

# Améliorer la gouvernance urbaine pour la santé et le bien-être à Douala-Cameroun

## *Improving urban governance for health and well-being in Douala, Cameroon*

Novembre 2021

*Cette note d'information stratégique a été préparée par le Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé (CDBPS) partenaire PEERSS à la demande du bureau pays de l'Organisation mondiale de la Santé*



### *Auteurs*

**Pierre Ongolo Zogo, MD, MSc, Ph.D, Analyste des politiques et systèmes de santé**

Directeur, Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé Yaoundé, Cameroun

**Moustapha Moncher Nsangou, Ph.D, Sociologue, Chercheur**

**Rénée-Cécile Bonono, Ph.D, Anthropologue, Chercheuse**

**Arisitide Bitouga, Ph.D, Anthropologue, Chercheur**

**Basile Momnougui, MSc, Psychologue, Chercheur**

**Jean Serge Ndong, MD, MPH, Economiste de la santé, Chercheur,**

**Guy Wafeu Sadeu, MD, MPH, Statisticien, Chercheur**

**José Atangana, Ph.D, Economiste, Assistant de recherche,**

### Adresse pour correspondance

Pr Pierre Ongolo-Zogo, B.P 5604 Yaoundé - Cameroon

### *Conflit d'intérêts*

Aucun.

### *Citation*

**Ongolo-Zogo P. 2021.** Gouvernance urbaine pour la santé et le bien-être à Douala-Cameroun. Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé. Yaoundé, Cameroun

*The Centre for Development of Best Practices in Health (CDBPH) is a health policy and systems research unit that was established since June 2008 in Yaoundé . Its aim is to foster knowledge translation and exchange for better health in Africa. CDBPH is a knowledge brokerage unit designed to link health researchers with health decision makers. The CDBPH also intends to serve health and wellbeing decision makers by providing capacity building opportunities, providing evidence summaries, and identifying needs and gaps related to Evidence to Practice. [www.cdbph.org](http://www.cdbph.org)*

---

## Définitions des concepts

### Gouvernance

Le mot anglais « gouvernance » désigne « l'art ou la manière de gouverner » pour marquer la distinction avec le gouvernement en tant qu'institution et promouvoir un nouveau mode de gestion des affaires publiques fondé sur la participation de la société civile à tous les niveaux (Paye, 2005). La gouvernance est à « la mode » pour formaliser une approche de l'aide au développement par certains partenaires soucieux de responsabiliser davantage la société civile et minorer le poids de l'Etat dans la gestion et la mise en œuvre des programmes de développement (Jouve, 2007). « La gouvernance favorise ainsi les interactions Etat-société, en offrant un mode de coordination horizontale entre partenaires intéressés par l'enjeu – autorité publique, entreprises, groupes de pression, experts, mouvements de citoyens, associations de consommateurs – pour rendre l'action publique plus efficace. Elle privilégie davantage l'élaboration non hiérarchisée des politiques publiques par rapport à la prise de décision verticale propre au gouvernement traditionnel. » (Kazancigil, 2002 : 128). Pour Stocker, « Gouverner, du point de vue de la gouvernance, est toujours un processus interactif parce qu'aucun acteur, public ou privé, ne dispose des connaissances et des ressources pour s'attaquer seul aux problèmes. » (Stocker, 1998 : 25)

### Gouvernance urbaine pour la santé et le bien-être

Elle est définie comme la capacité des institutions au sein d'un territoire urbain (lois et règlements, processus politiques, mécanismes de gestion et d'administration efficaces, autorités locales communautaires, traditionnelles religieuses et socio-culturelles compétentes) à consacrer les principes de participation, d'inclusion, de transparence, de réactivité et de redevabilité dans le but de garantir à tous les citoyens le *droit à la santé et au bien-être* et de créer les conditions de leur pérennité..

### Equité

L'équité est une dimension normative morale et éthique qui définit des critères de choix objectifs permettant d'affiner et d'humaniser l'universalisme de l'égalité (Demeuse, & Baye, 2005). L'équité en santé est identifiée comme un objectif primordial des politiques et interventions de santé qui comporte plusieurs définitions et implications pratiques. Souvent définie à travers son contraire l'iniquité, l'équité se réfère aux différences évitables ou remédiables entre groupes de personnes en termes de conséquences d'une intervention de santé. Une intervention est considérée équitable si ses bénéfices sont plus importants au sein des sous-groupes ou territoires reconnus a priori défavorisés et vulnérables (Benmarhnia, & McKinnon, 2019).

### Santé

La santé est un état de bien-être physique, mental et social complet et pas simplement l'absence de maladie ou d'infirmité (OMS : 1984).

### Bien être

Le bien-être est un « sentiment général d'agrément, d'épanouissement suscité par la pleine satisfaction des besoins du corps et de l'esprit » et dépendrait de « la satisfaction de désirs et de pratiques, de biens relatifs aux formes de vie commune et de biens liés à des dispositions inhérentes à la nature humaine » (Guibet-Lafaye (2007), p.127). Le bien-être est plus qu'un simple bonheur. Outre le fait de se sentir satisfait et heureux, le bien-être signifie se développer en tant que personne, être épanoui et apporter une contribution à la communauté (Shah, Marks, 2004 : 2).

### Développement durable

Il est défini comme « un développement qui répond aux besoins des générations présentes sans compromettre la possibilité pour les générations futures de répondre à leurs propres besoins » (OMS 2000 :26).

### Objectifs de développement durable (ODD)

Les ODDs désignent les objectifs établis par les États membres des Nations Unies dans l'Agenda 2030 du développement adopté en septembre 2015 au terme de deux ans de négociations impliquant les gouvernements et la société civile. Les 1691 cibles sont réparties entre les dix-sept ODD suivants : 1) Éradication de la pauvreté ; 2) Lutte contre la faim ; 3) Accès à la santé ; 4) Accès à une éducation de qualité ; 5) Égalité entre les sexes ; 6) Accès à l'eau salubre et à l'assainissement ; 7) Recours aux énergies renouvelables ; 8) Accès aux emplois décents ; 9) Infrastructure résiliente, Industrialisation durable pour tous et Innovation ; 10) Réduction des inégalités ; 11) Villes et communautés durables ; 12) Consommation et production responsables ; 13) Lutte contre le changement climatique ; 14) Vie aquatique ; 15) Vie terrestre ; 16) Justice et paix ; 17) Partenariats pour la réalisation des ODD.

---

## Contexte

Cette note a été préparée la demande du bureau pays de l'OMS au Cameroun pour informer la phase préparatoire du projet pilote « Gouvernance urbaine pour la santé et le bien-être dans la ville de Douala » abritant plus de 3,2 millions d'habitants au moment où la décentralisation vit une dynamique nouvelle avec le Code Général des Collectivités Territoriales Décentralisées qui confère aux municipalités entre autres missions, la promotion de la santé et du bien-être des populations.

L'urbanisation en Afrique est complexe et génère plusieurs défis relatifs à l'accès aux services de base dans un contexte d'expansion non planifiée d'une part et à la construction d'une cohésion socio-communautaire cosmopolite d'autre part. La bonne gouvernance urbaine de la santé et du bien-être engage les acteurs de la ville (autorités municipales et administratives déconcentrées, leaders traditionnels et religieux, acteurs économiques, organisations de la société civile, associations et organisations à base communautaire, forces de maintien de l'ordre, personnels des services socio-sanitaires) à établir des nouvelles modalités de promotion, de prévention, de restauration et de protection de la santé et du bien-être des populations. La perspective systémique « **santé dans toutes les politiques** » est essentielle à la gestion des interactions et interconnexions complexes entre les transformations environnementales urbaines d'une part et la santé et le bien-être des citoyens d'autre part. Une gouvernance efficace pour améliorer la santé et le bien-être en milieu urbain nécessite le recours aux données probantes fiables et un **processus participatif et multi-sectoriel de décision**. L'équité et la notion de co-bénéfices (les parties prenantes trouvent un bénéfice dans chaque projet de développement urbain) sont cardinales.

---

## Défis prioritaires de santé et de bien-être à Douala

Sur la base d'une revue documentaire et des délibérations communales menées en Novembre 2021, cette section décrit les défis brûlants de santé et de bien-être à Douala.

