

RUFSO Revue "Université sans Frontières pour une Société Ouverte"

ISSN : 2313-285x (en ligne)

Volume 35: numéro 1

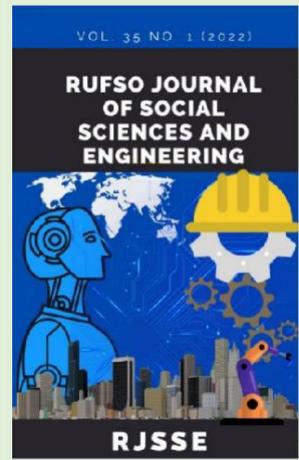
Site Web de la revue: rufso.org**Thèse:**

Langue : Français

Titre : Facteurs associés à l'opérationnalisation de la surveillance épidémiologique dans les districts de santé de la région du sud Cameroun.

Auteur : NDIBI ABANDA Jean

Publiée: Février 2023

Doi : [10.55272/rufso.rjsse](https://doi.org/10.55272/rufso.rjsse)

Facteurs associés à l'opérationnalisation de la surveillance épidémiologique dans les districts de santé de la région du sud Cameroun.

NDIBI ABANDA Jean, BIGIRIMANA Radjabu

Résumé

La surveillance épidémiologique et des crises sanitaires au sein de la population restent l'un des domaines du système de santé encore faiblement développé dans les pays à revenus intermédiaires ou faibles. En général, les ressources humaines, financières, matérielles et communicationnelles souvent affectées aux activités de surveillance demeurent insuffisantes. Ce qui a une incidence sur l'atteinte des objectifs de santé publique escomptés. Partant de l'hypothèse selon laquelle, les facteurs d'ordre organisationnels ; sociodémographiques et communautaires sont associés à l'opérationnalisation de la surveillance épidémiologique dans les districts de santé de la région du Sud-Cameroun, une étude transversale mixte à visée descriptive et analytique a été menée. Un échantillonnage probabiliste stratifié à trois niveaux a permis de sélectionner 176 formations sanitaires auprès desquelles une collecte digitalisée des données à l'aide de l'application ODK Collect. 22. v1 a été conduite. Des entretiens semi-directifs ont également été menés auprès des chefs de districts de santé et des responsables des comités de santé de district. Les données collectées auprès des responsables de la surveillance épidémiologique des formations sanitaires ont été analysées à l'aide du logiciel STATA 13.0, tandis que celles issues des entretiens ont fait l'objet d'une analyse thématique et de contenu. Les analyses bivariées se sont appuyées sur les statistiques du Chi-2 et du V de Cramer tandis que la régression logistique binomiale a été convoquée pour l'analyse multivariée. Il ressort des résultats obtenus que la surveillance épidémiologique se dégrade en fonction de l'âge de la personne en charge (Odds Ratio=0,87 ; 95% IC= 0,76-1.003). Les structures sanitaires ayant un chargé de la surveillance autre que le responsable de la structure ont plus de chance de mieux l'opérationnaliser par rapport à celles qui ont une personne qui cumule les deux charges (Odds Ratio=0,065; 95% ; IC= 0,004-0,93). Les principaux problèmes identifiés à l'issue des entretiens conduits sont: l'insuffisance et la mauvaise gestion des ressources; le non-respect du couple profil/poste de travail, l'enclavement. Ce qui invite les décideurs à procéder à la prise en compte de ces différents aspects ans le but de contribuer ainsi au renforcement du système de surveillance épidémiologique.

Mots clés : Facteurs associés ; Opérationnalisation ; surveillance épidémiologique ; districts de santé

Abstract

The epidemiological surveillance and the observation of sanitary crisis within the population remains one of the health systems still poorly developed in countries with low or average incomes. In general, human, financial, material and communicational resources often allocated to surveillance activities remain insufficient. Basing our study on the hypothesis that the operationalization of the epidemiological observation in health districts of the South region of Cameroon is associated to socio-demographic, organizational and communitary factors; a cross mixed study with descriptive and analytic purpose has been carried out. A probabilistic sampling, stratified at three levels, has enabled to select 176 health facilities in which a digitalized gathering of data with the help of the ODK collects. 22. V1 application has been used. People in charge of health structure and epidemiological observation have been chosen to gather these data. The interview guide has been called to collect qualitative data to the health districts managers and district health committee's officer. The bi-variate analyses are based on Chi-2 and Cramer V statistics whereas the binomial logistic regression has been called for the multi-variate analyses. Thematic and content analyzes have also been used for audio data obtained after the saturation principle. The results obtained after the investigation in the health facilities show that epidemiological observation goes down by 0.13per additional year (Odds Ratio = 0.87, 95% CI = 0, 76-1.003). Health facilities that having somebody in charge of observation other the structure manager have 0.94 times of chance to better chance implement it (Odds Ratio = 0.065, 95%, CI = 0.004-0.93). Besides, when the person in charge of observation was the laboratory technician, the risk of his degradation decrease by 41 times (Odds Ratio = 41.01, 95%, CI = 2.2-776.6). The main problems identified at the end of the interview are: the insufficient and the bad management of resources; geographical accessibility; the non-respect of the couple the profile / workstation; isolation. This calls for deep reform of the health system.

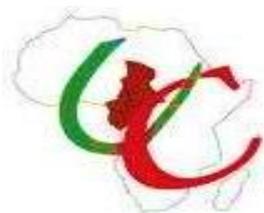
Keywords: Associated factors; Operationalization; epidemiological observation; health districts

Université Catholique d'Afrique Centrale

Ecole des Sciences de la Santé

Catholic University of Central Africa

School of Health Sciences



**FACTEURS ASSOCIÉS À L'OPÉRATIONNALISATION
DE LA SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE DANS
LES DISTRICTS DE SANTÉ DE LA RÉGION DU SUD-
CAMEROUN.**

Mémoire présenté et soutenu publiquement en vue de l'obtention du Diplôme de

Master en Santé Publique

Option : **Épidémiologie**

Par

NDIBI ABANDA Jean

Licence es-Sciences de la Santé

Sous la Direction de

Dr MBONDJI EBONGUE (PhD)

Expert en Santé Publique

8^{ème} Promotion

Année Académique 2018 -2019

SOMMAIRE

SOMMAIRE	II
DÉDICACE	III
REMERCIEMENTS	IV
LISTE DES ABRÉVIATIONS, ACRONYMES ET SIGLES	V
LISTE DES ANNEXES	VII
LISTE DES TABLEAUX	VIII
LISTE DES FIGURES	IX
RÉSUMÉ	X
SUMMARY	XI
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 :CADRAGE THÉORIQUE DE L'ÉTUDE	4
CHAPITRE 2 :REVUE DE LA LITTÉRATURE, CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL	15
CHAPITRE 3 :PRÉSENTATION DU SITE DE L'ÉTUDEET MÉTHODOLOGIE	40
CHAPITRE 4 :PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS	50
CHAPITRE 5 :SYNTHÈSE ET DISCUSSION DES RÉSULTATS	82
CONCLUSION	90
SUGGESTIONS	94
BIBLIOGRAPHIE	96
ANNEXES	101
TABLE DES MATIÈRES	125

DÉDICACE

À

Mes Parents

S.M. ABANDA MEVA'A

Et

NKOU NDIBI Salomé

REMERCIEMENTS

Nous remercions très sincèrement tous ceux qui ont contribué à la réalisation de ce travail. Notre gratitude va à l'endroit :

- Du Dr Mbondji Ebongue, Directeur de ce mémoire qui a su par son expertise, ses orientations et son encadrement nous accompagner dans la réalisation de ce travail. En bon père de famille, il a toujours été disponible;
- Du Pr Benjamin Alexandre Nkoum, le Directeur de l'Institution, dont la vision, les conseils et l'esprit critique ont été d'un grand apport pour cette recherche ;
- Du Dr Olga Mankollo Bassong, responsable du département d'Épidémiologie dont le dévouement à notre formation, sa disponibilité ont grandement contribué à renforcer notre motivation ;
- Du Dr Ngo Likeng Julienne Louise, coordonnatrice du département de Santé Publique et responsable du département de Santé Communautaire dont les orientations, les conseils, l'expertise et l'érudition ont contribué à forger notre personnalité
- De M. Avelin Péguy Angos, Statisticien-Démographe, pour son aide précieuse ainsi que sa contribution pour le traitement statistique des données;
- Du corps enseignant de l'UCAC qui n'a ménagé aucun effort dans l'appui académique et administratif durant notre formation ;
- de nos camarades de promotion avec qui nous avons partagé des moments de joie et de peine dans un esprit de fraternité ;
- de ma tendre épouse Madame Ndibi née Mbang Cécile Florette, qui a supporté les aléas imposés par le poids financier de la formation et qui a toujours trouvé des ressources nécessaires pour m'encourager à persévérer dans l'effort ;
- À nos enfants Tiga Ndibi Princesse Kenza, Abanda Ndibi Prince Kevin, Nkou Ndibi Prince Mahel, Avebe Ndibi Prince Nathan, Tegue Mendoula Gèneviève Mounira, Minkoé Jean, dont la seule présence nous permettait de continuer le combat même lorsque tout n'allait pas bien;
- À nos beaux-frères et belles-sœurs Ntonga Martin Didier, Eyono Agnès Marie Gisèle, Avebe Sylvain, et Ebogo Thérèse Nicaise pour leur soutien ;

Que tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réussite de ce projet, puissent recevoir l'expression de toute notre gratitude.

LISTE DES ABRÉVIATIONS, ACRONYMES ET SIGLES

AFD	Agence Française de Développement
ASC	Agent de Santé Communautaire
ATA	Agent Technique d'Agriculture
ATMS	Agent Technique Médico-Sanitaire
BEPC	Brevet d'Étude du Premier Cycle
B.O	Burn-Out
CERPLE	Centres Régionaux de Prévention et de Lutte contre les Épidémies
CAP	Certificat d'Aptitude Professionnelle
CBP	Chef de Bureau du Partenariat
CDC	Center for Disease Control
CMA	Centre Médical d'Arrondissement
CSI	Centre de Santé Intégré
COSA	Comité de Santé
COGE	Comité de Gestion
COGEHD	Comite de Gestion de l'Hôpital de District
COSADI	Comité de Santé de District
CRERSH	Comité Régional d'Ethique de la Recherche en Santé Humaine
CSSD	Chef du Service de Santé du District
FRPSS	Fond Régional de la Promotion de la Santé du Sud
GIZ	Deutsche Gesellschaft fur Internationale Zusammenarbeit
GRH	Gestion des Ressources Humaines
DS	District de Santé
DLMEP	Direction de la Lutte contre la Maladie, des Épidémies et des Pandémies

DRH	Direction des Ressources Humaines
DRSPS	Délégation Régionale de la Santé Publique du Sud
Ibid.	Du même Auteur
HD	Hôpital de District
IDE	Infirmier Diplômé d'État
INS	Institut National de la Statistique
IP	Infirmier Principal
ISO	International Standard Organisation
ITGS	Ingénieur des Travaux du Génie Sanitaire
MSP-C	Ministère de la santé Publique du Cameroun
MINEPIA	Ministère de l'Élevage des Pêches et des Industries Animales
ODD	Objectif du Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONSP	Observatoire National de la Santé Publique
ONU	Organisation des Nations Unies
ORE	Observatoire Régionale d'Épidémiologie
RH	Ressources Humaines
SBE	Surveillance Basée sur les Événements
SE	Surveillance Epidémiologique
SIMR	Surveillance Intégrée des Maladies et de Riposte
SSD	Service de Santé du District
TGS	Théorie Générale des Systèmes
TNN	Tétanos Néo-Natal
UCAC	Université Catholique d'Afrique Central

LISTE DES ANNEXES

NUMERO DE L'ANNEXE	TITRE DE L'ANNEXE
ANNEXE 1	Questionnaire quantitatif
ANNEXE 2	Guide d'entretien à l'adresse des Chefs de DS
ANNEXE 3	Guide d'entretien à l'adresse des responsables de COSADI
ANNEXE 4	Notice d'information
ANNEXE 5	Formulaire de Consentement éclairé
ANNEXE 6	Demande de clairance
ANNEXE 7	Demande d'autorisation de collecte des données
ANNEXE 8	Autorisation administrative de collecte de données
ANNEXE 9	Autorisation de la clairance Éthique
ANNEXE 10	Transcription des entretiens
ANNEXE 11	Budget Estimatif de l'étude
ANNEXE 12	Chronogramme des activités

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Modèle d'analyse conceptuel	39
Tableau 2	Composition de l'échantillon selon le type de formation sanitaire	45
Tableau 3	Composition de l'échantillon des centres de santé intégrés	45
Tableau 4	Profil des informateurs communautaires	51
Tableau 5	Profil des participants des équipes cadre des districts	58
Tableau 6	Caractéristiques des structures de santé	67
Tableau 7	Caractéristiques des responsables de structure	73
Tableau 8	Distribution des formations sanitaire selon l'âge du responsable de la surveillance	73
Tableau 9	Caractéristiques des responsables de la surveillance autres que les chefs de structures	74
Tableau 10	Association entre les variables caractérisant la structure sanitaire et l'opérationnalisation de la surveillance épidémiologique	75
Tableau 11	Association entre les variables caractérisant le fonctionnement de la structure sanitaire et l'opérationnalisation de la surveillance épidémiologique	76
Tableau 12	Association entre variables caractérisant le chef de structure et l'opérationnalisation de la surveillance épidémiologique	78
Tableau 13	Intensité de la relation entre les variables significativement associées à l'opérationnalisation de la surveillance épidémiologique dans les DS du sud	79
Tableau 14	Régression logistique des facteurs associés à l'opérationnalisation de la surveillance épidémiologique dans les districts de santé de la région du Sud-Cameroun	80

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Circuit de l'information dans le cadre de la SIMR	25
Figure 2	Schéma du cadre conceptuel	38
Figure 3	Carte de la région sanitaire du Sud	41
Figure 4	Participation aux réunions de coordinations	68
Figure 5	Distribution selon l'organisation des séances de restitution	68
Figure 6	Distribution des formations sanitaires selon quelques caractéristiques de fonctionnement	69
Figure 7	Transmission des rapports d'activité à temps	69
Figure 8	Raisons de la non-transmission des rapports d'activité	70
Figure 9	Moyen de transmission des rapports	70
Figure 10	Moyen de conservation des données	70
Figure 11	Existence des structures de dialogue	71
Figure 12	Implication des responsables des structures de dialogue dans les activités de santé	71
Figure 13	Distribution du sexe des formations sanitaires selon le sexe de leur responsable	72
Figure 14	Répartition des formations sanitaires selon le grade du chef de structure	72

RÉSUMÉ

La surveillance épidémiologique et des crises sanitaires au sein de la population restent l'un des domaines du système de santé encore faiblement développé dans les pays à revenus intermédiaires ou faibles. En général, les ressources humaines, financières, matérielles et communicationnelles souvent affectées aux activités de surveillance demeurent insuffisantes. Ce qui a une incidence sur l'atteinte des objectifs de santé publique escomptés. Partant de l'hypothèse selon laquelle, les facteurs d'ordre organisationnels ; sociodémographiques et communautaires sont associés à l'opérationnalisation de la surveillance épidémiologique dans les districts de santé de la région du Sud-Cameroun, une étude transversale mixte à visée descriptive et analytique a été menée. Un échantillonnage probabiliste stratifié à trois niveaux a permis de sélectionner 176 formations sanitaires auprès desquelles une collecte digitalisée des données à l'aide de l'application ODK Collect. 22. v1 a été conduite. Des entretiens semi-directifs ont également été menés auprès des chefs de districts de santé et des responsables des comités de santé de district.

Les données collectées auprès des responsables de la surveillance épidémiologique des formations sanitaires ont été analysées à l'aide du logiciel STATA 13.0, tandis que celles issues des entretiens ont fait l'objet d'une analyse thématique et de contenu.

Les analyses bivariées se sont appuyées sur les statistiques du Chi-2 et du V de Cramer tandis que la régression logistique binomiale a été convoquée pour l'analyse multivariée. Il ressort des résultats obtenus que la surveillance épidémiologique se dégrade en fonction de l'âge de la personne en charge (Odds Ratio=0,87 ; 95% IC= 0,76-1.003). Les structures sanitaires ayant un chargé de la surveillance autre que le responsable de la structure ont plus de chance de mieux l'opérationnaliser par rapport à celles qui ont une personne qui cumule les deux charges (Odds Ratio=0,065; 95% ; IC= 0,004-0,93).

Les principaux problèmes identifiés à l'issu des entretiens conduits sont: l'insuffisance et la mauvaise gestion des ressources; le non respect du couple profil/poste de travail, l'enclavement. Ce qui invite les décideurs à procéder à la prise en compte de ces différents aspects ans le but de contribuer ainsi au renforcement du système de surveillance épidémiologique.

Mots Clés: *Facteurs associés ; Opérationnalisation ; surveillance épidémiologique ; districts de santé*

SUMMARY

The epidemiological surveillance and the observation of sanitary crisis within the population remains one of the health systems still poorly developed in countries with low or average incomes. In general, human, financial, material and communicational resources often allocated to surveillance activities remain insufficient. Basing our study on the hypothesis that the operationalization of the epidemiological observation in health districts of the South region of Cameroon is associated to socio-demographic, organizational and communautary factors; a cross mixed study with descriptive and analytic purpose has been carried out. A probabilistic sampling, stratified at three levels, has enabled to select 176 health facilities in which a digitalized gathering of data with the help of the ODK collects. 22. V1 application has been used. People in charge of health structure and epidemiological observation have been chosen to gather these data. The interview guide has been called to collect qualitative data to the health districts managers and district health committee's officer.

The bi-variate analyses are based on Chi-2 and Cramer V statistics whereas the binomial logistic regression has been called for the multi-variate analyses. Thematic and content analyzes have also been used for audio data obtained after the saturation principle.

The results obtained after the investigation in the health facilities show that epidemiological observation goes down by 0.13per additional year (Odds Ratio = 0.87, 95% CI = 0, 76-1.003). Health facilities that having somebody in charge of observation other the structure manager have 0.94 times of chance to better chance implement it (Odds Ratio = 0.065, 95%, CI = 0.004-0.93). Besides, when the person in charge of observation was the laboratory technician, the risk of his degradation decrease by 41 times (Odds Ratio = 41.01, 95%, CI = 2.2-776.6).

The main problems identified at the end of the interview are: the insufficient and the bad management of resources; geographical accessibility; the non-respect of the couple the profile / workstation; isolation. This calls for deep reform of the health system.

Keywords: Associated factors; Operationalization; epidemiological observation; health districts

INTRODUCTION

Le rapport d'évaluation à mi-parcours de la Stratégie Sectorielle de la santé 2001-2010 a relevé outre une hétérogénéité des outils de collecte, une faible traçabilité de la collecte des données de routine dans la majorité des formations sanitaires. Mais aussi, l'incohérence des chiffres décrits dans les documents du Ministère de la Santé Publique sur les données des districts de santé, des hôpitaux de district fonctionnels, des aires de santé, les taux de fréquentation des services. Et ce, nonobstant l'existence d'une Cellule de l'Information Sanitaire au sein du ministère de la santé, et d'un service de l'information sanitaire et de la planification dans ses services déconcentrés notamment dans les délégations régionales, en application du décret N° 2013/093 du 03 Avril 2013 portant organisation du Ministère de la santé Publique.

Chaque programme prioritaire de la santé publique dispose jusqu'à présent d'un système d'information pour ses besoins propres malgré l'existence d'une plate-forme intégrée dans le processus de gestion des rapports mensuels d'activités dont l'objectif visé est la synthèse et l'intégration des informations jusque-là disparates.

L'introduction du «*District Health Information Software 2*» au sein des districts de santé et des formations sanitaires pour susciter et encourager la collecte, la transmission et l'archivage informatisés des données n'a manifestement pas réussi à susciter une révolution dans le domaine de la surveillance épidémiologique. Le DHIS2 continue à faire face à plusieurs problèmes du point de vue de son opérationnalisation. Dans un tel environnement, l'observation systématique, exhaustive et continue de l'univers sanitaire, et les phénomènes liés à la santé dont l'objectif est la prise de décision reste problématique.

En visant l'identification précoce des crises sanitaires potentielles, la surveillance épidémiologique se nourrit des données sanitaires sur leur double plan qualitatif et quantitatif. Elle est un indicateur non négligeable d'évaluation de l'efficacité d'un système santé. Elle constitue dès lors un pan important de ce dernier et tout le monde y est intimement concerné. L'épidémio-surveillance est donc, tout comme le souligne Alain Garrigou : une affaire de normes non seulement sanitaires mais aussi sociales, légales et morales. Celles-ci s'imposent inégalement, se contrarient parfois, se combinent souvent».

Les faiblesses du système de surveillance épidémiologique justifient notre intérêt sur l'étude des *facteurs associés à l'opérationnalisation de la surveillance épidémiologique dans les districts de santé de la région du sud-Cameroun*. L'objectif ici étant d'en analyser les facteurs sociodémographiques, organisationnels et communautaires.

Pour aborder cette question ; nous avons structuré le présent travail en cinq chapitres complémentaires dont le premier porte sur le cadrage théorique de l'étude. Le chapitre 2 est consacré à la revue de la littérature ainsi que les cadres théorique et conceptuel. Nous aborderons ensuite la

présentation du site de l'étude et la méthodologie. Le chapitre 4 quant à lui aura pour but la présentation et l'analyse des résultats suivis de la synthèse et de la discussion des résultats au chapitre 5. Une conclusion et quelques suggestions clôtureront ce travail de recherche.

CHAPITRE 1

CADRAGE THÉORIQUE DE L'ÉTUDE

1.1. CONTEXTE DE L'ÉTUDE

La surveillance épidémiologique qu'elle se déroule au niveau des frontières, ports et aéroports constitue un enjeu économique, heuristique, social et scientifique de portée générale. Elle mobilise d'importantes ressources à la fois financières, humaines et matérielles et communicationnelles pour assurer la sécurité sanitaire des populations au sens du RSI 2005. Les problèmes liés à l'opérationnalisation de la surveillance épidémiologique s'observent dès lors aussi bien au niveau Mondial, Africain que Camerounais.

1.1.1. Niveau Mondial

L'Organisation Mondiale de la Santé (2002), recommande que chaque pays évalue de manière régulière son système général de surveillance afin que celui-ci continue de refléter les priorités nationales en ce qui concerne la lutte contre les maladies. Le but étant de conserver un niveau adéquat d'efficacité en utilisant au maximum les possibilités d'intégrer les activités. En 2005, l'OMS recommande que le système de surveillance épidémiologique intégré fasse l'objet d'une modification de l'intérieur par les acteurs eux-mêmes pour obtenir une transformation durable dans leurs pratiques sanitaires. Ces différentes recommandations poursuivent un objectif commun, adapter les activités de surveillance épidémiologique au contexte local.

De manière globale, l'on assiste dans la plupart des pays à une production importante de données sanitaires avec cependant très peu d'information épidémiologique à tirer. Ce qui a poussé l'OMS en 2002 à recommander la collecte de l'information qui est nécessaire pour atteindre les objectifs de la lutte. C'est la caractéristique de flexibilité qui est ainsi mis en avant. Pour se faire, il revient à chaque pays de définir des politiques réalistes de santé qui soient en congruence avec les ressources disponibles sans pour autant mettre de côté l'efficacité et surtout l'efficience ainsi recherchées. Il convient dès lors de monter des systèmes plus résilients jouissant d'une certaine autonomie. Ce qui constitue en effet un challenge. En effet, la plupart des systèmes de santé reste entièrement dépendant du financement extérieur apporté par les partenaires. Politique qui a une influence sur la mise en œuvre et le respect des cahiers de charges des activités liées à la surveillance au niveau local. Malheureusement, c'est un système de surveillance qui rencontre plusieurs difficultés. Outre le problème de financement, le manque de ressources communicationnelles la problématique de développement quantitatif et qualitatif de la ressource humaine en santé se pose avec insistance et apparaît même comme un impératif pour l'atteinte des objectifs de santé publique. La pénurie est estimée à environ 2,3 millions de médecins, d'infirmières et de sages-femmes, et à plus de 4 millions d'agents de santé au total. Dans certaines régions, notamment en Afrique subsaharienne, les effectifs actuels du personnel de santé doivent être augmentés de près de 140 % pour

surmonter les crises sanitaires (Poz, Gupta, Quain, Soucat, 2009). Cette même ressource reste insuffisante, mal utilisée et peu motivée, bien que le secteur de la santé soit reconnu comme étant prioritaire par les Gouvernements (Naoundangar, 2010).

Au regard de ce tableau, les mécanismes de collecte des données de surveillance, leur analyse pour prise de décision politique et stratégique et même opérationnelle restent à questionner lorsque nous savons que l'information, l'éducation et la mobilisation des ressources pour la prise de décisions éclairées constitue un facilitateur de la demande en données et informations sanitaires de qualité (Ndongo et Ongolo-zogo, 2010)

1.1.2. Niveau Africain

En Afrique, les défis du développement durable se heurtent à la problématique de l'espérance de vie à la naissance et celle de la situation sanitaire globale dans le continent. Les problèmes liés à l'accessibilité économique, géographique aux services de santé, les problèmes d'élaboration et de mise en œuvre des politiques de surveillance et la veille sanitaire, de la disponibilité des indicateurs sanitaires dans tout le continent.

Thacher (2003) avait mené une étude dans le cadre d'un projet de coopération dont l'une des composantes visait au renforcement des systèmes nationaux et internationaux de surveillance épidémiologique. Les principaux faits marquants de cette étude de manière générale et à l'échelle du continent sont : le dysfonctionnement des systèmes de surveillance ; la mauvaise qualité de la collecte des données ; mauvaise qualité de données collectées dans les systèmes de surveillance ; le retard dans la transmission des formulaires de données ; les taux de déclaration oscillent entre 10% et 60% ; le manque de rigueur dans le «rapportage» des informations et autres renseignements inscrits dans les fiches de déclaration ; la retro-information quasi-inexistante.

Au Maroc, une évaluation du système de surveillance épidémiologique réalisée en Mars 2001 par une équipe conjointe du Ministère de la santé publique et de l'OMS. Montre qu'au niveau périphérique du système de santé, l'exploitation et l'analyse des données, ne se fait pas systématiquement pour pouvoir détecter les épidémies au moment opportun.

Une étude menée au Burkina Faso en 2019 sur l'analyse de la politique de la participation communautaire, a permis d'identifier des obstacles qui empêchent l'implication effective des communautés dans la gouvernance du système de santé. Lorsqu'on sait que, l'une des principales missions de ces structures communautaires consiste à faire prendre en compte les avis et les opinions des populations locales dans la gestion du système de santé (Issa, 2019). Ces contraintes ont été rangées dans deux groupes : les facteurs institutionnels et socioculturels. Les conflits inter-villages, les inégalités sociales, conditions économiques des populations, la faible connaissance des

organisations communautaires, ont été identifiés par cette étude comme obstacles à la participation communautaire et donc à la surveillance épidémiologique à base communautaire.

1.1.3. Niveau Camerounais

Dans la plupart des pays en voie de développement, le système de surveillance épidémiologique fait face à de nombreux problèmes. Les données sont collectées en grande quantité après un investissement important en termes de ressources financières ; temporelles, communicationnelles et humaines. Malheureusement, elles restent le plus souvent de mauvaise qualité, non disponible en temps utile et peu utilisées pour des besoins de planification des actions de santé publique. Le système national d'information sanitaire de routine est peu opérationnel, fragmenté et non intégré. Il ne permet pas de renseigner en temps réel la carte sanitaire sur les besoins et le niveau de satisfaction des usagers du secteur de la santé, sur l'utilisation des services, les difficultés de la chaîne d'approvisionnement en technologies sanitaires (médicaments et autres intrants) et la performance des services de santé. Une hétérogénéité des outils de collecte et la faible traçabilité de la collecte des données de routine ont été constatées dans la majorité des formations sanitaires visitées lors de l'évaluation à mi-parcours de la stratégie sectorielle de santé 2001-2010.

Une étude menée en 2008 par le réseau de Métrologie Sanitaire du MINSANTE en analysant le système de santé camerounais à la lumière de cinq dimensions telles que les ressources, les indicateurs, le management des données, la production des données, la dissémination et l'utilisation des données, a mis en exergue les faiblesses suivantes selon leur gravité sur une échelle de 0 à 100% : management des données (28%), enregistrement des données de l'état-civil (déclaration des naissances et des décès) (18%), accès à l'information sur le recensement (38%), accès à l'information sur la carte sanitaire (39%) et accès à l'information sur les ressources humaines (59%). Le système de l'État Civil existant présente quelques faiblesses notamment l'enregistrement des naissances et des décès. L'échange des données entre les secteurs public et privé n'est pas la règle. De même, il est constant dans cette étude que l'allocation des ressources n'est pas fondée sur l'exploitation des données relatives aux besoins des formations sanitaires et services de santé.

Au regard de ces informations, c'est donc un système de santé qui rencontre plusieurs difficultés lesquelles difficultés n'épargnent pas le système de surveillance épidémiologique.

1.2. JUSTIFICATION DU CHOIX DU SUJET

Les raisons qui nous ont conduits au choix de ce sujet seront déclinées sur un double plan personnel et scientifique.

1.2.1. Raisons Personnelles

En notre double qualité de praticien de la santé et étudiant ayant effectué des stages à la fois académiques et professionnels dans les structures sanitaires et administratives, nous avons rencontré plusieurs difficultés relatives à la surveillance épidémiologique :notamment la disponibilité des données ; l'insuffisance en informations longitudinale, un manque de rapports sur les activités communautaires des structures de dialogue ; mauvais archivage des informations nécessaires pour renseigner sur l'évolution historique de certains événements de santé, leur distribution dans le temps et dans l'espace. La remarque a également été faite de manière générale sur la promptitude des données de dans la transmission des formulaires d'information.

1.2.2. Raisons Scientifiques

Le système de surveillance épidémiologique est mis en place de manière différente dans chaque pays. En effet, il revient à chacun d'eux d'adapter sa politique selon les recommandations de L'OMS. Or les activités de surveillance restent toujours financées par les partenaires au développement et gérées par des programmes de lutte différents. Ces programmes étant issus de diverses institutions ayant chacune ses objectifs (Ministère de la Santé, institutions universitaires ou de recherche, ONG).L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) à travers le RSI 2005 contribue au développement et renforcement des capacités des pays en matière de santé publique dans les ports, aéroports ainsi qu'aux postes-frontières afin de limiter la propagation des risques sanitaires portés par les flux humains et matériels.Pour l'OMS (2002), l'évaluation des systèmes de surveillance épidémiologique se justifie par le fait que les activités de surveillance dans leur ensemble sont généralement disjointes et inefficaces au sein d'un pays. Dans certains cas, la surveillance n'a que peu de rapports avec les efforts de lutte, la collecte des données couvre une multitude de phénomènes de santé, dont beaucoup ne constituent pas une priorité pour le pays. La détection et la notification des cas et des flambées/épidémies a rarement lieu en temps utile ; l'analyse, l'interprétation et l'utilisation des données disponibles pour la prise de décisions à tous les niveaux est de mauvaise qualité. Au regard de ces constats, il nous paraît impératif d'analyser les facteurs qui vont contribuer à inverser cette tendance.

1.3. PROBLÈME

Le système de santé du Cameroun fait l'objet d'un important chantier de réformes de manière générale. Afin de conduire le pays vers un statut de santé pour tous, l'État s'est engagé dans un processus de changement visant à renforcer le système de soins, l'administration et gestion des services de santé, la pratique sanitaire, et la prévention des crises sanitaires. Cet engagement s'est traduit par l'adoption d'une matrice de réformes et de textes régulant la santé au Cameroun. Les décrets N° 2013/093 du 03 Avril 2013 portant organisation du ministère de la Santé Publique, le décret N° 95/013 du 07 Février 1995 portant organisation des services de santé de base en districts de santé, et l'Arrêté N° 0033/CAB/MSP du 21 septembre 1998 fixant les modalités de création des structures de dialogue et de participation communautaire. Dans le but de permettre aux citoyens d'avoir une meilleure implication dans les affaires de santé dont ils sont les premiers bénéficiaires. Les populations devront ainsi participer aux activités visant à les amener à occuper une meilleure position dans le continuum santé-maladie ; aux activités relatives à la surveillance des crises sanitaires dont elles pourraient être victimes dans leur communauté.

En outre, la création au sein du Ministère de la Santé Publique d'une DLMEP, des CERPLE, l'organisation de la surveillance intégrée des maladies et de riposte, l'existence de la cellule de l'information sanitaire montre à suffisance l'intérêt porté sur la surveillance en santé publique par les pouvoirs publics. Ces réformes et considérations vis-à-vis de la santé, visent à mieux structurer l'environnement sanitaire, le système de santé ainsi que le système de surveillance des crises de santé publique. Le domaine de financement et de la ressource humaine, n'est pas en reste. En effet, plusieurs partenaires nationaux et internationaux chacun dans son domaine de compétence finance la santé au Cameroun. Malheureusement, l'écart reste grand entre ces textes ambitieux, et la mise en œuvre des activités de surveillance épidémiologique. Sur le terrain, le système de surveillance rencontre des difficultés d'ordre organisationnel, structurel, institutionnel et communautaire. Il y est constant de constater la chute du coefficient d'implication du personnel aux activités de la surveillance épidémiologique, les différents rapports d'évaluation mettent en exergue la problématique de participation communautaire, le non-respect des principes de promptitude, de complétude dans la transmission des formulaires de collecte des données. C'est un volet du système de santé qui ne bénéficie pas toujours de la même attention sur le plan du financement, comparé aux activités curatives, à la construction des infrastructures et l'investissement dans le domaine de la technologie médicale. Le système de surveillance épidémiologique fait donc face aux difficultés multiples et multiformes dont la faiblesse demeure un problème majeur de santé publique. Il devient

dès lors urgent d'analyser les facteurs associés à cet état de chose, le but étant d'aboutir à un système plus résilient et efficace.

1.4. PROBLÉMATIQUE

Le présent travail de recherche s'inscrit dans le champ de la Santé Publique, plus précisément celui de l'épidémiologie. La santé publique pouvant être perçue comme l'ensemble des efforts par des institutions publiques dans une société pour améliorer, promouvoir, protéger et restaurer la santé de la population grâce à une action collective (OMS, 2002). Elle s'intéresse davantage aux problèmes concernant la santé d'une population, l'état de santé d'une collectivité, les services sanitaires généraux et l'administration des services de soins (Mengue, 2006). Quant à l'épidémiologie, elle pourrait s'appréhender comme l'étude de la distribution et des déterminants des états liés à la santé ou des évènements dans des populations spécifiques, et l'application de cette étude dans le contrôle des problèmes de santé (Last, 2001). L'enjeu ne se limitant pas seulement à analyser la distribution de la maladie dans le temps et dans l'espace, à intégrer dans un modèle prédictif une liste de facteurs de risque ou à quantifier le risque relatif qu'ils représentent pour des populations ; pour un meilleur entendement, elle doit également chercher à comprendre les fondements sociaux et culturels de même que le contexte sociétal dans lequel ils se développent et se reproduisent (Masse, 1995). L'épidémiologie n'est pas attachée à un domaine particulier des sciences humaines ou médicales. Elle se caractérise par un ensemble de méthode de recherche, une démarche et un corpus de savoirs qui peuvent être appliqués à des domaines aussi variés que la santé publique, la sociologie, la psychologie, la médecine clinique ou l'évaluation des services de santé. L'autonomie qu'elle réclame et sa particularité résident sur le fait qu'elle a une démarche populationnelle et non individuelle, elle intègre une approche et une vision globaliste de la santé. L'épidémiologie vise de ce point de vue à quantifier l'état de santé des populations, permettant ainsi :

- L'identification des problèmes de santé
- La priorisation des problèmes de santé
- La planification d'actions pour résoudre ces problèmes
- L'évaluation des actions mises en place.

