

Crise sanitaire de la Covid-19 et déterminants du non respect des mesures barrières en zones urbaines africaines. Le cas de la ville de Bafia au Cameroun

Franklin BOUBA DJOURDEBBE, Institut de Formation et de Recherche Démographiques (IFORD), Université de Yaoundé II (Cameroun).

INTRODUCTION

De nombreux pays du monde ont connu depuis des épidémies dues à Ebola, Zika, Sars-1, etc. Partie d'un foyer primaire de Wuhan en Chine depuis décembre 2019, la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) ravage tous les continents. Wuhan est la ville la plus peuplée du centre de la Chine avec une population dépassant 11 millions (OMS, 2020a). La Covid-19 a traversé l'Asie, l'Europe et l'Amérique pour atteindre finalement l'Afrique. Elle est une maladie infectieuse émergente et a été déclarée comme pandémie mondiale le 11 mars 2020 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

La Covid-19 a ainsi obligé plus de 180 pays à adopter des mesures d'exception et réduire les activités sociales et économiques, le temps de voir un traitement préventif mis au point. Alors que l'humanité sombre dans la pandémie, la planète semble mieux se porter sur le plan environnemental, profitant d'une pause inespérée de la pollution industrielle et l'exploitation exagérée de ses ressources naturelles (PNUD, 2020). L'apparition de la COVID-19 a non seulement bouleversé les vies de façon inédite, elle a forcé la communauté scientifique à se lancer dans une course effrénée afin de découvrir le plus rapidement possible un vaccin visant à l'éradiquer.

Selon les estimations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), au 14 mai 2021, les cas confirmés de Coronavirus s'élèvent à 4 666 425, les cas encore sous traitement à 357 393, les cas guéris à 4 183 435 et les décès à 125 597 sur le continent africain (OMS, 2021). Depuis son premier cas déclaré le 06 mars 2020, le Cameroun est sous l'emprise du contexte sanitaire difficile lié à la Covid-19. Depuis cette date, la propagation du virus s'accélère. Au 14 mai 2021, le Cameroun enregistre 74 946 cas confirmés, 35 261 guérissons et 1 152 décès (OMS, 2021). Les cas en nette progression place le Cameroun parmi les pays africains les plus touchés par la pandémie (BUCREP, 2020 ; OMS 2021). L'occupation des lits dans les structures de soins appropriées est passée de 14 à 16% et les cas dits asymptomatiques sont plus nombreux que ceux chroniques et sévères (MINSANTE, 2021). Cependant, l'ampleur du phénomène diffère selon que l'on passe du milieu urbain au milieu rural en raison du lien de cette pandémie avec les mobilités et la concentration humaines. C'est ainsi que les villes de Yaoundé et de Douala sont celles qui ont enregistré le plus grand nombre de cas infectés (BUCREP, 2021). S'étendant sur la rive sud du fleuve Mbam, en bordure occidentale du plateau central camerounais, la ville de Bafia distante de 120 kilomètres de Yaoundé, la capitale du Cameroun, chef-lieu du département de Mbam-et-Inoubou et troisième plus grande ville de la région du Centre après Yaoundé et Mbalmayo a aussi enregistré des cas.

Ainsi pour réduire la propagation du virus, des stratégies de riposte sont pensées, proposées et mises en œuvre. Le gouvernement camerounais, à l'instar des autres pays fortement touchés, a procédé dans un premier temps à un confinement partiel et une restriction des déplacements dans le pays. Dans un second temps, de commun accord avec l'OMS, le gouvernement a édicté 13 mesures-barrières en vue de faire face à la propagation rapide de cette pandémie. Ces mesures auront non seulement un coût économique élevé mais aussi social.

Malgré les actions de communication du gouvernement et de différents ordres médico-sanitaires visant mobiliser les populations pour le respect des mesures barrières contre la pandémie, la situation épidémiologique n'améliore guère. De ce fait, il est important de comprendre les déterminants du non respect des barrières surtout dans les zones urbaines au Cameroun, où des efforts ont été consentis aussi par le gouvernement, les partenaires au développement que par la société pour faire face à la maladie. Cependant, jusqu'ici à notre connaissance, aucune étude n'a abordé la problématique du non respect des mesures barrières en zones urbaines africaines confrontées à une recrudescence de cas de coronavirus en utilisant des données socio-démographiques pertinentes pour cerner au mieux les facteurs qui sous-tendent le non respect des mesures barrières. Cette étude vise à contribuer à combler ce manque dans le contexte camerounais.

