

Revue Africaniste Inter-Disciplinaire – RAID
Africanist Inter-Disciplinary Review – AIDR

Numéro 32 – Number 32

Numéro Spécial :

**La médecine préventive et intégrative au
centre d'une réflexion socio-économique**

Special issue:

***Preventive and integrative medicine at the
centre of a socio-economic reflexion***

Coordonné par :

Edited by:

Sariette et Paul BATIBONAK

Éric CHOKOTÉ



© Monange

Yaoundé, www.monange.org - Décembre 2022

ISBN : 978-9956-0-4775-8 - Décembre 2022

Comité de lecture

Reading committee

Pr Paul BATIBONAK (CRÉDIS et S&D, Cameroun) ; Pr Sariette BATIBONAK (CRÉDIS, S&D et ICT, Cameroun) ; Dr Marc Antoine BATHA (CRÉDIS, Cameroun) ; Dr Luc BULUNDWE (Université de Genève, Suisse) ; Dr Éric CHOKOTÉ (Centre Médical Le Jourdain, Cameroun), Dr Christiale BATIBONAK (Université de Yaoundé I et Hôpital Gynéco-Obstétrique, Cameroun) ; Dr Marie Madeleine JEAN-BAPTISTE (The Children's Hospital of Palms West, Floride, États-Unis) ; Dr Christian OUANKOU (Faculté de Médecine et de Sciences Pharmaceutiques de l'Université de Dschang, Centre Hospitalier et Universitaire, Cameroun) ; Dr Henriette TCHANDEU (France) ; Dr Jean-Christian YOUMBA (Hôpital Béthesda, Université Catholique d'Afrique Centrale, Cameroun) ; Kodjo TODJRO (Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio, Togo) ; Dr Émilie GBETCHEDJI (Hôpital de Zone de Ouidah, Bénin).

Comité scientifique

Scientific committee

Pr Simon AYÉ AKPONA, Médecine, Université de Parakou.

Pr Elisabeth BUM, Biologie, Pharmacologie des plantes médicinales, Université de Maroua.

Pr Esther DJOM NLEND, Médecine, Néonatalité, Pédiatrie, Centre Hospitalier de la CNPS Yaoundé.

Pr Chandel EBALE MONEZE, Psychologie, Psychologie Sociale, Université de Yaoundé I.

Pr Pascal FOUMANE, Médecine, Gynéco-obstétrique, Université de Yaoundé I.

Pr Samuel MANDENGUE, Biologie, Physiologie, Physiopathologie, Santé Humaine, Université de Douala.

Pr Wilfred MBACHAM, Biology, Public Health, Biotechnology, University of Yaounde I.

Pr Joseph MBAFOR, Biochimie, Chimie Organique, Université de Yaoundé I.

Pr Emmanuel MPONDO MPONDO, Pharmacologie, Université de Douala.

Pr Benjamin Alexandre NKOUM, Épistémologie, Sciences Sociales et Santé, École des Sciences de la Santé, Université Catholique d'Afrique Centrale.

Pr Eugène SOBNGWI, Médecine, Endocrinologie, Diabétologie, Université de Yaoundé I.

Pr Pierre Fernand TCHOKOTEU, Médecine, Pédiatrie, Société Camerounaise de Pédiatrie.

Les opinions exprimées dans ce numéro engagent la responsabilité des auteurs.

The opinions expressed are those of the authors.

Sommaire

Sommaire	9
Summary	11
Éditorial : Pratiques et comportements des acteurs de la santé en situation complexe, Sariette et Paul BATIBONAK, Éric CHOKOTÉ	13
Entours de la prise en charge de l'infection à VIH au XXI^e siècle.....	19
Connaissances, attitudes et pratiques relatives à l'éducation, à la sexualité des adolescents de 16-19 ans du Collège Djonou à Yaoundé, Jeanine KANYERE LONDO, Jonathan NDUNGO HANGI et Julienne Louise NGO LIKENG	21
Obstacles à l'utilisation des offres des services de prévention de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant chez les Mbororo de Mandjou, Reine Stéphanie KOUANANG OTTOU	41
Stratégies mises en œuvre pour une fréquentation optimale des services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH/SIDA Chez les Mbororo de Mandjou, Reine Stéphanie KOUANANG OTTOU et Julienne Louise NGO LIKENG	65
Médecine préventive et intégrative, la médecine du futur	95
Facteurs associés à la faible notification des Maladies Évitable par la Vaccination (MEV) au Cameroun : Cas du District de santé de Tignère dans la région de l'Adamaoua, Théophile DJOMOU	97
La vulnérabilité sanitaire dans les lycées et collèges publics à Yaoundé, Jean NZHIE ENGONO et Mama Nourdi MOUNGOUM	111
Structure and dynamic of traditional healers' knowledge on mental illness among the Mossi (Burkina Faso), Natéwindé SAWADOGO and Saïdou SANA	141

