



Minawao : un espace de prise en charge et de résilience sanitaire des réfugiés nigériens dans le Mayo-Tsanaga (Extrême-Nord, Cameroun)

Daniel Valérie BASKA TOUSSIA (Ph. D)

Enseignant-Chercheur, Géographe

Département de Géographie, École Normale Supérieure de Maroua

Université de Maroua, Cameroun

BP : 55, ENS-Maroua, e-mail : baskatoussia@yahoo.fr, Tel (+237) 697541191



Université de Maroua
École Normale Supérieure de Maroua
Département de Géographie

Les Papiers de la Fondation n° 55

Juin 2023

Cette recherche a été réalisée dans le cadre de l'appel à bourses postdoctorales lancé par la Fondation Croix-Rouge française et avec le soutien financier de son partenaire, AXA Research Fund.

La Fondation Croix-Rouge française, créée à l'initiative de la société nationale de la Croix-Rouge française, a pour vocation d'initier, de soutenir et de récompenser les projets de recherche qui mettent en perspective les principes, pratiques et finalités d'une action humanitaire en transition.

À travers des appels à bourses postdoctorales, l'attribution de prix de recherche et l'organisation d'événements scientifiques, la Fondation Croix-Rouge française vise à définir les enjeux de l'action humanitaire de demain, accompagner les acteurs, les personnes et les parties prenantes de la solidarité internationale, diffuser les savoirs issus de regards croisés et stimuler le débat.

Les propos et opinions exprimés dans cet article n'engagent que son/ses auteur(s) et ne reflètent pas nécessairement ceux de la Fondation Croix-Rouge française.

Le contenu de cet article relève de la législation française sur la propriété intellectuelle et est la propriété exclusive de l'auteur.

Il est interdit pour un usage autre que privé, scientifique ou pédagogique de reproduire, diffuser, vendre et publier intégralement ou partiellement sous quelque forme que ce soit cet article sans autorisation écrite particulière et préalable, dont la demande doit être adressée à la Fondation Croix-Rouge française.

© Tous droits réservés.

Avec le soutien de



Pour citer cet article :

BASKA TOUSSIA Daniel Valérie « Minawao : un espace de prise en charge et de résilience sanitaire des réfugiés nigériens dans le Mayo-Tsanaga (Extrême-Nord, Cameroun) », Fondation Croix-Rouge française, *Les Papiers de la Fondation*, n° 55, Juin 2023, 25 p.

Résumé

Le Camp de Minawao a été mis en place par le gouvernement du Cameroun et les Nations Unies pour accueillir les réfugiés nigériens ayant fui les exactions de Boko Haram. Minawao est devenu un espace d'accueil de 51622 réfugiés vivant dans ce camp en 2020 confronté à des difficultés liées à l'accueil, la précarité des conditions de vie et un accès difficile aux soins sanitaires adéquats. Il est donc question dans ce travail d'évaluer les problèmes de santé des réfugiés vivant dans le camp de Minawao et leur capacité à y faire face. Étant confronté aujourd'hui au flux sans cesse croissant de réfugiés, ce camp de Minawao fait face à d'importants problèmes d'insécurité alimentaire avec un taux élevé de malnutrition, de risques sanitaires, d'eau, d'hygiène et d'assainissement dont les conséquences sont impressionnantes : (soit 182,5 décès en moyenne par an selon (IMC, 2015). Ainsi, les entrevues, le dépouillement des registres de l'international Medical Corps (IMC), de Médecins Sans Frontières (MSF) et de l'hôpital de District de Mokolo (HDM) montrent que les réfugiés sont accueillis malgré la précarité des conditions de vie, des ressources mobilisées par les humanitaires et la récurrence de certaines maladies (paludisme (26,10%), infections respiratoires (12,12%), fièvre typhoïde (13,74%), diarrhées (6,81%), dermatoses (2,26%), malnutrition (5,08%), dysenterie amibienne (22,75%), rhumatisme (2,42%), rougeole (2,19%), maux de ventre (3,46%), Tuberculose (2,57%), Kystes ovariens (0,46%). À cet effet, des stratégies de résilience sanitaire des réfugiés doivent être envisagées pour pallier aux insuffisances de financements afin de garantir l'approvisionnement en médicaments et consommables médicaux. Des efforts s'imposent pour résoudre l'insuffisance d'ouvrages d'eau, d'hygiène, d'assainissement étant donné la forte demande et une croissance continue des réfugiés. Des renforts en ressources d'autonomisation des réfugiés en couverture optimale des besoins de subsistance sont impératifs.

Mots-clés : Minawao, Cameroun, réfugiés nigériens, espace d'accueil, vulnérabilités, résiliences sanitaires.

Summary

The Minawao Camp was established by the Government of Cameroon and the United Nations to welcome Nigerian refugees fleeing Boko Haram's abuses. Minawao became a hosting space for 51622 refugees living in this camp on 30 June 2020. The difficulties encountered by the refugees of Minawao in accessing adequate health care are the basis of this study. It is therefore a question of assessing the problems of the refugees living in the Minawao camp. Faced today with the ever-increasing flow of refugees, this camp of Minawao faces significant problems of food insecurity with a high rate of malnutrition, health risks, water, hygiene and sanitation whose consequences are impressive (or 182.5 deaths on average per year according to (IMC, 2015). Interviews, the examination of the registers of the International Medical Corps (IMC), Médecins Sans Frontières (MSF) and the Mokolo District Hospital (HDM) show that refugees are welcomed despite the precarious living conditions, resources mobilized by humanitarian workers and the recurrence of certain diseases (malaria (26.10%), respiratory infections (12.12%), typhoid fever (13.74%), diarrhea (6.81%), dermatoses (2.26%), malnutrition (5.08%), amibian dysentery (22.75%), rheumatism (2.42%), measles (2.19%), stomach ache (3.46%), tuberculosis (2.57%), ovarian cysts (0.46%). To this end, strategies for the health resilience of refugees must be considered to address funding shortfalls in order, to ensure the supply of medicines and medical supplies. Efforts are needed to address the lack of water, sanitation and sanitation facilities given the high demand and continued growth of refugees. Reinforcement of resources for the empowerment of refugees in optimal coverage of subsistence needs is imperative.

Keywords: Minawao, Cameroon, Nigerian refugees, shelter, vulnerabilities, health resilience.

Minawao : un espace de prise en charge et de résilience sanitaire des réfugiés nigériens dans le Mayo-Tsanaga (Extrême-Nord, Cameroun)

Introduction

Depuis mars 2013, le Cameroun est confronté à un afflux massif des réfugiés provoqué, d'une part par la crise politique en République Centrafricaine, et d'autre part par les actes barbares des membres de la secte « Boko Haram » au Nord-Est du Nigeria. Les zones les plus touchées se situent dans les régions de l'Est, de l'Adamaoua, du Nord et de l'Extrême-Nord. À la fin de 2018, le Cameroun abritait un total de 380330 réfugiés. L'on comptait près de 223200 réfugiés centrafricains alors que le nombre de réfugiés nigériens atteignant près de 100000 personnes (UNHCR, 2018, p.5). Toutes ces personnes ont été contraintes de partir en laissant derrière elles leurs maisons, leurs champs, leurs commerces et se retrouvent du jour au lendemain sans moyens de subsistance ni terre cultivable ou toit.