Sous les effets conjugués de l'ajustement structurel, des crises sécuritaires et de la Covid-19, Douala est devenue en l'espace de deux décennies le théâtre d'une urbanisation rapide exhibant insalubrité et habitat spontané péri-urbain anarchique d'une part et d'une dégradation des indicateurs d'accès aux services de base à l'instar de l'eau potable, de l'éclairage public, de l'hygiène et assainissement, des soins de santé primaire d'autre part. Douala s'apparente parfois à une foire du désordre urbain où les citoyens rivalisent d'ingéniosité et d'incivisme pour altérer la quiétude des concitoyens. La sédentarité, les nuisances sonores, la pollution de l'air, la rareté des espaces verts, l'engorgement du réseau routier contribuent à une véritable épidémie de stress et de maladies chroniques non transmissibles (obésité, hypertension, diabète) et des traumatismes (voie publique, violence urbaine, insécurité etc.). La gestion inappropriée des ordures ménagères dont celles plastiques, l'occupation anarchique des zones d'écologie fragile et l'habitat spontané font le lit des inondations dont les conséquences sont entre autres une aggravation de la pauvreté et de l'insécurité.

**A l'offre insuffisante d'infrastructures de base** (eau, électricité, hygiène et assainissement, transport public de personnes) s'ajoute la typologie de l'habitat et la prédominance de l'auto-construction. Les cases isolées constituent 46,5% des logements dont plus de la moitié construite en matériaux provisoires ou de récupération.

Les municipalités ne disposent ni de réserve foncière pour les lotissements, ni de ressources adéquates pour les opérations de logement social.

**L'offre de transport collectif de masse** est inadéquate et artisanale marquée par une absence de coordination entre les acteurs. Le parc roulant est fait de véhicules de tout genre (mini-bus, bus, auto-bus, véhicules individuels et motos) qui inondent les rues. Le réseau routier est en permanence étouffé par la transformation des trottoirs existants en commerces et parkings obligeant les piétons à disputer la chaussée aux véhicules. L'incivisme, l'étroitesse des chaussées, le délabrement des chaussées et des trottoirs ainsi que la densité du trafic inter urbain participent au blocage des principales entrées de la ville. L'infrastructure routière présente une durabilité réduite du fait d'un entretien approximatif et du mauvais état de la voirie lié à l'imperméabilité des sols, à la structure du sol et à la climatologie.

Les nuisances sonores, l'alcoolisme et la consommation des substances illicites, l'incivisme des usagers, la conduite dangereuse, la non maîtrise et le non-respect du code de la route entraînent de nombreux accidents.

Si plus 96 % des ménages consomment de l'eau d'une source améliorée, 52% à Douala subissent des interruptions répétitives et intempestives de fourniture d'eau d'au moins un jour toutes les deux semaines. Plus de 3 ménages sur 5 utilisent l'eau de forage comme eau de boisson. Parmi les personnes non connectées au réseau urbain d'eau, 80% se trouvent à plus de 5 minutes de marche d'un point d'eau potable, dont 15% à plus de 10 minutes, et 5% à plus de 30 minutes.

Seulement trois ménages sur cinq (61%) utilisent des installations sanitaires améliorées. Les caniveaux restent un lieu privilégié d'évacuation des eaux usées des ménages. Le ramassage des déchets et ordures ménagères est sub-optimal et rendu difficile par l'état déplorable du réseau routier et l'habitat spontané anarchique en zone périurbaine. La gestion inadéquate des déchets plastiques en particulier contribue à l'obstruction des drains d'évacuation et favorise les inondations.

Malgré une carte sanitaire parmi les plus denses du Cameroun, la distribution géographique des formations sanitaires et les structures de dialogue chargées de la gouvernance participative des services de santé restent problématiques. Les affections fréquentes chez les enfants de moins de 05 ans sont l'anémie (56,5%), les diarrhées (11,1%), la malnutrition chronique ou le retard de croissance (8,9%), le paludisme (7,8%). Les adultes sont victimes des maladies chroniques non transmissibles (hypertension artérielle, diabète, surcharge pondérale, obésité, cancers). En 2019, 32,3% d'adultes étaient hypertendus, 61% de femmes étaient en surcharge pondérale dont 29,6% obèses; 4 671 nouveaux cas de tuberculose ont été notifiés et 2,4% d'adultes vivaient avec le VIH. L'accès aux services et aux soins de santé primaire fait l'objet de plusieurs plaintes portant sur l'accueil inhospitalier dans les services d'urgences d'une part et les frais financiers conditionnant la prise en charge médicale des patients d'autre part. L'offre de santé dans les zones péri-urbaines est surtout informelle avec des vendeurs de médicaments « du gazon » et la prolifération des établissements de soins non autorisés.

---

## **Facteurs sous-jacents**

Les défis ci-dessus décrits laissent entrevoir des déterminants intriqués et polymorphes structurels et conjoncturels d'ordre individuel, communautaire, économique et socio-culturel. La diversité des motifs de migration vers et d'installation à Douala,

la pauvreté multiforme et le caractère cosmopolite des citoyens constituent des défis structurels pour la construction d'un sentiment d'appartenance communautaire. La géographie et la climatologie posent des défis particuliers pour la structuration et l'aménagement de l'espace urbain d'une part et d'accès aux ressources en eau potable d'autre part. La croissance urbaine est estimée supérieure à 5% au cours de la dernière décennie.

Le salaire minimum interprofessionnel garanti est de 36 270FCFA depuis 2014. La Banque Mondiale estimait à 70 000FCFA, le revenu mensuel moyen au Cameroun en 2016.

La gestion municipale de l'approvisionnement en **eau potable** est approximative et les synergies ont inexistantes entre les bienfaiteurs individuels et les acteurs économiques assumant leur responsabilité sociale qui mettent à disposition des voisins de l'eau de forage. Outre les frais de connexion au réseau Camwater hors de portée de la majorité des ménages, la qualité du service de distribution est dégradée; les pertes techniques sont au delà de 30%; le mauvais état du réseau provoque des pannes fréquentes. **L'éclairage public** est inadéquat faisant le lit de l'insécurité et l'accès au réseau électrique est onéreux dans les nouveaux quartiers et grevé par les multiples délestages et la qualité déplorable du service à la clientèle.

La **malnutrition et la mauvaise hygiène alimentaire** contribuent aux problèmes de santé des enfants et adultes. Le faible niveau d'éducation des femmes affecte directement la fréquence des diarrhées, la vaccination et la mortalité infantile. La quasi-totalité des affections chroniques non transmissibles sont liées au mode de vie (sédentarité, consommation de tabac et d'alcool, alimentation, stress, nuisances sonores provoquant des troubles du sommeil).

L'organisation approximative du **secteur immobilier** et le monopole du secteur privé assurant 80% de la production du logement selon un mode d'auto-construction favorisent la spéculation foncière prégnante en centre urbain et confine une large majorité de la population vers les zones d'habitat spontané en périphérie urbaine qui contribue à l'étalement de la ville et au désordre urbain.

La structuration géographique des activités industrielles et socio-économiques impose des déplacements pendulaires quotidiens favorisant **la congestion du trafic routier** par ailleurs entretenue par l'hétérogénéité des modes de transport, la mauvaise conduite des chauffeurs, les arrêts spontanés sur la chaussée, l'invasion de la chaussée par les commerçants et piétons, les accidents de circulation, l'incivisme, le mauvais état de la voirie, l'étroitesse de l'infrastructure routière et la rareté des places de parking. L'ensemble accroît **la pollution sonore et la pollution de l'air ambiant**. L'offre inadéquate de **transport urbain de masse** tient à la faible capacité des modes déployés et à la vétusté du parc roulant Malgré l'encadrement législatif et réglementaire, une confusion des rôles et responsabilités et une dilution des engagements sont manifestes dans la mise en œuvre des stratégies de transport .