Son histoire en tant que discipline est très longue. Les premiers travaux tentés en Angleterre du XV^e siècle au scientisme du XIX^e. Aux confins de la médecine, de l'astronomie, de la mathématique, de la statistique, mais aussi de la philosophie, elle s'impose comme une science singulière, riche en polémiques comme en enjeux sociétaux. L'épidémiologie a comme père fondateur et précurseur Hippocrate. En effet, dans son *Traité des airs, des eaux et des lieux* (400 av. J.-C.), il cherchait déjà

des déterminants environnementaux, et non pas seulement individuels, aux maladies. Mais si l'on admet ne parler d'épidémiologie en tant que science qu'à partir du moment où des schémas observationnels (enquêtes, registres, études), expérimentaux (essais thérapeutiques comparés) et théoriques (modèles populationnels) sont employés, avec des méthodes de recueil et d'analyse des données adaptées, c'est au XVII^e siècle que l'on voit apparaître en Angleterre les premiers travaux qui seraient classés aujourd'hui comme épidémiologiques. L'épidémiologie est une spécialité de la du domaine de la santé publique, en tant que discipline scientifique dont l'objet est l'étude de la distribution des problèmes de santé dans une population et le rôle des facteurs qui la déterminent. Vue comme science et discipline de synthèse, elle emprunte cependant une part de ses méthodes à d'autres sciences telles que la Biostatistique, la sociologie, la biologie, la médecine, les sciences sociales et économiques, la recherche opérationnelles. L'épidémiologie permet de recueillir, interpréter, utiliser l'information sur les problèmes de santé. Ses objectifs sont la promotion de la santé et la réduction des problèmes de santé. Pour cela, il faut surveiller l'état de santé pour : détecter une épidémie ; identifier une nouvelle maladie ; décrire les risques auxquels est exposée une population dans un environnement donné ; Rechercher les causes des affections ; Evaluer l'importance d'un problème ; Formuler des hypothèses et les vérifier ; Evaluer les soins (techniques diagnostiques et de dépistage, traitement, programmes de santé publique) ; Evaluer les progrès grâce à la chute de la mortalité ou de la morbidité.

Les démarches épidémiologiques en santé tentent donc de comprendre les problèmes de santé de territoire avec l'ensemble des acteurs concernés, à savoir ceux qui travaillent (les professionnels), ceux qui militent (les élus, les associations) et ceux qui vivent (les habitants) sur ce territoire, entre eux, chacun participant à l'œuvre commune tout en privilégiant ses intérêts spécifiques. Elle nécessite deux démarches ou approches complémentaires : la démarche descendante(ou top-down) dans cette approche, l'évaluation se fait par l'épidémiologiste et la démarche ascendante(ou Bottom-up), c'est une approche qui privilégie l'évaluation participative avec intégration des bénéficiaires dans le processus.

La surveillance épidémiologique reste donc un volet qui revêt une importance capitale dans le processus de prévention des crises de santé publique. Elle renferme des enjeux économiques, socio-sanitaires, et heuristiques certains. Au regard de tout ce qui précède, l'on est amené à se poser des questions de savoir en quoi la surveillance épidémiologique est-elle capitale dans la politique de prévention des crises sanitaires? Quelle en est l'importance de son opérationnalisation dans nos systèmes de santé? Quel système de surveillance pour endiguer les crises sanitaires du moment et du futur? Alors, la perception holiste des problèmes de surveillance épidémiologique s'impose à tous sur

des thématiques aussi variées et de portée universelle. Ainsi, tous les districts de santé au niveau national au Cameroun y compris tous les pays du monde doivent les prendre en considération. Pour ce faire, la question fondamentale qui se pose, dans le cadre de cette réflexion, est celle-ci: *quels sont les facteurs associés à l'opérationnalisation de la surveillance épidémiologique dans les districts de santé de la Région du Sud ?* Au regard des problèmes rencontrés par la surveillance épidémiologique dans les districts de santé de la région du Sud-Cameroun, il nous a paru nécessaire d'apporter notre modeste contribution à l'analyse des facteurs associés à son opérationnalisation dans ces districts de santé.

1.5. QUESTIONS DE RECHERCHE

Pour mieux appréhender le problème à l'étude, nous nous sommes posés une question de recherche générale et des questions spécifiques.

1.5.1. Question de recherche principale

Quels sont les facteurs associés à l'opérationnalisation de la surveillance épidémiologique dans les districts de santé de la région du Sud-Cameroun?

1.5.2. Questions spécifiques

- Quels sont les facteurs sociodémographiques associés à l'opérationnalisation de la surveillance épidémiologique dans les districts de santé de la région du Sud-Cameroun ?
- Quels sont les facteurs Organisationnels associés à l'opérationnalisation de la surveillance épidémiologique dans les districts de santé de la région du Sud-Cameroun ?
- Quels sont les facteurs communautaires associés à l'opérationnalisation de la surveillance épidémiologique dans les districts de santé de la région du Sud-Cameroun ?

1.6. HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

Nous avons retenu deux types d'hypothèses de recherche : une hypothèse principale et trois hypothèses opérationnelles ou spécifiques.

1.6.1. Hypothèse Principale

Les facteurs d'ordre sociodémographiques, organisationnels et communautaires sont associés à l'opérationnalisation de la surveillance épidémiologique dans les districts de santé de la région du Sud-Cameroun.

1.6.2. Hypothèses Opérationnelles

- Les facteurs sociodémographiques tels que la profession, l'âge, le sexe, le grade, l'ancienneté influencent l'opérationnalisation de la surveillance épidémiologique dans les districts de santé du Sud-Cameroun ;
- Les facteurs organisationnels tels que la gestion des ressources humaines, financières, communicationnelles, temporelles, la politique de collecte, de transmission et d'archivage des données , la catégorie de la formation sanitaire, la charge de travail ont une incidence sur l'opérationnalisation de la surveillance épidémiologique dans les districts de santé de la région du Sud-Cameroun ;
- Les facteurs communautaires à l'instar de l'organisation et le fonctionnement des structures de dialogue, la nature des rapports entre la communauté et les professionnels de la santé... impactent sur l'opérationnalisation de la surveillance épidémiologique dans les districts de santé de la région du Sud-Cameroun.

1.7. OBJECTIFS DE RECHERCHE

Cette étude comporte deux types d'objectif : un objectif Général de recherche et trois objectifs spécifiques.

1.7.1. Objectif Général

Analyser les facteurs associés à l'opérationnalisation de la surveillance épidémiologique dans les districts de santé de la région du Sud-Cameroun

1.7.2. Objectifs Spécifiques

- Identifier les facteurs sociodémographiques associés à l'opérationnalisation de la surveillance épidémiologique dans les districts de santé de la région du Sud-Cameroun ;
- Décrire les facteurs organisationnels associés à l'opérationnalisation de la surveillance épidémiologique dans les districts de santé de la région du Sud-Cameroun ;
- Explorer les facteurs communautaires associés à l'opérationnalisation de la surveillance épidémiologique dans les districts de santé de la région du Sud.

1.8. INTÉRÊT DE L'ÉTUDE

Notre étude qui porte sur les facteurs associés à l'opérationnalisation de la surveillance épidémiologique dans les districts de santé de la région du Sud-Cameroun revêt un double intérêt : un intérêt scientifique ou théorique et un intérêt professionnel ou Pratique.

1.8.1. Intérêt scientifique/théorique

La problématique que nous abordons dans le cadre de cette étude constitue un apport scientifique qui pourra être exploité par les principaux acteurs impliqués et engagés dans le processus de lutte et de prévention contre les menaces sanitaires à travers la surveillance.

Les résultats issus de cette étude apporteront des informations pour alimenter l'univers scientifique de nouvelles connaissances. De ce point de vue, ils permettront de produire des savoirs supplémentaires et complémentaires dans le domaine de la surveillance épidémiologique dans les districts de santé de la région du Sud-Cameroun.

En outre, la production des savoirs nouveaux sur ce sujet pourra constituer une base factuelle pour d'autres chercheurs en santé publique voulant plus approfondir cette problématique. Cette étude permettra aux populations, et aux personnels de la santé d'accéder à une meilleure compréhension du système de surveillance épidémiologique, en questionnant les acquis, les actions menées ainsi que les conduites qui impactent le processus.

1.8.2. Intérêt professionnel/pratique

Les résultats issus de cette étude contribueront à identifier les différentes fenêtres de vulnérabilités et d'opportunités du système de surveillance épidémiologique et aider ainsi les décideurs politiques à élaborer des stratégies cohérentes visant à renforcer le système de surveillance et partant le système de santé tout entier. La disponibilité des données sur la surveillance épidémiologique permettra aux décideurs politiques; chercheurs ; partenaires au développement ; les praticiens professionnels d'avoir des bases factuelles pour la réorientation des activités de surveillance, d'investigations, de recherche et d'évaluation des projets/programmes.

CHAPITRE2
REVUE DE LA LITTÉRATURE, CADRE
THÉORIQUE ET CONCEPTUEL

2.1. REVUE DE LA LITTÉRATURE

Dans le chapitre de la revue documentaire, nous ferons une synthèse des informations disponibles en rapport avec la surveillance épidémiologique. Seront donc abordés dans le cadre de ce travail, les aspects Généraux sur la surveillance épidémiologique, les normes de la surveillance ainsi que les facteurs qui influencent celle-ci.

2.1.1. Généralités sur la surveillance épidémiologique

2.1.1.1. Historique

D'après le dictionnaire le petit Larousse(2016), «*Surveiller*», signifie Observer attentivement pour contrôler. C'est ainsi que, traditionnellement, les services de quarantaine et de contrôle sanitaire aux frontières exerçaient la surveillance des individus, dans le but de venir à bout de la propagation des maladies contagieuses. La surveillance des maladies est donc relativement très ancienne. Elle daterait bien avant le 19^{ème} siècle. En effet, le premier rapport qui peut être considéré comme une vraie investigation épidémiologique a été rédigé par une commission royale de médecins de santé publique en 1834, suite à l'épidémie du choléra qui s'est déclarée à Paris en 1832. La première investigation épidémiologique, menée en période épidémique et non à posteriori, date de 1857 lors d'une autre épidémie de choléra à Londres. Le mérite cette fois revient à John Snow qui mit en évidence son origine hydrique, en s'appuyant sur les caractéristiques du lieu et du temps des cas recensés. Toutefois, le nouveau concept de la surveillance épidémiologique n'est apparu qu'au début des années cinquante grâce aux efforts d'Alexander Langmuir (1963),(cité par Côme Daniau, 2014),qui l'a définie comme l'observation attentive et continue de leurs distributions et de leurs tendances à travers la collecte systématique, la compilation et l'analyse des données de morbidité, de mortalité et d'autres données pertinentes, ainsi que la dissémination régulière à temps à ceux qui ont besoin de savoir.

2.1.1.2. Objectifs de la surveillance épidémiologique

L'objectif de la surveillance épidémiologique est d'apporter une connaissance dont la finalité est d'aider le décideur et d'informer la population. Cette connaissance est particulière puisqu'elle porte sur des événements sanitaires, environnementaux ou des actions décrits et interprétés dans la durée. Ceci permet de mieux connaître l'état de l'environnement et de la santé des populations, d'augmenter la puissance des études statistiques, de confirmer ou de voir apparaître des événements mal ou non encore observés, de montrer des co-variations entre indicateurs (Eilstein, Côme, Motreff, Pirard, Catelinois, Isnard, Estaquio, et Salines, 2012). Elle vise donc la détection de changements de distribution ou de tendance des maladies, afin d'entreprendre les investigations et les mesures de

contrôle nécessaires (Maaroufi et Rguig, 2014). Pour l'IFRC (2017), la surveillance de la santé publique poursuit deux principaux objectifs : le suivi du système de santé, qui est généralement assuré depuis les établissements de santé par le biais de rapports mensuels d'activités ; et l'alerte et l'intervention rapides, qui reposent sur les systèmes de surveillance fondée sur des indicateurs et sur les événements pour détecter aussi vite que possible un événement de santé publique et y répondre. L'OMS (2012), reconnaît au système de surveillance épidémiologique un triple objectif. Il s'agit notamment de la description, de l'alerte et de l'évaluation sanitaire.

- **Description des problèmes de santé**

Décrire un problème de santé, revient à estimer sa charge de morbidité et/ou de mortalité, d'incapacité ou d'invalidité afin de déterminer son ampleur. Elle consiste également à la recherche des caractéristiques du problème, ses tendances dans le temps et dans l'espace. Décrire un événement de santé revient finalement à déterminer sa configuration spatio-temporelle, le jeu de rôle entre le milieu de vie, la cause du problème, et les personnes concernées.

- **Alerte**

C'est une situation pour laquelle un jugement a été porté suite à une expertise sur le fait qu'elle menace potentiellement la santé publique (Desenclos, 2008). Alerter revient à notifier l'événement, mettre les informations à la disposition du public sur le début d'un événement de santé, la modification de l'épidémiologie d'une maladie, l'émergence d'un nouveau phénomène qui influence l'événement, des populations à risque, des facteurs de risque.

- **Évaluation de la situation sanitaire**

Évaluer au sens de Nkoum (2017) revient à ressortir le positif latent. On parle d'évaluation lorsque l'on veut estimer l'écart entre les résultats obtenus et les objectifs préalablement fixés. L'évaluation porte un regard sur les programmes de lutte pour obtenir des informations sur leur performance. Elle questionne également l'impact des actions préventives, les mesures de contrôles mises sur pied pour la veille sanitaire.

2.1.1.3. Types et stratégies de surveillance

2.1.1.3.1. Types de surveillance épidémiologie

Selon Louis, Trebucq et Gelas (1990), la méthodologie recourt à deux approches non exclusives à savoir la surveillance passive et la surveillance active.

- **La surveillance passive**

C'est celle au cours de laquelle les participants au système attendent les notifications sur place sans essayer de les rechercher de manière active. Cette surveillance concerne les formations sanitaires

fixes. Elle est caractérisée par la collecte continue des données de routine durant les activités quotidiennes des professionnels de santé (OMS, 2000).

- **La surveillance active**

Dans ce type de surveillance, les notifications sont recherchées activement et régulièrement par les agents de santé auprès de tous les participants au système de surveillance. Ces agents de santé recherchent activement et régulièrement les rapports des participants au système de surveillance plutôt que de les attendre surplace.

À côté de ces deux types de surveillance, l'Institut français de veille sanitaire, en identifie trois autres: les surveillances spécifique, non spécifique ou syndromique, et sentinelle

- **Surveillance syndromique ou non spécifique**

C'est une approche dans laquelle les intervenants sont assistés par des procédures d'enregistrement automatiques des données. Ils permettent ainsi la mise à disposition de données pour le suivi et l'analyse épidémiologique en temps réel ou proche du temps réel. Cela afin de détecter des événements habituels ou inhabituels plutôt qu'il n'aurait été possible de le faire sur la base des méthodes traditionnelles de surveillance (CDC, 2005). La surveillance non spécifique sert ainsi à identifier précocement de nouvelles menaces pour la santé des populations, afin d'alerter sans délai les autorités de santé et mettre en place des mesures de prévention et contrôle ad hoc. Ici les événements sujets à la surveillance ne sont pas définis à priori, ils font l'objet d'une découverte au cours de la collecte des données. Et constituent des informations nouvelles qui feront l'objet d'une définition de cas ultérieurement à partir de la surveillance spécifique. Cette surveillance a comme fonction:

- Identifier des événements sanitaires non attendus et définir le type et la gravité de la menace ;
- Estimer et suivre l'impact d'un événement identifié dans le temps et dans l'espace, la périodicité de son apparition

- **Surveillance spécifique**

Ce type de surveillance fait appel aux événements de santé dont la définition des cas est connue à l'avance et le diagnostic de certitude posé

- **Surveillance sentinelle ou surveillance par échantillon**

Elle consiste à rechercher des cas dans un échantillon de sites ou de sources. C'est aussi la surveillance d'un événement spécifique dans un échantillon (aléatoire ou non) de sites de notification possibles en utilisant ces données comme des indicateurs pour l'ensemble de la population, dans le but d'identifier des cas précocement ou d'obtenir des éléments d'information sur les tendances. Elle concerne les maladies fréquentes ou celles qui ont un coefficient de gravité faible.

Eilstein *et al.* (2012) distinguent les typologies de surveillance en fonction de l'étendue. Il s'agit de la surveillance locale ou territorialisée et la surveillance nationale ou déterritorialisée.

- **Surveillance à l'échelle locale**

C'est celle qui se limite dans un territoire, un environnement donné. Elle renvoie à la surveillance environnementale et plus globalement à la santé environnementale qui comprend les aspects de la santé humaine, y compris la qualité de la vie, qui sont déterminés par les facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux, psychosociaux de notre environnement (OMS, 1993). Le terme territoire désignant au sens sociologique, une appropriation à la fois économique, idéologique et politique de l'espace par des groupes qui se donnent une représentation particulière d'eux-mêmes, de leur histoire (Di Meo, 1996). Cette surveillance est donc à considérer dans une zone délimitée au plan géographique avec un contexte historique et sociologique particulier, des acteurs et des jeux d'acteurs spécifiques à ce territoire. Ce type de surveillance répond toujours à une question voire une inquiétude générée par un signal sanitaire ou environnemental. Ce signal est généralement porté par les riverains regroupés en associations. L'objectif visé ici étant de quantifier un impact sanitaire lié à la source de pollution locale incriminée. C'est une surveillance de l'environnement. La surveillance épidémiologique locale, est à priori plus orientée vers une information directement utilisable en termes d'action de santé publique.

- **surveillance nationale ou déterritorialisée**

C'est celle qui a un large spectre d'action. Elle est mise en place à l'échelle nationale. Elle fait l'objet d'une attention politique et stratégique accrue de la part du décideur politique et stratégique. En effet, les crises potentielles ont une ampleur énorme. La surveillance nationale se construit en général dans une intention de pérennité, en tout cas, tant que l'événement perdure ou que des mesures de contrôle sont nécessaires. Elle mesure de façon continue ou répétée le risque de manière prospective et rétrospective.

2.1.1.3.2. Stratégies de surveillance

Pour Louis *et al.* (1990), la surveillance des événements de santé est basée sur plusieurs stratégies, indépendamment du type en question. Ils distinguent donc deux typologies de stratégies en fonction de la méthodologie et des objectifs visés :

- **La stratégie exhaustive :**

Elle s'intéresse à la déclaration systématique de toute la morbidité et de toute la mortalité enregistrée par la totalité des formations sanitaires pendant une période de temps donnée.

- **La stratégie sélective:**

Elle prévoit le recueil dans le temps de toute ou une partie des formations sanitaires. Les données collectées sont limitées à certaines affections estimées les plus graves et faciles à identifier

ou encore indicatrices des résultats d'un programme. C'est le cas des maladies à déclaration obligatoire.

2.1.1.4. Étapes de la surveillance

La procédure de surveillance épidémiologique est fonction des objectifs fixés, de la finalité, et des différents auteurs. L'IFRC(2017), distingue cinq principales étapes à ce processus. Elle se déroule de manière cyclique dans un processus itératif. Successivement, nous avons le compte rendu (ou collecte de données), vérification des données (tri et vérification), gestion et analyse des données (détection de tendances), la diffusion (partage de données), la riposte et retours d'informations.

De manière beaucoup plus détaillée, Louis et al. (1990) retiennent six phases au processus indépendamment du type de surveillance concerné :

- **L'enregistrement des données**

C'est un point essentiel, qui permet d'avoir une base de données pour les différentes analyses. Les critères d'identification des cas doivent être parfaitement définis pour lever toute ambiguïté préjudiciable aux études comparatives ultérieures et au suivi longitudinal qui est l'essence de toute surveillance épidémiologique.

- **La déclaration de l'information enregistrée**

Elle consiste à rendre l'information disponible.

- **La collecte de l'information déclarée,**

Il s'agit du transfert de l'information déclarée par les différents acteurs périphériques vers un échelon supérieur aboutissant à une compilation qui permet de préparer une Synthèse de la situation. Ces mécanismes de transfert doivent être le plus rapide possible de telle sorte que la rétro-information garde tout son intérêt.

- **L'analyse de l'information traitée**

L'analyse vise à dégager certaines tendances significatives en fonction des facteurs classiques ou variables qui peuvent être la variable temps c'est-à-dire déterminer les tendances saisonnières, la contribution et l'influence du milieu, variables populationnelles, tendances liées au sexe, à l'âge, aux actions sanitaires entreprises ou à identifier les déterminants de ces tendances

- **La rétro-information,**

La retro-information est un processus régulier par lequel les analyses et les rapports concernant les données de surveillance sont envoyés à tous les niveaux du système de surveillance de façon à ce que tous les participants puissent être informés des tendances et des résultats OMS (2000).

Après l'analyse, une synthèse est nécessaire pour enfin élaborer un bref rapport sur les faits observés, les principaux enseignements à tirer, formulation des recommandations spécifiques au problème

étudié. Cette retro-information donne lieu à une diffusion périodique, régulière et obligatoire à toutes les personnes impliquées dans le programme de surveillance.

- **La supervision**

Elle est basée sur l'utilisation de la rétro-information, pour ce fait, elle vise à vérifier l'application effective des recommandations.

2.1.1.5. Normes de la surveillance épidémiologique

L'OMS(2000) a défini un cadre de référence appelé normes en matière de surveillance épidémiologique à différents niveaux de la pyramide sanitaire :

- **Au niveau opérationnel**

C'est à ce niveau que la personne malade entre en contact avec les services de santé pour la première fois. En général cette personne est vue par un personnel de la santé. Ce niveau offre donc en général la première occasion d'appliquer une surveillance épidémiologique. Il faut néanmoins se rappeler que la surveillance n'est qu'une des nombreuses tâches que doit accomplir le personnel de santé, personnel dont il est assez rare qu'il ait été bien formé à l'épidémiologie. En principe, on fera parvenir au niveau intermédiaire des notifications de cas suspects plutôt que de cas confirmés. Il est souhaitable que le personnel puisse lui-même présenter sous forme de tableaux et de graphiques les données qu'il a obtenues, afin de pouvoir suivre les tendances au niveau local. Enfin, la notification immédiate d'une maladie à potentiel épidémique doit être suivie d'une réponse tout aussi immédiate. Les tâches à accomplir au niveau périphérique sont les suivantes : le diagnostic et prise en charge des cas ; la notification des cas ; la synthèse de l'information sous forme de tabulations et graphiques simples des données.

- **Au niveau intermédiaire**

Le niveau intermédiaire collecte les données obtenues au niveau périphérique. L'analyse en continu de ces informations, afin de reconnaître les flambées épidémiques et les modifications des tendances, constitue la principale fonction à ce niveau dans le cadre de la surveillance des maladies transmissibles et de la lutte contre celles-ci. Ces analyses doivent entraîner des réponses : enquêtes ou interventions. Les mêmes sources d'informations peuvent servir à contrôler l'efficacité des interventions. Les tâches reconnues au niveau intermédiaire sont : la prise en charge des cas lorsque celle-ci n'est pas possible au niveau périphérique ; l'analyse des données provenant du niveau périphérique pour établir les liens épidémiologiques, les tendances, le degré de réalisation des objectifs de lutte, apport de données complémentaires par les laboratoires (ou diagnostic de laboratoire si possible) ; les enquêtes en cas de suspicion de flambée épidémique ; retour de

l'information au niveau périphérique ; notification des données et des flambées suspectées/confirmées au niveau central.

- **Au niveau central**

Le niveau central est en général le niveau où sont établies les politiques en matière de maladies infectieuses et où, le plus souvent, les ressources sont attribuées. Le niveau central joue un rôle essentiel en soutenant les niveaux intermédiaires et en fournissant des services qui ne sont disponibles nulle part ailleurs. Il doit aussi réagir de manière coordonnée aux flambées épidémiques d'ampleur nationale. Doit analyser les tendances générales des maladies et cibler les ressources pour la lutte sur les zones à haut risque. Il doit assurer la liaison avec les autres pays et les organismes internationaux lors de la riposte à des flambées de portée internationale, dans la prise en charge des maladies soumises au Règlement sanitaire international, ou encore dans le cadre d'objectifs convenus pour la lutte ou l'élimination. Les tâches à accomplir au niveau central sont : appui général aux activités nationales de surveillance et coordination de ces activités ; la production des données de laboratoire si ces données ne sont pas disponibles au niveau intermédiaire (recours à des laboratoires régionaux ou internationaux de référence le cas échéant) ; l'analyse des données provenant du niveau intermédiaire pour établir : les liens épidémiologiques, les tendances, le degré de réalisation des objectifs de lutte ; appui au niveau intermédiaire dans la lutte contre les flambées épidémiques à travers la prise en charge des cas, le laboratoire, épidémiologie, formation, logistique ; le retour d'information au niveau intermédiaire et, si possible, au niveau périphérique ; les rapports destinés à l'OMS, le cas échéant (Règlement sanitaire international, besoins spécifiques des programmes de lutte).

2.1.2. La surveillance épidémiologique au Cameroun

La surveillance épidémiologique est l'une des activités importantes d'un bon système de santé. En effet, pour mieux répondre aux exigences de l'OMS à travers le Règlement Sanitaire international sur la surveillance de l'état de santé de ses citoyens et la prévention des crises sanitaires, le pays s'est organisé de manière à atteindre ces objectifs de santé publique. C'est le cas des Systèmes tels que la SIMR, CERPLE....

2.1.2.1. La Surveillance Intégrée des Maladies et de Riposte

L'OMS (2011) a initié avec la participation et l'implication active des programmes chargés de la surveillance des maladies du Ministère de la Santé Publique, du Ministère de l'Élevage, des Pêches et des Industries Animales et les autres partenaires au développement le programme de Surveillance Intégrée de la Maladie et de Riposte au Cameroun. La SIMR trouve son fondement dans le concept de « *un monde, une santé* ». Cette stratégie s'intéresse aux événements sanitaires se situant à

l'intersection entre la santé humaine, la santé animale et l'écosystème (OMS-MSPC, 2011). La SIMR poursuit plusieurs objectifs

- **Objectifs de la SIMR**

La SIMR qui a apporté une avancée considérable dans le domaine de la surveillance en ce sens qu'elle reconnaît la contribution des secteurs apparentés à la santé dans le processus de surveillance des crises sanitaires, vise plusieurs objectifs : L'harmonisation des différentes méthodes, différents logiciels, les formulaires de recueil des données, les normes et définitions des cas, de façon à avoir des informations cohérentes et à optimiser les efforts des différents programmes de prévention et de lutte contre les maladies et autres événements de santé ; et la coordination des activités des différents programmes de la santé, et les différents secteurs apparentés. Elle consiste à travailler ou agir ensemble de façon effective, pour utiliser de façon rationnelle et efficace les ressources disponibles limitées.

2.1.2.2. Les CERPLE

Créés par décision N°0817/MINSANTE/CAB/SG/DLM/DAJC du 11 juin 2012, les CERPLE sont des Structures placées sous la coordination des Gouverneurs de régions et sous la responsabilité technique des DRSP.

- **Missions des CERPLE**

Les CERPLE sont investis de six missions telles que la coordination des interventions de terrain ; la surveillance des épidémies et autres urgences de santé publique; la recherche opérationnelle et l'appui aux laboratoires; le contrôle, le suivi et la distribution des consommables, médicaments et autres produits nécessaires à la lutte contre les épidémies; le relai des informations, des résolutions et des recommandations entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire ; l'organisation au niveau local de la prise en charge des cas.

- **Fonctions des CERPLE**

Ils sont chargés d'assurer un leadership technique et la coordination pour la gestion de la réponse aux épidémies et pandémies ; d'assurer un appui technique en matière de surveillance, de collecte et analyse des échantillons de laboratoire, de recherche opérationnelle, de prise en charge des cas, d'eau-hygiène-assainissement, de plaidoyer et mobilisation sociale et de logistique ; de mettre en place une gestion correcte des données en vue de produire des informations sanitaires cohérentes permettant d'améliorer la mise en œuvre des interventions du MINSANTE, des autres secteurs concernés et des partenaires ; de mettre en place les normes techniques et standards médicaux et de santé publique nécessaires pour la prise en charge correcte des épidémies et pandémies ; de produire

et/ou réviser régulièrement le plan régional de contingence pour une meilleure réponse ;de mobiliser des ressources nationales, locales et autres (humaines, financières, matérielles) en faveur des actions régionales de lutte contre les épidémies, les pandémies et autres urgences de santé publique.

2.1.3. Système de surveillance épidémiologique

Un système est une unité globale organisée d'interrelation entre les éléments, actions ou individus (Morin, 1990). Il est un ensemble d'éléments, il ne s'y réduit pas, chaque élément étant constitutif. Lorsqu'un élément est enlevé, il n'existe plus de totalité. Les éléments sont mis en contribution pour une finalité. Le système constitue donc un tout cohérent et indivisible c'est-à-dire qu'une modification de l'un de ses éléments produit la modification des autres et du système tout entier. Ceci indique que le système est plus que la somme de ses éléments, que les interactions entre les éléments comptent autant que les éléments eux-mêmes.

Le système de surveillance épidémiologique est donc un ensemble composé de ressources humaines, financières, matérielles tournées vers un objectif commun. Il fait habituellement partie intégrante d'un système de soins de santé, afin d'assurer l'observation continue d'événements de santé prioritaires dont on sait qu'ils surviennent dans la population (OMS, 2001)

2.1.3.1. Organisation structurelle

Montensinos (1978), pense que toute activité humaine doit être organisée pour son plus grand bien, qu'elle soit professionnelle, ménagère, intellectuelle, de loisir ou de repos. Une organisation est un ensemble relativement stable d'acteurs tournés vers des objectifs généraux communs et qui, en vue de leur réalisation, recourent à une division du travail et à des modalités de coordination et de contrôle (Mintzberg, 1990). Le concept organisation peut prendre deux sens dans le cadre de ce travail, à savoir organisation comme système hospitalier ou service administratif d'une part et organisation en tant que manière de gérer les ressources dont on dispose. Le district de santé est une organisation au sens de Mintzberg, une organisation rationnellement complexe dans la perspective administrative et managériale. Il comporte cinq composantes :

- **Le sommet stratégique**

Il est composé de l'équipe cadre du district. C'est en son sein que s'élaborent le plan stratégique et les outils de pilotage des unités fonctionnelles qui sont les aires de santé, et où est mise en œuvre la politique de surveillance épidémiologique. Il veille à ce que chaque unité fonctionnelle remplisse au mieux sa mission ;

- **Le centre opérationnel**

Il est constitué de professionnels ayant pour but de mettre en application la mission dévolue au district de santé. C'est grâce à leur travail de production des biens et services que ce district doit sa raison d'être ;

- **La ligne hiérarchique**

Elle est composée des employés qui assurent la liaison entre le sommet stratégique et le centre opérationnel. Elle vise à rendre autonome les acteurs ;

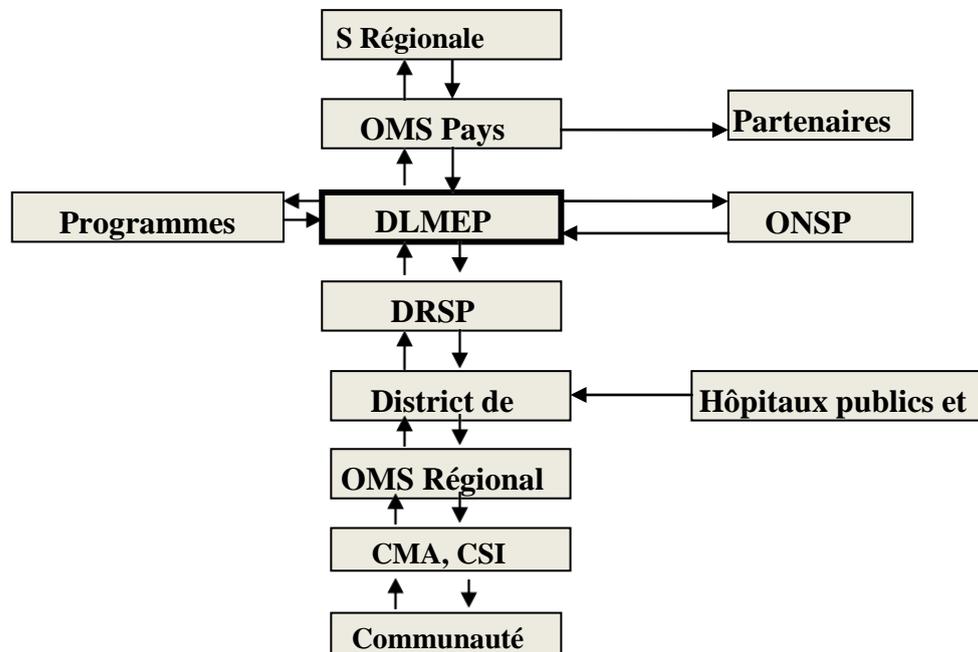
- **La techno structure**

Elle est constituée des analystes qui ont pour tâche de concevoir des systèmes grâce à la cellule informatique chargée de la mise en place du système informatique afin d'améliorer la gestion des données collectées ;

- **La fonction support logistique,**

Elle est constituée des unités de comptabilité et de maintenance. Elle est composée d'un personnel d'appui qui offre un soutien indirect relations publiques et le partenariat.

La figure ci-après illustre l'organisation du système de surveillance épidémiologique, notamment l'itinéraire des données de la surveillance de leurs bassins de production au niveau communautaire jusqu'à leur devenir au niveau central et les différents aspects liés au feedback.



Source : *Guide Technique pour la SIMR Dans la Région Africaine, 2010*

Figure 1 : Circuit de l'information dans le cadre de la SIMR

2.1.3.2. Organisation fonctionnelle

L'organisation fonctionnelle d'un district de santé est caractérisée par les traits suivants au sens d'Henri Mintzberg :

- *la distribution des rôles*

L'organigramme d'un DS est une structure formelle qui joue un grand rôle dans la définition des liens fonctionnels entre les collaborateurs. Il permet avec plus ou moins de précision à l'organisation de définir les fonctions de chacun, leurs relations, le rôle de l'autorité. Ceci dans le but d'éviter que les personnes se marchent sur les pieds et éloigner ainsi des quiproquos.

- *la division des tâches*

Les ressources humaines doivent avoir des qualités personnelles telles que : la vitalité et la résistance au stress ; le respect de l'éthique et des valeurs ; le pouvoir de conserver son sang-froid et sa concentration dans des situations difficiles et éprouvantes d'un point de vue émotifs ; la souplesse de comportement ; la confiance en soi (accepter les échecs et critiques constructives).

- *Le système d'autorité*

Le système d'autorité a pour but de veiller à l'adéquation du comportement de l'individu aux buts que les organisateurs ont fixé à l'organisation (Bernoux : la sociologie des organisations).

- *Le système de communication*

Le système de communication est basé sur la circulation des informations dans les différentes unités du système de surveillance du district de santé. Le recueil de l'information se fait soit par écrit, lors des réunions de routine ou de coordination, soit par simple échange verbal ou téléphonique avec les différents interlocuteurs. L'administration étant essentiellement écrite, ces informations sont consignées dans des registres, des notes de services, des formulaires de transmission ou dans les disques durs des ordinateurs. Suivant que l'émetteur se trouve à un niveau hiérarchique, l'on peut avoir des informations ascendantes, descendantes, horizontales et transversales. Ainsi, l'information dans un système de surveillance épidémiologique du DS circule dans tous ces sens. À côté de cette communication institutionnelle et donc formelle, existe un circuit informel entretenu par ce que H. Mintzberg qualifie de « *coalition externe* » c'est-à-dire un ensemble d'individus extérieurs à l'organisation et qui ont une influence certaine sur le fonctionnement de celle-ci. Du point de vue d'un DS, la coalition externe est représentée par de nombreux partenaires financiers et techniques qui soutiennent les différents programmes prioritaires du ministère de la santé, mais aussi les mécènes, les donateurs indépendants, les sponsors....