L'objectif de cette est d'apporter une contribution à ce champ de recherche à partir de l'analyse des déterminants du non respect des mesures barrières à Bafia, ville du Cameroun. Les résultats de l'étude permettront ainsi d'aider à la planification en santé publique urbaine dans la perspective de guider les décisions basées empiriquement tant au niveau de la ville de Bafia que dans toute la région africaine. Une meilleure compréhension des déterminants du non respect des mesures barrières susceptibles de faire face à la pandémie sera ainsi mieux à même de guider les politiques publiques afin de réduire la pandémie, et par là même la mortalité des populations en zones urbaines.

METHODES

Zone d'étude et échantillon

Cette analyse se base sur des données collectées par l'Institut de Formation et de Recherche Démographiques (IFORD), du 1^{er} au 15 avril 2021, dans la ville de Bafia (Cameroun). En effet, la ville de Bafia est située dans la zone de transition entre la forêt équatoriale et la savane, ce qui la place d'emblée dans la zone des climats subéquatoriaux guinéens forestiers (RADEC, 2016). La population de Bafia était estimée en 2010 à 72 717 habitants avec 36 334 femmes, soit 49,97%¹ (BUCREP, 2010). Du point de vue de sa taille démographique et surtout de sa fonction administrative, Bafia peut être considérée comme une ville moyenne du Cameroun où coexistent des aspects urbains et des aspects ruraux dans la vie quotidienne des populations. À Bafia, le tissu économique est fortement marqué par le secteur du commerce général. Il existe à Bafia un centre commercial animé par des commerçants dont les plus nombreux sont les vendeurs de produits vivriers et des produits manufacturés de première nécessité (pain, sucre, sel, pétrole, savon, etc.) ainsi que les articles vestimentaires de la friperie. Comme les autres villes camerounaises, Bafia souffre de l'insuffisance de l'hygiène, de l'assainissement du milieu et de l'accès à l'eau potable. Selon les données du dernier recensement de la population et de l'habitat du Cameroun réalisé en 2005, la proportion des ménages qui se ravitaillent en eau de boisson salubre dans la région du centre hormis la ville de Yaoundé est de 32,0%. Les ménages qui ont accès à l'eau de boisson représentent 73% de la population totale (INS et UNICEF, 2014). Ces ménages utilisent une source améliorée d'eau de boisson. Cette proportion représente 93% en milieu urbain et 54% en milieu rural (INS et UNICEF, 2014).

Méthodes

¹Rapport sur la répartition de la population, des départements, Arrondissement et District en 2010 par sexe, CMR 2005 REC

Afin de mettre en évidence des facteurs explicatifs du non respect des mesures barrières, et compte tenu de la nature dichotomique de différentes variables dépendantes, nous aurons recours à la méthode de régression logistique. Les régressions logistiques ont été estimées à partir des informations sur 1 547 personnes âgées de 15 ans et plus. Les observations manquantes ont été retirées de l'échantillon. Pour s'assurer de la non-sélectivité de ces observations manquantes, des modèles-tests ont été effectués. Ceux-ci ont montré que les données manquantes ne sont pas particulièrement liées à certaines modalités des variables explicatives. Bien que ces valeurs manquantes ne posent pas de problème de sélectivité, les données ont été toutefois pondérées, afin de pouvoir les inférer à la population de la ville de Bafia.

Pour mieux apprécier l'impact des variables explicatives sur la probabilité de ne pas respecter les mesures barrières, des probabilités prédites ont été calculées à partir des modèles saturés, en fixant la valeur de chacune des variables explicatives dichotomiques à 0 puis à 1. Pour les variables explicatives à plus de deux modalités, la valeur de la première modalité est fixée à 1 puis les autres modalités à 0, ensuite celle de la deuxième modalité à 1 puis les autres modalités, et enfin celle de la troisième modalité à 1 puis les autres modalités à 0, etc. La pondération a été utilisée dans le calcul des probabilités prédites.

Variables

Dans cette étude, le non respect des mesures barrières a été saisi par trois principales variables dépendantes à savoir le non lavage de mains au savon, le non port de masque et la non distanciation sociale. Le non respect du lavage de mains est dichotomique. Cette variable prend la valeur 1 si l'individu déclare ne pas laver les mains au savon et 0 si oui. Le non port de masque est dichotomique (elle prend la valeur 1 si l'individu déclare ne pas porter le masque, 0 si oui). La non distanciation est également une variable dichotomique (si elle prend la valeur 1 si l'individu déclare ne pas respecter la distanciation sociale, 0 si oui).