**La multisectorialité, l'intersectorialité et l'intercommunalité** exhibent plusieurs domaines à améliorer en termes de synergies d'acteurs dans la mise en œuvre des projets de développement urbain et d'amélioration du cadre de vie. La multiplicité des acteurs et la divergence des intérêts est remarquable. La Communauté urbaine et les six communes d'arrondissement ont des rôles et responsabilités qui parfois se chevauchent avec des risques de gaspillage des ressources. L'administration centrale déconcentrée décriée comme « non inculturée » mène des actions de manière cloisonnée. Les interactions entre les parties prenantes se caractérisent par une col-

laboration inappropriée et une participation non inclusive et parfois factice au sein des instances existantes tels les comités de santé et d'hygiène et salubrité.

---

## **Théorie du changement**

La théorie du changement du projet « gouvernance urbaine pour la santé et le bien-être » exige une analyse préalable des défis et enjeux prioritaires de la santé et du bien-être en termes d'ampleur, de parties prenantes, de déterminants dans le but d'enclencher une nouvelle dynamique d'action municipale et communautaire pour infléchir la dégradation des indicateurs de santé et de bien-être des populations de Douala en cohérence avec les ODD 3 et 11 de l'Agenda 2030 des Nations-Unies et la Stratégie Nationale de Développement 2030 en cohérence avec les engagements des nouvelles équipes municipales. Le polymorphisme des problèmes de santé et de bien-être de Douala et leurs amplifications probables avec la croissance démographique projetée impose un **changement de paradigme** de la gouvernance urbaine en adaptant cette théorie du changement aux réalités de Douala.

**L'objectif du projet** est d'améliorer l'état de santé et le bien-être de la population dans les villes grâce à une gouvernance urbaine participative et multisectorielle d'ici 2028 à travers les cinq **actions stratégiques** suivantes:

1. Réorienter les institutions de gouvernance et le leadership des exécutifs municipaux pour accroître la participation et l'efficacité
2. Intégrer des mécanismes au niveau institutionnel pour promouvoir des politiques et des interventions avec un processus participatif multisectoriel
3. Améliorer les compétences techniques pour aborder les déterminants de la santé et de l'équité dans les villes grâce à l'approche « santé dans toutes les politiques »
4. Générer de données probantes sur la gouvernance urbaine pour la santé et le bien-être
5. Plaider pour une gouvernance urbaine participative pour la santé et le bien-être à travers les réseaux mondiaux, régionaux et nationaux des villes et des maires

**Les résultats attendus sont les suivants:**

- (i) Des cadres institutionnels et politiques pour une bonne gouvernance urbaine pour la santé et le bien-être sont élaborés aux niveaux local, national, régional et mondial
- (ii) Les capacités et les données probantes pour la gouvernance urbaine de la santé sont renforcées pour les autorités municipales et nationales et, pour l'OMS
- (iii) Les dirigeants locaux et les communautés ont résolu conjointement les besoins de santé et de bien-être par le biais de processus participatifs et d'innovation sociale.

---

## **Actions stratégiques**

L'action multisectorielle à la recherche de synergies d'acteurs est incontestablement efficace. L'approche systémique « santé dans toutes les politiques » permet d'engager les acteurs clés à l'identification des défis prioritaires, la sélection des interventions efficaces selon une perspective « équité » et « co-bénéfices » sur la santé et le bien-être des citoyens et des communautés. La complexité des défis et enjeux d'une part et la diversité polymorphe des actions stratégiques d'autre part imposent la par-

ticipation inclusive d'une population cosmopolite. Les options stratégiques proposées sont les suivantes:

## 1. **Action 1: Aménager des nouvelles modalités de gouvernance des défis de santé et de bien-être à Douala**

La gouvernance de la ville de Douala a pour cadre la loi n°2019/024-du-24/12/2019 portant Code général des collectivités territoriales décentralisées. La gouvernance de la santé implique la capacité à coordonner des acteurs pluriels. L'autorité élue doit donc mettre en place des passerelles avec les différents acteurs pour un « processus d'interaction et de prise de décision visant à générer des solutions collectives pour améliorer la santé et le bien-être, par le biais de pratiques de co-création et d'engagement institutionnel dans le cadre des approches inclusives ».

Dix dimensions concourent à la bonne gouvernance dans les organisations et sociétés humaines: redevabilité, transparence, participation, inclusion, réactivité, orientation vers le consensus, règle du droit, efficacité, efficience et équité. **La redevabilité** signifie une claire description des responsabilités individuelles, l'alignement des ressources mobilisées à un chronogramme d'activités choisies sur la base de leur capacité à atteindre les objectifs acceptés par les parties prenantes. **La transparence** implique l'accessibilité des données et informations pertinentes à toutes les parties prenantes et concernées. **La participation** reconnaît aux citoyens, aux organisations et associations de la société civile, aux autorités locales traditionnelles, municipales, administratives le droit de contribuer au choix d'actions prioritaires et l'allocation des ressources pour atteindre les objectifs qui profitent au plus grand nombre. **L'inclusion** exige que toutes les composantes sociologiques dont les marginalisés, les démunis et les minorités soient parties prenantes de tout processus communautaire. **La réactivité** consacre le principe de gestion de la demande citoyenne dans le but de lui assurer satisfaction en tenant compte de la nécessité, de l'urgence et des préférences socio-culturelles. **L'orientation vers le consensus** consacre le dialogue et la négociation afin que les choix stratégiques s'effectuent selon la volonté unanime des parties prenantes sans recours au vote. **La règle du droit** stipule que tous et chacun sont soumis aux lois et règlements en vigueur sans passe droit ou privilège pour certains, il n'y a pas de place pour le laisser-aller ou le laisser-faire. **L'efficacité** mérite d'être au coeur de l'action publique, les ressources sont allouées selon un modèle logique ou une théorie du changement admis et connu de toutes les parties prenantes, le gaspillage des ressources n'étant pas toléré. **L'efficience** est l'optimisation de l'utilisation des ressources pour atteindre les résultats attendus avec le minimum nécessaire des ressources rares disponibles. **L'équité** est une dimension normative qui stipule que l'action publique ne devrait pas alimenter ou consolider les inégalités entre des citoyens sur la base de leurs caractéristiques telles que le lieu de résidence, le genre, la race, la tribu, le statut socio-économique, l'emploi ou la profession.

### **Considération de mise en oeuvre**

Traduire ces dimensions dans la réalité de l'action publique urbaine impose **l'instauration de mécanismes et processus de décision éclairée par des données probantes**. Ces mécanismes et processus comportent l'analyse structurée des problèmes en termes d'ampleur, de facteurs sous-jacents, de conséquences, de perspectives des acteurs et d'efficacité des interventions stratégiques mais aussi de considérations de mise en oeuvre (e.g., barrières, incitations, coûts financiers etc.).



Les données probantes sont issues des enquêtes et des travaux de la recherche d'une part et des systèmes administratifs d'information de gestion d'autre part. Les données probantes fiables sont indispensables pour atteindre chaque doualais. Elles permettent d'identifier les personnes laissées pour compte et orientent les stratégies idoines pour améliorer la couverture et la qualité des interventions essentielles. Investir dans la production et l'utilisation des données probantes fiables contribue à accélérer les progrès vers l'atteinte des objectifs mondiaux de santé et de bien-être – et toutes les cibles des ODD. Les données recueillies doivent être rassemblées, analysées et exploitées pour faire des choix plus éclairés; pour plaider en faveur de la prise de décision politique et l'alimenter; pour renforcer le dialogue, les partenariats, les actions et les responsabilités nécessaires afin d'améliorer la santé et le bien-être sous toutes ses formes. Pour éclairer les parties prenantes de la santé et du bien-être à Douala, les sources de preuves pour quantifier l'ampleur du problème sont entre autres les enquêtes telles que les EDS-MICS, le cadre harmonisé d'analyse de l'insécurité alimentaire et nutritionnelle, la recherche universitaire, les rapports d'évaluation des interventions des partenaires au développement. Les sources de preuves sur les interventions et stratégies efficaces sont les revues systématiques et les évaluations d'impact accessibles dans des bases de données numériques dédiées. De l'analyse de ces dernières, il existe des bonnes pratiques des collectivités territoriales décentralisées en termes de nouvelle gouvernance urbaine en faveur pour le développement, la santé et le bien-être.