- **Le système contribution-rétribution**

Il concerne la contrepartie de chaque partie à un travail effectué. C'est-à-dire que les travailleurs reçoivent leurs salaires, quotes-parts, et autres gratifications en contrepartie des tâches accomplies.

2.1.4. La surveillance à base communautaire

Une communauté dans le domaine de la santé publique est un groupe d'individus qui vivent ensemble dans des conditions spécifiques d'organisation et de cohésion sociales. Ces membres sont liés à des degrés variables par des caractéristiques politiques, économiques, sociales et culturelles communes ainsi que par des intérêts et des aspirations communes, y compris en matière de santé (OMS. Alma-Ata, 1978). Cette Communauté est représentée dans le domaine de la santé par les structures de dialogue, les agents relais communautaires (ARC) et d'autres intervenants au niveau des villages : accoucheuses traditionnelles, leaders d'opinions ; instituteurs ; vétérinaires, pharmaciens et guérisseurs traditionnels (OMS-CDC, 2011). La surveillance à base communautaire est une initiative de santé publique simple, adaptable et peu coûteuse gérée par les communautés pour protéger les communautés. Ces dernières sont mobilisées pour donner des informations sur les risques sanitaires potentiels, comme un événement inhabituel qui pourrait indiquer un nouveau risque sanitaire, ou une flambée de maladie dont l'évolution fait l'objet d'un suivi étroit (FICR, 2017)

- **Les structures de Dialogue**

Les structures de dialogue sont des composantes du système de santé camerounais... mises sur pied pour renforcer et consolider la collaboration et le partenariat entre l'ensemble des populations bénéficiaires des prestations des services de santé et les structures de santé... pour un partenariat gagnant-gagnant entre ces populations bénéficiaires et les structures de santé (GIZ, 2013). Elles constituent donc une interface entre la communauté et le système de santé. L'objectif étant de permettre à la population d'avoir une meilleure implication et une influence sur leur état de santé. Le système de santé camerounais reconnaît la contribution des structures de dialogue qui interviennent à tous les niveaux de la pyramide. Les membres de ces structures représentent ainsi la communauté à tous les niveaux de prise de décision dans le système de santé. Elles sont donc chargées entre autre d'assurer et augmenter la participation efficace de la communauté à la santé, la communication entre le personnel de santé et la communauté, augmenter la collaboration entre l'État et la communauté (GIZ, 2013). La participation communautaire au Cameroun a été rendu possible par le Décret Présidentiel N° 95/013 du 07 Février 1995 portant organisation des services de santé de base en District de santé, et mise en place par l'Arrêté N° 0033/CAB/MSP du 21 septembre 1998 fixant les modalités de création des structures de dialogue et de participation communautaire. Les structures

de dialogue apparaissent dans ce système de santé comme un lieu « *expression de la participation communautaire* » (AFD, 2009).

- **Rôle de la communauté**

Pour Guy Bessette (2004), la qualité de la communication entre intervenants et bénéficiaires des services dépend de la participation des communautés aux actions de développement. Les membres de la communauté à travers les ASC bénéficient des formations pouvant les aider à accomplir des activités préventives, curatives, et promotionnelles. C'est ainsi qu'ils participent aux activités de surveillance épidémiologique à travers la surveillance basée sur les événements et la détection des signaux communautaires. Il est mis à la disposition des membres de la communauté la définition communautaire des cas des maladies sous surveillance et autres événements de santé. La communauté joue une quadruple fonction dans la surveillance intégrée des maladies et riposte : Identification des cas et des événements, Notification ; Analyse et interprétation ; investigation et Confirmation.

2.1.5. Facteurs qui influencent la surveillance épidémiologique

Un facteur est un agent ou élément qui concourt à un résultat (Pollina, 2016). C'est un élément jouant un rôle dans le déclenchement ou l'évolution d'un phénomène. Le terme facteur est utilisé dans plusieurs sphères de compétence. Sa définition dépend donc du domaine de savoir en question. Nous avons plusieurs typologies de facteurs dans la littérature : facteurs aggravant, facteurs protecteurs, facteurs favorisant, facteurs défavorisant. Plusieurs facteurs influencent le processus de surveillance épidémiologique de manière générale.

2.1.5.1. La qualité de données

L'International Standard Organisation définit le concept de « Qualité » comme étant l'ensemble des caractéristiques d'un produit ou d'un service qui satisfait autant les besoins explicites et implicites d'un utilisateur. On considère généralement des données comme de qualité lorsqu'il est approprié de les utiliser pour l'objet en question. C'est aussi lorsque ces données sont utiles pour exploitation pour répondre aux besoins pour lesquels elles ont été collectées.

Les données de qualité se mesurent par leur capacité à se conformer aux exigences en répondant à une série de contraintes techniques. Les caractéristiques suivantes sont reconnues aux données de qualité (MSP-C, 2017) sont la validité ou exactitude ; la fiabilité ; la précision ; la complétude, la confidentialité, la disponibilité, la fraîcheur, la cohérence fonctionnelle, et la traçabilité.

2.1.5.2. Le management des compétences

La compétence c'est la capacité qu'a une personne d'accomplir une tâche donnée. C'est un ensemble de connaissances déclaratives, de connaissances procédurales et d'attitudes qui sont activées lors de l'accomplissement d'une tâche (Brian, 1997). Cet auteur distingue quatre types de compétences : les *compétences intellectuelles* ; les *compétences en gestion* ; les *compétences en relations humaines* c'est l'aptitude à entretenir les bons rapports avec tous les acteurs ; le goût de transmettre à ses collègues de façon pertinente la vision des problèmes actuels et du futur ; les *compétences conceptuelles* : capacité de développer une pensée systémique inclue une pensée analytique et critique ; capacité d'évaluation stratégique et tactique ; capacité d'anticiper l'avenir ; capacité de communication ; capacité à gérer le changement ; facilité dans les négociations et la collaboration dans un environnement politique et hautement compétitif. Les compétences sont caractérisées par : les connaissances; les habiletés; le concept de soi; les traits physiques et de la personnalité; la motivation. Mais aussi la compétence juridique.

2.1.5.3. Ressources

2.1.5.3.1. Ressources Humaines

Gérer c'est effectuer des choix. Le gestionnaire, le manager, doit faire en sorte que leurs décisions soient appliquées et évaluées, modifiées le cas échéant (Abous, 2006). La gestion des personnels de santé est un ensemble d'activités qui mobilisent et motivent les individus, qui leur permettent de se développer et de réaliser tout leur potentiel dans et par le travail en vue de la réalisation d'objectifs sanitaires (Brouwere, 2001). Cette définition reconnaît que les agents de santé ne sont pas de simples facteurs de production mais des êtres vivants qui sentent, pensent, et qui veulent tirer une certaine satisfaction, une gratification de leur travail. La formule « ressources humaines » a été employée pour la première fois par un économiste nommé Springer en 1817, pour désigner en termes comptables le coût de l'utilisation des hommes (Bradbet, 1993). La gestion des ressources humaines consiste donc en des mesures (politiques, procédures) et des activités principalement regroupées sous trois axes : acquisition, développement et rétention. L'ensemble de ces actions visant à fournir à l'organisation, une main-d'œuvre productive, stable, motivée et satisfaite (St.Onge, 2002). Les activités d'acquisition faisant référence à la description des postes et des profils recherchés, la planification des effectifs, le recrutement et la sélection, l'accueil et l'intégration du personnel. Les activités de développement quant à elles renvoient à la collecte des besoins de formation continue, la gestion de la carrière en lien avec le système promotionnel, l'élaboration des programmes et la réalisation des activités de formation, l'évaluation du rendement. Pour ce qui est des activités de rétention, elles concernent les conditions de travail, système de

rémunération, avantages sociaux, climat de travail. la gestion des ressources humaines vise donc à amener des individus potentiellement qualifiés à demander un emploi, faire en sorte que les bons employés ne quittent pas l'organisation, fournir une motivation aux employés et, finalement, aider ces derniers à se développer et à s'épanouir pleinement à l'intérieur de l'organisation (Boutin, Harvey et Woodrough, 2008). En effet, les systèmes et les services de santé reposent sur les effectifs, les compétences et l'engagement du personnel de santé (Poz R.M., Gupta Neeru, Quain E., Soucat L.B., 2009).

- **Les exigences de la norme ISO 9001 :200**

La GRH dans l'ISO 9001 :2000 incite à remettre en cause les types de management qui seraient inadaptés, les ressources humaines impliquées en même temps que les autres processus. Elle porte essentiellement sur le maintien des compétences du personnel. L'organisation doit identifier toutes les compétences nécessaires aux différents postes de travail pour que les activités soient faites avec une efficacité maximale. La norme met également en avant certains principes tels que le leadership ; la participation et l'engagement des personnes ; l'amélioration continue ; la prise de décision basée sur des faits ; l'implication du personnel ; la formation.

2.1.5.3.2. Ressources matérielles et financières

Les ressources financières et matérielles constituent un intrant non négligeable dans toute action de santé aux côtés des ressources humaines. Le financement en santé constitue un pilier important du système de santé. En faisant le bilan de la SSS (2001-2015) et se projetant dans la SSS (2016-2027), le MSP-C, reconnaît les difficultés générées par l'existence de multiples régimes de financement de la santé. En effet, il témoigne de l'absence d'une approche intégrée et d'une coordination insuffisante dans la gestion des financements. De plus, le faible niveau d'information sur les financements déployés dans le secteur n'a pas contribué à prévenir le double emploi des ressources. Ceci n'a pas permis d'agir de façon cohérente pour gérer les besoins les plus cruciaux des populations cibles (équité horizontale). En outre, l'extrême verticalisation des interventions ne permet pas d'éviter les doublons, de réaliser les économies d'échelle et par conséquent d'être efficient.

2.1.5.4. Épuisement professionnel ou Burn-Out (B.O)

Encore appelé épuisement professionnel, le Burn-Out est un processus séquencé dans lequel la première étape est marquée par l'épuisement émotionnel, suivie par le sentiment de dépersonnalisation, et aboutissant à une forte diminution de la réalisation de soi, accompagnée d'une dépréciation de soi (Ganster & Schaubroeck, 1991). Bien qu'il agisse d'abord sur le bien-être et la santé des travailleurs, plusieurs études ont montré que l'épuisement émotionnel a aussi différentes

conséquences pour l'organisation car il réduit la satisfaction au travail et l'implication dans l'organisation, augmente l'intention de changer d'emploi, augmente l'absentéisme, et réduit la performance au travail (Stordeur et *al*, 1999). Le Burn-Out semble être le produit d'une interaction entre des facteurs de stress et des facteurs modérateurs. Les facteurs de stress et les facteurs modérateurs associés à la qualité des rapports entre membres dans une organisation rendent compte de la mauvaise qualité de vie des travailleurs. Ce qui impacte négativement sur le rendement dans une organisation, ainsi que sur le coefficient d'implication.

2.2. CADRE THEORIQUE

Ce cadre théorique sert à mobiliser les différentes théories pour mieux comprendre et expliquer le phénomène à l'étude. Lorsque nous savons que la théorie explique la réalité soumise à l'étude (Depelteau, 2000). D'après les hypothèses formulées dans le cadre de cette étude, nous avons convoqué la «Théorie Générale des Systèmes», les théories de la motivation et le modèle Trans-théorique de changement de comportement.

2.2.1. La Théorie Générale des systèmes (TGS)

La base de la pensée scientifique s'est toujours appuyée sur la raison, la mesure, l'analyse et se fixait comme règles la décomposition en éléments emboîtés jusqu'à l'élément le plus simple et la recherche de la cause de chaque événement. Progressivement, les scientifiques, confrontés à la complexité et à la globalité ont ressenti le besoin d'adopter de nouvelles méthodes, voire de trouver un nouveau paradigme. La nécessité d'une compréhension systémique, qui utilise les concepts d'éléments, de parties et de tout, et qui s'intéresse à l'étude des liens entre les parties et le tout, se fait plus pressante. C'est l'émergence de ce qu'on appelle «l'organisation ». Contrairement à la vision analytique, la vision synthétique essaie de penser la totalité dans sa structure et sa dynamique. Au lieu de dissocier, elle recompose l'ensemble des relations significatives qui relient des éléments en interaction, attitude qui correspond la notion de système. C'est donc la naissance de L'approche systémique de filiation globaliste dont le physiologiste Ludwig Von Bertalanffy(LVB) en est le fondateur scientifique. Cette approche qui met en exergue la notion de structure, de réunion entre les parties, constitue une ébauche du concept de système.

- **But de la TGS**

LVB (1973), le but de la "TGS" est de formuler des principes valables pour tout système indépendamment de la nature des éléments qui le composent et des relations qui le relient. Il s'appuie sur les propriétés de la thermodynamique et introduit plusieurs notions entre autres la notion de système ouvert (**SO**), par opposition aux systèmes fermés (**SF**), c'est à dire un système en relation avec un environnement. De ces travaux, LVB nous amène à découvrir que les systèmes disposent de propriétés invariantes entre autres; la totalité, la rétroaction, L'émergence. Ces propriétés constituent en fait les bases fondamentales de l'approche systémique.

- **Description d'un système**

En considérant un système comme un ensemble inter-relié d'éléments avec des influences mutuelles et baignant dans un environnement qui joue sur lui, nous présentons ici la description des éléments d'un système sur le double plan structurel et fonctionnel tirés des travaux de LVB.

- **Sur le plan structurel**

Du point de vue structurel, un système est composé d'*éléments constitutifs du système*, des *limites*(ou frontière) qui séparent la totalité des éléments de son environnement; les *réseaux de relations* ; et les *réservoirs*.

- **Sur le plan fonctionnel**

Les éléments suivants caractérisent un système sur le plan fonctionnel:

- *des flux de nature diverse*: de matériaux, d'énergie ou d'informations, qui empruntent les réseaux de relations et transitent par les stocks. Ils fonctionnent par entrées/sorties (ou *inputs/outputs*) avec l'environnement ;
- *des centres de décision* qui organisent les réseaux de relations, c'est-à-dire coordonnent les flux et gèrent les stocks, reçoivent des informations qu'ils transforment en actions;
- *des boucles de rétroaction ou feed-back*, qui servent à informer, à l'entrée et sortie des flux, de façon à permettre aux centres de décision de connaître plus rapidement l'état général du système.
- *Des délais de réponses*, ils permettent de procéder à des ajustements correspondant au temps que mettent les informations « montantes » pour être traitées et au temps supplémentaire que mettent les informations « descendantes » pour se transformer en actions.

- **Caractéristiques et propriétés d'un système**

Tout système est lié aux notions contradictoires suivantes: l'Ordre et le désordre; le Déterminisme et hasard; l'Incertitude et certitude ;la Stabilité et mouvement ; la Complexité et émergence.

La TGS nous a permis dans le cadre de ce travail d'avoir une vision globaliste et globale et donc de mieux comprendre et expliquer les aspects fonctionnels et structurels du système de surveillance épidémiologique. En intégrant dans l'analyse les aspects contradictoires comme l'ordre et le désordre, la certitude et l'incertitude ; le déterminisme et le hasard, elle aide ainsi à l'identification des fenêtres de vulnérabilités et d'opportunités que nous offre l'environnement dans lequel baigne le système en question, en questionnant le centre de décision, les délais de réponses entre ce centre et la périphérie, le flux et la qualité des informations issues des bassins de production de données.

2.2.2. Théorie de la motivation

D'après le dictionnaire universel(2008), la motivation est un ensemble de facteurs conscients ou inconscients qui déterminent un acte, une conduite. C'est davantage un besoin ou un désir qui sert à l'orienter vers un but (Myers, 1992).La motivation peut donc être considérée comme un processus d'incitation pour le psychisme à agir afin d'atteindre un but précis. Plusieurs chercheurs ont apporté beaucoup de connaissance sur la théorie de la motivation chacun se laissant influencer par son domaine de savoir ainsi que l'objectif poursuivi.

- **La théorie de l'équité d'Adams**

Dès le début des années 1960, John Stacey Adams développe la théorie de l'équité, qui a connu depuis de nombreux prolongements. Selon Adams, tout individu au travail observe son environnement afin d'évaluer si le traitement qui lui est réservé est équitable ou non. Il effectue le rapport entre les avantages (A) ou rétribution qu'il retire de son emploi et les contributions (C) ou apport qu'il effectue pour l'organisation.

- **Les théories de la justice organisationnelle**

La théorie d'Adams a connu de nombreux prolongements qui s'inscrivent désormais dans ce que l'on appelle communément la justice organisationnelle. Ce concept regroupe trois formes de justice : la justice distributive ou justice des résultats, la justice procédurale ou justice des méthodes et des procédures déployés par l'entreprise pour allouer les ressources et les récompenses. (Greenberg, 1987) et enfin la justice interactionnelle c'est-à-dire la justice informationnelle et la justice interpersonnelle mises en œuvre par les managers. (Bies et Moag, 1986).

Les théories de la motivation telles que développées dans le cadre de ce travail, permettent de comprendre que le personnel en charge de la surveillance épidémiologique a un potentiel. Il est capable d'adopter un comportement qui soit favorable à l'investissement et au don de soi dans l'atteinte des objectifs visant à réduire la survenue des crises sanitaires.

2.2.3. Modèles Transthéorique et en spirale

Pendant plus de deux décennies, Prochaska et Di Clémente (1982) ont étudié le processus de changement de comportement, en examinant les différentes variables qui y sont associées. Le modèle est né après une méta-analyse sur dix-huit (18) théories préexistantes et une analyse comparative des travaux des auteurs tels que Sigmund Freud, Skinner, Karl Rogers. Ce modèle postule que le changement de comportement s'effectue au cours d'une démarche constituée de différents stades ordonnés de façon chronologique. À l'intérieur de ces étapes, ils ont identifié neuf procédés de changement de comportement et les différents mécanismes que les gens utilisent pour modifier un comportement. Ce processus linéaire et non itératif suggère cinq étapes à cette démarche à savoir :

- **La pré-contemplation**

Elle se caractérise par la négation du problème par l'individu. Ce dernier évite toute information autour du sujet en question en justifiant et rationalisant son comportement. Toute son action vise à se conforter sur son désespoir de changer. Pour l'extirper de ce cercle vicieux, les auteurs conseillent les stratégies suivantes : l'éveil social en montrant les conséquences de cette conduite ; la libération sociale en brisant les tabous autour du sujet ; la création des relations aidantes, qui visent à lui faire changer d'avis

- **La contemplation**

Le sujet a évolué en reconnaissant l'existence du problème. Il recherche les informations y relatives en montrant les prémices d'un changement, mais n'est pas encore prêt. Il lui faut une auto-évaluation en plus des stratégies de la phase précédente.

- **La préparation**

L'individu initie le processus de changement mais reste dubitatif sur ses aptitudes à évoluer, à franchir un cap. Il lui faut également une auto-évaluation, les relations aidantes et l'engagement formel.

- **L'action**

Le sujet modifie activement son comportement. Même si l'ombre d'une rechute probable plane toujours. Il lui faudra donc un control environnemental, les récompenses, c'est-à-dire ce qu'il gagne dans le processus en cours ceci dans le but de prévenir les rechutes

- **La consolidation**

Le comportement est acquis, il ne reste plus qu'à prévenir les rechutes.

N.B : Le modèle en spirale est né également des travaux de Prochaska Di Clémente et Nacross (1992). Il est la forme aboutie du modèle Transthéorique qui postulait un processus cyclique au changement de comportement. Le modèle en spirale reconnaît les étapes précédentes, et postule que le changement de comportement envisage des possibilités évidentes de rechutes en fonction des individus. Cette possibilité de rechute intervient à l'étape de l'action et se joue entre celle-ci et celle de la préparation sans possibilité de retourner à la phase initiale du processus. C'est donc un modèle cyclique, itératif.

Transposée dans cette étude, les modèles Transthéorique et en spirale permettent de mettre en œuvre une thérapie comportementale. Les interventions thérapeutiques visent le passage d'un comportement A non productif pour le système à un comportement B utile avec cependant le contrôle des rechutes. Les facteurs à intégrer ici sont de trois ordres : envisager un changement, le planifier, l'amorcer et le consolider

2.3. CADRE CONCEPTUEL

Cette section traite de la définition des concepts contenus dans le sujet de recherche pour une compréhension univoque des termes. Elle s'intéresse également au schéma conceptuel, ainsi qu'au modèle d'analyse.

2.3.1. Définitions des concepts

La clarification de certains concepts de notre étude vise une meilleure compréhension du problème, autant qu'elle permet de mieux circonscrire les dimensions, composantes et les indicateurs de ces concepts en fonction des variables dépendantes et indépendantes. Ainsi proposons-nous une approche définitionnelle des concepts suivants: *facteurs associés ; opérationnalisation ; surveillance épidémiologique ; district de santé.*

- ***Facteurs associés***

Le dictionnaire Petit Larousse (2008) considère un «*facteur*» comme un élément qui peut influencer le résultat escompté de façon favorable ou défavorable. Un facteur au sens de Pollina(2016) désigne un agent ou élément qui concourt à un résultat. C'est un élément qui joue un rôle dans le déclenchement ou l'évolution d'un phénomène. Le terme facteur est utilisé dans plusieurs sphères de compétence. En Algèbre, il désigne le nom donné aux nombres, aux éléments d'un ensemble muni d'une opération notée multiplicativement, ou aux polynômes qui interviennent dans

un produit. En Biologie, il s'agit de tout élément dont dépend la vie, la croissance ou la localisation d'une population animale ou végétale. La Médecine l'appréhende comme une substance, généralement une molécule, participant à une réaction biologique. Cette notion permet de caractériser la santé et le bien-être social ou bien de l'évaluer. Les facteurs ont une influence positive ou négative ils modifient l'équilibre social et de santé de l'individu en agissant sur les déterminants. Nous considérons le concept dans notre étude comme un groupe d'éléments qui peuvent impacter positivement ou négativement le processus de surveillance épidémiologique dans les districts de santé de la région sanitaire du sud Cameroun.

- **Districts de santé**

Le Décret N°95/013 du 7 Février 1995 portant organisation des services de santé de base en districts de santé, dans son Article 2. - (1) considère un district de santé comme une entité socio-économique assurant des prestations de soins de bonne qualité accessibles à tous, avec la pleine participation des bénéficiaires. (2) Il comprend :

- a) une (01) zone géographique bien délimitée comportant :**

- deux (02) ou plusieurs aires de santé ;
 - un (01) service de santé de district ;
 - un (01) hôpital de district ;

- b) des services de structures de santé ;**

- c) des structures de dialogue et de participation communautaire**

Le DS est davantage l'unité opérationnelle du Ministère de la Santé Publique. Il a comme missions essentielles la mise en œuvre des politiques de santé au niveau local. Il est l'organe de coordination des structures de santé implantées en son sein. Il veille à la viabilisation de ces dernières et sert de relais entre elles et les services déconcentrés de l'État d'une part et les collectivités territoriales décentralisées d'autre part. Il est considéré comme la structure technique de première référence qui soutient le réseau de centres de santé (Kondji, 2005). C'est à ce niveau que la personne malade entre en contact avec les services de santé pour la première fois... Ce niveau offre donc en général la première occasion d'appliquer une surveillance épidémiologique (OMS, 2000).

- **Surveillance épidémiologique**

Lors de la 21ème Assemblée mondiale de la santé, l'OMS (1968,) a retenu comme définition de la surveillance épidémiologique la collecte systématique et l'utilisation des informations épidémiologiques pour la planification, l'implémentation et l'évaluation du contrôle des maladies. Dans un cadre beaucoup plus large qui va au-delà de la conception purement biomédicale, la surveillance épidémiologique désigne le recueil systématique et continu des données sanitaires, leur analyse et leur interprétation, ainsi que la diffusion des informations recueillies auprès de ceux qui en

ont besoin pour prendre les mesures sanitaires nécessaires. Elle a pour finalité au sens de l'OMS-MSP-C(2011), la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des pratiques sanitaires.

La définition de Thacker(1996), qui garde une certaine conformité avec celle proposée par le Center for Disease Control and Prevention, la considère comme la collecte continue et systématique, l'analyse et l'interprétation de données essentielles pour la planification, la mise en place et l'évaluation des pratiques en santé publique. Étroitement associée à la diffusion en temps opportun de ces données à ceux qui en ont besoin. L'étape finale du cycle étant l'application de ces données au contrôle et à la prévention des maladies et accidents.

La surveillance épidémiologique garde donc comme finalité: le suivi des tendances, la détection de l'émergence des phénomènes représentant un danger pour la santé publique (Desenclos, 2008)

- ***Opérationnalisation***

Pour le Dictionnaire français reverso, opérationnaliser c'est faire correspondre des opérations spécifiques à une situation. Le dictionnaire l'internaute, définit le concept comme une action qui consiste à rendre une ou plusieurs tâches exécutables et par conséquent, productives. Dans le cadre de notre étude, l'opérationnalisation de la surveillance épidémiologique revient à analyser les facteurs qui permettent de rendre le processus plus efficace et surtout plus efficient. Il s'agit d'une meilleure collecte de données, de leur acheminement en respectant les principes de complétude ; de promptitude et surtout leur archivage dans les conditions qui puissent permettre d'alimenter le système de manière permanente.

2.3.2. Schémas conceptuel

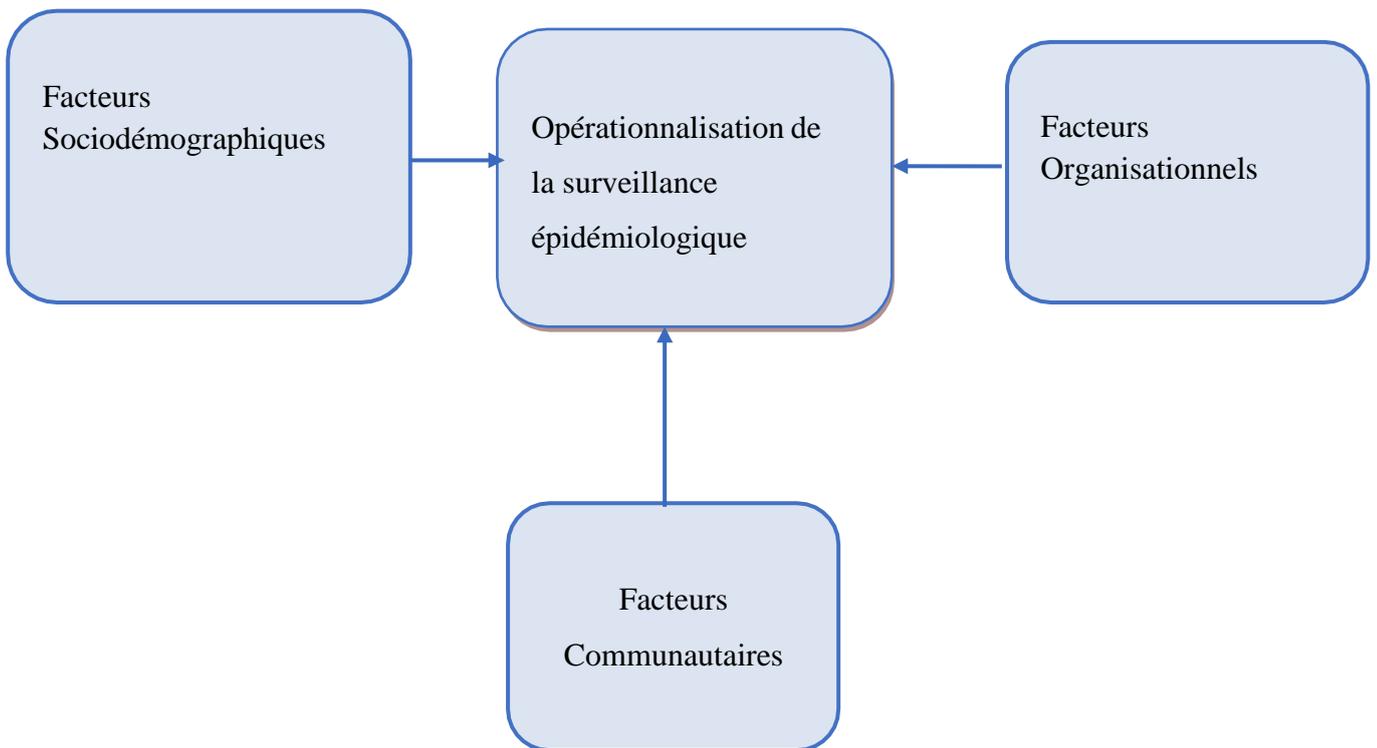


Figure 2 : Schéma du cadre conceptuel

2.3.3. Explication du schéma conceptuel

Le Schémas conceptuel permet de définir et de comprendre les différents facteurs qui pourraient influencer l'opérationnalisation de la surveillance épidémiologique dans les DS de la région du sud-Cameroun. Ce schéma est constitué de variables indépendantes (variables liées aux facteurs sociodémographiques, organisationnels et communautaires) qui permettent d'illustrer et d'expliquer la variable dépendante (opérationnalisation de la surveillance épidémiologique). Les facteurs organisationnels influencent fondamentalement l'opérationnalisation de la surveillance épidémiologique. En effet, par le biais des sources administratives, l'administration met à la disposition des professionnels de la santé les dénominateurs utiles au calcul des indicateurs de santé. Les facteurs liés à la communauté tels que l'organisation et le fonctionnement des structures de dialogue, la participation communautaire impactent le système de surveillance. En effet, la communauté est responsable de la surveillance basée sur les événements qui constitue le volet communautaire de la surveillance épidémiologique. Les facteurs sociodémographiques à l'instar de l'âge, la profession, le sexe...ont une incidence non négligeable sur la qualité de l'information collectée.

2.3.4. Modèle d'analyse conceptuel

Tableau 1:Modèle d'analyse conceptuel

Concepts	Dimensions	Composantes	Indicateurs
Facteurs associés	Socioprofessionnelle	Sociodémographiques	<ul style="list-style-type: none"> • Age • Sexe • Catégorie Professionnelle • Ancienneté professionnelle
	Organisationnels	Qualité de service	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation du travail et distribution des rôles • Coordination des activités • participation à un séminaire de renforcement des capacités sur la SE • Épuisement professionnel • Disponibilité de formulaires de rapport • Rédaction de rapports d'activités • Fréquence de transmission des données • Personnel de santé qualifié dans la SE
		Offre de service dans les districts de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Existence de la motivation • Reconnaissance de la hiérarchie • Feedback de l'information transmise • Concertation horizontale • Bonnes relations verticales • Origine du financement • Structure publique • Structure privée
	Communautaires	Structure de dialogue	<ul style="list-style-type: none"> • Existence des structures de dialogue(SD), • Implication des SD dans les activités de santé
Districts de santé de la Région du Sud-Cameroun	Environnement	Situation géographique	<ul style="list-style-type: none"> • Milieu urbain • Milieu rural
	Nombre de DS	Fonctionnels Non fonctionnels	<ul style="list-style-type: none"> • 10 districts de santé • Tous fonctionnels
	Offre de service	Nombre de personnel	<ul style="list-style-type: none"> • Actif pour la surveillance épidémiologique • Recyclé pour la surveillance épidémiologique
Surveillance épidémiologique	Système de surveillance épidémiologique	Supervision collecte de données	Personnel
Opérationnalisation de la surveillance épidémiologique	Existence de service de surveillance épidémiologique	collecte des données Rédaction de rapports Leur Acheminement promptitude,complétude Bon archivage	Existence des Epidémiologistes Existence des experts en documentation Existence d'un bon système d'Archivage

CHAPITRE 3
PRÉSENTATION DU SITE DE L'ÉTUDE
ET MÉTHODOLOGIE

Ce troisième chapitre présente le type d'étude, la méthodologie choisie, la population cible, l'échantillon, la technique d'échantillonnage ainsi que les outils de collecte des données. Il traite également du déroulement de la collecte des données sur le terrain ainsi que les méthodes d'exploitation et d'analyse des données utilisées et des considérations éthiques de la recherche.

3.1. PRÉSENTATION DU SITE DE L'ÉTUDE

Notre étude a été menée dans les districts de santé de la région sanitaire du sud. La présentation du cadre de l'étude porte sur le climat, la démographie, la carte administrative du sud, données socio-économiques, données sanitaires...

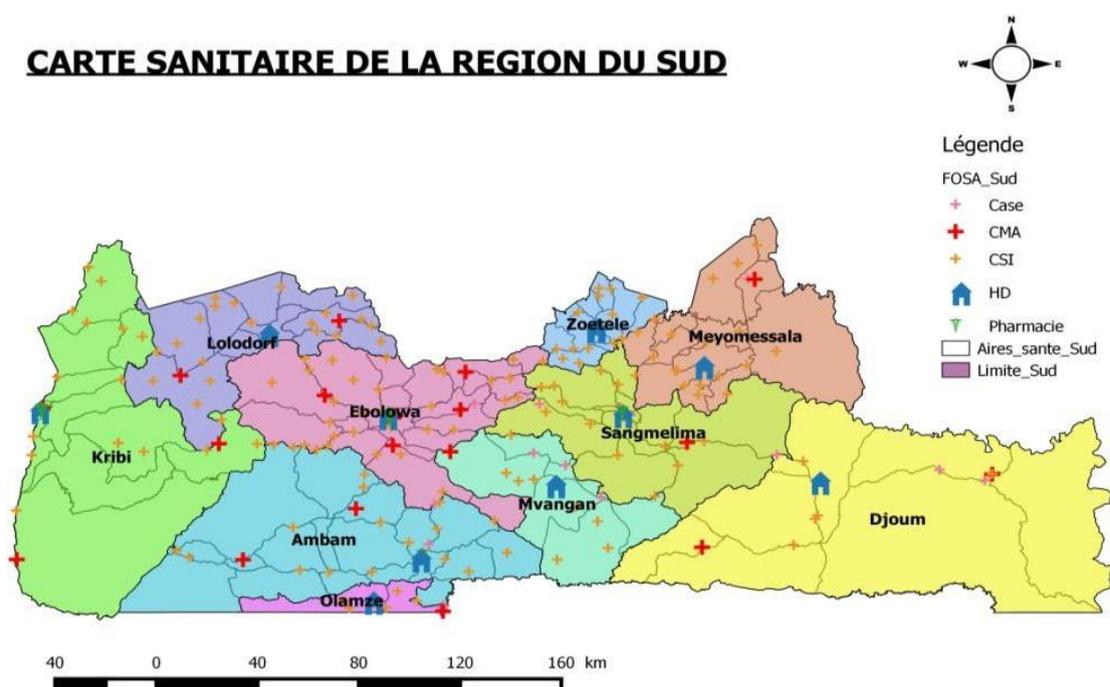


Figure 3: Carte de la région sanitaire du Sud

3.1.1. Situation Géographique, Climatique et Relief

Géographiquement, la région du sud est située dans la partie méridionale du Cameroun. Elle couvre une superficie d'environ 47 190 Km² et partage ses frontières au sud avec les Républiques du Gabon, du Congo et de Guinée équatoriale. Au Nord avec la région du Centre, la région de l'Est à l'Est, avec l'Océan Atlantique du côté du Sud-ouest, et à l'Ouest avec la région du Littoral.

Sur le plan climatique, il y règne un climat équatorial de type guinéen. Le relief est dominé par le plateau sud-camerounais consistant en une succession de collines dont l'altitude varie entre 650m et 900m. La végétation est constituée de la forêt dense et humide équatoriale.