Contribution of mobile-health applications in easing accessibility to health care in Cité Verte health district, Celestine SHALLA KONFOR and Julienne Louise NGO LIKENG	165
Le médical au centre d'une réflexion socio économique	183
Pénurie alimentaire et volatilité des prix pendant la crise Covid-19 à Bukavu, RD Congo : Entre précarité et résilience familiale, Jean-Paul BYAMUNGU MIHIGO, Jean Claude NDATABAYE BACIGANZE et David SHUKURU BWIRA	185
Philanthropie ou quête de main-d'œuvre ? Soins de santé et prise en charge de l'indigence dans les formations hospitalières publiques au Cameroun sous administration française (1916-1957), Patrick Léonel MENDO	209
Liste des auteurs	237

**Facteurs associés à la faible notification des
Maladies Évitable par la Vaccination (MEV) au
Cameroun : Cas du District de santé de Tignère
dans la région de l'Adamaoua**

***Factors associated with low notification of vaccine
preventable diseases (VPD) in Cameroon: The case
of the health district of Tignère in the Adamawa
region***

Théophile DJOMOU

WHO Consultant, Tignère, Adamawa, Cameroon.

Résumé

La vaccination est l'introduction artificielle dans le corps d'un individu sain ou malade d'un produit à base d'agent pathogène, et qui est capable d'induire dans l'organisme qui le reçoit la production des anticorps spécifiques contre le développement de cet agent. Elle s'inscrit dans le cadre des actions de santé publique à travers la promotion de la santé au niveau individuel et collectif. D'après l'Unicef (2020), les vaccins sauvent plus de cinq vies chaque minute. Ils constituent de nos jours un des moyens les plus économiques pour promouvoir le bien être mondial. Permettant d'éviter plus de 03 millions de décès chaque année dans le monde, ils permettent aussi de prévenir de sérieux handicaps physiques, mentaux ou neurologiques chez près de 750.000 enfants (Unicef, 2020). Mis en œuvre au Cameroun par le Programme Élargi de Vaccination (PEV), les Maladies Évitable par la Vaccination (MEV) font l'objet d'une surveillance cas par cas. En dépit de la Certification du Cameroun comme pays libre Polio le 18 juin 2020, la gratuité des vaccins et l'intensification de la surveillance épidémiologique, on enregistre sans cesse les flambées épidémiques causées en partie la faible notification de celles-ci. Quels sont donc les facteurs associés à cette faible notification dans le cas du district de santé de Tignère ?

Notre étude s'est voulue observationnelle à visée descriptive au travers de nos expériences de terrain et d'une importante revue de littérature. Il en est ressorti que les facteurs institutionnels liés à la

faiblesse du système de santé avec notamment l'absence de supervision formative, la présence de plusieurs partenaires utilisant les mêmes acteurs concourent à biaiser les données et a faussé la réalité du terrain. Les facteurs environnementaux avec les distances faramineuses entre les aires de santé et le District de santé ne facilitent pas les déplacements des acteurs, car les modalités de remboursement en région étant souvent inférieures à ceux engrangés. Les facteurs sociaux culturels avec les déplacements non contrôlés et non circonscrits des populations nomades hostiles à tout rapprochement et transportant des pathologies contagieuses. Les facteurs climatiques tels que les fortes pluies qui rompent l'accès à certaines localités durant les saisons pluvieuses. Les facteurs sécuritaires rendaient impossible l'accès à certaines localités frontalières au Nigéria très poreuses. Il devient donc urgent de redéfinir les priorités et stratégies opérationnelles en matière de surveillance épidémiologique plus accrue afin de mieux réagir face à la survenue des épidémies émergentes.

Mots-clés : Facteurs associés, MEV, district de santé, Tignère, Adamaoua, Cameroun.