D'ailleurs, la situation est très préoccupante dans la région de l'Extrême-Nord, avec les exactions de la secte terroriste Boko Haram où les populations du Nord-Est du Nigeria (Borno, Yobé, Adamaoua) fief de la secte se sont réfugiées du côté camerounais. Et les départements du Mayo-Sava et du Mayo-Tsanaga accueillent le plus grand effectif des réfugiés. Il se pose donc un problème d'encadrement et de prise en charge de ces réfugiés. Dans la logique de pouvoir apporter de l'assistance humanitaire aux réfugiés en provenance du Nigeria voisin, un camp a été ouvert en juillet 2013 à Minawao, dans l'Arrondissement de Mokolo, département du Mayo-Tsanaga. Le camp de Minawao continu de recevoir un nombre journalier considérable des nouveaux arrivants. Du 1er janvier au 30 juin 2019, plus de 2 942 nouveaux arrivants ont été enregistrés au camp de Minawao. En date du 30 juin 2019, la population totale du camp s'élève à 58 561 réfugiés nigériens (UNHCR, 2019, p.1).

Au regard de la complexité de la situation susmentionnée, il est indispensable d'agir pour préserver la dignité des populations réfugiées, pour protéger les enfants contre les risques d'exploitation et de violences notamment les violences basées sur le genre. Il faut en outre prévenir les abus, la séparation familiale et renforcer les capacités de résilience en créant des conditions minimales d'un épanouissement socio-économique dans leur environnement. C'est ainsi que le Gouvernement camerounais et les acteurs humanitaires se sont mobilisés en vue d'apporter une réponse adéquate à ces graves crises humanitaires auxquelles fait face le pays (ONU-FEMME, 2017, p.11). Ainsi dans le domaine de la santé, des efforts sont faits pour apporter un soutien sanitaire, socioéconomique et psychologique à cette catégorie sociale vulnérable. Cependant, cette couverture sanitaire est-elle optimale du fait de multiples contraintes ? L'accès aux soins de qualité est-il assuré aux réfugiés ? Les objectifs fixés par les organismes de gestion ne sont pas pleinement atteints. Face à ce constat, il y a lieu de se poser des questions pour mieux comprendre le problème. Quelles sont les caractéristiques

1.2.1. Les données secondaires

Le dépouillement des rapports d'activités du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR), de l'International Medical Corps (IMC), de PUBLIC CONCERN, de la Croix Rouge Camerounaise, de PLAN INTERNATIONAL ont porté sur la caractérisation sociodémographique et la prise en charge sanitaire des réfugiés du camp de Minawao. Les données liées à la prise en charge sanitaire provenant des rapports des centres de santé ont apporté des clarifications sur les maladies récurrentes dont sont victimes les réfugiés. Ces données secondaires ont été recueillies à l'aide de l'exploitation des profils des réfugiés élaborés par le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR), des mémoires sur les problèmes de santé dans le camp des réfugiés de Minawao. En outre, nous avons utilisé des données administratives notamment, celles des rapports des centres de santé de Minawao 1 et 2 et de l'hôpital de district de Mokolo sur les stratégies de prise en charge sanitaire et leurs programmes d'activités. Les informations sur les caractéristiques des sites d'accueil des réfugiés sont extraites du rapport sur l'impact environnemental du camp de réfugiés de Minawao. Ces éclaircissements ont été complétés par les données primaires collectées sur le terrain afin d'apporter non seulement sur l'espace de prise en charge, mais aussi de résilience des réfugiés nigériens.

1.2.2. Données primaires

Les réfugiés nigériens ont été enquêtés à l'aide d'un questionnaire dans les ménages. Le questionnaire a porté sur le profil sociodémographique, le cadre spatial d'accueil, l'année d'arrivée, les conditions de vie, de subsistance économique et sanitaire, les maladies récurrentes et stratégies de résilience des réfugiés dans le camp de Minawao du 15 au 20 janvier 2020. Par ailleurs, à partir d'un guide d'entretien administré du 16 au 23 décembre 2019, nous avons eu des entretiens semi-directifs (Ghiglione et Matalon, 2004, p.75) avec le Chef de District de santé de Mokolo, le Médecin-Chef de l'hôpital de district de Mokolo à Mokolo, les médecins chefs des centres de santé intégrés de Minawao 1 et 2, les responsables d'International Medical Corps (IMC), de PUBLIC CONCERN, de la Croix Rouge Camerounaise, de PLAN INTERNATIONAL, des chefs de blocs dans le camp de Minawao et le responsable santé du Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (UNHCR) à Maroua. Ce guide d'entretien auprès de tous ces acteurs a porté sur l'espace de prise en charge et de résilience sanitaire des réfugiés nigériens. Ceci en vue d'analyser et de comprendre les contraintes qu'éprouvent ces réfugiés pour subsister économiquement et sanitaire au camp de Minawao.

1.2.3. Échantillonnage

Nous avons eu recours à un échantillonnage aléatoire et au total 866 ménages ont été enquêtés (458 hommes et 408 femmes). En plus des ménages, cible principale de l'étude, tous les acteurs qui pouvaient permettre la compréhension des problèmes de prise en charge et de résilience sanitaire des réfugiés ont été entretenus par un guide d'entretien semi-directif.

1.2.4. Les outils de collecte des données

Les outils de collecte de données utilisés sont le questionnaire, les guides d'entretien (semi-directif), les focus group avec les ménages ; les responsables des services de prise en charge sanitaire (CSI N°1 et 2 de Minawao (IMC), de l'Hôpital du District de santé de Mokolo ; les responsables des services de prise en charge psychosociale (Administrateur du Camp (MINAT), IMC, Hôpital du District de santé de Mokolo, comité centrale des réfugiés ; les acteurs de la coordination (UNHCR, MINAT, MINSANTE, IMC, PUBLIC CONCERN) ; les acteurs des services humanitaires et associatifs (UNHCR, PUBLIC CONCERN, IMC, Croix Rouge, PLAN INTERNATIONAL).

1.2.5. Traitement et analyse des données

Une analyse descriptive des données recueillies du questionnaire administré aux réfugiés nigériens a été réalisée sous SPSS Statistics 20. Ces analyses ont permis d'obtenir une description sociodémographique des réfugiés. Les groupes ethniques, les lieux de provenance des réfugiés, les maladies récurrentes des réfugiés, l'offre de soins en santé et les contraintes liées aux moyens de subsistance économiques des réfugiés ont été identifiés et caractérisés. Les tranches d'âges des réfugiés, leur statut matrimonial, la taille des familles, l'année d'arrivée, les raisons de fréquentation des centres de santé par ces réfugiés ainsi que les stratégies de subsistance à Minawao ont été analysées. L'analyse de contenu des entretiens semi-directifs a permis de faire ressortir les opinions des acteurs impliqués sur les moyens d'accueil et de subsistance économique et sanitaire des réfugiés nigériens. Les résultats issus des données ont été présentés sous forme de graphiques et de tableaux. L'analyse cartographique a permis de réaliser la carte de localisation du camp de Minawao sous le logiciel QGIS2.18.

Résultats

2. Minawao : un espace d'accueil des réfugiés nigériens au Cameroun

Le Camp de Minawao est un espace d'accueil des réfugiés aux caractéristiques physiques et démographiques diverses.

2.1. Caractérisation des sites d'accueil des réfugiés

Le camp de Minawao est situé à 30 km de la frontière nigérienne à l'ouest de Maroua. Il a une superficie de 623 hectares (UNHCR, 2020, p.1). Ce site appartient à la commune de Mokolo (département du Mayo-Tsanaga) et se trouve à proximité d'un village du même nom. Il est limité à l'ouest par le village Gadala, au sud-ouest par Zamay et au nord-est par Goringuel. Le camp des réfugiés de Minawao est un espace de vie pour plusieurs nigériens depuis mai 2013 (UNHCR, 2014). La concentration humaine dans ledit camp a connu une augmentation rapide. Le climat de Minawao est de type soudano-sahélien caractérisé par deux saisons : une saison de pluie assez courte qui s'étend de juin à octobre, et une saison sèche rude allant du mois de novembre à mai. Les précipitations varient entre 700 et 900 mm par an. Les températures atteignent parfois 42° C (Samantha et Bolivard, 2017, p.17).