3.1.2. Données Administratives et démographiques

La taille de la population 2018 est estimée à 807203 habitants (Amesse, 2018). Sur le plan Administratif, la région du Sud dont le chef-lieu est Ebolowa compte 4 départements, 29 arrondissements, autant de communes d'Arrondissement. Elle dispose d'un réseau routier insuffisant et irrégulièrement entretenu. Environ 55% de ses 4311 kilomètres sont carrossables. La supervision des activités y est particulièrement difficile surtout en saison de pluies du fait de l'enclavement.

3.1.3. Données sanitaires

Le sud sanitaire compte dix districts de santé ; 104 Aires de santé ; environ 300 formations sanitaires fonctionnelles en situation régulière et environ 85 FOSA en situation irrégulière menant des activités de santé publique. 09 Hôpitaux de district tout aussi fonctionnels, 21CMA, et plusieurs FOSA clandestines. L'approvisionnement en produits pharmaceutiques et essentiels est assuré par le Fonds Régional pour la Promotion de la santé, qui ravitaille les formations sanitaires de manière légale. Nous notons aussi une forte implantation des pharmacies, et des vendeurs illicites de Médicaments de la rue. Il existe aussi les FOSA du sous-secteur de la Médecine Traditionnelle, mais qui ne sont pas en situation régulière au niveau de la DRSPS.

3.1.4. JUSTIFICATION DU CHOIX DU SITE

Le choix des districts de santé de la région du sud comme lieu de notre étude a été motivé par certains raisons :

- C'est une Région qui partage sa frontière avec trois pays, cela est particulièrement intéressant au regard du volume des échanges avec ces pays voisins ainsi que le flux de déplacement des personnes. Cet état de chose implique une surveillance sanitaire rigoureuse et efficace au sens du règlement sanitaire international ;
- La Région a enregistré plusieurs situations de crises sanitaires telles que les épidémies de poliomyélites, le taux de séroprévalence du VIH le plus élevé au plan national;
- La Région connaît des problèmes en matière de données de qualité

3.2. MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Il est question de décrire de manière précise la démarche que nous avons utilisé tout au long de notre recherche jusqu'à la publication des résultats.

3.2.1. Type d'étude

Nous avons mené une étude transversale mixte à visée descriptive et analytique. Il est donc question dans le cadre de ce travail à la fois de quantifier les informations issues des enquêtes auprès des formations sanitaires, avec la légitime ambition d'établir des relations entre les différentes variables ; mais aussi de recueillir des opinions, sentiments, émotions des enquêtés. Surtout que traditionnellement, les approches qualitatives cherchent à répondre à des questions de recherche de type exploratoire tandis que les approches quantitatives répondraient à des questions de type confirmatoire (Guével et Pommier, 2012)

3.2.2. Durée de l'étude

Notre étude a duré 12 mois. Elle s'est déroulée de la période allant de janvier à décembre 2019.

3.2.3. Critères de sélection des participants

Les critères de sélection sont de deux ordres : les critères d'inclusion et de non inclusion.

➤ Critères d'inclusion

Ont fait partie de notre étude,

- Les formations sanitaires de la région du Sud-Cameroun légales au moment de l'étude et menant les activités de surveillance épidémiologique;
- Les présidents des Comités de santé des différents districts de santé ou leurs représentants ;
- Les chefs des services de santé de district ou leurs représentants ;

➤ Critères de non inclusion

N'ont pas été pris en compte dans le cadre de cette étude :

- Les formations sanitaires non légales au moment de cette étude ;
- Les formations sanitaires non fonctionnelles durant la période de l'étude ;
- Les présidents des structures de dialogue autre que les COSADI.

3.2.4. Population cible

Compte tenu des objectifs de notre étude, nous avons affaire à une population hétérogène constituée des formations sanitaires, des responsables des services de santé du district, et ceux des comités de santé du district.

3.2.5. Instruments de collecte des données

Nous avons utilisé deux types d'instruments :

➤ Le questionnaire quantitatif

Il nous a servi à recueillir les données quantitatives auprès des formations sanitaires. Il a été structuré ainsi qu'il suit :

- Section 0 : l'identification de l'équipe de recherche
- Partie 1 : responsable de la structure de santé
- Section 1 : Identification de la structure de santé
- Section 2 : Aspects organisationnels de la structure de santé
- Section 3 : facteurs communautaires
- Partie 2 : partie du responsable de la surveillance épidémiologique

➤ Deux guides d'entretien

Ils ont été adressés au chef du district de santé ou son représentant, ainsi qu'au président du comité de santé de district ou son représentant. Ces guides d'entretien dont la structure est identique comportent des questions ouvertes et des questions fermées. Ils ont été subdivisés de la manière suivante :

- Thème 0 : Données individuelles et socioprofessionnelles ;
- Thème I : Données relatives aux facteurs institutionnels et organisationnels ;
- Thème II: Données relatives aux facteurs communautaires.

➤ Test de faisabilité et de validité des instruments de collecte de données

Dans le souci de rendre opérationnels et valides nos instruments de collecte des données, une enquête pilote pour ce qui est du questionnaire quantitatif a été menée auprès de 18 formations sanitaires des districts de santé de Djoungolo et de Mfou dans la région sanitaire du centre. Les mêmes districts de santé ont été sollicités pour le pré-test des guides d'entretien auprès d'un responsable du district de santé et un responsable du comité de santé de district.

3.2.6. Techniques d'échantillonnage

3.2.6.1. Echantillonnage des formations sanitaires

Nous avons utilisé la méthode probabiliste stratifiée, pour sélectionner nos unités statistiques, de manière à garantir leur représentativité dans les différentes catégories à savoir les HD et assimilés ; les CMA et assimilés ; et les CSI et assimilés. L'échantillon a été aussi conçu de telle sorte qu'il soit représentatif des dix districts de santé que compte la région du sud.

De manière opérationnelle, dans un premier temps, nous avons procédé à une sélection exhaustive des deux premières strates qui sont composées des hôpitaux de districts et assimilés (soit 13 FOSA) et les CMA (41 FOSA). En ce qui concerne le troisième groupe constitué des centres de santé intégré, il a été stratifié encore à son tour en dix, chaque strate étant constituée des CSI de chacun des dix districts de santé. À l'intérieur de chacune des dix strates, nous avons procédé à un tirage aléatoire simple d'un nombre de structure sanitaire proportionnellement au poids de cette strate dans l'ensemble des centres de santé intégrés de la région du Sud. Les illustrations sont consignées dans les tableaux ci-après :

Tableau 2:Composition de l'échantillon selon le type de formation sanitaire

Type de formation sanitaire	Effectif de l'échantillon
Hôpitaux de district et assimilés	13
CMA et assimilés	41
CSI et assimilés	122
Total	176

Tableau 3:Composition de l'échantillon des centres de santé intégrés

Districts de santé	Centre de Santé et Assimilés		Echantillon
	N	%	n
Ambam	22	12	15
Djoum	09	05	06
Ebolowa	45	24	30
Kribi	27	15	18
Lolodorf	16	08	11
Meyomessala	26	13	17
Mvangan	09	05	06
Olamze	03	01	02
Sangmelima	16	11	10
Zoétéélé	11	06	07
Total	184		122

Source : Equipe de recherche

Pour toutes les formations sanitaires qui ont fait partie de notre base de données, il a été administré un questionnaire contenant une rubrique réservée au chef de la structure ou son représentant et une autre adressée au responsable de la surveillance épidémiologique ou son représentant.

Equipe-cadre des districts

Pour ce qui est des entretiens auprès des responsables des districts de santé, une technique non probabiliste exhaustive et par convenance a été convoquée pour le choix de nos informateurs.

3.3.7. Taille de l'échantillon

- **Echantillon des formations sanitaires**

Pour déterminer le nombre de formation sanitaire à enquêter, nous nous sommes servis de la table d'estimation de la taille de l'échantillon de F. Depelteau à un niveau de confiance de 95% avec un niveau de précision de 5%. La région sanitaire du Sud comptant 300 en situation régulière. (*DRSP du Sud, 2018*). La table d'estimation de la taille de l'échantillon de F. Depelteau légitime le choix de 176 qui constituent ainsi la taille de notre échantillon.

- **Échantillon des équipes cadres des districts de santé**

Pour sélectionner les participants aux entretiens, un échantillon exhaustif des chefs DS et des responsables des COSADI a été utilisé.

3.3.8. Technique de collecte des données

La collecte des données s'est déroulée aussi bien dans les formations sanitaires que dans les services de santé des différents districts de santé de la région

- **Collecte au niveau des formations sanitaires**

Dans les formations sanitaires, nous avons procédé à une collecte digitalisée des données. A l'aide d'un téléphone portable dans lequel l'application ODK Collect v1.22.0 a préalablement été installée. À côté de cette application, nous avons également prévu les questionnaires physiques pour pallier aux éventuels problèmes qu'aurait pu poser l'application ou le téléphone notamment les problèmes de pannes, d'énergie électrique dans certains sites de collecte. Une fois ce dispositif de collecte prêt, sur le site de l'étude, nous commençons par nous rassurer que toutes les formalités administratives étaient réunies notamment l'adhésion de l'enquêté au projet de collecte des données notamment son consentement éclairé. Une fois ces conditions réunies, l'interview pouvait commencer.

- **Collecte au niveau des services de santé des districts**

Dans les DS, nous avons mené des entretiens semi-directifs avec les responsables des districts de santé, et ceux des comités de santé du district. Ces entretiens ont été menés individuellement dans une salle fermée. Un magnétophone a été utilisé pour enregistrer les propos. L'entretien pouvait s'interrompre à n'importe quel moment, ceci à la demande de l'enquêté et à l'approche d'un bruit. Dans chaque cas, les informateurs ont été salués, ensuite nous leur avons expliqué l'objet de notre recherche et les avons rassurés de la confidentialité des informations à recueillir. Nous avons ensuite expliqué les différentes rubriques des guides d'entretien à leur adresser puis nous sommes passés à l'entretien. Lors des incompréhensions, nous avons toujours essayé de reformuler les questions pour une meilleure compréhension.

3.3.9. Traitement et analyse des données

- **Données des formations sanitaires**

Les données issues des enquêtes auprès des formations sanitaires ont été présentées sous forme de graphique, tableaux et en pourcentage, à l'aide du logiciel MS Excel. Tandis que le logiciel STATA 13 a permis de faire le modèle de régression logistique binomiale. Ce traitement a consisté au calcul des paramètres de tendances centrales et de dispersion. Nous avons ensuite procédé à une analyse descriptive et explicative. L'analyse descriptive univariée à travers des estimations ponctuelles, le calcul des moyennes des différentes variables quantitatives utilisées tandis que l'analyse descriptive bivariée à travers le Khi-Deux a été convoquée pour vérifier l'association entre la variable dépendante et chacune des variables indépendantes. La régression logistique binaire est la méthode d'analyse multivariée utilisée. Elle a servi à mettre en exergue les déterminants de l'opérationnalisation de la surveillance épidémiologique.

- **Données des services de santé de district**

Les données issues des entretiens avec les membres des équipes cadre des districts ont été recueillies par enregistrements à l'aide d'un magnétophone. Après collecte, s'en est suivi un dépouillement des fichiers audio et la transcription manuelle. Après dépouillement, celles-ci ont été transcrites et analysées selon une approche thématique et de contenu. Dans cette transcription, les mots des interlocuteurs ont été respectés. Avant de quitter le lieu de collecte, nous faisons réécouter le matériau audio aux informateurs dans le but soit d'apporter des ajustements, soit pour validation.

3.3.10. Variables de l'étude

Les principales typologies de variables liées à cette étude sont : les variables dépendantes ou variables à expliquer et les Variables indépendantes ou variables explicatives

- **Variable dépendante ou variable à expliquer**

Nous avons retenu dans cette étude une variable dépendante composite à savoir « *L'opérationnalisation de la surveillance épidémiologique dans les districts de santé de la région du Sud-Cameroun* ». C'est une variable qui intègre de manière simultanée les variables telles que la collecte de données, leur acheminement en respectant les principes de complétude et de promptitude ; ainsi que leur archivage et leur disponibilité.

- **Variables Indépendantes ou Variables Explicatives**

Nous avons recensé trois catégories : variables organisationnelles et institutionnelles ; variables socioprofessionnelles et individuelles et les variables communautaires

- **Variables Organisationnelles**
 - Variables liées aux ressources ;
 - Variables liées à l'organisation du travail ;
 - Variables liées à la répartition des rôles
 - Variables liées aux formations sanitaires et à la gestion des données ;
- **variables sociodémographiques**
 - les variables liées à la catégorie et à l'ancienneté professionnelle ;
 - variables liées à la profession
 - variables liées à l'âge, au sexe...
- **variables communautaires**
 - variables liées aux structures de dialogue ;
 - variables liées au financement communautaire des activités.

3.3.11. Considérations éthiques

Cette étude a été rendue possible après :

- Approbation du CRERSH ;
- L'autorisation administrative d'enquêter de la DRSP-S ;
- Un consentement libre et éclairé des enquêtés et des informateurs ;
- Le respect des principes de confidentialité et d'anonymat ;

- Les consignes et recommandations de la clairance éthique.

Toutes les informations recueillies sont strictement restées confidentielles et ont été utilisées aux seules fins de la recherche. Le questionnaire et les guides d'entretien ne portant pas de noms, mais des codes.

3.3.12. Plan de publication des résultats

Nos résultats feront l'objet d'une communication à la fois orale et écrite. Sur le plan Oral, ils seront présentés publiquement devant un jury qui aura droit à trois exemplaires du rapport final. Après correction, un exemplaire sera déposé à la bibliothèque de l'École des Sciences de la Santé de l'UCAC. Par ailleurs, un autre sera acheminé à la DRSPS. Sur le plan écrit, un article de recherche sera rédigé et publié dans un journal scientifique en français ou en Anglais.

3.3.13. Limites de l'étude et difficultés rencontrées

➤ Limites de l'étude

Cette étude aborde les facteurs associés à mise en œuvre efficiente de la surveillance épidémiologique. Bien qu'étant transversale descriptive et analytique selon une méthode mixte, quantitative et qualitative, elle comporte néanmoins des limites. La saturation ayant été atteinte après s'être entretenu de manière exhaustive avec tous les responsables des districts de santé ainsi que ceux des COSADI disponibles, nos résultats qualitatifs restent transférables et non généralisables au regard de la taille réduite de notre groupe cible. Pour ce qui est des informations issues des formations sanitaires, nous avons fait face à un problème de sous-effectifs dans l'analyse de certaines variables ce qui aurait certainement pu entraîner une dilution de certaines associations pourtant statistiquement significatives et entraîner par voie de conséquence une sous-estimation de l'ampleur de la réalité à l'étude. Une enquête exhaustive aurait pu avoir un effet correcteur sur ces questions.

➤ Difficultés rencontrées

L'enclavement des voies de dessertes a rendu ardu le processus de collecte des données. Certaines d'entre elles étant presque inaccessibles. Les moyens de communication téléphonique qui auraient pu contribuer à résoudre ce problème ont été très limités du fait du niveau de couverture en réseau. Ayant opté pour une collecte digitalisée des données à partir de l'application ODK Collect v1.22.0, nous avons fait face à plusieurs coupures d'énergie électrique, ainsi que l'absence de cette dernière dans les zones reculées ce qui a participé à recourir à l'enregistrement manuel des informations rendant ainsi le travail fastidieux. Après avoir présenté la technique de collecte et d'analyse des données, le chapitre suivant présentera les résultats et leur analyse.

CHAPITRE 4
PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS

La présentation des résultats se fera en deux parties distinctes représentant les deux niveaux de collecte des données. Les résultats issus des entretiens avec les responsables des différentes équipes cadre de DS seront présentés sous-forme de thèmes et items, tandis que celle des résultats des FOSA s'articulera autour de différents niveaux d'analyse : univariée, bivariée et multivariée.

4.1. PARTIE 1 : RESULTATS ISSUS DES ENTRETIENS AVEC L'ECD

4.1. 1. Sous-partie A : Données des structures de dialogues

Thème 0 : Données Sociodémographiques

Nous nous sommes entretenus avec les six responsables des comités de santé du district disponibles et fonctionnels. La saturation a été atteinte après quatre interviews. Il en ressort les informations suivantes.

Tableau 4 : Profil des informateurs communautaires

Informateur	Sexe	Ancienneté au poste	Age en année révolue	Statut matrimonial	Niveau d'étude/ profession	Poste de responsabilité
Informateur 1	Masculin	05 ans	41	Célibataire	CAP, et diplôme d'ATA	Président du COSADI
Informateur 2	Feminin	03 ans	35	Célibataire	BEPC / ménagère	Vice- Président du COSADI
Informateur 3	Masculin	06 ans	45	Marié	Probatoire série A4 Espagnol	président du COSADI
Informateur 4	Masculin	02 ans	36	Célibataire	Baccalauréat A4 Allemand	Président du COSADI

Pour mieux comprendre certaines composantes de notre étude telles que les aspects organisationnels, institutionnels et communautaires du système de surveillance épidémiologique, nous avons choisi spécifiquement six variables : le niveau d'étude ou la profession ; le poste de responsabilité ; les années d'ancienneté dans la fonction ; le sexe, l'âge et le statut matrimonial parce qu'elles ont un rôle important à jouer dans la maîtrise de l'organisation de la politique de santé ainsi que ses enjeux. Aussi, avons-nous choisi le niveau d'étude/Profession pour percevoir son influence sur la maîtrise des enjeux d'une telle activité.

Le poste de responsabilité, permet d'analyser avec une certaine clarté la psychologie de l'organisation communautaire, le jeu de rôle entre les différents leaders et la maîtrise de leurs missions. Les années d'ancienneté dans la fonction couplée à l'âge, le sexe et au statut matrimonial nous ont permis de convoquer la contribution de l'expérience et la maturité professionnelle et le coefficient d'implication.

De ces entretiens, il ressort que les informateurs sont éclairés. Ce qui constitue un atout dans la maîtrise des enjeux et des missions confiées par la politique de la participation communautaire. Le seul bémol ici reste le chômage, qui laisse dans le système une fenêtre de vulnérabilité dans le système communautaire en ce sens que ces informateurs pourraient être appelés à recourir aux activités de survie laissant ainsi en friche leurs missions de santé. Tous les informateurs occupent des postes stratégiques dans le directoire des structures de dialogue. L'implémentation et l'orientation de la politique de participation communautaire leur incombe donc au premier chef en leur qualité de représentant de la communauté. Leur position et leurs actions ont donc une incidence sur la politique de la santé.

4.1.1.2. Thème I : facteurs organisationnels

Item 1 : Pourriez-vous nous parler de vos missions dans le système de santé ?

Informateurs	Réponses
Informateur 1	«...Notre mission est d'amener les doléances des populations au niveau du district et des formations sanitaires»
Informateur 2	«Oui, nous avons beaucoup de mission, comme par exemple chercher les malades pour les demander d'aller à l'hôpital »
Informateur 3	« Nous travaillons à amener les populations à aller consulter lorsqu'ils sont malades pour les empêcher de mourir à la maison. »
Informateur 4	«on participe aux différentes activités de la santé comme porte-parole de la communauté, ainsi, nous supervisons aussi les activités des centres de santé par exemple, les prix des médicaments, et les autres prix des actes dans les centres de santé»

Nous entendons par mission une tâche confiée à une personne ou à un organisme. Un cahier de charge. Dans l'esprit de l'Article 5 - (2) de l'Arrêté N°003 /CAB/MSP du 21 septembre 1998 fixant les modalités de création des structures de dialogue communautaire dans les districts de santé, Le COSADI, est chargé de :

- ✚ concourir à l'identification des interventions prioritaires en matière de santé ;

- participer à l'élaboration du plan d'action sanitaire du district ;
- désigner les représentants de la communauté au comité de gestion de l'hôpital de district.

Des informations recueillies, il ressort que la plupart des responsables des COSADI maîtrisent les missions qui leur sont assignées.

Item 2 : Comment vous organisez-vous pour atteindre vos objectifs de santé publique ?

Informateurs	Réponses
Informateur 1	«Nous menons des causeries éducatives pour le changement de comportement aux personnes. Pour nos activités, nous nous réunissons lorsque nous avons le temps, et nous envoyons des rapports de nos activités au district de santé»
Informateur 2	«On fait des réunions, et après, nous écrivons des rapports pour le district »
Informateur 3	« Pour mener à bien nos activités, nous suivons un plan d'action que nous avons élaboré»
Informateur 4	«il y'a un programme d'activités, que nous ne respectons pas toujours pour des difficultés que nous rencontrons. Dans ce plan d'action, nous privilégions les visites domiciliaires»

Nous entendons par «**Organisation du travail**», l'élaboration d'un «Business plan» avec définition claire des rôles des différents intervenants ainsi que les axes d'intervention et les objectifs à atteindre. De ce point de vue, deux DS disposent de plans d'action communautaire. Les autres semblent ne pas en avoir. Il manque ainsi à ces derniers une boussole, les termes de référence. Dans ce cas, l'évaluation n'est pas possible. Si nous considérons l'évaluation comme l'écart entre le modèle, la norme et la situation actuelle.

Item 3 : *Participez-vous aux activités de surveillance épidémiologique, et parlez nous de votre politique en la matière ?*

<i>Informateurs</i>	<i>Reponses</i>
<i>Informateur 1</i>	<i>« Bien-sur nous participons aux activités de la surveillance épidémiques, nous travaillons avec les orientations du district. Ici nous surveillons les cas de diarrhées, de poliomyelites aussi »</i>
<i>Informateur 2</i>	<i>«effectivement, nous participons aux activités de surveillance même comme nous n'avons pas toujours les moyens pour nous déplacer. Nous cherchons les morts suspects dans le village, les cas de poliomyélite, lorsqu'un enfant a les yeux jaunes aussi »</i>
<i>Informateur 3</i>	<i>«Nous cherchons les cas de maladies dans les maisons. Par exemple si quelqu'un a les paralysies, si l'enfant qui marchait avant de marche plus, on l'amène dans un centre de santé »</i>
<i>Informateur 4</i>	<i>«Nous participons aux activités de surveillance à travers la surveillance basée sur les événements. Chaque fois que nous remarquons des décès d'animaux dans les villages et quartiers, nous les notifions»</i>

La «*politique*» au sens du présent travail fait référence aux différentes stratégies mises en place pour atteindre les objectifs fixés. Au regard des données, nous constatons que certains responsables communautaires confondent les activités menées aux stratégies qui sont pourtant plus globales découlant des objectifs et plans d'action. Pour Kondji Kondji (2005) citant l'OMS, le processus de la participation communautaire comporte les étapes suivants: l'organisation de la communauté en structures de représentation formelle, encore appelées structure de dialogue ; l'information et la sensibilisation des communautés sur les problèmes de santé et les réponses apportées par le système de santé (information-éducation-communication) ; la formation et la capacitation des structures de représentation à la gestion des système de santé ; l'encadrement et accompagnement des structures de représentation dans la gestion quotidienne du système. Rifkin (1990) distingue cinq niveaux dans la participation communautaire à savoir : participation aux avantages des programmes ; aux activités des programmes ; à l'exécution des programmes ; à l'évaluation des programmes ; à la planification des programmes.

Item 4 : Comment financez-vous vos activités de santé publique ?

Informateurs	Réponses
Informateur 1	« A travers les doléances, surtout avec les mairies qui financent parfois nos activités. Lorsque nous appelons l'Etat, il dit qu'il n'ya pas l'argent »
Informateur 2	«Puff. Ce n'est pas facile, nous utilisons parfois notre propre argent pour payer le transport. alors qu'on nous a dit que l'État devait financer nos activités»
Informateur 3	« par les plaidoiries auprès des ONG et les Élités pour avoir un peu d'argent, ce n'est pas possible !!, mais pour qu'ils répondent ils prennent trop de temps et parfois nous sommes bloqués pour faire ce que nous avons programmé »
Informateur 4	« En principe nous devons avoir un budget venant de l'État pour nos activités mais hélas, nous ne bénéficions de rien. C'est ce qui fait que les gens ne s'intéressent pas aux activités de la santé ici. Tu ne peux pas abandonner tes business pour venir perdre le temps. Parfois, ce sont les élites qui nous donnent un peu d'argent lorsqu'ils peuvent, mais avec eux c'est aussi difficile parce qu'ils vous trimbalent avant de vous donner quelque chose »

Article 4. - (2) de l'Arreté sus-mentionné stipule que le Comité de Santé de l'Aire, en abrégé COSA, est chargé entre autre de mobiliser les ressources nécessaires au financement des activités de santé à travers le cofinancement.

La mobilisation des ressources financières par les structures de dialogue est l'une des missions reconnues par son partenaire qui est l'Etat du Cameroun. Il faudrait cependant être plus explicites sur les secteurs. Nos répondants n'ont pas exploré les pistes qui conduisent vers un financement autonome de leurs activités. Les districts n'ayant pas encore atteint la phase d'autonomie, il est difficile de mettre en œuvre les plans d'action qui existent.

4.1.1.3. Thème II : facteurs communautaires

Item 5 : Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans l'exercice de vos missions ?

Informateurs	Réponses
Informateur 1	« Comme difficultés , je commence par le manque de moyens financiers qui rend les déplacements difficiles. les moyens de locomotions aussi ... Il y'a aussi l'enclavement du district qui nous empeche surtout lors des saisons de pluie à participer aux activités loin de nos bases, et les reunions de coordination »
Informateur 2	« le manque de consideration par les chefs de centre qui n'aiment pas voir les responsables des COSA parcequ'ils pensent que nous voulons les controler, nous n'avons pas le materiel de travail, nous n'avons pas beaucoup de seminaires qui peuvent nous permettre d'avoir un peu plus d'argent pour nos activités »
Informateur 3	« nous ne pouvons pas citer toutes les difficultés que nous rencontrons. Elles sont énormes, les élites ne nous soutiennent pas vraiment, l'État est presque absent financièrement »
Informateur 4	« les difficultés ne manquent pas. Les problèmes que nous rencontrons sont plus financiers. Le manque des finances conditionnent tout. Si vous avez de l'argent vous pouvez résoudre tous les autres problèmes comme les moyens de locomotion

Les difficultés rencontrées font référence aux obstacles à l'atteinte des objectifs des activités liées à la surveillance épidémiologique. Ces obstacles sont à la fois financiers, matériels et les problèmes d'accessibilité géographiques aux sites pour mener les activités de surveillance ; les conflits divers. Ces difficultés pourraient expliquer le manque de motivation observé chez ces représentants de la communauté.

Item 6 :Comment jugez-vous les rapports entre les représentants de la communauté que vous êtes et le personnel de la santé avec qui vous travaillez ?

<i>Informateurs</i>	<i>Réponses</i>
<i>Informateur 1</i>	<i>« Je voulais vous dire que entre le personnel de santé eux-meme ils ne s'entendent pas. s'ils ont les problèmes entre eux, avec nous c'est plus grave... ils ont un regard très méchant envers les pharmacies. Ils ne nous intègrent pas parcequ'ils ont peur de perdre leur pouvoir. Lorsque nous voulons verifier les prix fixés par le FRPSP, ils refusent parcequ'ils veulent augementer les prix et vendre leurs médicaments. Ce ne sont pas toutes les Aires de sante qui ont ces problèmes certaines collaborent»</i>
<i>Informateur 2</i>	<i>«Humm!! nous avons toujours les problèmes lorsque nous arrivons dans les centres de santé. D'ailleurs nous n'avons presque jamais accès dans les pharmacies, lorsque nous voulons savoir ce que l'argent sert, c'est le silence qui nous répond»</i>
<i>Informateur 3</i>	<i>« Nous nous efforçons a bien nous entendre en plus cela dépend de la manière que les responsables des COSA abordent les chefs de centre qui sont pour la plupart réticents et réservés en ce qui concerne l'aspect financier »</i>
<i>Informateur 4</i>	<i>«les rapports entre les humains sont toujours faits de friction, mais nous tombons toujours d'accord après pour le bien de tout le monde. En réalité il y'a beaucoup de méfiance entre les responsables des centres de santé et la communauté que nous représentons »</i>

Il est question d'évaluer le partenariat Etat-communauté sur le plan de la cohabitation et de la synergie. Les rapports ici sont conflictuels se caractérisant par des repulsions réciproques, la méfiance, le conflit d'autorité et la recherche du leadership. Ce conflit semble avoir une origine identifiée, la gestion et le contrôle des entrées financières. Une étude menée en 2010 par Betoko Jean dans le DS de Soa est arrivée à la conclusion selon laquelle, le processus de mobilisation communautaire dépendait beaucoup plus du dynamisme des personnels de santé que des caractéristiques des représentants de la communauté. C'est donc un environnement contreproductif et Medard (2006), entrevoyait les

consequences lorsqu'il pense que *«la mise en œuvre de la participation communautaire se heurte à l'hostilité du personnel»*. Assertion en congruence avec celle de l'OMS(2006), pour qui, *«le concept et la pratique de la participation communautaire à la santé sont affectés par la manière dont les responsabilités et le rôle des membres de la communauté sont considérés et appréciés par les professionnels de la santé »*

4.1.2. Sous-partie b : Données des responsables des districts de santé

4.2.1. Thème 0:données sociodémographiques

Nous avons conduit dix entretiens auprès de dix responsables de districts de santé. La saturation a été atteinte après cinq interviews. Il en ressort les informations suivantes.

Tableau 5 : Profil des participants des équipes cadre des districts

Informateurs	Sexe	Age	Ancienneté dans la fonction	Statut matrimonial	Qualification professionnelle	Poste de responsabilité
Informateur 1	Féminin	52 ans	8 ans	Mariée	Infirmière Brevetée	CBS
Informateur 2	Masculin	42 ans	7 ans	Célibataire	IDE	CBS
Informateur 3	Masculin	48 ans	4 ans	Marié	Médecin	CSSD
Informateur 4	Masculin	32 ans	1 an	Célibataire	ITGS	CBS
Informateur 5	Masculin	40 ans	6 ans	Marié	Infirmier Principal	Chef Bureau Partenariat

De ces données, nous faisons des remarques suivantes : quatre (04) informateurs sur (05) cinq sont de sexe masculin ; tous ont atteint une maturité d'esprit soit 32 ans pour le plus jeune ; une seule personne comptabilise 01 an dans le poste de surveillant épidémiologique ; tous les informateurs occupent un poste stratégique dans la prise de décision au niveau du district de Santé. Position qui les met en contact avec les responsables des bassins de production des données épidémiologiques ; quatre (04) informateurs sur cinq(05) sont juridiquement et techniquement compétents . Ils possèdent une expertise clinique.

Ces remarques montrent qu'il existe un potentiel qu'il convient d'entretenir pour atteindre des objectifs de santé escomptés.

4.2.2. Thème I : facteurs organisationnels

Item1: Pourriez-vous nous parler de l'organisation de votre système de surveillance épidémiologique, ainsi que vos stratégies en matière de surveillance ?

Informateurs	Réponses
Informateur 1	«...nous avons 22 FOSAsous surveillance, réparties par priorité...les hautes priorités sont visitées une fois par semaine, les moyennes deux fois par mois et les sites de faibles priorité une fois par mois. nous visitons aussi les tradi-therapeute, donc les sites sont aussi classés en deux priorités :moyenne et faible classés en fonction du taux de fréquentation et de la specialisation du tradi-therapeute...»
Informateur 2	«...l'organisation du système de surveillance dans notre district n'est pas différent des autres DS, c'est peut-être les stratégies qui diffèrent. Nous attendons les rapports des FOSA chaque lundi matin et avant le 05 de chaque mois.Nous designons les points focaux surveillance dans chaque fosa...»
Informateur 3	«Bon la surveillance épidémiologique a deux aspects : Il y'a d'abord la SBE qui est universelle, elle n'est pas sectorielle. C'est une surveillance communautaire.Elle est vraiment porteuse parcequ'elle nous permet d'avoir les signauxde manière instantanée...la SIMR qui se fait de manière routinière et passive dans les fosa.»
Informateur 4	«...Ici, la surveillance se fait à deux niveaux.La SBE en communaute..., et la SIMR qui se passe dans les Fosa. Les cas sont notifiés au niveau du DS...nous analysons statistiquement les données et suivons leur évolution dans le temps, pour surveiller les seuils des maladies... ensuite les rapports sont acheminés a la DRPS..»
Informateur 5	«Pour le système de surveillance épidémiologique, nous avons 27 fosa répartiesen niveau de priorité dont 04 de haute priorité, 08 de moyenne et le reste de faibles priorité. Pour ce qui est des stratégies, nous les visitons respectivement une fois par semaine, deux fois par mois et une fois tous les mois»

C'est la recherche des méthodes mises en place pour remplir ses missions. Ces méthodes feront l'objet d'une évaluation. Il s'agit surtout de voir les différents circuits d'intervention et de communication des

resultats au sein de l'organisation. Tous les districts de santé ont élaborés des strategies en fonction des objectifs fixés.

Item 2: Parlez nous de la Promptitude et la Complétude dans votre DS ?

Informateurs	Réponses
Informateur 1	«Vraiment ici au district, notre promptitude peut se situer à 90 %. Parceque nous faisons la coordination avant le 05 de chaque mois et tout le monde apporte ses rapports. Pour la complétude, bon!! Elle est à 80 % dans les sites de hautes et moyenne priorité alors qu'elle se situe à 70 % pour les faibles priorités»
Informateur 2	«Nos promptitudes et complétudes ne sont pas bonnes. Elles n'atteignent pas 100 % durant les sept premiers mois»
Informateur 3	« Je n'ai pas de chiffres en tête, mais, je peux simplement vous dire que nos promptitudes et complétudes sont toutes au vert citron. Bien évidemment le challenge est d'aller au vert foncé»
Informateur 4	«À ce niveau, nous disons pour parler de promptitude, le district étant essentiellement rural, et enclavé, il est donc non accessible au réseau électrique et téléphonique, les responsables ne peuvent pas transmettre les rapports par téléphone. Ce qui fait que la promptitude est de 15%, et la complétude de 69% pour jusqu'à la 29 ^{ème} semaine épidémiologique c'est-à-dire le septième mois. »
Informateur 5	«Par rapport à la promptitude nous sommes à 48 %, et une complétude de 86 %»

La **promptitude** renvoie aux délais requis et prescrits pour l'acheminement des informations collectées. La **complétude** quant à elle désigne la totalité des informations devant être acheminées au niveau appropriés. Ces indicateurs ne sont pas bonnes dans l'ensemble. En effet, lors des différents entretiens, l'**informateur 4** d'un district de santé, «A ce niveau, nous disons pour parler de promptitude, le district étant essentiellement rural, enclavé et donc non accessible au réseau électrique et téléphonique, les responsables ne peuvent pas transmettre les rapports par téléphone. Ce qui fait que la promptitude est de 15%, et la complétude de 69% pour jusqu'à la 29^{ème} semaine épidémiologique c'est-à-dire le septième mois. »

Item 3 : Comment jugez-vous la qualité des données collectées dans votre district de santé ?

Informateurs	Réponses
Informateur 1	« les données que les fosa apportent au DS, ont beaucoup de problèmes. Parfois ils ne remplissent pas tous les espaces cela nous fait perdre certaines informations»
Informateur 2	«puff! Hélas, Pour être honnête, les données collectées dans nos fosa ne sont pas très bonnes. Les responsables les remplissent peut-être avec beaucoup de précipitation, je me dis. Parfois, il y'a des espaces vides, et des informations non exploitables»
Informateur 3	« Les données collectées aussi bien dans le cadre de la SBE que dans la SIMR ont beaucoup de problèmes surtout sur leur versant qualité. Cela commence par une forte proportion de données manquantes et ensuite les incohérences. Nous essayons évidemment tant bien que mal d'inverser la tendance »
Informateur 4	«pour ce qui est de la qualité des données, nous pouvons dire que c'est un problème qui s'améliore. Il y'a tout de même quelques soucis. Certains oublient de mentionner la semaine épidémiologique, d'autres, le nom de la formation sanitaire qui transmet le rapport et la notification zéro»
Informateur 5	«En ce qui concerne la qualité des données, 36 % sont de mauvaise qualité, 28 % seulement sont bonnes et le reste est acceptable. Cette mauvaise qualité fait allusion à un mauvais rapportage, à la discordance, et les données manquantes, qui se vérifient par l'absence de la notification de la mention zéro»

On parle de **«données de qualités»** lorsque celles-ci peuvent fournir une information épidémiologique fiable, valide et donc utile pour la prise de décision opérationnelle ou stratégique. Les données collectées dans les FOSA sont diversement appréciées. **L'informateur 4** «*Pour ce qui est de la qualité des données, nous pouvons dire que c'est un problème qui s'améliore...*» propos opposés à ceux de **l'informateur 5**, qui estime que **«En ce qui concerne la qualité des données, 36 % sont de mauvaise qualité, 28 % seulement sont bonnes et le reste est acceptable. Cette mauvaise qualité fait allusion à un mauvais rapportage, à la discordance, et les données manquantes, qui se vérifient par l'absence de la notification de la mention zéro»**.

