

RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix-Travail- Patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

CENTRE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE (CRFD) EN
« SCIENCES HUMAINES, SOCIALES ET
EDUCATIVES »

UNITE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN
SCIENCES DE L'EDUCATION ET
INGENIERIE EDUCATIVE



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace- Work-Fatherland

UNIVERSITY OF YAOUNDE I

DOCTORAL RESEARCH AND
TRAINING CENTRE (CRFD) IN
“SOCIAL AND EDUCATIONAL
SCIENCES”

DOCTORAL RESEARCH AND
TRAINING SCHOOL IN EDUCATION
AND EDUCATIONAL ENGINEERING

**SYSTEME DE SANTÉ PÉRIPHÉRIQUE ET
QUALITÉ DE PRISE EN CHARGE DES PVVIH :
ÉTUDE MENÉE AUPRÈS DES PERSONNES VIVANT
AVEC LE VIH DU CENTRE DE SANTE INTÉGRÉ
D'ÉMANA YAOUNDÉ**

*Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de Master II
en Intervention, Orientation et Education Extrascolaire
Spécialité : Intervention et action communautaire*

Par :

EBANGA François Yannick

Licencié en Psychologie

Sous la Direction de :

Pr. NKELZOCK .K . Valère

Maître de conférences Université de Douala

Septembre 2017

DÉDICACE

A

Mon Feu Père **ONANA Zacharie**,
qui aurait bien voulu vivre ces moments, qu'il reçoit à titre posthume
le fruit de ces efforts et de ma profonde reconnaissance.

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce travail est la résultante de contributions plurielles. C'est également pour nous, l'occasion d'exprimer notre gratitude profonde à tous ceux qui, de loin ou de près ont contribué à la réalisation de ce travail. Tout particulièrement, ces remerciements s'adressent:

A notre encadreur le **Pr. Valère NKELZOK KOMTSINDI**, qui malgré ses multiples occupations, s'est engagé sans réserve à diriger ce travail. Son amour pour le travail bien fait et le sens des relations humaines qui lui sont reconnus ont le mérite d'une admiration. Qu'il me soit permis de lui exprimer ici, tout le respect et une profonde gratitude.

A tous les enseignants du Département d'éducation spécialisée de l'université de Yaoundé I pour leur dynamisme et la volonté incessante de faire de leurs étudiants, des modèles à suivre. A toute la promotion, et plus particulièrement à **ZOGO NKADA bienvenue, HOPPE Lydienne, KAZE Gaetang, NDIKUM Felicitas**, pour le soutien inconditionnel et pour l'esprit d'équipe qui a prévalu tout au long du parcours. Merci pour le soutien constant et les encouragements.

A tout le personnel du centre de Santé Intégré d'émana, pour leur appui sans relâche dans le cadre du stage de fin de formation.

A tous les intervenants dans les structures de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans l'aire de santé, merci pour avoir permis la réalisation de cette étude.

À mon épouse, **Mme EBANGA née ABOUDI Alphonsine Joséphine**, pour sa tendresse et son soutien pluriel et agissant ;

A toute la famille, je dis merci pour les multiples conseils et le soutien de toute nature. Que chacun se reconnaisse dans ce travail et en fasse un motif de satisfaction.

A tous les amis, lointains ou proches, en particulier **M. et Mme SIMO, M. et Mme HOUMA, EDJOMINKO Léonie, NGO TENGUE, MVONDO MVONDO Joseph Sylvain, EBANGA Julienne Blanche, AWUA Marie Odette**. Et qui par leur encouragement, ont permis de traverser beaucoup d'obstacles liés à la formation et à la réalisation de ce travail, soyez en remerciés.

SOMMAIRE

DÉDICACE.....	i
REMERCIEMENTS.....	ii
SOMMAIRE.....	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	iv
LISTE DES FIGURES.....	v
LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	vi
RÉSUMÉ.....	viii
ABSTRACT.....	ix
DIAGRAMME SYNTHÉTIQUE DE L'ÉTUDE.....	x
INTRODUCTION GENERALE.....	1
PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL.....	4
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE.....	5
CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	28
CHAPITRE 3 : THÉORIES EXPLICATIVES.....	55
DEUXIÈME PARTIE : CADRE MÉTHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE.....	73
CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE.....	74
CHAPITRE 5 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS.....	91
CHAPITRE 6 : INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS.....	114
CONCLUSION GENERALE.....	120
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	123
ANNEXES.....	128
TABLE DE MATIÈRES.....	137

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Les différents niveaux du système de santé camerounais	47
Tableau 2: Facteurs facilitant le changement de comportement et les moyens de communications adaptés.	57
Tableau 3: Tableau synoptique des hypothèses, variables, modalités, indicateurs et indices..	78
Tableau 4: Statut du répondant.....	91
Tableau 5: Expérience dans la PEC.	92
Tableau 6: Sexe du répondant.	93
Tableau 7: Niveau d'instruction du répondant.	93
Tableau 8: Religion du répondant.	94
Tableau 9: Niveau de revenus du répondant.	95
Tableau 10: Formation sur la PEC des PVVIH.....	96
Tableau 11: Possession de la documentation	96
Tableau 12: Participation aux séminaires de renforcement des capacités.	97
Tableau 13: Confidentialité entre patient et soignant.....	99
Tableau 14: Qualité de l'accueil.	100
Tableau 15: Motivation des patients au traitement.	101
Tableau 16: Application du counseling pré et post test.	102
Tableau 17: Counseling de mise sous traitement.	103
Tableau 18: Observance du traitement.....	103
Tableau 19: Suivi régulier et écoute du malade.	104
Tableau 20: Amélioration de l'état général du malade.....	105
Tableau 21: Tableau de contingence pour la vérification de l'hypothèse spécifique H1 : Statut du répondant * amélioration de l'état général du malade.....	106
Tableau 22: Tableau de contingence pour la vérification de l'hypothèse spécifique H2 : Niveau de revenus * qualité de l'accueil.	109
Tableau 23 : Tableau de contingence pour la vérification de l'hypothèse spécifique H3 : expérience dans la prise en charge des PVVIH * Observance au traitement.....	111
Tableau 24: Tableau récapitulatif pour la vérification de l'hypothèse générale.....	113

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Statut du répondant et amélioration de l'état général du malade	107
Figure 2 : Niveau de revenus * qualité de l'accueil.....	109
Figure 3 : expérience dans la prise en charge des PVVIH * Observance au traitement	112

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ARV	:	Antirétroviraux
CC	:	coefficient de contingence
CD4	:	Lymphocytes T CD4.
CDC	:	USA Centers for Disease Control and Prevention.
CENAME	:	Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
CMA	:	Centres médicaux d'arrondissements
COGEDI	:	Comité de gestion de district
COSA	:	comité de santé
COSADI	:	Comité de santé de district
CSI	:	Centre de Santé Intégré
CSIE	:	Centre de Santé Intégré d'Emana
CTA	:	Centre de Traitement Agréé
DRSP	:	Délégation Régionale de la Santé Publique
EVAL-ANRS	:	Enquête d'Evaluation du programme camerounais d'accès aux traitements du VIH/SIDA financée par l'Agence Nationale de Recherche sur le SIDA et les Hépatites.
GTP	:	groupes techniques provinciaux
H0	:	Hypothèse nulle
HA	:	Hypothèse alternative
HG	:	Hypothèse Générale
HR1	:	Hypothèse de recherche n°1.
HR2	:	Hypothèse de recherche n°2.
HR3	:	Hypothèse de recherche n°3.
ISO	:	Organisation Internationale de la Normalisation.
IST	:	Infection sexuellement Transmissible.
MINSANTE	:	Ministère de la Santé Publique
MIO	:	Médicaments des Infections opportunistes.
MSP	:	Ministère de la Santé Publique.
nddl	:	détermination du nombre de degré de liberté
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé.
ONUSIDA	:	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA.

PDV	:	Perdu De Vue.
PEC	:	prise En Charge.
PTME	:	Prévention de la Transmission du virus de l'immunodéficience humaine de la Mère à l'enfant.
PVVIH	:	Personne Vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine.
SIDA	:	Syndrome de l'immunodéficience acquise.
SPSS	:	Statistical Package for the Social Sciences
SSS	:	Stratégie Sectorielle de la Santé
UNICEF	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UPEC	:	Unité de Prise en Charge des personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine.
VD	:	Variable Dépendante.
VI	:	Variable Indépendante.
VIH	:	Virus de l'Immunodéficience Humaine.

RÉSUMÉ

De nos jours, la tendance dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA serait d'opter pour une prise en charge (PEC) précoce des patients. Pour cela, des centres de traitement agréés (CTA) et des unités de prise en charge (UPEC) ont été créés. La prise en charge des personnes vivant avec le VIH/Sida au sein de ces structures est confiée à une équipe multidisciplinaire regroupée en comité thérapeutique. Pour parvenir à une prise en charge optimale, celle-ci se devrait de respecter les normes de qualité recommandées. C'est pourquoi notre étude se propose d'analyser la qualité de prise en charge des PVVIH dans l'aire de santé du district d'émana plus précisément au CSIE à travers une évaluation de l'influence de la conduite du personnel du CSIE sur la qualité de la PEC des personnes vivant avec le VIH.

Ce travail se propose de façon globale d'étudier l'influence de la conduite du personnel du CSIE sur la qualité de la PEC des PVVIH dans l'aire de santé de Djongolo. De façon spécifique, il s'agit de mesurer le degré d'influence du niveau de connaissances du personnel du CSIE sur la qualité de la PEC des PVVIH ; mesurer le degré d'influence de l'attitude du personnel du CSIE sur la qualité de la PEC des PVVIH et mesurer le degré d'influence de l'expérience pratique du personnel du CSIE sur la qualité de la PEC des PVVIH.

Pour aborder l'objet de notre sujet, nous avons utilisé des données primaires et secondaires. Les données primaires ont été collectées à l'aide d'un questionnaire et du guide d'entretien tandis que les données secondaires sont issues de la documentation. Le traitement statistique des données s'est fait à l'aide du logiciel SPSS version 17.0 et la méthode du khi deux.

La validation de nos hypothèses grâce au test de Khi deux ainsi que le coefficient de contingence nous a permis d'aboutir à la conclusion selon laquelle, la conduite du personnel du CSIE a une influence sur la qualité de la PEC des PVVIH.

Par ailleurs, certains facteurs observés pourraient avoir une influence significative sur la qualité de cette PEC. Il s'agit entre autres des ruptures fréquentes en médicaments et réactifs qui démotivent les patients dans le respect des rendez-vous et favorisent l'arrêt du traitement et des difficultés financières qui constituent un obstacle pour les patients démunis et les empêchent de pouvoir accéder aux structures de PEC. La sous-alimentation de certains patients en rapport avec ces difficultés financières ne leur permet pas une prise régulière des médicaments. Parfois, la négligence et le manque de sérieux de certains patients conduisent à un arrêt du traitement. Vouloir améliorer la qualité de cette PEC serait principalement apporter des solutions à tous ces problèmes.

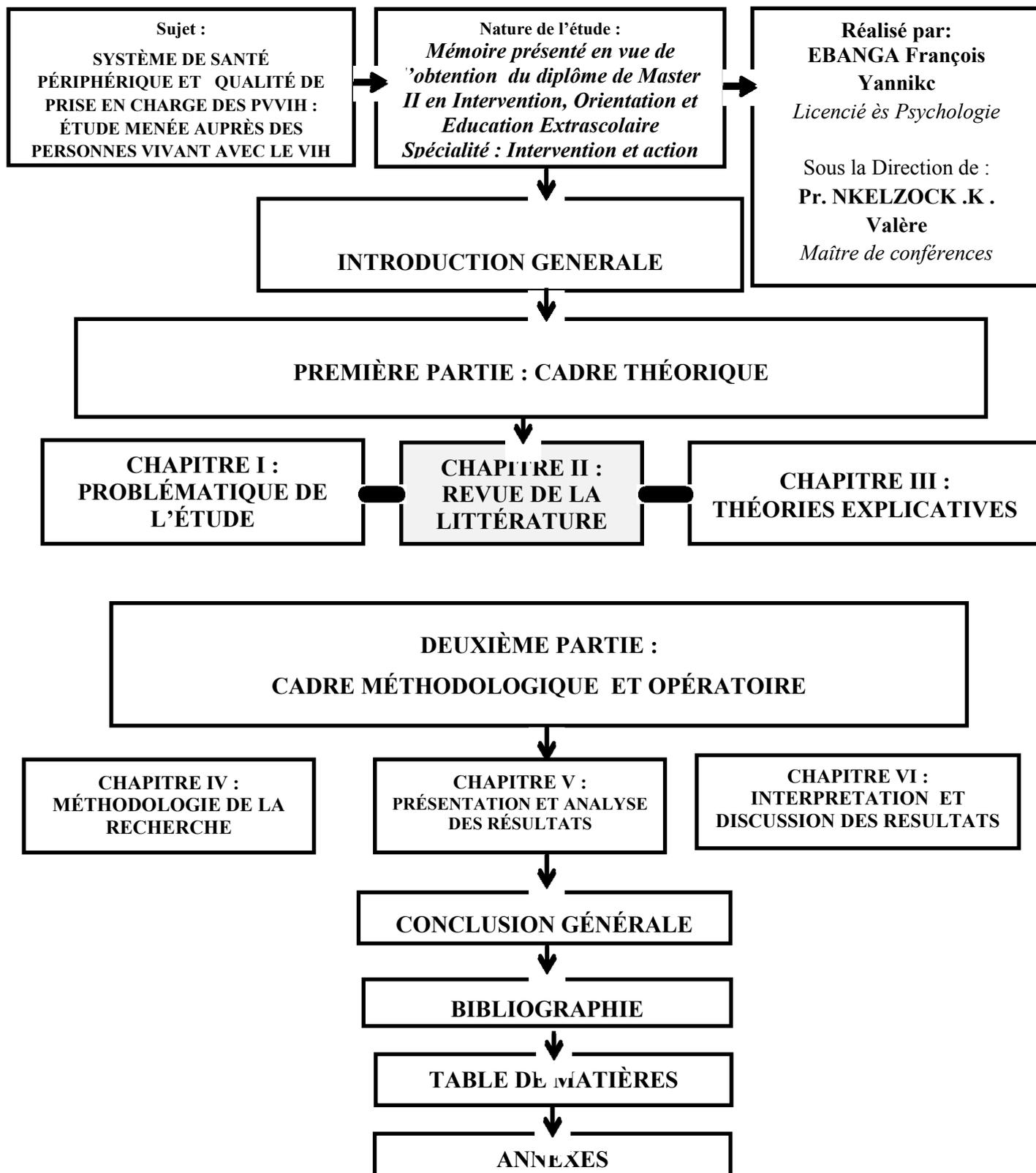
ABSTRACT

Today, the tendency in taking care of persons living with HIV/ AIDS is the early treatment of patients. For this reason therefore, Approved Treatment Centers (CTA) and Support Units (UPEC) were created. The far north region has a total of eight treatment units (UPEC) and two Approved Treatment Centers (CTA) that are functional. The treatment of patients within these structures is entrusted to a multidisciplinary team grouped in to therapeutic committees. For an optimal treatment, standard norms are supposed to be respected. This is why our study will analyze the quality of the treatment given to persons living with HIV/AIDS in CSIE through an evaluation of the conduct of the therapeutic team on the quality of treatment offered to the PVVIH.

The general hypothesis of this study asserts that the conduct of the Personal of CSIE influence the treatment of persons living with HIV/AIDS in the Health Division of Djoungolo. Specifically, we shall analyze the influence of the level knowhow of the personal of CSIE on the treatment of persons living with HIV/AIDS. In order to attain our objective, we made use of both primary and secondary data. Primary data was collected with the aid of questionnaires and an interview guide, meanwhile secondary data was gotten through exploiting documents. The data treatment was done using software, SPSS version 17.0

While testing and validating our hypotheses through the use of the Chi- test two and the contingency coefficient, we came to the conclusion that the conduct of the members of the therapeutic committee influences the treatment of persons living with HIV/AIDS. However, other factors observed could also have an influence on the treatment. These factors amongst others include the frequent breaks in the supply of drugs and reagents that demotivates patients thereby enabling them to stop treatment, coupled with the financial difficulties which is an obstacle for poor patients thus preventing them from accessing these centers. Moreover, undernourishment by some patients related to financial difficulties does not allow a regular intake of medicines. Negligence and lack of seriousness by some patients sometimes pushes them to abandon treatment. In order to ameliorate the quality of treatment, the solutions to the above problems must be sought for.

DIAGRAMME SYNTHÉTIQUE DE L'ÉTUDE



INTRODUCTION GENERALE

La population camerounaise est en constante augmentation depuis plusieurs décennies. Elle dépasse actuellement les 20 millions d'habitants. C'est une population très jeune. En 2000, les moins de 15 ans représentaient 43 %, soit près de la moitié de la population générale ; les 15-64 ans 53 %, et pour les plus de 64 ans 4 %. L'espérance de vie à la naissance est passée de 47 ans en 1980 à 58 ans en 1995. Mais on observe depuis cette période une tendance à la baisse. Actuellement, elle est retombée à 54 ans (53 ans et 56 ans respectivement pour les hommes et les femmes). Le taux de natalité reste élevé, autour de 40%. L'indice synthétique de fécondité (ISF) est de 5,2 enfants par femme âgée de 15 à 49 ans, légèrement en dessous de la moyenne régionale (Afrique centrale 6,4) et africaine (5,6). Il est en baisse progressive depuis les années quatre-vingt où il était de 6,7 enfants par femme. La mortalité est élevée bien qu'elle reste dans les moyennes régionales 12,77 et 122 pour 1 000 respectivement pour la mortalité générale, la mortalité infantile et la mortalité des enfants de moins de 5 ans. La mortalité maternelle est à 55. En effet, selon les estimations, la séroprévalence dans la tranche de la population de 15 à 49 ans se situe autour de 5,1% en 2010 avec 560 306 personnes infectées au niveau national. Les Femmes et les jeunes âgés de 20 à 39 ans sont les plus touchés. Devant l'impact négatif de cette pandémie sur le développement humain, social et économique et la menace sur l'avenir de la nation, les pouvoirs publics ont mis en place des plans d'urgence dans les années 90 et trois plans stratégiques nationaux dont le plus récent couvre l'horizon 2020. Selon ce plan, plusieurs axes stratégiques d'intervention ont été définis parmi lesquels le renforcement de l'accès universel aux soins et au traitement de qualité. Dans les structures sanitaires, des unités de prise en charge (UPEC) et des centres de traitement agréés (CTA) ont été créés à cet effet. Les antirétroviraux (ARV) et médicaments de certaines infections opportunistes y sont dispensés gratuitement depuis 2007, le coût des examens biologiques y étant également réduit de manière considérable et le dépistage est gratuit pour les sujets compris entre 0 et 19 ans. L'objectif visé à travers ces mesures prises est d'améliorer la qualité de vie des PVVIH grâce à un meilleur accès à une prise en charge médicale de qualité au niveau des structures de santé et au niveau communautaire.

Malgré ces dispositions destinées à faciliter l'accès à la prise en charge, celle-ci est confrontée aujourd'hui à une faible rétention des patients mis sous traitement. En effet, on

assiste à une augmentation importante des malades perdus de vue (PDV) dans l'Aire de santé d'Emana plus précisément au CSIE. Il s'agit en fait des patients qui sont habituellement référés dans les UPEC et CTA mais qui disparaissent de la file active pendant plus d'un mois. Or, le contexte économique actuel est marqué par une forte mobilité des populations à la quête d'un mieux-être. Sur le plan géopolitique, l'actualité, c'est aussi celle de l'arrivée de la nouvelle technologie et les réseaux sociaux» qui sont à l'origine d'une émancipation plus ou moins positives. Ces contextes économique et géopolitique ainsi décrits sont propices au brassage important des populations et de promiscuité, facteurs favorisant la propagation des IST/VIH/SIDA.

Perdre des patients de vue dans ces conditions est une situation préoccupante car ces derniers peuvent être des vecteurs dans la survenue de nouvelles infections. Il s'impose une nécessité urgente non seulement de fidéliser la file active, mais aussi et surtout de sensibiliser, dépister et prendre en charge le maximum de patients potentiels dans le but de réduire la transmission, la vulnérabilité et le risque lié aux IST/VIH/SIDA.

Face à cette faible rétention des patients sous traitement dont les conséquences sont multiples, il y a lieu de rechercher les voies et moyens pour trouver des solutions rapides et durables. La recherche de ces solutions passe nécessairement par la connaissance des origines du problème. Il paraît important de savoir s'il existe des facteurs qui entravent la qualité de la prise en charge médicale des PVVIH dans l'aire de santé d'où le choix de notre Thème « Intervention et prévention du VIH/Sida au Cameroun à l'horizon 2020 » de ce Thème découle le sujet de recherche : Système de santé Périphérique et qualité de prise en charge des PVVIH : Etude menée auprès des personnes vivant avec le VIH du centre de santé Intégré d'Emana Yaoundé. Sujet d'étude à travers lequel nous cherchons à surmonter les difficultés liées à la PEC des PVVIH par une analyse de la conduite du personnel du Centre de Santé Intégré d'Emana

De façon générale, la principale interrogation est la suivante: La conduite du personnel du CSIE influence-t-elle la qualité de la PEC de personnes vivantes avec le VIH? De cette interrogation découlent d'autres questions spécifiques qui sont:

- **QS1** : Le niveau de connaissances du personnel du CSIE influence-t-il la qualité de la PEC des PVVIH ?
- **QS2** :L'attitude du personnel du CSIE influence-t-elle la qualité de la PEC des PVVIH?

- **QS3** :L'Expérience pratique du personnel du CSIE influence-t-elle la qualité de la PEC des PVVIH ?

Pour conduire ce travail, l'hypothèse générale de recherche retenue est la suivante : La conduite du personnel du CSIE influence la qualité de la PEC de personnes vivant avec le VIH. Dans l'aire de santé du District de Djoungolo. Trois hypothèses spécifiques ont été également formulées, à savoir:

- **HR₁**- Le niveau de connaissances du personnel du CSIE influence la qualité de la PEC des PVVIH.
- **HR₂** L'attitude du personnel du CSIE influence la qualité de la PEC des PVVIH.
- **HR₃**. L'Expérience pratique du personnel du CSIE influence la qualité de la PEC des PVVIH.

Notre objectif général dans cette étude est de mesurer le degré d'influence de la conduite du personnel du CSIE et la qualité de la prise en charge des PVVIH du centre de santé intégré d'Emana une structure de santé publique située dans le District de santé de Djoungolo.

De façon spécifique, il s'agit de

- Mesurer le degré d'influence du niveau de connaissances du personnel du CSIE sur la qualité de la PEC des PVVIH ;
- Mesurer le degré d'influence de l'attitude du personnel du CSIE sur la qualité de la PEC des PVVIH ;
- Mesurer le degré d'influence de l'expérience pratique du personnel du CSIE sur la qualité de la PEC des PVVIH.

Le contenu de ce travail est subdivisé en deux grandes parties: le cadre théorique de l'étude d'une part, et d'autre part le cadre méthodologique.

Le cadre théorique traite d'abord du chapitre I: problématique de l'étude puis, de la revue de la littérature et le chapitre III sur les théories explicatives.

Dans la seconde partie intitulée cadre méthodologique de l'étude, figure le chapitre IV qui traite de la méthodologie de la recherche, le chapitre V présentation et analyse des résultats et en fin le chapitre VI : qui traite de l'interprétation et discussion des résultats.

PREMIÈRE PARTIE :
CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL

CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE

Cette partie est consacrée à la construction et à la précision de l'objet de recherche. Pour se faire le chercheur doit mettre en place une série d'opérations permettant la représentation conceptuelle de celui-ci. Nous avons entre autre: la détermination du contexte de l'étude et sa justification, la formulation et la position du problème, l'énonciation des questions de recherche, la détermination des objectifs de l'étude, l'intérêt et pertinence de l'étude, détermination des hypothèses de recherche et la délimitation de l'étude.

1-1-CONTEXTE ET JUSTIFICATION

1-1-1-Contexte

Les orientations de la lutte contre le sida au Cameroun sont consignées dans le « Plan stratégique national de lutte contre le sida au Cameroun 2000-2005 », lancé en septembre 2000 par le Premier Ministre. Ce plan vise essentiellement à réduire la propagation de l'épidémie par la prévention des nouvelles infections, la prise en charge d'un plus grand nombre de personnes infectées, rendue possible par la récente baisse des prix des médicaments, et la promotion de la recherche. Un accent particulier est mis sur la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, la promotion du dépistage volontaire et la promotion d'utilisation du préservatif par les populations vulnérables. Les idées fortes de ce plan sont la décentralisation des activités vers le district de santé avec la commune administrative comme unité opérationnelle, la multisectorialité dans le cadre d'un partenariat entre les secteurs privé, confessionnel et public, l'implication des communautés et associations dans la lutte contre le sida avec une approche participative et la solidarité nationale envers les personnes vivant avec le VIH

1-1-2- Justification

L'infection à VIH/sida est une pathologie chronique médicalement complexe, ayant en outre de nombreuses répercussions psychologiques et socio-économiques sur l'individu et sa famille. C'est pourquoi la prise en charge des personnes vivant avec le VIH doit être globale, c'est-à-dire non seulement soigner, mais aussi accompagner la personne pour l'aider à gérer sa maladie, son traitement et ses conséquences. Elle doit également se faire dans le cadre d'un

continuum de soins permettant de s'occuper de la personne aussi bien en milieu de soins qu'en dehors.

Les cas d'infection au VIH constituent un véritable problème de santé publique au Cameroun où elle représente une cause importante de mortalité avec un impact négatif sur le développement économique et social du pays. La séroprévalence, estimée à travers un système de surveillance sentinelle auprès des femmes en consultation prénatale est passée de 0,5 % en 1987 à 10,8 % en 2000 (Ministry of Public Health, 2000 et 2001).

L'ONUSIDA estimait la séroprévalence à 7 % en 2001 et à 6,9 % en 2003 (UNAIDS/WHO, 2004). Entre ces deux estimations, une enquête sentinelle du VIH menée en 2002 chez les femmes enceintes fournit une séroprévalence de 7,3 % (Ministry of Public Health, 2003). Selon ces estimations, en 2003, 530 000 personnes de 15-49 ans étaient infectées par le VIH. Le nombre cumulé des cas de sida serait passé de 21 en 1986 à plus de 45 000 en 2003, chiffres considérés comme sous-estimés du fait des difficultés rencontrées dans le système de notification de cas. Face à cette situation, la riposte du Gouvernement camerounais a été prompte avec la création, dès 1986, d'un Comité de Lutte contre le Sida et la mise en place, en 1987, d'un Programme National de Lutte contre le Sida.

Une évaluation de la prise en charge des PVVIH faite en 2002 dans les UPEC et CTA a montré les carences du système de prise en charge globale mis en place au Cameroun depuis l'an 2000.

Entre autres, l'on notait la carence qualitative et quantitative en personnel et l'absence d'harmonisation de la prise en charge sur le plan national, ceci a conduit à des disparités dans la qualité des services offerts. D'où la nécessité et l'importance de ce travail qui sera un outil de travail précieux qui facilitera le travail en équipe et permettra une harmonisation de la prise en charge des PVVIH dans les formations sanitaires de la ville de Yaoundé et du Cameroun.

L'insuffisance des services de prise en charge de l'infection à VIH adaptés et acceptables pour les adolescents a entraîné, de 2005 à 2012, une augmentation de 50% des décès liés au sida dans cette tranche d'âge, contre une baisse de 30% dans la population générale.