D'une manière générale, la végétation est constituée d'une savane arborée dégradée par l'action néfaste de l'homme et la rudesse du climat. À 2 km à l'Est de Minawao se trouve la réserve forestière de Zamay constituée d'arbres et d'arbustes de différentes variétés. Le camp se décompose en quatre secteurs, 88 blocs et se structure de manière suivante : un président des réfugiés et 88 chefs de blocs qui représentent les réfugiés auprès de l'administration, des chefs traditionnels, des forces de maintien de l'ordre et des acteurs humanitaires tels le Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (UNHCR), l'International Medical Corps (IMC), PUBLIC CONCERN, Croix Rouge, PLAN INTERNATIONAL, ALDEPA, MINSANTE et Première Urgence International (PUI). Deux postes de police et un poste d'administrateur des autorités publiques y ont été créés par l'État du Cameroun. Dès la création du camp, les problèmes de prise en charge des réfugiés se sont accentués, ce qui a amené le gouvernement camerounais et les acteurs humanitaires à y créer deux centres de santé : les centres de santé intégrés de Minawao 1 et 2.

L'Habitat des réfugiés est précaire à cause de l'urgence et l'imprévoyance des flux migratoires des réfugiés Nigériens vers le camp de Minawao. Ainsi, les acteurs ne peuvent pas bâtir des logements en matériaux formels et appropriés avant de confiner les réfugiés vers le camp de Minawao dans ce contexte d'urgence, quand bien même l'habitat est un facteur important pour comprendre les problèmes de santé d'un espace géographique donné. En effet, on note deux types d'habitat dans le camp : les habitats en matériaux provisoires constitués, des bâches, des box shelter (tentes) ou des habitats en matériaux en briques de terre. Les habitats construits à l'aide des bâches dégagent de la chaleur en saison sèche et augmentent l'humidité en saison de pluie (UNHCR, 2015). Bien que certains ménages s'organisent et construisent les maisons en briques de terre fabriquées par eux-mêmes (Planche 1).

Planche n°1. Type d'abris des réfugiés dans le camp de Minawao



Images : Baska, Décembre 2020.

La planche 1 présente sur la photo A un shelter box constitué de bâche fixée à l'aide des cordes tendues de part et d'autre à l'extérieur de la bâche. La photo B quant à elle présente des habitats en terre battue et la troisième photo C présente un bloc d'abris en bâche qui vont à perte de vue au camp de Minawao.

Au vu de la planche 1, on constate que la bâche est le matériau par excellence utilisé dans la construction des habitats dans le camp. Ces types d'habitats représentent une proportion de

78% d'après les enquêtes de terrain. Elle permet de voir l'étroitesse de ces abris où vivent plusieurs réfugiés aux caractéristiques diverses.

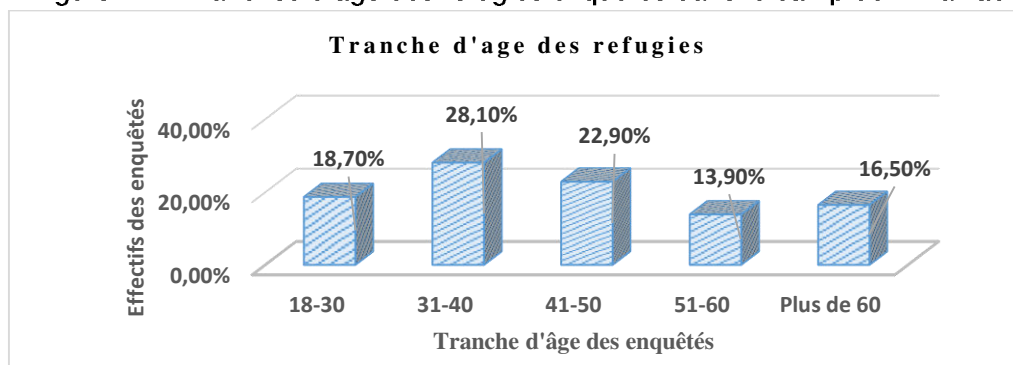
2.2. Caractérisation démographique des réfugiés au camp de Minawao

La caractérisation démographique des réfugiés de Minawao inclut l'âge, le sexe, le groupe ethnique, la situation matrimoniale, la taille de la famille, le lieu de provenance et l'année d'arrivée dans le camp.

2.2.1. Caractérisation des réfugiés selon l'âge et le genre

Les exactions de la secte Boko Haram au Nord-Est du Nigeria n'épargnent aucune classe d'âges. Enfants, jeunes et vieillards, tous sont victimes des attaques des terroristes. Toutefois, on note qu'au camp de Minawao, la majorité est constituée des réfugiés jeunes (figure 2).

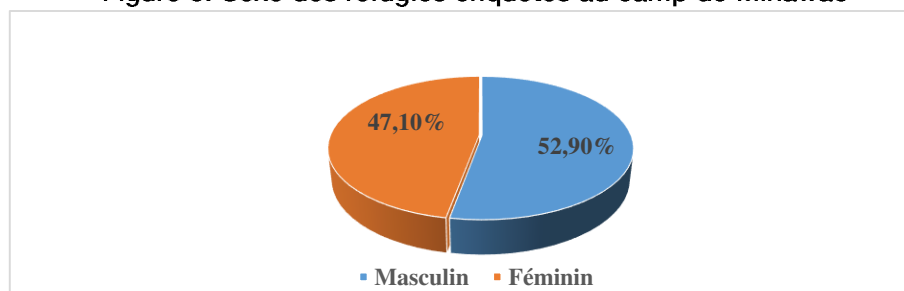
Figure n° 2. Tranches d'âge des réfugiés enquêtés dans le camp de Minawao



Source : enquête de terrain, Janvier 2019- juin 2020.

À Minawao, on dénombre 28,10% de personnes entre 31 à 40 ans, majoritaires dans la communauté, suivies de la tranche de 41 à 50 ans (22,90 %). La proportion la plus faiblement représentée est comprise entre 51-60 ans avec un pourcentage de 13,90% de la population. L'âge est un facteur déterminant dans la connaissance de l'espace de prise en charge et de résilience sanitaire. C'est pourquoi les jeunes de moins de 18 ans sont considérés comme vulnérables tout comme le genre permet de ressortir les particularités de cette communauté. Le camp des réfugiés de Minawao abrite une communauté dont l'effectif selon le genre n'est pas proportionnel. D'après les enquêtes effectuées dans le camp, les hommes sont un peu plus nombreux que les femmes (458 hommes et 408 femmes) (figure 3).

Figure 3. Sexe des réfugiés enquêtés au camp de Minawao



Source : enquête de terrain, janvier 2019- juin 2020.

L'approche genre est non négligeable en ce sens que la prise en charge et la résilience sanitaire présentent des spécificités selon qu'il s'agit d'une femme ou d'un homme.

2.2.2. Caractérisation des réfugiés selon le groupe ethnique et la situation matrimoniale

Les attaques terroristes au Nord-Est du Nigéria ont touché l'ensemble des groupes ethniques se trouvant dans cette partie du territoire nigérien. Ceci illustre d'ailleurs la présence de plusieurs groupes ethniques au camp des réfugiés nigériens de Minawao. Selon les enquêtes du terrain, 11 groupes ethniques sont présents dans le camp et les kanouri représentent la moitié de cette population (Tableau I).