Item 4 : Parlez-nous du personnel à votre disposition pour les activités de surveillance épidémiologique.

Informateurs	Réponses
Informateur 1	« Certains personnels ne maîtrisent pas l'importance de la surveillance, ils la jugent comme inutile et un perd-temps. Ce personnel ne s'implique pas vraiment, mais nous essayons de les brieffer chaque fois lors des supervisions ...même comme cela ne change pas vraiment»
Informateur2	«...le personnel qui est à notre disposition n'est pas qualifié, nous avons pour les trente fosa à peine huit IDE comme chef de CSI, la plupart des chefs de CSI sont les A.S et ATMS. Ce qui rend la compréhension des défis et les enjeux difficiles »
Informateur3	«le problème du personnel est un challenge au Cameroun actuellement. Le personnel se fait de plus en plus rare...La norme voudrait que pour les besoins d'efficience, un personnel qualifié pour 1000 habitants mais actuellement, nous sommes à un personnel pour 7000habitants vous comprenez que le déficit est énorme»
Informateur4	« ...le personnel de la surveillance est constitué des ASC qui travaillent en communauté...des professionnels de santé qui sur le plan qualitatif, sont vieillissants et retraité pour la plupart chez qui l'implication et l'engagement s'amenuisent. sur le plan quantitatif, il y'a une insuffisance énorme.»
Informateur5	«Par rapport à la situation du personnel sur le terrain, vous aller constater que la majorité des fosa est dirigée par un personnel très peu qualifié dont la feuille de route est largement au-dessus de leur qualification et de leur compétence. Nous avons sur vingt-sept fosa, 12 IDE comme chef de centre, le reste les aides-soignants, les infirmiers Brevetés, et les ATMS comme chef de centre »

Le personnel devrait avoir à la fois la compétence juridique et technique. En convoquant ***l'article 104 : (1) du Décret N° 2013/093 du 03 Avril portant organisation du Ministère de la santé Publique***, la Sous-Direction du Développement des Ressources Humaines est chargée entre autre : de la gestion prévisionnelle des effectifs; du suivi de l'adéquation formation/emploi, et l'adéquation Profil/Poste de travail. Les données nous montrent une insuffisance en personnel, ainsi que la non-qualification de l'existant.

Item 5 : Quelles sont les difficultés que vous rencontrez en matière de surveillance épidémiologique?

Informateurs	Réponses
Informateur 1	«Comme difficultés, Il y'a beaucoup plus de problèmes au niveau de la logistique, donc les moyens de déplacement. Le fait que Certains personnels n'intègrent pas l'importance de la surveillance dans leurs activités nous dérange aussi. Certains ASC n'ont pas de téléphone pour la transmission des signaux»
Informateur 2	«Nous sommes dans un district essentiellement rural, ce qui pose les problèmes d'accessibilité, vous pouvez avoir un cas qui demande le prélèvement mais vous ne parvenez pas. Nous faisons une supervision par opportunité et non par planification. Nous ne visitons pas les fosa par niveau de priorité comme prévu, mais lorsqu'une occasion opportunité se présente à cause du manque de moyen»
Informateur 3	«les difficultés sont énormes vous vous en doutez bien. Comme je le disais tout à l'heure, la surveillance implique la SBE et la SIMR, que ce soit l'une ou l'autre cela demande beaucoup de descente sur le terrain. Maintenant les moyens financiers ne suffisent pas, cela rend difficile la mise en œuvre des activités. Couplé au manque de la ressource humaine qualifiée et la logistique»
Informateur 4	«il existe plusieurs difficultés. Le DS comptent 57 fosa, cela rend difficiles les supervisions surtout qu'il y'a un réel problème de ressources financières. Figurez-vous que 18 % de fosa tirent le DS vers le bas, elles ne transmettent pas les rapports malgré tous les rappels à l'ordre et les lettres d'observation. Le problème de réseau téléphonique aurait pu résoudre la difficulté de l'enclavement, malheureusement, il est absent dans la plupart des aires de santé »
Informateur 5	«il y'a d'abord l'éloignement des fosa et l'enclavement. Non seulement elles sont éloignées, elles sont enclavées. Le manque de matériel roulant est un problème, l'insuffisance du personnel qualifié»

L'atteinte des objectifs fixés est mise à rude épreuve par les problèmes d'enclavement ; l'insuffisance des ressources humaines et financières. Ainsi que la couverture insuffisante en réseau électrique et téléphonique.

Item 6 :Quel est le niveau de viabilité de votre district de santé ?

Informateurs	Réponses
Informateur 1	« viabilité !!! Riire...Je ne sais pas,en matière de surveillance ?pour la viabilité du district, nous avons formé les ASC, avec qui nous travaillons sur la surveillance basée sur les évènements. je ne sais pas si c'est la viabilité (riirre). Je ne sais pas si c'est cela la viabilité »
Informateur2	« Nous sommes à la phase de consolidation dans notre district. »
Informateur3	«Le district est à la phase de consolidation, nous avons dépassé la phase de démarrage. Nous élaborons des plans d'action, les suivons et nous les exécutons. Nous ne sommes pas encore à la phase d'autonomie, pour plusieurs raisons : insuffisance des ressources financières, humaines, matérielles et communicationnelles. Je ne veux pas parler d'autres choses. La planification au MSP est up-bottom cela induit beaucoup de chevauchement. le personnel que nous avons travaillé énormément et cela fait que certaines activités sont négligées.»
Informateur4	« le district est enclavé, cela ne rend pas les activités faciles. Certaines fosa sont complètement abandonnées, le personnel est absentéiste, et démotivé. Nous ne pouvons pas les suivre du fait de l'enclavement et manque de moyens financiers et de locomotion. Le DS est donc est tantôt à la phase de démarrage, tantôt au stade de consolidation »
Informateur5	«On peut dire qu'on est à la consolidation, parce que le démarrage a été lancé. La viabilité du district implique aussi un personnel qualifié hors nous n'avons pas le personnel qualifié donc nous ne pouvons vraiment pas avoir des résultats probants»

Dans l'Article 127.- (1)du Décret sus-mentionné, Le District de Santé constitue une entité socio-économique assurant des prestations de bonne qualité accessibles à tous, avec la pleine participation des bénéficiaires. La **viabilisation du district de santé**, renvoie à un processus conduisant chaque district de santé vers une autonomie à la fois technique, économique et institutionnelle. Tous les districts sont à la phase de consolidation. Ils sont encore dans une situation de dépendance économique, technique et institutionnelle qui les empêche d'initier des actions, de les suivre et de les exécuter dans les délais souhaitables.

4.2.3. Thème II : Facteurs communautaires

Item 7 : Comment jugez-vous le niveau d'implication de la communauté dans les activités de surveillance épidémiologique, ainsi que celui des structures de dialogue ?

Informateurs	Réponses
Informateur 1	«La communauté est impliquée dans la surveillance, les ASC ont été formés pour la détection des signaux des événements au niveau communautaire, et ils déposent les rapports d'activités. En ce qui concerne les structures de dialogue, ils ne fonctionnent pas vraiment, ils sont au niveau de la restructuration...»
Informateur 2	«...les structures de dialogue lorsqu'elles existent veulent parfois jouer le rôle de gendarme et de superviseur dans les fosa, ce qui crée des conflits. Autant mieux le dire aussi, certains responsables de CSI ne connaissent pas le rôle des structures de dialogue. Mais nous avons les ASC qui font la SBE, ils ont les problèmes de notification des signaux à cause de l'accessibilité et le manque de moyens téléphoniques»
Informateur 3	«On a un problème au Cameroun actuellement. Les structures de dialogue sont de moins en moins dynamiques, de moins en moins impliquées. Pour nous ici au district, nous avons instruit nos chefs centre de créer des mutuels communautaires basées sur les COSA, et qui ont vocation à se réunir mensuellement. Elles commettent des rapports»
Informateur 4	«pour ce qui concerne la participation communautaire, nous avons un problème à capter les signaux communautaires parce que les ASC disent ne pas voir ce qu'ils gagnent dans les activités. Quant aux structures de dialogue, elles existent sur le papier, elles ne sont pas fonctionnelles dans toutes les aires de santé»
Informateur 5	«franchement deux ou trois Aires de santé sur dix-sept ont des structures de dialogue fonctionnelles. Ces structures de dialogue fonctionnelles ne comprennent même pas vraiment leur missions»

La participation communautaire est mitigée. Le manque de ressources, les conflits de leadership entre cette communauté et les professionnels de la santé seraient à l'origine de la diminution du coefficient d'implication des populations dans les affaires de la santé. Alors que «les communautés doivent prendre une part active dans l'analyse de leurs situations sanitaires ; elles doivent être habilitées et responsabilisées pour pouvoir prendre des décisions au niveau local»(Kondji Kondji, 2005, p.49)

Item 8 : Comment jugez-vous le niveau de collaboration entre le secteur de la santé et les secteurs apparentés, tels que la santé animale, l'éducation...?

Informateurs	Réponses
Informateur 1	<i>«On travaille en collaboration seulement lorsqu'on a les signaux communautaires. C'est à ce moment que nous appelons le délégué du MINEPIA parce que nous faisons la SBE...Dire que nous tenons toujours les réunions de coordination ensemble, non!»</i>
Informateur 2	<i>«En fait, nous travaillons par moment avec les autres secteurs...»</i>
Informateur 3	<i>«Comme je l'ai déjà dit, la SBE est une surveillance communautaire, elle n'est pas discriminatoire. Elle peut partir simplement d'une absence collective à l'école et nous menons des investigations pour comprendre quel est l'événement qui se dissimule derrière un tel absentéisme. Donc tous les secteurs de la vie sont concernés par la SBE, qui est universelle et non plus sectorielle»</i>
Informateur 4	<i>«Hein, bon, du moins! dans la communauté lorsque nous avons les morts d'animaux, comme poulet, nous pensons à une zoonose dans ce cas le secteur de l'industrie animale est sollicité pour plus d'éclairage. Lorsqu'on a des cas de TNN, nous investiguons sur l'itinéraire thérapeutique de la maman, ce qui nous conduit parfois chez les tradi-praticiens avec qui nous collaborons»</i>
Informateur 5	<i>«Si je peux dire un mot à ce niveau, l'année dernière nous avons eu un cas de rage et nous avons fait appel au service du MINENIA qui a acheminé la tête dudit chien à Yaoundé. En ce qui concerne le sous-secteur traditionnel, nous avons la SBE qui intègre tous les secteurs. nous travaillons avec les tradi-praticiens nous en avons formé dix-sept et qui ont des fiches de notification des cas communautaires»</i>

La santé étant considérée comme un bien public commun, l'implication de tous est nécessaire. Cette collaboration se manifeste ici uniquement dans le cadre de la détection des signaux communautaires. En leur absence, la coordination est disjointe et la surveillance est mise à mal.

4.2. PARTIE 2 : RESULTATS DANS LES FORMATIONS SANITAIRES

Dans cette section, il sera question de présenter les résultats obtenus après la collecte des données primaires. Cette présentation s'articule autour de plusieurs niveaux d'analyses : univariée, bivariée et multivariée explicative.

4.2.1. Analyse univariée

L'analyse bivariée nous a aidés à identifier les variables à faible taux de réponse, les variances nulles et les valeurs aberrantes de notre étude. La distribution des modalités des variables dans l'échantillon a ainsi rendu compte des tendances dans notre échantillon. Après la présentation des paramètres de tendance centrale et de dispersion, celles relatives aux variables sociodémographiques, professionnelles, organisationnelles, institutionnelles et communautaires ont été ventilées.

4.2.1.1. Caractéristiques et typologie des structures sanitaires

4.2.1.1.1. Typologie des structures sanitaires

La catégorie de la structure, le secteur d'activités, milieu d'implantation, caractéristiques de fonctionnement. Le sexe, l'âge, et la catégorie professionnelle ont été ventilés dans les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles.

Tableau 6:Caractéristiques des structures de santé

Caractéristiques	Effectif (N)	Proportion(%)
Privé	12	12,50
Public	84	87,50
Total Rural	96	54,55
Privé	33	41,25
Public	47	58,75
Total Urbain	80	45,45
Secteur sanitaire		
Privé	45	25,57
Public	131	74,43
Total	176	100,00
Catégorie de la structure		
CSI/Assimilés	122	69,3
CMA/Assimilés	41	23,3
Hôpitaux de District/Assimilés	13	7,4

Source : Données de terrain, 2019.

L'enquête au sein des formations sanitaires a montré une prédominance des établissements publics qui occupent les trois-quarts du poids de l'échantillon. Cette prédominance se fait ressentir tant bien en milieu urbain avec une proportion d'environ 58,75% qu'en milieu rural où elles représentent plus de trois-quarts du poids total.

De manière plus globale, les établissements sanitaires situés en zone rurale représentent 56,5% de l'ensemble des structures enquêtées contre 45,5% en milieu urbain. Notre enquête a porté sur les Centres de santé intégrés (69,3%) ; les CMA (23,3%) et les Hôpitaux de district (7,4%).

Variables relatives à l'organisation et au fonctionnement des structures sanitaires

Figure 4 : Participation aux réunions de coordinations

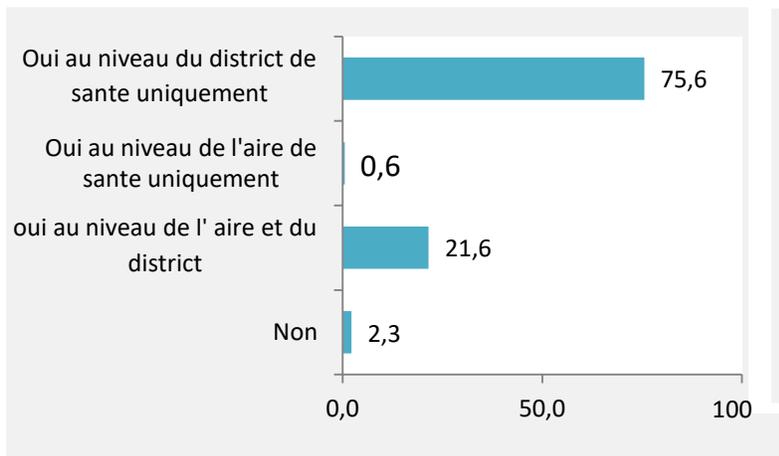
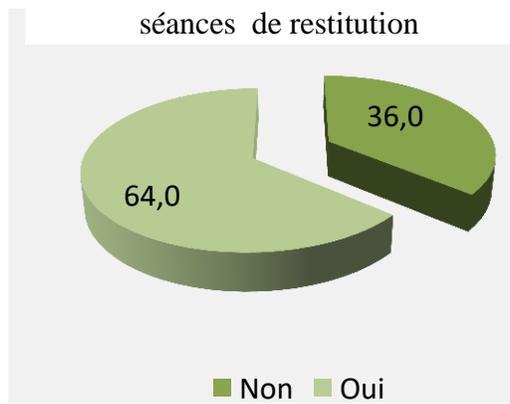


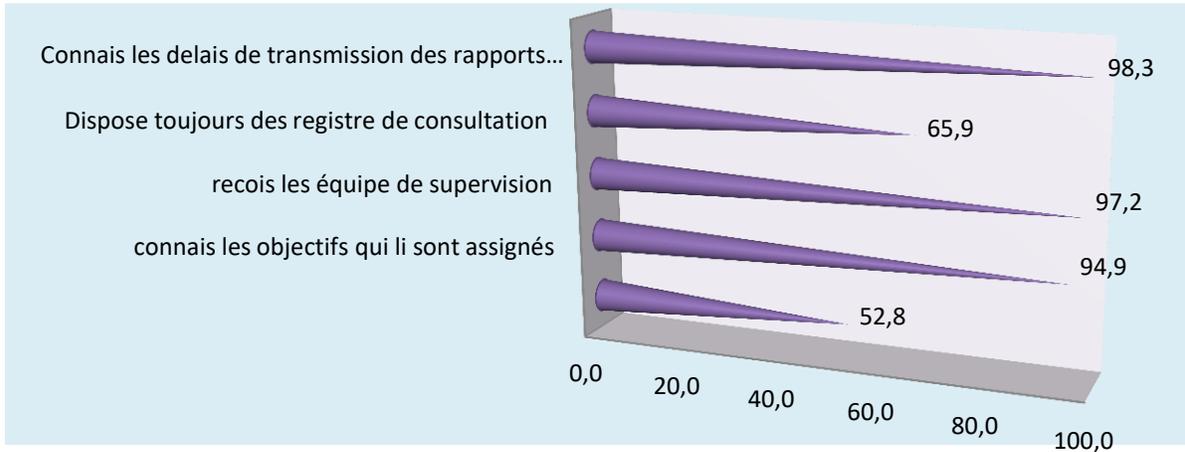
Figure 5: Distribution selon l'organisation des séances de restitution



Source: *Données de terrain, 2019*

2,3% ne participent pas aux réunions de coordination. Parmi celles qui y participent, plus du tiers n'organisent pas à leurs personnels des séances de restitution ou de briefing de manière systématique après chaque réunion de coordination.

Figure 6 : Distribution des formations sanitaires selon quelques caractéristiques de fonctionnement



Source: *Données de terrain, 2019.*

Nous constatons que près de la moitié des responsables en charge de la surveillance épidémiologique n'ont pas été formés sur la gestion informatisée des données sanitaires. Même si la grande majorité maîtrise les délais de transmission des rapports d'activités ; reçoivent les équipes de supervision et ont une idée claire des objectifs qui leurs sont assignés.

✚ Transmission des rapports d'activité à temps (promptitude)

Figure 7: Transmission des rapports d'activité à temps

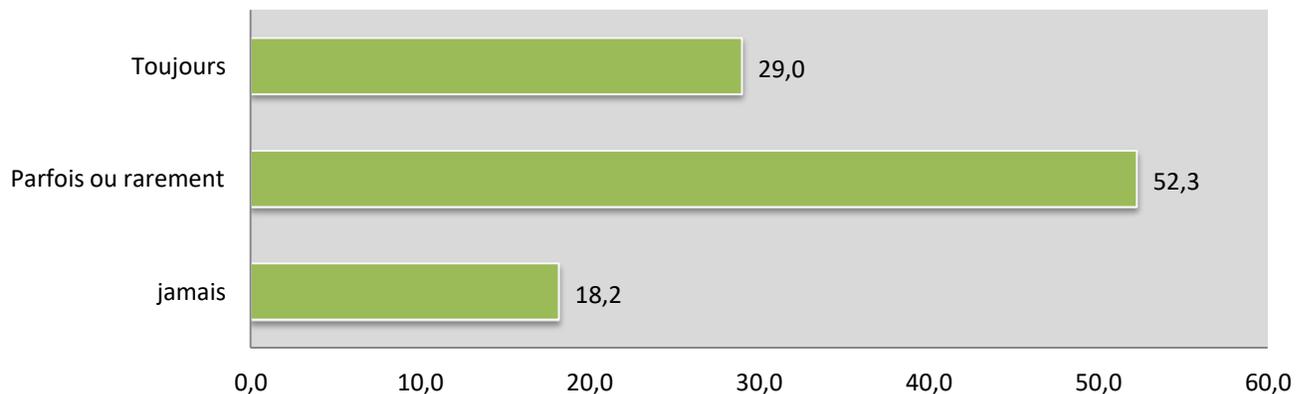


Figure 8: Raisons de la non transmission des rapports d'activité

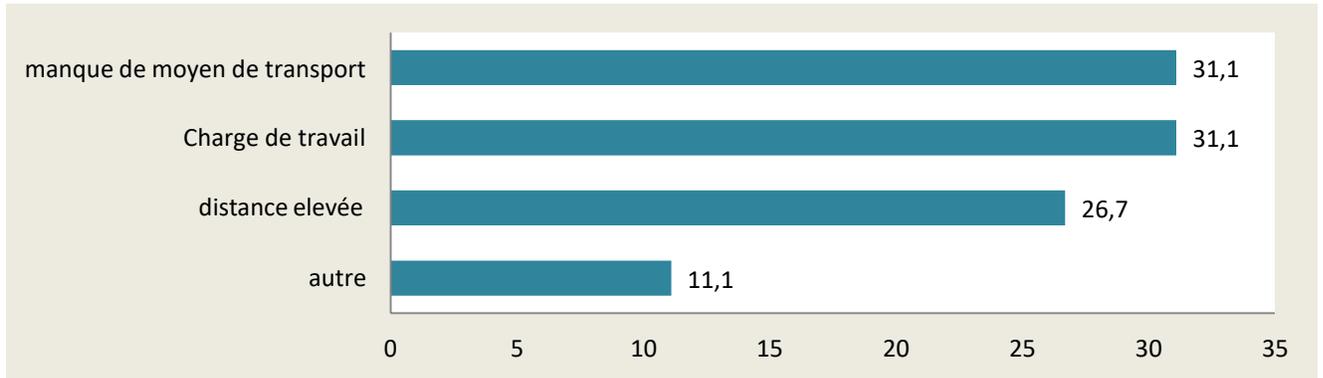
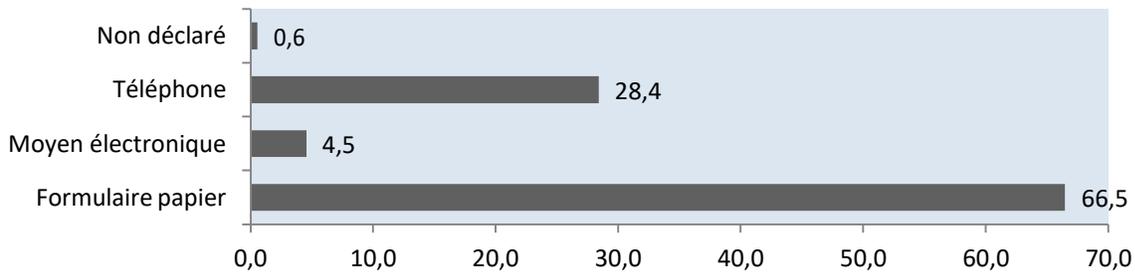


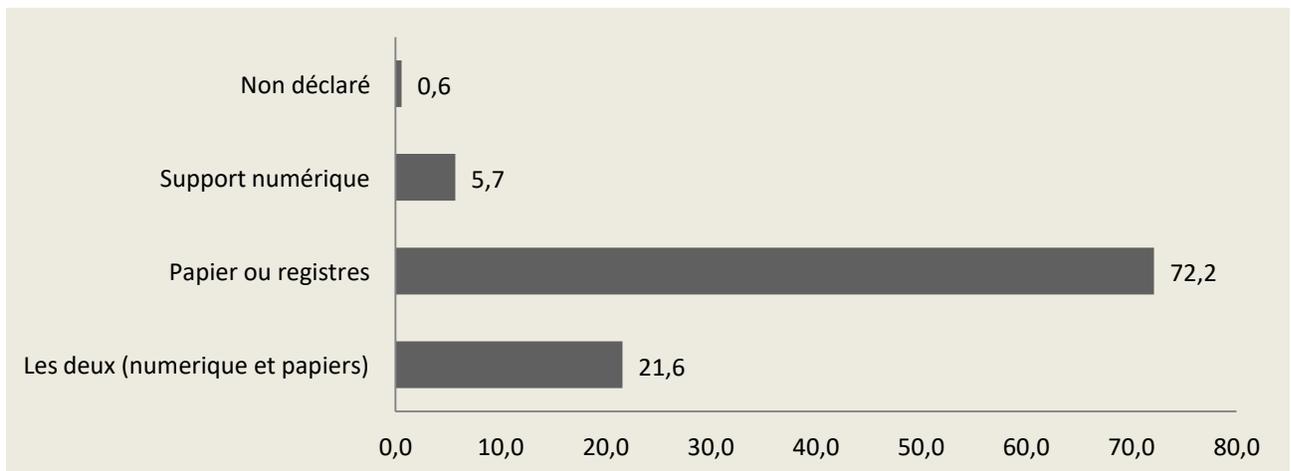
Figure 9: Moyen de transmission des rapports



Source: *Données de terrain, 2019*

- **Conservation des données**

Figure 10: Moyen de conservation des données



Source: *Données de terrain, 2019.*

Le principe de promptitude dans la transmission des rapports est respecté dans plus du quart des formations sanitaires interrogées, tandis que 18,22% environ ne le respectent. Les raisons évoquées ici étant principalement le manque de moyen de transport et la charge de travail ; la distance entre le lieu du dépôt de rapports et les formations sanitaires.

Près des trois-quarts de ces structures sanitaires acheminent toujours leurs rapports d'activités sur les supports biodégradables. Et seulement le tiers fait recours aux moyens électroniques

Pour ce qui est de l'archivage, les données collectées sont conservées aux trois-quarts sur les supports biodégradables en l'occurrence les papiers et les registres ; l'archivage numérique ne représentant qu'une proportion marginale.

- **Variables relatives à la participation communautaire**

Figure 11 : Existence des structures de dialogue

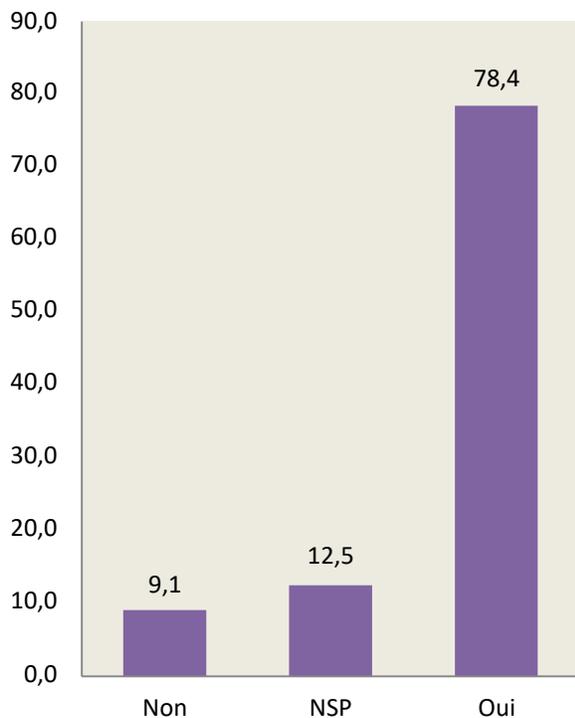
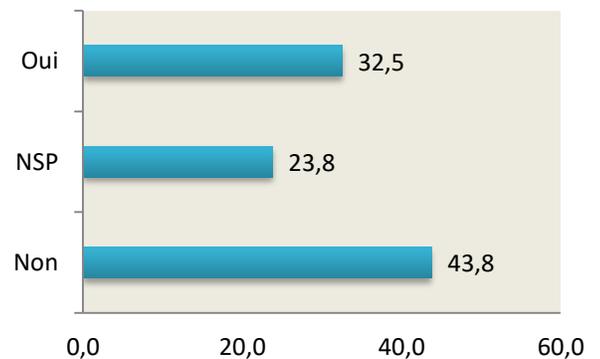


Figure 12: Implication des responsables des structures de dialogue dans les activités de santé



Source: Données de terrain, 2019.

La communauté est représentée dans trois-quarts formations sanitaires par la présence des structures de dialogue. Même si Malheureusement, près de la moitié ne s'impliquent pas de manière effective dans les activités de santé.

- **Variables sociodémographiques et professionnelles des chefs de structures**

Figure 13: Distribution des formations sanitaires selon le sexe de leur responsable

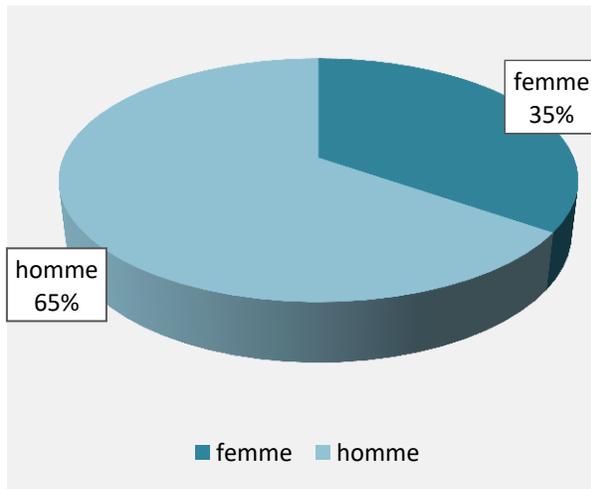
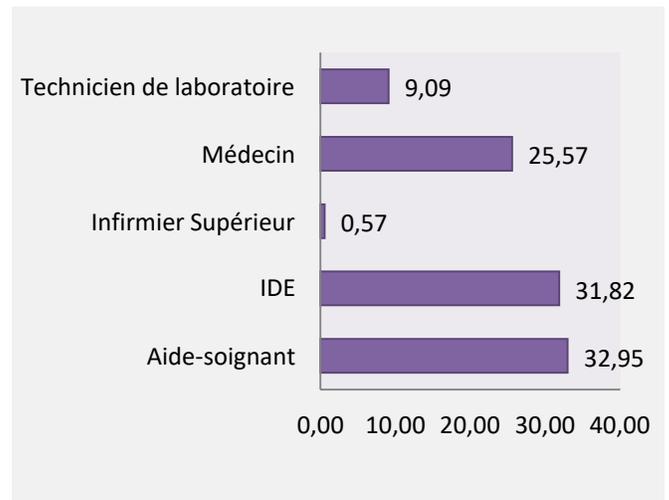


Figure 14 : Répartition des formations sanitaires selon le grade du chef de structure



Source. *Données de terrain, 2019.*

Les responsables des structures sont majoritairement les aides-soignants ; suivis des IDE, et le quart est occupé par les médecins ; les techniciens de laboratoire.

Tableau 7 : Caractéristiques des responsables de structure

Tendance centrale et de Dispersion	Paramètres
Moyenne	45.5
Maximum	66
Minimum	27
Ecart-Type	8,30
Ancienneté professionnelle	
Moyenne	19.70
Maximum	59
Minimum	2
Ecart-type	9.63
Ancienneté dans le district	
Moyenne	10.86
Maximum	32
Minimum	1
Ecart-Type	6,12

Source. *Données de terrain, 2019.*

La moyenne d'âge des chefs de structures est de 45,5 ans, avec une ancienneté professionnelle moyenne de 20 ans. Ils ont passé en moyenne 11 ans dans le district de santé au moment de l'enquête.

- **Caractéristiques des chargés de la surveillance autres que les responsables de structures**

Tableau 8 : Distribution des formations sanitaire selon l'âge du responsable de la surveillance

Tendance centrale et de Dispersion	Paramètres
Moyenne	37.95
Maximum	58
Minimum	21
Ecart-Type	9,13
Ancienneté professionnelle	
Moyenne	12.34
Maximum	34
Minimum	1
Ancienneté dans le district	
Moyenne	8.46
Maximum	30
Minimum	1
Ecart-Type	6,18

Source : **Données de terrain, 2019.**

Le personnel en charge de la surveillance épidémiologique dans la région du Sud-Cameroun a un âge compris entre 21 et 58 ans, avec un écart entre les individus de ± 6.18 . Ce personnel a une ancienneté moyenne de 8.46 années passées dans l'un des DS de la région au moment de l'enquête.

Tableau 9 : Caractéristiques des responsables de la surveillance autres que les chefs de structures

Caractéristiques sociodémographiques	Effectif (N)	Proportion (%)
Sexe chargé de la surveillance		
Femme	41	63,1
Homme	24	36,9
Total	65	100,0
Grade du chargé de la surveillance		
Aide-soignant	33	50,77
IDE	23	35,38
Infirmier Supérieur	1	1,54
technicien de laboratoire	8	
Total	65	100,00
Existence d'un responsable de la surveillance autre que le chef de la structure		
Non	111	63,1
Oui	65	36,9
Total	176	100,0

Source : *Données de terrain, 2019*

La quasi-totalité des formations sanitaires enquêtées ont déclaré effectué de la surveillance épidémiologique. Néanmoins, il est important de noter que dans plus de la moitié, le responsable de la surveillance n'est autre que le responsable de la structure lui-même. Parmi les structures ayant un chargé spécifique de la surveillance épidémiologique, il ressort que plus de la moitié sont des aides-soignants, près du tiers sont des techniciens de laboratoire ; la moyenne d'âge est de 37, 95 ans, avec une ancienneté professionnelle de 12, 34 ans et une durée moyenne de 8,46 années passées dans le même district au moment de l'enquête. Cet échantillon est dominé par les personnels de sexe féminin (63,1%) que masculin (36,9%) soit un sexe ratio (Homme /Femme) de 1,7 3.

4.2.2. Analyse bivariée

Il s'agit dans cette sous-partie de vérifier l'association entre la variable dépendante et chacune des variables indépendantes à partir de la probabilité associée au khi². Le seuil de probabilité critique retenu étant de 5%. On retient que si la valeur de P-value est inférieure à 5%, on rejette H0 (hypothèse nulle) et nous concluons qu'il existe une relation entre les deux variables. Cette section présente donc les variations de l'opérationnalisation de la surveillance épidémiologique et chacune des variables indépendantes de l'étude.

- **Opérationnalisation de la surveillance épidémiologique selon les caractéristiques de la structure de santé**

Tableau 10 : Association entre les variables caractérisant la structure sanitaire et l'opérationnalisation de la surveillance épidémiologique

Variables explicatives	Opérationnalisation de la surveillance épidémiologique			p-value	V-Cramer
	Jamais N (%)	Parfois/rarement N (%)	Toujours N (%)		
Secteur d'activités					
Privé	5(8,9)	30(66,7)	11(24,4)	0,11	0,18
Public	29(22,2)	62(47,3)	40(30,5)		
Milieu de résidence					
Rural	22(22,9)	51(53,1)	23(24,0)	0,12	0,17
Urbain	11(13,8)	41(12,5)	28(51,3)		
Type de la structure sanitaire					
CMA/assimilé	8(19,5)	21(51,2)	12(29,3)	0,054	0,19
CSI/ assimilé	24(20,5)	67(54,9)	30(24,6)		
HD/assimilé	0(0,0)	4(30,8)	9(69,2)		

Source : *Données de terrain, 2019.*

*****Significatif à 1% ; **significatif à 5% ; * significatif à 10%**

Au regard des informations de ce tableau, seul le type de formation sanitaire est réellement associé significativement à l'opérationnalisation de la surveillance épidémiologique au seuil de 10%. Le pourcentage des formations sanitaires expédiant la totalité de leurs rapports de surveillance dans les délais augmente selon la catégorie de la structure. Aussi avons-nous les proportions suivantes CSI

(24,6%) ; un CMA (29,3%) et un HD (69,2%). Donc les HD sont ceux qui opérationnalisent le mieux la surveillance, suivi logiquement des CMA et enfin viennent les CSI.