1-2-FORMULATION ET POSITION DU PROBLÈME

Le problème qui se pose et devant être analysé tout au long de ce travail est celui de l'impact du VIH /Sida sur le développement socio-économique du Cameroun en générale et dans le district de santé de Djoungolo en particulier lié à la carence qualitative et quantitative en personnel et l'absence d'harmonisation de la prise en charge sur le plan national, ceci a

conduit à des disparités dans la qualité des services offert. D'où la nécessité et l'importance de ce travail qui sera un outil de travail précieux qui facilitera le travail en équipe et permettra une harmonisation de la prise en charge des PVVIH dans les formations sanitaire de la ville de Yaoundé et du Cameroun. Ce problème peut se justifier à plusieurs niveaux sur :

- La mauvaise communication sur l'infection du VIH d'une part et de la maladie sida d'autre part.
- La famille qui est sensée accompagner les PVVIH dans l'éducation thérapeutiques ne le fait pas toujours ;
- L'environnement socioculturel dans lequel évolue les PVVIH qui est sensé stimuler les mécanismes de défenses vis-à-vis des comportements à risque lié à l'infection du VIH apprentissages en lecture ce qui n'est toujours le cas à cause des statuts sociaux défavorables de certaines familles ;
- Les conditions de vie des PVVIH qui en principe devraient être améliorées en milieu familial afin de favoriser son épanouissement personnel, ne le sont pas toujours. Soit à cause de la négligence familiale, soit à cause des pesanteurs sociodémographiques de ces dernières ;
- Le climat social qui doit être stable et harmonieux qui ne l'est pas du fait de l'influence des réseaux sociaux sur les PVVIH.

Dans le cadre de notre étude nous mettrons un point d'honneur sur la qualité de prise en charge des PVVIH du centres de santés intégré d'Emana une structure de santé publique située dans l'aire de santé d'émana, dans le District de santé de Djoungolo.

1-3-QUESTIONS DE RECHERCHE

Elles sont subdivisées en deux parties à savoir : Une question générale et des questions spécifiques

1-3-1- Question générale

La conduite du personnel du CSIE influence-t-elle la qualité de la PEC de personnes vivant avec le VIH? Cette interrogation fait appel à d'autres questions spécifiques.

1-3-2- Questions spécifiques

QS1 : Le niveau de connaissances du personnel du CSIE influence-t-il la qualité de la PEC des PVVIH ?

QS2 :L'attitude du personnel du CSIE influence-t-elle la qualité de la PEC des PVVIH?

QS3 :L'Expérience pratique du personnel du CSIE influence-t-elle la qualité de la PEC des PVVIH ?

1-4- OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

1-4-1-Objectif Général :

Notre objectif général dans cette étude est de mesurer le degré d'influence de la conduite du personnel du CSIE sur la qualité de la prise en charge des PVVIH du centre de santé intégré d'Emana une structure de santé publique située dans le District de santé de Djoungolo.

1-4-2-Objectifs spécifiques :

- Mesurer le degré d'influence du niveau de connaissances du personnel du CSIE sur la qualité de la PEC des PVVIH ;
- Mesurer le degré d'influence de l'attitude du personnel du CSIE sur la qualité de la PEC des PVVIH ;
- Mesurer le degré d'influence de l'expérience pratique du personnel du CSIE sur la qualité de la PEC des PVVIH.

1-5- HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

1-5-1-Hypothèse générale :

La conduite du personnel du CSIE influence la qualité de la PEC de personnes vivant avec le VIH.

1-5-2-Hypothèses de recherche

HR₁- Le niveau de connaissances du personnel du CSIE influence la qualité de la PEC des PVVIH ;

HR₂- L'attitude du personnel du CSIE influence la qualité de la PEC des PVVIH ;

HR₃. L'Expérience pratique du personnel du CSIE influence la qualité de la PEC des PVVIH.

1-6- INTÉRÊT ET PERTINENCE DE L'ÉTUDE

1-6- 1-Intérêt de l'étude

Cette étude a plus d'un intérêt :

- Sur le plan scientifique, elle peut contribuer à l'identification des obstacles à l'organisation de la PEC des PVVIH en vue de proposer des mesures correctrices et de prévention à large spectre ; L'accompagnement comprend différentes activités : gestion des réactions à l'annonce de la séropositivité, soutien psychologique, éducation thérapeutique, éducation nutritionnelle, aide économique ou juridique. Pour être de qualité, il doit répondre à des conditions précises qu'il est important de bien maîtriser. L'accompagnement devra, en outre, s'adapter à chaque personne, notamment en tenant compte des spécificités de certaines situations (couple sérodifférent, femme, gestion du désir d'enfant, détenus, hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes...)
- Dans le domaine de la santé humaine, elle peut contribuer à l'amélioration de la qualité de la PEC des PVVIH et par la même occasion, une meilleure qualité de vie de ces derniers ;
- Sur le plan économique, cette étude permettrait à travers l'amélioration de l'état général des PVVIH grâce à une PEC de bonne qualité, une augmentation de la productivité et une réduction des dépenses liées à la santé des populations

1-7- 2- Pertinence de l'étude

Au Cameroun, les résultats préliminaires de la quatrième enquête démographique et de santé publiés en février 2012 révèlent une séroprévalence de nationale de 4,3% chez les hommes et les femmes âgés de 15 à 49 ans. On note une baisse de la séroprévalence par rapport à celle de l'enquête de 2004 qui était de 5,5%. Malgré cette baisse, la séroprévalence est deux fois plus élevée chez la femme (5,6%) que chez l'homme (2,9%). La tranche d'âge la plus touchée est celle de 25 à 39 ans. La prévalence du VIH est plus faible en milieu rural (3,8%) qu'en milieu urbain (4,8%). Elle est variable selon les Régions.

Plus de 35 millions de personnes sont aujourd'hui infectées dans le monde, 25 ans après la découverte du VIH et 1 séropositif sur 4 ignore qu'il est porteur du virus. L'épidémie ne faiblit pas : l'accès aux traitements progresse moins vite que les nouvelles contaminations. En effet, pour 2 personnes démarrant un traitement antirétroviral, 5 autres sont infectées par le virus. Environ 150 000 personnes séropositives vivent en France aujourd'hui. Par ailleurs, on estime que 30 000 personnes seraient porteuses du virus sans le

savoir. Ceci dit, 60% des personnes ayant déclaré la maladie ne savaient pas qu'elles étaient séropositives avant d'entrer à l'hôpital. Malgré le nombre important de dépistages effectués (5,2 millions de test VIH en 2012), ils restent malheureusement souvent trop tardifs.

Entre 2003 et 2005 le nombre de personnes vivant avec le VIH a augmenté de plus de 30% en Asie centrale et en Europe de l'Est. Deux pays sont très touchés, l'Ukraine et la Fédération de Russie qui connaît la plus forte épidémie de toute l'Europe. L'Afrique subsaharienne, qui rassemble plus du dixième de la population mondiale, reste la région du monde la plus touchée. 71% des personnes infectées par le VIH y vivent. C'est aussi en Afrique subsaharienne près de trois quart des décès sont à déplorer.

En Afrique centrale notamment au Cameroun L'infection au VIH constitue un véritable problème de santé publique où elle représente une cause importante de mortalité avec un impact négatif sur le développement économique et social du pays.

1-7-DÉLIMITATION DES CHAMPS THÉORIQUE ET EMPIRIQUE DE L'ÉTUDE

1-7-1-Délimitation théorique

La présente étude est délimitée suivant les plans spatial, temporel et social.

- Sur le plan spatial, notre étude est menée à Yaoundé, dans le département du Mfoundi, région du Centre. Ce choix se justifie par la relative stabilité et disponibilité de la plupart du personnel du CSIE ainsi que de son accessibilité, ce qui nous a permis de recueillir davantage de données nécessaires à notre étude. Dans l'aire de santé de Djoungolo, site de notre étude, cette séroprévalence est de 1,2% dont 1,5% chez les femmes et 0,8% chez l'homme. L'influence du niveau d'instruction sur la séroprévalence est non négligeable. En effet, chez l'homme, elle augmente avec le niveau d'instruction. Comme souligné plus haut, cette baisse de séroprévalence constatée entre 2004 et 2011 pourrait s'expliquer par la riposte multisectorielle organisée face à la pandémie depuis plusieurs années
- Sur le plan temporel, cette étude porte sur une période allant de mai 2015 à juillet 2016, intervalle requis pour la constitution d'une banque des données et la rédaction de notre travail.
- Sur le plan social, notre recherche s'inscrit dans le domaine des sciences humaines et sociales appliquées au domaine de la santé. A ce titre, elle appréhende les mécanismes

de coexistences entre la psychologie de la santé, la psychologie clinique et pathologique et enfin la psychologie sociale.

1-7-2-Délimitation empirique

Du point de vue empirique, la recherche s'adresse aux personnes infectées ou pas aux pouvoirs publics notamment aux personnels de la santé en général.

Dans le cadre de notre étude, l'intervention sociale sera de temps à autre considérée comme travail social. Le travail social est un travail salarié d'aide ou d'accompagnement. L'accompagnement, l'aide, tout comme l'intervention sociale peut être fait à but non lucratif, sans pour autant être confondu à un emploi.

Le travail social s'est structuré autour de trois professions : Le service social, l'éducation spécialisée et l'animation socioculturelle. Aux origines prévalait un travail social construit sur l'idéal pédagogique et éducatif. Au XIX^{ème} siècle, au regard des mutations sociales et plus ou moins environnementales, le travail social est centré sur la charité, l'assistance sociale, et des œuvres philanthropiques auprès des personnes à l'instar des PVVIH de notre étude. C'est ainsi que pendant la première moitié du XX^{ème} siècle précisément après la première guerre mondiale qui d'ailleurs occasionne de nombreuses pertes en vie humaine, on voit naître les centres de formation sociale dont le but était la formation massive des femmes dans plusieurs domaines de l'assistance sociale. Dès cette époque, ce sont ces centres de formation qui théorisent en quelque sorte l'intervention sociale, enseignent les principes de méthode et de morale professionnelle, conçoivent une formation en alternance sur plusieurs années. Ils s'appuient également sur les connaissances qu'apportent les sciences sociales en expansion. Selon Bouquet et Jovelin (2005), il y a, à cette époque, interpénétration de la scientificité et de l'action. Cette scientificité emprunte à la science statistique, à la sociologie, et à la psychologie sociale. Avant, mais surtout après la deuxième guerre mondiale, le terme intervention sociale substitue progressivement l'expression travail social permettant ainsi la prise en compte des changements en cours. D'après Castel (1998), ce travail social s'est édifié concomitamment d'un système de protection sociale généralisé. Ces données n'ont pas été discutées par la communauté scientifique qui voit en intervention sociale une transformation de la situation existante, voire de la réalité sociale. Jusqu'en 1960, le sanitaire ne se différencie pas du social (assistance, bienfaisance) et a une double mission à savoir: soigner les malades, accueillir les vieillards indigents, les fous, les enfants trouvés, et veiller à leur redressement morale. Dans

les années 1970, la critique du contrôle social a conduit à développer une intervention sociale émancipatrice à visée politique. En 1980, les politiques sociales ont mis en avant la lutte contre l'exclusion sociale et ceci a permis à l'intervention sociale d'empêcher le processus de désaffiliation.

Depuis les années 1980, l'intervention sociale a été appliquée dans plusieurs domaines de la vie courante de l'homme. Elle s'est imposée tant en Europe, en Amérique, en Asie qu'en Afrique et par conséquent est devenue universelle.

L'analyse détaillée de la théorie de la relation sociale, montre qu'il existe un lien significatif entre les violences morales en milieu hospitalier et /ou social et la construction du lien social des personnes malades du SIDA. Pour étayer cette hypothèse nous nous sommes appuyés sur la théorie de la relation sociale. Le but de cette théorie étant de faire ressortir de manière claire et visible la relation qui existe entre les deux variables afin de montrer comment le psychologue professionnel en intervention s'y prend pour agir, (action), Accompagner (accompagnement) et Assister (assistance) des vulnérables dans le cadre de notre étude des personnes infectées malades vivants avec le VIH /Sida. Pour cela différents aspects entreront en jeu pour expliquer cette théorie, il s'agit entre autre de : la formation des relations sociales, facteurs psycho sociaux de la relation, relation sociale et influence sociale, relation sociale et dynamique de groupe. La relation sociale ou lien social est un trait à la sociabilité de l'être humain, dans la mesure où celui-ci s'insère dans le tissu social qui l'intègre et oriente son action. A la notion de relation sociale sont liés quelques concepts, tels que l'interaction ou la communication, l'attraction, l'affiliation.

Dans le cadre de notre étude l'attention sera portée sur deux aspects : l'attraction et l'affiliation. L'attraction selon Moser (1994, p.4) se définit comme étant « ...la dimension émotionnelle à l'égard des autres qui se caractérise par l'expression d'une attitude positive envers autrui (la sympathie) et le désir de se rapprocher d'autrui. ». À travers l'attraction les relations sociales sont abordées en fonction de ce que nous éprouvons à l'égard des autres. Vu que la relation ne se manifeste qu'en présence de gratifications possibles. Chez les personnes issus des foyers de haute tension, ces gratifications, lorsqu'elles leur sont accordées pourraient leur permettre de maintenir leur relation positive, laquelle est renforcée par les sentiments d'attraction.

Si l'attraction correspond à l'expression d'affinités (Manœuvre, 1966) et d'un désir d'affiliation (Oberlé, 1995) ; Cette dernière est une forme de sociabilité de l'être humain qui s'exprime par un besoin fondamental de pouvoir compter sur les autres en s'appuyant sur eux.

L'interdépendance qui a été définie par Fisher comme étant : «l'ensemble des situations où la présence d'autrui est nécessaire à chacun pour poursuivre ses propres buts », est un des mécanismes essentiels de l'affiliation. Le constat a été fait à partir de certaines expériences que le contact social est recherché quand les individus sont dans des situations qu'ils ne comprennent pas. Ce qui peut expliquer le fait que l'affiliation s'exprime quand les individus sont sujets à l'anxiété. L'enfance, comme fondement des relations sociales s'explique par la tendance qu'a l'individu de donner à ses relations à l'adolescence des connotations négatives ou positives issues de cette période. Deux aspects sont à l'origine de la relation sociale : l'attachement et la socialisation ; L'attachement : Fisher la définit comme un «lien affectif privilégié qui représente les formes premières du lien social entre deux personnes et qui exprime un désir de proximité à travers la recherche de protection et d'affection».

L'attachement apparaît donc comme un rapport interactif entre l'entourage et les personnes vivant avec le VIH/SIDA dans les soins et l'attention portée sur ceux-ci. Deux grandes tendances ont abordé la notion d'attachement, la première comme étant une relation sociale structurelle, la seconde plutôt comme une relation acquise en réponse aux soins apportés à autrui. L'approche de Bowlby constitue la synthèse des deux points de vue selon sa théorie, le contact entre deux sujets (Individus) empêche toute séparation qui pourrait être dangereuse pour la survie de l'un comme l'autre. Il considère l'attachement comme une relation sociale instinctuelle à des dispositions innées qui se reflète au départ chez l'enfant en réponse à des sollicitations de la mère à son égard. Les personnes ayant une apparence physique belle et attirante seraient considérées comme étant plus sociables, ceci dû au fait que leur apparence physique influence le jugement que les autres peuvent porter à leur égard. Ce qui soulève la problématique de l'apparence des personnes vivant avec le SIDA. Fisher décrit la socialisation comme étant «le processus d'apprentissage des études, des normes et des valeurs propres à un groupe, à travers lequel s'opère l'intégration sociale ». Le sujet malade entre dans la relation sociale à partir de ses interactions avec les autres membres de son environnement, et réussit de ce fait à se forger une autre personnalité différente de celle avant de contracter la maladie. Pour Simmel (1917), la socialisation implique toujours une influence réciproque des uns sur les autres. La socialisation construit l'enfant à travers les relations qu'il établit avec les autres, avec son entourage, en même temps qu'il se découvre progressivement lui-même et qu'il affirme son propre moi et par transposition du malade à travers la relation qu'il établit avec les autres. Les facteurs psychosociaux de la relation sont les éléments qui déterminent les relations des individus les uns avec les autres dans la vie

sociale. La proximité territoriale et sociale a été identifiée comme les deux ingrédients constitutifs du lien social. Selon Fisher, la notion de proximité traduit le fait que les relations sociales ou humaines ont une tendance à augmenter à mesure que la distance géographique diminue. Elle comporte deux caractéristiques : la familiarité (qui même lorsqu'elle n'apparaît pas de façon évidente au sujet, la familiarité avec un objet, une situation, des personnes crée un sentiment positif probable à leur égard) ; la distance (les individus n'entrent donc pas en relation lorsqu'ils se sentent menacés par la violence de leur espace personnel).

La relation sociale se construit autour de la formation des relations sociales, des facteurs psychosociaux, de l'influence sociale et même des dynamiques de groupe. Ainsi le comportement socioculturel de l'adolescent dépendra étroitement de sa manière à construire le lien social, mais aussi et surtout de la situation familiale dans laquelle se trouve le dernier. Voilà pourquoi nous nous sommes appuyés sur la théorie de la relation sociale qui est une illustration parfaite du comportement qui peut exister entre une personne et une autre, une personne et un groupe.

1-8- DÉFINITIONS DES CONCEPTS CLÉS DE L'ÉTUDE

Affiliation : c'est une forme de sociabilité de l'être humain qui s'exprime par un besoin fondamental de pouvoir compter sur les autres en s'appuyant sur eux ; (Oberlé, 1995)

Travail social

Le travail social assure la promotion du changement social, la résolution des problèmes dans le contexte des relations humaines d'autonomisation et la libération des personnes pour la libération de leur bien-être. Le travail social s'appuie sur les théories du comportement humain et des systèmes sociaux pour intervenir là où les êtres humains interagissent avec leur environnement. Les principes de droit de l'homme et de la justice sociale sont fondamentaux pour le travail social.

L'action communautaire

L'action communautaire est une vision du travail social, un ensemble d'actions, de projets et d'initiatives recouvrant un ensemble de pratiques sociales allant de l'organisation des collectivités locales à l'économie sociale, solidaire et visant la promotion, la qualité de vie, la défense des droits de citoyen. C'est encore un mode d'intervention en support aux

communautés leur permettant d'agir sur les facteurs collectifs qui ont une incidence sur leur santé et leur bien-être. Elle s'adresse prioritairement aux populations désavantagées et dépourvues de ressources dans une optique d'équité, de démarcation et de redistribution du pouvoir, d'enracinement et de participation sociale. L'action communautaire est une pratique sociale axée sur l'intervention collective.

La mobilisation communautaire

La mobilisation communautaire est un processus en vertu duquel des groupes locaux reçoivent de l'assistance afin de définir et exprimer leurs besoins et Objectifs en prenant des mesures collectives visant à les satisfaire. Elle met l'accent sur la participation des populations elles-mêmes à la définition et à la satisfaction de leurs propres besoins. Elle est intimement liée aux concepts de la participation et de la résilience.

La définition de la mobilisation communautaire telle que dit dans les milieux où elle se pratique et telle que conceptualisée comporte des paliers qui se déclinent sous diverses formes : animation sociale, développement communautaire, action sociale, action populaire ou encore intervention sociale. La mobilisation communautaire recouvre un ensemble de pratiques sociales allant de l'organisation de collectivités locales à l'économie sociale et solidaire. Elle est aussi un mouvement social important de la société civile visant la promotion de la qualité de vie et de la défense des droits des citoyens.

Selon le dictionnaire le *Grand Larousse Universel* (1993), **l'intervention** renvoie à l'action d'intervenir dans une situation quelconque. Elle renvoie aussi au fait de prendre part volontairement à une action, une situation en cours avec l'intention d'influer sur le cours des événements.

Le social

Quant à lui, renvoie comme le dit Georg Simmel (1908), à toute interaction entre individus dans un environnement donné. Il fait référence à une collectivité humaine considérée comme une entité propre ; les rapports entre individus ou membres de la collectivité.

L'intervention sociale : est une activité professionnelle, une action en direction de personnes ou de groupes dans un objectif d'aide, de développement et de renforcement du lien social. C'est également une aide que l'on apporte à une personne ou à un groupe dont l'objectif reste

l'accompagnement et de parvenir aux conditions de bien-être. L'intervention sociale est un champ professionnel caractéristique du travail social.

Smith et Mackie (1995) La psychologie sociale est l'étude scientifique des effets des processus sociaux et cognitifs sur la manière dont les individus perçoivent, influencent et interagissent avec autrui »

All port, (1985) La psychologie sociale consiste à essayer de comprendre et d'expliquer comment les pensées, sentiments et comportements des individus, sont influencés par la présence imaginaire, implicite ou explicite des autres.

Beauvois, (1998) La psychologie sociale s'intéresse, quels que soient les stimuli ou les objets, à ces événements psychologiques fondamentaux que sont les comportements, les jugements, les affects et les performances des êtres humains en tant que ces êtres humains sont membres de collectifs sociaux ou occupent des positions sociales (en tant donc que leurs comportements, jugements, affects et performances sont en partie tributaires de ces appartenances et positions) » .

La psychologie des organisations

Philippe Burg et Pierre Jardillier, (2007,, 128 p). La psychosociologie des organisations étudie le fonctionnement des organisations du point de vue des relations qu'entretiennent les personnes entre elles et avec leur milieu de travail. Dans la perspective d'une fonction d'encadrement, on s'intéressera particulièrement à tout ce qui peut favoriser la coopération dans l'entreprise. Les cadres sont en effet appelés à jouer un rôle central dans l'orchestration et la mise en œuvre des ressources innovatrices de l'entreprise.

La psychologie du travail et des organisations

Selon Leplat (1971) cité par Reuchlin et Huteau (1991) « la psychologie du travail vise d'abord à constituer un corps de connaissances sur le travail, mais elle vise aussi à utiliser ces connaissances, conjointement à celles obtenues dans d'autres domaines, pour transformer ce travail en fonction de certains objectifs : ainsi la psychologie du travail est à la fois une science et une technologie » (cf. Reuchlin et Huteau 1991).

Elle s'occupe des questions de recrutement (évaluation, sélection, intégration...), de performance ; de pathologies au travail, de groupes de travail (normes, conflits...), de gestion de personnel (motivation, implication, attitudes, management...), mais aussi d'insertion et de réinsertion professionnelle, de formation, d'orientation.

La complexité

La prise de conscience de la complexité est la cause de la lente émergence de la Systémique. Sans complexité, le rationalisme analytique pouvait sembler suffisant pour appréhender le monde et la science. Ce concept renvoie à toutes les difficultés de compréhension (flou, incertain, imprévisible, ambiguë, aléatoire) posées par l'appréhension d'une réalité complexe et qui se traduisent en fait pour l'observateur par un manque d'information (accessible ou non) (Donnadieu et al., 2002).

Le système

Au cœur de ce paradigme, on trouve à l'origine la théorie générale des systèmes (Bertalanffy, 1973) visant à décrire les propriétés des systèmes ouverts à l'équilibre. Il définit ce concept comme étant « *un ensemble d'éléments interdépendants, c'est-à-dire liés entre eux par des relations telle que si l'un est modifié, les autres le sont aussi et que par conséquent, l'ensemble est aussi transformé* ». Ce concept constitue le socle sur lequel repose la Systémique. Etymologiquement, le mot provient du grec *sustèma* qui signifie "ensemble cohérent".

Selon la théorie générale des systèmes, l'homme n'est pas un isolât. Il appartient à un système au sein duquel il agit et réagit. Les relations qu'il construit avec les autres membres de ce système sont régies par les liens circulaires et non linéaires. Evola (2012) montre dans *l'approche systémique, les changements sont à la base de la crise. Si dans un système un élément change, tout le système est perturbé*.

La globalité

Il s'agit d'une propriété des systèmes complexes, souvent traduite par l'adage "*le tout est plus que la somme des parties*" et selon laquelle on ne peut les connaître vraiment sans les considérer dans leur ensemble. Cette globalité exprime à la fois l'interdépendance des éléments du système et la cohérence de l'ensemble. Mais ce concept pourtant riche est malheureusement souvent traduit superficiellement par la formule vague "*tout est dans tout*" (Donnadieu et al., 2002). Sous le nom d'approche globale, le concept désigne également la

voie d'entrée dans la démarche systémique. On entend par là qu'il convient d'aborder tous les aspects d'un problème progressivement, mais non séquentiellement : partir d'une vue générale (globale) pour approfondir les détails, avec de nombreuses itérations et retours en arrière pour compléter ou corriger la vision antérieure.

L'interaction

Ce concept, un des plus riches de la systémique, complète celui de globalité car il s'intéresse à la complexité au niveau élémentaire de chaque relation entre les constituants du système pris deux à deux. Initialement emprunté à la mécanique où l'interaction se réduit alors à un jeu de forces, la relation entre constituants se traduit le plus souvent dans les systèmes complexes, par un rapport d'influence ou d'échange portant aussi bien sur des flux de matière, d'énergie, d'information. Comme le montrera le concept de rétroaction, la notion d'interaction déborde largement la simple *relation de cause à effet* qui domine la science classique (Donnadieu et al., 2002). Et connaître la nature et la forme de l'interaction est plus important pour le systémicien que de connaître la nature de chaque composant du système.

Synergie

La synergie du grec (sun) qui signifie "avec" et de (ergon) qui signifie "travail", (ergasia) signifiant "le travail" ce qui donne travailler avec. Ceci peut également se traduire par : association de plusieurs organes pour l'accomplissement d'une fonction. Au XIX siècle (1872-1877) **Emile Littré** l'introduit dans son dictionnaire de la langue française le présentant comme « *un concours d'actions, d'efforts, entre divers organes pour l'accomplissement d'une fonction* ». A partir du XXe, il est utilisé dans les domaines tels que : la sociologie (synergie dans les relations sociales) ; la théologie (synergisme) ; la biologie et la génétique (synergie entre les gènes et en pharmacies, (synergie entre les médicaments).

La synergie a pour synonyme : la coopération, l'association, la coalition, l'émulation, l'osmose, la fédération, la mutualisation, le partenariat, la combinaison, le couplage. L'absence de synergie est l'asynergie.

Dans les années 1960, les micro-économistes l'utilisent pour évoquer la capacité à obtenir les économies d'échelle. Et enfin dans les années 1990, les gestionnaires l'utilisent à la recherche de meilleures cohérences pour leur organisation. Le mot synergie a surtout été employé dans le domaine de la santé en médecine et en physiologie pour définir une action

coordonnée de plusieurs organes, association de plusieurs fonctions, de plusieurs facteurs qui concourent à une action unique, à un effet d'ensemble.

Selon le dictionnaire Encarta (2009), la synergie est « *une action combinée de (plusieurs éléments associés) de façon à ce que la coordination ou la combinaison des énergies accroissent les effets* ». C'est également l'association de plusieurs systèmes, organes ou actions, pour l'accomplissement d'une fonction, ou pour l'obtention d'un effet. Par extension, la synergie est un type de phénomène par lequel plusieurs facteurs agissant en commun créent un effet global ; un effet synergique distinct de tout ce qui aurait pu se produire s'ils avaient opéré isolément, que ce soit chacun de son côté ou tous réunis mais œuvrant indépendamment. Il y a donc idée d'une coopération créative. Elle possède une connotation positive et est utilisée pour désigner un résultat plus favorable lorsque plusieurs éléments d'un système ou d'une organisation agissent de concert : on parle de la synergie positive au sens large et des synergies Africaine dans la lutte contre le VIH /Sida. C'est dans la même lancée que Mame Mor Diarra NDIAYE affirme que « *Le résultat d'une action commune est créateur ou autrement meilleur que la somme attendue des résultats individuels des parties* » ceci est résumé par l'aphorisme un et un font trois. La synergie est donc une mise en commun de moyens qui se renforcent entre eux pour aboutir à un même but avec plus d'efficacité. En d'autres termes, il est question d'atteindre les objectifs avec efficience.

En économie, on parle de synergie lorsque l'association ou la fusion de deux entreprises ou de deux services engendrent une création de valeurs supérieures à celles que chacun des deux éléments aurait produit pris isolément.

En management, la synergie, est un « *phénomène par lequel plusieurs acteurs, facteurs ou influences agissant ensemble créent un effet plus grand que la somme des effets attendus s'ils avaient opéré indépendamment, ou créent un effet que chacun d'entre eux n'aurait pas pu obtenir en agissant isolément* ». On peut de ce fait l'appréhender comme étant une énergie qui s'additionne à d'autres forces, initiatives et mise en œuvre pour promouvoir un projet. C'est une association de plusieurs actions, systèmes, méthodes, dans le but de créer une dynamique, d'obtenir un effet produit. La synergie participe de ce fait à la création de valeur, cette dernière est associée à l'idée de l'effet de synergie, c'est l'effet $2+2=5$. Il s'agit des liens entre les différentes activités susceptibles de générer des effets bénéfiques. Prahalad et Hamel (1990) évoquerons la notion de synergie managériale en référence aux gains liés au partage d'une même logique de direction basé sur le concept de compétences managériales.