## **2. Action 2: Opérationnaliser une stratégie territoriale de promotion de la santé et du bien-être dans la Ville de Douala**

Il s'agit d'envisager les efforts qui feront de Douala « ...une ville qui crée et améliore continuellement les environnements physiques et sociaux et qui développe les ressources de la collectivité, permettant ainsi aux individus de s'entraider dans l'accomplissement de l'ensemble des fonctions inhérentes à la vie et permettant à ceux-ci de développer au maximum leur potentiel personnel ».

## **3. Action 3: Mobiliser des ressources locales pour la mise en oeuvre de la stratégie territoriale de promotion de la santé et du bien-être**

Chaque bloc, chaque quartier, chaque communauté, chaque commune et la ville doivent développer des stratégies de recensement et de coordination des multiples initiatives qui concourent à la santé et le bien être pour créer ou renforcer les synergies d'une part et renforcer le socle de cohésion sociale, communautaire et territoriale de Douala dans la résolution de chacun des défis prioritaires tels l'accès à l'eau potable, à l'énergie électrique, à un environnement salubre, au service de ramassage des ordures et d'assainissement, les services et soins de santé primaire de qualité, un transport commun équitable et durable, des espaces de jeux et de loisirs, des trottoirs pour piétons, des marchés propres, la sécurité alimentaire et nutritionnelle. lutte contre le désordre urbain et les nuisances sonores, les pestilences, la pollution de l'air ambiant....

## **4. Action 4: Développer les capacités de leadership des parties prenantes à gérer les déterminants sociaux et commerciaux de la santé et du bien-être**

Il s'agit de créer les conditions pour la formation des acteurs de la santé et du bien-être au leadership à travers le programme UrbanLead.

## Exemples d'activités à promouvoir

- 1. L'opérationnalisation des comités de quartiers qui intègrent les activités pour la santé et le bien-être des populations notamment l'amélioration de l'accès à l'eau potable et l'éclairage public, à un environnement salubre et attrayant et aux services et soins de santé primaire*
- 2. la pré-collecte et le tri des ordures ménagères pour créer des filières de recyclage du plastique ou de compostage pour améliorer la productivité de l'agriculture péri-urbaine*
- 3. le soutien aux femmes en tant qu'actrices de la production et de l'hygiène alimentaire à travers des moyens de devenir des entrepreneurs innovants de la chaîne de valeur alimentaire, tout en minimisant la charge en termes de travail et de temps*
- 4. l'accès à des fourneaux à haut rendement énergétique permet d'améliorer l'état de santé nutritionnel des ménages et la santé pulmonaire, de gagner du temps, de préserver les forêts et les écosystèmes associés et de réduire les émissions de gaz à effet de serre*
- 5. les programmes d'amélioration du cadre de vie devraient intégrer l'aménagement des espaces verts, des espaces loisirs, des trottoirs, des pistes cyclables d'une part et la sensibilisation sur la responsabilité individuelle et collective contre les nuisances sonores des bars, boîtes de nuit et églises, contre les actes de pollution de l'air et réduire l'incivisme routier*
- 6. le renforcement des capacités des représentants des commerçants dans les marchés permet d'améliorer la salubrité, l'hygiène alimentaire et la sécurité sanitaire des aliments d'une part et réduire la pollution de l'air et les nuisances sonores, le gaspillage alimentaire, l'insécurité alimentaire et la malnutrition d'autre part*
- 7. la gestion communautaire des déchets constitue un réservoir d'emplois, une opportunité pour renforcer le socle socio-communautaire cosmopolite et la prévention des*
- 8. la mise en place de groupements d'intérêt public à l'échelle territoriale facilite la co-gestion des activités d'amélioration du cadre de vie, de la santé et du bien-être*
- 9. la coordination des acteurs du secteur des transports permet de mieux gérer la congestion du trafic routier, de réduire la pollution de l'air, de réduire le stress et les nuisances sonores*

## Références

- Association On Est Ensemble, 2020, « Eau pour tous : quelles inégalités d'accès en zone urbaine », Rapport d'enquête sur l'accès à l'eau potable dans les quartiers de Douala, Cameroun.
- Benmarhnia, & McKinnon, 2019, La mesure de l'équité. Évaluation des interventions de santé mondiale.
- Campbell T., Campbell A., 2007, Emerging disease burdens and the poor in cities of the developing world, J Urban Health, 84(1), 154-164.

- Djuissi Tekam D., Vogue N., Ngwayu Nkfusai C. 2019, « Accès à l'eau potable et à l'assainissement: cas de la commune d'arrondissement de Douala V (Cameroun) Accès à l'eau potable et à l'assainissement: cas de la commune d'arrondissement de Douala V (Cameroun), Pan Afr Med J. 2019; 33: 244.
- Doumbia A.K, « Les acteurs non étatiques dans la gouvernance urbaine de la santé au Mali. Le cas d'une association de lutte contre les cancers féminins :ALMAC », Institut supérieur de formation et de recherche appliquée, DER Sciences humaines et sociales, Bamako, Mali, <https://www.em-consulte.com/article/1120657/les-acteurs-non-etatiques-dans-la-gouvernance-urba>, [Consulté le 30/09/2021].
- Ekongolo Mballa J.,M, 2008, « Implication des collectivités territoriales dans le fonctionnement du transport urbain: le cas de la communauté urbaine de Douala », Université de Yaoundé II SOA, Mémoire-DESS en transport et logistique des échanges.
- Ekwalla Bouma D., (s/d) « Transport pluriel et productivité : cas de la ville de Douala au Cameroun », Rapport, Ministère des Transports, Yaoundé-Cameroun.
- Essombe Edimo J R, 2005, « Le développement territorialisé à Douala : fondements et repérage des modalités institutionnelles d'une dynamique nouvelle », De Boeck Supérieur | « Mondes en développement », 2005/2 no 130 | pages 111 à 130, <https://www.cairn.info/revue-mondes-en-developpement-2005-2-page-111.htm>, [Consulté le 30/09/2021].
- Drammeh, W., Hamid, NA et Rohana, AJ (2019). Déterminants de l'insécurité alimentaire des ménages et son association avec la malnutrition infantile en Afrique subsaharienne: une revue de la littérature. Current Research in Nutrition and Food Science Journal , 7 (3), 610-623.
- Geomatic Strategy, 2019, Analyse géographique de la couverture sanitaire au Cameroun: Répartition des formations sanitaires et de la charge du personnel de santé. Stratégies spatiales, 002.
- HIAT, 2014, A Compendium of Factsheets: Wellbeing Across the Lifecourse, Department of Health.
- Institut National de la Statistique (INS) et ICF. 2020. Enquête Démographique et de Santé du Cameroun 2018. Yaoundé, Cameroun et Rockville, Maryland, USA : INS et ICF.
- Journal d'information et d'analyses économiques, sd, | Cameroon Business Today.
- Jouve B, 2007, « La gouvernance urbaine : vers l'émergence d'un nouvel instrument des politiques ? », Èrès | « Revue internationale des sciences sociales », 2007/3 n° 193-194 | pages 387 à 402.
- Jouve B, 2017, « Gouvernance et diversité culturelle: quels enjeux pour les villes ? » TÉLESCOPE, La gouvernance et le management des villes, Revue d'analyse comparée en administration publique Vol. 13 n° 3, printemps 2007.
- Kazancigil A., 2002, « La gouvernance, itinéraire d'un concept », in SANTISO J. (dir), A la recherche de la démocratie : mélanges offerts à Guy Hermet, Paris, Karthala, pp. 121-131.
- Kuate Defo, B. et al, 2019, Blood pressure and burden of hypertension in Cameroon, a microcosm of Africa: A systematic review and meta-analysis of population-based studies. Journal of Hypertension, 37(11), 2190-2199. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000002165>.
- PNRVSA (2018), Cadre Harmonisé d'identification des zones à risque et des populations en insécurité alimentaire et nutritionnelle (CH) dans les Régions de l'Extrême-Nord, du Nord, de l'Adamaoua et de l'Est du Cameroun : Résultats de l'analyse de la situation de l'insécurité alimentaire aiguë actuelle.
- PARM. (2017). Evaluation des risques agricoles au Cameroun, Rapport.
- PNSA et PAM (2015). Evaluation de la sécurité alimentaire dans les régions de l'Est, Adamaoua, Nord et Extrême-Nord du Cameroun. Rapport. 14-28.
- RECENUT (2019), Projet de gouvernance locale sur la nutrition, Communiqué final.
- SUN Civil Society Alliance Cameroon (2019), Fact Sheet.
- SUN-CSA Cameroon, Rapport de l'Atelier de Renforcement des capacités des Elus locaux, Cadres communaux de Développement et OSCs de la Région de l'Est Cameroun.
- Tankari, M. R. (2016). Déterminants de la nutrition des ménages en Ouganda: le cas de la diversité alimentaire. Méthodes statistiques et économiques pour le développement et la transition. Rev, 91.
- Manto Teignegou et al, 2017, « Bus à Haut Niveau de Service » (BHNS) : enjeux et perspectives pour une mobilité durable dans la ville de Douala », Norois, 245 | 2017, 101-111.
- MINSANTE, 2021, Arrêté fixant la carte sanitaire du Cameroun pour la période 2021 – 2025.
- OMS, 1984, Assemblée mondiale de la santé.
- OMS, 2000, Plan d'action des villes pour la santé et le développement durable, Collection européenne Développement durable et santé, n° 2.
- OMS. (2021). Malnutrition. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>.
- Otsomotsi Mbida A.,M., 2010, « Les déterminants sociodémographiques de la qualité du logement dans les métropoles camerounaises : cas de Douala et de Yaoundé », Mémoire, IFORD.
- Paye, O., (2005). « La gouvernance : D'une notion polysémique à un concept politologique », Études internationales, vol. 36, no. 1. p.1-2.