Abstract

Vaccination is the artificial introduction into the body of a healthy or sick individual of a product based on a pathogenic agent, and which is capable of inducing in the organism that receives it in view of the production of specific antibodies against the development of this agent. It is part of public health actions through the promotion of health at the individual and collective level. According to UNICEF (2020), vaccines save more than five lives every minute. Vaccines are one of the most cost-effective ways to promote global health today. Vaccines prevent more than 3 million deaths each year worldwide and prevent serious physical, mental, or neurological disabilities in up to 750,000 children. Implemented in Cameroon by the Expanded Program on Immunization (EPI), Vaccine-Preventable Diseases (VPD) are monitored on a case-by-case basis. Despite the certification of Cameroon as a polio-free country on June 18, 2020, the provision of free vaccines, and the intensification of epidemiological surveillance, outbreaks are constantly being recorded, partly due to poor reporting. What are the factors associated with this low reporting in the case of the Tignère health district?

Our study was intended to be observational and descriptive, based on our field experience and a major literature review. We found that institutional factors related to the weakness of the health system, notably the absence of formative supervision and the presence of several partners using the same actors, contributed to biasing the data and distorting the reality of the field. The environmental factors with the enormous distances between the health areas and the health district do not facilitate the movement of the actors because the reimbursement modalities in the region are often lower than those obtained. Social and cultural factors with the uncontrolled and uncontrolled movements of nomadic populations hostile to any approach and carrying contagious diseases. Climatic factors such as heavy rains that cut off access to certain localities during the rainy season. Security factors that make it impossible to access certain very porous border locations in Nigeria. It is therefore becoming urgent to redefine the priorities and operational strategies for increased epidemiological surveillance in order to better respond to the occurrence of emerging epidemics.

Keywords: associated factors, VPD, health district, Tignère, Adamaoua, Cameroon.

Introduction

La vaccination est perçue comme l'intervention de santé publique pour la prévention de la morbidité, des complications et de la mortalité due aux maladies infectieuses chez les enfants (Aouba et al., 2015). Les vaccins constituent l'une des avancées les plus importantes en matière de santé et de développement au niveau mondial. Depuis près de deux siècles et en toute sécurité, les vaccins ont grandement réduit les effets catastrophiques des maladies telles que la poliomyélite, la rougeole, la fièvre jaune, le tétanos néonatal, la variole, etc., et aident les enfants à grandir en bonne santé et heureux. Grâce à la vaccination, les maladies infectieuses ont régressé de façon assez significative (GAVI, 2001). Selon l'OMS (2021), la vaccination permet d'éviter chaque année 2,5 millions de décès d'enfants. Cette dernière constitue un droit fondamental de l'enfant et représente l'un des plus grands succès de la médecine. Elle a contribué de façon drastique à la réduction de la mortalité néonatale, infantile et infanto-juvénile.

Grâce au contrôle d'un certain nombre de maladies infectieuses, elle a permis d'améliorer de façon significative la santé de l'enfant au

Cameroun. En raison du nombre de décès qu'elle permet d'éviter et des avantages financiers qu'elle procure, la vaccination est classée parmi les dix interventions de santé publique ayant un meilleur rapport coût-efficacité (GAVI, 2015). Dans notre pays, la vaccination est en plein développement. Cette volonté est manifeste par la recherche active pour la mise au point de nouveaux vaccins contre de nouveaux agents infectieux et le développement de nouvelles technologies pour augmenter l'efficacité et l'innocuité des vaccins (Normes et standard du PEV, 2018). La présente étude vise à mettre en lumière les faiblesses de la surveillance épidémiologique au Cameroun et particulièrement dans le district de santé de Tignère. De même, elle vise aussi la promotion de quelques pistes de solutions pour davantage combler les manquements de la surveillance des MEV au niveau opérationnel ou périphérique avec un accent mis sur la contribution communautaire.

Les bienfaits de la vaccination

La vaccination reste le moyen le plus efficace et le moins coûteux de se protéger contre les maladies infectieuses et certains types de cancers. Elle permet de sauver 2 à 3 millions de vies chaque année dans le monde (INSERM, 2015). Les vaccins continuent de révolutionner notre capacité à prévenir les maladies et à améliorer la santé. Avec toutes les avancées technologiques, nous sommes en mesure d'étendre les avantages des vaccins à plus de gens et de fournir une meilleure protection contre les maladies infectieuses mortelles (Diop, 2017). De nos jours, la vaccination est l'une des armes les plus puissantes et les plus rentables (rapport coût/efficacité) de l'arsenal dont dispose la médecine moderne (Galazca et al., 1984). Toutefois, chaque année dans le monde, 20 millions d'enfants ne reçoivent pas les vaccins dont ils ont besoin. Cependant, les plus pauvres, les plus démunies et les plus marginalisés, ceux, qui en priorité devaient en bénéficier sont ceux qui restent les moins susceptibles de les recevoir, car vivants dans les zones en conflit, bidonvilles, localités reculées ou difficiles à atteindre.