En l'espèce, la conception de la synergie retenue est celle de Becker ; à savoir un « *phénomène par lequel plusieurs acteurs, facteurs ou influences agissent ensemble créent un effet plus grand que la somme des effets attendus s'ils avaient opéré indépendamment, ou créent un effet que chacun d'entre eux n'aurait pas pu obtenir en agissant isolement* ».

Compétence

La compétence est un mot ancien qui signifie, dans son acception première, attributions et pouvoirs qui sont officiellement reconnues à une autorité publique. Par extension, la compétence est une connaissance approfondie, un savoir-faire reconnu qui confère le droit de juger, d'intervenir dans tel ou tel domaine. Les expressions suivantes sont couramment utilisées : avoir recours aux compétences : faire appel aux savoir-faire ; enrichir les compétences : ajouter les aptitudes, les savoir-faire ; éventail des compétences : ensemble d'aptitudes et de savoir-faire ; compétences relationnelles : aptitude à nouer les relations humaines. La compétence a pour synonyme : l'aptitude, la capacité, l'habilité, l'autorité, la suffisance, le pouvoir etc. Pour Nicole MANDON « *la compétence est le fait de savoir mobiliser connaissances et qualités pour résoudre un problème* ». Cette définition nous permet d'établir la relation explicite entre la compétence et l'action. L'action posée étant la résultante de la compétence adéquate face à une situation.

De ce fait, la compétence est la capacité reconnue dans un domaine. En droit, c'est l'aptitude légale à instruire et à juger une affaire. C'est une qualification professionnelle qui se décline en savoirs (connaissances), en savoir-faire (pratique) et en savoir-être (comportement relationnel) ainsi qu'en des aptitudes physiques. Elle est acquise, mise en œuvre ou non sur le poste pour remplir les tâches qui sont attendues. La compétence se distingue en cela du potentiel qui serait une "compétence en devenir"

En management, en ce qui concerne Guy Le BOTERF, « *la compétence est une capacité à agir, à prendre une décision, à résoudre un problème...la mobilisation par un individu dans un contexte donné, d'un certain nombre de ressources afin de réaliser une performance* » Il la distingue ainsi des ressources mobilisées lors de sa mise en œuvre. Pour cet auteur, les savoirs, savoir-faire et savoir-être sont alors plutôt des ressources que des compétences à proprement parler. Il ressort donc que la compétence est une aptitude à mobiliser une combinaison spécifique de ressources pour agir de manière particulière dans un contexte donné. La distinction entre compétence et ressources permet de spécifier la contextualisation de la compétence, de préciser qu'il ne suffit pas de posséder les

connaissances, fussent-elles pratiques, pour être compétent. Une personne peut être compétente pour faire mener dans un contexte particulier et ne pas l'être dans un autre. Elle résulte d'un apprentissage en situation qui concerne autant la combinaison que l'acquisition de ressources.

Il est important dans le cas de la présente étude de préciser qu'il ne s'agit pas pour nous d'une gestion des compétences qu'elle soit prévisionnelle ou pas. Puisque cette dernière, la gestion des compétences vise à réduire un écart entre les compétences requises par les postes de travail et les compétences possédées par leurs utilisateurs. Mais plutôt du management par les compétences qui n'est pas centré sur les compétences requises par les postes de travail, mais par les compétences possédées par les individus (ce qui nous intéresse). Il est donc établi que les deux logiques sont diamétralement opposées. Seules les compétences possédées sont connues. Le management par les compétences cherche de ce fait à les valoriser. Ici, « valoriser » n'est pas employé dans le sens de « donner la valeur » mais d'« augmenter la valeur », les ressources humaines étant les seules susceptibles d'être développées.

Dans le cadre de la présente étude, la compétence sera déclinée comme étant : « *le résultat d'une combinaison des ressources, c'est la capacité à pouvoir mobiliser et combiner des ressources dans un contexte donné afin de réaliser une performance.* ».

Développement

La naissance du concept de développement se situe après la seconde guerre mondiale, en pleine période de décolonisation. L'on peut dire qu'il a pour point de départ, le discours du président américain TRUMAN le 20 janvier 1949 qui en fait mention d'un bout à l'autre et qui se résumait en trois points.

- les pays occidentaux sont développés, les autres pays sont sous-développés,
- les causes du sous-développement sont internes aux pays du sud ; ces derniers souffrent d'un manque de progrès techniques et économiques,
- l'occident doit diffuser ces progrès pour développer les pays du sud.

Cette mission se veut humaniste : il s'agit de « supprimer la souffrance des populations » Ainsi naquit brusquement ce concept qui « *engloutit l'infinie diversité des modes de vie de l'hémisphère Sud dans une seule et même catégorie : sous développée.* »

Selon le dictionnaire de l'académie française, neuvième édition, le développement est l'« *action de déplier ce qui était enroulé* ». Pour Bernard PECQUEUR c'est l'« *action de déployer, d'étendre quelque chose ; résultat de cette action ... action de faire croître ou de progresser, résultat de cette action ... le fait de croître, d'évoluer en prenant de l'importance, de l'ampleur.* » Si le développement a transformé la planète depuis la révolution industrielle du XIXème siècle, il a aussi creusé les écarts entre les territoires et leurs populations. Non seulement le développement ne supprime pas les inégalités entre les lieux et les hommes, mais il en crée.

Pour les géographes, le développement est inégal, s'exprime dans l'organisation des territoires et touche les conditions de vie des populations. Il s'agit de : l'urbanisation, la densité et la configuration des réseaux sociaux, la distribution des équipements publics, l'intensité des activités économiques, la répartition du pouvoir décisionnel.

Au niveau économique, le développement est défini par le Petit Larousse comme l'« *amélioration qualitative et durable d'une économie et de son fonctionnement.* » l'aspect qualitative est mise en exergue car il prend en compte l'amélioration des conditions humaines, sociales et culturelles. Le développement est lié à la notion de progrès. En sciences humaines, le terme développement désigne de manière générale l'amélioration des conditions et de la qualité de vie d'une population, et renvoie à l'organisation sociale servant de cadre à la production du bien-être. De ce qui précède, il ressort que le développement contribue à l'amélioration du bien-être et relève davantage du qualitatif que du quantitatif.

Au niveau social, le développement renvoie au bien-être. Le rapport des nations unies sur l'alimentation de 1986 présente ce dernier comme un processus « *qui vise à améliorer sans cesse le bien être de l'ensemble de la population et de tous les individus, sur la base de leurs participation active, libre et significative au développement et au partage équitable des bienfaits qui en découlent.* » Il s'agit de « *rendre le développement plus démocratique et plus participatif. Ces choix doivent comprendre des possibilités d'accéder aux revenus et à l'emploi, à l'éducation et aux soins de santé, et à un environnement propre ne présentant pas de danger.* » C'est un processus qui permet à toute personne de développer sa personnalité, de prendre conscience en elle-même et de mener une existence digne et épanouie. Le développement libère les populations de la peur du besoin.

Au niveau environnemental, les réalités modernes se sont associées au développement. Au sommet de Rio en 1992 sur l'environnement, il a été affirmé que « *le développement, c'est-à-dire la satisfaction des besoins de l'humanité, suppose pour être durable de ne pas construire lui-même ses propres obstacles. Les conséquences, à moyen et long termes, des orientations choisies ne doivent pas aboutir à des impasses sociales, économiques, biologiques ou environnementales. (...) les êtres humains sont au centre des préoccupations relatives au développement durable. Ils ont droit à une vie saine et productive en harmonie avec la nature.* » Ces différents aspects utilisent les mots qui suscitent l'adhésion : bien être, harmonie, vie saine, existence épanouie, progrès, démocratie, autodétermination des peuples, sont également considérés comme les synonymes.

En l'espèce, le développement renvoie aux réalisations que les personnes regroupées en synergie instaurent pour impulser le développement et contribuer de ce fait aux changements des conditions de vie des populations.

Local

L'adjectif local peut, quant à lui, être défini de façon plus simple. Le local renvoie à ce qui est « particulier à un lieu, à une région, à un pays » selon le petit Larousse. Il peut être compris comme ce qui appartient ou qui est propre à un lieu particulier. Il est question de délimiter un lieu bien déterminé de part et d'autre de sa surface. Il renvoie généralement à l'adverbe localement qui, lui, se situe sur une zone définie au préalable.

D'après MESSAMBA BEYEM, le vocable local renvoie à « *la notion de territoire dans son sens large. Il fait appel à la considération d'un découpage administratif, d'une appartenance identitaire, d'un espace vécu, d'un champ d'action* ». De façon moins valorisante, c'est un espace territorial délimité par la portée de certains processus. La préoccupation centrale ne réside pas dans la signification de local, mais dans le sens du développement. Le local est donc de ce fait, un cadre idéal d'une vie meilleure. C'est un espace plus valable sur l'organisation de certaines relations politique, de la communauté, de la convivialité, comme échelon plus efficace pour agir et opérer certains effets. Il peut être envisagé comme un espace permettant des interactions quotidiennes, face à face entre différents acteurs. Le local peut être un espace réduit ou vaste en fonction de la densité de la population en interaction. En l'espèce, le local renvoie à la commune d'arrondissement de Ngwei.

Le développement local

Le développement local peut être de façon satisfaisante, car il possède autant de définitions qu'il y a d'auteurs. Ce dernier souffre souvent d'absence de définitions précises par ceux qui l'utilise. Tantôt, il sera appréhendé comme un état, une politique, un résultat, une méthode voir même une nouvelle idéologie. Il a comme synonyme de « développement par le bas », « développement endogène », « développement rural », « développement régional », « développement territorial », « auto-développement », « développement autocentré », etc. Quant à l'échelle, elle sera celle « local », « du territoire », « de l'espace vécu », de « la région », de « micro-région », du « pays ». Le développement appliqué au local est considéré comme un outil de planification. C'est un concept multidimensionnel, il englobe toutes les dimensions d'une collectivité territoriale qu'elle soit économique, sociale, politique, culturelle, physique ou administrative.

C'est un processus grâce auquel la communauté participe au « *façonnement de son propre environnement dans le but d'améliorer la qualité de vie de ses résidents.* » FAVREAU et al. Ceci nécessite une intégration harmonieuse des composantes économique, sociale, culturelle, politique et environnementale. La composante économique devient souvent une priorité vue l'importance pour chacun d'être en mesure de gagner sa vie et de subvenir de manière satisfaisante à ses besoins et ceux de ses proches.

Le développement local peut à la fois être une action de faire et le fait lui-même, ça peut aussi être une action et le résultat de cette action. A ce titre, la définition de Bernard PECQUEUR est intéressante à plus d'un titre.

« Le développement local peut se définir à la fois comme « un processus, une démarche, une méthode ». Un « processus », car la construction par les acteurs s'inscrit dans le temps. Elle est spécifique à chaque territoire et, de ce fait, n'est jamais reproductible à l'identique. Une « démarche », car le processus ne s'engage jamais mécaniquement de toutes parts. Il existe une part importante de stratégie volontaire, et donc une place pour les politiques publiques. Il s'agit de capitaliser l'apprentissage collectif de valoriser les savoirs faire collectif. Une « méthode », car, sur un plan plus abstrait, le développement local n'est pas seulement un phénomène observable, il est aussi la méthode d'observation des relations de coordination entre les acteurs, et plus généralement de la société.»

Le développement local est donc considéré comme une action de développement concertée, réalisée par les personnes physiques ou morales vivants dans un même espace géographique. Ces personnes définissent leurs orientations propres et mettent ensemble les moyens pour résoudre leurs problèmes, les acteurs extérieurs ne venant qu'en appui. L'action ici suppose une intervention qui doit obéir à une démarche. L'intervention doit être réalisée dans un espace bien circonscrite qui peut être un village, une communauté, commune ou localité. C'est un processus grâce auquel la communauté participe au façonnement de son propre environnement dans le but d'améliorer la qualité de vie de ses habitants.

C'est donc une stratégie de développement orientée vers l'action qui valorise les potentiels locaux, mise sur les acteurs locaux et la dynamique qui les anime, interprète et tire avantage des politiques gouvernementales et de l'aide externe. Il fait appel à des valeurs comme la subsidiarité, la créativité et la solidarité. Cette stratégie implique le plus souvent un changement à la fois de la communauté et de ses habitants. Le développement local implique entre autre d'axer les efforts sur l'individu. La personne est au centre de toutes initiatives, il s'agit donc de renforcer le capital humain selon VACHON.

Le milieu rural

Il se définit par opposition au milieu urbain. Sa spécificité est qu'il renferme une grande diversité sur le plan culturel et comportemental. Il est le garant des traditions socioculturelles et développe des liens des étroits avec la nature. Bref, il est constitué d'un ensemble d'éléments qui contribuent à renforcer et à enraciner le sentiment d'appartenance et de fusion à un groupe donné.

Son économie est essentiellement basée sur l'agriculture, il est important de noter que celle-ci est restée rudimentaire et archaïque. La pêche, l'élevage et l'artisanat constituent ses autres domaines d'activités. Il est le lieu par excellence de production d'une grande partie des denrées alimentaires et renferme en son sein une grande quantité de matières premières. C'est avec raison que le monde rural est qualifié de « mamelle nourricière » des grandes agglomérations de métropoles.

Mais au-delà de ces activités, de son mode de vie, de ses croyances et même de son environnement qui lui est propre, le milieu rural se caractérise par : la faible densité de la population, la pauvreté, le manque d'infrastructures, le sous-développement etc.

Outre les caractéristiques fondamentales du milieu rural susmentionné, ce dernier se distingue par d'autres spécificités qui lui sont propres et sont considérées comme des insuffisances ; à savoir : l'insuffisance et le caractère désuet des infrastructures de production, l'insuffisance des formations dans le domaine de la production, de la transformation, de la commercialisation, du stockage, de la conservation des produits. On note également un faible niveau de qualification dans le domaine de l'élaboration participative des politiques et stratégies de planification, de suivi, d'évaluation des programmes ou des projets.

Il est également caractérisé par l'enclavement et la baisse des prix des produits de rentes. La difficulté d'accès aux ressources et produits d'équipement tels que l'eau potable, les financements des projets, les machines. La non maîtrise des données climatiques en ce qui concerne les projets agricoles. ; L'insuffisance des infrastructures sociales (santé, éducation, routes...).

En l'espèce, le milieu rural est l'environnement, l'espace dans lequel se trouve l'arrondissement de Ngwei ainsi que les villages qui l'entourent.

Le développement communautaire

Si l'on s'abstient à la définition du Conseil Economique et Social des Nations Unies de 1981, le développement communautaire est un :

« Processus par lequel les efforts des populations sont conjugués avec ceux des autorités gouvernementales en vue d'améliorer les conditions économiques, sociales, culturelles des communautés, d'intégrer ces communautés dans la vie de la nation et de leur permettre de contribuer pleinement au progrès du pays ».

Il peut donc être considéré comme un mouvement, un procédé ou une méthode destinée à promouvoir un ensemble de procédés contribuant à l'amélioration des conditions existentielles d'une communauté donnée. Il implique un engagement sans faille des communautés concernées du début jusqu'à la fin du processus.

Le développement communautaire s'oriente sur deux axes additionnels. Il fait appel à la fois sur l'action communautaire des populations elles-mêmes et sur celle des pouvoirs publics qui renforce l'action des forces communautaires. L'objectif poursuivi est bien évidemment l'amélioration des conditions de vie des populations et partant, la participation des uns et des autres au progrès national.

Le fait de se mettre ensemble est le point de départ du développement communautaire pensé et voulu par les habitants d'une zone, d'un quartier, une région etc. dans le but d'améliorer leur quotidien. Pour y arriver, il est opportun que les principaux responsables s'organisent autour d'initiatives communes tout en prenant en compte les intérêts des uns et des autres. Ceci passe inévitablement par une définition commune des objectifs à atteindre tout en recherchant les voies et moyens pour parvenir à la réalisation des projets instaurés en conjuguant leurs efforts pour triompher des éventuels obstacles.

De ce fait, le développement communautaire est appréhendé comme un processus dynamique d'actions socioéconomiques et culturelles qui nécessite au préalable une étude approfondie du contexte, d'une définition claire et précise des besoins ainsi que des problèmes qu'ils soient individuels ou collectifs des membres de la communauté. D'une élaboration des plans collectifs pouvant être en même de donner une réponse satisfaisante aux problèmes des uns et des autres. Surtout, de procéder à l'exécution des plans élaborés. Les ressources communautaires ou locales peuvent servir de base au développement communautaire. Ces ressources si besoin seront compléter par des ressources externes constituées des apports divers. Ces apports peuvent provenir des organismes privés ou publics contribuant ainsi à la bonne exécution des dits projets. Les apports extérieurs provenant des organismes gouvernementaux ou privés, évaluer l'exécution de ces projets

Le développement local en l'espèce rien d'autre que la complémentarité des apports de différentes nature des uns et des autres dans la construction de l'édifice du développement de la localité.

CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTÉRATURE

La partie consacrée à la revue de la littérature dans le cadre de ce travail de recherche traite tout d'abord des connaissances générales sur la PEC des PVVIH et le système de santé périphérique. Ensuite, quelques travaux descriptifs et expérimentaux seront mis en exergue pour pouvoir donner un aperçu sur les connaissances en rapport avec le sujet traité.

2-1- LA PEC DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH.

Au Cameroun, comme dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, les estimations de la prévalence nationale du VIH sont obtenues principalement à partir d'un système de surveillance sentinelle dans les services de consultation prénatale, mis en place en 1989. En moyenne, chaque année, 4 à 6 sites sentinelles sont utilisés pour mener des enquêtes anonymes non liées, pendant une période de 8 à 12 semaines, auprès des femmes enceintes venant pour leur première consultation prénatale. Ces enquêtes n'ont pas été menées de façon régulière entre 1996 et 1999. En 2000, 27 sites urbains et semi urbains étaient utilisées dans toutes les provinces. En 2002, 20 sites ont été utilisés : un site urbain et un site rural par région, chaque site étant composé de deux à quatre services de consultation prénatale comme point de collecte ou poste sentinelle. Les résultats provenant de ces enquêtes sont saisis, analysés et disséminés par le Programme National de Lutte contre le Sida (Ministry of Public Health, 2000 et 2003). On a montré que, dans la plupart des pays, l'estimation de la prévalence du VIH à partir des données du seul système de surveillance sentinelle des services de consultation prénatale était assimilable à celle de l'ensemble de la population des hommes et des femmes adultes (UNAIDS et WHO, 2000).

Ainsi, les données des sites sentinelles, provenant des femmes enceintes qui viennent pour les 294 Prévalence du VIH et Facteurs Associés consultations prénatales, ont jusque là été la principale source d'informations sur la prévalence du VIH au Cameroun. Néanmoins, les données provenant exclusivement des femmes enceintes présentent des limites pour estimer le taux d'infection au VIH dans la population générale adulte. Tout d'abord, ces données ne sont pas représentatives de l'ensemble des femmes car un certain nombre d'entre elles n'utilisent pas les services de consultation prénatale. De plus, étant donné qu'en Afrique subsaharienne, la transmission se fait essentiellement au cours de rapports hétérosexuels non protégés (UNAIDS/WHO, 1999), les femmes enceintes sont plus exposées à l'infection au

VIH que les femmes qui se protègent du VIH et évitent la grossesse par l'utilisation de condoms ou que celles qui sont sexuellement moins actives. Par ailleurs, on a démontré dans une étude réalisée dans quatre villes en Afrique subsaharienne que les taux de prévalence du VIH chez les femmes enceintes sont plus élevés que ceux des hommes (Buvé et al. 2001). Bien que les informations provenant du système de surveillance sentinelle dans les services de consultation prénatale aient été très utiles pour suivre les tendances de l'infection au VIH au Cameroun, l'inclusion du test du VIH dans l'EDSC-III permet de mieux connaître l'ampleur de l'épidémie dans la population générale d'âges reproductifs et de mieux comprendre le profil de l'infection. Comme expliqué au chapitre 1, l'EDSC de 2004 est la troisième enquête de ce genre réalisée au Cameroun (EDSC-III) et la première enquête qui intègre un test de dépistage du VIH, en utilisant un protocole anonyme, liant les résultats aux principales caractéristiques sociodémographiques et comportementales des individus. Les données sur le VIH fournissent les informations nécessaires permettant de planifier la réponse nationale, d'évaluer l'impact du programme en cours et de mesurer le progrès du plan stratégique national de lutte contre le VIH/sida de 2000-2005. La détermination de la prévalence du VIH dans la population et l'analyse des facteurs sociaux, biologiques et comportementaux associés à l'infection au VIH, fournissent des nouvelles perspectives sur la connaissance de l'épidémie du VIH au Cameroun. Ceci pourrait conduire à des interventions et des messages plus précis et ciblés. En outre, les résultats de l'EDSC-III permettront de réajuster les estimations de prévalence basées sur les données annuelles du système de surveillance sentinelle afin que les tendances de l'infection au VIH entre deux enquêtes soient mesurées avec une meilleure précision dans la population générale. Enfin, les données de l'EDSC-III, fournissant des données comportementales liées à la prévalence du VIH, peuvent être utilisées pour mieux guider les programmes de prévention du VIH.

La troisième Enquête Démographique et de Santé au Cameroun (EDSC-III) de 2004, réalisée dans le cadre du programme international Demographic and Health Surveys (DHS) est la première enquête à effectuer le test du VIH dans la population générale du Cameroun. Le Ministère des Affaires Economiques, de la Programmation, et de l'Aménagement du Territoire (MINEPAT), à travers l'Institut National de la Statistique (INS), et le Ministère de la Santé Publique (MSP), ont été les premiers à solliciter l'inclusion du test de VIH dans le cadre de l'EDSC-III du Cameroun. L'objectif du test était d'estimer le taux de séroprévalence du VIH (VIH-1 et VIH-2) au niveau national, et au niveau de chacune des dix provinces et des villes de Yaoundé et Douala. L'assistance technique pour l'enquête et pour le test de

dépistage du VIH a été assuré par ORC Macro à travers le programme international MEASURE DHS financé par l'USAID. Le protocole du test de VIH est basé sur le protocole anonyme-lié développé par le programme DHS et approuvé par le Comité d'Éthique d'ORC Macro. Selon ce protocole, aucun nom ou autre caractéristique individuelle ou géographique permettant d'identifier un individu n'est lié à l'échantillon de sang. Le Comité National d'Éthique du Cameroun a également approuvé le protocole anonyme-lié spécifique pour l'EDSC-III. Étant donné que les tests du VIH sont strictement anonymes, il n'était pas et il ne sera pas possible d'informer les enquêtés des résultats de leur test.

L'INS est actuellement rattaché au MINPLAPDAT. L'enquête, qu'elles aient accepté ou non d'être testées pour le VIH, les personnes éligibles recevaient un coupon pour obtenir, si elles le souhaitaient, des conseils et un test gratuit auprès d'un Centre de Prévention et de Dépistage Volontaire (CPDV). Le test de dépistage du VIH a été effectué dans le sous-échantillon de ménages sélectionnés pour l'enquête homme, représentatif de l'ensemble du pays. Dans un ménage sur deux, toutes les femmes de 15-49 ans et tous les hommes de 15-59 ans étaient éligibles pour le test du VIH. Au total, 5 703 femmes et 5 676 hommes ont été sélectionnés pour le test.

Pour procéder aux prélèvements sanguins auprès des personnes éligibles, chaque équipe de terrain comprenait au moins deux enquêteurs-techniciens spécialement chargés des prélèvements. En plus de la formation d'enquêteurs, ces techniciens avaient reçu une formation spéciale sur tous les aspects du protocole de test du VIH. Tout d'abord, le technicien cherchait à obtenir le consentement éclairé de chaque personne éligible, après avoir expliqué les procédures de prélèvement et le caractère confidentiel et anonyme du test. Comme le résultat du test ne pouvait pas être communiqué aux personnes acceptant d'effectuer le test, chaque personne éligible recevait un coupon lui permettant d'obtenir des conseils et un test gratuit auprès d'un CDPV. Après avoir remis le coupon, le technicien prélevait sur un papier filtre quelques gouttes de sang auprès de chaque femme et chaque homme qui acceptaient d'être testés ; les prélèvements étaient effectués en prenant de strictes précautions d'hygiène. Dans la plupart des cas, les gouttes de sang étaient obtenues de la même piqûre au doigt que pour l'anémie. Une étiquette portant un code barre était collée sur chaque papier filtre contenant du sang. Une deuxième étiquette portant le même code barre était collée sur le questionnaire ménage, sur la ligne correspondant au consentement de la personne éligible. Un troisième code barre, toujours de la même série, était collé sur la fiche

de transmission. L'utilisation de ces codes a permis, à la fin du traitement des données, la fusion des résultats des analyses de sang et des caractéristiques sociodémographiques contenues dans les questionnaires. Néanmoins, avant de fusionner les fichiers, toutes les informations pouvant permettre d'identifier les individus (numéro de grappe d'enquête et numéro de ménage) ont été détruites du fichier informatisé ainsi que des questionnaires de façon à assurer le caractère anonyme des données. Les gouttes de sang sur papier filtre étaient séchées pendant 24 heures au minimum dans une boîte de séchage contenant des desséchants pour absorber l'humidité. On obtenait ainsi des taches de sang séché, ou « Dried Blood Spots » (DBS). Le lendemain, chaque échantillon séché était placé dans un petit sac en plastique imperméable et à fermeture hermétique. Pour la conservation des prélèvements, des desséchants et un indicateur d'humidité étaient placés dans le petit sac. Les sacs en plastique individuels étaient ainsi conservés au sec jusqu'à leur acheminement régulier au bureau central de l'INS à Yaoundé. À l'INS ils étaient immédiatement enregistrés et transférés au Centre Pasteur du Cameroun (CPC) pour être analysés.

Le test des anticorps anti-VIH basé sur des gouttes de sang séché (DBS) et la restitution des résultats ont été effectués par le Centre Pasteur du Cameroun (CPC) à Yaoundé. Le CPC est le laboratoire de référence au Cameroun. Il est régulièrement soumis à un contrôle de qualité interne rigoureux, ainsi qu'à un contrôle de qualité externe. Le contrôle de qualité externe du CPC est assuré par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Des études (De Baets et al., 2005) ont démontré que le test des anticorps anti-VIH en utilisant du sang séché fournit des résultats aussi précis que le test effectué à partir du plasma. Avant l'enquête, le 296 | Prévalence du VIH et Facteurs Associés CPC a effectué une étude de validation en testant 86 échantillons (57 positifs et 29 négatifs) sous forme de plasma et de DBS : les deux types de tests ont fourni des résultats concordants. En ce qui concerne la procédure de test en laboratoire, les gouttes de sang séchées sur papier filtre étaient perforées à l'aide d'une poinçonneuse, après l'enregistrement de chaque échantillon reçu. Le cercle de papier coupé, mesurant approximativement 6 mm de diamètre était ensuite plongé dans 150 microlitres de PBS pour extraction et reconstitution de la solution de sang entier. Le statut sérologique a été déterminé à partir de l'algorithme suivant :

- Dépistage

- ELISA1 : Genscreen Plus version (BioRad laboratoires). ELISA de la 3^e génération, très sensible, détectant le VIH-1 et VIH-2 groupe O. C'est un ELISA direct.
- Si un échantillon présente une densité optique (DO) en ELISA1 inférieure à la valeur seuil (VS), le résultat est rendu Négatif.

• Confirmation

- Les échantillons réactifs avec ELISA-1 ($DO > VS$) sont testés avec un second ELISA (ELISA-2), hautement spécifique du VIH-1 (Wellcozyme HIV-1 recombinant, ABBOTT). C'est un ELISA de compétition.
- Si un échantillon est fortement réactif en ELISA-1 ($DO > 2,2$) et ELISA-2 ($DO < 0,1$), le résultat est rendu Positif.
- Un échantillon présentant une $DO > 0,1$ en ELISA-2 est passé par un test rapide (Determine, ABBOTT). S'il est négatif, un résultat négatif est rendu. Si cet échantillon est positif en Determine, il est passé en Multispot (BioRad) pour une différenciation HIV-1/HIV-2 et passé en GSEIA (sérotypie). Les échantillons négatifs ou douteux à ce stade seront rendus Indéterminés. Les échantillons présentant une réaction en VIH-1 ou VIH-2 ou les deux sont passés en Western Blot (WB) 1 ou 2 ou les deux (New LAV Blot 1 et New LAV Blot 2, BioRad). Les résultats sont rendus positifs VIH-1, VIH-2 ou VIH-1 et 2 ou indéterminés, selon les profils des WB.
- 5% des échantillons négatifs au dépistage ont été à nouveau testés suivant l'algorithme complet pour un contrôle de qualité interne.