Tableau I. Différents groupes ethniques des réfugiés du camp de Minawao

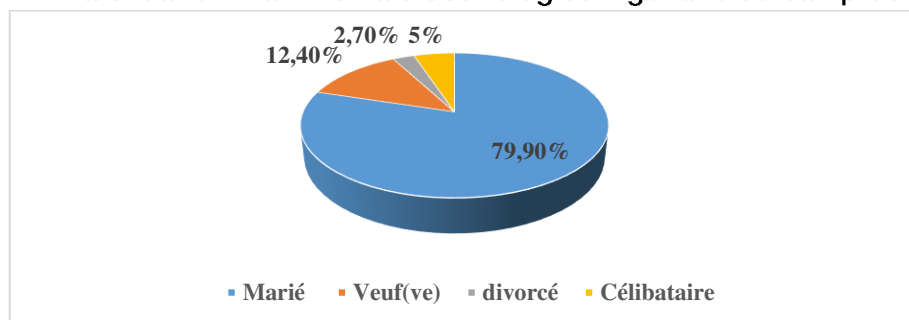
Ethnie	Effectifs	Pourcentage (%)
Kanouri	457	52,8
Haoussa	11	1,3
Djohode	1	0,1
Mafa	131	15,1
Peul	20	2,3
Glavda	59	6,8
Mandara	31	3,6
Zalidva	54	6,2
Chinene	15	1,7
Dogoide	61	7,0
Glauda	26	3,0
Total	866	100,0

Source : enquête de terrain, janvier 2019- juin 2020.

L'analyse de ce tableau montre que les Kanuri avec un pourcentage de 52,8% sont majoritaires au camp des réfugiés de Minawao. Ils sont suivis par les Mafa (15,1%). L'ethnie la moins représentée est composée des Djohodé avec 0,1%.

Le profil caractérisation des réfugiés selon la situation matrimoniale dans le camp des réfugiés de Minawao regroupe plusieurs jeunes et adultes dont les statuts matrimoniaux sont différents. Les enquêtes faites dans ce sens révèlent qu'on y retrouve des personnes mariées, des célibataires, des veuves et enfin des personnes divorcées (figure 4).

Figure n° 4. La situation matrimoniale des réfugiés nigériens du camp de Minawao



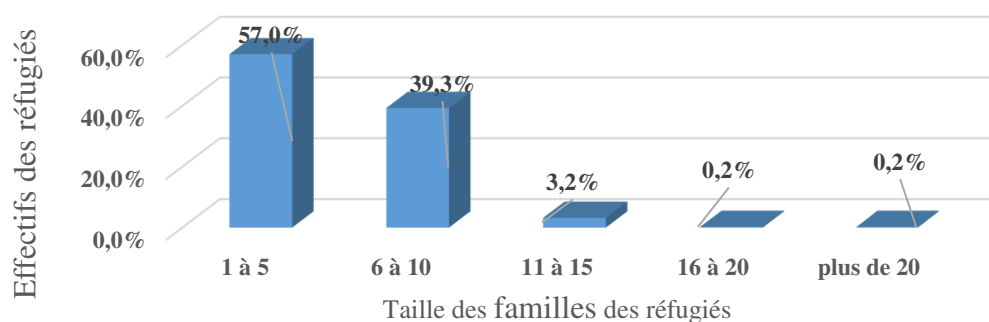
Source : enquête de terrain, janvier 2019- juin 2020.

L'observation de la figure 4 ci-dessus montre que la situation matrimoniale est dominée par les mariés (79,90 %). Les veufs et veuves viennent en deuxième position avec 12,40 % de la population enquêtée ; puis les personnes célibataires (5 %) et les divorcés avec 2,70 %. La proportion élevée des mariés s'explique par le fait que la population enquêtée est à 50 % jeunes (entre 30 et 50 ans) et dont en âge de se marier. Les veufs et les divorcés sont pour la plupart des personnes dont leurs partenaires ont été, soit tués par Boko Haram, soit enrôlés dans la secte de force.

2.2.3. Caractérisation des réfugiés selon la taille de famille et les lieux de provenance

Le camp des réfugiés de Minawao est un espace où vivent plus de 58 561 réfugiés nigériens (UNHCR, 2019, p.1). L'enquête effectuée auprès de 866 réfugiés montre que ces derniers vivent dans les familles dont les tailles sont très variables (figure 5).

Figure n°5. Répartition des réfugiés enquêtés selon leur taille de famille



Source : enquête de terrain, janvier 2019- juin 2020.

Au vu de cette figure n°5, 57% des ménages réfugiés ont une taille allant de 1 à 5 personnes et 39,3 % ont une taille de 6 à 10 personnes. Les familles ayant entre 11 et 15 personnes représentent 3,2% des enquêtés. Celles dont les membres sont compris entre 16 et 20 puis plus de 20 membres représentent chacune 0,2%.

Ces réfugiés viennent tous du Nigéria en provenance de plusieurs petites localités pour se retrouver au camp de Minawao. Ces victimes de toutes sortes d'exactions transitent par Kolofata, Fotokol, Achigashya, Limani, Mora, Mokolo, Moskota, Megdeme et Koza le long de la frontière camerounaise. Ensuite, ils sont récupérés par le UNHCR et sont enregistrés dans les zones de transit (Kousseri, Gadala) avant d'être conduits au camp de Minawao. Les enquêtes auprès de ces réfugiés ont permis de déterminer leurs localités de provenance (tableau II).

Tableau II. Lieux de provenance des réfugiés nigériens du camp de Minawao

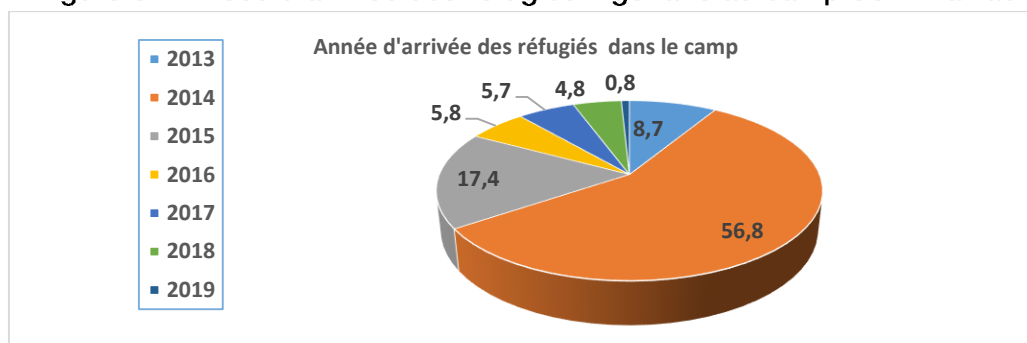
Lieux de provenance	Effectifs	Pourcentage (%)
Banki	402	46,4
Kunduga	35	4
Kodeyi	13	1,5
Zala	4	0,5
Koghum	6	0,7
Borno State	29	3,3
Nigeria	98	11,3
Kerawa	8	0,9
Zeleve	1	0,1
Peteque	11	1,3
Djoubouli	3	0,3
Mangari	7	0,8
Ngoshe	5	0,6
Angourva	1	0,1
Boko	7	0,8
Allawa	1	0,1
Kouqoum	87	10
Barawa	3	0,3
Mongono	16	1,8
Chikede	21	2,4
Guandara	1	0,1
Tarmua	29	3,3
Atagara	5	0,6
Chinene	9	1
Malari	7	0,8
Dallori	9	1
Ashigashia	4	0,5
Peteque	3	0,3
Turmagana	2	0,2
Kumshe	15	1,7
Balus	3	0,3
Bama	14	1,6
Atag	1	0,1
Boko	6	0,7
Total	866	100

Source : Enquête de terrain, janvier 2019-juin 2020.

