur élevage dans les pays du Sud », Montpellier, France, [http://agritrop.cirad.fr/572333/1/document\\_572333.pdf](http://agritrop.cirad.fr/572333/1/document_572333.pdf)
- Jakubowski E., Busse Reinhard. (1998). Les systèmes de santé dans l'union européenne : une étude comparative. *Parlement européen*, 161 p.
- Lalonde M. (1974). Nouvelle perspective de la santé des Canadiens : document de travail. Ottawa, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 83 p.
- Roderick L. (1999). «Urban health : An ecological perspective», *Reviews on Environmental Health*, vol. 14, no 1, p.1-10.
- Murray C., Lopez A. (1996). *Global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge MA, Harvard University Press.
- Nguendo Yongsí H.B. (2021). Perceptions, experiences, and obstacles for intersectoral action for health: perspectives of policymakers in Douala Cameroon. *International Journal of Science Academic Research*, Vol. 02, Issue 01, pp.848-856
- Organisation Mondiale de la Santé. (1946). *Constitution*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé.
- Organisation mondiale de la Santé. (1978). *Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires*. Accessible en ligne à : [www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/alma\\_ata\\_declaration/fr/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/)
- Organisation mondiale de la Santé. (2008). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Accessible en ligne à : [www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0003/129675/Ottawa\\_Charter\\_F.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf)
- Organisation Mondiale de la Santé. (2001). *Macroéconomie et santé : investir dans la santé pour le développement économique*, Genève, 224 p.
- Organisation mondiale de la santé. (2014). *Contribuer au développement économique et social : une action intersectorielle durable pour améliorer la santé et l'équité en santé*. Genève, 4 p.
- Organisation mondiale de la santé. (2023). *Mettre fin aux maladies en Afrique : vision, stratégies et initiatives spéciales, 2023-2030*. UHC/UCN Programme Organisation mondiale de la Santé Bureau régional pour l'Afrique Brazzaville, 60 p.
- Ridde V. (2011). Politiques publiques de santé, logiques d'acteurs et ordre négocié au Burkina Faso. *Cahiers d'études africaines*, (1), 115-143.
- Roderick J. L. (2009). Liens entre investissements en santé et développement durable. In : Hachimi Sanni Yaya, *Le défi de l'équité et de l'accessibilité en santé dans le Tiers-Monde*, Paris, L'harmattan, pp 201-217.
- Rüegg SR, McMahan BJ, Häsler B, Esposito R, Nielsen LR, Ifejika Speranza C, et al. (2017). A Blueprint to Evaluate One Health. *Front Public Health*, vol 16, pp 5:20.
- Seifman R. (2021). *The G20 and « une seule santé » : will future actions speak louder?*. London, UK: Impakter.com; Available from: <https://impakter.com/g20-one-health-will-future-actions-speak-louder/>
- Sow MS, Desclaux A, Keita AK, et al. (2023). Deuxième Congrès de la Sogupit « Pathologies infectieuses émergentes et ré-émergentes en Afrique : gouvernance, Défis et perspectives » 13 - 14 Octobre 2022, Conakry, Guinée. *Med Trop Sante Int*. 29;3(2).doi: 10.48327/mtsi.v3i2.2023.393.
- Ståhl T., Wismar M., Ollila E., Lahtinen E., Leppo K. (2006). *Health in All Policies. Prospects and potentials*, Finnish, Ministry of Social Affairs and Health.
- Taylor LH, Latham SM, Woolhouse ME. (2001). Risk factors for human disease emergence. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.*, 356(1411):983-989.
- Turgeon J., Jabot F. (2010). Évaluer l'impact potentiel des politiques publiques sur la santé : les astres sont bien alignés !, *Santé publique*, (4), 363-365.
- UA-Union Africaine. (2019). *La prise en compte des déterminants sociaux de la santé dans les régions africaines par l'adoption de l'approche de la santé dans toutes les politiques*. Addis-Abeba, 34<sup>e</sup> session ordinaire de la Conférence de l'Union africaine des chefs d'État et de gouvernement des États membres de l'Union Africaine, 10-11 février 2019, p.1.
- Quivy R., Campenhoudt L.V. (1995). *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Dunod, 287 p.