Un programme en Excel, spécialement conçu selon l'algorithme retenu, a été fourni au CPC pour la saisie des résultats des tests. Au fur et à mesure des entrées, ce programme procédait à un comptage automatique de toutes les entrées (nombre global de prélèvements testés, de cas positifs et de cas négatifs selon les différents kits utilisés). Toutes les deux semaines environ, les responsables du CPC fournissaient à l'INS et à ORC Macro les résultats de ces comptages globaux de façon à pouvoir contrôler le déroulement des tests et déceler d'éventuelles anomalies. Concernant la restitution des résultats, chaque prélèvement de sang transféré au CPC était identifié uniquement par un code barre, et seul ce code était saisi dans le fichier Excel avec les résultats des tests. Ce fichier confidentiel est resté sous la responsabilité de CPC jusqu'à la fin de l'enquête. Lorsque le fichier de données de l'EDSC-III (basé à l'INS) a été apuré et après que les facteurs de pondération aient été calculés, un

fichier de données contenant uniquement les facteurs de pondération, le sexe, l'âge, la région de résidence et le code d'identification des enquêtés a été préparé et comparé au fichier du CPC pour vérifier la cohérence des deux bases de données. Après cette vérification et avant de fusionner les fichiers de prévalence et ceux de l'enquête, toutes les informations pouvant permettre d'identifier les individus (numéro de grappe d'enquête et numéro de ménage) ont été détruites du fichier informatisé ainsi que des questionnaires de façon à garantir le caractère anonyme des données.

Prévalence du VIH et Facteurs Associés :

Les fichiers ont alors été fusionnés pour calculer les indicateurs présentés dans ce rapport sur la prévalence du VIH en fonction des caractéristiques sociodémographiques des personnes enquêtées.

Chez les femmes de 15-49 ans et les hommes de 15-59 ans éligibles pour le test, selon le milieu et la région de résidence. Dans l'ensemble, plus de 9 personnes sur 10 (91 %) ont fourni quelques gouttes de leur sang pour le test du VIH : 3 % étaient absents au moment du test et, dans la plupart des cas, au moment de l'enquête, et 5,5 % ont refusé de fournir leur sang pour le test. Le taux de couverture est légèrement plus élevé chez les femmes (92 %) que chez les hommes (90 %). Les taux de couverture chez les femmes et les hommes du milieu rural sont plus élevés que chez ceux du milieu urbain : dans l'ensemble, 95 % des personnes des zones rurales ont été testées contre 87 % des personnes urbaines. Le taux de couverture du test du VIH le plus élevé est celui de la région du Sud (96 %), et le plus faible est celui de Yaoundé où 76 % des femmes et des hommes ont été testés. D'une manière générale, à l'exception des régions du Nord-Ouest et de l'Ouest, le taux de couverture est toujours plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Selon la région (y compris les villes de Yaoundé et Douala), le taux de participation varie chez les femmes d'un minimum de 77 % à Yaoundé à un maximum de 97 % au Sud. Chez les hommes, les taux de participation les plus élevés sont observés dans la région du Nord-Ouest (95 %) tandis que les taux les plus faibles concernent les villes de Yaoundé (75 %) et de Douala (84 %).

Parmi les personnes éligibles qui n'ont pas été testées, on distingue quatre catégories en fonction des raisons pour lesquelles le prélèvement de sang pour le test n'a pu être effectué. Celles des personnes :

- qui ont refusé le test après lecture du consentement par l'enquêteur (maximum de 15,4 % à Yaoundé, 8,7 % dans l'ensemble du milieu urbain et minimum de 2,2 % en milieu rural) ;

- qui ont répondu à l'enquête, mais n'étaient pas présentes lors du passage du technicien pour effectuer le prélèvement de sang (0,4 % en urbain et 0,2 % en rural) ;

- qui n'étaient pas à la maison (après au minimum de trois visites) ni au moment de l'interview, ni au moment du test et donc n'ont été ni enquêtées, ni testées (2,9 % en urbain et 1,8 % en rural) ;

- dont le résultat du test est classé « Autre ou manquant » et qui sont considérées comme « non testé » pour des raisons diverses : parce qu'elles étaient incapables de donner leur consentement au test, parce qu'il y avait discordance entre le code à barres dans le questionnaire et celui du prélèvement de sang sur le papier filtre, ou parce qu'il y avait eu des difficultés techniques pour prélever le sang, ou encore parce que l'échantillon de sang n'était pas utilisable pour le test (1,0 % en milieu urbain et 0,6 % en milieu rural). Chez les femmes et les hommes, le refus est la raison la plus importante de non-participation au test du VIH. Les taux de refus sont plus élevés chez les femmes et les hommes du milieu urbain (8,5 % pour les femmes et 9 % pour les hommes) que chez ceux du milieu rural (2,3 % pour les femmes et 2,0 % pour les hommes). Les taux de refus les plus élevés concernent les femmes de Yaoundé (16,2 %) et de Douala (7,2 %) et les hommes des mêmes villes (respectivement, 14,8 % et 10,3 %). Le tableau 16.2 fournit les taux de couverture du test du VIH, selon l'âge, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique. Pour les femmes et les hommes, mis à part à 15-19 ans où il est légèrement plus élevé, le taux de couverture du test reste pratiquement constant aux différents âges : autour de 90 % pour les femmes et de 88 à 89 % pour les hommes. Chez les femmes, on observe une diminution des taux de participation avec l'augmentation du niveau d'instruction : de 93 % parmi les femmes sans instruction à 88 % parmi celles qui ont un niveau secondaire ou plus. Par contre, chez les hommes, le taux de couverture ne varie pratiquement pas avec le niveau d'instruction. En ce qui concerne l'indice de bien-être, on n'observe pas de variation importante de participation des hommes et des femmes vivant dans les ménages des trois premiers quintiles (93 à 94 % pour les hommes et 93 à 96 % pour les femmes). Cependant, la participation est nettement plus faible chez les hommes et les femmes qui vivent dans les ménages appartenant aux deux quintiles les plus riches : respectivement, 88 % et 84 % pour les femmes et 87 % et 81 % pour les hommes.

Pour essayer de déterminer si les variations du taux de couverture du test du VIH pourraient avoir un impact sur le niveau de prévalence, on a analysé les taux de couverture du test selon plusieurs variables sociodémographiques et comportementales (voir tableaux A.4 à A.7, en Annexe A). Si les taux de couverture les plus faibles correspondent au milieu urbain, aux personnes les plus instruites et à celles vivant dans les ménages les plus riches, catégories parmi lesquels la prévalence du VIH est plus élevée que dans les autres, l'analyse des caractéristiques comportementales ne fait pas apparaître d'écart important de couverture du test selon que les personnes appartiennent ou non à des catégories considérées comme à risque. Ainsi, 96 % des femmes ayant déjà eu des rapports sexuels ont effectué le test contre 94 % de celles n'ayant jamais eu de rapports sexuels. De même, le taux de couverture est le même (96 %) parmi les femmes qui, au cours des 12 derniers mois, ont eu des rapports sexuels avec un partenaire avec qui elles n'étaient pas en union ou avec un partenaire non cohabitant que parmi celles qui n'ont pas eu de prévalence du VIH et Facteurs Associés tels partenaires.

Enfin, le taux de couverture ne varie pratiquement pas selon le nombre de partenaires sexuels que les femmes ont eus au cours de leur vie ou au cours des 12 derniers mois. Par ailleurs, chez les hommes, le taux de couverture ne varie pratiquement pas selon l'état matrimonial, qu'ils aient déjà eu ou non des rapports sexuels, ou qu'ils aient eu ou non des rapports à risque, selon le nombre de partenaires sexuels sur la durée de vie, selon le nombre de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois, et selon le fait d'avoir eu ou non des rapports sexuels avec des professionnelles du sexe.

Ainsi, globalement, l'analyse des taux de participation au test selon les différentes caractéristiques comportementales ne met pas en évidence de relation systématique entre la non participation au test et les variables associées à des risques élevés d'infection au VIH.

Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques sociodémographiques .Les résultats de l'EDSC-III de 2004 montrent qu'au Cameroun, 5,5 % des adultes âgés de 15-49 ans sont séropositifs. Le taux de séoprévalence chez les femmes de 15-49 ans (6,8 %) est supérieur au taux estimé chez les hommes du même groupe d'âges (4,1 %). Il en résulte un ratio d'infection entre les femmes et les hommes de 1,7, ce qui signifie qu'il y a 170 femmes infectées pour 100 hommes. Ce chiffre, comparable à d'autres ratios trouvés dans des enquêtes similaires en Afrique subsaharienne, signifie que les femmes sont nettement plus vulnérables que les hommes à l'infection au VIH.

Prévalence du VIH selon l'âge Pourcentage de femmes de 15-49 ans et d'hommes de 15-59 ans séropositifs selon l'âge, Cameroun 2004.

La proportion de personnes séropositives augmente avec l'âge : d'un minimum de 1,4 % parmi les personnes de 15-19 ans, la proportion atteint un maximum de 8,9 % parmi celles de 30-34 ans pour diminuer ensuite à 4,7 % parmi les personnes de 45-49 ans. Comme observé dans d'autres études, les variations de la prévalence selon l'âge diffèrent entre les femmes et les hommes.

La prévalence présentée dans ce chapitre se réfère à l'infection au VIH-1 : la prévalence du VIH-2 était de 0 %. 302 | Prévalence du VIH et Facteurs Associés illustre ces variations différentielles. Dès l'âge de 15-19 ans, 2,2 % des femmes sont séropositives et ce taux augmente très rapidement pour atteindre un maximum de 10,3 % à 25-29 ans, pour diminuer ensuite et atteindre 5,5 % à 45-49 ans. Chez les hommes, d'un minimum de 0,6 % à 15-19 ans, le taux atteint son maximum à 35-39 ans (8,6 %) alors que la prévalence la plus élevée concerne les femmes nettement plus jeunes (25-29 ans). À partir de 35-39 ans, la prévalence diminue régulièrement chez les hommes pour atteindre 3,8 % à 45-49 ans (contre 5,5 % chez les femmes du même âge et 1,0 % à 55-59 ans. La proportion de femmes infectées est toujours plus élevée que celle des hommes, sauf à 35-39 ans, âge auquel, proportionnellement, les hommes sont légèrement plus infectés que les femmes (8,6 % contre 7,8 %). Les écarts de prévalence sont les plus prononcés à 20-29 ans, âges auxquels les femmes ont des taux plus de deux fois plus élevés que ceux des hommes. Les hommes et les femmes du milieu urbain sont nettement plus susceptibles d'être séropositifs que ceux du milieu rural (tableau 16.4) : la prévalence atteint 6,7 % en milieu urbain contre 4,0 % en milieu rural. L'épidémie du VIH ne touche pas uniformément les différentes régions du Cameroun : le Nord-Ouest (8,7 %), l'Est (8,6 %), la ville de Yaoundé (8,3 %) et le Sud-Ouest (8,0 %) sont les régions où les niveaux de prévalence sont les plus élevés ; le Nord (1,7 %) et l'Extrême-Nord (2,0 %) sont les régions où les niveaux de prévalence sont les plus faibles. Les taux de prévalences sont particulièrement plus élevés chez les femmes du Nord-Ouest (11,9 %), du Sud-Ouest (11,0 %), de la ville de Yaoundé (10,7 %), de l'Adamaoua (9,8 %) et de l'Est (9,4 %).

Prévalence du VIH et Facteurs Associés : Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques socio-démographiques. Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans séropositifs selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Cameroun 2004.

ND = Non déterminées, à savoir les femmes et les hommes ayant effectué le test, mais non enquêtés plus, pour certaines catégories, d'autres cas pour lesquels l'information est manquante.

Prévalence du VIH et Facteurs Associés : Les hommes et les femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (respectivement 4,3 % et 8,2 %) ont un taux d'infection plus élevé que ceux ayant un niveau primaire et surtout que ceux qui n'ont aucun niveau d'instruction (respectivement 2,7 % et 3,4 %). L'infection au VIH présente également des variations selon la situation par rapport à l'emploi, en particulier chez les hommes : 7,0 % des femmes et 5,1 % des hommes travaillant au moment de l'enquête sont infectés contre 6,1 % des femmes et 1,9 % des hommes ne travaillant pas au moment de l'enquête. On constate par ailleurs que les taux de prévalence sont plus faibles chez les hommes et les femmes vivant dans les ménages les plus pauvres (prévalence pour les deux sexes de 2,4 % et de 3,2 % pour les quintiles les plus pauvres) que chez ceux vivant dans des ménages relativement plus aisés (prévalence de 6,5 % et plus). La prévalence du VIH est particulièrement élevée dans les groupes ethniques Grassfield (9,7 %) et Kako/Meka/Pygmées (9,2 %), en particulier chez les femmes (respectivement 12,1 % et 10,9 %). Curieusement, la prévalence maximale s'observe chez les femmes Bantoïdes Sud-Ouest (14,9 %), alors que chez les hommes du même groupe ethnique la prévalence est parmi les plus faibles (1,9 %). Chez les hommes, les taux d'infection au VIH ne varient que très peu entre les catholiques, les protestants, les musulmans et les adeptes des nouvelles religions. Par contre, la prévalence est nettement plus faible chez les femmes musulmanes (4,9 %) que chez les catholiques (7,6 %), les protestantes (7,7 %) et surtout que chez les femmes appartenant aux nouvelles religions (10,7 %).

Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques démographiques. Comme on pouvait s'y attendre, la prévalence du VIH présente de très fortes variations selon l'état matrimonial (tableau 16.5). Les femmes en rupture d'union ont une prévalence trois fois plus élevés que celles en union (18,5 % contre 6,2 %) : le taux de prévalence est particulièrement élevé parmi les veuves (26,4 %). Les femmes en union sont près de deux fois plus fréquemment infectées que les célibataires (6,2 % contre 3,5 %). On retrouve le même type de différentiels chez les hommes, mais quel que soit l'état matrimonial, la prévalence est toujours nettement plus élevée chez les femmes.

Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques démographiques : Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans séropositifs selon certaines caractéristiques démographiques, Cameroun 2004.

na = Non applicable

nd = Non déterminées, à savoir les femmes et les hommes ayant effectué le test, mais non enquêtés plus, pour certaines catégories, d'autres cas pour lesquels l'information est manquante.

Prévalence du VIH et Facteurs Associés : Les femmes célibataires qui déclarent avoir déjà eu des rapports sexuels ont un taux de prévalence plus élevé que les hommes de la même catégorie (6,5 % contre 2,9 %). Par contre, environ la même proportion de femmes et d'hommes célibataires n'ayant jamais eu de rapports sexuels sont infectés au VIH (0,7 % des femmes et 1,0 % des hommes), ce qui s'explique soit par des erreurs de déclaration sur les comportements sexuels, soit par une transmission non sexuelle du VIH.

Les femmes en union monogame ont une prévalence plus élevée que celles qui sont en union polygame (6,6 % contre 5,5 %). Par contre, on ne constate pas d'écart entre les hommes monogames et les polygames (respectivement, 5,4 % et 5,5 %). Enfin, on constate que la prévalence du VIH des femmes enceintes est légèrement supérieure à celle des femmes qui ne sont pas enceintes ou ne sont pas sûres de l'être (7,4 % contre 6,7 %). Le niveau de prévalence des femmes enceintes estimé à l'EDSC-III (7,4 %) est très proche du niveau de prévalence (7,3 %) estimée à l'enquête sentinelle de 2002 chez les femmes enceintes (Ministry of Public Health, 2003).

Prévalence du VIH et facteurs de risque : Certains comportements sexuels sont des facteurs de risque qui peuvent affecter le niveau de prévalence du VIH et des IST. Le tableau 16.6 présente ainsi la prévalence du VIH selon certaines caractéristiques du comportement sexuel. Il est important de rappeler que les questions concernant les comportements sexuels sont très délicates à poser et qu'il est possible que certains comportements à risque n'aient pas été déclarés. Par ailleurs, la plupart des informations collectées portent essentiellement sur le comportement sexuel au cours des douze mois précédant l'enquête qui peut ne pas toujours refléter un comportement sexuel antérieur. Les résultats devraient donc être interprétés avec prudence. Chez les femmes comme chez les hommes, la prévalence du VIH ne semble pas

être positivement associée à la précocité des premiers rapports sexuels. Au contraire, chez les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels, la prévalence augmente avec l'âge aux premiers rapports sexuels : de 7,1 % pour les femmes qui ont eu leurs premiers rapports sexuels à moins de 16 ans, la prévalence passe à 8,4 % pour celles qui ont eu leurs premiers rapports à 18-19 ans. La prévalence diminue ensuite légèrement chez les femmes qui ont eu leurs premiers rapports sexuels à 20 ans ou plus (8,0 %). Chez les hommes, la prévalence ne présente pas de variation nette selon l'âge aux premiers rapports sexuels. Elle varie cependant d'un minimum de 4,1 % pour les hommes ayant eu leurs premiers rapports sexuels à moins de 16 ans à un maximum de 5,2 % quand les premiers rapports ont eu lieu à 16-17 ans. On note que plus les hommes ont eu des rapports sexuels à haut risques, plus la prévalence de VIH est élevée : de 2,1 % chez les hommes n'ayant pas eu de rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, la prévalence passe à 4,1 % chez ceux ayant eu des rapports sexuels, mais pas à hauts risques, et à 5,6 % chez ceux ayant eu des rapports sexuels à hauts risques. Par contre, chez les femmes n'ayant pas eu de rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, la prévalence est pratiquement aussi élevée que chez celles ayant eu des rapports à hauts risques (respectivement 9,6 % et 10,4 %). Chez les femmes comme chez les hommes, le niveau de prévalence augmente également en fonction du nombre total de partenaires sexuels au cours de la vie : de 2,7 % chez les femmes qui n'ont eu qu'un seul partenaire sexuel au cours de leur vie, la prévalence passe à 9,3 % chez les femmes ayant eu 3-4 partenaires sexuels, et atteint 14,2 % chez les femmes ayant déclaré 10-24 partenaires sexuels. Chez les hommes, la prévalence passe d'un minimum de 0,5 % chez ceux ayant déclaré n'avoir eu qu'un seul partenaire sexuel au cours de la vie à un maximum de 8,9 % chez ceux ayant déclaré 25 partenaires ou plus.

Prévalence du VIH et Facteurs Associés : Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques du comportement sexuel Parmi les femmes et les hommes de 15-49 ans qui ont déjà eu des rapports sexuels, pourcentage de séropositifs selon certaines caractéristiques du comportement sexuels, Cameroun 2004

Prévalence du VIH et Facteurs Associés : De même, chez les femmes comme chez les hommes, le niveau de prévalence augmente également en fonction du nombre de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois et en fonction du nombre de partenaires à hauts risques. Contrairement à ce à quoi on pouvait s'attendre la prévalence du VIH est plus élevée parmi les femmes qui ont déjà utilisé un condom (9,8 %) que parmi celles qui n'en ont jamais utilisé

(6,2 %). Par contre, le niveau de prévalence ne varie pratiquement pas entre les femmes qui ont utilisé un condom et celles qui n'en ont pas utilisé au cours des derniers rapports sexuels des 12 derniers mois (respectivement 7,5 % et 7,0 %). Chez les hommes qui n'ont pas utilisé de condom, la prévalence est légèrement plus faible que chez ceux qui en ont utilisé (4,7 % contre 5,7 %).

Prévalence du VIH et autres facteurs à risque. Les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) jouent un grand rôle dans la transmission sexuelle du VIH. Le tableau 16.7 présente la prévalence du VIH selon la prévalence déclarée des IST. Comme on pouvait s'y attendre, les femmes et les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels et ayant déclaré avoir eu une IST ou des symptômes d'IST au cours des 12 derniers mois ont des taux d'infection au VIH plus élevés (respectivement 10,4 % et 7,2 %) que ceux n'ayant pas eu d'antécédent d'IST au cours des 12 derniers mois (7,0 % et 4,6 %).

Prévalence du VIH selon la prévalence des IST et le test du VIH antérieur à l'enquête. Parmi les femmes et les hommes de 15-49 ans qui ont déjà eu des rapports sexuels, pourcentage de séropositifs selon qu'ils ont eu ou non une Infection Sexuellement Transmissible (IST) au cours des 12 derniers mois et selon qu'ils ont déjà ou non effectué un test du VIH avant l'enquête, Cameroun 2004.

Le présent tableau présente également la prévalence du VIH pour les personnes ayant déjà eu des rapports sexuels selon qu'elles ont ou non effectué un test du VIH avant l'enquête. La proportion de personnes infectées au VIH est plus élevée chez les femmes et les hommes ayant déjà effectué le test du VIH que chez ceux qui n'ont jamais effectué le test. La prévalence est de 10,4 % chez les femmes et 6,9 % chez les hommes ayant effectué le test contre 6,7 % chez les femmes et 4,3 % chez les hommes n'ayant jamais effectué le test. 308 | Prévalence du VIH et Facteurs Associés Bien que la séroprévalence soit associée au fait d'avoir effectué un test du VIH antérieur, on constate que de nombreuses personnes infectées au VIH n'ont jamais effectué de test (tableau 16.8). En effet, 75 % des femmes et 76 % des hommes infectés ne connaissent pas leur statut sérologique, soit parce qu'ils n'ont jamais effectué de test, soit parce qu'ils ont effectué le test mais ne connaissent pas les résultats. Pour les femmes, 25 % de celles qui sont séropositives ont déjà effectué un test et connaissent les résultats, contre 18 % de celles qui sont séronégatives. On constate les mêmes types d'écart pour les hommes, 24 % de ceux qui sont séropositifs ont déjà effectué un test et connaissent les résultats, contre 13 % de ceux qui sont séronégatifs.

Au Cameroun, la majorité des hommes de 15-59 ans sont circoncis : 93 % de l'ensemble des hommes de 15-59 ans et 92 % des hommes de 15-59 ans qui ont effectué le test du VIH au cours de l'enquête (tableau 16.9). Par rapport à cette dernière proportion, la proportion d'hommes circoncis est plus faible dans l'Extrême-Nord (62 %), en milieu rural (86 %), chez les hommes sans instruction (78 %), chez ceux des ménages les plus pauvres (73 %), dans les groupes ethniques Biu/Mandara (71 %) et Adamaoua-Oubangui (76 %), et enfin chez les animistes (74 %). Contrairement aux résultats trouvés dans d'autres pays, notamment le Kenya (Central Bureau of Statistics et al. 2004), au Cameroun, la prévalence du VIH serait nettement plus faible parmi les hommes de 15-59 ans non circoncis que parmi ceux qui sont circoncis (1,1 % contre 4,1 %). Compte tenu du faible nombre de cas d'hommes non circoncis (355 cas pondérés au niveau national) la comparaison des niveaux de prévalence doit être faite avec prudence. Néanmoins, on constate que, quelles que soient les caractéristiques sociodémographiques pour lesquelles on dispose d'un nombre de cas d'hommes non circoncis suffisant pour calculer la prévalence, la proportion de séropositifs est toujours plus élevée chez les hommes circoncis.

Circoncision des hommes de 15-59 ans ayant subi le test et prévalence du VIH. Pourcentage d'hommes de 15-59 qui ont subi le test du VIH et qui sont circoncis et prévalence du VIH parmi les hommes circoncis et parmi les hommes non circoncis, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Cameroun 2004.

La prévalence du VIH parmi les couples cohabitant dont les deux conjoints ont été testés, selon certaines caractéristiques sociodémographiques. Au total, on connaît le statut de séroprévalence des deux conjoints pour 1 742 couples. On constate que, dans 92,3 % des couples, les deux conjoints sont séronégatifs, dans 2,3 % des couples, les deux conjoints sont séropositifs et, dans 5,3 % des cas, seulement un des deux conjoints est séropositif. Cette dernière catégorie de couples encore appelée couples discordants, est constituée presque dans la même proportion de couples dans lesquels c'est la femme qui est séropositive (2,7 %) et de couples dans lesquels c'est l'homme qui est séropositif (2,6 %). Globalement le niveau de la prévalence du VIH parmi les couples, que les deux conjoints ou un seul soient séropositifs, présente les mêmes variations que la prévalence chez les femmes et les hommes : prévalence plus élevée en milieu urbain, parmi les couples les plus instruits et dans les ménages les plus riches. La discordance est beaucoup plus fréquente parmi les couples où l'âge de la femme est compris entre 20 et 29 ans. Il en est de même lorsque les deux partenaires vivent en union

consensuelle ou lorsque le couple vit dans l'Adamaoua, le Nord-Ouest, le Sud et à Yaoundé. La discordance est aussi relativement plus fréquente parmi les couples des ménages les plus riches. Le fait que 7,7 % de couples aient au moins un partenaire infecté met en évidence l'existence d'un besoin non satisfait en matière de prévention de VIH au Cameroun. La satisfaction de ces besoins est d'autant plus urgente que la proportion des couples discordants est deux fois plus élevée que celle des couples séropositifs non discordants. Par ailleurs, la majorité des conjoints ne connaissent pas mutuellement leurs statuts sérologiques. Les Centres de Prévention et Dépistage Volontaires (CPDV) qui offrent les conseils et dépistages volontaires sur le VIH existent à travers l'ensemble du pays, mais très peu de clients les fréquentent en tant que couple. Ces résultats suggèrent la mise en place des stratégies spécifiques pour renforcer les systèmes actuels des CPDV en faveur des couples. La prévalence du VIH parmi les jeunes de 15-24 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques et certains comportements sexuels. Etant donné que peu d'enfants infectés au VIH survivent jusqu'à l'adolescence, l'infection chez les jeunes fournit une indication des infections récentes et peut fournir, indirectement, une estimation de l'incidence de nouveaux cas. Pourcentage de jeunes de 15-24 ans séropositifs selon certaines caractéristiques socio-démographiques et certaines.

La prévalence moyenne du VIH chez les jeunes de 15-24 ans est de 3,2 %, soit 4,8 % chez les femmes et 1,4 % chez les hommes, correspondant à un ratio femme/homme de 3,4. Ce qui signifie que, dans ce groupe d'âges, 340 femmes sont infectées pour 100 hommes. Ce ratio qui est deux fois plus élevé que pour l'ensemble de la population de 15-49 ans (ratio de 1,7) est toujours supérieur à 2,0 quel que soit le groupe d'âges et il est particulièrement élevé parmi les jeunes de 23-24 ans (ratio de 5,4). La prévalence augmente très rapidement avec l'âge (graphique 16.2) en particulier chez les femmes : de 1,6 % chez les femmes de 15-17 ans, la prévalence passe à 5,7 % chez celles de 20-22 ans et à 11,8 % chez celles de 23-24 ans. Chez les hommes, la progression est moins rapide : moins d'un pour cent des hommes de 15-19 ans sont séropositifs contre 2,5 % à 20-24 ans.

Comme pour l'ensemble de la population 15-49 ans, la prévalence du VIH chez les jeunes femmes est plus élevée en milieu urbain (5,7 %) qu'en milieu rural (3,5 %), par contre, la proportion de jeunes hommes infectés au VIH est la même dans les deux milieux de résidence (respectivement 1,4 % et 1,5 %). La prévalence est la même parmi les jeunes femmes en union et les célibataires qui ont déjà eu des rapports sexuels (5,9 % et 5,8 %), alors

que, chez les hommes, elle est légèrement plus faible chez ceux qui sont en union (1,0 % contre 1,5 %). Par ailleurs, environ 1 % des femmes et des hommes célibataires n'ayant jamais eu de rapports sexuels sont infectés au VIH, ce qui s'explique soit par des erreurs de déclaration de la part des jeunes sur leurs comportements sexuels, soit par une transmission non sexuelle du VIH.