- Pieuwen N. Ngueukam, Tsopfack Fofack F., 2019, « Accès au Logement Locatif au Cameroun : La Satisfaction d'un Droit Fondamental à L'épreuve des Contraintes Relationnelles avec les Propriétaires », November 2019 European Scientific Journal 15(28):213-234 DOI:10.19044/esj.2019.v15n28p213.
- Puppim de Oliveira et al, 2015, « Urban governance and the systems approaches to health-environment co-benefits in cities », Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 31 Sup:S25-S38.
- Raghupathi, V., & Raghupathi, W. (2020). The influence of education on health: An empirical assessment of OECD countries for the period 1995–2015. Archives of Public Health, 78(1), 20. <https://doi.org/10.1186/s13690-020-00402-5>
- Rippe, J. M. (2018). Lifestyle Strategies for Risk Factor Reduction, Prevention, and Treatment of Cardiovascular Disease. American Journal of Lifestyle Medicine, 13(2), 204-212. <https://doi.org/10.1177/1559827618812395>
- Stoker G., 1998, « Cinq propositions pour une théorie de la gouvernance », in Revue Internationale des Sciences Sociales, n° 155, mars, pp. 19-30.
- Tchinda, V. H. M., Socpa, A., Keundo, A. A., Zeukeng, F., Seumen, C. T., Leke, R. G. F., & Moyou, R. S. (2012). Factors associated to bed net use in Cameroon: A retrospective study in Mfou health district in the Centre Region. The Pan African Medical Journal, 12, 112.
- Toumgueu Nkamkuita B., 2013, « Amélioration de l'approvisionnement des quartiers des villes secondaires du Cameroun en eau potable. Cas du quartier i à Bangangté ». Université de Yaoundé I - Master professionnel.
- Vearey et al, 2019, « Urban health in Africa: a critical global public health priority », BMC Public Health (2019) 19:340, <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6674-8>, [Consulté le 14/09/2021].
- WHO, 2012, Measurement of and target-setting for well-being: an initiative by the WHO Regional Office for Europe, report of the second meeting of the expert group, Paris, France 25-26 June 2012 (forthcoming).
- Zhu, W., Zhu, S., Sunguya, B. F., & Huang, J. (2021). Urban–Rural Disparities in the Magnitude and Determinants of Stunting among Children under Five in Tanzania: Based on Tanzania Demographic and Health Surveys 1991–2016. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(10), 5184. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105184>

### *Authors*

**Pierre Ongolo Zogo, MD, MSc, Ph.D**, Health Policy and Systems Analyst  
Director, Center for the Development of Best Practices in Health Yaounde, Cameroon  
**Moustapha Moncher Nsangou, Ph.D, Sociologist**, Researcher  
**Rénée-Cécile Bonono, Ph.D, Anthropologist**, Researcher  
**Arisitide Bitouga, Ph.D, Anthropologist**, Researcher  
**Basile Momnougui, MSc, Psychologist**, Researcher  
**Jean Serge Ndongu, MD, MPH, Health economist**, Researcher  
**Guy Wafeu Sadeu, MD, MPH, Statistician**, Researcher  
**José Atangana, Ph.D, Economist**, Research assistant

### Correspondence address

Professor Pierre Ongolo-Zogo P.O. Box 5604 Yaounde - Cameroon

### *Conflicts of interest*

None.

### *Citation*

Ongolo-Zogo P. 2021. Urban governance for health and well-being in Douala, Cameroon.

Center for the Development of Best Practices in Health. Yaounde, Cameroon

*The Centre for Development of Best Practices in Health (CDBPH) is a health policy and systems research unit that has been established since June 2008 in Yaounde. Its aim is to foster knowledge translation and exchange for better health in Africa. CDBPH is a knowledge brokerage unit designed to link health researchers with health decision makers. The CDBPH also intends to serve health and well-being decision makers by providing capacity building opportunities, providing evidence summaries, and identifying needs and gaps related to Evidence to Practice. [www.cdbph.org](http://www.cdbph.org)*

---

## Definitions of concepts

### Governance

The English word “governance” designs “the art or the manner of governing” in order to make a distinction with the government as an institution and to promote a new way of managing public affairs based on the participation of civil society at all levels (Paye, 2005). Governance has become a "trend" to formalise an approach to development aid made by certain partners who wish to give more responsibility to the civil society and reduce the weight of the state in the management and implementation of development programmes (Jouve, 2007). “Governance therefore promotes interactions between the government and society by offering a mode of horizontal coordination among partners concerned by the issues of public authorities, companies, pressure groups, experts, citizens' movements and consumer associations, to make public action more effective. It places more emphasis on non-hierarchical policy-making than on the vertical decision making of traditional government.” (Kazancigil, 2002 : 128). Stocker declares, “From a governance point of view, governing is always an interactive process because no single actor, public or private, has the knowledge and resources to tackle the problems by himself (Stocker, 1998 : 25).

### Urban governance for health and well-being

Urban governance is defined as the institutional capacity experienced within an urban area (laws and regulations, political processes, effective management and administrative mechanisms, competent local, traditional, religious and sociocultural government councils) to enshrine the principles of participation, inclusion, transparency, responsiveness and accountability to ensure the *right to health and well-being* and to create the conditions of sustainability to all citizens.

### Equity

Equity is a moral and ethical normative dimension that defines objective criteria that helps to refine and humanise equality (Demeuse, & Baye, 2005). Health equity is identified as an overarching objective of health policies and interventions with several definitions and practical implications. Often defined through its opposite, inequity, equity refers to avoidable or remediable differences among groups of people in terms of the consequences of a health intervention. An intervention is considered equitable if its benefits are greater within subgroups or territories recognised a priori, disadvantaged and vulnerable (Benmarhnia, & McKinnon, 2019).

### Health

Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not simply the absence of disease or infirmity (WHO: 1984).

### Well-being

Well-being is a "general feeling of pleasure, of fulfillment brought about by the full satisfaction of the needs of the body and the mind" and depends on “the satisfaction of desires and practices, goods related to forms of communal life and goods related to dispositions inherent in human nature” (Guibet-Lafaye (2007), p.127). Well-being is more than just happiness. Besides feeling satisfied and happy, it means developing as a person, being fulfilled and contributing to the community (Shah, Marks, 2004 : 2).

### Sustainable Development

Sustainable Development is defined as the "development that meets the needs of the present without compromising the ability of future generations to meet their own needs" (WHO 2000:26).