- **Opérationnalisation de la surveillance épidémiologique selon les variables caractérisant le fonctionnement de la structure**

Tableau 11: Association entre les variables caractérisant le fonctionnement de la structure sanitaire et l'opérationnalisation de la surveillance épidémiologique

Variables explicatives	Opérationnalisation de la surveillance ép démiologique			p-value	V-Cramer
	Jamais N (%)	Parfois/rarement N (%)	Toujours N (%)		
Participation aux réunions de coordination par la structure					
Oui, au District	9 (23,7)	14 (36,8)	15(39,5)	0,00***	0,33
Oui, au niveau de l'AS	20(15,0)	77(57,9)	36(27,1)		
Non	5(100,0)	0(00,0)	(00,0)		
Avoir participé à un séminaire de formation sur la surveillance épidémiologique					
Oui	18(22,8)	34(43,0)	27(34,2)	0,999	0,19
Non	14(15,4)	58(59,8)	24(24,7)		
Implication des structures de dialogue dans les activités					
Oui	8(15,4)	20(38,5)	24(46,2)	0,017***	0,19
Non	11(15,4)	42(60,0)	17(24,3)		
NSP	7(18,4)	24(63,2)	7(18,4)		
Moyen de transmission des rapports					
Formulaire papiers	23(19,7)	73(62,4)	21(17,9)	0,000***	0,61
Moyen électronique	7(14,0)	18(36,0)	25(50,0)		
Distance entre la formation sanitaire et le lieu de dépôt des rapports d'activité					
Moins de 10 KM	2(3,8)	27(50,9)	24(45,3)	0,000***0,33	
11-50 Km	14(15,6)	49(54,4)	27(30,0)		
50 Km et +	16(50,0)	16(50,0)	0(0,0)		
Allocation de transport pour la transmission des rapports					
Oui	1(4,3)	11(4,8)	11(4,8)	0,000***	
Non	31(20,4)	81(53,3)	40(26,3)		

Source. *Données de terrain, 2019.*

Nous constatons que certaines pratiques de fonctionnement des formations sanitaires sont significativement associées à l'opérationnalisation de surveillance épidémiologique. En effet, la participation aux réunions de coordination par la structure a une influence au seuil de 1%. Les formations sanitaires qui participent aux réunions de coordination tant au niveau du district et au niveau

de l'aire de santé ont tendance à mieux opérationnaliser la surveillance (35,5%) que celles qui participent à ces réunions uniquement au niveau du district (27,1%) et ceux ne participant pas à ces réunions (100,0%). L'organisation des séances de débriefing dans les formations sanitaires a également une influence significative sur la variable dépendante. Nous avons 34,2% des structures organisant ces séances de recyclage opérationnalisent la surveillance contre 24,7% chez celles qui ne le font pas. Le moyen de transmission des rapports impact significativement la promptitude. En effet, la moitié des structures de santé transmettant leur rapport par voie électronique le vont dans les délais contre seulement 27% chez celles utilisant le formulaire papier. L'implication des responsables des structures de dialogue lorsqu'elles existent dans les activités de la formation sanitaire impacte également la variable dépendante. En effet, 46% des structures qui bénéficient de cette implication opérationnalisent mieux la surveillance contre 24% chez celles ne bénéficiant pas de cet avantage. Les structures de santé proches de leur lieu de dépôts des rapports d'activités ont tendance à mieux opérationnaliser la surveillance épidémiologique que celles qui en sont éloignées.

- **Opérationnalisation de la surveillance épidémiologique selon les caractéristiques du chef de structure**

Tableau 12 : Association entre variables caractérisant le chef de structure et l'opérationnalisation de la SE

Variables explicatives	Opérationnalisation de la surveillance épidémiologique			p-value	V-Cramer
	Jamais	Parfois/rarement	Toujours		
	N (%)	N (%)	N (%)		
Age du chef de structure					
41-50ans	12(16,7)	40(55,6)	20(27,8)	0,425	0,13
41-50ans	12(16,7)	40(55,6)	20(27,8)		
50 ans et +	13(27,5)	22(43,1)	15(29,4)		
Sexe du Chef de Structure					
Femme	8(12,9)	33(54,1)	20(32,8)	0,19	
Homme	25(21,7)	59(51,3)	31(27,0)		
Ancienneté professionnelle du chef de structure					
Moins de 10 ns	3(8,1)	23(62,2)	11(29,7)	0,13	0,17
11 à 50 ans	10(14,5)	35(50,7)	24(34,8)		
50 ans et plus	20(28,5)	34(48,6)	16(22,9)		
Le responsable de la surveillance a suivi une formation en surveillance					
Non	10(12,2)	55(67,1)	17(20,7)	0,000***	0,73
Oui	22(23,7)	37(39,8)	34(36,6)		

Source. *Données de terrain, 2019*

***Significatif à 1% ; **significatif à 5% ; * significatif à 10%

Nous constatons d'après le tableau ci-dessous que le sexe du chef de structure, son âge et son ancienneté professionnelle n'influencent pas de manière significative l'opérationnalisation de la surveillance épidémiologique. En revanche, le fait qu'il ait suivi une formation en surveillance épidémiologique ou pas l'impact au seuil de 1%

4.2.3. Statistique du V cramer : force de l'association

Le V de Cramer permet de comparer l'intensité du lien entre les deux variables étudiées. Plus V est proche de zéro, moins les variables étudiées sont dépendantes. Plus V est proche de 1, plus la liaison est forte. V cramer <0,10 : relation d'intensité nulle ou très faible ; V cramer ≥0,10 et <0,20 : relation

d'intensité faible ; $V_{\text{cramer}} \geq 0,20$ et $< 0,30$: relation d'intensité moyenne ; $V_{\text{cramer}} \geq 0,30$: relation d'intensité forte.

Tableau 13 : Intensité de la relation entre les variables significativement associées à l'opérationnalisation de la surveillance épidémiologique dans les DS du sud

Variables significativement associées à l'opérationnalisation de la SE	V cramer
Participation aux réunions de coordination	0,33
Existence et implication des structures de dialogue	0,19
Transmission électronique des rapports d'activités	0,61
Distance par rapport au lieu de dépôt des rapports	0,33
Participation à un séminaire sur la surveillance épidémiologique	0,73

Source. *Données de terrain, 2019.*

La nature du moyen de transmission des rapports d'activités et la participation à un séminaire de surveillance par le surveillant épidémiologique influencent fortement l'opérationnalisation de la surveillance épidémiologique.

4.2.4. Analyse explicative multivariée

Le modèle final de notre analyse est en adéquation avec les données (Plus-value/significativité = 0.0000) ; ce qui signifie que les résultats tirés de l'exploitation de la base sont significatifs pour tenir lieu des facteurs influençant l'opérationnalisation de la surveillance épidémiologique. Ces facteurs ont été identifiés à partir de la commande « **Logit** » mis ensemble les modalités des variables (dépendante et indépendantes) préalablement dichotomisées et à faible poids. Les modalités des variables fortement représentées constituant la modalité de référence. Seules les modalités ayant une valeur significative au seuil de 5% sont constituées comme des déterminants. L'interprétation se fait à l'aide des « Odds Ratio ». Notons que les résultats subséquents sont interprétés « *Ceteris Paribus* » ou « toute chose égale par ailleurs » ; c'est-à-dire que l'influence d'une variable est analysée en gardant les effets des autres variables inchangés. Le tableau ci-dessous récapitule les variables les résultats obtenus à tous les seuils de significativité ***Significatif à 1% ; **significatif à 5% ; * significatif à 10%, en gardant toutefois à l'esprit que le seuil de 5% est celui retenu pour cette étude

Tableau 14: Régression logistique des facteurs associés à l'opérationnalisation de la surveillance épidémiologique dans les districts de santé de la région du Sud-Cameroun

Modalités de Variables	Odds Ratio	IC à 95%	p-value
Hôpital Privé	0,63	0,107-3.75	0,617
Milieu de travail			
Urbain	0,64	0,14-2,96	0,577*
Type de FOSA			
HD/Assimilés	73,90	1,88-2902	0.022**
CMA/Assimilés	8,35	0,729-95.62	0.088*
Sexe du chef de structure			
Femme	0,24	0,31-14,93	0.434
Sexe du chargé de surveillance			
Femme	0,24	0,04-0,13	1,539
Age du chef de structure			
Femme	1,24	0,97-1,58	0,079
Age du chargé de la surveillance	0,87	0,76-1,00	0,050**
Ancienneté du chargé de surveillance	1,04	0,90-1,20	0,533
Existence d'un surveillant épidémiologique autre que le chef de structure			
Non	0,06	0,0044-0,93	0,045**
Grade du chef de structure			
Aide-soignant	2,59	0,24-27,31	0,428
Médecin	0,20	0,009-4,37	0,31
Technicien de Laboratoire	0,20	0,006-6,46	0,36
Ancienneté du chef de structure	1,01	0,90-1,13	0,80
Corps de métier du surveillant épidémiologique			
IDE	1,35	0,18-9,92	0,766
Technicien de Laboratoire	41,01	2,16-776,6	0,013**
Moyen de transmission des rapports d'activités			
Moyens électroniques	11,58	2,36-56,8	0,003***
Distance avec le lieu de dépôt de rapport	0,92	0,88-0,97	0,002***
Allocations de frais de transports pour la transmission des rapports			
Oui	3,24	0,57-18,38	0,184
Le surveillant épidémiologique a été formé sur la surveillance			
Oui	1,47	0,35-6,12	0,59

Source. *Données de terrain, 2019.*

De manière globale au niveau explicatif, parmi les variables que nous avons mobilisées dans notre étude pour expliquer le phénomène de l'opérationnalisation de la surveillance épidémiologique, celles retenues

ci-après sont statistiquement significatives au seuil retenu : la Catégorie de la formation sanitaire, l'âge du Chargé de la surveillance, l'existence dans la formation sanitaire d'un chargé de la surveillance autres que le responsable de la structure, le corps de métier du chargé de la surveillance, le moyen de transmission des rapports et la distance entre la formation sanitaire et le lieu de dépôt des rapports d'activité.

- **La catégorie de la formation sanitaire**

Les Hôpitaux de Districts sont ceux qui opérationnalisent le mieux la surveillance épidémiologique. En effet, ils ont 73,9 fois plus de chance que les CMA et CSI avec des estimés de risque OR=73.9 ([95% IC: 1.88 - 2902]; P= 0,022)

- **L'âge**

D'après les résultats, la surveillance épidémiologique se dégrade en fonction de l'âge de la personne en charge, de 0,13 fois/année supplémentaire 0,13 OR= 0,87 ([95% IC : 0.76-1.0] ; P= 0,050)

- **La charge de travail**

Les structures sanitaires ayant un chargé de la surveillance autre que le responsable de la structure, ont 0.94 fois plus de chance de mieux l'opérationnaliser comparé à celles qui ont un seul individu qui cumule les deux charges. OR= 0,064 ([95% IC : 0.0044 – 0.93] ; P= 0,045)

- **La profession du chargé de la surveillance**

Lorsque le chargé de surveillance était un technicien de laboratoire, le risque de dégradation de la surveillance diminuait de 41 fois. OR= 41.01 ([95% IC : 2,2-776]; P= 0,013)

- **Le moyen de transmission des rapports**

La transmission par moyen électronique des rapports d'activités, augmente de 11 fois la chance mieux opérationnaliser la surveillance dans les formations sanitaires. OR=11,6 ([95% IC: 2,362 -56.8]; P= 0,003).

- **La distance**

Lorsque la distance entre le lieu d'implantation de la formation sanitaire et le lieu de dépôt des rapports d'activités augmente d'un kilomètre, le risque d'affecter négativement la surveillance s'accroît de 0,01 OR= 0,93 ([95% IC: 0,89 -0.97]; P= 0,002).

CHAPITRE 5
SYNTHÈSE ET DISCUSSION DES RÉSULTATS

DISCUSSION DES RESULTATS

Dans cette partie, nous optons pour la méthode de triangulation. La triangulation vise la convergence ou la corroboration des résultats issus de différentes méthodes dans une optique de validation des interprétations. Leur complémentarité, servant justement à conforter, à illustrer ou à clarifier les résultats d'une méthode par ceux d'une autre (Greene, 1989). Cette étude a mis en exergue les facteurs qui interfèrent de manière significative avec l'opérationnalisation de la surveillance épidémiologique dans les districts de santé de la région du Sud-Cameroun.

5.1. Facteurs sociodémographiques

- **Le sexe**

Relativement au sexe, il a été montré dans cette étude qu'il ne discrimine pas l'opérationnalisation de la surveillance. Résultat similaire à celui d'une étude menée dans les districts de santé Nord et Sud de N'Djamena par Mabonon (2017), où il n'a pas été trouvé une association statistiquement significative entre le sexe du responsable de la collecte des données de surveillance épidémiologique et la qualité des données collectées. Le sexe n'a donc aucune influence sur la surveillance épidémiologique dans la région du Sud.

- **L'âge**

Les résultats ont montré que l'âge du chargé de la surveillance épidémiologique discriminait celle-ci au seuil de 5% ($p=0,050$). Toutes choses restant égales par ailleurs, la surveillance se dégrade en fonction de l'âge de son surveillant. Ce résultat est différent de ceux d'une étude similaire réalisée en 2017 dans les districts Nord et Sud de N'Djamena au Tchad par Mabonon qui a montré qu'on a plus de chance d'avoir une meilleure collecte des données lorsque le personnel est ancien. Le phénomène de routine et d'accoutumance pouvant expliquer cet état des choses. En effet, plus le personnel prend de l'âge, plus il sombrerait dans la routine, qui au regard de ces deux résultats contradictoires donne matière à deux interprétations distinctes. Dans un premier temps l'empirisme qui est une source de savoir qui fonde son approche sur l'expérience est non seulement liée à l'âge, mais aussi à l'accoutumance. Dans les théories de l'apprentissage, de filiation empirique, Nkoum (2017), pense que les connaissances sont des savoirs disponibles dans l'environnement que le sujet intègre, connaître dans la perspective empirique c'est aussi et surtout faire une copie du milieu. Le comportement attendu

étant la restitution fidèle des savoirs acquis sans altération. Il semblerait qu'à mesure que les individus prennent de l'âge, le personnel en charge des activités de surveillance ferait plus confiance à l'expérience qu'à la cognition, à l'actualisation de soi et au renouvellement des savoirs qui sont du reste biodégradables. Dans un deuxième temps, l'ancienneté pourrait revêtir des effets pervers qu'il conviendrait de corriger et de contrôler pour installer un comportement qui permettrait d'avoir à l'esprit les avantages de la surveillance épidémiologique au double plan personnel et collectif. Pour la réussite d'un tel dessein, Prochaska, Di Clémente et Nacross (1992) suggèrent de capitaliser sur les relations aidantes l'objectif ici étant de consolider le comportement en envisageant des possibilités évidentes de rechutes en fonction des individus. En effet l'âge peut conduire à la démotivation et à un excès de suffisance inhibant ainsi le processus de remise en question de ses propres savoirs.

- **La profession**

Le corps de métier du chargé de la surveillance affecterait cette dernière. D'après les résultats de cette étude, les techniciens de laboratoire auraient plus de chances de mieux mettre en œuvre les activités de la surveillance épidémiologique que tout autre corps de métier. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les techniques de laboratoire mettent un accent très particulier sur la qualité de l'information clinique issue des tests et son rapportage, et la procédure qui conduit à sa production. C'est sur cette information clinique que repose le diagnostic de certitude qui sera posé en milieu clinique ainsi que les grandes orientations thérapeutiques. C'est donc un corps de métier qui aurait au sens des travaux de Deci et Ryan (2002) sur la motivation, procédé à la régulation intrinsèque des actions guidées uniquement par l'intérêt et le plaisir qu'il y trouve, sans attendre une quelconque récompense externe. Les autres corps de métier chez qui le comportement n'est pas observé ou est mal coordonné, il leur faudrait acquérir de la compétence à travers les rencontres de renforcement des capacités. La compétence pouvant se définir comme étant «la capacité qu'a une personne d'accomplir une tâche donnée. C'est un ensemble de connaissances déclaratives, de connaissances procédurales et d'attitudes qui sont activées lors de l'accomplissement d'une tâche » (Brian, 1997). En plus de la compétence, il y'a l'engagement qui « correspond, dans une situation donnée, aux conditions dans lesquelles la réalisation d'un acte ne peut être imputable qu'à celui qui l'a réalisé » (Joule et Beauvais).

5.2. Facteurs organisationnels

- **La catégorie de la formation sanitaire**

La catégorie de la formation sanitaire influence l'opérationnalisation de la surveillance épidémiologique. En effet, les hôpitaux de district et les centres médicaux d'arrondissement ont une forte probabilité de mieux l'opérationnaliser que les centres de santé intégrés. Ceci pourrait se justifier d'une part par le fait que les CSI de la région du Sud ont à leur tête de manière majoritaire un personnel non qualifié du point de vue technique et juridique. Ce qui corrobore les propos recueillis lors de nos entretiens auprès d'un responsable de district de santé qui reconnaît que « ...le personnel qui est à notre disposition n'est pas qualifié. Nous avons pour les trente formations sanitaires à peine huit IDE comme chef de CSI, la plupart des chefs de CSI sont les Aides-soignants et ATMS. Ce qui rend la compréhension des défis et les enjeux difficiles... ». D'autre part, cela pourrait s'expliquer par la charge de travail dans ces formations sanitaires qui connaissent une insuffisance sur le plan numérique en personnel sanitaire.

L'hôpital étant un lieu de rencontre des civilisations, de synthétisme des sciences sociales et humaines. C'est un système complexe, une entité sociale en interaction dynamique avec le personnel administratif, les services de soins, les patients, les biens qui sont en interrelation et en interdépendance les uns aux autres, organisées en vue d'atteindre un but précis selon Rosny (1995) et Duron (1998) cité par Nkoum. L'hôpital reste selon Mintzberg, une organisation rationnellement complexe dans la perspective administrative et managériale. Pour atteindre les objectifs dans un tel environnement, Mintzberg recommande la division des tâches et la répartition des rôles. Les hôpitaux de quatrième et cinquième catégorie ayant plus de possibilité à le faire, les objectifs de surveillance semblent mieux atteints.

- **Les ressources financières et Humaines**

La problématique de la ressource humaine sur le double plan qualitatif et quantitatif se pose. Nos données montrent que la surveillance était plus dégradée dans les CSI et assimilés où l'on retrouve un fort taux de personnel aide-soignant et techniciens de laboratoire occupant les postes de responsabilité et souvent considéré comme non qualifié. Lors de nos entretiens, un responsable du SSD reconnaît l'existence d'un problème « *le problème du personnel est un challenge au Cameroun actuellement. Le personnel se fait de plus en plus rare. Mais nous faisons avec ce que nous avons. La norme voudrait*

que pour les besoins d'efficience, un personnel qualifié pour 1000 habitants mais actuellement, nous sommes à un personnel pour 7000 habitants... ». Ce manque de ressources semble être un problème pour les pays africains. En effet, une étude similaire réalisée en Tanzanie par Peter Nsubuga en 2002 avait relevé la rareté des ressources financières et matérielles allouées à la surveillance épidémiologique et la riposte doublée d'une insuffisance de personnel formé en épidémiologie. Résultat qui est en congruence avec le constat de l'OMS, (2006) qui estimait que dans le monde, la pénurie est estimée à environ 2,3 millions de médecins, d'infirmiers et de sages-femmes, et à plus de 4,3 millions d'agents de santé au total dans certaines régions, notamment en Afrique sub-saharienne, les effectifs actuels du personnel de santé doivent être augmentés de près de 140 % pour surmonter les crises sanitaires.

Le système de surveillance épidémiologique dans un tel contexte aura beaucoup de mal à atteindre les objectifs escomptés. En considérant ce système de surveillance au sens de Ludwig Von Bertalanffy (1973), comme un ensemble inter-relié d'éléments avec des influences mutuelles et baignant dans un environnement qui joue sur lui, le manque ou l'insuffisance des ressources tant humaines que matérielles, communicationnelles et financières aura un impact sur la mise en œuvre des activités et donc l'atteinte des objectifs. C'est donc un système de surveillance fragilisé du fait de la défaillance de certains de ses maillons les plus essentiels. Pour sauver un tel système, il faudrait de la motivation considérée par le dictionnaire universel (2008), comme un ensemble de facteurs conscients ou inconscients qui déterminent un acte, une conduite.

- **Le moyen de transmission**

Les structures de santé qui transmettent leurs rapports par moyens électroniques ont environ 11 fois plus de chances de mieux opérationnaliser la surveillance épidémiologique par rapport à tout autre moyen. D'autant plus que la même étude a montré l'influence de la distance sur les données de promptitude. L'approche systémique de filiation globaliste dont le physiologiste Ludwig Von Bertalanffy (1973), en est le père fondateur en intégrant les aspects contradictoires du système tels que l'ordre et désordre; le déterminisme et hasard; l'incertitude et la certitude nous permet de mettre en évidence les fenêtres de vulnérabilités et d'opportunités qui existent dans les districts de santé de la région du sud. Il revient dès lors au système de surveillance épidémiologique de prendre des mesures ergonomiques visant à mieux améliorer les pratiques de surveillance pour plus d'efficience et d'efficacité.

- **La charge de travail**

Le fait que le responsable de la structure soit également le responsable de la surveillance augmente le risque de dégradation de celle-ci. C'est le syndrome de l'épuisement professionnel ou le Burn-Out qui est incriminé en filigrane. Pour Stordeur et *al.* (1999), l'épuisement émotionnel réduit la satisfaction au travail et l'implication dans l'organisation, augmente l'absentéisme, et réduit la performance au travail et partant la sous-estimation de certaines activités. Cette assertion est en congruence avec les résultats de notre étude. En effet, un seul individu chargé des activités curatives, préventives et promotionnelles couplé aux responsabilités de son existence ne peut humainement pas remplir ces missions avec le même coefficient d'implication. Face à ce dilemme, la tendance est à privilégier les activités curatives au détriment des aspects préventifs du rôle du soignant. Cette charge du travaille semble avoir une incidence sur la qualité des données collectées c'est ce qu'a reconnu un responsable du SSD« *en ce qui concerne la qualité des données, 36 % sont de mauvaise qualité, 28 % seulement sont bonnes et le reste est acceptable. Cette mauvaise qualité fait allusion à un mauvais rapportage, à la discordance, et les données manquantes* ». Ceci serait la conséquence d'une mauvaise gestion des ressources humaines. Et pourtant, dans l'approche fonctionnaliste de Fayol, la gestion des RH dans un système de santé vise à disposer d'un personnel à la fois qualifié et motivé, équitablement réparti dans l'ensemble du territoire. Pour résoudre ces problèmes, Médard (2001), estime que «la décentralisation est introduite dans le système de santé publique au Cameroun comme un ensemble de technique visant par l'autonomisation des structures de santé, à transformer profondément le comportement dysfonctionnel du personnel sanitaire, médical, et paramédical qui est considéré comme étant à la source de la crise du système de santé ». Tout individu au travail ressentant des besoins qui sont sources de motivation (Maslow, 1943).

5.4. Facteurs communautaires

- **La distance et l'enclavement**

Suivant les données de cette étude issue de la régression binomiale, les formations sanitaires urbaines voient leur risque d'effectuer une mauvaise surveillance épidémiologique diminué de 0,36 fois, par rapport aux structures rurales. En outre, lors de nos entretiens avec les responsables des districts de santé, l'un d'eux a reconnu que« *...Pour parler de promptitude, le district étant essentiellement rural, enclavé et donc non accessible au réseau électrique et téléphonique, les responsables des FOSA ne peuvent pas*

transmettre les rapports par téléphone. Ce qui fait que la promptitude est de 15%, et la complétude de 69% jusqu'à la 29^{ème} semaine épidémiologique... ». Le lien hautement significatif observé entre la distance qui sépare les lieux d'implantation des formations sanitaires et la promptitude montre que lorsque celle-ci augmente d'un kilomètre, le risque d'affecter négativement la surveillance s'accroît. Notamment chez les individus qui transmettent physiquement leurs rapports d'activités. Ceci devrait interpellier tous les acteurs du système afin d'élaborer des stratégies visant à réduire l'influence de la distance sur l'opérationnalisation de la surveillance épidémiologique. Surtout que John Stacey Adams (1960) pense que tout individu au travail observe son environnement afin d'évaluer si le traitement qui lui est réservé est équitable ou non. Il effectue le rapport entre les avantages qu'il retire de son emploi et les contributions qu'il apporte à l'organisation. Prochaska et Di Clémente dans le modèle Trans-théorique de changement recommandent d'adopter les conduites favorables au développement d'un système plus résilient et donc aptes à capter les objectifs. La réussite d'une telle entreprise passe par la mise en commun de plusieurs variables comportementaux. Les interventions thérapeutiques visées ici concernent le passage d'un comportement A non productif pour le système de surveillance à un comportement B utile avec cependant le contrôle des rechutes, des préjugés, la pression de l'environnement et en luttant contre ses propres croyances. Les facteurs à intégrer ici étant de trois ordres : envisager un changement, le planifier, l'amorcer et le consolider

- **Faiblesses du système communautaire**

Faiblesse du système communautaire est tributaire à la dimension économique de la viabilisation des districts de santé laquelle dimension fait référence aux aspects du financement de la santé notamment les processus devant conduire vers leur autofinancement. Il s'agit notamment des mécanismes de collectes des ressources financières, de partage du risque et d'achat de services. Malgré son combat de lutte contre la pauvreté, du fait de son adhésion aux Objectifs du Millénaire pour le Développement et plus récemment aux Objectifs de développement durable, le système de santé camerounais dépend encore entièrement du pouvoir d'achat d'une population elle-même de plus en plus pauvre. La question est de savoir Comment donc pérenniser un système de santé basé sur la précarité? Comment les communautés réussiront-elles à financer ses activités de santé dans un environnement aussi difficile et sous ajustement structurel ? La communauté joue pourtant un rôle important dans la surveillance épidémiologique. En effet, l'analyse descriptive bivariée a montré que l'implication des responsables des structures de dialogue dans les activités de santé impacte également sur

l'opérationnalisation de la surveillance épidémiologique. Hors nous sommes en face d'une communauté qui rencontre plusieurs difficultés qui empêchent l'accomplissement de ses missions. les relations conflictuelles dans le partenariat avec l'Etat. Lors de nos entretiens avec les responsables des COSADI, certains ont reconnu que «... entre le personnel de santé eux-même ils ne s'entendent pas. s'ils ont les problèmes entre eux, avec nous c'est plus grave... ils ont un regard très méchant envers les pharmacies. Ils ne nous intègrent pas parcequ'ils ont peur de perdre leur pouvoir.»etpour d'autres,«...nous avons toujours les problèmes lorsque nous arrivons dans les centres de santé. D'ailleurs nous n'avons presque jamais accès dans les pharmacies, lorsque nous voulons savoir ce que l'argent sert, c'est le silence qui nous répond ».

Au-delà des problèmes conflictuels, il y'a même la participation de la communauté qui est questionnée c'est ce que reconnaît un responsable du CSSD «On a un problème au Cameroun, c'est que les structures de dialogue sont de moins en moins dynamiques, de moins en moins impliquées...». Une étude conduite par le Minsanté (2001) avait relevé comme entrave à la surveillance épidémiologique et de la riposte l'insuffisance de la retro-information ; la faible complétude/promptitude ; le manque de motivation du personnel ; insuffisance qualitative et quantitative du personnel ; une multitude d'outil de collecte ; insuffisance de supervision ; la mauvaise qualité des données ; insuffisance de financement ; mais surtout la non implication de la communauté.

Suite à une vaste étude qualitative, Frederick Herzberg et ses collaborateurs proposent en 1959 le modèle bi-factoriel de motivation. Ils distinguent ainsi les facteurs susceptibles de générer de la satisfaction au travail de ceux qui, au mieux, peuvent conduire à l'absence d'insatisfaction au travail. Les facteurs situés sur l'axe de la satisfaction également appelés motivateurs. Ils sont entre autres les accomplissements et leur reconnaissance, le travail en lui-même, les responsabilités, le développement personnel... Les facteurs situés sur l'axe de l'insatisfaction également qualifiés de facteurs d'hygiène ou d'ambiance, sont la rémunération, les conditions de travail, les relations dans l'organisation. Selon Herzberg, si on veut motiver les individus au travail, il faut jouer sur les facteurs de satisfaction (facteurs motivateurs). Ce sont les facteurs relatifs au contenu du travail : la réussite, la considération, l'autonomie, les responsabilités, l'avancement.

CONCLUSION

La surveillance épidémiologique qui rentre dans le cadre de la prévention et la gestion des crises sanitaires est l'une des missions de tout système de santé. C'est au regard de son importance dans l'atteinte des objectifs de Santé Publique que l'OMS encourage, accompagne et travaille avec ses Etats-membres pour la mise sur pied des systèmes de surveillance plus résilients, adaptés aux réalités locales et capables de répondre de manière efficace et efficiente aux enjeux sanitaires du moment et du futur. La République du Cameroun, Etat-membre de l'OMS qui a pris des engagements allant dans le sens de contribuer à la protection de la santé mondiale, a ainsi adopté un certain nombre de mesure et créé des institutions pour remplir les missions de surveillance épidémiologique. Malheureusement, le fossé reste profond entre ces mesures prises et le fonctionnement de son système de surveillance épidémiologique.

C'est pour mieux contribuer au renforcement de son système de surveillance épidémiologique que nous avons entrepris de mener une étude sur les « Facteurs associés à l'opérationnalisation de la surveillance épidémiologique dans les districts de santé de la Région du Sud-Cameroun ». L'objectif de l'étude étant d'analyser les facteurs associés à cette opérationnalisation.

Pour atteindre cet objectif et répondre ainsi aux défis méthodologiques, nous avons retenu comme question de départ quels sont les facteurs associés à l'opérationnalisation de la surveillance épidémiologique dans les districts de santé de la Région du Sud-Cameroun ?

En partant du postulat que les facteurs associés à l'opérationnalisation de la surveillance épidémiologique dans les districts de santé de la Région du Sud-Cameroun sont d'ordre sociodémographique, institutionnel, organisationnel, et communautaire retenu comme hypothèse, une étude transversale mixte à visée descriptive et analytique a été menée pour la vérification de cette hypothèse auprès de 176 formations sanitaires intervenant dans le processus de surveillance épidémiologique d'une part, et auprès des services de santé de district et les comités de santé de district d'autre part. Il s'agissait précisément des responsables en charge de la surveillance épidémiologique dans les formations sanitaires, les chefs de structures sanitaires, et les présidents des différents COSADI.

Les données quantitatives et qualitatives ainsi collectées ont fait l'objet respectivement d'une analyse statistique et de contenus et les principaux résultats obtenus montrent bien la contribution des facteurs sociodémographiques, institutionnels, organisationnels et communautaires dans l'opérationnalisation de la surveillance épidémiologique dans les districts de santé de la région du Sud-Cameroun.

Ainsi, les facteurs sociodémographiques tels que l'âge et la profession de la personne en charge de cette surveillance ont un impact sur son opérationnalisation. A mesure que la personne en charge vieillit, la surveillance a tendance à se dégrader. Pour ce qui est de la profession, les techniciens de laboratoire ont plus de chance de mieux atteindre les objectifs fixés en matière de surveillance que tout autre corps de métiers de la santé.

Au chapitre des facteurs institutionnels identifiés comme impactant sur l'opérationnalisation de la surveillance : la Catégorie de la formation sanitaire concernée. Les Hôpitaux de quatrième Catégorie (Hôpitaux de District) et de cinquième Catégorie (Centres Médicaux d'Arrondissement) ont une forte probabilité de mieux conduire les activités de la surveillance épidémiologique par rapport aux formations sanitaires de sixième Catégorie. (Centres de Santé Intégrés)

Quant aux facteurs organisationnels, le moyen de transmission des rapports d'activités et la charge de travail ont une influence non négligeable sur l'atteinte des objectifs de la surveillance. Lorsque le processus de rapportage des données intègre les moyens électroniques lors de la transmission des formulaires et autres documents de rapportage, cela agit positivement sur les indicateurs de performance tels que la promptitude et la complétude. Par contre lorsque la formation sanitaire a un individu comme le plus souvent dans les CSI, cela dénature les activités de surveillance et dégrade de ce fait celle-ci du fait de la charge de travail qui expose le professionnel en question au Burn-Out ou épuisement professionnel.

Pour ce qui est des facteurs communautaires, lorsque les structures de dialogue existent dans la communauté et sont opérationnelles c'est-à-dire prennent une part active aux activités de santé en collaboration avec les partenaires sanitaires de l'Etat, la surveillance à base communautaire conduit à l'atteinte des objectifs de surveillance communautaire des événements qui ont un impact certain sur la santé des populations. Sont également concernés les problèmes liés à l'enclavement des voies de desserte et de communication ; le manque ou l'insuffisance de ressources communicationnelles ; humaines et financières dégradent de manière significative la surveillance épidémiologique.

Au regard des résultats de cette étude, l'opérationnalisation de la surveillance épidémiologique dans les districts de santé de la Région du Sud-Cameroun est sous l'influence de plusieurs facteurs. La présente étude a donc le mérite d'avoir contribué à identifier et analyser nombre de ces facteurs. Le fait précisément d'avoir mis en exergue la contribution de l'âge et celle de la charge de travail dans la

dégradation de la surveillance épidémiologique apparaît particulièrement intéressant dans la réorientation de la politique de gestion des ressources tant humaines, que matérielles, financières et communicationnelles. Les politiques visant à susciter la motivation du personnel en situation professionnelle, les mécanismes contribuant à une implication réelle des membres de la communauté dans les activités de santé avec pour légitime finalité d'accroître leur coefficient d'implication autant de nouvelles informations apportées par cette étude.

Bien qu'ayant atteint nos objectifs à travers la confirmation de certaines de nos hypothèses de recherche et le rejet d'autres, notre étude comporte cependant quelques limites. Une enquête exhaustive aurait sans doute permis d'obtenir une meilleure estimation des associations statistiquement significatives entre les variables indépendantes et la variable dépendante de notre étude. Loin de nous donc la prétention d'avoir abordé de manière exhaustive tous les problèmes et aspects soulevés par notre étude, nous laissons le soin aux études ultérieures la possibilité d'explorer les versants aussi variés que porteurs de sens sur le plan heuristique. Ainsi l'intérêt pourrait être porté sur les aspects ergonomiques considérés à juste titre comme des indicateurs non négligeables du point de vue du rendement professionnel.