Grâce aux initiatives de vaccination dans le monde, les enfants vaccinés réussissent mieux à l'école ; ce qui génère des avantages économiques qui ont un impact sur leurs communautés. Grâce à la vaccination, le monde n'a jamais été aussi proche de l'élimination des MEV telles que la poliomyélite, la rougeole, la rubéole et le tétanos

néonatal. Elle permet de sauver 2 à 3 millions d'enfants menacés par des maladies suscitées chaque année. Entre 2000 et 2018, soit près de deux décennies, les vaccins anti rougeoleux par exemple ont permis d'éviter plus de 23 millions de décès. De même, le nombre d'enfants paralysés par la polio a diminué de plus de 99% depuis 1988 (Unicef, 2020). En Afrique au Sud du Sahara, la lutte contre les maladies infectieuses reste un défi majeur de santé publique et la vaccination reste l'une des armes les plus efficaces pour combattre ces maladies, et préserver la santé des populations (Alima, 2018). La vaccination au Cameroun est garantie par le Ministère de la Santé Publique (MINSANTE) au travers de son programme opérationnel qui est le Programme Élargi de Vaccination (PEV). Les activités du PEV ont été intégrées dans le Paquet Minimum d'Activités (PMA) de toutes les formations sanitaires du pays, suite à la Déclaration de la Réorientation des Soins de Santé Primaires en 1993.

Certes, la vaccination est actuellement le moyen de prévention le plus efficace pour lutter contre plusieurs maladies infectieuses (poliomyélite, tétanos, rougeole, fièvre jaune, coqueluche, méningite, etc.). Au-delà des 03 millions de décès évités dans le monde chaque année, elle permet également de prévenir de sérieux handicaps physiques, mentaux ou neurologiques (GAVI, 2001). Mais, il faut noter que les MEV engendrent des coûts considérables pour les familles, le système de santé et la société. En effet, ces coûts sont liés aux visites dans les formations sanitaires, aux hospitalisations et aux décès. Les parents en effet quand leurs enfants sont malades s'absentent de leur travail pour prodiguer des soins à leurs enfants et ces derniers en retour peuvent manquer les classes. L'absence des parents entraîne aussi un manque à gagner énorme pour l'économie. Cette situation est aussi non productive, surtout pour les pays pauvres ou en voie de développement.

Déterminants de la faible notification des MEV

Jamais autant de personnes, enfants, mais aussi adultes n'ont bénéficié des vaccinations et cependant beaucoup dans le monde ne reçoivent pas encore les vaccins recommandés. Cela aboutit à la persistance et à la recrudescence des maladies évitables par la vaccination (Guérin, 2005). Selon l'OMS, un déterminant est un ensemble de facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui permettent de comprendre l'état des individus ou des populations (OMS,

1999). Ils peuvent être d'origine individuelles ou collectives, innées ou acquises, relevant de soins ou sans relation avec les soins. Dans le cadre de notre étude, c'est tout facteur interne ou externe au système de santé et qui permet de comprendre le dysfonctionnement de la notification des MEV dans le cadre des activités de surveillance épidémiologique.

Facteurs institutionnels

La vaccination est incontestablement l'une des interventions de santé publique les plus efficaces et les plus rentables qui soient (Diop, 2017). Sa mise en œuvre au Cameroun est faite par le PEV en conformité avec le système de santé qui est une pyramide à trois niveaux (conformément aux recommandations de Lusaka de 1985). Chaque niveau de la pyramide dispose de structures administratives, formations sanitaires et structures de dialogue et répartie comme suit : niveau central ou national (Groupe Technique Central du PEV), niveau intermédiaire et le niveau périphérique (Groupe Technique Régional du PEV dont la mise en œuvre est faite dans les DS). Malgré cette organisation sensée fluidifier la surveillance épidémiologique le système d'information sanitaire, force est de constater de réelles difficultés dans sa mise en œuvre. Au rang de celles-ci nous avons : la multiplication des organisations humanitaires internationales sur le terrain, la non-disponibilité du personnel de l'État déployé sur le terrain et l'insuffisance du personnel dans certaines localités surtout rurales, la mauvaise interprétation de la notification des MEV dans les FOSA et la faible implication des facteurs communautaires dans la détection et la notification des MEV.