### Sustainable Development Goals (SDGs)

The SDGs are the goals set by UN member states in the 2030 Development Agenda adopted in September 2015 after two years of negotiations involving governments and civil society. The 1691 targets are divided into the following seventeen SDGs:

- 1) No Poverty; 2) Zero Hunger; 3) Good Health and Well-being; 4) Quality Education; 5) Gender Equality 6) Clean Water and Sanitation; 7) Affordable and Clean Energy; 8) Decent Work and Economic Growth; 9) Industry, Innovation and Infrastructure ; 10) Reduced Inequalities; 11) Sustainable Cities and Communities; 12) Responsible Consumption and Production; 13) Climate Action; 14) Life Below Water; 15) Life On Land; 16) Peace and Justice Strong Institutions; 17) Partnerships for the Goals.

---

## Context

This note was prepared at the request of the WHO country office in Cameroon to inform the preparatory phase of the pilot project “Urban governance for health and well-being in the city of Douala” having more than 3.2 million inhabitants when decentralisation is experiencing a new dynamic with the General Code of regional and local authorities, which gives municipalities, among other missions, the promotion of health and well-being of the population.

Urbanisation in Africa is complex and generates several challenges relating to access to basic services in a context of unplanned expansion on the one hand and the construction of a cosmopolitan sociocommunity cohesion on the other. Good urban governance of health and well-being implicates the city's actors (municipal and regional authorities, traditional and religious leaders, economic actors, Civil Society Organisations, associations and community-based organisations, law enforcement agencies, social and health service personnel) to establishing new modalities for promoting, preventing, restoring and protecting the health and well-being of the population. The "**health in all policies**" systemic perspective is essential for managing the complex interactions and interconnections between urban environmental change on the one hand and the health and well-being of citizens on the other. Effective governance to improve urban health and well-being requires the use of reliable evidence and a participatory, **multi-sectoral decision-making process**. Equity and the notion of co-benefits (stakeholders find a benefit in every urban development project) are crucial.

---

## Key challenges of health and well-being in Douala

Based on a literature review and communal deliberations conducted in November 2021, this section describes the burning health and welfare challenges in Douala.

Under the combined effects of structural adjustment, security crises and Covid-19, Douala has become in the space of twenty years the scene of rapid urbanisation displaying insalubrity and anarchic peri-urban squatter settlements on the one hand, and a deterioration in indicators of access to basic services such as drinking water, public lighting, hygiene and sanitation and primary health care on the other. Douala may sometimes resemble an urban mess where citizens compete in ingenuity and uncivil behaviour to alter the peace of mind of their fellow citizens. Sedentary lifestyles, noise pollution and air pollution, the scarcity of green spaces and the congestion of road network contribute to a veritable epidemic of stress and chronic non-communicable diseases like obesity, hypertension, diabetes and trauma like public thoroughfares, urban violence, insecurity, etc. The inappropriate management of household waste, including plastic waste, the anarchic occupation of ecologically fragile areas and spontaneous settlement all contribute to flooding, which only leads to increased poverty and insecurity.

**The lack of basic infrastructure** (water, electricity, hygiene and sanitation, public transport) is compounded by the type of housing and the predominance of self-construction. Isolated huts account for 46.5% of housing, more than half of which is built from temporary or salvaged materials. The municipalities have neither land reserves for housing estates nor adequate resources for social housing operations.

**The supply of mass public transport** is inadequate and artisanal, marked by a lack of coordination among the actors. The rolling stock is made up of vehicles of all kinds (mini-buses, buses, auto-buses, individual vehicles and motorbikes) which fill the

streets. The road network is constantly overcrowded by the transformation of existing pavements into shops and car parks, forcing pedestrians to compete with vehicles on the road. Uncivil behaviour, narrow roads, dilapidated roadways and pavements, as well as the density of inter-urban traffic, contribute to the blockage of the main entrances to the city. The road infrastructure is less resistant to damage due to poor maintenance and poor condition of the roads, which is linked to the impermeability of the soil, the structure of the ground and climate.

Noise pollution, alcoholism and the use of illegal substances, uncivil behaviour by road users, dangerous driving, lack of control and disregard for traffic regulations are the cause of numerous accidents.

While more than 96% of households consume water from an improved source, 52% in Douala experience repetitive and untimely interruptions of water supply once every two weeks. More than three out of five households drink water from boreholes. Of those not connected to the urban water network, 80% are more than five minutes' walk from a drinking water point, of which 15% are more than 10 minutes away, and 5% more than 30 minutes.

Only three out of five households (61%) use improved sanitation facilities. Gutters remain a privilege for households to dispose of wastewater. The collection of waste material and household waste is sub-optimal and made difficult by the deplorable state of the road network and the anarchic informal settlement in peri-urban areas. The inadequate management of plastic waste in particular, contributes to the obstruction of drains and leads to flooding.

Despite one of the densest health maps in Cameroon, the geographical distribution of health facilities and the dialogue structures responsible for the participatory governance of health services remain a challenge. The most common cases among children under the age of 5 are anaemia (56.5%), diarrhoea (11.1%), chronic malnutrition or stunted growth (8.9%) and malaria (7.8%). Adults suffer from chronic non-communicable diseases (i.e. hypertension, diabetes, overweight, obesity, cancers). In 2019, 32.3% of adults were hypertensive, 61% of women were overweight, of which 29.6% were obese; 4,671 new cases of tuberculosis were reported and 2.4% of adults were living with HIV. Access to primary health care and services is the subject of several complaints about the inhospitable reception in emergency services on the one hand and the financial costs involved in the medical care of patients on the other. The provision of health care in peri-urban areas is mostly informal with "grass roots" drug sellers and the proliferation of unlicensed health care facilities.

---

## **Underlying factors**

The challenges described above point to interrelated and polymorphous structural and situational determinants of an individual, community, economic and socio-cultural nature. The multiple motives for migration to and settlement in Douala, the multifaceted poverty and the cosmopolitan character of the citizens constitute structural challenges for the construction of a sense of community. Geography and climatology are particular challenges for the structuring and development of urban space on the one hand and access to drinking water resources on the other. Urban growth is estimated to have exceeded 5% over the last decade.



The guaranteed interprofessional minimum wage has been 36 270 CFA Francs since 2014. The World Bank estimated the average monthly income in Cameroon to be 70 000 CFA Francs in 2016.

Municipal management of **drinking water** supply is approximate and synergies are non-existent between individual benefactors and economic actors assuming their social responsibility who provide borehole water to their neighbours. In addition to the cost of connection to the Camwater network, which is out of reach for most households, the quality of the distribution service is degraded; technical losses are over 30%; the poor condition of the network causes frequent breakdowns. **Public lighting** is inadequate, leading to insecurity, and access to the electricity network is expensive in new areas and burdened by multiple load shedding and poor customer service.

**Malnutrition and poor food hygiene** contribute to the health problems of children and adults. Women's low level of education directly affects the frequency of diarrhoea, vaccination and infant mortality. Almost all chronic non-communicable diseases are linked to lifestyle (sedentary lifestyle, tobacco and alcohol consumption, diet, stress, noise pollution causing sleep disorders).

The approximate organisation of the real estate sector and the monopoly of the private sector ensuring 80% of the production of housing according to a self-construction mode favour the prevailing land speculation in the urban centre and confine a large majority of the population to spontaneous settlements in the urban periphery, which contributes to the sprawl of the city and to urban disorder.

The geographical structuring of industrial and socio-economic activities require daily commuting that favours **road traffic congestion**, which is also maintained by the heterogeneity of modes of transport, bad driving behaviour, spontaneous stops on the road, invasion of the road by traders and pedestrians, traffic accidents, uncivil behaviour, poor state of the road, narrowness of the road infrastructure and the scarcity of parking spaces. All of these factors increase noise and air pollution. The inadequate supply of mass urban transport is due to the low capacity of the modes deployed and the obsolescence of the rolling stock. Despite the legislative and regulatory framework, a confusion of roles and responsibilities and a dilution of commitments are evident in the implementation of transport strategies.

**Multisectorality, intersectorality and inter-communality** show several areas for improvement in terms of synergies of actors in the implementation of urban development projects and improvement of the living environment. The multiplicity of actors and the divergence of interests are remarkable. The Urban Council and the six subdivisions have roles and responsibilities that sometimes overlap, with the risk of wasting resources. The administrative authority, decried as "uncultivated", carries out actions in a compartmentalised manner. Interactions among stakeholders are characterised by inappropriate collaboration and non-inclusive and sometimes fake participation in existing bodies such as health and hygiene and sanitation committees.