Le taux d'infection au VIH augmente avec le nombre de partenaires et avec le nombre de partenaires à hauts risques que les jeunes femmes ou jeunes hommes ont eus au cours des 12 derniers mois. Enfin, on constate que la prévalence est plus élevée parmi les jeunes femmes de 15-24 ans qui n'ont pas utilisé de condom que chez celles qui en ont utilisé, que ce soit lors de leurs premiers rapports sexuels ou lors de leurs derniers rapports sexuels au cours des 12 mois précédant l'enquête. Par contre, chez les hommes, il n'y a pas de différence significative entre ceux qui ont utilisé et ceux qui n'ont pas utilisé de condom. En résumé, une surveillance minutieuse de la prévalence VIH/sida permet d'apprécier les tendances, d'estimer l'importance de la maladie et d'évaluer l'impact des interventions au Cameroun. Comme dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, jusqu'à présent, les estimations de la prévalence du VIH au Cameroun ont été principalement obtenues à partir du système de surveillance sentinelle dans des services de consultations prénatales. En intégrant le test du VIH à l'EDSC-III de 2004 avec un échantillon représentatif au niveau national et en collectant des données comportementales liées à la prévalence du VIH, le Cameroun vient d'obtenir des données essentielles pour mieux estimer l'ampleur de l'épidémie et pour mieux comprendre le profil de l'infection.

L'EDSC-III confirme que l'épidémie qui sévit au Cameroun est généralisée et répandue sur l'ensemble du territoire. L'EDSC-III identifie les populations qui sont les plus atteintes, à savoir les femmes du milieu urbain, notamment de Yaoundé, les personnes de 25-39 ans, et les personnes résidant dans certaines régions telles que le Nord-Ouest, l'Est et le Sud-Ouest. La prévalence estimée à partir des données des 20 sites sentinelles des 10 provinces (la moitié en milieu urbain) en 2002 (Ministry of Public Health, 2003) est quasiment identique à la prévalence des femmes enceintes estimée par l'EDSC-III : 7,3 % à partir des sites sentinelles pour les femmes enceintes et 7,4 % à l'EDSC-III. Certains autres résultats présentés ci-dessus, notamment ceux par âge, sexe, résidence et région, sont autant d'indications que les informations obtenues à partir des sites sentinelles constituent des indicateurs pertinents de la tendance de la prévalence du VIH ainsi que de son incidence au

sein de la population du Cameroun. Du fait de la concordance des résultats entre l'EDSC-III de 2004 et les sites sentinelles en milieu urbain, les données de l'EDSC-III peuvent être utilisées pour mieux calibrer les données de sites sentinelles afin d'en déduire un niveau de prévalence valable au niveau national, pour la population des femmes et des hommes. En outre, des efforts sont nécessaires afin de renforcer dans le futur le système de sites sentinelles, notamment en milieu rural, de façon à ce que la couverture de ce système soit calquée sur la distribution spatiale du Cameroun.

Pour nous permettre d'être en harmonie avec les notions générales sur la PEC des PVVIH, il paraît important d'avoir, quelques explications en rapport avec le VIH et le SIDA.

2-1-1- Généralités sur le VIH/SIDA.

«VIH» est une abréviation de «virus de l'immunodéficience humaine». Un virus est un micro-organisme tellement petit qu'il est difficile de l'identifier à l'aide d'un microscope ordinaire. C'est un microscope électronique qui permet de le visualiser. Le mot «immuno» est un diminutif de l'immunité c'est-à-dire la capacité de l'organisme à se défendre contre les maladies. L'immunodéficience traduit une baisse de cette capacité de l'organisme qui se trouve dans une situation de faiblesse surtout contre les infections de toute nature. Ce virus est appelé virus de l'immunodéficience humaine par ce qu'il est spécifique à l'Homme et provoque la maladie seulement dans l'espèce humaine. Le VIH est donc le virus de l'immunodéficience humaine. Il en existe deux types: le VIH₁ et le VIH₂. Les globules blancs ou leucocytes sont des éléments du système de défense de l'organisme contre les infections. Lorsque le VIH infecte un organisme, il détruit progressivement ces globules blancs. L'organisme réagit alors en produisant des anticorps dont la présence signe une infection. Il s'affaiblit progressivement et devient susceptible à certaines infections dites opportunistes. Le VIH est facilement détruit en dehors de l'organisme humain par la chaleur (60°), l'alcool (70°) et l'eau de javel diluée. Le VIH est intimement lié au SIDA. C'est le germe responsable du SIDA.

Le terme SIDA désigne le syndrome d'immunodéficience acquise. Un syndrome est un ensemble de signes observables et de symptômes ressentis, caractéristiques d'une maladie. Le syndrome d'immunodéficience est donc l'ensemble des signes et symptômes en relation avec un organisme qui a une baisse de ses capacités de défense. Ce syndrome est dit acquis parce qu'il n'est pas héréditaire. L'organisme l'attrape au cours de son développement ou

durant sa vie. Le SIDA est la maladie causée par le VIH. Cette maladie a un impact important sur l'organisme infecté.

Le VIH a deux principaux effets sur l'organisme humain. D'une part, il entraîne un affaiblissement progressif du système immunitaire, rendant l'organisme infecté vulnérable à toute sorte d'infection (virale, bactérienne, fongique et parasitaire) et à certaines néoplasies (tumeurs cancéreuses). D'autre part, le système nerveux subit une altération pouvant conduire à une détérioration mentale, des crises de convulsion et des troubles sensitivomoteurs. On parle de «neuro-SIDA» ou de «démence reliée au SIDA». Le VIH est présent dans certains liquides de l'organisme que l'on désigne réservoir du virus.

Les virus sont contenus dans la quasi-totalité des liquides de l'organisme. En effet, on en trouve dans le sang, le sperme, le liquide séminal et les sécrétions vaginales. Ils peuvent également être contenus dans le lait maternel, le liquide pleural, le liquide péricardique, le liquide d'ascite etc. Les objets souillés sont aussi porteurs du virus comme les aiguilles, les seringues, les lames et autres instruments de chirurgie. Les larmes et la salive peuvent contenir des germes mais ne sont pas infectants. Depuis son apparition vers les années 80, le VIH a entraîné une épidémie mondiale et on parle de pandémie.

Selon le rapport ONUSIDA, à l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le SIDA en décembre 2011, on estimait à 34 millions, le nombre de PVVIH dans le monde en 2010, soit une hausse de 17% par rapport à l'année 2001. Cette hausse s'explique par le nombre important de nouvelles infections par le VIH et une augmentation de l'accès au traitement grâce à la décentralisation de la prise en charge au cours de ces dernières années. Comme preuve, le nombre de décès liés au SIDA a chuté de 1,8 million en 2010, contre 2,2 millions vers les années 2000. Grâce à cette prise en charge décentralisée avec les ARV, l'on a pu éviter près de 2,5 millions de décès liés au VIH en 2010 dans les pays en voie de développement. Les femmes sont les plus touchées par la pandémie, surtout en Afrique au sud du Sahara où elles représentent près de 59% des victimes. On estimait à 2,7 millions, le nombre de nouvelles infections à VIH en 2010 soit 15% de moins qu'en 2001 et 21% de moins qu'en 1997. Cette baisse du nombre de nouvelles infections par le VIH s'explique par l'extension progressive de la prise en charge décentralisée des PVVIH et un effort considérable dans l'adoption des comportements à moindre risque de transmission du VIH.

L'Afrique subsaharienne reste la région la plus touchée par la pandémie avec près de 68% des PVVIH dans le monde en 2010. Les taux de séroprévalence les plus élevés à l'heure actuelle semblent se localiser dans les pays de l'Afrique australe notamment au Botswana soit 25 à 39% (ONUSIDA, 2004). Près de 70% de nouvelles infections s'y sont retrouvées au cours de la même année. Le SIDA y a causé la mort à plus d'un million de personnes depuis 1998. Ce nombre connaît tout de même une baisse à cause de l'amélioration de l'accès aux traitements.

2-2- GÉNÉRALITÉ SUR LE SYSTEME DE SANTE AU CAMEROUN

2-2-1 Organisation du système de santé au Cameroun

Selon la stratégie sectorielle de la santé (SSS) 2016 -2017, le système de santé au Cameroun repose sur une organisation pyramidale à 3 niveaux (central, intermédiaire et périphérique). Chaque niveau dispose de structures administratives, de structures sanitaires et des structures de dialogues y afférentes avec des fonctions spécifiques.

- Le niveau central comprend les services centraux du Ministère de la santé Publique, les hôpitaux Généraux et les hôpitaux Centraux et Assimilés.
- Le niveau Intermédiaire comprend les délégations Régionales de la santé Publique (DRSP) et les Hôpitaux régionaux et assimilés.
- Le niveau Périphérique constitué de District de santé comprend les services de santé de District, les Hôpitaux de Districts, les Centres médicaux d'arrondissements(CMA), les centres de santé Intégré(CSI) et les structures de Dialogues. Chaque District de santé est subdivisé en Aires de santé. Dans le cadre de cette étude c'est le troisième niveau qui est au centre de notre travail.

Le tableau ci-dessous présente mieux Les différents niveaux du système de santé camerounais.

Tableau 1: Les différents niveaux du système de santé camerounais

Niveaux	Structures administratives	compétences	Structures de soins	Structures du CENAME	Structures de dialogue
Central (stratégique)	-Services centraux du Ministère de la Santé Publique -services centraux des secteurs apparentés	-Élaboration des concepts, de la politique et des stratégies -Coordination -Régulation	-Hôpitaux généraux de références -Hôpitaux centraux -Centre Hospitalier et Universitaire Grandes Écoles	CENAME -Grossiste répartiteurs privés -centrales d'achat du secteur privé à dut non lucratif	Conseil national de la santé d'administration ou comité de gestion
Intermédiaire (technique)	Délégations provinciales	Appui technique aux Districts de santé	-Hôpital provincial -Écoles de formation	-FRPS -CAPR Central d'achat des des œuvres confessionnel	Fonds spéciaux provinciaux pour la promotion de la santé
Périphérique (opérationnel)	Services de Santé de District	Mise en œuvre des programmes	-Hôpital de district -Centres médicaux d'arrondissement -Centres de santé intégrés -Postes de stratégie avancée	- Pharmacies des formations sanitaires - Officines de pharmacies	Comité de santé de district (COSADI) Comité de gestion de district (COGEDI)

Source : PDRH- Etat des lieux et diagnostic / Direction des ressources Humaine – MINSANTE, 2012, P14.

Cette structure organisationnelle découle du scénario africain de développement sanitaire en trois phases et comporte trois niveaux : le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau périphérique ayant chacun un rôle bien défini dans ce système de santé. Dans les lignes qui suivent, nous allons davantage insister sur le niveau périphérique notamment le District de santé.

Le District de santé est l'élément de base du système camerounais de santé. C'est une entité géographique bien délimitée, ayant une population définie, des services administratifs et techniques décentralisés. Il compte un ensemble de structures sanitaires constituant la base du système de santé de ce territoire particulier. Il a pour rôle d'assurer la planification, la mise en œuvre, la supervision et l'évaluation des activités de santé au niveau local. Les éléments constitutifs d'un district de santé sont la communauté, le service de santé de District, l'équipe cadre de District, les aires de santé et l'hôpital de District.

La communauté est composée par toute la population qui habite le District de santé. Il est développé en son sein des structures de dialogue, encore appelées structures de participation communautaire, qui ont pour but de faciliter la communication avec les services de santé. C'est ainsi que sont créés les comités de santé (COSA) des aires et le comité de santé du District (COSADI). Au sein de ces comités de santé, on élira des représentants pour être membres des comités de gestion des structures sanitaires mises en place.

Le service de santé de District est une structure administrative et opérationnelle du District de santé qui vise à vulgariser l'approche communautaire de la santé publique au niveau local en habilitant les différentes parties prenantes du système au niveau local et en les mettant en relation au travers de la mise en œuvre d'une planification stratégique conçue de manière participative et collégiale. Il comprend deux niveaux. Le premier correspond au réseau décentralisé de centres de santé intégrés, responsables des soins primaires et du maintien d'un contact étroit avec la communauté. Le second niveau correspond à l'hôpital qui est le niveau de référence des malades pour les centres de santé. Ces deux échelons entretiennent des rapports basés sur la référence et la contre référence.

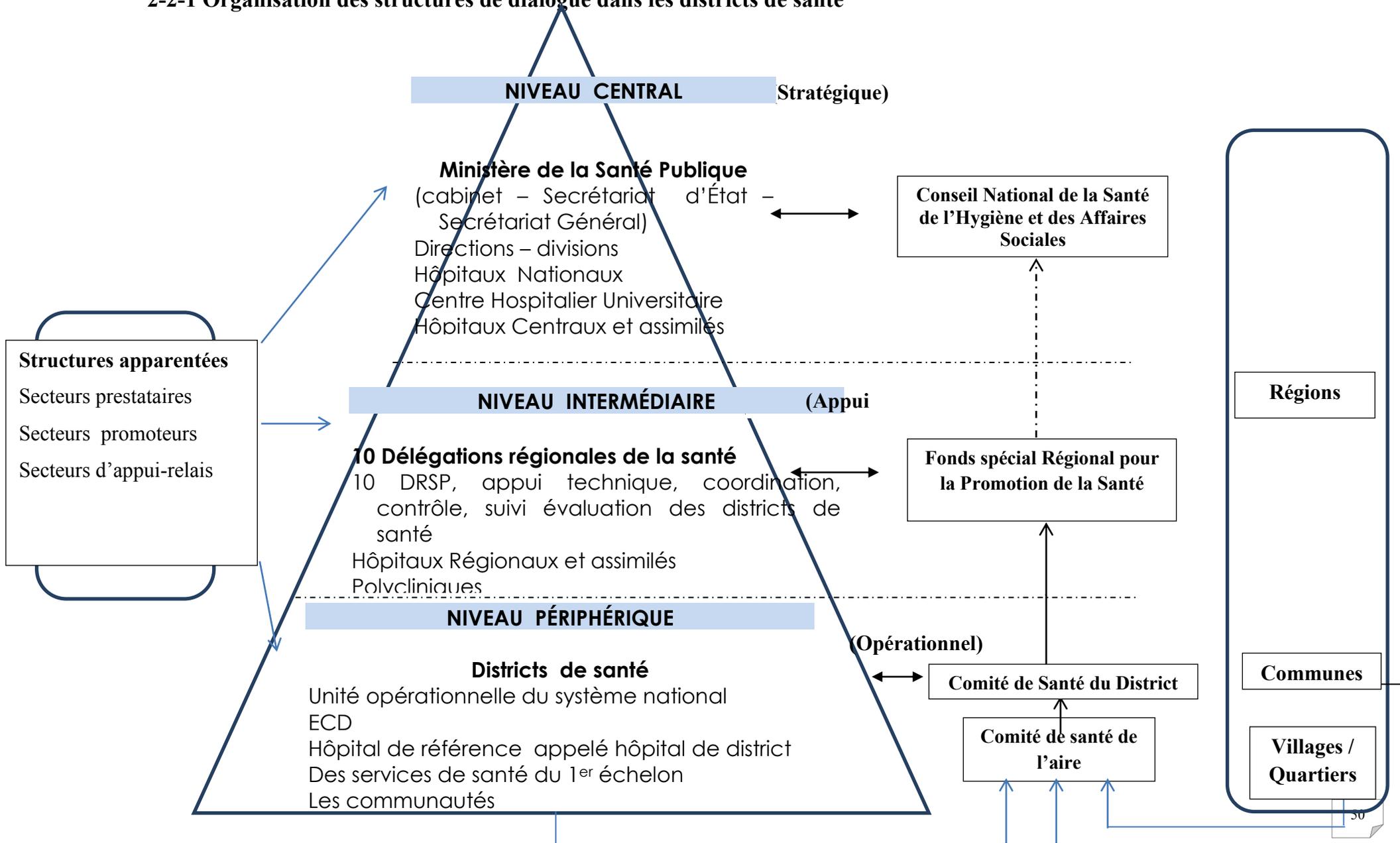
L'équipe cadre du District est le brain-trust du District de santé dont le rôle est d'assurer la planification, la mise en œuvre, la supervision et l'évaluation des activités de santé au niveau du District. Sa composition prévoit un représentant de la communauté.

Chaque District de santé est découpé en aires de santé. Une aire de santé est une zone géographique bien délimitée qui est desservie par un seul Centre de Santé Intégré (CSI). C'est une formation sanitaire publique. En dehors du CSI, une aire de santé peut contenir un ou plusieurs centres de santé privés laïcs ou confessionnels.

Et enfin, un District de santé comporte un hôpital de référence, qui est le centre de recours technique, opérationnel pour les malades qui n'ont pas eu une solution à leurs problèmes au niveau des centres de santé intégrés.

Un district de santé est dit opérationnel quand ces structures, ses services et ses équipements sont mis en place et fonctionnent. Devenu ainsi opérationnel, le district de santé peut entrer dans un processus d'autonomisation ou de viabilisation sur le plan sanitaire. Le Cameroun compte à date 143 Districts de santé (Ministère de la Santé Publique, 2002) dont la plupart en sont encore à leur phase de démarrage, quelques-uns au niveau de la phase de consolidation et aucun au niveau de l'autonomisation. Interroger les pratiques managériales d'un Hôpital de District et notamment leur impact sur l'attractivité de cette formation sanitaire est une contribution au processus de viabilisation des Districts de santé au Cameroun.

2-2-1 Organisation des structures de dialogue dans les districts de sante



2-2-2-Organisation de la riposte contre l'infection à VIH.

Pour parvenir à une bonne riposte, les progrès scientifiques ont permis de préciser les différents modes de contamination du virus.

Trois principaux modes de contamination du VIH sont reconnus de nos jours: la transmission par voie sexuelle, la transmission par voie sanguine et la transmission verticale (de la mère à l'enfant). La connaissance des principaux modes de transmission du VIH a permis de développer des stratégies de prévention conséquentes. Les trois axes de prévention correspondent aux trois modes de contamination possibles: prévention de la transmission par voie sexuelle, prévention de la transmission par voie sanguine et prévention de la transmission verticale.

En marge de tous ces éléments, la connaissance de son statut sérologique par rapport au VIH lors d'un test de dépistage est d'une importance capitale. La personne déclarée séronégative bénéficie de conseils nécessaires pour maintenir ce statut sérologique. Celles qui sont séropositives, seront orientées vers des structures adéquates pour la prise en charge. Après le diagnostic de l'infection chez un sujet, l'examen clinique et le dosage du taux de CD4 permettent de décider si la personne est éligible ou non au traitement ARV.

L'Histoire du VIH/SIDA est récente au Cameroun, mais sa propagation a été très rapide et a conduit à une épidémie généralisée. Au vue de son impact négatif sur les populations les pouvoirs publics ont entrepris plusieurs démarches dans le but de contrecarrer ce fléau. Les PVVIH éligibles au traitement ARV sont identifiés par les membres de cette équipe. Ils doivent en assurer la PEC avec les ARV et le traitement des infections opportunistes ainsi que le soutien psychosocial. La bonne observance des traitements doit être également assurée. En dehors de toutes ces tâches le personnel doit référer les cas dans les UPEC et les CTA entre autres, encadrer les associations de PEC communautaires et de PEC à domicile des PVVIH, assurer la prophylaxie en cas d'accident d'exposition au sang, assurer la référence des patients en cas de nécessité, participer à la recherche opérationnelle, produire des rapports etc.

Grace à toutes ces mesures prises il y a eu une accélération du processus de la prise en charge décentralisée des PVVIH. Le but visé est de rendre cette PEC plus accessibles aux patients. D'importants progrès ont été réalisés, mais la mise en place de ce processus nécessiterait encore des améliorations. Des travaux antérieurs ont également relevé cet effort

dans l'amélioration de l'accès aux soins et au traitement avec des difficultés non négligeables. C'est en 1985 que le premier cas de VIH positif a été notifié au Cameroun. Déjà en 1986, 22 cas ont été notifiés. Le Cameroun réagit en créant un Comité de Lutte contre le SIDA et engage tout un long processus avec la mise en place d'un programme de lutte contre le SIDA dès 1987. A partir de cette date jusqu'à la fin des années 90, la lutte contre le VIH/SIDA était axée sur plusieurs plans d'urgence. Mais depuis 2000, le programme élabore des plans stratégiques quinquennaux en insistant sur l'aspect multisectoriel. Le tout nouveau plan couvre la période 2011-2015 et comporte huit axes stratégiques d'intervention. Pour la mise en œuvre de ces différents plans, d'importantes décisions ont été prises par les pouvoirs en place.

2-2-3- Travaux descriptifs et expérimentaux sur l'analyse de la qualité de la prise en charge des personnes infectés par le VIH.

Vers les années 90 la PEC médicale des PVVIH connaissait d'énormes difficultés surtout dans les pays en voie de développement. Les mécanismes mis en place étaient très souvent limités en ressources. Mais dans l'ensemble ces dernières années, il y a eu une grande évolution.

En 2001, une analyse situationnelle des soins et PEC du VIH/SIDA et des IST a été réalisée au Burkina-Faso, au Cameroun, en Côte d'Ivoire et au Togo par Kamenga et *al* (2001). Cette étude s'est déroulée dans un contexte où la PEC des PVVIH était encore centralisée dans tous ces pays. Les résultats suivants ont été obtenus: Il existe des protocoles nationaux pour le diagnostic du VIH. La capacité de suivi biologique des patients sous traitement antirétroviral est très limitée. La numération des CD4 et la charge virale sont peu accessibles dans les pays. Par exemple, la numération des CD4 n'est faite que dans quelques laboratoires (trois au Burkina-Faso, deux au Cameroun et au Togo) de même que la mesure de la charge virale. La capacité de prise en charge des infections opportunistes est limitée en termes de qualité et de couverture, la prise en charge médico-clinique du VIH/SIDA est soit inexistante soit de très faible qualité dans les autres institutions de santé. Par ailleurs, les prestataires ayant reçu une formation dans l'utilisation correcte des antirétroviraux sont très peu nombreux.

En 2004, l'évaluation de la prise en charge psychosociale des PVVIH dans trois centres sociaux de Porto-novo au Bénin a été réalisée par Zongo (2004). L'analyse des résultats a permis de constater une assez bonne structure organisationnelle, une méfiance des

patients envers le personnel suite à un manque de confidentialité et d'intimité, une performance assez bonne des agents chargés de la prise en charge et un bon niveau de satisfaction des utilisateurs. Malgré des efforts considérables dans la prise en charge, il s'avère indispensable de mettre en place une véritable politique de prise en charge psychosociale basée sur des interventions des spécialistes de différents secteurs.

Une autre étude (Yeboue et *al*, 2009) menée au Togo en 2009 par le *programme national de lutte contre le SIDA* souligne que cinq ans après le démarrage du programme de prise en charge à l'échelle nationale, de nombreux problèmes subsistent sur le terrain en terme d'accès au traitement. L'analyse, montre que les documents normatifs sont disponibles mais anciens et certains nécessitent une révision. Les prestataires respectent les protocoles et les ARV étaient disponibles le jour de l'enquête. Cependant, des obstacles à l'accès universel persistent en termes de non gratuité du bilan initial et le déplacement de patients dans d'autres structures pour la réalisation de bilan.

L'enquête EVAL-ANRS réalisée au Cameroun en 2009 démontre la faisabilité de la décentralisation de l'accès aux traitements antirétroviraux, avec des résultats en termes de restauration du système immunitaire, d'observance et de qualité de vie aussi bons voire meilleurs dans les hôpitaux de district que dans les hôpitaux centraux et provinciaux (*Regards Santé*, 2009). Elle met en évidence l'impact positif des interventions à dimension sociale sur la qualité de la prise en charge des personnes infectées par le VIH et l'impact positif des traitements antirétroviraux sur la réduction des comportements sexuels à risque. Cependant, ces données soulignent également la nécessité de réformer le système de financement de la santé au Cameroun où, malgré la gratuité des traitements antirétroviraux et le subventionnement par le Gouvernement et les bailleurs internationaux de certaines dépenses liées au traitement, les dépenses à la charge des patients restent lourdes pour le budget d'individus vivant souvent en dessous du seuil de pauvreté. Enfin, ces résultats posent le défi du nécessaire renforcement du système de santé camerounais en termes de ressources humaines et de maintien de l'approvisionnement en médicaments de qualité pour une meilleure efficacité du programme national.

Ces différentes études nous permettent d'avoir une idée de l'évolution de la prise en charge des PVVIH dans les pays évoqués. Elles nous apprennent que la décentralisation de cette prise en charge est possible s'il y a la volonté politique. Cette décentralisation améliore l'accès aux soins et au traitement, mais d'énormes difficultés persistent encore malgré les

dispositions prises par les pouvoirs publics jusque-là. La dernière étude recommande un nécessaire renforcement du système de santé camerounais en termes de ressources humaines et de maintien de l'approvisionnement en médicaments de qualité pour une meilleure efficacité du programme national. La présente étude se propose de relever les aspects spécifiques dans l'aire de santé d'émana.

CHAPITRE 3 : THÉORIES EXPLICATIVES

L'élaboration conventionnelle d'un travail de recherche repose sur des théories qui servent d'accompagnateur et qui regorgent une valeur explicative liée au sujet de recherche. La théorie est à cet effet, une construction intellectuelle, méthodique et organisée ayant un caractère synthétique et hypothétique. Fischer (1996) la présente comme étant « la formulation des énoncés généraux organisés et reliés logiquement entre eux ». Ces énoncés ont pour but, de décrire un domaine d'observation et de fournir à son sujet un système d'explication général qui consiste à dégager les lois qui peuvent servir à comprendre les phénomènes.

Dans le cadre de la présente étude, quelques théories ont été retenues pour jeter les bases des hypothèses. Il s'agit des théories du changement qui traitent de la connaissance du personnel du CSIE et celles de la motivation pour l'attitude. Les théories de changement de comportement ont servi de base pour asseoir l'expérience pratique du personnel du CSIE. Quelques théories sur la PEC des PVVIH permettraient d'expliquer la qualité de la PEC dans le contexte de cette étude.

3-1-LES THÉORIES DU CHANGEMENT DE COMPORTEMENT.

3-1-1-Les théories du changement de comportement.

Il existe plusieurs théories relatives au changement de comportement applicables à la pratique des intervenants dans la lutte contre le VIH/SIDA.

3-1-1-1-La théorie de l'action raisonnée (1967, 1980).

Développée par Fishbein et Ajzen dans les années 1960, cette théorie dit que le déterminant le plus important du comportement est l'intention. Pour changer son comportement, l'individu doit en avoir l'intention et le pouvoir personnel. Dans la lutte contre le VIH/SIDA, ce modèle peut être utilisé par exemple dans la conduite du personnel de santé vis-à-vis des patients et dans le changement de comportement des personnes infectées par rapport au suivi de leur prise en charge.

Dans ce cas, il faut expliquer aux individus la nécessité de changement et les convaincre à reconnaître les raisons pour lesquelles ils doivent adhérer à la prise en charge. Ce modèle a contribué à un changement positif d'attitudes qui a favorisé le comportement

souhaité aux Etats Unis lors de la promotion de l'utilisation du condom chez les jeunes afro-américains.

3-1-1-2-Le modèle transthéorique des étapes du changement (1979).

Dans ce modèle, Prochaska et DiClemente (1992), ont suggéré que le changement de comportement s'effectue au cours d'une démarche constituée de différentes étapes ordonnées de façon chronologique qui sont: la pré-contemplation, la contemplation, la préparation, l'action, le maintien et la terminaison. De plus, ils ont identifié à l'intérieur de ces étapes, neuf procédés de changement qui réfèrent aux différents mécanismes que les gens utilisent pour modifier leur comportement. Ces procédés sont: l'augmentation du niveau de conscience, l'éveil émotionnel, la libération sociale, la réévaluation personnelle, l'engagement, la gestion des renforçateurs, les relations aidantes, le contre-conditionnement et le contrôle environnemental (ou contrôle des stimuli). Ces étapes du changement sont élucidées par la figure ci-dessous avec des facteurs facilitants et des moyens de communication correspondant à chaque étape.

Tableau 2: Facteurs facilitant le changement de comportement et les moyens de communications adaptés.

	Etapes	Exemples	Facteurs facilitant	Moyens de communication
1	Ignorance	Quelqu'un qui n'a jamais entendu parler du VIH	Communication efficace	IEC, médias de masse
2	Connaissance (Entendre parler du problème)	J'ai entendu parler du VIH, ses modes de transmission et les moyens de protection.		
3	Préoccupation(se sentir concerné et rechercher les informations)	Je pense que je peux attraper le VIH car il est présent dans ma communauté.		
4	Conviction	Je dois utiliser le condom pour me protéger contre le VIH	Facteurs environnementaux favorisant le changement : situation politique, socio-économique, genre, culture, etc.	Médias communautaires et traditionnels
5	Motivation et décision	Ce soir je vais acheter le condom à la pharmacie		
6	Action- essai du nouveau comportement	Achat et utilisation du condom pour la première fois		
7	Reconfirmations- Adoption du nouveau comportement.	Le condom ne m'a causé aucun problème, pour moi il est le meilleur moyen de protection, je vais toujours l'utiliser.		
8	Maintien (Consolidation pour un changement durable).	Habitude d'utiliser le condom à chaque rapport sexuel	Services et produits disponibles et accessibles	Communication interpersonnelle (ou de groupe), pair éducation, etc.