Le tableau ci-dessus montre les lieux de provenance des réfugiés dans le camp de Minawao. Il est à noter que les réfugiés proviennent de 34 localités nigériennes. La localité dont la population est dominante dans le camp est celle de Banki avec 46,4%. Leur présence massive s'explique par l'occupation de Banki par Boko Haram et d'autre part par la proximité de cette ville avec le Cameroun. Les populations désespérées par les attaques terroristes se sont réfugiées au camp où elles vivent en sécurité et reçoivent des abris, des moyens de subsistance et des soins médicaux, surtout selon leur année d'arrivée au Camp.

En effet, le barbarisme commis par Boko-Haram a conduit le Cameroun et le UNHCR à ouvrir en juillet 2013 à Minawao un centre d'accueil des réfugiés nigériens. L'ampleur des violences au Nigeria depuis 2014 a accentué le départ de nombreuses personnes vers le Cameroun. C'est ainsi que chaque année des différentes vagues des réfugiés arrivent dans ce camp (figure 6).

Figure 6. Années d'arrivée des réfugiés nigériens au camp de Minawao



Source : enquête de terrain, janvier 2019- juin 2020.

La plus grande vague d'arrivée des réfugiés est observée en 2014 avec 56,8% de migrants. En effet, en 2014, Boko Haram a assiégé le Nord du Nigeria et a pris pour cible la population locale. La population fut contrainte de quitter en masse le Nord du Nigeria pour se retrouver à la frontière camerounaise. L'arrivée massive de cette vague fut un moment décisif pour les humanitaires dans la prise en charge des réfugiés. Au regard des résultats obtenus ci-dessus, il convient de relever que les réfugiés sont des nigériens d'origines diverses qui ont fui les exactions de la secte islamique Boko Haram. Ce qui permet de ressortir clairement l'identité et la composante sociodémographique des réfugiés du camp de Minawao afin de mieux les prendre en charge sur le plan sanitaire.

2.3. La prise en charge sanitaire des réfugiés au Camp de Minawao

L'analyse de la prise en charge sanitaire des réfugiés au camp de Minawao fait référence à l'offre infrastructurelle et équipements sanitaires, l'identification des maladies sévissant dans le camp et l'inventaire des acteurs de la prise en charge sanitaire. Il s'agit aussi d'analyser les contraintes liées à la prise en charge sanitaire des réfugiés du camp de Minawao.

2.3.1. Des infrastructures et équipements sanitaires pour une prise en charge efficiente

La prise en charge sanitaire au Camp de Minawao a nécessité la mise sur pied des infrastructures et équipements pour un accès des réfugiés aux soins adéquats.

2.3.1.1. L'offre infrastructurelle

Dès l'installation des premiers réfugiés au camp de Minawao, les besoins sanitaires se sont ressentis avec urgence. C'est ainsi que le gouvernement du Cameroun et le UNHCR y ont créé deux centres de santé à savoir le centre de santé intégré de Minawao 1 et le centre de santé intégré de Minawao 2 (planche 2).

Planche 2. Vue partielle des formations sanitaires de Minawao



Image : Baska, décembre 2019.

La planche 2 présente une vue partielle du Centre de santé intégré n°1 de Minawao (Photo A) une salle aménagée pour les mères et enfants au centre de santé intégré n°2 (Photo B) qui accueillent les malades au Camp de Minawao.

Il existe un Hôpital Régional Annexe installé à Mokolo qui sert de référence pour les cas graves. Nous relevons que 82,6 % des ménages font recours à ces infrastructures de santé. Par contre, 17,4 % font savoir qu'ils vont plus vers la médecine traditionnelle, voire l'automédication.

2.3.1.2. Disponibilité des infrastructures et des équipements sanitaires

L'efficacité de l'offre de santé en faveur des réfugiés se mesure aussi à travers la disponibilité des infrastructures et des équipements sanitaires. Depuis 2013, date de mise en place du camp de Minawao à 2019, ces formations sanitaires ont fonctionné de manière appréciable malgré l'insuffisance des infrastructures et l'état déplorable de certains de ces équipements (Tableau III).

Tableau III. Infrastructures et équipements disponibles de 2013 à 2019

Formation sanitaire	CSI 1 Minawao	CSI 2 Minawao
Infrastructures disponibles	4 salles de consultations curative, pédiatriques et adultes	06 salles de consultation de manière provisoire
	4 salles d'hospitalisations	01 Hangar
	1 bâtiments complet de maternité	01 espace de prise en charge malnutrition
	1 service de laboratoire	
	1 salle de petite chirurgie	
Équipements disponibles	55 lits	Balances
	55 tables de nuits	Thermomètres
	01 microscope	Équipement de prise en charge nutritionnel
	01 centrifugeuse	
	Des balances	
	Tensiomètres	
	Thermomètres	

Source : enquête de terrain, janvier 2019- juin 2020.

Le tableau III fait un état de lieu des infrastructures et équipements disponibles en fonction des centres de santé de prise en charge des malades. Il ressort que le Centre de santé de Minawao 1 dispose de plus d'équipements par rapport à celui de Minawao 2. Ces deux formations sanitaires sont appuyées par les acteurs humanitaires qui assurent la prise en charge sanitaire des réfugiés (IMC) nonobstant la récurrence des maladies diagnostiquées au camp de Minawao.

2.3.1. Des maladies récurrentes diagnostiquées au camp de Minawao

Les conditions de vie dans le camp qui combinent la précarité de l'habitat, la promiscuité, l'exposition aux aléas climatiques, aux agents vecteurs des maladies, la sous-alimentation et le traumatisme des violences perpétrées par Boko-Haram sont à l'origine de plusieurs maladies rencontrées dans le camp. La plupart des cas sont traités dans les centres de santé de Minawao 1 et 2 (tableau IV).

Tableau IV. Types de maladies récurrentes au camp de Minawao

Maladies	Effectifs	%
Paludisme	226	26,10
Fièvre typhoïde	119	13,74
Rhumatisme	21	2,42
Dysenterie	197	22,75
Malnutrition	44	5,08
Rougeole	19	2,19
Maux de ventre	30	3,46
Pour imputer ces malades aux conditions de vie dans le camp il aurait fallu au minima comme Tuberculose	19	2,57
Infections respiratoires	105	12,12
Diarrhées	59	6,81
Dermatose	23	2,66
Kyste ovarien	4	0,46
Total	866	100,00

Source : enquête de terrain, janvier 2019- juin 2020.

Ce tableau IV présente 12 types de maladies répertoriées dans le camp des réfugiés de Minawao. Les maladies les plus récurrentes sont le paludisme avec 26,10% des cas, la dysenterie enregistre 22,75% des malades, la fièvre typhoïde avec 13,47% des victimes et les infections respiratoires enregistrent 12,12%. Les kystes ovariens sont les maladies qui enregistrent moins de cas avec 0,46% de la population enquêtée. La récurrence de ces maladies dans le camp est due aux conditions de vie précaire dans lesquelles vivent les réfugiés avec pour explication la convergence de plusieurs facteurs liés au système d'approvisionnement en eau potable et d'assainissement inadéquats, à la précarité de l'abris et les ressources limitées pour accéder aux soins de santé appropriés.

2.3.2. Facteurs d'émergence des maladies récurrentes au camp de Minawao

Le camp des réfugiés de Minawao est un espace propice à l'émergence des maladies. Plusieurs facteurs expliquent la récurrence de ces maladies (tableau V).

Tableau V. Facteurs d'émergence des maladies au camp des réfugiés de Minawao

Facteurs d'émergence des maladies	Effectifs	%
L'insalubrité	316	36,5
Manque de moyen	190	21,9
Perte d'intérêt pour la vie	79	9,1
Trop pensif	172	19,9
Saison pluvieuse	464	53,6
Saison sèche	172	19,9
La présence du vent	162	18,7
Mauvaise alimentation	116	13,4
Piqûre de moustique	199	23
Le stress	49	5,7
Mode de vie	89	10,3
Cadre de vie	114	13,2
Souvenir de la guerre	75	8,7
Présence du froid	251	29

Source : enquête de terrain, janvier 2019- juin 2020.