---

## Theory of change

The theory of change of the "urban governance for health and well-being" project requires a prior analysis of the key challenges and issues of health and well-being in terms of scope, stakeholders and determinants. This is necessary in order to set in motion a new dynamic of municipal and community action to curb the deterioration of the health and well-being indicators of the populations of Douala in line with both

SDG3 and SDG11 of the United Nations 2030 Agenda and the 2030 National Development Strategy in line with the commitments of the new municipal teams. The polymorphism of Douala's health and well-being problems and their probable amplification with projected demographic growth requires a paradigm shift in urban governance by adapting this theory of change to Douala's realities.

The **objective of the project** is to improve the health status and well-being of the population in cities through participatory and multi-sectoral urban governance by 2028 through the following **five strategic actions**:

1. Reorienting governance institutions and leadership of municipal councillors to increase participation and effectiveness;
2. Integrating mechanisms at the institutional level to promote policies and interventions with a multisectoral participatory process;
3. Improving technical skills to address the determinants of health and equity in cities through the "health in all policies" approach;
4. Generating evidence on urban governance for health and well-being;
5. Advocating for participatory urban governance for health and well-being through global, regional and national networks of cities and mayors.

**The expected results include:**

- (i) Institutional and policy frameworks for good urban governance for health and well-being being developed at local, national, regional and global levels;
- (ii) Capacity and evidence for urban governance for health being strengthened for municipal and national authorities and for the WHO;
- (iii) Local leaders and communities jointly addressing health and well-being needs through participatory processes and social innovation.

---

## Strategic actions

Multi-sectoral action in search of synergies between actors is undoubtedly effective. The "health in all policies" systemic approach allows engaging key actors in the identification of key challenges, the selection of effective interventions from an "equity" and "co-benefits" perspective on the health and well-being of citizens and communities. The complexity of challenges and issues on the one hand and the polymorphous diversity of the strategic actions on the other impose the inclusive participation of a cosmopolitan population. The proposed policy options are as follows:

### 1. **Action 1: Developing new governance arrangements for health and well-being challenges in Douala**

The governance of Douala is governed by law n°2019/024 of 24/12/2019 on the General Code of regional and local authorities. Health governance implies the ability to coordinate multiple actors. The elected authority must therefore set up bridges with the various actors for a "process of interaction and decision-making aimed at generating collective solutions to improve health and well-being, through co-creation practices and institutional commitment within the framework of inclusive approaches".

Ten dimensions contribute to good governance in human organisations and societies: accountability, transparency, participation, inclusion, responsiveness, consensus orientation, rule of law, effectiveness, efficiency and equity. **Accountability** means a clear description of individual responsibilities, the alignment of mobilised resources

with a timetable of activities chosen on the basis of their capacity to achieve objectives agreed by stakeholders. **Transparency** implies the accessibility of relevant data and information to all stakeholders and affected parties. **Participation** recognises the right of citizens, civil society organisations and associations, and local traditional, municipal and public authorities to contribute to the choice of priority actions and the allocation of resources to achieve objectives that benefit the majority. **Inclusion** requires that all sociological components, including the marginalised, the poor and minorities, be involved in any community process. **Responsiveness** enshrines the principle of managing citizen demand with the aim of ensuring that it is met, taking into account necessity, urgency and socio-cultural preferences. **Consensus orientation** enshrines dialogue and negotiation in order for strategic choices to be made according to the unanimous will of the stakeholders without recourse to voting. **The rule of law** stipulates that everyone is subject to the laws and regulations in force without any right or privilege for anybody. There is no room for complacency or laissez-faire. **Effectiveness** deserves to be at the heart of public action. Resources are allocated according to a logic model or theory of change accepted and known by all stakeholders and waste of resources is not tolerated. **Efficiency** is the optimisation of the use of resources to achieve the expected results with the bare minimum of the scarce resources available. **Equity** is a normative dimension that states that public action should not fuel or reinforce inequality among citizens on the basis of their characteristics such as place of residence, gender, race, tribe, socioeconomic status, employment or occupation.

### **Implementation considerations**

Translating these dimensions into the reality of urban public action requires **the establishment of evidence-based decision-making mechanisms and processes**. These mechanisms and processes involve the structured analysis of the challenges in terms of magnitude, underlying factors, consequences, perspectives of actors and effectiveness of policy interventions but also implementation considerations (e.g. barriers, incentives, financial costs etc.). Evidence is derived from surveys and research on the one hand and administrative management information systems on the other. Reliable evidence is essential to reach every citizen. It helps to identify those who are being left behind and guides appropriate strategies to improve the coverage and quality of essential interventions. Investing in the production and use of reliable evidence helps to accelerate progress towards global health and well-being goals - and all of the SDG targets. The evidence collected needs to be collated, analysed and used to make more informed choices; to advocate for and inform policy-making and to strengthen the dialogue, partnerships, actions and accountability needed to improve health and well-being in all its forms. To inform health and well-being stakeholders in Douala, sources of evidence to quantify the magnitude of the problem include surveys such as the DHS-MICS, the Harmonised Framework for the Analysis of Food and Nutrition Insecurity, academic research, and evaluation reports of development partners' interventions. Sources of evidence on effective interventions and strategies include systematic reviews and impact evaluations available in dedicated digital databases. From their analysis, there are good practices of regional and local authorities in terms of new urban governance for development, health and well-being.

## **2.Action 2: Operationalising a territorial strategy for the promotion of health and well-being in Douala**

It is about envisioning efforts that will make of Douala "...a city that continuously creates and improves the physical and social environments and develops the resources of the community, thus enabling individuals to help each other perform the full range of functions inherent in life and allowing them to develop their personal potential to the fullest".

### **3. Action 3: Mobilising local resources for the implementation of the territorial strategy for the promotion of health and well-being**

Each block, neighbourhood, community, council and city must develop strategies to identify and coordinate the many initiatives that contribute to health and well-being in order to create or strengthen synergies on the one hand, and to reinforce the basis of social, community and territorial cohesion in Douala in the resolution of each of the priority challenges, such as access to drinking water, electricity, a healthy environment, waste collection and sanitation services, quality primary health care services, equitable and sustainable public transport, playgrounds and leisure areas, pavements for pedestrians, clean markets, food and nutritional security and fighting urban disorder and noise, pestilence and air pollution, etc.

### **4. Action 4: Developing stakeholder leadership skills to manage the social and business determinants of health and well-being**

The aim is to create the conditions for the training of health and well-being actors in leadership through the UrbanLead programme.

#### **Examples of activities to promote:**

*1. Operationalisation of neighbourhood committees that integrate activities for populations' health and well-being, notably the improvement of access to drinking water and public lighting, a healthy and attractive environment and to primary health care services;*

*2. Pre-collection and sorting of household waste to create plastic recycling or composting channels to improve the productivity of peri-urban agriculture;*

*3. Support towards women being actors in food production and hygiene through ways to become innovative entrepreneurs in the food value chain, while minimising the burden in terms of work and time;*

*4. Access to energy-efficient stoves that improves household nutritional and lung health, saves time, preserves forests and associated ecosystems and reduces greenhouse gas emissions;*

*5. Improvement on the living environment with programmes that include the development of green spaces, leisure areas, pavements and cycle paths on the one hand, and awareness-raising on individual and collective responsibility against noise pollution from bars, nightclubs and churches and against acts of air pollution, reducing road incivility on the other;*

*6. Capacity building of market traders' representatives to improve health, food hygiene and food safety on the one hand, and to reduce air and noise pollution, food waste, food insecurity and malnutrition on the other;*

*7. Community-based waste management constituting of a reservoir of jobs, opportunity to strengthen the cosmopolitan sociocommunity base and prevent waste;*

*8. Establishment of public interest groups on a territorial scale facilitating the co-management of activities to improve the living environment, health and well-being;*

*9. Coordination of transport actors to help better manage traffic congestion, reduce air pollution, stress and noise pollution.*