Source: CNLS-Rwanda, 2006.

Ainsi, chaque étape de changement de comportement nécessite une approche et quelques fois des canaux de communication appropriés.

Si par exemple, une population se trouve à l'étape d'ignorance (ne connaît rien du VIH), les interventions de communication peuvent consister seulement à diffuser des informations sur le VIH et le SIDA (les modes de transmission et les moyens de prévention) par des canaux de communication de masse comme la radio et la télévision. Si les populations ne prennent pas conscience et continuent à s'exposer, cela voudrait peut être dire qu'elles ne se sentent pas concernées. Dans ce cas, les interventions de communication devraient utiliser d'autres stratégies, comme le témoignage par exemple. Ce modèle a également donné de bons résultats aux Etats Unis chez les femmes qui suivaient des séances de counseling individuel en tenant compte de leur étape de changement de comportement face à l'usage du condom (UNAIDS, 1999; cité par Emmanuel Rugira).

Pour tenter d'expliquer la qualité de la PEC des PVVIH dans l'aire de santé d'Émana en particulier au CSIE, il paraît important de relever les théories en rapport avec cette PEC.

3-1-2- La théorie de l'analyse stratégique

La théorie de l'analyse stratégique a été élaborée par Michel Crozier et Erhard Friedberg au cours des années 1970. Il s'agit d'une théorie centrale en sociologie des organisations.

Elle part du constat suivant : étant donné qu'on ne peut considérer que le jeu des acteurs soit déterminé par la cohérence du système dans lequel ils s'insèrent, ou par les contraintes environnementales, on doit chercher en priorité à comprendre comment se construisent les actions collectives à partir de comportements et d'intérêts individuels parfois contradictoires.

Au lieu de relier la structure organisationnelle à un ensemble de facteurs externes, cette théorie essaie donc de l'appréhender comme une élaboration humaine, un système d'action concret. Elle rejoint donc les démarches qui analysent les causes en partant de l'individu pour aboutir à la structure. On parle de l'individualisme méthodologique et non de la structure à l'individu qui représente le structuralisme.

Cette théorie a des principes, une méthode et des liens qui sont important pour notre étude.

❖ Principes

Crozier et Friedberg considèrent qu'il faut se concentrer, non sur la fonction des acteurs ou des sous-systèmes au sein d'une organisation, mais sur les stratégies individuelles des acteurs. Mais comment rendre compte de ces stratégies ?

Il faut avant tout rechercher systématiquement les régularités observées dans les comportements, qui doivent être réinterprétées dans le cadre du modèle de l'acteur stratégique. « La stratégie, c'est le fondement inféré ex-post des régularités de comportements observés empiriquement ». Mais ces stratégies ne dépendent pas d'objectifs clairs et précis, elles se construisent au contraire en situation, elles sont liées aux atouts que les acteurs peuvent avoir à leur disposition et aux relations dans lesquelles ils s'insèrent. Le concept de stratégie renvoie donc ici à différentes dimensions :

- Les acteurs agissent pour améliorer leur capacité d'action et/ou s'aménager des marges de manœuvre.
- Les projets des acteurs sont rarement clairs et cohérents, mais le comportement n'est jamais absurde. Il a toujours un sens intrinsèque.
- Tout comportement humain est actif dans la mesure où il est le résultat de choix.

En outre, le comportement des acteurs s'ajuste au comportement possible d'autrui en fonction des atouts dont il dispose. La capacité d'action de l'acteur repose alors sur quatre postulats :

- *L'organisation est un construit contingent*, il aurait pu être, ou ne pas être, tout à fait différent.
- *L'acteur est relativement libre*. Il peut jouer avec son rôle, se permettre des écarts par rapport aux règles sociales.
- *Il y a une différence entre les objectifs de l'organisation et ceux des individus*.
- Pour parvenir à leurs fins, *les acteurs calculent dans le cadre d'une rationalité qui est dite limitée* (Herbert Simon a introduit le concept).

Ces quatre postulats doivent être compris à l'intérieur de la même problématique : « Comment se fait-il que les organisations tiennent le coup et maintiennent leur identité, malgré les forces centrifuges auxquelles les acteurs les soumettent ? »

❖ Méthode d'observation

Crozier et Friedberg proposent une méthode empirique pour comprendre le fonctionnement des organisations. Ils conseillent d'analyser une organisation en se penchant sur les rapports de pouvoir qui la structurent et rendent les comportements des acteurs intelligibles. On constate alors que l'issue des jeux est relativement imprévisible, les acteurs s'écartent souvent de manière significative du rôle qu'ils doivent jouer. Pour le comprendre, il faut faire intervenir la notion de zone d'incertitude. Ces zones correspondent aux failles dans les règles, aux défaillances techniques, aux pressions économiques qui empêchent le déroulement des objectifs de l'organisation. Elles ont également une autre source, les acteurs peuvent avoir intérêt à masquer leurs véritables objectifs, afin de conserver une certaine capacité de négociation. Un comportement imprévisible de la part des acteurs réduit le pouvoir de celui qui édicte les règles et cherche à les faire appliquer. Qui plus est, même si le régulateur cherche à accroître le nombre de règles pour canaliser le comportement des acteurs, il peut engendrer un effet pervers en faisant dévier les motivations des acteurs visés de leur but initial exemple :(comme c'est le cas dans le zèle du fonctionnaire).

Pour Crozier et Friedberg, si l'on veut comprendre les articulations entre les jeux d'acteur et le système d'action concret, il faut utiliser deux modes de raisonnement : le raisonnement stratégique et le raisonnement systémique. Le premier part de l'acteur pour découvrir le système, le second tente de mettre en évidence l'ordre qui émane du système. Ainsi peut-on rendre compte de l'intégration des conduites dans un ensemble structuré et mettre éventuellement en évidence les systèmes d'action concrets qui engendrent des dysfonctionnements globaux.

❖ Liens

Pour ces auteurs on retrouve les liens à plusieurs niveaux avec cette théorie notamment en sociologie, sociologie des organisations et dans l'analyse stratégique.

L'approche Michel Crozier et Erhard Friedberg est à la fois incontestablement pertinente. Comme toutes les méthodes et approches complexes elle est exposée au risque de réductionnisme, mais de plus, sa formulation comprenant beaucoup de contradictions et d'ambiguïtés, elle offre des failles - voir un alibi - dans lesquelles des intervenants peuvent s'engouffrer. Nous connaissons notamment tous les abus en matière de manipulation.

Sans chercher à faire une liste exhaustive de tous les points risqués ou ceux simplement discutables, une attention particulière sera tirée sur les points suivants:

❖ Le jeu

Il est important de s'attarder sur la notion de « jeu » qui est au Centre de cette approche. Michel Crozier et Erhard Friedberg emploient ici ce mot à contre-sens au regard de sa vraie signification, qui est en fait plurielle, mais avec certaines caractéristiques irréductibles. De cette façon les cartes sont brouillées au départ et le risque de dérives est accentué.

Pour Roger Caillois qui consacre aux jeux un livre entier et qui, à partir d'un recensement de ces jeux, élabore une interprétation des différentes cultures. Cette définition comprend plusieurs paramètres, en plus du ludique et de la gratuité, et en particulier : l'entière liberté, le choix de jouer pour les participants, mais dans l'approche stratégique telle qu'elle est définie, cette liberté est très relative (voir inexistante) alors que c'est une des bases de cette théorie.

Une autre des caractéristiques du jeu est la définition claire des règles et leur acceptation par les participants ; et le cas échéant... ce n'est pas du jeu, cette caractéristique ne s'applique pas au « jeu » tel qu'on l'entend pour un acteur de théâtre, jeu qui se trouve être du « simulacre » (R. Caillois). Ce qui renvoie également à toute l'ambivalence du mot « acteur », celui qui agit, ou, l'artiste qui joue un rôle ? Il semble que ce soit cette catégorie de jeux que les auteurs de l'acteur et le système prennent pour référence. Au-delà de l'intérêt de prime abord, voir du côté séduisant, nous pouvons aisément entrevoir les effets pervers, dont les réactions d'hyper-adaptabilité, et la perte du sens. Le sens étant complètement occulté dans cette approche stratégique. (Il est vrai qu'après cela, on peut offrir au personnel des séances de massage au bureau pour les déstresser.....)

D'autre part, R. Caillois (p. 103/104) attire l'attention sur la perversion que caractérise la contagion du jeu par la réalité (le jeu, rappelons le, devant être absolument défini et délimité dans le temps et l'espace). Cette affirmation est réciproque et que le risque de perversion dû à l'envahissement de la réalité par le jeu est évident. Ou alors, faut-il concevoir les organisations comme des entités uniquement et complètement virtuelles ?

Dans les nombreux sens du mot « jeu », il y a aussi le « mot laissé entre les rouages », la souplesse, que les auteurs reprennent également (p. 399) le « strack » en anglais. Comme la définition qu'ils en donnent (p. 113) : « le jeu, instrument que les hommes ont inventé pour

structurer leur compréhension». Le but de l'analyse stratégique est de mettre à jour ces jeux. Ce qui ne veut pas dire que dans la pratique ces règles soient clarifiées.

❖ L'intention et la finalité

Michel Crozier et Erhard Friedberg déconnectent l'intention de l'analyse stratégique en axant leur plaidoyer sur la finalité de l'action et le moyen d'y arriver. Ils rappellent que « l'enfer est pavé de bonnes intentions », c'est à dire qu'elles ne sont pas forcément efficaces. Cependant, si il est évident que l'intention positive est insuffisante, voire utopiste, opérer une telle dichotomie est, dangereux voire schizophrénique. En fait de rationalité limitée, elle l'est peut-être un peu trop, justement.

Il est bien évident que ce livre n'est pas à l'origine de toutes les erreurs et abus dans les actions où l'homme intervient sur l'homme, ce que Michel Crozier et Erhard Friedberg appellent eux-mêmes « la face honteuse du pouvoir, la manipulation, le chantage... » (p. 32), puisque ceux-ci ont toujours existé, avec tous les effets désastreux que cela entraîne ; mais leur déploiement est alarmant.

Sur un sujet aussi complexe et paradoxal, il aurait été plus que nécessaire d'éviter toutes ces ambiguïtés sémantiques car elles offrent une emprise particulière aux interprétations réductrices et aux déformations. Une hypothèse serait que cette ambiguïté soit voulue.

C'est justement la compréhension que l'on a de cette théorie et la qualité d'action que l'on développe qui fait la différence.

Il est donc permis de penser que cette méthode qui focalise l'action sur les relations de pouvoir a contribué à les renforcer (en cela ce livre s'applique à lui-même) ; et de constater que le mode d'attitudes imposé aux personnes entraînant une perte de sens, les oblige à opérer un dédoublement de personnalité pour s'adapter à ce système artificiel.

Cette pathologie, qui rend les personnes plus manipulables, est créée de toutes pièces et devient la "normalité".

Cette théorie et méthode largement exploitée en sociologie, management et sciences cognitives va dans le sens du système pervers.

Pour éviter les effets pervers de cette méthode sociologique de l'action organisée et l'utiliser de façon constructive, il est indispensable qu'elle soit associée à une écologie de

l'action. Michel Crozier et Erhard Friedberg proposaient à juste titre d'ajouter l'imprévu des comportements en input du système, et à juste titre l'éthique.

- L'approche systémique : elle ne s'adresse à personne car un individu ne pouvant pas s'identifier au système, parce que toute analyse du système est tenue à la complexité des nuances.
- L'approche décisionnelle : elle s'explique par ses grands avantages psychologiques car se plaçant du point de vue du décideur, il flatte son illusion de liberté dans la décision.

Il y'a problème parce que les dirigeants adoptent une approche décisionnelle qui a des avantages psychologiques, car il se place du point de vue de l'acteur qui vit en dehors des contraintes du système. Cette approche flatte l'illusion de la liberté de son client, tandis que l'approche systémique quant à elle n'a pas de client parce qu'elle ne s'adresse pas à une personne physique.

Pour la résolution du problème, il est nécessaire de relativiser la décision et le mythe du décideur et à trouver des rationnels de passer de la rationalité du système à la rationalité de l'acteur. Raison pour laquelle Charles Lindblom Portera la critique sur :

- La Rationalité a priori et la rationalité a posteriori

la critique de La première grande controverse que le mode de raisonnement ait convoquée est celle qu'à suscitée la discussion du problème des politiques publiques. Il apparait difficile qu'une politique publique ne soit pas appréciée en fonction d'un intérêt général dont l'administrateur ou le politique ont la charge.

Pour Charles L la théorie démocratique est la réponse car, elle donne au souverain législateur le soin de déterminé la légitimité et la rationalité de la politique publique. Les actes législatifs étant toujours des compromis, Charles L montre que derrière cette irrationalité, une logique se développait car les arrangements administratifs et politiques dans lesquels semblent se résoudre la rationalité a priori de l'action publique obéissaient à une rationalité a posteriori finalement plus humaine et plus efficace que la première. Il ressort donc le problème du décideur et de ces préférences

Ici Charles Linblom démontre l'impossibilité logique de l'application du modèle fonctionnel en se plaçant su point de vue du système car

- Les hommes et les décideurs ne savent jamais très bien ce qu'ils veulent ;

- Ils découvrent leurs buts, souvent des buts nouveaux à travers leurs expériences, c'est-à-dire à travers leurs décisions.

- La deuxième critique sera celle d' Adams Smith sur la main invisible du marché qui guide les concurrents vers l'intérêt général quant ils croient seulement poursuivre leur intérêt particulier. L'expérimentation permettant de voir et de découvrir le problème pour mieux le résoudre, nous pouvons donc en revanche affirmer que « toute activité de politique publique dans un modèle synoptique a priori et par ajustement à posteriori ne s'applique presque jamais à l'état pur ».

Pour Hirschman reprenant Adams Smith « dans l'action l'homme n'est pas seulement guidé par une main invisible, il a besoin d'une main cachante, sans laquelle il ne réussirait pas à se lancer dans des grandes entreprises ». Dans ce cas la rationalité est toujours a posteriori, mais elle n'est plus recherchée dans le jeu du système, mais découverte après coup dans l'action

- Troisième critique Les limites de la rationalité et le modèle de la rationalité limitée de HERBERT SIMON

Il montre les limites du modèle rationnel en proposant un autre modèle qui est « le modèle de la rationalité limitée » qui est un modèle centré sur l'aspect cognitif (comportemental) du problème car , « l'homme n'est pas un animal qui cherche l'optimisation, mais la satisfaction ». Ce modèle permet d'aborder de manière plus opératoire le problème de rapport entre rationalité du décideur et rationalité du système, puisque les critères de satisfactions du décideur sont naturellement par les caractéristiques du système.

Ce modèle dégage deux contraintes qui sont :

- ✓ L'absence d'optimum universel, car les critères de rationalité varient beaucoup d'une culture à l'autre, d'un milieu et ses exigences ;
- ✓ La participation des décideurs à des systèmes d'action influencés par : la confiance dans la parole donnée, la rigueur dans l'exécution des obligations efficaces, des stratégies de gestion, la rationalité administrative, financière et techniques

Tout développement nouveau se heurte à la résistance du système établi. Sa réussite dépend du degré d'ouverture de celui-ci qui peut non seulement bloquer la diffusion de la nouvelle rationalité, mais peut même paralyser la découverte des nouveaux raisonnements. Inversement, l'introduction de nouveaux raisonnements exerce à terme une influence

irrésistible sur les modèles des rapports humains. Cette relation à double entrée dont personne n'a encore observé précisément ni les mécanismes de rétroaction, ni les conditions extérieures systémiques ou culturelles plus générales, constitue le problème fondamental du développement de la rationalité. Crozier, M., Friedberg, E. ont posé des bases solides afin de servir de boussole dans l'exploration de ces différents champs de recherche, grâce à leur ouvrage *L'Acteur et le système*, paru aux Éditions du Seuil la première version en 1977 et la seconde en 1981. D'où la problématique de l'intervention.

3-2-THÉORIES DE LA MOTIVATION.

Levasseur, cité par Nkelzok (2011), définit la motivation comme l'état d'une personne qui choisit de faire un effort en vue d'accomplir une certaine tâche puis de fournir une certaine quantité d'efforts et enfin de maintenir ses efforts pendant un certain temps. Plusieurs modèles de motivation ont été expliqués par les auteurs. Dans ce travail, seuls les modèles de Déci et Ryan et de Bandura seront développés.

3-2-1- L'autodétermination selon Déci et Ryan, 1985.

Pour Déci et Ryan (1985), on compte trois types de motivation distingués par le degré d'autorégulation à savoir, la motivation intrinsèque, la motivation extrinsèque et l'amotivation.

Dans la motivation intrinsèque, l'individu s'engage à effectuer une activité pour le plaisir et la satisfaction que cette activité lui procure. Cette motivation est issue des besoins de l'individu de se sentir compétent et autodéterminé.

Vallerand et al (1989) distinguent trois types de motivation interne qui sont: la motivation à la connaissance, la motivation à l'accomplissement et la motivation à la stimulation. Dans la motivation intrinsèque à la connaissance, l'individu est motivé à effectuer une activité pour le plaisir ressenti pendant l'apprentissage de quelque chose de nouveau. Ce type de motivation peut être observé parmi les membres de l'équipe de PEC des PVVIH. En effet, certains d'entre eux éprouvent du plaisir à s'informer de l'évolution scientifique en matière de la lutte contre le VIH/SIDA à travers les lectures, les séminaires de renforcement de compétence ou dans le cadre même de la formation. La connaissance acquise peut leur permettre d'avoir des prédispositions pour une bonne PEC des patients. Dans la motivation intrinsèque à l'accomplissement, l'individu prend plaisir de se sentir efficace et

compétent. Ce type de motivation peut expliquer l'attitude de ceux qui trouvent du plaisir après avoir réussi une bonne PEC des patients. Ils prennent des dispositions nécessaires pour le respect des normes recommandées. Il s'agit par exemple du respect de la confidentialité et des efforts fournis dans la qualité de l'accueil. Le respect de ces normes pourrait mettre le patient en confiance et le motiver à suivre rigoureusement les prescriptions médicales. C'est ce qui est aussi observé dans la motivation à la stimulation qui pousse l'individu à mener des actions pour la sensation spéciale qu'elle lui procure.

La motivation extrinsèque fait distinguer trois types de régulation à savoir la régulation externe, la régulation introjectée et la régulation par identification. Dans la régulation externe, le stimulus de la motivation est externe à l'individu. Ce cas est souvent observé chez les personnes qui ont besoin d'une pression extérieure comme les menaces de sanction de la hiérarchie par exemple. Quant à la motivation introjectée, il y a intériorisation des sources de contrôle du comportement et finalement. L'individu travaille sous une pression externe intériorisée. Enfin lorsqu'un comportement prend de l'importance pour un individu, on aboutit à une régulation par identification.

L'amotivation est l'absence de motivation. Elle conduit à une non régulation des comportements d'un individu. C'est une forme d'aliénation mentale.

En somme, la théorie de l'autorégulation permet de comprendre que les différents intervenants dans la chaîne de PEC des PVVIH peuvent avoir des raisons de motivation d'origine interne qu'il faudrait valoriser, mais aussi les dirigeants des structures de PEC gagneraient probablement en mettant un accent sur le contrôle de la qualité de travail effectué par les collaborateurs. Ce contrôle peut aboutir à des sanctions négatives en cas des écarts de comportement, mais aussi la reconnaissance du travail bien fait devrait être valorisée.

3-2-2: Bandura et la théorie de l'autoefficacité perçue, 1986.

Le terme autoefficacité a été introduit par Albert Bandura pour tenter d'expliquer l'origine de la motivation chez un individu. L'autoefficacité est liée à la notion d'estime de soi c'est-à-dire la croyance de l'individu en sa capacité d'atteindre des buts qu'il s'est au paravent fixé. C'est pour cet individu, la perception de ses compétences. Selon la théorie de Bandura, c'est l'individu qui croit en ses propres capacités. Le sentiment d'efficacité est à la base de la motivation d'un sujet. On peut dire alors que le sujet se fixe un but par rapport à «un standard». Les capacités actuelles de l'individu doivent être renforcées pour atteindre un

but fixé. Dans cette théorie de Bandura la notion de «feed-back» qui veut dire retour de l'information est importante. Les individus ont besoin de savoir quelle performance ils ont atteinte. La connaissance des compétences acquises est vue comme un facteur de motivation. Vu sous l'angle de Bandura, le comportement des membres des comités thérapeutiques dépend de la perception de la compétence que ceux-ci ont d'eux même. Un personnel ayant été formé ou recyclé ou encore disposant d'une bonne documentation sur la PEC des PVVIH pourrait avoir les compétences nécessaires pour une bonne PEC des PVVIH. La prise de conscience de leurs capacités à travailler pourrait les motiver à bien traiter les patients mais à condition d'avoir des objectifs bien définis. La réussite d'une bonne PEC nécessite un respect des normes recommandées. Ainsi ceux qui s'engagent à assurer un bon travail prennent les dispositions nécessaires au respect de ces normes. Il s'agit par exemple du respect de la confidentialité et des mesures prises pour une bonne qualité de l'accueil. Le feed-back de la qualité de travail fait est un élément qui pourrait les motiver à persévérer dans l'attitude recommandée. L'un des éléments déjà de ce feed-back pourrait provenir des patients eux-mêmes: il s'agit par exemple de l'engouement et le degré de motivation des patients à suivre leur traitement. Il en est de même de l'amélioration de l'état général des patients. L'amélioration de l'état général du patient est un élément en faveur d'une bonne prise en charge et peut encourager le soignant. Le feed-back peut aussi provenir des responsables de la formation sanitaire. Ainsi, à l'issue des supervisions ou des réunions de coordination, les appréciations peuvent être portées sur la qualité du service rendu dans les structures de PEC des PVVIH.

3-2-3- La prise en charge des PVVIH selon Dekens (2000).

Selon Dekens, il existe deux approches complémentaires pour la PEC des PVVIH, à savoir la PEC médicale et la PEC psychologique.

La PEC médicale est assurée par un personnel de santé formé en la matière. Selon cette approche, l'accent est mis sur le traitement médicamenteux et le suivi des patients sur la base d'un interrogatoire, d'un examen physique complet et des bilans paracliniques lors des visites des patients. Cette conception de la PEC se fonde sur une base scientifique. En effet, un organisme infecté par le VIH s'affaiblit à cause de la baisse du système immunitaire sous l'effet du virus. Il s'en suit la survenue des infections opportunistes. Pour réduire la charge virale, l'administration des médicaments antirétroviraux est nécessaire. La prévention et le traitement des infections opportunistes sont tout aussi importants. Le traitement ainsi institué

pourrait restaurer le système immunitaire et améliorer l'état physique du patient. Toutefois, ce traitement devrait être suivi rigoureusement afin d'éviter la survenue de résistance aux molécules utilisées. Le suivi des patients permet de résoudre les problèmes liés aux effets indésirables éventuels et de voir l'évolution clinique des patients. Pour Dekens, cette approche qui paraît être la plus utilisée, a sa place mais semble incomplète. Il serait indispensable de l'associer à un traitement psychologique.

En effet, l'annonce de la séropositivité à un individu est très souvent à l'origine d'un choc psychologique important. Ce choc n'est pas toujours bien géré par les patients qui pour la plupart, pensent à une mort imminente, à la souffrance physique liée à la maladie, aux problèmes de stigmatisation et de discrimination. Ils ont alors besoin de soutien psychologique. Dekens pense que la PEC psychologique doit pouvoir les amener à se considérer comme des rescapés et non comme des victimes résignés qui n'attendent plus que la mort imminente. Pour y parvenir, plusieurs propositions ont été faites, à savoir entre autres, le counseling, les groupes de parole, l'activisme politique et l'expertise des malades. A travers un entretien, le counseling permet à un technicien de faire émerger les ressources du patient pour lutter et lui faire prendre conscience de son potentiel. Les groupes de parole permettent à des individus qui partagent les mêmes problèmes de se retrouver régulièrement en vue de s'échanger d'information, des difficultés et expériences, des conseils et de l'aide. L'activisme politique quant à lui, consiste pour les patients à afficher leur statut sérologique et à assumer publiquement leur sexualité. Cela permettra de réduire l'exclusion liée à la maladie. A travers l'expertise des malades, l'auteur pense que les patients devraient avoir toutes les informations possibles sur la maladie et sur la PEC au même titre que le personnel sanitaire. Ces informations lui permettraient de mieux comprendre sa maladie, d'expliquer clairement ses problèmes et d'arriver à un consensus sur sa PEC car lui seul connaît mieux son corps.

L'approche de Dekens permet de voir dans le cadre de cette étude si la PEC des PVVIH est vue sous ces deux angles.

3-2-4- Théorie de la relation sociale

Dans le cadre de notre étude, l'intervention sociale sera de temps à autre considérée comme travail social. Le travail social est un travail salarié d'aide ou d'accompagnement. L'accompagnement, l'aide, tout comme l'intervention sociale peut être fait à but non lucratif, sans pour autant être confondu à un emploi.

Le travail social s'est structuré autour de trois professions : Le service social, l'éducation spécialisée et l'animation socioculturelle. Aux origines prévalait un travail social construit sur l'idéal pédagogique et éducatif. Au XIX^{ème} siècle, au regard des mutations sociales et plus ou moins environnementales, le travail social est centré sur la charité, l'assistance sociale, et des œuvres philanthropiques auprès des personnes à l'instar des PVVIH de notre étude. C'est ainsi que pendant la première moitié du XX^{ème} siècle précisément après la première guerre mondiale qui d'ailleurs occasionne de nombreuses pertes en vie humaine, on voit naître les centres de formation sociale dont le but était la formation massive des femmes dans plusieurs domaines de l'assistance sociale. Dès cette époque, ce sont ces centres de formation qui théorisent en quelque sorte l'intervention sociale, enseignent les principes de méthode et de morale professionnelle, conçoivent une formation en alternance sur plusieurs années. Ils s'appuient également sur les connaissances qu'apportent les sciences sociales en expansion. Selon Bouquet et Jovelin (2005), il y a, à cette époque, interpénétration de la scientificité et de l'action. Cette scientificité emprunte à la science statistique, à la sociologie, et à la psychologie sociale. Avant, mais surtout après la deuxième guerre mondiale, le terme intervention sociale substitue progressivement l'expression travail social permettant ainsi la prise en compte des changements en cours. D'après Castel (1998), ce travail social s'est édifié concomitamment d'un système de protection sociale généralisé. Ces données n'ont pas été discutées par la communauté scientifique qui voit en intervention sociale une transformation de la situation existante, voire de la réalité sociale. Jusqu'en 1960, le sanitaire ne se différencie pas du social (assistance, bienfaisance) et a une double mission à savoir: soigner les malades, accueillir les vieillards indigents, les fous, les enfants trouvés, et veiller à leur redressement morale. Dans les années 1970, la critique du contrôle social a conduit à développer une intervention sociale émancipatrice à visée politique. En 1980, les politiques sociales ont mis en avant la lutte contre l'exclusion sociale et ceci a permis à l'intervention sociale d'empêcher le processus de désaffiliation.

Depuis les années 1980, l'intervention sociale a été appliquée dans plusieurs domaines de la vie courante de l'homme. Elle s'est imposée tant en Europe, en Amérique, en Asie qu'en Afrique et par conséquent est devenue universelle.