Le tableau V ci-dessus montre les différents facteurs d'émergence des maladies dans le camp des réfugiés de Minawao. 53,6% des enquêtés affirment que la plupart des maladies sont causées par la présence d'humidité (saison pluvieuse). La deuxième cause des maladies dans le camp de Minawao est l'insalubrité avec un pourcentage de 36,5. Elle est suivie par les piqûres de moustiques avec un taux de 23%.

Toutefois, les acteurs humanitaires s'activent sur le terrain pour une prise en charge efficace des malades.

2.3.3. Présence des acteurs sanitaires et humanitaires dans l'accompagnement sanitaire des réfugiés

La prise en charge et la résilience sanitaire des réfugiés du camp de Minawao se caractérisent par une pluralité d'acteurs aux enjeux divergents (tableau VI).

Tableau VI. Des acteurs sanitaires et humanitaires

Nom de l'organisation	Acronyme	Niveau d'influence	Secteur(s) d'intervention
Ministère de la santé publique (Cameroun)	MINSANTE	National	Santé publique
Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés	UNHCR, sous-délégation Maroua	International	Protection/gouvernance, sécurité alimentaire, santé, nutrition, éducation abris, environnement
Première Urgence Internationale	PUI	International	Gestion du camp
Action Local pour Le Développement Participatif et Autogéré	ALDEPA	National	Protection de l'enfance et VBG
Organisation Mondiale de la Santé	OMS, bureau de Maroua	International	Santé
International Medical Corps	IMC	International	Santé, nutrition, protection de l'enfance et VBG
Croix-Rouge camerounaise	CR	National	Santé, abris, Wash, assainissement
Public Concern	PC	International	Éducation, abris
Plan International	PLAN Bureau de Mokolo	International	Éducation, protection de l'enfance et VBG, Wash, Livelihoods, environnement

Source : enquête de terrain, janvier 2019- juin 2020.

Ce tableau VI révèle les catégories d'acteurs qui interviennent dans la prise en charge et la résilience sanitaire des réfugiés du camp de Minawao. Ces acteurs ont un niveau d'influence national (ALDEPA, CR, MINSANTE) et international (UNHCR, PUI, OMS, IMC, PC (Tableau VI). Ces acteurs agissent dans les domaines de la santé en général, de l'alimentation, de la nutrition, l'environnement, l'éducation, la gouvernance, la gestion du camp, la protection de l'enfance et l'assainissement (Tableau VII).

Tableau VII. Avis des réfugiés sur l'action humanitaire et sanitaire au camp de Minawao

Avis des réfugiés sur l'action humanitaire et sanitaire	Effectifs	%
Satisfait	687	79,33
Non-satisfait	179	20,67
Total	866	100

Source : enquête de terrain, janvier 2019- juin 2020.

Le tableau VII montre que plus de 79% des réfugiés sont satisfaits des actions entreprises en leur faveur par les acteurs ci-dessus mentionnés malgré la modicité des ressources

financières à mobiliser davantage pour plus d'efficacité. En plus, le staff médical est constitué des médecins, des infirmiers, des aides-soignants, des sages-femmes, des psychologues, des techniciens de laboratoire, et des nutritionnistes et un infirmier psychiatre. Cela permettra de surmonter les contraintes qui sont non négligeables.

2.3.4. Des contraintes liées à la prise en charge sanitaire

Malgré l'existence des centres de santé et d'équipements sanitaires au camp des réfugiés de Minawao, ces offres sont insuffisantes pour une meilleure prise en charge des patients. Les personnels soignants rencontrent plusieurs problèmes sur le terrain (tableau VIII).

Tableau VIII. Contraintes liées à la prise en charge sanitaire des réfugiés du camp de Minawao

Contraintes liées à la prise en charge sanitaire	CSI 1 Minawao	CSI 2 Minawao
Problème de déplacement des malades	Très important	Assez important
Problème d'hébergement des malades	Très important	Très important
Problème de subsistances des malades dans les camps	Très important	Assez important
Problème de paiement des frais médicaux par les malades	Pas du tout important	Pas du tout important
Problème de gestion des cas nécessitant une intervention clinique	Très important	Assez important
Problème de gestion des cas nécessitant des examens de laboratoire	Très important	Assez important
Problème de gestion des cas de santé rare ou chronique	Très important	Très important
Absence de femmes dans le dispositif d'accueil, d'écoute et de soins des malades femmes	Très important	Très important
Manque d'espace confidentiel pour la réception et l'écoute des malades	Très important	Très important
Manque de travailleurs médico-sociaux	Très important	Très important
Absence de normes, protocoles et pratiques conformes pour les prestataires de soins de santé	Assez important	Très important

Source : enquête de terrain, janvier 2019- juin 2020.

Le tableau VIII récapitule les contraintes auxquelles font face les acteurs humanitaires dans la prise en charge sanitaire des réfugiés. Au centre de santé de Minawao 1, la plupart des contraintes sont majeures à l'exception du problème de paiement des frais médicaux qui n'est pas du tout important et de celui de l'absence des normes, protocoles et pratiques conformes pour les prestataires de soins de santé qui présentent une situation assez importante. Quant au centre de santé de Minawao 2, à l'exception des problèmes de déplacement des malades, de subsistances des malades dans les camps, de gestion des cas nécessitant une intervention clinique, des cas nécessitant des examens de laboratoire et de de paiement des frais médicaux par les malades qui ne sont pas importants, tous les autres problèmes sont à un niveau très important. Face à ces différentes contraintes, les réfugiés et les personnels de santé adoptent plusieurs mesures de résilience.

2.4. De la résilience du système de santé face aux urgences sanitaires dans le camp des réfugiés de Minawao

Les mesures de résilience face à l'insuffisance de la prise en charge sanitaire se situent au niveau familial, communautaire et dans les services de soins des réfugiés.

2.4.1. La résilience au niveau familial

Les efforts consentis par le gouvernement du Cameroun et les acteurs humanitaires ne satisfont pas de manière absolue les réfugiés. Des reproches notoires sont faits à la médecine moderne. Les réfugiés déplorent la lenteur dans l'accueil des patients, l'inefficacité des médicaments et le comportement des personnels soignants. Face à ces problèmes, les réfugiés font recours à d'autres types de soins (Tableau IX).

Tableau IX. Autres types de soins reçus par les réfugiés nigériens de Minawao

Types de soins	Effectifs	%
Médecine traditionnelle	109	12,6
Guérisseur	109	12,6
Féticheur	19	2,2
Automédication	234	27,0
Rien	395	45,6
Total	866	100,0

Source : enquête de terrain, janvier 2019- juin 2020.

Le tableau IX ci-dessus montre que les réfugiés de Minawao utilisent plusieurs types de soins. Bien que la médecine moderne soit utilisée par 45,6% des réfugiés, beaucoup d'entre eux préfèrent utiliser d'autres types de soins tels que l'automédication (27,0%), les guérisseurs et la médecine traditionnelle (12,6%) et le féticheur (2,2%). La convergence vers ces types de soins est la conséquence des reproches faits à la médecine moderne.

2.4.2. La résilience au niveau communautaire

L'insuffisance des infrastructures et des équipements de prise en charge sanitaire des réfugiés a poussé ces derniers à se constituer en communauté afin de faire face à certaines maladies. Les mécanismes d'interventions communautaires s'appliquent selon qu'il s'agit d'un homme ou d'une femme (Tableau X).