La multiplication des organisations humanitaires internationales sur le terrain

La présence notable de nombreuses organisations humanitaires internationales et même nationale dans le District de santé de Tignère apparaît certes comme un atout pour les populations dites indigentes, mais c'est aussi un caillou dans la chaussure de ce DS. Force est de constater que la présence de ces nombreux partenaires a davantage rendu les populations paresseuses. En prenant par exemple le projet Chèque Santé (qui fait dans la promotion de la santé maternelle à travers la prise en charge des coûts de CPN et du nourrisson jusqu'au 42^e jour après la naissance), les populations dites indigentes qui étaient appelées à déboursier 6.000 F CFA sont amenées à déboursier désormais 600 F

CFA. Cette autre facilité a rendu les populations davantage paresseuses et réfractaires à tout financement relatif à leur propre santé. Dans ce contexte, toute question de santé réclamant une dépense est prise en charge sur le plan communautaire (ethnomédecine ou médecine traditionnelle) ou chez le vendeur de médicament ambulant (docta) avec ses corollaires. En témoigne le nombre de cas de Tétanos néonatal (TNN) non notifiés ou investigués dans les formations sanitaires (FOSA) non partenaires du projet. Cependant, dans la plupart des cas, les populations arrivent en consultations cliniques lorsque les signes et symptômes ne sont plus visibles rendant difficile toute notification. Au rang de ces organisations humanitaires, nous pouvons citer entre autres : Plan Cameroon, Croix-Rouge, Icap, Chèque Santé, etc., qui, dans le but de promouvoir le bien-être des populations ont chacun leurs propres objectifs et indicateurs.

La non-disponibilité du personnel de l'État déployé sur le terrain

Une grande partie du personnel d'État affecté en localité rurale n'y a jamais mis pied ou tout au plus jamais servi après la prise de service. Ces formations sanitaires n'ont pour personnel que des stagiaires volontaires (Infirmiers Diplômés d'État, Technicien Médico Sanitaires, Sages-Femmes, Aides-Soignants, Laborantins, etc.). À ceux-ci, il faut ajouter des volontaires passionnés des activités de santé sans diplômes (observation sur le terrain dans le CSI de Dodéo, AS de Dodéo) espérant qu'un jour la magnanimité du président de la République par son MINSANTE sorte une note qui leur donne enfin un poste ou une qualification officielle. Notons que sans les stagiaires, de nombreux services de santé dans le secteur public seraient purement et simplement abandonnés. Aussi, les personnels affectés même lorsqu'ils sont présents par la prise de service passent la plupart du temps dans les pôles urbains et ne reviennent que sporadiquement pour recevoir les paquets budgets du MINSANTE, des partenaires ou pour le lancement des activités majeures de santé publique (campagnes nationales de vaccinations) où les autres autorités administratives sont également conviées.

Notons aussi pour le déplorer que certains personnels affectés sur le terrain et ne pouvant s'y installer se sont rassurés qu'aucune MEV ou problèmes de santé majeurs en leur absence ne soit notifié afin

qu'aucune descente ne soit faite de manière à constater leur absence (observation faite sur le terrain). Notons de nos observations de terrain que le personnel périphérique envie sans cesse ceux des niveaux régionaux et centraux y compris les partenaires sous alibi que ces derniers sont ceux qui font le moins d'efforts pour plus de ressources financières. Dans ce contexte, ne pas travailler ou prendre service serait l'expression d'une colère contre ces derniers. En témoigne ici le fait que certains acteurs de FOSA nous refusaient le partage de documents sous prétexte que c'était pour nous faire de l'argent à leur détriment.

Mauvaise interprétation de la notification dans les FOSA et absence de supervision formative

Le recul des MEV chez les enfants s'accompagne d'une élévation de la réceptivité de l'adulte, qui apparaît souvent comme une rançon du succès des vaccinations généralisées des enfants (Rey, 2015). Cette responsabilité des adultes s'accompagne au Cameroun par des actions du MINSANTE à travers les Postes de Réception des Échantillons Biologiques (PREB) qui 24h/24 met à disposition des ressources financières dans chaque région (soit 10 au total) pour l'acheminement des échantillons du niveau opérationnel en passant par les régions pour le niveau central (PREB_Central) et les laboratoires d'analyses spécialisés (Centre Pasteur du Cameroun). Cependant, pour certains acteurs dans les FOSA, la notification des MEV serait la preuve d'un mauvais travail sur le terrain. Notifier un cas signifierait que l'on ne travaille pas, qu'il nous a échappé, alors il vaudrait mieux rester tranquille, sans le faire, silence total qui prouverait une haute performance dans le travail. Ils sont convaincus que le fait de ne rien notifier est signe d'un bon travail sur le terrain. Abondant dans le même sens, les supervisions censées être formatives sont considérées comme une punition, un contrôle, une vérification (pour la majorité des FOSA). Ainsi, certains acteurs s'efforcent à justifier leur absence, laissant la FOSA soit aux stagiaires ou volontaires.