L'analyse détaillée de la théorie de la relation sociale, montre qu'il existe un lien significatif entre les violences morales en milieu hospitalier et /ou social et la construction du lien social des personnes malades du SIDA. Pour étayer cette hypothèse nous nous sommes

appuyés sur la théorie de la relation sociale. Le but de cette théorie étant de faire ressortir de manière claire et visible la relation qui existe entre les deux variables afin de montrer comment le psychologue professionnel en intervention s'y prend pour agir, (action) , Accompagner (accompagnement) et Assister (assistance) des vulnérables dans le cadre de notre étude des personnes infectées malades vivants avec le VIH /Sida . Pour cela différents aspects entrerons en jeu pour expliquer cette théorie, il s'agit entre autre de : la formation des relations sociales, facteurs psycho sociaux de la relation, relation sociale et influence sociale, relation sociale et dynamique de groupe. La relation sociale ou lien social est un trait à la sociabilité de l'être humain, dans la mesure où celui-ci s'insère dans le tissu social qui l'intègre et oriente son action. A la notion de relation sociale sont liés quelques concepts, tels que l'interaction ou la communication, l'attraction, l'affiliation.

Dans le cadre de notre étude l'attention sera portée sur deux aspects : l'attraction et l'affiliation. L'attraction selon Moser (1994, p.4) se définit comme étant « ...la dimension émotionnelle à l'égard des autres qui se caractérise par l'expression d'une attitude positive envers autrui (la sympathie) et le désir de se rapprocher d'autrui.». À travers l'attraction les relations sociales sont abordées en fonction de ce que nous éprouvons à l'égard des autres. Vu que la relation ne se manifeste qu'en présence de gratifications possibles. Chez les personnes issus des foyers de haute tension, ces gratifications, lorsqu'elles leur sont accordées pourraient leur permettre de maintenir leur relation positive, laquelle est renforcée par les sentiments d'attraction.

Si l'attraction correspond à l'expression d'affinités (Mancœuvre, 1966) et d'un désir d'affiliation (Oberlé, 1995) ; Cette dernière est une forme de sociabilité de l'être humain qui s'exprime par un besoin fondamental de pouvoir compter sur les autres en s'appuyant sur eux. L'interdépendance qui a été définie par Fisher comme étant : «l'ensemble des situations où la présence d'autrui est nécessaire à chacun pour poursuivre ses propres buts », est un des mécanismes essentiels de l'affiliation. Le constat a été fait à partir de certaines expériences que le contact social est recherché quand les individus sont dans des situations qu'ils ne comprennent pas. Ce qui peut expliquer le fait que l'affiliation s'exprime quand les individus sont sujets à l'anxiété. L'enfance, comme fondement des relations sociales s'explique par la tendance qu'a l'individu de donner à ses relations à l'adolescence des connotations négatives ou positives issues de cette période. Deux aspects sont à l'origine de la relation sociale : l'attachement et la socialisation ; L'attachement : Fisher la définit comme un «lien affectif

privilège qui représente les formes premières du lien social entre deux personnes et qui exprime un désir de proximité à travers la recherche de protection et d'affection».

L'attachement apparaît donc comme un rapport interactif entre l'entourage et les personnes vivant avec le VIH/SIDA dans les soins et l'attention portée sur ceux-ci. Deux grandes tendances ont abordé la notion d'attachement, la première comme étant une relation sociale astructurelle, la seconde plutôt comme une relation acquise en réponse aux soins apportés à autrui. L'approche de Bowlby constitue la synthèse des deux points de vue selon sa théorie, le contact entre deux sujets (Individus) empêche toute séparation qui pourrait être dangereuse pour la survie de l'un comme l'autre. Il considère l'attachement comme une relation sociale instinctuelle à des dispositions innées qui se reflète au départ chez l'enfant en réponse à des sollicitations de la mère à son égard. Les personnes ayant une apparence physique belle et attirante seraient considérées comme étant plus sociables, ceci dû au fait que leur apparence physique influence le jugement que les autres peuvent porter à leur égard. Ce qui soulève la problématique de l'apparence des personnes vivants avec le SIDA. Fisher décrit la socialisation comme étant «le processus d'apprentissage des études, des normes et des valeurs propres à un groupe, à travers lequel s'opère l'intégration sociale ». Le sujet malade entre dans la relation sociale à partir de ses interactions avec les autres membres de son environnement, et réussit de ce fait à se forger une autre personnalité différente de celle avant de contracter la maladie. Pour Simmel (1917), la socialisation implique toujours une influence réciproque des uns sur les autres. La socialisation construit l'enfant à travers les relations qu'il établit avec les autres, avec son entourage, en même temps qu'il se découvre progressivement lui-même et qu'il affirme son propre moi et par transposition du malade à travers la relation qu'il établit avec les autres. Les facteurs psycho sociaux de la relation sont les éléments qui déterminent les relations des individus les uns avec les autres dans la vie sociale. La proximité territoriale et sociale a été identifiée comme les deux ingrédients constitutifs du lien social. Selon Fisher, la notion de proximité traduit le fait que les relations sociales ou humaines ont une tendance à augmenter à mesure que la distance géographique diminue. Elle comporte deux caractéristiques : la familiarité (qui même lorsqu'elle n'apparaît pas de façon évidente au sujet, la familiarité avec un objet, une situation, des personnes crée un sentiment positif probable à leur égard) ; la distance (les individus n'entrent donc pas en relation lorsqu'ils se sentent menacés par la violence de leur espace personnel).

La relation sociale se construit autour de la formation des relations sociales, des facteurs psychosociaux, de l'influence sociale et même des dynamiques de groupe. Ainsi le

comportement socioculturel de l'adolescent dépendra étroitement de sa manière à construire le lien social, mais aussi et surtout de la situation familiale dans laquelle se trouve le dernier. Voilà pourquoi nous nous sommes appuyés à étayer ses propos grâce à la théorie de la relation sociale qui est une illustration parfaite du comportement que peut exister entre une personne et une autre, une personne et un groupe.

DEUXIÈME PARTIE :
CADRE MÉTHODOLOGIQUE ET OPÉRATOIRE

CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

La méthodologie est un ensemble de techniques et de produits que le chercheur utilise pour collecter les données et recueillir les informations nécessaires à l'aboutissement de la recherche. Dans ce chapitre, nous donnerons des orientations et des indications sur la collecte et l'analyse des données de l'enquête sur le terrain. Il est nécessaire de faire un bref rappel sur l'objet de l'étude et les hypothèses retenues ; de présenter les méthodes et le type de recherche, ensuite nous procéderons à la description des variables et des indicateurs, puis nous présenterons la population d'étude et les instruments de collecte des données.

4-1-MÉTHODES ET TYPE DE RECHERCHE

4-1-1-Rappel du problème de l'étude

Le problème qui se pose et devant être analysé tout au long de ce travail est celui de l'impact du VIH /Sida dans les zones périphériques sur le développement socio-économique du Cameroun en générale et dans le district de santé de Djoungolo en particulier. Ce problème peut se justifier à plusieurs niveaux sur :

- La mauvaise communication sur l'infection du VIH d'une part et de la maladie sida d'autre part.
- L'environnement socioculturel dans lequel évolue les PVVIH qui est sensé stimuler les mécanismes de défenses vis-à-vis des comportements à risque lié à l'infection du VIH ;
- Les conditions de vie des PVVIH qui en principe devraient être améliorées en milieu familial afin de favoriser leur épanouissement personnel, ne le sont pas toujours. Soit à cause de la négligence, soit à cause des pesanteurs sociodémographiques de ces derniers ;
- Le climat social qui doit être stable et harmonieux qui ne l'est pas du fait de l'influence des réseaux sociaux et réseaux d'affection (ensemble de personnes ou institution qui peuvent permettre a un individu en fonction de ses potentialités de sortir d'une crise émotionnelle).

4-1-2-Question générale de d'étude

La conduite du personnel du CSIE influence-t-elle la qualité de la PEC de personnes vivant avec le VIH?

4-1-3- Rappel de l'objet d'étude

Ce travail a pour objet d'étudier les difficultés liées à la qualité de la prise en charge des PVVIH dans le District de Santé de Djoungolo de l'aire de santé d'émana plus précisément au centre de santé intégré. Spécifiquement, il s'agit de faire une analyse du niveau connaissance, de l'attitude et de l'expérience pratique du personnel du CSIE dans la prise en charge des PVVIH dans le district de santé de Djoungolo. Pour pouvoir réaliser ce travail, un certain nombre d'hypothèses a été retenu : ci-dessous nous vous les présenterons.

4-1-4-Rappel des hypothèses de l'étude

4-1-4-1- hypothèse générale (HG)

La conduite du personnel du CSIE influence la qualité de la PEC de personnes vivants avec le VIH.

4-1-4-2-Hypothèses de Recherches (HR)

4-1-4-2-1- Hypothèses de Recherches n°1 (HR1)

Le niveau de connaissances du personnel du CSIE influence la qualité de la PEC des PVVIH.

4-1-4-2-2- Hypothèses de Recherches n°2 (HR2)

L'attitude du personnel du CSIE influence la qualité de la PEC des PVVIH.

4-1-4-2-3- Hypothèses de Recherches n°3 (HR3)

L'Expérience pratique du personnel du CSIE influence la qualité de la PEC des PVVIH.

4-2-DESCRIPTION DES VARIABLES DE L'ETUDE

Une variable est la propriété d'une personne, d'une situation ou d'un objet susceptible de subir des modifications ou des fluctuations dans le temps et dans l'espace. Elle est opérationnalisée de manière observable, quantifiable et mesurable pour une étude donnée. On distingue dans le cadre de cette étude des variables indépendantes et des variables dépendantes.

La présente étude laisse entrevoir le lien qui existe entre la conduite du personnel du CSIE et la qualité de la prise en charge des PVVIH.

Variable dépendante

C'est une variable passive, celle qui subit les effets de la variable indépendante et qui désigne le phénomène que le chercheur veut comprendre. Dans le cas de ce travail, il s'agit de la qualité de la PEC de personnes vivant avec le VIH.

Modalités de la VD :

- **VD₁** : Suivi régulier du malade
- **VD₂** : Ecoute du malade
- **VD₃** : L'état général du malade

Variable indépendante

Encore appelée variable expérimentale, elle est la variable que le chercheur manipule. Il s'agit en fait d'une variable prédictive. Elle est la cause présumée de la variable dépendante. Elle est taxée d'indépendante parce que sa valeur n'est pas influencée par d'autres variables. Elle produit des effets sur le phénomène étudié. Il s'agit ici de la conduite du personnel du CSIE.

Modalités de la VI :

- **VI₁** : Niveau de connaissances
- **VI₂** : Attitude
- **VI₃** : Expérience pratique

4-3-LES INDICATEURS

Ce sont des paramètres, qui pris comme instruments de mesure, fournissent au chercheur une observation objective des variables manipulées.

- **Indicateurs VD**

- mensuel
- trimestriel
- semestriel
- Attentif
- empathie
- Neutralité bienveillante
- physique
- Psychologique
- psychosomatique

- **Indicateurs VI**

- Formation
- Participation aux séminaires
- L'accueil
- Motivation
- Confidentialité
- Counseling pre et post test
- Counseling de mise sous traitement
- Observation

Tableau 3: Tableau synoptique des hypothèses, variables, modalités, indicateurs et indices

hypothèse générale	hypothèses de recherches	variables	modalités	indicateurs	indices
La conduite du personnel du CSIE influence la qualité de la PEC de personnes vivant avec le VIH.	HR₁ : Le niveau de connaissances du personnel du CSIE influence la qualité de la PEC des PVVIH.	VI : La conduite du personnel du CSIE	niveau de connaissances	-Formation -Participation aux séminaires	Oui, non Bon, mauvais
			attitude	- confidentialité -motivation - l'accueil	Oui, non Bon, mauvais
			Expérience pratique	-Counseling pre et post test - Counseling de mise sous traitement -Observation	Oui, non Bon, mauvais
	HR₂ :L'attitude du personnel du CSIE influence la qualité de la PEC des PVVIH.	VD : la qualité de la PEC de personnes vivantes avec le VIH	Suivi régulier du malade	-mensuel -trimestriel -semestriel	Bonne, mauvaise
			Ecoute du malade	-Attentif -empathie -Neutralité bienveillante	Bon, mauvais Oui, non
			L'état général du malade	-physique -Psychologique -psychosomatique	Bon, mauvaise
	HR₃ : L'Expérience pratique du personnel du CSIE influence la qualité de la PEC des PVVIH.				

Source: enquêtes personnelles

A l'issue de la présentation succincte de toutes ces hypothèses, modalités , variables, indicateurs et indices telle que récapitulée dans le tableau ci-dessus, la planification même de l'enquête a constitué une étape non négligeable de la recherche.

4-4- PLANIFICATION DE L'ENQUÊTE

Cette partie de l'étude définit tout d'abord la méthodologie, c'est-à-dire l'ensemble des méthodes et techniques utilisées lors de la descente sur le terrain pour collecter les données. Ensuite la délimitation de la zone géographique de la recherche, de même que la population étudiée ont été précisées. Les outils utilisés pour la collecte des données à savoir le questionnaire et le guide d'entretien ont été également élaborés. Au terme de cette étape de planification, le logiciel informatique pour le traitement des données et les tests statistiques utilisés ont été identifiés.

4-5- MÉTHODES DE RECHERCHE

Les méthodes de recherche permettent d'observer un phénomène ou un objet et de l'analyser afin d'obtenir des informations exactes pour sa compréhension. Elles recherchent les liens de causalité, des lois fondamentales des phénomènes et essayent d'assimiler les faits dans leur dimension vécue. Selon Grawitz (2001), une méthode est un ensemble concerté d'opérations mises en œuvre pour atteindre un ou plusieurs objectifs, un corps de principes présidant à toute recherche organisée, un ensemble de normes permettant de sélectionner et de coordonner les techniques. De manière générale, les méthodes sont classées en deux groupes selon leur nature. On distingue ainsi les méthodes quantitatives et qualitatives. Les premières suivent une logique hypothético-déductive et les deuxièmes une logique inductive exploratoire (Nkoum, 2006).

4-5-1-Les méthodes quantitatives de recherche

Les méthodes de type quantitatif sont plus utiles pour obtenir des données sur certains aspects précis d'une problématique déjà bien documentée grâce à la réalisation d'un certain nombre d'observations. Parmi ces méthodes, on retrouve les méthodes d'enquêtes, l'expérimentation dans les laboratoires, les méthodes formelles (modèles économétriques), et les méthodes numériques telle la modélisation mathématique (Nkoum, 2007).

4-5-2-Les méthodes qualitatives de recherche

Ce sont des méthodes qui cherchent à décrire une situation sociale, un phénomène nouveau, un groupe ou un processus afin de mieux l'appréhender (Deuzin et Lincln, 2003).

Elles cherchent à comprendre la réalité à travers les acteurs. Selon Patton (1987), elles aident les chercheurs à mieux comprendre les individus et les contextes socioculturels dans lesquels ils sont enracinés.

Cependant il convient de mentionner que le choix d'une méthode résulte de sa pertinence au regard de la problématique étudiée.

4-6- TYPES DE RECHERCHE

Les recherches en sciences sociales sont classées en trois grandes catégories. Il s'agit des recherches expérimentales qui répondent aux principes de vérification des hypothèses et l'établissement des liens causaux ; des recherches exploratoires qui s'articulent sur des concepts et développent des hypothèses ; les recherches descriptives qui établissent les faits et les recherches corrélationnelles qui cherchent à établir une relation entre les variables à partir des approximations des plans d'expériences rigoureux. La présente étude s'inscrit dans les deux dernières catégories.

- Elle est descriptive parce qu'elle permet de décrire et de mettre en relief les manifestations empiriques de la conduite du personnel du CSIE. De ce fait, cette description plate nous permettra de percevoir les variables indépendantes qui peuvent s'avérer abstraites.
- Elle est aussi corrélationnelle parce qu'elle cherche à déterminer la relation de cause à effet qui existe entre la conduite du personnel du CSIE et la qualité de la prise en charge des PVVIH.

4-7- LA ZONE D'ÉTUDE

Le Centre de Santé Intégré d'Emana est situé dans l'aire de santé d'Emana. L'aire de santé d'Emana est une composante du système de santé Camerounais au niveau périphérique située dans le district de santé DJOUNGOLO région du centre. Elle est limitrophe au nord par l'aire de Santé de NKOLODOM, à l'OUEST par le district de santé de la Cité verte, au sud par l'aire de santé de MBALLA II, à l'Est par les aires de Santé de TSINGA Village, MFANDENA, MBALLAV et du District de santé de SOA. En outre elle couvre une zone

géographique renfermant à la fois les communautés rurales et semi urbaine pour une population cible d'environ 85 000 habitants. Retenons qu'elle regroupe 24 villages autour de 24 chefferies de bloc, 01 chefferie de groupement, 54 écoles, 21 églises. L'aire de santé d'Emana est divisée en 05 zones du pont d'Emana jusqu'aux Rails de Ngousso :

- Zone 1 Emana Buéa
- Zone 2 Emana Bilik
- Zone 3 Emana Dallas
- Zone 4 Emana Abattoir
- Zone 5 Emana Santa Barbara

L'aire de santé d'Emana dispose d'un Comité de Santé (COSA) et d'un Comité de Gestion (COGE), d'environ 30 formations sanitaires et d'un Centre de Santé Intégré d'Emana (CSIE).

Situé plus précisément en contre bas de l'école public et du Lycée d'enseignement Général d'Emana, le Centre de Santé Intégré d'Emana est entouré des villages environnementaux : Emana Buea, Nkolbifouan, Emana Lycée vers camp de la GP, Emana BILIK, Emana OKOLO. Il est dans la région du centre ; département du MFOUNDI ; l'arrondissement de Yaoundé 1^{er}. Le CSIE est une institution publique assurant les soins de santé primaire avec des prestations de bonne qualité et la pleine participation des bénéficiaires. Il est dirigé par un chef de centre, sous le contrôle du comité de gestion et la supervision du chef de district de santé de DJOUNGOLO. Il accueille toutes les couches sociales avec pour mission de réaliser les soins de santé primaires à moindre coût. Cette notion de soins de santé primaires pouvant se comprendre comme une stratégie interactive de la communauté, et l'Etat, représenté par les personnels de santé œuvrant pour la promotion de la santé et la résolution des problèmes et besoins en santé communautaire dans l'esprit de partenariat et de respect mutuel. A ce titre, il est aussi chargé de la mise en œuvre et le suivi des différents programmes :

- Promotion de la santé ;
- Prévention des maladies ;
- PEC des cas
- Participation communautaire.

Sa diversité géographique et écologique la prédispose à diverses maladies pouvant conduire à la mortalité. Riches et pauvres se côtoient avec une alternance des quartiers

résidentiels et enclavés. Le milieu est urbain et semi urbain. Les affections régulièrement rencontrées dans notre site de recherche sont : le paludisme, les vers intestinaux, la typhoïde, les maladies diarrhéiques, les maladies épidémiologiques les infections sexuellement transmissibles, et enfin le VIH/SIDA qui est au centre de notre analyse.

4-8-POPULATION ET ÉCHANTILLON DE L'ÉTUDE

La population peut se définir comme l'ensemble des habitants d'un pays, l'ensemble des êtres humains qui composent une catégorie particulière. Dans le cadre de notre étude, elle est l'ensemble des sujets soumis à une étude statistique. On distingue ainsi deux types de population à savoir la population cible et la population accessible.

4-8-1- population cible

La population cible est l'ensemble de tous les individus intéressés par la recherche entreprise. Ici la population cible est constituée de toutes les communautés du monde confrontées aux mêmes réalités que celles du centre de santé intégré d'émana, en matière de lutte contre le VIH et le SIDA. C'est dans cette population cible que se retrouve la population accessible.

4-8-2- Population accessible

Cette population est celle à partir de laquelle on extrait l'échantillon. Elle est la partie de la population cible qui se trouve à la portée du chercheur et facile à repérer. S'agissant de cette recherche, la population accessible est celle qui est couverte par les activités du groupe technique Départementale de lutte contre le VIH/SIDA de la région du centre. Il s'agit en fait de l'ensemble des populations de cette région intervenant dans le processus de PEC des AVVIH. Pour réduire les difficultés liées au coût et à la durée du travail, une technique d'échantillonnage a été utilisée pour extraire de cette population l'échantillon étudié.

4-8-3- La technique d'échantillonnage

La technique d'échantillonnage est une procédure ou une stratégie de détermination, de constitution et de prélèvement et encore du choix de l'échantillon sur lequel doit s'appuyer le chercheur. L'échantillon ne s'obtient pas de manière hasardeuse mais plutôt à partir d'une technique statistique dûment jugée valable.

Dans le cadre de ce travail, une technique empirique a été utilisée. Celle-ci consiste à déterminer la taille de l'échantillon par l'inverse du carré de l'erreur tolérable exprimée en pourcentage.

$N = 1 / (\alpha)^2$ où N représente la taille de l'échantillon et α la marge d'erreur. Ainsi donc, N=52, Or en sciences sociales α est égale à 5% (0.05)

Pour la constitution de l'échantillon, la méthode probabiliste stratifiée dont le principe consiste à découper la population en sous-ensembles appelé strates et à réaliser un sondage dans chacune d'elle a été utilisée.

Dans la pratique, la population accessible a été subdivisée en groupes homogènes (appelés strates), qui sont mutuellement exclusifs selon que les individus sont Chef de centre, infirmiers, assistants psychosociaux, agents relais communautaires, et patients.

Des échantillons indépendants ont été sélectionnés à partir de chaque strate à l'aide des méthodes d'échantillonnage variant d'une strate à une autre. Pour les quatre premières strates, c'est-à-dire celle de chef de centre, des infirmiers, des assistants psychosociaux et les agents relais communautaires, une méthode aléatoire a été utilisée. A la cinquième strate, celle des PVVIH, la méthode utilisée a été celle de «boule de neige» qui consiste à utiliser les personnes comme source d'identification d'unités additionnelles.

Pour la taille de l'échantillon, un nombre de répondants a été fixé par strates et par structure de santé. Pour les 05 structures de santé il a été fixé un minimum de 10 répondants par centre, renfermant des médecins, des infirmiers, des assistants psychosociaux, des agents relais communautaires et des patients. Cette technique a permis d'obtenir l'échantillon ci-dessous.

4-8-4- L'échantillon

L'échantillon se définit comme étant un groupe d'individus réduit, extrait d'une population donnée et ayant des caractéristiques représentatives de ladite population. C'est un sous-ensemble de la population accessible sur lequel porte effectivement la recherche; échantillonner c'est opérer un choix sur un certain nombre d'éléments de la population de telle manière que les éléments choisis représentent cette population. L'échantillonnage a pour avantage d'alléger le coût de la recherche et de faire gagner du temps au chercheur.

L'échantillon ici est composé d'un (01) chef de centre, six (06) infirmiers, deux (02) assistants psychosociaux, dix sept (17) agents relais communautaires et vingt six (26) patients; soit une taille de cinquante deux (52) individus. La collecte des informations au sein de cet échantillon a utilisé des instruments élaborés à l'avance.

4-8-5- Instruments de collecte des données

L'instrument de collecte des données est un outil qui permet de recueillir les informations nécessaires à la vérification des hypothèses de recherche. Ainsi, pour mener à bien les investigations, ont été utilisés comme instruments de collecte des données, le questionnaire et le guide d'entretien parce que cette recherche est exploratoire mixte de type combinatoire (semi ouverte et fermée).

4-8-5-1- Le questionnaire

C'est un formulaire composé de questions théoriquement validées et relatives à un problème bien déterminé. C'est une technique utilisée pour recueillir les données nécessaires à la recherche. Il constitue le lien essentiel entre le chercheur et les sujets interrogés. Le questionnaire est également le travail le plus approprié pour la collecte des informations pertinentes et fiables parce que permettant de toucher tous les répondants. Ce questionnaire a permis de mener à bien l'enquête. Il comprend trois parties à savoir le préambule, l'identification du répondant et le questionnaire proprement dit.

Le préambule ou l'avant-propos est la phase introductive qui tient à informer le répondant sur la finalité recherchée par l'enquêteur. Cette partie amène aussi le répondant à mieux appréhender le problème afin de répondre aux questions d'une manière objective, claire et sans inquiétude. Il rappelle également le thème de recherche et la procédure de répondre aux différentes questions.

L'identification du répondant permet de connaître l'enquêté et de déterminer à quelle classe il appartient.

Les questions proprement dites sont posées en fonction des hypothèses de recherche et découlent directement des indicateurs et modalités du tableau synoptique des variables. C'est la partie où l'enquêté est invité à répondre à ces questions posées en cochant d'une croix dans la case qui le concerne.

Le questionnaire comporte pour chacune des hypothèses de recherche trois questions sur des informations concernant l'évolution de la variable dépendante.

4-8-5-2-Le guide d'entretien

C'est un formulaire de questions ouvertes nécessaire pour des informations qualitatives. Pour cette étude, le guide d'entretien comporte des questions ouvertes qui laissent la latitude au répondant de donner son point de vue sur l'objet de l'enquête. Ces outils ont fait l'objet d'une pré-enquête avant d'être utilisés pour la collecte des données.

4-8-5-3-Pré-enquête et validation du questionnaire

Au cours de cette phase réalisée en deux étapes, des entretiens ont été effectués avec des responsables (composé d'un (01) chef de centre, six (06) infirmiers, deux (02) assistants psychosociaux, dix sept (17) agents relais communautaires et vingt six (26) patients; soit une taille de cinquante deux (52) individus) de la PEC des PVVIH, ainsi que les patients. Ces entretiens ont consisté à un jeu de question réponse. L'enquêteur lisait question par question et notait les réponses données par les enquêtés au fur et à mesure. Cette phase a permis de revoir la problématique et de reconstruire des hypothèses plus adaptées. La pré-enquête est aussi nécessaire pour tester le questionnaire sur les échantillons semblables à notre échantillon. Cette étape a permis de déceler les difficultés de compréhension que le questionnaire peut comporter et de les corriger en simplifiant ou en clarifiant les questions. Elle permet d'apprécier si les répondants donnent les renseignements fiables, sollicités et précis. Dans le cas contraire, le questionnaire sera reconstruit de manière à atteindre l'objectif visé. Après validation de ces outils, les données collectées suite à la descente sur le terrain ont fait l'objet d'un dépouillement.

4-8-5-4- Mode de dépouillement

Une fois les données collectées, le dépouillement a été fait en adoptant la technique manuelle de classement des questionnaires et guide d'entretien par catégories de répondants. Comme le questionnaire était bien rempli par les enquêtés, le dépouillement a été assez facile. A la suite de cet exercice, les données ont été soumises au traitement statistique.

4-8-2-L'outil de traitement des données

Les données ont été traitées à l'aide du logiciel SPSS 17.0. Le logiciel Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) est un logiciel de gestion et d'analyse de données statistiques de portée générale. Ce logiciel a permis de réaliser les tests statistiques.

4-8-3-L'analyse statistique

L'analyse statistique est une technique d'analyse numérique des données quantitatives. Elle nous a permis de calculer les proportions et les fréquences des individus appartenant à une modalité précise. De ce fait, nous avons choisi de présenter les résultats obtenus sous forme de tableaux. Ces tableaux nous paraissent faciles à analyser et à interpréter, car ils indiquent pour chaque variable, le nombre de sujet de l'échantillon lié à chaque modalité. Ces résultats ont ainsi été convertis en fréquence relative ou pourcentage. La formule mathématique issue des données collectées, codées et traitées par le logiciel « Statistique Package for Social Sciences » (SPSS 17.0) est présentée sous la forme suivante :

$$f_i = \frac{n_i}{N} \times 100$$

n_i = effectif de chaque modalité ;

f_i = fréquence relative ou pourcentage ;

N = nombre total des répondants.

4-8-4- Vérification des hypothèses par le test du khi-deux (X^2)

Le test du X^2 est un test statistique permettant de tester l'adéquation d'une série de données à une famille de lois de probabilités ou de tester la dépendance entre deux variables qualitatives. Le principe du khi-deux voudrait qu'il y ait à la base, la formulation d'une hypothèse appelée hypothèse nulle (H_0) dont la validité peut être testée à partir des données d'un effectif théorique calculé. Elle prédit l'absence de relation ou de différence statistique significative entre les groupes de sujets pour une variable dépendante (Fortin, 1996).

4-8-4-1- Condition de validité du test X^2

La validité du test X^2 est fonction :

- d'un effectif total d'échantillon > 50 ;
- d'un effectif théorique ≥ 5 dans le cas des tableaux 2 x 2 ;
- d'un degré de liberté > 1.