Tableau X. Traditions et mécanismes communautaires de protection des jeunes, femmes et hommes victimes de maladies chroniques

Sexe	Réaction de la communauté en cas de rumeurs de Maladies Chroniques	Possibilité de prévention des maladies dans la communauté	Stratégie de prise en charge médicale dans la communauté	Stratégie de prise en charge psychosociale des Maladies Chroniques dans la communauté	Stratégie de prise en charge socioéconomique des survivants pour réinsertion dans la communauté
Femmes	Son entourage l'aide à surmonter cela	Améliorer le cadre de vie	Les cas graves sont conduits par les relais à l'aide du tricycle. Si le cas est moins grave le malade est juste conduit au CSI	Entretien avec le malade et vérification des informations avant la prise en charge	Promotion et appui aux AGR ¹ (machine à coudre, animaux pour élevage, fonds de commerce)
Hommes	On se mobilise pour trouver une stratégie d'isolement	Sensibiliser les malades et communautés sur les potentiels causent de leurs maladies	Il est référé et traité au CSI	On les accueille et s'entretient avec eux puisqu'ils reçoivent des médicaments	Appui aux AGR

Source : enquête de terrain, janvier 2019- juin 2020.

Ce tableau X récapitule les stratégies de résilience au sein de la communauté des réfugiés. Les mesures d'interventions sont définies selon qu'il s'agit d'une femme ou d'un homme.

2.4.3. La résilience au niveau des centres de santé intégré

Face à l'urgence sanitaire au camp des réfugiés de Minawao, les acteurs humanitaires se sont mobilisés afin d'apporter un appui pour la prévention et la prise en charge effective des malades. Dans le domaine de la santé le Ministère camerounais de la santé publique et les humanitaires organisent régulièrement des campagnes de vaccination contre les maladies infectieuses telles la rougeole, le tétanos, la poliomyélite, la méningite à méningocoque. À cet effet, l'hôpital de district de Mokolo a coordonné trente-quatre (34) séances de vaccination qu'il a organisées dans le camp (Rapport d'activités de HDM, 2014-2015 cité par Bapowa N. et Kiam C., 2016, p.90). L'hôpital de district de Mokolo accueille en moyenne 15 malades par jour : soit 10 malades en observation et 5 femmes enceintes (Rapport d'activités de HDM, 2015 cité par Bapowa N. et Kiam C., 2016, p.91). L'hôpital régional de Maroua a accueilli 25 patients-réfugiés référés par l'Hôpital de District de Mokolo en 2014 et 11 seulement en 2015 (Cellule des statistiques de HRM, Mars 2016 cité par Bapowa N. et Kiam, 2016, p.92).

¹¹ Activité génératrice de revenus.

Dans le domaine de l'eau, d'hygiène et d'assainissement, des forages et des latrines sont réalisés dans le camp de Minawao. Selon le UNHCR (2019), le camp de Minawao comptait en février 2019 : 2690 latrines fonctionnelles soit un gap de 1105 latrines à raison d'une latrine pour 2 ménages ; 2157 douches fonctionnelles soit un gap de 621 douches ; 36 forages et 33 bornes fontaines sont fonctionnels au camp de Minawao, soit un gap de 45 points d'eau. Dans la production totale de 690 m³/j : 21% de l'adduction Mokolo-Minawao, 55 % des forages, 24 % des pompages sur les Mayo-Louti 1 et 2. On note un gap de 449 m³/j à combler. Il y a 88 promoteurs d'hygiène au camp de Minawao soit, un gap de 20 promoteurs (UNHCR, 2018). Cette situation nécessite un renforcement du dispositif en eau potable, en programme de sensibilisation à l'hygiène et l'assainissement dans ce camp de Minawao.

Discussion et conclusion

La problématique de la gestion des réfugiés s'est toujours posée avec acuité. La définition même du statut de réfugié a nécessité des approches théoriques et juridiques. Ceci à partir des exemples communautés en Asie du Sud-Est, Afrique, Amérique latine et France en traitant de l'environnement, leur identité, leur protection juridique et leur relation avec les populations d'accueil et le rôle des institutions humanitaires (Lassailly-Jacob et al., 1999, p.505). Dans la même logique, Nsoga (2020, p.14) dresse une cartographie du système national de protection des réfugiés à travers des outils d'encadrement normatifs, structurels, infrastructurels, ainsi que les divers mécanismes de coordination des intervenants déployés en faveur de la protection des migrants forcés. Ceci pour favoriser une meilleure compréhension des conditions d'accueil, d'assistance/protection, de survie de ces personnes. Son étude permet de mettre en relief, des perspectives de pratiques normatives, structurelles et institutionnelles qui favoriseraient une meilleure prise en compte et une régulation de la protection de cette population au moyen d'une dynamique solidaire et concertée. Tout comme Kone (2017, p.4) qui estime que du fait de la multiplicité des conflits, des violences et des catastrophes naturelles, le nombre des personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays ne cesse de grandir. Donc pour lui, la solution durable à la question des déplacements internes relève d'une convention spécifique au niveau international. Ainsi, la présente étude a permis de relever que Minawao est un espace de prise en charge et de résilience face aux urgences sanitaires et de subsistance des réfugiés nigériens dans l'Extrême-Nord du Cameroun. Les données issues des enquêtes de terrain à partir d'un échantillon aléatoire de 866 ménages ont été recueillies et traitées. Par conséquent, du point de vue des infrastructures d'accueil et de santé, la situation n'est pas si aisée. L'Habitat des réfugiés est précaire à cause de l'urgence et l'imprévoyance des flux migratoires des réfugiés Nigériens vers le camp de Minawao. Deux types d'habitat sont observés dans le camp : les habitats en matériaux provisoires constitués, soit des bâches, des box shelter (tentes) ou des habitats en briques de terre. On relève aussi qu'au centre santé de Minawao 1, l'offre infrastructurelle présente 4 salles de consultations curatives pour la pédiatrie et la médecine, 4 salles d'hospitalisations, 1 bâtiment complet de maternité, 1 service de laboratoire et 1 salle de petite chirurgie. Tandis qu'au centre de santé de Minawao 2, on note une situation critique avec 06 salles de consultation de manière provisoire, 01 Hangar, 01 espace de prise en charge de la malnutrition, des balances, des thermomètres, des équipements de prise en charge nutritionnelle. Cette couverture sanitaire reste cependant préoccupante dans les régions de l'Est et de l'Adamaoua qui comptent 179 aires de santé pour une population

d'environ 1 817 590 personnes. De plus, seulement 33 % de structures sanitaires fonctionnent à plein régime avec un bâtiment en matériaux définitifs, un équipement médical acceptable, un personnel formé et un comité de gestion tandis que 18 % en sont quasiment privées (NAMA et *al.*, 2013, p.22).

S'agissant de l'efficacité de l'offre sanitaire en faveur des réfugiés, on constate une inégalité dans les deux centres de santé. Le centre de santé de Minawao 1 présente un cadre beaucoup plus convenable avec des infrastructures et équipements acceptables. En revanche, dans le centre de santé de Minawao 2 les infrastructures sont faites de matériaux provisoires. Bien avant cela, une étude a été menée sur le Cameroun comme zone d'accueil des personnes déplacées, entre recomposition sociodémographique et gestion des personnes à besoins spécifiques par Lémouogué et *al.*, (2019, p.1-8). En effet, ces auteurs analysent les dynamiques démographiques des déplacés de la crise de Boko Haram et dans la région de l'Est sur la prise en charge des personnes à besoins spécifiques (PBS) parmi les déplacés de la crise centrafricaine. Elle explique en quoi la maîtrise des données démographiques peut contribuer à mieux appréhender les enjeux humanitaires et orienter la prise de décisions dans le camp des réfugiés centrafricains à Gado-Badzéré (Lémouogué et *al.*, 2019, p.1-2). C'est d'ailleurs ce que s'attèle à montrer la présente étude.