Plusieurs variables explicatives susceptibles d'influencer le non respect des mesures barrières (non lavage de mains, non port de masque et non distanciation sociale) sont été testées. L'âge de l'enquêté a été regroupé en trois modalités, à savoir les jeunes (15-34 ans), les adultes (35-64 ans) et les personnes âgées (65 ans et plus). Le sexe de l'enquêté est une variable dichotomique (homme ou femme). Le niveau d'éducation de l'enquêté a été regroupé en trois modalités : Sans niveau, primaire, secondaire et plus. Le statut matrimonial a été recodé en trois modalités : les célibataires, les mariés et autres (divorcés, séparés et veufs). La religion a été regroupée en trois modalités à savoir les chrétiens, les musulmans et autres. Pour considérer le statut migratoire, la région d'origine a été utilisée dans l'analyse. La région d'origine a été une variable dichotomique distinguant les autochtones des allogènes. Le statut d'occupation a été une variable dichotomique scindant les propriétaires des locataires. Pour capter l'impact de la densité démographique dans le ménage, le nombre de personnes par pièce habitable a été obtenu en divisant le nombre total de personnes dans le ménage par le nombre de pièces habitables dont dispose le ménage, puis regroupé en trois modalités (1-3 personnes, 3-5 personnes, et 6 personnes ou plus par pièce habitable).

Par ailleurs, un indicateur de niveau de vie a été construit à partir de la possession des biens par le ménage, et du confort de l'habitat. Les modalités des variables utilisées dans la construction de l'indicateur de niveau de vie ont été pondérées selon une échelle croissante en fonction de leur valeur économique. Une analyse en composantes principales a été ensuite effectuée sur les variables pondérées. La première composante (qui explique la plus grande part de la variance) a enfin été retenue comme indicateur de niveau de vie. Elle est découpée en trois niveaux : (1) pauvre, moyen et riche.

Un calcul des facteurs d'inflation de la variance a été effectué pour déceler les problèmes de multicolinéarité entre les variables explicatives (les résultats ne sont pas présentés ici). L'obtention d'une moyenne des facteurs d'inflation de la variance égale à 1,30 révèle que les corrélations sont faibles entre les variables explicatives. Cela dit, étant donné la petite taille de l'échantillon et la probabilité élevée de variation aléatoire intrinsèque de l'occurrence du non respect des mesures barrières chez les enquêtés à un moment donné, même une multicolinéarité faible peut limiter les chances d'avoir des résultats significatifs. Pour cette raison, les niveaux de significativité de 1%, 5% et 10% ont été retenus dans les analyses.

RESULTATS

Facteurs associés au non lavage des mains au savon

Les résultats de l'étude indiquent que seuls l'âge, le sexe, la religion et le niveau de vie du ménage influencent statistiquement et significativement le non lavage de mains au savon. Comparés aux jeunes (15-34 ans), les adultes (35-64 ans) ont 32% moins de risques de ne pas laver les mains au savon. Néanmoins, les résultats montrent qu'il n'existe pas des différences significatives entre les jeunes (15-34 ans) et les personnes âgées (65 ans et plus) en termes de non lavage de mains au savon. Les femmes ont 25% moins de risques de ne pas laver les mains au savon par rapport aux hommes. Comme il fallait s'y attendre, les musulmans ont 26% moins de risques de ne pas laver les mains au savon comparativement aux chrétiens. Cet avantage sanitaire observé chez les musulmans en termes de lavage de mains pourrait s'expliquer par les pratiques de l'ablution classiques aux musulmans. Dans l'islam, l'eau est utilisée pour purifier le musulman au cours des ablutions qui précèdent les prières, ou salat, tel que prévu par le Coran et la Sunna. En revanche, il n'existe pas des différences significatives en matière de lavage de mains entre les chrétiens et les adeptes d'autres religions. Par ailleurs, les personnes vivant dans les ménages riches courent 41% moins de risques de ne pas laver les mains au savon comparativement à leurs homologues vivant dans les ménages pauvres.

Facteurs associés au non port de masque

Les résultats de l'étude montrent qu'aucune variable explicative n'est statistiquement associée au port de masque.

Facteurs associés au non respect de la distanciation sociale

Les résultats de l'étude indiquent que l'âge, la région d'origine, le niveau de vie du ménage et la densité démographique dans le ménage sont des facteurs importants dans l'explication du respect de la distanciation sociale. Comme pour le non lavage de mains au savon, les adultes (35-64 ans) ont 26% moins de risque de ne pas respecter la distanciation sociale par rapport à leurs congénères jeunes (15-34 ans). Toutefois, il n'existe pas des différences significatives entre les jeunes (15-34 ans) et les personnes âgées (65 ans et plus) en termes du non respect de la distanciation sociale. Les allogènes ont plus de risque de ne pas respecter la distance sociale (environ 1,5 fois plus de risques) % autochtones. Les personnes vivant dans les ménages riches courent 43% moins de risques de ne pas respecter la distanciation sociale par rapport aux personnes vivant dans les ménages pauvres. Les personnes vivant dans les ménages de densité démographique élevée (6 personnes et plus) ont 1,5 fois plus de risques de ne pas respecter la distanciation sociale par rapport aux personnes vivant dans les ménages de densité démographique faible (1-3 personnes).