La faible implication des acteurs communautaires dans la détection et la notification des MEV

Les activités conçues au niveau Central ne parviennent pas toujours au niveau opérationnel ; lequel est pourtant un niveau de mise en œuvre des activités. En effet, lorsque les ateliers de formations sont organisés, les acteurs sont davantage concentrés sur les perdiems et le

nombre de jours, le contenu de la formation, souvent secondaire, est difficilement retransmis aux acteurs sur le terrain. Nous pouvons noter dans la même veine, l'absence d'un cadre juridique pour la participation communautaire, principaux acteurs de la notification au niveau périphérique. Le manque de formation ou du renforcement des capacités des acteurs sur le terrain dans la surveillance épidémiologique ; l'insuffisance des activités de supervisions formatives sur le terrain. Notons également la faible utilisation des structures publiques de soins. Il faut aussi noter la formation insuffisante des points focaux désignés dans les FOSA sur la recherche, la notification et même l'investigation des MEV sur le terrain. Des descentes de supervision formative nous ont souvent permis de constater cette situation. En effet, l'agent consultant remplit tous les signes et symptômes du patient, pose le diagnostic d'une maladie sous surveillance, mais ne sait pas la conduite à tenir (observation faite dans les As de Tignére, Almé et Mayo Baléo). Notons aussi pour le décrier l'insuffisance du temps de formation des acteurs des DS aux As et FOSA qui parfois sont plus attelés à remplir les registres et les formulaires numériques que de former les acteurs des FOSA.

Facteurs environnementaux

Il s'agit ici de facteurs extérieurs au système de santé qui agissent pleinement sur la qualité des performances de la surveillance épidémiologique au niveau opérationnel.

Les distances entre AS/AS/FOSA

Le DS de Tignére est le DS le plus enclavé de la région de l'Adamaoua (actuellement la région compte 10 DS). Nous avons des AS telles que Tchabal Mbabo Kontcha ou Dodéo, situées respectivement à 94 Km et 145 Km et 140 Km du DS. En dépit des fonds mis à disposition des acteurs pour le transport des échantillons de leurs FOSA pour le PREB_R en passant par le DS, ces fonds sont généralement insuffisants, car ne prennent en compte que la distance du DS pour la région or la réalité sur le terrain est tout autre. En prenant toujours le cas de l'AS de Dodéo situé à 140 km du DS, il reste encore très enclavé et l'accessibilité en saison de pluie est un véritable chemin de croix. Il faut traverser 53 rivières localement appelées Mayo soit à pied ou à moto en saison de pluie pour y arriver. Dans le DS de Tignére, 09 AS sur 12 se trouvent dans la plaine, avec des routes impraticables,

de nombreuses falaises et des cours d'eau. Cette situation géographique peu avantageuse par rapport aux coûts de remboursement démotive les acteurs qui souvent ne prennent pas tous les signes et symptômes des patients présentant les maladies sous surveillance de tel enseigne que même la supervision formative ne trouvera pas de cas manqués (déclaration des RFS sur le terrain).

L'insuffisance du remboursement des frais de transport

Le coût de transport actuel du DS de Tignère pour le PREB-R de l'Adamaoua est de 4.000 F CFA tandis que quitter de Dodéo pour le DS est de 20.000 F CFA. Si l'on considère le voyage aller et retour, le coût total sera à 50.000 F CFA seulement pour cette FOSA qui va déposer un échantillon à la région. En retour, le Preb-R ne lui rendra que 25.000 F CFA soit la moitié des frais engagés sans compter les risques d'accident ainsi que le piteux état des routes. À titre illustratif, le chef de centre du CSI de Kontcha a été victime d'un accident alors qu'il venait déposer un échantillon de PFA. La conséquence ici est le silence des AS et même du DS dans la notification des MEV. Le cas de Kontcha n'est pas un cas isolé, toutes les AS de la plaine sont dans la même situation.