SUGGESTIONS

PROBLÈMES	CAUSES	CONSÉQUENCES	SUGGESTIONS	ACTEURS
Système de surveillance épidémiologique fragmenté	La verticalité des programmes de santé.	Données abondantes, discordantes et de mauvaise qualité	Création de l'ORE et d'un Service en charge de la surveillance dans les HD	MINSANTE DRSPS
Mauvaise gestion des Ressources Humaines, matérielles	manque de compétence en GRH et la mauvaise utilisation des compétences disponibles	risque important de démotivation du personnel ; conflit multiples et multiformes	Formation des responsables des FOSA en GRH Affectation d'un Epidémiologiste dans chaque HD	MINSANTE LeDRSPS.
Mauvais archivage de données sanitaires	Manque de compétences dans le domaine de l'archivage de la documentation ; La Charge de travail	Mauvaise planification des activités de santé ; Information sanitaire et épidémiologique de mauvaise qualité ;	Affectation des spécialistes de la documentation et des archives dans les HD et SSD ;	MINSANTE Le DRSPS Le SSD
Faiblesse du partenariat Etat-communauté	-Conflit de leadership et de compétences -Non maîtrise du cahier de charge par certains partenaires	Diminution du coefficient d'implication de la communauté Perte communautaire des informations sanitaires	Renforcement du système communautaire	Le CSSD compétent Le DRSP
Insuffisance des Ressources Humaines en quantité et en qualité	La fuite des cerveaux ; politique d'ajustement structurels ayant entraîné l'arrêt de recrutement	Augmentation de la charge de travail ; Risque important de Burn-out.	Appui en RH de qualité ; Encourager la formation continue ; Fidéliser de la RH disponible	MINSANTE DRSPS
Viellissement du personnel de santé personnel non qualifié	Mauvaise politique de recrutement et de GRH ;	Démotivation du personnel Objectifs non atteints	Rajeunissement des effectifs, prise en compte des profils de carrière et de compétence	MINSANTE DRSPS

BIBLIOGRAPHIE

- Abalena, N.(2018) Facteurs influençant la prise en charge des malades mentaux en milieu carcéral : Cas de la Prison central de Yaoundé (Mémoire de Master en Santé Publique Mémoire non publié).Ecole des sciences de la santé. Yaoundé , Centre , Cameroun.
- Abous, A. (2006, Juillet). Projet d'amélioration de la gestion des ressources humaines au centre hospitalier provincial de Tetouan .Royaume du Maroc.
- Alderson , M. (2004). La psychodynamique du travail et le paradigme du stress : une saine et utile complémentarité en faveur du développement des connaissances dans le champ de la santé au travail. *Santé mentale au Québec*, PP. 261-280.
- AFD. (2009, Juillet). Guide national de fonctionnement des structures de dialogue des Districts de Santé. Centre, Cameroun.
- Amesse, F.V.P. (2018). Rapport de présentation de la Région Sanitaire du sud. Ebolowa.
- Atakouma, D. (1999). Etude épidémiologique du recours aux consultations hospitalières d'urgence chez les enfants de moins de 5 ans au Togo. *Revue d'Epidémiologie et de santé Publique* , pp. 47-62.
- Arrêté N°003 /CAB/MSP du 21 septembre 1998 fixant les modalités de création des structures de dialogue communautaire dans les districts de sante.
- Arrêté N°0001/A/MSP/CAB du 16 novembre 1994 précisant les attributions des comites de gestion des formations sanitaires publiques
- Arrêté N°003/MSP/SAB du 16 novembre 1994 fixant les modalités d'attribution des quotes-parts a certains personnels médicaux et paramédicaux exerçant dans les formations sanitaires publiques.
- Arrêté N° 631-CAB-PR du 3 décembre 1987 portant classification des formations sanitaires privées.
- Arrêté n°35-A-MSP/CAB du 8 octobre 1999 fixant les modalités de création d'organisation et de fonctionnement des districts de sante par
- Arrêté N° 631-CAB-PR du 3 décembre 1987 portant classification des formations sanitaires privées.
- Balle, C. (1989), *La sociologie des organisations*, Paris, PUF (Que sais-je ?) ;
- Bernoux Ph. (1986), *La Sociologie des organisations*, Paris, Le Seuil ;
- Balle, C. (1989). *La sociologie des organisations, (Que sais-je ?)* . Paris : PUF.
- Baumann, F. B.-Q. (1988). *Burn out - Quand le travail rend malade*. Lyon: Editions J.

- Bassette, G. Guide pratique de la communication participative pour le développement, les presses de l'Université Laval/CRDI (2004)
- Bradbet, J. (1993). Repenser la gestion des ressources humaines. economica.
- Brouwere, V. D. (2000-2001). Développement des ressources humaines pour la santé,. CIPS.
- Campehoult, Q. E. (1995). *Manuel de Recherche en Sciences Sociales*. Paris: Dunod.
- Côme, D. (2014). *Surveillance épidémiologique fondée sur des indicateurs de santé déclarée: pertinence et faisabilité d'un dispositif à l'échelle locale en santé environnement*. Thèse de Doctorat de Sécurité Sanitaire. HAL.Id. Archives-Ouverte.fr.
- Contandriopoulos A.P; Champagne F; Denis J.L, Avargues M.C., (2000) "L'évaluation dans le domaine de la santé : Concepts et méthodes". Revue d'Epidémiologie et Santé Publique, Vol 48, n°6, Décembre, pp: 517-539.
- Depelteau, F. (2000). la Démarche d'une recherche en Sciences humaines, De Boeck Université
- Décret N° 95/013 du 7 février 1995 portant organisation des services de sante de base en districts de santé.
- Décret n° 2001/145 du 3 juillet 2001 portant statut particulier des fonctionnaires des corps de la santé Publique
- Décret N° 2002/209 du 19 Aout 2002 portant organisation du Ministère de la Sante Publique
- Décret N°68-DF-419 du 15 octobre 1968 fixant l'organisation structurelle et le fonctionnement organique des formations hospitalières et sanitaires du Cameroun
- Diarra T. -1993- Représentations et itinéraires thérapeutiques dans le quartier de Bankoni. In: Se soigner au mali / Brunet-Jailly J. (dir.). Paris : Khartala ; Orstom,
- Diouf P.(2000) Problématique des itinéraires thérapeutiques : approche anthropologique des comportements de recours aux soins en milieu rural sénégalais. DEA de Sociologies, UCAD
- Dufour, B., Ouagal, M. Idriss, A., Maho A., Saboum M., Bidjeh K., Hagggar A., Delafosse A. (1998). Évaluation du réseau d'épidémio-surveillance tchadien : le Repimat. *Épidémiol. Santé anim.*, 33, 133-140.
- Eilstein, D.; Côme, D. ; Motreff, Y.; Pirard, P. ; Catelinois, O.; Isnard, H. Estaquio, C., et Salines, G. (2). Surveillance épidémiologique à une échelle locale santé environnement, Retours d'expérience, éléments pour sa mise en œuvre. en ligne a l'adresse www.invs.sante.fr

- Fassin, D. (2001). La globalisation de la santé. In : Systèmes et politique de santé/ Hours B.(dir.), Médecines du monde, Khartala, 356 p.
- Fassin D., Fassin E. – 1989- La santé publique sans l'Etat ? Participation communautaire et comités de santé au Sénégal. Revue Tiers monde, Vol.30, N°120, p .881-892.
- Francklin, A. (2004). les comportements de recours aux soins en milieu rural au sénégal : le cas des enfant. Dakar, Senegal
- Fournier, P. et Potwin, L.(1995).Participation communautaire et Programmes de santé : les fondements du dogme. *Sciences sociales et Santé*.
- GIZ. (2013, Février). Manuel National Operationnel de mise en place des structures de Dialogue. Ebolowa, Sud, Cameroun.
- Guével, M.R. et Pommer Jeanine. (2012). Recherche par les méthodes mixtes en santé publique: enjeux et illustrations. Revue Santé publique 2012, volume 24.n° 1, pp. 23-38
- International fdereration of the Red Cross. (2017). Surveillance à base communautaire : principes directeurs.
- Institut National de la Statistique du Cameroun (2015). *Annuaire Statistique du Cameroun*. Yaoundé.
- Issa, S. (2019). l'analyse de la politique de la participation communautaire à la santé au Burkina Faso. *Faso.net* , 22-32.
- Institut National de la Statistique du Cameroun(2015). Rapport national sur les objectifs du millenaire pour le developpement en 2015. [http:// www.statistics-Camereroon.org/news.php](http://www.statistics-Camereroon.org/news.php)
- Kleinmann cite par Coppo P., Pisani L., Keita A. -1992- Perceived morbidity and health behaviour in a Dogon community. *Social science and Medicine*, vol.34, n°11, p.1227-1235.
- Kondji Kondji, D. (2005). Politiques et systèmes de santé. Yaoundé : Imprimerie Saint Paul .
- Last, J. (2001). A dictionary of epidemiology. *4 th edition*. Oxford, Great Britain: Oxford University Press.
- Leclerc, B.S. (2002). L'épidémiologie contemporaine en crise de paradigme. Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière , pp. 179-198.
- Mabonon,F. (2017). Facteurs inluencant la qualité de la collecte des données sous surveillance épidémiologique dans les districts Nord et Sud de N'djamena : cas de la malnutrition aigue sevère au Tchad. Yaoundé, centre, cameroun. (Mémoire de Master en Santé Publique Mémoire non publié).Ecole des sciences de la santé. Yaoundé , Centre , Cameroun

- Malengreau M. (2005). Organisation des systèmes de santé, Notes de cours ESP Kinshasa.
- Massé, R. (2005). Les fondements éthiques et Anthropologiques d'une participation du public en santé
- Médard, J.F. (2001). Décentralisation du système de santé publique et ressources humaines au Cameroun
- Ministère de la Santé Publique du Cameroun, (2005). *Cadre conceptuel d'un district de santé viable*. Yaoundé.
- Rguig, A.M.(2014). *Analyse critique de la surveillance épidémiologique des maladies évitables par la vaccination au Maroc*. Marrakech.
- Ministère de la Santé Publique du Cameroun (2008). *Rapport d'évaluation du système national d'information sanitaire par l'outil du Réseau de Métrologie Sanitaire*. Yaounde: OMS.
- Ministère de la Santé Publique, République du Cameroun : stratégie sectorielle de sante, Rapport d'Evaluation de sa mise en œuvre en fin 2006. Edition 2008
- Ministère de la Santé Publique, République du Cameroun : stratégie sectorielle de sante 2002-2010. Edition 2002
- Ministère de la Santé Publique : recensement général des personnels du secteur de la santé du Cameroun Décembre 2011.
- Moulki,R. (2004).Analyse d'implantation des observatoires regionaux d'epidemiologie du maroc : Mémoire de Maîtrise en Administration Sanitaire et Santé Publique. Institut National d'Administration Sanitaire
- Naoundangar, D. (2010). Plan de Développement des Ressources Humaines pour la Santé au Tcad. N'djamena, Tchad.
- Ndongo,J.S. et Ongolo-Zogo, P.(2010). Renforcer le système d'Information Sanitaire pour
- Nkoum, B.A (2016). Initiation a la recherche : une nécessité professionnelle: troisième édition. Presses de l'UCAC. Yaoundé-Cameroun
- Nkoum, B.A. (2016). Santé et Développement. yaoundé: Presses de l'UCAC. 3^{ème} édition
- Oakley, P. engagement communautaire pour le développement de la santé :Analyse des principaux problemes, Genève:OMS, 1989, 85 p.
- Okalla, R., et Le Vigouroux, A. (2001). Cameroun : la réorientation des soins de santé primaires au plan national de développement sanitaire. Bulletin de l'APAD, (21).
- OMS. (2001). "Renforcement du système de surveillance épidémiologique et de réponse aux épidémies, Plan d'action 2002-2003", . Rabat.

- OMS. (2001). Genève: Bibliothèque de l'OMS.
- OMS. (2012). Manuel pour la surveillance intégrée des maladies d'origine alimentaire dans la région africaine de l'OMS. Brazzaville.
- OMS. (2000). Normes recommandées par l'OMS pour la Surveillance.
- OMS. (1997). Protocole pour l'évaluation des systèmes de surveillance épidémiologique.
- OMS-MSPC. (2001). "Protocole d'évaluation des systèmes nationaux de surveillance et de riposte concernant les maladies transmissibles. Directives pour les équipes d'évaluation.
- OMS-MSP-C, (2011, Février). Guide technique pour la Surveillance Intégrée de la Maladie et de Riposte dans la Région Africaine. Brazzaville, République du Congo.
- OMS (1998). Rapport sur la santé dans le monde, La vie au 21 ème siècle : Une perspective pour tous.
- Onge, J. S. (2002). *Gestion des ressources humaines, étape 3*. Pole D.: PFGSS.
- Patton, M.Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. 2nded. Newbury Park: Sage Publications.
- Ouagal, M. 2014 *Contribution à l'amélioration de l'épidémiologie-surveillance des maladies animales en Afrique francophone de l'ouest et du centre*. Thèse de doctorat en Sciences vétérinaires université de Liège,
- Papoz, L., Bréart, G., Lellouch, J. (1990). Dictionnaire d'épidémiologie. Frison-Roche
- Quivy, R. & V. (1995). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Dunod .
- Reichardt CS, Rallis SF. Qualitative and quantitative inquiries are not incompatible: a call for a new partnership. In: Reichardt CS, Rallis SF, editors. *The qualitative-quantitative debate: new perspectives*. San Francisco: Jossey-Bass; 1994. p.85-92.

WEBOGRAPHIE

- www.Theories-generales-sur-la-motivation-La-motivation-Methodologie-generale.htm
- www.article-theories-de-la-motivation-des-individus-au-travail-46093164.html
 - www.article-les-theories-de-la-motivation-39720003.html
 - www.Les-theories-de-la-motivation.html
 - <http://w3.univ-tlse1.fr/LIRHE/publications/notes/326-00.pdf>
 - http://etab.ac-montpellier.fr/IEN34-15/IMG/ppt/mtp_121005.ppt
 - http://etab.ac-montpellier.fr/IEN34-15/IMG/ppt/mtp_121005.ppt

ANNEXES

ANNEXE 1:Questionnaire

Bonjour Monsieur /Madame, Je suis NDIBI ABANDA Jean, Enquêteur. Nous effectuons une étude sur les Facteurs associés à l'opérationnalisation de la surveillance épidémiologique dans les districts de santé de la région du Sud-Cameroun. Nous voulons échanger avec vous sur ces aspects. L'interview durera une dizaine de minutes. Nous vous rassurons que toutes les informations recueillies seront gardées strictement confidentielles. Puis-je commencer

Q00 : Numéro du Questionnaire :

Section 0 : Identification de l'équipe de recherche

Nom de l'enquêteur..... contact

Nom du superviseur..... contact

Date de remplissage / /

Date de vérification / /

Section 1:Identification de la structure de santé

S1q01 : District de santé S1q03 : Aire de santé

S1q04 : Code structure

S1q05 : Secteur d'activité
(1=Public 2 =privé)

S1q06 : Milieu de travail
(1=Urbain ; 2=Rural)

Type de formation sanitaire

1. Centre de santé intégré
2. Centre médical d'arrondissement
3. Hôpital de District ou Assimilé

	Responsable de la FOSA	Chargé de la surveillance
Q1 : Quel est votre âge ?	_	_
Q2: Sexe 1=Masculin 2=Féminin	_	_
Q3 : votre qualification professionnelle ? 1. Infirmier Supérieur 2. IDE 3. Aide-soignant 4. Médecin 5. Technicien de laboratoire 6. Expert en santé publique 7. Autres.....	_	_
Q4 : votre ancienneté professionnelle	_ _	_ _
Q5 : votre ancienneté dans le DS?	_ _	_ _
QUESTIONS RESERVEES UNIQUEMENT AU RESPONSABLE DE STRUCTURE		
Q6 : la population totale couverte par FOSA ? 1. Oui ; 2. Non	_	Ne rien écrire ici
Q7 :Existe-t-il un responsable chargé de la surveillance dans la FOSA? 1. Oui ; 2. Non	_	Ne rien écrire ici
Q8 : Votre structure participe-t-elle aux réunions de coordination? 1. Oui. 2. Non	_	Ne rien écrire ici
Q9: Après chaque réunion de coordination, existe-t-il des séances de restitution organisées de manière systématique dans votre structure ?1.Oui ; 2. Non	_	Ne rien écrire ici
Q11 : Comment jugez-vous dans l'ensemble les relations que vous entretenez avec votre personnel ? 1=Bonnes, 2=Assez bonnes ; 3=Stable4= Conflictuelles		Ne rien écrire ici
Q12 : avez-vous suivi un séminaire de formation sur la surveillance ?1.Oui ; 2.Non	_	Ne rien écrire ici
Q14: Existe-t-il des SD dans votre communauté ? 1. Oui, 2. Non ; 3.NSP	_	Ne rien écrire ici
Q15: Si oui, fonctionnent-elles correctement ? 1. Oui ; 2. Non ; 3.NSP	_	Ne rien écrire ici
Q16 : Si oui, les responsables de ces SD s'impliquent-ils dans les activités de santé? 1. Oui.2. Non ; 3.NSP	_	
Q17 : Avez-vous régulièrement accès aux informations de l'état-civil telles que les naissances, décès, causes de décès dans votre formation sanitaire ?1.Oui, 2.Non		Ne rien écrire ici

SVP pouvez-vous nous indiquez qui est votre responsable de la surveillance des données, nous souhaitons avoir un entretien avec lui comme nous venons de le faire avec vous?		
QUESTIONS RESERVEES UNIQUEMENT AU RESPONSABLE DE LA SURVEILLANCE		
	Responsable de la FOSA	Chargé de la surveillance
Q18 : Quels sont les événements de santé qui font l'objet de surveillance ? 1. Maladies transmissibles uniquement 2. Maladies non transmissibles uniquement 3. Tous les problèmes de santé 4. Autres _____	Ne rien écrire ici	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q19 : Avez-vous déjà suivi une formation sur la gestion des données sanitaires ? 1.Oui ; 2. Non	Ne rien écrire ici	<input type="checkbox"/>
Q20 :Recevez-vous les équipes de supervision en matière de surveillance ? 1.Oui ; 2. Non	Ne rien écrire ici	<input type="checkbox"/>
Q21 : Si oui, à quelle fréquence ? 1. Jamais, 2. Rarement ; 3.Régulièrement	Ne rien écrire ici	<input type="checkbox"/>
Q22 :Disposez-vous toujours des registres de consultation disponibles ? 1. Oui ; 2. Non ; 3.NSP	Ne rien écrire ici	<input type="checkbox"/>
Q23 :Disposez-vous toujours des formulaires de collecte et de transmission des données ? 1. Oui ; 2. Non	Ne rien écrire ici	<input type="checkbox"/>
Q24 : Comment conservez-vous les données collectées dans votre structure ? 1. Support numérique ; 2.Papier ou registres ; 3. autres	Ne rien écrire ici	<input type="checkbox"/>
Q25 : Connaissez-vous les délais de transmission des rapports d'activités? 1.Oui ; 2.Non ; 3.NSP	Ne rien écrire ici	<input type="checkbox"/>
Q26 :Transmettez-vous vos rapports d'activités dans les délais ? 1. Toujours ; 2. Assez souvent ; 3. Parfois	Ne rien écrire ici	<input type="checkbox"/>
Q27 Qu'est-ce qui vous empêche de les transmettre dans les délais ? 1. Charge de travail ; 2. Distance par rapport au lieu de dépôt ; 3. Autres.....	Ne rien écrire ici	
Q27 : Quel principal moyen de transmission des rapports utilisez-vous ? 1. Formulaire papier ; 2. Téléphone ; 3. électronique ; 4. autres _____	Ne rien écrire ici	<input type="checkbox"/>
Q28 Comment jugez-vous les relations que vous entretenez avec votre supérieur hiérarchique chez qui les rapports d'activités sont acheminés ? 1=Bonnes ; 2=Assez bonnes ; 3=Stable ; 4= Conflit	Ne rien écrire ici	<input type="checkbox"/>

Q29 : Après transmission de vos rapports, recevez-vous en retour des informations venant de votre supérieur au sujet du devenir des informations transmises ? 1. Toujours ; 2. Assez souvent ; 3. Parfois	Ne rien écrire ici	<input type="checkbox"/>
Q30:Distance par rapport au lieu de dépôt des rapports (En Km) Si moins d'un KM marquez 000	Ne rien écrire ici	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q31 : Cette distance constitue-t-elle un obstacle à la transmission de vos rapports d'activités ? 1. Oui ; 2. Non	Ne rien écrire ici	<input type="checkbox"/>
Q32 : Bénéficiez-vous des allocations de transport lors de la transmission de vos rapports d'activités ? 1. Oui ; 2. Non	Ne rien écrire ici	<input type="checkbox"/>
Q33: Bénéficiez-vous des encouragements de la part de votre hiérarchie relative à vos activités ?	Ne rien écrire ici	<input type="checkbox"/>

ANNEXE 2: RESPONSABLES DU DISTRICT DE SANTE



UNIVERSITE CATHOLIQUE D'AFRIQUE CENTRALE
ECOLE DES SCIENCES DE LA SANTE

GUIDE D'ENTRETIEN

Le guide d'entretien que nous vous administrons est anonyme, confidentiel. Votre identité ne sera pas déclinée, sentez-vous à l'aise et répondez librement aux questions

Thème 0 : Données sociodémographiques

Sexe.....
Age.....
Statut matrimonial.....
Qualification professionnelle
Poste de responsabilité.....
Ancienneté dans la fonction.....

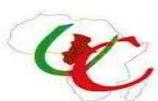
Thème I : Données relatives aux facteurs organisationnels

1. Pourriez-vous nous parler de l'organisation de votre système de surveillance épidémiologique, ainsi que vos stratégies en la matière ?
2. Parlez-nous de la Promptitude, et la Complétude dans votre DS
3. Comment jugez-vous la qualité des données collectées dans votre district de santé?
4. Parlez-nous du personnel à votre disposition pour les activités de surveillance épidémiologique
5. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez en matière de surveillance épidémiologique ?
6. Quel est le niveau de viabilité de votre district de santé ?

Thème II: Données relatives aux facteurs communautaires

7. Comment jugez-vous le niveau d'implication de la communauté dans les activités de surveillance épidémiologique ?
8. Comment jugez-vous le niveau de collaboration entre le secteur de la santé et les secteurs apparentés, tels que la santé animale, l'éducation...?

ANNEXE 3 : RESPONSABLES DES COSADI



UNIVERSITE CATHOLIQUE D'AFRIQUE CENTRALE

ECOLE DES SCIENCES DE LA SANTE

GUIDE D'ENTRETIEN

Le guide d'entretien que nous vous administrons est anonyme, confidentiel. Votre identité ne sera pas déclinée, sentez-vous à l'aise et répondez librement aux questions

Thème 0 : Données sociodémographiques

Sexe.....

Age.....

Statut matrimonial.....

Niveau d'étude

Poste de responsabilité.....

Ancienneté dans la fonction.....

Thème I:données relatives aux facteurs organisationnels

1. Pourriez-vous nous parler de vos missions dans le système de santé camerounais ?
2. Comment vous organisez-vous pour atteindre vos objectifs de santé publique ?
3. Participez-vous aux activités de surveillance épidémiologique, et pourriez-vous nous parler de votre politique en la matière ?
4. Comment procédez-vous pour financer vos activités de santé publique ?

Thème II : Données relatives aux facteurs communautaires

5. Quelles sont des difficultés que vous rencontrez dans l'exercice de vos fonctions ?
6. Comment jugez-vous les rapports entre les représentants de la communauté que vous êtes et le personnel de la santé avec qui vous travaillez ?

ANNEXE 4



UNIVERSITÉ CATHOLIQUE D'AFRIQUE CENTRALE
ÉCOLE DES SCIENCES DE LA SANTÉ

NOTICE D'INFORMATION

M. / Mme /Mme.....

Nous vous invitons à prendre part à notre projet de recherche intitulé «*Facteurs associés à l'opérationnalisation de la surveillance épidémiologique dans les districts de santé de la région du Sud-Cameroun*».

Investigateur principal : M. NDIBI ABANDA Jean, étudiant en 2ème année en Master en Santé publique option Épidémiologie à l'Université Catholique d'Afrique Centrale.

N° téléphone : 696610577-675153331-666158811

E-mail : jnabanda89@yahoo.com

Directeur de mémoire : Dr. MBONDJI Ebongue P.

But de l'étude : Analyser les facteurs associés à l'opérationnalisation de la surveillance épidémiologique dans les districts de santé de la région du sud, en vue de contribuer à l'amélioration du système de surveillance. Site de l'étude : Districts de santé de la Région du sud-Cameroun.

Durée de l'étude: l'étude se déroulera pendant 12 mois, allant de janvier à Novembre 2019.

Procédure : après obtention de votre accord, nous vous poserons quelques questions. Les données recueillies seront consignées dans une fiche d'entretien et/ou Questionnaire (avec numéro d'anonymat) et un ordinateur.

Avantages

La participation gratuite à l'étude. En participant à l'étude, vous apporterez des informations utiles pouvant aider à renforcer le système de surveillance

Inconvénients/Risques :

L'étude ne présente pas de risques sinon.

Confidentialité :

Les fiches de collecte des données seront codifiées afin de garantir le caractère confidentiel de l'étude.

ANNEXE 5



UNIVERSITÉ CATHOLIQUE D'AFRIQUE CENTRALE
ÉCOLE DES SCIENCES DE LA SANTÉ

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

Titre du projet : Facteurs associés à l'opérationnalisation la surveillance épidémiologique dans les districts de santé de la région du sud-Cameroun.

Engagement du chercheur

Moi, **NDIBI ABANDA Jean**, Investigateur principal, numéro de téléphone : 666158811675153331, m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation des sujets humains.

Consentement du participant

Je soussigné (e) M., Mme, Mlle.....

Accepte librement et volontairement de participer à l'investigation intitulée:

«Facteurs associés à l'opérationnalisation de la surveillance épidémiologique dans les districts de santé de la région du sud». Étant entendu que l'investigateur m'a informé, a répondu à toutes mes questions, m'a précisé que ma participation est libre, que mon droit de retrait pour cette recherche peut se faire à tout moment et ceci sans me porter aucun préjudice.

J'accepte que les données enregistrées à l'occasion de cette recherche puissent faire l'objet d'un traitement informatisé. Je pourrais exercer mon droit de rectification et d'opposition auprès de ce même investigateur.

Fait à....., le.....

Signature de l'investigateur

Signature du participant

ANNEXE 6 :



UNIVERSITÉ CATHOLIQUE D'AFRIQUE CENTRALE
ÉCOLE DES SCIENCES DE LA SANTÉ

DEMANDE DE CLAIRANCE ETHIQUE

NDIBI ABANDA Jean

Étudiant en Santé Publique/Épidémiologie, niveau II

jnabanda89@yahoo.com

TEL : 675153331-696610577-666158811

À

Monsieur le président du CRERSH-Sud

OBJET : Demande d'une Clairance éthique

Monsieur le Président,

Nous venons auprès de votre haute bienveillance solliciter la délivrance d'une clairance éthique pour nos travaux de recherche intitulés «*Facteurs associés à l'opérationnalisation de la surveillance épidémiologique dans les districts de santé de la région du sud-Cameroun*». En vue de la rédaction d'un mémoire de fin de cycle de Master en Santé Publique option Épidémiologie.

Dans l'attente d'une réponse favorable, veuillez agréer Monsieur le président du CRERSH-Sud,

L'expression de notre très haute considération.

(é) **NDIBI ABANDA Jean**

ANNEXE 7: DEMANDE D'UNE AUTORISATION DE COLLECTE DES DONNEES

UNIVERSITÉ CATHOLIQUE D'AFRIQUE CENTRALE

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA SANTÉ



Yaoundé, le 29 avril 2019

Service des stages

Le Directeur

A

Monsieur le Délégué Régional de la Santé

Objet : Demande d'autorisation d'enquête

Publique du sud à Ebolowa

Monsieur le Délégué,

Nous venons auprès de votre bienveillance solliciter une autorisation d'enquête pour notre étudiant dans votre région sanitaire.

Cette enquête lui permettra de faire une collecte des données pour la rédaction de son mémoire de fin d'étude de Master en santé publique option Epidémiologie. L'étudiant concerné, ainsi que le thème sur lequel il travaille et la période de collecte sont représentés sur le tableau ci-après :

Nom et prénom	Sujet de recherche	Période de collecte
NDIBI ABANDA Jean	Facteurs associés à l'opérationnalisation de la surveillance épidémiologique dans les districts de santé de la région du sud.	02 juin au 17 août 2019

Avec tous nos remerciements, nous vous prions d'agréer, monsieur le délégué, l'expression de nos meilleurs salutations.



Le Directeur

Pr. Benjamin Alexandre NKOUM

sur la route I.S.S.E.A et O.C.E.A.C.
B.P. 1110 Yaoundé tel. 00237 242 096 991
E.mail. contact@ess-ucac.org

ANNEXE 8: AUTORISATION DE COLLECTE DES DONNEES

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix-Travail-Patrie

MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

SECRETARIAT GENERAL

DELEGATION REGIONALE DU SUD

BUREAU DU PARTENARIAT ET DE LA
FORMATION

N° 312/AE/MINSANTE/SG/DRSP/EBWA



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace-Work-Fatherland

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

GENERAL SECRETARIAT

SOUTH REGIONAL DELEGATION

PARTNERSHIP AND FORMATION OFFICE
Ebolowa, le 02 MAI 2019

LE DELEGUE REGIONAL DE LA SANTE PUBLIQUE DU SUD.

A

MONSIEUR LE DIRECTEUR DE L'ECOLE DES
SCIENCES DE LA SANTE DE L'UNIVERSITE
CATHOLIQUE D'AFRIQUE CENTRALE.

Objet : Autorisation d'enquêtes.

Monsieur le Directeur,

Nous accusons bonne réception de votre correspondance relative à l'objet repris en marge.

Y faisant suite, j'ai l'honneur de porter à votre connaissance que je marque mon accord de principe pour une autorisation d'enquêtes dans la Région Sanitaire du Sud menées par l'étudiant **NDIBI ABANDA Jean** en vue de faciliter la rédaction de son mémoire de fin d'études de Master en Santé Publique, option Epidémiologie ; pour la période allant du 02 Juin au 17 Aout 2019.

Par ailleurs, je vous invite au respect scrupuleux de la politique nationale de santé en vigueur dans notre pays et à nous produire à la fin des enquêtes un rapport circonstancié.

Tout en vous rassurant de ma disponibilité à une franche et sincère collaboration, veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes salutations distinguées.



LE DELEGUE,

Dr AMESSE François Vincent De Paul.

Site web: <http://www.minsante.cm> / <http://www.minsante.gov.cm>
Email: drsp_sud@yahoo.fr

ANNEXE 9:CLAIRANCE ETHIQUE

REPUBLIQUE DU CAMEROUN Paix – Travail - Patrie ***** MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ***** SECRETARIAT GENERAL ***** COMITE REGIONAL D'ETHIQUE DE LA RECHERCHE EN SANTE HUMAINE DU SUD *****		REPUBLIC OF CAMEROON Peace – Work - Fatherland ***** MINISTRY OF PUBLIC HEALTH ***** SECRETARY GENERAL OFFICE ***** SOUTH REGIONAL ETHICS COMMITTEE FOR HUMAN HEALTH RESEARCH *****
--	---	---

Décision N°0995FD/MINSANTE/SG/DROS/CNERSH du 19 Septembre 2014 constatant la composition du comité régional d'éthique de la recherche pour la santé humaine du sud

AUTORISATION N°002/CRERSH SUD/SE/2019

CLAIRANCE ETHIQUE

Le Comité régional d'Ethique de la recherche en santé humaine du sud, CRERSH Sud a examiné ce 13 avril 2019, le projet de recherche intitulé: « **Facteurs associés à l'opérationnalisation de la surveillance épidémiologique dans les districts de santé de la région du Sud** » ; Soumis par Ndibi Abanda Jean , Elève à l'école des sciences et de la santé à l'Université Catholique d'Afrique Centrale, sous la direction de Dr MBONDJI Ebongue

Le projet est d'un grand intérêt pratique et scientifique. Sa mise en œuvre permettrait de déterminer les facteurs permettant de renforcer le système de surveillance épidémiologique dans les districts de santé de la région du Sud.

La procédure de recherche présume un projet scientifiquement valide. Elle inclut tous les responsables des districts et membres des équipes cadre des districts intervenant dans la production et ou la compilation des données sanitaires à qui il sera soumis un questionnaire ou une gille d'entretien

Cette procédure n'expose les participants à aucun risque ; toutefois la collecte des informations devrait se dérouler dans le strict respect de la confidentialité en respectant les normes éthiques.

Les CVs des investigateurs les décrivent capables de mettre en œuvre l'étude.

Pour toutes ces raisons, le CRERSH Sud approuve pour une période d'un an, la mise en œuvre de la présente version du protocole.

Le Dr MBONDJI Ebongue est responsable du respect scrupuleux du protocole approuvé dans la région du Sud Cameroun et ne devra y apporter aucun amendement aussi mineur qu'il soit sans avis favorable du CRERSH Sud. Les investigateurs devront admettre toute descente du Comité régional d'Ethique pour le suivi de la mise en œuvre dudit protocole. Le rapport final du projet devra être soumis au CRERSH Sud et aux autorités sanitaires du Cameroun.

La mise en œuvre du projet peut être suspendue en cas de non-respect de la réglementation en vigueur et des recommandations susmentionnées.

En foi de quoi la présente Clairance Ethique est délivrée pour servir et valoir ce que de droit



**POUR LE PRESIDENT ET PAR DELEGATION
LE VICE – PRESIDENT**

Dr Kengne Lot
Médecin Biologiste
HNMC 4062199

ANNEXE 10 : TRANSCRIPTION DES ENTRETIENS

E : Enquêteur ; **Inf.** : Informateur ; **S** : Sexe ; **A.** : Age en année révolue ; **S.M.** : Statut Matrimonial

P.R : Poste de Responsabilité ; **A.P.** : Ancienneté au Poste ; **N.E/P** : Niveau d'étude/ Profession

AF : Ancienneté dans la Fonction ; **QF** : Qualificatif Professionnelle

Inf 1 : **S**: Masculin ; **A**: 41ans ; **SM** : Cel. ; **PR**: président ; **AP**: 05 ans ; **NE/P**: CAP/ ATA

E : *Pourriez-vous nous parler de vos missions dans le système de santé ?*

Inf. 1 : «...Notre mission est d'amener les doléances des populations au niveau du district et des formations sanitaires»

E: *Comment vous organisez-vous pour atteindre vos objectifs de santé publique ?*

Inf. 1 « Nous menons des causeries éducatives pour le changement de comportement aux personnes. Pour nos activités, nous nous réunissons lorsque nous avons le temps, et nous envoyons des rapports de nos activités au district de santé»

E: *Participez-vous aux activités de surveillance épidémiologique, et parlez-nous de votre politique en la matière ?*

Inf. 1 : « Bien-sûr nous participons aux activités de la surveillance épidémiques, nous travaillons avec les orientations du district. Ici nous surveillons les cas de diarrhées, de poliomyélites aussi »

E : *Comment financez-vous vos activités de santé publique ?*

Inf. 1 : « À travers les doléances, surtout avec les mairies qui financent parfois nos activités. Lorsque nous appelons l'État, il dit qu'il n'ya pas l'argent »

E: *Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans l'exercice de vos missions ?*

Inf. 1 : « Comme difficultés, je commence par le manque de moyens financiers qui rend les déplacements difficiles. Les moyens de locomotions aussi ... Il y'a aussi l'enclavement du district qui nous empêche surtout lors des saisons de pluie à participer aux activités loin de nos bases, et les réunions de coordination »

E : *Comment jugez-vous les rapports entre les représentants de la communauté que vous êtes et le personnel de la santé avec qui vous travaillez ?*

Inf. 1 : « Je voulais vous dire que entre le personnel de santé eux-meme ils ne s'entendent pas. s'ils ont les problèmes entre eux, avec nous c'est plus grave... ils ont un regard très méchant envers les pharmacies. Ils ne nous intègrent pas parcequ'ils ont peur de perdre leur pouvoir. Lorsque nous voulons verifier les prix fixés par le FRPSP, ils refusent parcequ'ils veulent augmenter les prix et vendre leurs médicaments. Ce ne sont pas toutes les Aires de sante qui ont ces problèmes certaines collaborent »

Inf 2 : **Données socio-professionnelles et individuelles**

S: féminin ; **A** : 35 ans ; **SM** : Cel. ; **PR**: vice-présidente ; **AP**:03 ans ; **NE/P**: BEPC/ Ménagère

E : *Pourriez-vous nous parler de vos missions dans le système de santé ?*

Inf 2 : « Oui, nous avons beaucoup de mission, comme par exemple chercher les malades pour les demander d'aller à l'hôpital »

E: Comment vous organisez-vous pour atteindre vos objectifs de santé publique ?

Inf 2 : « Nous faisons des réunions, et après, nous écrivons des rapports que nous envoyons au niveau du district »

E: Participez-vous aux activités de surveillance épidémiologique, et parlez-nous de votre politique en la matière ?