---

## References

- 'On Est Ensemble' Association, 2020, « Eau pour tous : quelles inégalités d'accès en zone urbaine », Rapport d'enquête sur l'accès à l'eau potable dans les quartiers de Douala, Cameroun.
- Benmarhnia, & McKinnon, 2019, La mesure de l'équité. Évaluation des interventions de santé mondiale.
- Campbell T., Campbell A., 2007, Emerging disease burdens and the poor in cities of the developing world, *J Urban Health*, 84(1), 154-164.
- Djuissi Tekam D., Vogue N., Ngwayu Nkfusai C. 2019, « Accès à l'eau potable et à l'assainissement: cas de la commune d'arrondissement de Douala V (Cameroun) Accès à l'eau potable et à l'assainissement: cas de la commune d'arrondissement de Douala V (Cameroun), *Pan Afr Med J.* 2019; 33: 244.
- Doumbia A.K, « Les acteurs non étatiques dans la gouvernance urbaine de la santé au Mali. Le cas d'une association de lutte contre les cancers féminins : ALMAC », Institut supérieur de formation et de recherche appliquée, DER Sciences humaines et sociales, Bamako, Mali, <https://www.em-consulte.com/article/1120657/les-acteurs-non-etatiques-dans-la-gouvernance-urba>, [Consulté le 30/09/2021].
- Ekongolo Mballa J.,M, 2008, « Implication des collectivités territoriales dans le fonctionnement du transport urbain: le cas de la communauté urbaine de Douala », Université de Yaoundé II SOA, Mémoire-DESS en transport et logistique des échanges.
- Ekwalla Bouma D., (s/d) « Transport pluriel et productivité : cas de la ville de Douala au Cameroun », Rapport, Ministère des Transports, Yaoundé-Cameroun.
- Essombe Edimo J R, 2005, « Le développement territorialisé à Douala : fondements et repérage des modalités institutionnelles d'une dynamique nouvelle », *De Boeck Supérieur | « Mondes en développement »*, 2005/2 no 130 | pages 111 à 130, <https://www.cairn.info/revue-mondes-en-developpement-2005-2-page-111.htm>, [Consulté le 30/09/2021].
- Drammeh, W., Hamid, NA et Rohana, AJ (2019). Déterminants de l'insécurité alimentaire des ménages et son association avec la malnutrition infantile en Afrique subsaharienne: une revue de la littérature. *Current Research in Nutrition and Food Science Journal* , 7 (3), 610-623.
- Geomatic Strategy, 2019, Analyse géographique de la couverture sanitaire au Cameroun : Répartition des formations sanitaires et de la charge du personnel de santé. *Stratégies spatiales*, 002.
- HIAT, 2014, A Compendium of Factsheets: Wellbeing Across the Lifecourse, Department of Health.
- Institut National de la Statistique (INS) et ICF. 2020. Enquête Démographique et de Santé du Cameroun 2018. Yaoundé, Cameroun et Rockville, Maryland, USA : INS et ICF.
- Journal d'information et d'analyses économiques, sd, | Cameroon Business Today.
- Jouve B, 2007, « La gouvernance urbaine : vers l'émergence d'un nouvel instrument des politiques ? », *Érès | « Revue internationale des sciences sociales »*, 2007/3 n° 193-194 | pages 387 à 402.
- Jouve B, 2017, « Gouvernance et diversité culturelle: quels enjeux pour les villes ? » *TÉLESCOPE, La gouvernance et le management des villes, Revue d'analyse comparée en administration publique* Vol. 13 n° 3, printemps 2007.
- Kazancigil A., 2002, « La gouvernance, itinéraire d'un concept », in *SANTISO J. (dir), A la recherche de la démocratie : mélanges offerts à Guy Hermet, Paris, Karthala*, pp. 121-131.
- Kuate Defo, B. et al, 2019, Blood pressure and burden of hypertension in Cameroon, a microcosm of Africa: A systematic review and meta-analysis of population-based studies. *Journal of Hypertension*, 37(11), 2190-2199. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000002165>.
- PNRVSA (2018), Cadre Harmonisé d'identification des zones à risque et des populations en insécurité alimentaire et nutritionnelle (CH) dans les Régions de l'Extrême-Nord, du Nord, de l'Adamaoua et de l'Est du Cameroun : Résultats de l'analyse de la situation de l'insécurité alimentaire aiguë actuelle.
- PARM. (2017). Evaluation des risques agricoles au Cameroun, Rapport.
- PNSA et PAM (2015). Evaluation de la sécurité alimentaire dans les régions de l'Est, Adamaoua, Nord et Extrême-Nord du Cameroun. Rapport. 14-28.
- RECENUT (2019), Projet de gouvernance locale sur la nutrition, Communiqué final.
- SUN Civil Society Alliance Cameroon (2019), Fact Sheet.
- SUN-CSA Cameroon, Rapport de l'Atelier de Renforcement des capacités des Elus locaux, Cadres communaux de Développement et OSCs de la Région de l'Est Cameroun.
- Tankari, M. R. (2016). Déterminants de la nutrition des ménages en Ouganda: le cas de la diversité alimentaire. *Méthodes statistiques et économiques pour le développement et la transition*. Rev, 91.
- Manto Teignegou et al, 2017, « Bus à Haut Niveau de Service » (BHNS) : enjeux et perspectives pour une mobilité durable dans la ville de Douala », *Norois*, 245 | 2017, 101-111.
- MINSANTE, 2021, Arrêté fixant la carte sanitaire du Cameroun pour la période 2021 – 2025.
- OMS, 1984, Assemblée mondiale de la santé.

- OMS, 2000, Plan d'action des villes pour la santé et le développement durable, Collection européenne Développement durable et santé, n° 2.
- OMS. (2021). Malnutrition. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>.
- Otsomotsi Mbida A.,M., 2010, « Les déterminants sociodémographiques de la qualité du logement dans les métropoles camerounaises : cas de douala et de Yaoundé », Mémoire, IFORD.
- Paye, O., (2005). « La gouvernance : D'une notion polysémique à un concept politologique », Études internationales, vol. 36, no. 1. p.1-2.
- Pieuwen N. Ngueukam, Tsopfack Fofack F., 2019, « Accès au Logement Locatif au Cameroun : La Satisfaction d'un Droit Fondamental à L'épreuve des Contraintes Relationnelles avec les Propriétaires », November 2019 European Scientific Journal 15(28):213-234 DOI:10.19044/esj.2019.v15n28p213.
- Puppim de Oliveira et al, 2015, « Urban governance and the systems approaches to health-environment co-benefits in cities », Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 31 Sup:S25-S38.
- Raghupathi, V., & Raghupathi, W. (2020). The influence of education on health : An empirical assessment of OECD countries for the period 1995–2015. Archives of Public Health, 78(1), 20. <https://doi.org/10.1186/s13690-020-00402-5>
- Rippe, J. M. (2018). Lifestyle Strategies for Risk Factor Reduction, Prevention, and Treatment of Cardiovascular Disease. American Journal of Lifestyle Medicine, 13(2), 204-212. <https://doi.org/10.1177/1559827618812395>
- Stoker G., 1998, « Cinq propositions pour une théorie de la gouvernance », in Revue Internationale des Sciences Sociales, n°155, mars, pp. 19-30.
- Tchinda, V. H. M., Socpa, A., Keundo, A. A., Zeukeng, F., Seumen, C. T., Leke, R. G. F., & Moyou, R. S. (2012). Factors associated to bed net use in Cameroon : A retrospective study in Mfou health district in the Centre Region. The Pan African Medical Journal, 12, 112.
- Toumgueu Nkamkuita B., 2013, « Amélioration de l'approvisionnement des quartiers des villes secondaires du Cameroun en eau potable. Cas du quartier i à Bangangté ». Université de Yaoundé I - Master professionnel.
- Vearey et al, 2019, « Urban health in Africa: a critical global public health priority », BMC Public Health (2019) 19:340, <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6674-8>, [Consulté le 14/09/2021].
- WHO, 2012, Measurement of and target-setting for well-being: an initiative by the WHO Regional Office for Europe, report of the second meeting of the expert group, Paris, France 25-26 June 2012 (forthcoming).
- Zhu, W., Zhu, S., Sunguya, B. F., & Huang, J. (2021). Urban–Rural Disparities in the Magnitude and Determinants of Stunting among Children under Five in Tanzania : Based on Tanzania Demographic and Health Surveys 1991–2016. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(10), 5184. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105184>