Facteurs humains avec les déplacements nomades très inhospitaliers

Les vaccinations ont contribué à la forte régression de plusieurs maladies infectieuses graves dans les pays où elles sont largement distribuées (Guérin, 2005). Cependant dans le DS de Tignère, cette dynamique subit quelques obstacles. Les enlèvements, les agressions, les coups de vols, empoisonnement des bêtes et autres pratiques non hospitalières en zone rurale n'ont jamais empêché la transhumance des populations nomades (Bororos, Peuls,) en provenance du Nigéria et à la recherche des pâturages pour leurs bêtes. Cependant, cette transhumance des populations draine de nombreuses MEV et autres maladies avec un suivi difficile, car le plus souvent, ils sont difficiles à joindre (pas de téléphone portable) et sont en perpétuel déplacement. Toutefois, la violence des groupes islamistes parfois isolés, a laissé se créer un système de résilience caractérisé par un rejet catégorique de toute personne étrangère à leur tribu. Du coup, même si tout le campement a des problèmes de santé, il est souvent difficile d'y avoir accès. Si l'un des membres vient à se rendre dans une FOSA pour un cas de rougeole par exemple, il vous sera quasi impossible de descendre dans leur

communauté pour investigation des autres cas. Il faut noter ici que ces populations très conservatrices et jalouses de leur savoir-faire en la médecine traditionnelle ne viennent à l'hôpital que quand tous les autres voies et recours thérapeutiques sont épuisés.

Suggestions

L'absence des rappels vaccinaux est problématique dans les pays en développement où certaines maladies évitables par la vaccination font encore des victimes chez les enfants en raison d'une immunisation incomplète. L'identification des raisons de non rappel vaccinaux permettrait de proposer des solutions adaptées afin d'améliorer le statut vaccinal des enfants (Vougmo et al, 2011). Parler des suggestions revient à donner quelques pistes de solutions réalistes afin d'améliorer les indicateurs de la surveillance épidémiologique et la notification des MEV dans le DS de Tignère. Au rang de ceux-ci, nous pouvons citer :

- La formation en pratique et sur site de la plus petite unité opérationnelle dans les formations sanitaires du DS. Cette approche permettrait de se rassurer non seulement de la transmission du savoir-faire pratique, mais aussi de toucher du doigt les réalités de terrain des acteurs qui se sentent très souvent délaissés ;

- Formation sur site des acteurs à la surveillance épidémiologique et à son intérêt ;

- Reconstruction des représentations liées à la surveillance épidémiologique et à la notification des MEV. Il est question ici de faire comprendre aux acteurs que la notification des MEV n'est pas signe de mauvais travail, mais la preuve de la présence effective au poste et du travail bien fait ;

- Revoir les frais de transport des échantillons des MEV à partir de la FOSA et non du DS, car certaines AS et FOSA sont plus distantes du DS que du DS à la région. Ce DS en est la parfaite illustration ;

- Redynamiser les groupes communautaires à travers le paiement direct des primes de notification soit à partir du DS ou de la FOSA. Ces ASC ne disposent pas dans la plupart des cas des CNI ou d'autres pièces d'identification pourtant les paiements se font par OMS ;

- Doter les AS/FOSA en chaîne de froid solaire. En effet, le Département du Faro et Déo qui abrite le DS de Tignère est approvisionné en énergie électrique (zone urbaine essentiellement) grâce à un groupe électrogène fonctionnant au gazole. Cependant sur les 25 FOSA que compte le DS, on compte moins de 10 FOSA avec une CDF solaire fonctionnel, le reste de FOSA dispose des CDF de marque Sibir fonctionnant au gaz. En temps de rupture comme ce fut le cas ces derniers temps, nous avons des FOSA conservant des vaccins non conformes (observation sur le terrain) ;

- Poursuivre la dotation en moyen de locomotion des FOSA assez éloignés du DS afin de réduire les difficultés de terrain auxquelles font face les acteurs ;

- Renforcer la réceptivité des parents sur l'importance de la vaccination des enfants et sur l'intérêt à se rendre dans les hôpitaux en cas de maladies ;

- Appuyer davantage les agents de santé communautaires points focaux nomades pour le suivi permanent des nomades lors des transhumances dans le DS ;

- Se rassurer du paquet minimum en matière de compétence (ressources humaines) dans les Fosa. Comment comprendre que ce soit un AS volontaire qui tienne tout un CMA ? Aucun personnel affecté n'y réside ;

- Prioriser et vérifier les livrables des organisations humanitaires sur le terrain. Certaines ONG se sont retrouvées en plein exercice de leurs activités dans le DS sans que l'ECD ne soit tenu informé. Il serait judicieux de réorganiser l'agenda en termes de livrables, car ce sont les mêmes acteurs (déjà insuffisants pour les activités relatives à leurs fosa) qui sont utilisés pour mener les activités de ces différentes organisations ;

- Prioriser les livrables de la partie nationale et du PEV en particulier. En effet, les organisations humanitaires viennent en appui à la politique nationale de santé et ne sauraient agir en dehors de cette réglementation. Il va donc de soi que les activités de la partie nationale sont prioritaires.