Hoyez (2012, p.12) en étudiant le problème de « Mobilités et accès aux soins des migrants en France » fait le même constat. Il démontre que le dispositif sanitaire mis en place pour l'accueil des migrants dépendait des contextes locaux de mobilisation des acteurs ; et que si des centres existaient, ils ne sont pas tous capables de prendre en charge les maux spécifiques de la précarité en migration. C'est pourquoi, les réfugiés enquêtés font recours à d'autres types de soins en optant pour la résilience au niveau communautaire. Cette résilience prend en compte l'aspect genre. Selon qu'il s'agit d'un homme ou d'une femme, la communauté intervient en cas de suspicion de la présence d'une maladie chronique, s'il y'a possibilité de prévention des maladies dans la communauté. D'autres résiliences ont consisté à orienter les malades vers la médecine traditionnelle en fonction des us et coutumes pour traiter les maladies chroniques. La stratégie de prise en charge psychosociale et socioéconomique face aux cas de maladies chroniques dans la communauté a été manifeste. Chiabi A. et *al.*, (2016) montrent d'ailleurs ces caractéristiques socio-démographiques et cliniques sur les enfants du camp de réfugiés centrafricains de Gado-Badzéré dans la région de l'Est Cameroun. Cette étude préliminaire montre une forte prévalence des pathologies pédiatriques telles que la malnutrition aiguë, le paludisme et les gastroentérites. Elle révèle l'existence des épidémies de rougeole dans le camp de réfugiés de Gado-Badzéré. Cette étude démontre également l'importance et la nécessité d'urgence pour la société camerounaise de pédiatrie, et d'autres acteurs dans le domaine de la santé, qu'en dehors des activités de routine dans les hôpitaux, des actions sanitaires devraient être menées de manière soutenue et durable auprès de ces collectivités vulnérables afin de limiter l'émergence et la prévalence des maladies évitables par la vaccination. Ainsi pour un meilleur suivi, les réfugiés se sont constitués en comité d'hygiène et santé afin de s'assurer une meilleure prise en charge sanitaire. Ces comités interviennent en cas de simples suspicions des maladies chroniques. Le renforcement et l'équipement de ce comité serait un atout face aux urgences sanitaires dans le camp. Les problèmes d'accès aux soins et de résilience révélés dans ce travail traduisent une situation préoccupante qui nécessitent un renforcement des ressources financières qui n'arrivent plus à couvrir les besoins élémentaires de

subsistances dans le camp. Toutefois, à la lumière des résultats obtenus, on peut dire que la déficience des ressources financières pour assurer l'approvisionnement en médicaments et consommables médicaux est notoire et interpelle à nouveau les acteurs humanitaires et sanitaires à plus de mobilisation. Il en est de même de la carence d'ouvrages d'eau et d'assainissement, des moyens de subsistance et des ressources adjugées à l'autonomisation des réfugiés pour une couverture optimale des besoins de prise en charge et de résilience sanitaire des réfugiés nigériens dans le camp de Minawao.

Bibliographie

- BAPOWA NGAFWE Adèle et KIAM Alain Charly, 2016, Problèmes de santé dans le camp des réfugiés de Minawao (Extrême-Nord, Cameroun). Mémoire de DIPES II. Géographie. Université de Maroua. 130 pages.
- CHIABI A., EHOZOU M.N., TCHAKOUTE C., KAMO S.H., NGOSSO TETANYE, ASSIM M., KOBELA M., MAH E., NDEBE P., TCHOKOTEU P.F., 2016, Campagne de santé pour les enfants en situation de catastrophe. Cas d'un camp de réfugiés centrafricains à Gado-Badzéré dans l'est Cameroun, Médecine d'Afrique Noire, pages 192-200.
- HAUT-COMMISSARIAT DES NATIONS UNIES POUR LES REFUGIES (UNHCR), 2015, Profil du camp de Minawao, [Http://data.unhcr.org](http://data.unhcr.org). Consulté le 3 octobre 2020.
- HAUT-COMMISSARIAT DES NATIONS UNIES POUR LES REFUGIES (UNHCR), 2016, Profil du camp de Minawao, [reliefweb.int//data.unhcr.org](http://reliefweb.int/data.unhcr.org). Consulté le 3 octobre 2020.
- HAUT-COMMISSARIAT DES NATIONS UNIES POUR LES REFUGIES (UNHCR), 2018, Rapport de fin d'année 2018, Global Focus, UNHCR Operations worldwide, 22 août 2019.
- HAUT-COMMISSARIAT DES NATIONS UNIES POUR LES REFUGIES (UNHCR), 2019, profil du camp de Minawao, <https://data2.unhcr.org>. Consulté le 3 octobre 2020.
- HAUT-COMMISSARIAT DES NATIONS UNIES POUR LES REFUGIES (UNHCR), 2020, profil du camp de Minawao d'avril 2020, <https://data2.unhcr.org>. Consulté le 14 décembre 2020.
- GHIGLIONE Rodolphe et MATALON Benjamin, 2004, Les enquêtes sociologiques, Théories et pratiques, Comment interroger ? les Entretiens, Armand colin, 301 pages.
- GUMUCHIAN Hervé, MAROIS Claude et FEVRE Véronique, 2000, Initiation à la recherche en géographie. Aménagement, développement territorial, environnement, 433pages).
- HOYEZ Anne-Cécile, 2011, L'accès aux soins des migrants en France et la « culture de l'initiative locale ». Une analyse des contextes locaux à l'épreuve des orientations nationales, Cybergeog : European Journal of Geography, <http://cybergeog.revues.org>. Consulté le 16 septembre 2020.
- KONE Soumaïla, 2017, Protection des personnes déplacées internes suite Aux exactions de la secte islamiste Boko Haram à l'extrême nord du Cameroun. Master en management des crises et actions humanitaires, Institut international d'ingénierie de l'eau et de l'assainissement (2IE), 63pages.
- LASSAILLY-JACOB Véronique, MARCHAL Jean-Yves, QUESNEL André, 1999, Déplacés et réfugiés. La mobilité sous contrainte. Dimensions économiques et sociales du développement, Éditions de l'IRD. Collection Colloques et Séminaires, 505 pages.
- LEMOUOGUE Joséphine, FOFIRI NZOSSIE Éric Joël, KAHOU NZOUYEM Jasmine Laurelle, « Cameroun : les zones d'accueil des personnes déplacées, entre recomposition sociodémographique et gestion des personnes à besoins spécifiques », Alternatives Humanitaires, n°12, novembre 2019, p.59-75, <http://alternatives-humanitaires>.

NAMA Philomène, ONAMBELE Guy Armand, NJILIE YAP Francis, ENOKA BAGNEM Joël, 2013, Evaluation de l'assistance humanitaire et de la situation des réfugiés centrafricains vivant au Cameroun. 33 pages. www.humanitarianresponse.info. Consulté 30/12/2020.

NSOGA Robert Ebénézer, 2020, La protection des réfugiés en Afrique centrale : Quelle gouvernance des migrations forcées pour les États centre-africains ? Le cas du Cameroun. Thèse de Docteur (Ph. D) de l'Université de bordeaux Montaigne. Géographie politique, 505 pages.

ORGANISATION DES NATIONS UNIES (ONU)-FEMMES, 2017, enquêtes de base sur l'état des lieux des espaces de cohésion des femmes dans le camp de réfugiés de Minawao et les sites de Ngam et Timangolo, Organisation Des Nations Unies (ONU), reliefweb.int. Consulté le 3 octobre 2020.

SAMANTHA Brangeon, BOLIVARD Emmanuel, 2017, L'impact environnemental du camp des réfugiés de Minawao, rapport d'étude, reliefweb.int. Consulté le 3 octobre 2020.