Inf 2 : « Effectivement, nous participons aux activités de surveillance même comme nous n'avons pas toujours les moyens pour nous déplacer. Nous cherchons les morts suspects dans le village, les cas de poliomyélite, lorsqu'un enfant a les yeux jaunes aussi »

E: Comment financez-vous vos activités de santé publique ?

Inf 2 : « Puff! Ce n'est pas facile, nous utilisons parfois notre propre argent pour payer le transport, vous comprenez ça! Alors qu'on nous a dit que l'État devait financer tout avec les élites. C'est lorsqu'on a des formations et les séminaires que nous avons un peu d'argent »

E: Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans l'exercice de vos missions ?

Inf 2 : « le manque de considération par les chefs de centre qui n'aiment pas voir les responsables des COSA parce qu'ils pensent que nous voulons les contrôler, nous n'avons pas le matériel de travail, nous n'avons pas beaucoup de séminaires qui peuvent nous permettre d'avoir un peu plus d'argent pour nos activités »

E: Comment jugez-vous les rapports entre les représentants de la communauté que vous êtes et le personnel de la santé avec qui vous travaillez ?

Inf 2 : « Humm!! Nous avons toujours les problèmes lorsque nous arrivons dans les centres de santé. D'ailleurs nous n'avons presque jamais accès dans les pharmacies, lorsque nous voulons savoir ce que l'argent sert, c'est le silence qui nous répond »

Inf 3 : Données socio-professionnelles et individuelles

S: Masculin ; A:45 ans ; SM : Marié. ; PR:président ; AP:06 ans ; NE/P: Probatoire

E: Pourriez-vous nous parler de vos missions dans le système de santé ?

Inf 3: « Nous travaillons à amener les populations à aller consulter lorsqu'ils sont malades pour les empêcher de mourir à la maison. »

E: Comment vous organisez-vous pour atteindre vos objectifs de santé publique ?

Inf 3: « pour mener à bien nos activités, nous suivons un plan d'action que nous avons élaboré »

E: Participez-vous aux activités de surveillance épidémiologique, et parlez-nous de votre politique en la matière ?

Inf 3 : « Nous cherchons les cas de maladies dans les maisons. Par exemple si quelqu'un a les paralysies, si l'enfant qui marchait avant de marche plus, on l'amène dans un centre de santé »

E: Comment financez-vous vos activités de santé publique ?

Inf 3 : « *Nous faisons des plaidoiries auprès des ONG et les Élités pour avoir un peu d'argent, ce n'est pas possible !!, mais pour qu'ils répondent ils prennent trop de temps et parfois nous sommes bloqués pour faire ce que nous avons programmé* »

E:Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans l'exercice de vos missions ?

Inf 3:«*nous ne pouvons pas citer toutes les difficultés que nous rencontrons. Elles sont énormes, les élités ne nous soutiennent pas vraiment, l'État est presque absent financièrement*»

E:Comment jugez-vous les rapports entre les représentants de la communauté que vous êtes et le personnel de la santé avec qui vous travaillez ?

Inf 3 : « *Nous nous efforçons à bien nous entendre en plus cela dépend de la manière que les responsables des COSA abordent les chefs de centre qui sont pour la plupart réticents et réservés en ce qui concerne l'aspect financier* »

Inf 4 : Données socio-professionnelles et individuelles

S: Masculin ; **A :** 36 ans ; **SM :** Cel. ; **P.R:** présidente ; **AP:**03 ans ; **NE/P:** Baccalauréat

E: Pourriez-vous nous parler de vos missions dans le système de santé ?

Inf 4 :«*on participe aux différentes activités de la santé comme porte-parole de la communauté, ainsi, nous supervisons aussi les activités des centres de santé par exemple, les prix des médicaments, et les autres prix des actes dans les centres de santé*»

E:Comment vous organisez-vous pour atteindre vos objectifs de santé publique ?

Inf 4 :«*il y'a un programme d'activités, que nous ne respectons pas toujours pour des difficultés que nous rencontrons. Dans ce plan d'action, nous privilégions les visites domiciliaires*»

E: Participez-vous aux activités de surveillance épidémiologique, et parlez-nous de votre politique en la matière?

Inf 4 : « *Nous participons aux activités de surveillance à travers la surveillance basée sur les événements. Chaque fois que nous remarquons des décès d'animaux dans les villages et quartiers, nous les notifions* »

E:Comment financez-vous vos activités de santé publique ?

Inf 4 : « *En principe nous devons avoir un budget venant de l'État pour nos activités mais hélas, nous ne bénéficions de rien. C'est ce qui fait que les gens ne s'intéressent pas aux activités de la santé ici. Tu ne peux pas abandonner tes business pour venir perdre le temps. Parfois, ce sont les élités qui nous donnent un peu d'argent lorsqu'ils peuvent, mais avec eux c'est aussi difficile parce qu'ils vous trimbalent avant de vous donner quelque chose* »

E:Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans l'exercice de vos missions ?

Inf 4 : « *les difficultés ne manquent pas. Les problèmes que nous rencontrons sont plus financiers. Le manque des finances conditionnent tout. Si vous avez de l'argent vous pouvez résoudre tous les autres problèmes comme les moyens de locomotion* »

E:Comment jugez-vous les rapports entre les représentants de la communauté que vous êtes et le personnel de la santé avec qui vous travaillez ?

Inf 4 : «les rapports entre les humains sont toujours faits de friction, mais nous tombons toujours d'accord après pour le bien de tout le monde. En réalité il y'a beaucoup de méfiance entre les responsables des centres de santé et la communauté que nous représentons »

TRANSCRIPTION DES ENTRETIENS AVEC LES RESPONSABLES DU DS

Inf 1 : Données socio-professionnelles et individuelles

S: féminin ; **A :** 52 ans ; **SM :** Mariée ; **PR:** CBS ; **AF:** 08 ans ; **QF:** Infirmière Breveté

E: *Pourriez-vous nous parler de l'organisation de votre système de surveillance épidémiologique, ainsi que vos stratégies en matière de surveillance ?*

Inf 1: «...nous avons 22 FOSAs sous surveillance, réparties par priorité...les hautes priorités sont visitées une fois par semaine, les moyennes deux fois par mois et les sites de faibles priorité une fois par mois. Nous visitons aussi les tradi-thérapeute, donc les sites sont aussi classés en deux priorités : moyenne et faible classés en fonction du taux de fréquentation et de la spécialisation du tradi-thérapeute...»

E: *Parlez-nous de la Promptitude et la Complétude dans votre DS ?*

Inf 1: « Vraiment ici au district, notre promptitude peut se situer à 90 %. Parce que nous faisons la coordination avant le 05 de chaque mois et tout le monde apporte ses rapports. Pour la complétude, bon!! Elle est à 80 % dans les sites de hautes et moyenne priorité alors qu'elle se situe à 70 % pour les faibles priorités»

E: *Comment jugez-vous la qualité des données collectées dans votre district de santé ?*

Inf 1: « les données que les fosa apportent au DS, ont beaucoup de problèmes. Parfois ils ne remplissent pas tous les espaces cela nous fait perdre certaines informations»

E: *Parlez-nous du personnel à votre disposition pour les activités de surveillance épidémiologique.*

Inf 1: « Certains personnels ne maîtrisent pas l'importance de la surveillance, ils la jugent comme inutile et un perd-temps. Ce personnel ne s'implique pas vraiment, mais nous essayons de les briefer chaque fois lors des supervisions ...même comme cela ne change pas vraiment»

E: *Quelles sont les difficultés que vous rencontrez en matière de surveillance épidémiologique ?*

Inf 1: «Comme difficultés, Il y'a beaucoup plus de problèmes au niveau de la logistique, donc les moyens de déplacement. Le fait que Certains personnels n'intègrent pas l'importance de la surveillance dans leurs activités nous dérange aussi. Certains ASC n'ont pas de téléphone pour la transmission des signaux».

E: *Quel est le niveau de viabilité de votre district de santé ?*

Inf 1: « viabilité !!! Rire... Je ne sais pas, en matière de surveillance ? Pour la viabilité du district, nous avons formé les ASC, avec qui nous travaillons sur la surveillance basée sur les événements. Je ne sais pas si c'est la viabilité (rire). Je ne sais pas si c'est cela la viabilité »

E: *Comment jugez-vous le niveau d'implication de la communauté dans les activités de surveillance épidémiologique ?*

Inf 1: «La communauté est impliquée dans la surveillance, les ASC ont été formés pour la détection des signaux des événements au niveau communautaire, et ils déposent les rapports d'activités. En ce qui concerne les structures de dialogue, ils ne fonctionnent pas vraiment, ils sont au niveau de la restructuration...»

E: *Comment jugez-vous le niveau de collaboration entre le secteur de la santé et les secteurs apparentés, tels que la santé animale, l'éducation...?*

Inf 1: «On travaille en collaboration seulement lorsqu'on a les signaux communautaires. C'est à ce moment que nous appelons le délégué du MINEPIA parce que nous faisons la surveillance basée sur les événements. La dernière fois il y'a eu les décès de porc, nous l'avons également appelé. Dire que nous tenons toujours les réunions de coordination ensemble, non!»

Inf 2: S: Masculin; A :42 ans ; SM : Célibataire ; PR: CBS ; AF:07 ans ; QF: IDE

E: *Pourriez-vous nous parler de l'organisation de votre système de surveillance épidémiologique, ainsi que vos stratégies en matière de surveillance ?*

Inf 2: «...l'organisation du système de surveillance dans notre district n'est pas différent des autres DS, c'est peut-être les stratégies qui diffèrent. Nous attendons les rapports des FOSA chaque lundi matin et avant le 05 de chaque mois. Nous designons les points focaux surveillance dans chaque fosa...»

E: *Parlez-nous de la Promptitude et la Complétude dans votre DS ?*

Inf 2: «Nos promptitudes et complétudes ne sont pas bonnes. Elles n'atteignent pas 100 % durant les sept premiers mois»

E: *Comment jugez-vous la qualité des données collectées dans votre district de santé ?*

Inf 2: « puff! Hélas, Pour être honnête, les données collectées dans nos fosa ne sont pas très bonnes. Les responsables les remplissent peut-être avec beaucoup de précipitation, je me dis. Parfois, il y'a des espaces vides, et des informations non exploitables»

E: *Parlez-nous du personnel à votre disposition pour les activités de surveillance épidémiologique*

Inf 2: «Bon, vraiment le personnel qui est à notre disposition n'est pas qualifié, nous avons pour les trente fosa à peine huit IDE comme chef de CSI, la plupart des chefs de CSI sont les Aides-soignants et ATMS. Ce qui rend la compréhension des défis et les enjeux difficiles »

E: *Quelles sont les difficultés que vous rencontrez en matière de surveillance épidémiologique ?*

Inf 2: «Nous sommes dans un district essentiellement rural, ce qui pose les problèmes d'accessibilité, vous pouvez avoir un cas qui demande le prélèvement mais vous ne parvenez pas. Nous faisons une supervision par opportunité et non par planification. Nous ne visitons pas les fosa par niveau de priorité comme prévu, mais lorsqu'une occasion opportunité se présente à cause du manque de moyen

E: *Quel est le niveau de viabilité de votre district de santé ?*

Inf 2: « Nous sommes à la phase de consolidation dans notre district. »

E: *Comment jugez-vous le niveau d'implication de la communauté dans les activités de surveillance épidémiologique?*

Inf 2: «...les structures de dialogue lorsqu'elles existent veulent parfois jouer le rôle de gendarme et de superviseur dans les fosa, ce qui crée des conflits. Autant mieux le dire aussi, certains responsables de CSI ne connaissent pas le rôle des structures de dialogue. Mais nous avons les ASC qui font la SBE, ils ont les problèmes de notification des signaux à cause de l'accessibilité et le manque de moyens téléphoniques »

E: *Comment jugez-vous le niveau de collaboration entre le secteur de la santé et les secteurs apparentés, tels que la santé animale, l'éducation...?*

Inf 2: «En fait, nous travaillons par moment avec les autres secteurs par exemple, lors de la construction des barrages, les populations ont consommé un poisson dangereux et le secteur de l'industrie animale a été sollicité pour organiser la riposte»

Inf 3: S: Masculin; A :48 ans ; SM : Marié ; PR: CSSD; AF:04 ans ; QF: Medecin

E: *Pourriez-vous nous parler de l'organisation de votre système de surveillance épidémiologique, ainsi que vos stratégies en matière de surveillance ?*

Inf 3: « Bon la surveillance épidémiologique a deux aspects : Il y'a d'abord la SBE qui est universelle, elle n'est pas sectorielle. C'est une surveillance communautaire, cette surveillance est vraiment porteuse parce qu'elle nous permet d'avoir les signaux de manière instantanée. Les signaux communautaires lorsqu'ils sont validés se transforment en évènements épidémiologiques, si les arguments sont en faveur et puis nous organisons la riposte. Nous avons aussi la SIMR qui se fait de manière routinière et passive dans les fosa.»

E: *Parlez nous de la Promptitude et la Complétude dans votre DS ?*

Inf 3: « Je n'ai pas de chiffres en tête, mais, je peux simplement vous dire que nos promptitudes et complétudes sont toutes au vert citron. Bien évidemment le challenge est d'aller au vert foncé»

E: *Comment jugez-vous la qualité des données collectées dans votre district de santé ?*

Inf 3: « Les données collectées aussi bien dans le cadre de la SBE que dans la SIMR ont beaucoup de problèmes surtout sur leur versant qualité. Cela commence par une forte proportion de données manquantes et ensuite les incohérences. Nous essayons évidemment tant bien que mal d'inverser la tendance »

E: *Parlez-nous du personnel à votre disposition pour les activités de surveillance épidémiologique.*

Inf 3: «le problème du personnel est un challenge au Cameroun actuellement. Le personnel se fait de plus en plus rare. Mais nous faisons avec ce que nous avons. La norme voudrait que pour les besoins d'efficience, un personnel qualifié pour 1000 habitants mais actuellement, nous sommes à un personnel pour 7000habitants vous comprenez que le déficit est énorme»

E: *Quelles sont les difficultés que vous rencontrez en matière de surveillance épidémiologique ?*

Inf 3: «les difficultés sont énormes vous vous en doutez bien. Comme je le disais tout à l'heure, la surveillance implique la SBE et la SIMR, que ce soit l'une ou l'autre cela demande beaucoup de descente sur le terrain. Maintenant les moyens financiers ne suffisant pas, cela rend difficile la mise en œuvre des activités. Couplé au manque de la ressource humaine qualifiée et la logistique»

E: *Quel est le niveau de viabilité de votre district de santé ?*

Inf 3: «Le district est à la phase de consolidation, nous avons dépassé la phase de démarrage. Nous élaborons des plans d'action, les suivons et nous les exécutons. Nous ne sommes pas encore à la phase d'autonomie, pour plusieurs raisons : insuffisance des ressources financières, humaines, matérielles et communicationnelles. Je ne veux pas parler d'autres choses. La planification au MSP est up-bottom cela induit beaucoup de chevauchement. Le personnel que nous avons travaillé énormément et cela fait que certaines activités sont négligées.»

E:Comment jugez-vous le niveau d'implication de la communauté dans les activités de surveillance épidémiologique ?

Inf 3: «On a un problème au Cameroun, c'est que les structures de dialogue sont de moins en moins dynamiques, de moins en moins impliquées. Pour nous ici au district, nous avons instruit nos chefs centre de créer des mutuels communautaires basées sur les COSA, et qui ont vocation à se réunir mensuellement. Elles commettent des rapports»

E:Comment jugez-vous le niveau de collaboration entre le secteur de la santé et les secteurs apparentés, tels que la santé animale, l'éducation...?

Inf 3: «Comme je l'ai déjà dit, la SBE est une surveillance communautaire, elle n'est pas discriminatoire. Elle peut partir simplement d'une absence collective à l'école et nous menons des investigations pour comprendre quel est l'événement qui se dissimule derrière un tel absentéisme. Donc tous les secteurs de la vie sont concernés par la SBE, qui est universelle et non plus sectorielle»

Inf 4: S: Masculin; A :32 ans ; SM : célibataire ; PR: CBS ; AF:01 an ; QF: ITGS

E: Pourriez-vous nous parler de l'organisation de votre système de surveillance épidémiologique, ainsi que vos stratégies en matière de surveillance ?

Inf 4:«...Ici, la surveillance se fait à deux niveaux.La SBE en communautaire..., et la SIMR qui se passe dans les Fosa. Les cas sont notifiés au niveau du DS...nous analysons statistiquement les données et suivons leur évolution dans le temps, pour surveiller les seuils des maladies... ensuite les rapports sont acheminés a la DRPS..»

E: Parlez nous de la Promptitude et la Complétude dans votre DS ?

Inf 4: «À ce niveau, nous disons pour parler de promptitude, le district étant essentiellement rural, enclavé et donc non accessible au réseau électrique et téléphonique, les responsables ne peuvent pas transmettre les rapports par téléphone. Ce qui fait que la promptitude est de 15%, et la complétude de 69% pour jusqu'à la 29^{ème} semaine épidémiologique c'est-à-dire le septième mois. »

E:Comment jugez-vous la qualité des données collectées dans votre district de santé ?

Inf 4: «pour ce qui est de la qualité des données, nous pouvons dire que c'est un problème qui s'améliore. Il y'a tout de même quelques soucis. Certains oublient de mentionner la semaine épidémiologique, d'autres, le nom de la formation sanitaire qui transmet le rapport et la notification zéro»

E:Parlez-nous du personnel à votre disposition pour les activités de surveillance épidémiologique.

Inf 4: « *parlant des ressources, le personnel de la surveillance est constitué des ASC qui travaillent en communauté et transmettent les informations au responsable de l'aire de santé, des professionnels de santé qui sur le plan qualitatif, sont vieillissants et retraité pour la plupart chez qui l'implication et l'engagement s'amenuisent; sur le plan quantitatif, il y'a une insuffisance énorme.*»

E:*Quelles sont les difficultés que vous rencontrez en matière de surveillance épidémiologique ?*

Inf 4: « *nous rencontrons plusieurs difficultés. Le DS comptent 57 fosa, cela rend difficiles les supervisions surtout qu'il y'a un réel problème de ressources financières. Figurez-vous que 18 % de fosa tirent le DS vers le bas, elles ne transmettent pas les rapports malgré tous les rappels à l'ordre et les lettres d'observation. Le problème de réseau téléphonique aurait pu résoudre la difficulté de l'enclavement, malheureusement, il est absent dans la plupart des aires de santé »*

E:*Quel est le niveau de viabilité de votre district de santé ?*

Inf 4: « *le district est enclavé, cela ne rend pas les activités faciles. Certaines fosa sont complètement abandonnées, le personnel est absentéiste, et démotivé. Nous ne pouvons pas les suivre du fait de l'enclavement et manque de moyens financiers et de locomotion. Le DS est donc est tantôt a la phase de démarrage, tantôt au stade de consolidation »*

E:*Comment jugez-vous le niveau d'implication de la communauté dans les activités de surveillance épidémiologique ?*

Inf 4: «*pour ce qui concerne la participation communautaire, nous avons un problème à capter les signaux communautaires parce que les ASC disent ne pas voir ce qu'ils gagnent dans les activités. Quant aux structures de dialogue, elles existent sur le papier, elles ne sont pas fonctionnelles dans toutes les aires de santé*»

E:*Comment jugez-vous le niveau de collaboration entre le secteur de la santé et les secteurs apparentés, tels que la santé animale, l'éducation...?*

Inf 4: «*Hein, bon, du moins! Dans la communauté lorsque nous avons les morts d'animaux, comme poulet, nous pensons à une zoonose dans ce cas le secteur de l'industrie animale est sollicité pour plus d'éclairage. Lorsqu'on a des cas de TNN, nous investiguons sur l'itinéraire thérapeutique de la maman, ce qui nous conduit parfois chez les tradi-praticiens avec qui nous collaborons*»

Inf 5: **S:** Masculin; **A :**40 ans ; **SM :** Marié ; **PR:** CBP ; **AF:**06 ans ; **QF:** IP

E: *Pourriez-vous nous parler de l'organisation de votre système de surveillance épidémiologique, ainsi que vos stratégies en matière de surveillance ?*

Inf 5: «*Pour le système de surveillance épidémiologique, nous avons 27 fosa réparties en niveau de priorité dont 04 de haute priorité, 08 de moyenne et le reste de faibles priorité. Pour ce qui est des stratégies, nous les visitons respectivement une fois par semaine, deux fois par mois et une fois tous les mois »*

E:*Parlez-nous de la Promptitude et la Complétude dans votre DS ?*

Inf 5: « *Par rapport à la promptitude nous sommes à 48 %, et une complétude de 86 %*»

E:*Comment jugez-vous la qualité des données collectées dans votre district de santé ?*

Inf 5: « En ce qui concerne la qualité des données, 36 % sont de mauvaise qualité, 28 % seulement sont bonnes et le reste est acceptable. Cette mauvaise qualité fait allusion à un mauvais rapportage, à la discordance, et les données manquantes, qui se vérifient par l'absence de la notification de la mention zéro»

E: Parlez-nous du personnel à votre disposition pour les activités de surveillance épidémiologique.

Inf 5: «Par rapport à la situation du personnel sur le terrain, vous aller constater que la majorité des fosa est dirigée par un personnel très peu qualifié dont la feuille de route est largement au-dessus de leur qualification et de leur compétence. Nous avons sur vingt-sept fosa, 12 IDE comme chef de centre, le reste les aides-soignants, les infirmiers Brevetés, et les ATMS comme chef de centre »

E: Quelles sont les difficultés que vous rencontrez en matière de surveillance épidémiologique ?

Inf 5: «Comme difficultés, il y'a d'abord l'éloignement des fosa et l'enclavement. Non seulement elles sont éloignées, elles sont enclavées. Le manque de matériel roulant est un problème, l'insuffisance du personnel qualifié»

E: Quel est le niveau de viabilité de votre district de santé ?

Inf 5: «On peut dire qu'on est à la consolidation, parce que le démarrage a été lancé. La viabilité du district implique aussi un personnel qualifié hors nous n'avons pas le personnel qualifié donc nous ne pouvons vraiment pas avoir des résultats probants»

E: Comment jugez-vous le niveau d'implication de la communauté dans les activités de surveillance épidémiologique ?

Inf 5 « franchement deux ou trois Aires de santé sur dix-sept ont des structures de dialogue fonctionnelles. Ces structures de dialogue fonctionnelles ne comprennent même pas vraiment leur missions»

E: Comment jugez-vous le niveau de collaboration entre le secteur de la santé et les secteurs apparentés, tels que la santé animale, l'éducation...?

Inf 5: «Si je peux dire un mot à ce niveau, l'année dernière nous avons eu un cas de rage et nous avons fait appel au service du MINENIA qui a acheminé la tête dudit chien à Yaoundé.»

ANNEXE 11: BUDGET ESTIMATIF DE L'ETUDE

Désignation	Quantité	Prix Unitaire (FCFA)	Prix Total
<i>Rédaction du Protocole de recherche</i>			
Rédaction et impression du Protocole de recherche	02	2500	5000
Recherche de la littérature			20.000
Dépôt et demande de clairance éthique	Forfait		10.000
Sous-total 1			35.000
<i>Enquête proprement dite</i>			
Questionnaire	178	100	17.800
Registre	01	5000	5.000
Stylos à bille	06	200	1200
Clé internet	01	20.000	20.000
Guides d'entretien	20	50	1000
Consentement éclairées	200	25	5000
Déplacement de l'enquêteur	Forfait		150.000
Nutrition de l'enquêteur/jour	50	2000	120.000
Hébergement de l'enquêteur/ jour	50	5 000	250.000
Achat de l'application ODK Collect 22.V1. et son installation	Forfait		15.000
Crédit de communication	Forfait		25.000
Sous-total 2			610.000
<i>Traitement des données ; Rédaction et Impression des Mémoires</i>			
Statisticien	01	Forfait	200.000
Recherche documentaire			70.000
Impression du Rapport final	04	10.000	40.000
Sous-total 3			310.000
Correction et rapport final	04	10. 000	40.000
Imprévus			50.000
TOTAL			1.045.000

ANNEXE 12:CHRONOGRAMME DES ACTIVITES

Activités	Echéancier											
	Janv.	Fév.	Mar	Avr.	Mai	Jui	Juil	Aou.	Sept	Oct	Nov.	Déc.
Recherche documentaire												
Rédaction et validation du protocole												
Validation des outils de collecte de données, enquête pilote												
Obtention de l'autorisation d'enquête												
Collecte des données et traitement												
Analyse et interprétation des résultats												
Finalisation, validation, dépôt												
Publication des résultats/ soutenance												

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE.....	II
DÉDICACE	III
REMERCIEMENTS	IV
LISTE DES ABRÉVIATIONS, ACRONYMES ET SIGLES	V
LISTE DES ANNEXES.....	VII
LISTE DES TABLEAUX.....	VIII
LISTE DES FIGURES	IX
RÉSUMÉ	X
SUMMARY	XI
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 :CADRAGE THÉORIQUE DE L'ÉTUDE.....	4
1.1. CONTEXTE DE L'ÉTUDE.....	5
1.1.1. Niveau Mondial.....	5
1.1.2. Niveau Africain.....	6
1.1.3. Niveau Camerounais.....	7
1.2.JUSTIFICATION DU CHOIX DU SUJET	8
1.2.1. Raisons Personnelles	8
1.2.2. Raisons Scientifiques	8
1.3.PROBLÈME	9
1.4.PROBLÉMATIQUE.....	10
1.5.QUESTIONS DE RECHERCHE.....	12
1.5.1. Question de recherche principale.....	12
1.5.2. Questions spécifiques.....	12
1.6.HYPOTHÈSES DE RECHERCHE	12
1.6.1. Hypothèse Principale.....	12
1.6.2. Hypothèses Opérationnelles	13
1.7.OBJECTIFS DE RECHERCHE	13
1.7.1. Objectif Général.....	13
1.7.2. Objectifs Spécifiques.....	13
1.8.INTÉRÊT DE L'ÉTUDE	14

1.8.1. Intérêt scientifique/théorique	14
1.8.2. Intérêt professionnel/pratique.....	14
CHAPITRE 2: REVUE DE LA LITTÉRATURE, CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL.....	15
2.1. REVUE DE LA LITTÉRATURE	16
2.1.1. Généralités sur la surveillance épidémiologique.....	16
2.1.1.1. Historique.....	16
2.1.1.2. Objectifs de la surveillance épidémiologique	16
2.1.1.3. Types et stratégies de surveillance.....	17
2.1.1.3.1. Types de surveillance épidémiologie.....	17
2.1.1.3.2. Stratégies de surveillance.....	19
2.1.1.4. Étapes de la surveillance	20
2.1.1.5. Normes de la surveillance épidémiologique	21
2.1.2. La surveillance épidémiologique au Cameroun	22
2.1.2.1. La Surveillance Intégrée des Maladies et de Riposte	22
2.1.2.2. Les CERPLE	23
2.1.3. Système de surveillance épidémiologique.....	24
2.1.3.1. Organisation structurelle	24
<i>Figure 1 : Circuit de l'information dans le cadre de la SIMR.....</i>	<i>25</i>
2.1.3.2. Organisation fonctionnelle.....	26
2.1.4. La surveillance à base communautaire	27
2.1.5. Facteurs qui influencent la surveillance épidémiologique	28
2.1.5.1. La qualité de données.....	28
2.1.5.2. Le management des compétences	29
2.1.5.3. Ressources.....	29
2.1.5.3.1. Ressources Humaines	29
2.1.5.3.2. Ressources matérielles et financières.....	30
2.1.5.4. Épuisement professionnel ou Burn-Out (B.O).....	30
2.2. CADRE THEORIQUE	31
2.2.1. La Théorie Générale des systèmes (TGS).....	31
2.2.2. Théorie de la motivation	33
2.2.3. Modèles Trans-théorique et en spiral.....	34

2.3.CADRE CONCEPTUEL	35
2.3.1. Définitions des concepts	35
2.3.2. Schémas conceptuel	38
Figure 2 : Schéma du cadre conceptuel	38
2.3.3. Explication du schéma conceptuel.....	38
2.3.4. Modèle d'analyse conceptuel.....	39
Tableau 1: Modèle d'analyse conceptuel.....	39
CHAPITRE 3 :PRÉSENTATION DU SITE DE L'ÉTUDEET MÉTHODOLOGIE.....	40
3.1. PRÉSENTATION DU SITE DE L'ETUDE	41
Figure 3: Carte de la région sanitaire du Sud.....	41
3.1.1. Situation Géographique, Climatique et Relief.....	41
3.1.2. Données Administratives et démographiques	42
3.1.3. Données sanitaires.....	42
3.1.4. JUSTIFICATION DU CHOIX DU SITE.....	42
3.2. MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	43
3.2.1. Type d'étude.....	43
3.2.2. Durée de l'étude.....	43
3.2.3. Critères de sélection des participants.....	43
3.2.4. Population cible	44
3.2.5. Instruments de collecte des données	44
3.2.6. Techniques d'échantillonnage	45
3.2.6.1. Echantillonnage des formations sanitaires.....	45
Tableau 2: Composition de l'échantillon selon le type de formation sanitaire	45
Tableau 3: Composition de l'échantillon des centres de santé intégrés.....	45
Equipe-cadre des districts	46
3.3.7. Taille de l'échantillon	46
3.3.8. Technique de collecte des données	46
3.3.9. Traitement et analyse des données	47
3.3.10. Variables de l'étude	48
3.3.11. Considérations éthiques.....	48
3.3.12. Plan de publication des résultats.....	49
3.3.13. Limites de l'étude et difficultés rencontrées	49

CHAPITRE 4 :PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS.....	50
4.1. PARTIE 1 : RESULTATS ISSUS DES ENTRETIENS AVEC L'ECD	51
4.1. 1. Sous-partie A : Données des structures de dialogues.....	51
Tableau 4 : Profil des informateurs communautaires	51
4.1.1.2. Thème I : facteurs institutionnels et organisationnels.....	52
4.1.2. Sous-partie b : Données des responsables des districts de santé	58
4.2.1. Thème 0: données sociodémographiques et professionnels	58
Tableau 5 : Profil des participants des équipes cadre des districts	58
4.2.2. Thème I : facteurs institutionnels et organisationnels	59
4.2. PARTIE 2 : RESULTATS DANS LES FORMATIONS SANITAIRES	67
4.2.1. Analyse univariée.....	67
4.2.1.1. Caractéristiques et typologie des structures sanitaires.....	67
4.2.1.1.1. Typologie des structures sanitaires	67
4.2.2. Analyse bivariée.....	75
4.2.3. Statistique du V cramer : force de l'association.....	78
4.2.4. Analyse explicative multivariée	79
CHAPITRE 5: SYNTHÈSE ET DISCUSSION DES RÉSULTATS	82
DISCUSSION DES RESULTATS.....	83
5.1. Facteurs sociodémographiques	83
5.2. Facteurs institutionnels.....	85
5.3. Facteurs organisationnels	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
5.4. Facteurs communautaires.....	87
CONCLUSION	90
SUGGESTIONS.....	94
BIBLIOGRAPHIE.....	95
ANNEXES	101
TABLE DES MATIERES	125

Facteurs associés à l'opérationnalisation de la surveillance épidémiologique dans les districts de santé de la région du sud Cameroun.

NDIBI ABANDA Jean

Résumé

La surveillance épidémiologique et des crises sanitaires au sein de la population restent l'un des domaines du système de santé encore faiblement développé dans les pays à revenus intermédiaires ou faibles. En général, les ressources humaines, financières, matérielles et communicationnelles souvent affectées aux activités de surveillance demeurent insuffisantes. Ce qui a une incidence sur l'atteinte des objectifs de santé publique escomptés. Partant de l'hypothèse selon laquelle, les facteurs d'ordre organisationnels ; sociodémographiques et communautaires sont associés à l'opérationnalisation de la surveillance épidémiologique dans les districts de santé de la région du Sud-Cameroun, une étude transversale mixte à visée descriptive et analytique a été menée. Un échantillonnage probabiliste stratifié à trois niveaux a permis de sélectionner 176 formations sanitaires auprès desquelles une collecte digitalisée des données à l'aide de l'application ODK Collect. 22. v1 a été conduite. Des entretiens semi-directifs ont également été menés auprès des chefs de districts de santé et des responsables des comités de santé de district. Les données collectées auprès des responsables de la surveillance épidémiologique des formations sanitaires ont été analysées à l'aide du logiciel STATA 13.0, tandis que celles issues des entretiens ont fait l'objet d'une analyse thématique et de contenu. Les analyses bivariées se sont appuyées sur les statistiques du Chi-2 et du V de Cramer tandis que la régression logistique binomiale a été convoquée pour l'analyse multivariée. Il ressort des résultats obtenus que la surveillance épidémiologique se dégrade en fonction de l'âge de la personne en charge (Odds Ratio=0,87 ; 95% IC= 0,76-1.003). Les structures sanitaires ayant un chargé de la surveillance autre que le responsable de la structure ont plus de chance de mieux l'opérationnaliser par rapport à celles qui ont une personne qui cumule les deux charges (Odds Ratio=0,065; 95% ; IC= 0,004-0,93). Les principaux problèmes identifiés à l'issue des entretiens conduits sont: l'insuffisance et la mauvaise gestion des ressources; le non-respect du couple profil/poste de travail, l'enclavement. Ce qui invite les décideurs à procéder à la prise en compte de ces différents aspects ans le but de contribuer ainsi au renforcement du système de surveillance épidémiologique.

Mots clés : Facteurs associés ; Opérationnalisation ; surveillance épidémiologique ; districts de santé

Abstract

The epidemiological surveillance and the observation of sanitary crisis within the population remains one of the health systems still poorly developed in countries with low or average incomes. In general, human, financial, material and communicational resources often allocated to surveillance activities remain insufficient. Basing our study on the hypothesis that the operationalization of the epidemiological observation in health districts of the South region of Cameroon is associated to socio-demographic, organizational and communitary factors; a cross mixed study with descriptive and analytic purpose has been carried out. A probabilistic sampling, stratified at three levels, has enabled to select 176 health facilities in which a digitalized gathering of data with the help of the ODK collects. 22. V1 application has been used. People in charge of health structure and epidemiological observation have been chosen to gather these data. The interview guide has been called to collect qualitative data to the health districts managers and district health committee's officer. The bi-variate analyses are based on Chi-2 and Cramer V statistics whereas the binomial logistic regression has been called for the multi-variate analyses. Thematic and content analyzes have also been used for audio data obtained after the saturation principle. The results obtained after the investigation in the health facilities show that epidemiological observation goes down by 0.13per additional year (Odds Ratio = 0.87, 95% CI = 0, 76-1.003). Health facilities that having somebody in charge of observation other the structure manager have 0.94 times of chance to better chance implement it (Odds Ratio = 0.065, 95%, CI = 0.004-0.93). Besides, when the person in charge of observation was the laboratory technician, the risk of his degradation decrease by 41 times (Odds Ratio = 41.01, 95%, CI = 2.2-776.6). The main problems identified at the end of the interview are: the insufficient and the bad management of resources; geographical accessibility; the non-respect of the couple the profile / workstation; isolation. This calls for deep reform of the health system.

Keywords: Associated factors; Operationalization; epidemiological observation; health districts

RUFSO Revue "Université sans Frontières pour une Société Ouverte"

ISSN : 2313-285x (en ligne)

Volume 35: numéro 1

Site Web de la revue: rufso.org**Thèse:**

Langue : Français

Titre : Facteurs associés à l'opérationnalisation de la surveillance épidémiologique dans les districts de santé de la région du sud Cameroun.

Auteur : NDIBI ABANDA Jean

Publiée: Février 2023

Doi : [10.55272/rufso.rjsse](https://doi.org/10.55272/rufso.rjsse)