Conclusion

Au terme de notre analyse portant sur les facteurs associés à la faible notification des MEV dans le DS de Tignère, région de l'Adamaoua Cameroun, il ressort que les vaccinations ont joué et continueront à jouer un rôle majeur dans le déclin de certaines MEV et à leurs notifications. Cependant, plusieurs facteurs concourent à cette faible notification, les uns institutionnels, les uns socioculturels et les autres liés à l'environnement. En dépit de ces difficultés, les acteurs constitués pour la plupart des stagiaires volontiers et très résilients ne ménagent aucun effort malgré les difficultés à améliorer au quotidien les indicateurs du PEV et de la surveillance. Toutefois, même si l'hésitation vaccinale reste une menace majeure pour la santé publique (OMS, 2019) dans les centres urbains, dans le DS de Tignère, les populations sont plutôt favorables à toutes les activités de santé, apparaissant ainsi comme un atout aux activités du PEV. Il devient donc indispensable que tous les acteurs se mobilisent afin de continuer à améliorer le bien-être des populations, des indicateurs de santé et la surveillance épidémiologique.

Remerciements

Nos sincères remerciements à Monsieur Moutsina Jean, Chef de District de Santé de Tignère, Administrateur de la Santé Publique et à son Équipe Cadre du District, qui ont su se montrer très volontaire et résilients sans qui, nous n'aurons jamais pu réaliser cette étude. Nous ne saurions remercier les Drs Éric Mboke et Annie Mengue Elangue du GTC-PEV qui nous ont moulé dans le cadre opérationnel de la surveillance épidémiologique.

Bibliographie indicative

- Alima, 2018, *Vaccination: les défis et les bienfaits en Afrique de l'Ouest et Centrale*, Abidjan, Relief.
- Aouba, A., Lepri, B., Gnissan, H.A, Pétronille Zengbé-Acray, Bangaman, C. A., Aka, N., N'guessan Konan, 2015, *Facteurs socio-démographiques associés à la vaccination incomplète des enfants de 12 à 59 mois dans six pays d'Afrique de l'Ouest*, 27, pp. 575-584.

- Doudou Diop, Melvin Sanicas, 2017, « Innovations en vaccinologie : enjeux et perspectives pour l'Afrique », *Pan African Medical Journal*, 26, pp. 1-9.
- Galazka, M., Lauer, B. A., Henderson, R. H. & Keja, J., 1984, « Indications et contre-indications des vaccins utilisés dans le Programme élargi de vaccination », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, 62(4), pp. 517-526.
- GAVI, 2001, *Advocacy for immunization: how to generate and maintain support for vaccination programs. Seattle (WA): PATH*, Geneva, GAVI.
- Guérin, N., 2005, « Vaccinations », *La Revue de Médecine Légale*, pp. 65-95.
- Rey, M., 1995, « Ajuster la politique vaccinale au déplacement vers l'âge adulte. De la réceptivité aux maladies évitables par la vaccination », *Médecine et maladies infectieuses*, 25(7), pp. 656-659.
- Vougmo Meguejio, C., Njua F., Nguefack, Chelo D., Tejiokem, M., Kago, I. et Kobela M., 2011, *Rappels vaccinaux hors programme élargi de vaccination dans deux écoles de l'éducation de base de Yaoundé, Cameroun*, Yaoundé, AFENET.
- WHO, 2011, *Global vaccine action plan*, Genève, OMS.

Autres documents

- INSERM. (2016). L'action du vaccin, dépendante de son mode d'administration, nouvelles pistes in. <http://www.inserm.fr/layout/set/print/espace-journalistes/l-action-du-vaccin-dependante-de-son-mode-d-administration-nouvelles-pistes>. Consulté le 25/11/2016.
- Normes et standard du Programme Élargi de vaccination (PEV), Cameroun, 2018.