4-8-4-2-Étapes de vérification des hypothèses par le test du X^2

Cette vérification se fait en sept étapes qui sont les suivantes :

a-La formulation des hypothèses statistiques

Cette étape renvoie à la formulation d'hypothèses qui conduisent à la vérification de l'indépendance ou de l'association des variables de l'étude. A cet effet, il convient de formuler deux hypothèses, à savoir :

- une hypothèse alternative (H_a), qui rend compte de l'association entre les variables de l'étude. Il est pour ce fait indiqué de substituer aux hypothèses alternatives, les hypothèses spécifiques.
- Une hypothèse nulle (H_0), qui rend compte de l'indépendance entre les variables de l'étude.

b- Le choix d'un seuil de signification

Le seuil de signification permet de déterminer le critère qui lui permettra de décider de l'atteinte du point de perfection maximum ou minimum (Mialaret, 1993). Le choix du SS (α) permet de fixer les chances de se tromper ou non dans la prise de décision. Il est généralement de $5^0/0$ soit **0.05** en science sociale et c'est ce dernier que nous avons adopté dans le cadre de notre travail de recherche.

c-Calcul du X^2 et détermination du nombre de degré de liberté (nddl)

Le X^2 se calcule à partir des données issues du croisement de deux variables, l'une dépendante et l'autre indépendante. Ces données sont présentées dans un tableau appelé tableau de contingence. Ce dernier se présente sous la forme d'une matrice à double entrée de telle sorte que les totaux en ligne et ceux en colonne puissent avoir un sens. Ainsi cette matrice comporte autant de colonnes que la première variable a de modalités. Les colonnes et les lignes délimitent les cellules dans lesquelles sont inscrits les effectifs des sujets enquêtés, vérifiant simultanément les deux variables. La matrice est complétée par l'inscription des effectifs des colonnes, des lignes et le total général. Sa formule est donc la suivante :

$$\text{nddl}=(C-1) (L-1) \text{ où } C=\text{nombre de colonnes et } L=\text{nombre de ligne}$$

d-Détermination de la valeur critique du khi-deux lu (X^2_{lu})

Le khi-deux lu est le résultat obtenu par lecture de la table de Fischer(en annexe) et le seuil de signification en corrélation avec le degré de liberté obtenu à partir du tableau de contingence.

- **Correction de Yates**

Il s'agit d'une formule proposée dans l'intention de corriger les fréquences théoriques qui sont inférieures à 5 afin d'obtenir un résultat fiable du X^2_{lu} .

- **Différentes formules**

Pour chaque tableau de contingence observé, on a l'effectif observé f_0 et l'effectif théorique f_e . Puis, on vérifiera que 5% de ces derniers ne sont pas inférieurs à 5 ($f_0 \geq 5$).

Formule du khi-carré

$$x^2_{cal} = \sum \frac{(f_0 - f_e)^2}{f_e}$$

Formule du khi-carré suivant la correction de Yates

$$x^2_{cor} = \sum \frac{(|f_0 - f_e| - 0,5)^2}{f_e}$$

e-Enoncé de la règle de décision

L'intersection entre la colonne correspondant à la valeur du degré de liberté (ddl) et la ligne correspondant au seuil de signification (α) donne la valeur du khi-carré lu (X^2_{lu}).

Or en sciences sociales α est égale à 5% (**0.05**)

- Si $X^2_{cal} > X^2_{lu}$, alors on conclut sur l'existence d'une **liaison** statistiquement significative entre les deux variables.
- Si $X^2_{cal} < X^2_{lu}$, alors les deux variables sont **indépendantes** l'une de l'autre.

f-Décision

Il s'agit ici de prendre la décision d'accepter l'hypothèse alternative et de rejeter l'hypothèse nulle dans le cas où il y'aurait **association** ou **liaison** entre les variables de l'étude, ou le cas échéant d'accepter l'hypothèse nulle et de rejeter l'hypothèse alternative en cas **d'indépendance** entre les variables de l'étude.

g-Calcul du coefficient de contingence (CC)

Le coefficient de contingence permet de déterminer la force de la relation entre les variables de l'étude. Sa formule est :

$$CC = \sqrt{\frac{x^2_{cal}}{x^2_{cal} + N}}$$

Les valeurs du CC sont interprétées comme suit :

- $0 < CC < 0,10$: l'association est nulle ou très faible ;
- $0,11 < CC < 0,20$: l'association est faible ;
- $0,21 < CC < 0,30$: l'association est moyenne ;
- $0,31 < CC < 0,40$: l'association est forte ;
- De 0,41 à 1 : l'association est très forte.

Pour rester fidèle à notre démarche, l'ordre des variables dans le questionnaire sera respecté. L'analyse descriptive précèdera celle inférentielle. Plusieurs difficultés ont été rencontrées tout au long de ce travail.

4-9- DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

La conduite d'un travail de recherche est généralement sujette à plusieurs obstacles qui réduisent les angles d'expression du chercheur. La présente étude n'a pas dérogé à cette règle. Nous avons ainsi fait face à un certain nombre de difficultés.

La première est relative à la difficulté d'accès à l'information. Il fallait régulièrement appeler dans l'espoir de décrocher un rendez-vous ferme.

La deuxième difficulté est liée à l'insuffisance des moyens financiers susceptibles d'assurer nos nombreux déplacements vers notre population cible. Les contraintes académiques n'ont pas été en reste, car le chronogramme quelques fois surchargé des activités ne nous a pas permis de nous mouvoir à notre guise pour la collecte des informations.

La troisième est la réticence de certains enquêtés lors de la distribution du questionnaire. Pour surmonter cette autre épreuve, il fallait leur expliquer le bien fondé de notre étude afin de les amener à remplir en toute confiance les questionnaires à eux adressés.

Ce chapitre nous a permis de relever la démarche empirique qui a sous-tendu notre étude. A cet effet, il s'est présenté comme le champ de définition des variables liées aux hypothèses formulées dans le protocole. Il a par ailleurs permis de préciser les instruments de collecte et de traitement des données.

Il convient, dès à présent d'opérationnaliser dans le chapitre suivant, la présentation et l'analyse des résultats des données recueillies sur le terrain.

CHAPITRE 5 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

Ce chapitre met en exergue les résultats de l'enquête menée au sein du Centre de santé intégré d'Emana dans le district de sante DJOUNGOLO région du centre. Il présente aussi bien les résultats issus du questionnaire que ceux qui ont découlé des entretiens réalisés auprès des responsables patients et autres dans l'aire de santé d'émana plus précisément dans le centre de santé Intégré émana (CSIE). Il nous offre l'occasion de construire sur la base des différentes interprétations des données, un canevas qui conduira à la vérification des hypothèses ou réponses anticipées émises dans la problématique.

5-1- PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE

Cette présentation comporte deux parties. Dans un premier temps, les données obtenues sur la base du questionnaire d'enquête seront présentées. Ces données concernent les paramètres d'identification et les indicateurs des différentes variables indépendantes. En deuxième lieu, il sera question de l'analyse inférentielle des résultats.

Tableau 4: Statut du répondant.

Statut du répondant	Effectifs	Pourcentages(%)
Chef de centre	1	2
Infirmiers	6	11.5
Assistants psychosocial	2	4
Agents relais communautaire	17	32.5
Patients	26	50
Total	52	100

Source: Enquêtes de terrain.

Au sein de cette structure, les rôles des prestataires sont complémentaires. Le manque d'un maillon de cette chaine peut compromettre la qualité de la PEC des PVVIH. C'est pourquoi, la recherche de l'influence du statut du répondant a été prise en compte ici. A l'issue de cette enquête le constat à partir du tableau n°5 ci-dessus est que 50% des répondants sont des patients et 32.5% des relais communautaires. Contre 17.5% des infirmiers

assistants et 1 chef de centre ce qui peut être en relation avec l'effectif réduit du personnel dans les formations sanitaires. Cette forte représentation des patients et agents relais communautaires est plutôt favorable pour l'étude car elle aura permis à un nombre important d'entre eux de donner leur point de vue sur la conduite du personnel de santé en matière de PEC des PVVIH et la qualité même de cette PEC.

Le nombre d'années d'expérience pratique dans la lutte contre le VIH/SIDA pourrait également influencer la qualité de la PEC des PVVIH. D'où l'intérêt accordé à cette variable dans le tableau n°5 suivant.

Tableau 5: Expérience dans la PEC.

Années d'expérience	Effectifs	Pourcentages(%)
Moins de 3 ans	2	3,8
De 3 a 6 ans	24	46,2
7- 10 ans et plus	26	50
Total	52	100

Source: Enquêtes de terrain.

Le temps passé en entreprise est porteur d'expérience car il permet d'acquérir des connaissances par la pratique, disaient Vincens (2001) et Chatel (2006), cités par F. Bailly. Ainsi pour bon nombre d'auteurs, l'expérience est reconnue comme une somme de savoir-faire acquis à un poste de travail. Selon cette idéologie, plus l'on met du temps à un poste de travail, plus on est apte à travailler efficacement surtout si l'individu s'y engage réellement. Dans cette perspective, pour l'actuel travail de recherche, les individus qui ont passé plus de temps dans la PEC des PVVIH sont beaucoup plus expérimentés et cela peut avoir une influence sur leur perception de la qualité de la PEC des PVVIH. Tenant compte du démarrage de la PEC dans le District (soit 10 ans), un découpage à trois classes d'expérience a été adopté. Le tableau n°5 ci-dessus, montre que 50% des personnes enquêtées ont une expérience de moins de six ans dans cette activité. Ceux qui ont une expérience de 7 à 10 ans et plus de 10 ans viendraient probablement d'ailleurs, là où la PEC des PVVIH aurait commencé un peu plus avant l'année de démarrage dans le CSIE.

En matière de lutte contre le VIH/SIDA les personnes de sexe féminin sont le plus souvent considérées comme des êtres très vulnérables. C'est la raison de l'étude de ce facteur dans le tableau qui suit.

5.1.1. Identification des répondants

Tableau 6: Sexe du répondant.

sexe du répondant	Effectifs	Pourcentages(%)
Féminin	30	57,7
Masculin	22	42,3
Total	52	100

Source: Enquêtes de terrain.

Dans la pratique quotidienne, il est souvent remarqué que les structures de santé sont beaucoup plus fréquentées par des personnes de sexe féminin. Pour ce qui est du VIH spécifiquement, les Femmes sont reconnues être plus vulnérables que les Hommes. Durant la présente étude, la recherche de l'influence du sexe du répondant sur la perception de la qualité de la PEC des PVVIH n'a pas été négligée. Sur les 52 personnes enquêtées, 30 soit 57.7% sont des femmes (voir tableau n°6). Cela pourrait s'expliquer par la réticence des sujets de sexe masculin à répondre au questionnaire pour telle ou telle autre raison.

En dehors de tout cela, le niveau d'instruction pourrait influencer la qualité des réponses des personnes enquêtées et il a été pris en considération comme l'illustre le tableau n°7 .

Tableau 7: Niveau d'instruction du répondant.

niveau d'instruction	Effectifs	Pourcentages(%)
Primaire	14	27
Premier cycle secondaire	15	29
Second cycle secondaire	18	34
Supérieur	5	10
Total	52	100

Source: Enquêtes de terrain.

Il est aujourd'hui reconnu que l'instruction est un facteur qui contribue à la santé et à la prospérité des individus. En effet, l'instruction permet d'avoir accès à l'information sur la maladie et les moyens de la combattre. Les personnes instruites ont la connaissance et l'aptitude qui leur permettent de trouver un emploi et de subvenir à leurs besoins. Plus, on est instruit, plus le degré de compréhension augmente. Dans le cadre de notre étude, nous avons

affaire à des intervenants de niveau d’instruction varié, donc nous voulons analyser leur perception par rapport à la qualité de la PEC des PVVIH. Selon les résultats de l’enquête illustrés par le tableau n°7 ci-dessus, toutes les personnes enquêtées ont au moins un niveau d’instruction du primaire. Ceux du niveau secondaire sont beaucoup plus représentés (63%). Le faible pourcentage du niveau supérieur peut être lié au fait que les individus de cette classe sont difficilement accessibles surtout en matière de VIH pour cause de stigmatisation. Les personnes sans niveau d’instruction n’ont pas eu de représentants. Cela pourrait s’expliquer par un refus délibéré pour des raisons de langage et de compréhension.

L’influence de la religion sur la perception de la qualité de la PEC des patients a été également étudiée dans le tableau n°8 ci-dessous.

Tableau 8: Religion du répondant.

religion des répondants	Effectifs	Pourcentages(%)
Chrétien	22	42,32
Musulman	15	28,84
Autre	15	28,84
Total	52	100

Source: Enquêtes de terrain.

Les données contenues dans le tableau n°8 ci-dessus montrent une répartition des répondants en fonction de la religion. Son importance est de savoir si l’appréciation de la qualité de la PEC des PVVIH a un lien avec l’obédience religieuse. Les proportions des répondants en fonction de la religion sont sensiblement égales. Cette égalité dépendrait de la zone d’étude où il existe de façon globale un équilibre en matière d’appartenance religieuse.

Il est aujourd’hui admis par beaucoup d’auteurs que le niveau de revenu influence l’état de santé des individus. L’analyse de la perception de la qualité de la PEC des PVVIH en fonction de ce facteur se trouve dans le tableau n°9 ci-après.

Tableau 9: Niveau de revenus du répondant.

Niveau de revenus	Effectifs	Pourcentages(%)
élève	1	2
Moyen	4	8
Faible	47	90
Total	52	100

Source: Enquêtes de terrain.

Malgré les discordances parfois observées dans les points de vue, beaucoup d'études ont montré aujourd'hui qu'il existe une relation significative entre l'inégalité des revenus et la santé (Thomas G. Poder; 2011). Plus particulièrement, en matière de VIH/SIDA, cette relation paraît avoir une grande importance. En effet, les personnes ayant un revenu très faible vivent souvent dans des conditions de promiscuité qui les exposent à un risque infectieux important y compris celui du VIH. Les PVVIH ont besoin d'une alimentation équilibrée, d'un environnement sain leur permettant d'éviter d'autres infections et de se faire prendre en charge en cas d'autres spécificités. Si le niveau des revenus ne leur permet pas de subvenir à ces besoins, leur perception de la qualité de leur prise en charge pourrait être différente de celui qui est mieux nanti et qui a la facilité de se faire prendre en charge. En ce qui concerne le personnel, un bon niveau des revenus pourrait être un facteur de motivation et influencer l'appréciation de la qualité de la PEC. A travers cette étude, il paraît utile de savoir si le niveau des revenus a une influence sur la perception de cette qualité de PEC. D'après les résultats obtenus, 8% des personnes interrogées déclarent avoir un niveau moyen de revenu. 90% ont soit un revenu faible soit aucun revenu.

5-1-2- Le niveau de connaissance du personnel du CSIE.

La connaissance dans le cadre de la présente étude est analysée à travers la formation, la disponibilité de la documentation et la participation aux séminaires de renforcement des capacités en rapport avec la PEC des PVVIH dans le centre de santé intégré d'Émana du District de santé de Djoungolo.

5-1-2-1- Formation sur la PEC des PVVIH.

Comme signalé un peu plus haut, la PEC des PVVIH fait appel à des intervenants qui appartiennent à plusieurs catégories professionnelles complémentaires, à savoir le chef de

centre, le personnel paramédical et les conseillers psychosociaux etc. Pour mener à bien leurs missions, chaque catégorie d'intervenants reçoit habituellement un paquet de formation spécifique. Mais tel n'est pas toujours le cas. L'analyse de ce facteur dans le tableau n°10 ci-après permet de savoir si tous ceux qui interviennent dans la chaîne de la PEC ont la qualification requise.

Tableau 10: Formation sur la PEC des PVVIH.

Formation sur la PEC	Effectifs	Pourcentages (%)
Oui	32	61,5
Non	20	38,5
Total	52	100

Source: Enquêtes de terrain.

A l'issue de l'enquête, les résultats présentés dans le tableau n°10 ci-dessus montrent que plus de la moitié des intervenants enquêtés déclare avoir été formée au moins une fois sur la PEC des PVVIH. Cela devrait être un élément en faveur d'une bonne qualité de la PEC des PVVIH au CSIE c'est-à-dire 61,5% de personnes formées contre 38,5% non formées.

La disponibilité ou non d'une documentation actualisée dans les structures de PEC pourrait également affecter la qualité de prestation des membres des comités thérapeutiques. Les résultats de l'analyse de cet indicateur se retrouvent dans le tableau.

5-1-2-2- Possession de la documentation sur la PEC des PVVIH.

Tableau 11: Possession de la documentation

Possession de la documentation	Effectifs	Pourcentages(%)
Oui	34	65,3
Non	18	34,7
Total	52	100

Source: Enquêtes de terrain.

Malgré leur formation, le personnel du CSIE a toujours besoin des documents pour leur permettre de se rafraîchir la mémoire en cas de besoin (exemple: directives nationales de PEC globale des PVVIH, Guide pour la prévention de la transmission du VIH, Plan stratégique de lutte contre le VIH, les revues sur le VIH, Guide du relais communautaire etc.). Ces documents peuvent également permettre à ceux qui n'ont pas reçu de formation de s'informer et d'acquérir une connaissance dans la PEC des PVVIH. Par ailleurs, la mise à jour régulière de la documentation permet aux intervenants d'actualiser leur connaissance eu égard aux avancées de la science qui engendrent fréquemment des modifications dans les recommandations et directives de prise en charge. La disponibilité de cette documentation devrait être un facteur d'amélioration de la qualité de la PEC des PVVIH. Lors de l'enquête, selon le tableau n°11 ci-dessus représentés, la documentation sur la prise en charge des PVVIH est disponible pour 65.3% des répondants. En suivant la logique ci-dessus, ce résultat serait en faveur d'une bonne qualité de la PEC des PVVIH.

Un autre élément de la formation à prendre en compte dans la qualité de la PEC des PVVIH est la participation aux séminaires de renforcement des capacités. Cet élément est analysé dans le tableau.

Tableau 12: Participation aux séminaires de renforcement des capacités.

Participation aux séminaires	Effectifs	Pourcentages(%)
Oui	16	30,7
Non	36	69,3
Total	52	100

Source: Enquêtes de terrain.

Tout comme la formation et la documentation, les séminaires permettent aux intervenants dans la PEC des PVVIH une remise à niveau face aux avancées de la science. La tenue régulière des séminaires de formation leur permet d'avoir une connaissance actualisée pour bien mener leurs activités. En plus, parfois, pour des raisons d'affectation, de maladies ou autre cause, le personnel déjà formé se trouve indisponible. Pour assurer la continuité de la PEC, à défaut d'une formation, ce genre de séminaire peut contribuer à améliorer le niveau de connaissance des différents intervenants. Fort de tout ce qui précède, la tenue régulière de ces séminaires devrait être un élément en faveur d'une bonne qualité de la PEC des PVVIH. Mais,

le constat suite aux résultats de l'enquête dans le tableau n°12 ci-dessus est que la grande majorité des répondants (69.3%) contre (30.7%) n'a jamais participé à un séminaire de formation. Ce résultat pourrait prédire une mauvaise qualité de la PEC des PVVIH.

Après une analyse des indicateurs de la variable indépendante n°1 à savoir le niveau de connaissance du personnel du CSIE, sous réserve des tests statistiques, deux indicateurs (la formation du personnel du CSIE et la disponibilité de la documentation sur la PEC des PVVIH) sur trois sont en faveur d'une bonne qualité de la PEC des PVVIH dans le CSIE. Mais, la participation aux séminaires de formation laisse plutôt croire que cette PEC n'est pas de bonne qualité. En attendant les résultats des tests statistiques, l'analyse de la variable indépendante n°1 laisse penser que la qualité de la PEC des PVVIH est bonne dans l'aire de santé d'émana plus précisément au CSIE.

Si les indicateurs de la variable indépendante de l'hypothèse de recherche n°1 sont globalement en faveur d'une bonne qualité de la PEC des PVVIH dans l'aire de santé d'émana plus précisément au CSIE, il y a lieu de faire une analyse des indicateurs retenus pour étudier l'attitude du personnel du CSIE.

5-1-3-L'attitude du personnel du CSIE.

Le personnel du CSIE désigne tous ceux qui interviennent dans la chaîne de PEC des PVVIH. En l'occurrence le chef de centre, le personnel médical, paramédical et les assistants psychosociaux. Dans l'exercice de leurs missions, ils entrent en contact avec les PVVIH à qui ils doivent assurer une PEC de bonne qualité, respectant les recommandations et directives en vigueur. Le mieux-être des patients et leur satisfaction dépendraient en grande partie de la qualité de cette PEC. Celle-ci est susceptible d'avoir un lien avec leur attitude, c'est-à-dire leur façon de se comporter vis-à-vis des PVVIH. En matière d'attitude, les normes recommandent entre autre, le respect de la confidentialité et un bon accueil réservé aux patients en vue de motiver leur adhésion à la PEC. C'est pourquoi ces aspects sont étudiés dans le cadre de cette recherche à travers une analyse du respect de la confidentialité, la qualité de l'accueil et la motivation des patients à suivre leur traitement.

Tableau 13: Confidentialité entre patient et soignant.

confidentialité	Effectifs	Pourcentages(%)
Oui	35	67,3
Non	17	32,7
Total	52	100

Source: Enquêtes de terrain.

Le contact entre le personnel du CSIE et les patients crée une relation soignant-soigné. Selon les normes internationales, ces relations doivent être conformes au respect de la confidentialité, c'est-à-dire de leur caractère secret. Le secret est ce qui ne doit pas être divulgué, ce qui doit être caché et tenu caché des autres et du public. Ainsi toute information sur l'état physique, biologique, psychologique et sociologique d'un patient devrait être tenue secrète par le soignant. Dans le contexte spécifique du VIH/SIDA, l'un des grands défis à relever est la lutte contre la stigmatisation, c'est-à-dire la considération négative que la communauté a vis-à-vis de la personne infectée par le virus du SIDA. Les PVVIH, à cause de leur statut de séropositifs, sont généralement affectés psychologiquement et ont besoin de soutien. En se confiant aux structures de PEC, un de leurs soucis c'est de bénéficier des prestations dans la confidentialité. Le respect de cette confidentialité les met en confiance et les motive à adhérer aux prescriptions médicales. En suivant correctement ces prescriptions, la tendance est d'aboutir à une bonne réussite de la PEC. Si cette confidentialité n'est pas respectée, la confiance risque se perdre. Le patient se sentant en insécurité, à cause de la divulgation de ses secrets aura tendance à rompre cette relation soignant-soigné. Par conséquent, la PEC se trouve menacée d'un mauvais suivi dont le résultat tend vers un échec. A cause de ce comportement inadéquat, c'est-à-dire le non-respect de la confidentialité du patient, l'objectif final visé par la PEC des PVVIH risque d'être compromise. Dans le contexte de cette PEC dans les formations sanitaires du District de santé de Djoungolo, il a semblé utile de faire une analyse de ce comportement au sein du personnel du CSIE. Après l'enquête, les résultats obtenus dans le tableau n°13 montrent que la confidentialité est respectée pour 67.3% des répondants. Les 32.7% des enquêtés ont néanmoins une mauvaise appréciation du respect de la confidentialité. Quelques cas isolés de mauvaise pratique et la subjectivité liée à la perception de la confidentialité chez les répondants pourraient expliquer ce résultat. Sous réserve des tests statistiques, ce score est en faveur d'une bonne qualité de la PEC des PVVIH.

Un autre aspect de l'attitude du personnel de la santé, c'est leur comportement quant à la qualité de l'accueil réservé aux patients. Le tableau n°14 ci-dessous donne les résultats de l'analyse de cet indicateur.

Tableau 14: Qualité de l'accueil.

Qualité de l'accueil	Effectifs	Pourcentages(%)
Bonne	7	13,5
Mauvaise	45	86,5
Total	52	100

Source: Enquêtes de terrain.

La qualité de l'accueil réservé aux patients, est la manière de se comporter avec eux et l'organisation sous-jacente qui prépare cet accueil et le séjour dans le service. Les PVVIH sont généralement sujets à un stress important. Ils ont besoin d'une assistance tant physique que psychosociale. Leur relation avec le soignant devrait leur permettre de contribuer à la résolution de ces problèmes, de devenir une relation d'aide. Pour bien entretenir cette relation, la qualité de l'accueil n'est pas à négliger car, si elle n'est pas bonne, cela risque d'engendrer leur insatisfaction et leur fidélité à la PEC est menacée. La mauvaise qualité de l'accueil se manifeste souvent par une mauvaise organisation du service dont l'une des conséquences est la longue file d'attente, une mauvaise réception et un manque d'orientation. Réussir un accueil de bonne qualité, c'est pouvoir faire une bonne organisation permettant de réduire le temps d'attente des patients, accueillir le patient avec sourire après s'être présenté, savoir écouter la personne, répondre à ses attentes, à ses questionnements, à sa peur et orienter au besoin. C'est aussi identifier en peu de temps avec équité un besoin particulier qui peut être un besoin de sécurité ou d'être rassuré. Un bon accueil devrait permettre au patient de passer du stade de stress à une situation de sécurité. Un bon climat de confiance créé par la bonne qualité de l'accueil pourrait motiver le patient à bien suivre sa PEC. Cela fait penser que la qualité de l'accueil pourrait avoir une influence sur la qualité de la PEC. Dans le cadre de cette étude, les résultats de l'analyse de ce facteur montrent à travers le tableau n°14 que la qualité de l'accueil est estimée bonne par 13.5% des répondants. Néanmoins 86.5% des répondants sont contre ce jugement, illustrant une fois de plus les imperfections du personnel impliqué et la subjectivité de l'appréciation des enquêtés. Sauf résultats contraires lors des tests statistiques, ces données sont en faveur d'une bonne qualité de la PEC.

Le respect de la confidentialité entre soignant et soigné et une bonne qualité d'accueil réservée aux patients devrait être un atout pour une bonne qualité de PEC des PVVIH. Ce sont deux facteurs qui sont souvent motivant pour leurs clients. Il apparaît donc important de voir si réellement ceux-ci sont motivés dans l'aire de santé d'Émana précisément dans e CSIE

Tableau 15: Motivation des patients au traitement.

Patient motivé	Effectifs	Pourcentages(%)
Oui	38	73
Non	14	27
Total	52	100

Source: Enquêtes de terrain.

Un des soucis majeurs du soignant dans sa relation avec le patient, c'est de susciter la motivation de celui-ci en vue de son adhésion totale aux conditions de sa PEC. Cette motivation regroupe l'ensemble de toutes les causes conscientes et inconscientes qui déterminent le comportement d'un individu. Pour les patients, ce sont toutes les causes qui peuvent le pousser d'abord à connaître son statut sérologique en faisant le test de dépistage du VIH. C'est le plus souvent à travers un bon counseling pré-test, qui au moment du rendu des résultats, est suivi du counseling post test permettant à l'individu séropositif de mieux gérer ce nouveau statut en lui expliquant les possibilités de PEC. Après cette étape si la PVVIH est convaincue du bien-fondé de cette PEC compte tenu de sa situation et des risques encourus en cas de non adhésion, elle accepte de suivre sans réserve, les prescriptions thérapeutiques. Ce qui pourrait conduire à un succès thérapeutique et une amélioration de son état général qui est l'un des objectifs visés par la PEC. L'analyse de la motivation des patients à suivre leur traitement pourrait permettre de donner une appréciation sur la qualité de la PEC des PVVIH. A l'issue de l'enquête menée dans le cadre du présent travail, le tableau n°15 ci-dessus montre que 73% des répondants ont trouvé que les patients ne sont pas motivés à suivre leur traitement. Et pourtant, 27% d'entre eux trouvent quand même les patients motivés. Si cette tendance se confirme avec les tests statistiques, des dispositions devront être prises pour l'inverser dans les structures de PEC.

L'analyse des indicateurs retenus pour mesurer le comportement du personnel du CSIE à travers leur pratique révèle que le respect de la confidentialité et la qualité de l'accueil sont bons. Malgré ces indices, les patients semblent peu motivés pour le suivi de leur

traitement. Il convient de poursuivre les investigations au sujet de la conduite de ce personnel à travers une étude de leur expérience pratique.

5-1-4- L'Expérience pratique du personnel du CSIE .

Dans l'exercice de leurs tâches, ceux qui interviennent dans la PEC des PVVIH sont appelés à poser des actes ou pratiques qui peuvent être qualifiées de bonnes ou mauvaises selon un contexte. Les pratiques sont bonnes quand elles s'imposent à tous en raison des valeurs qui la sous-tendent. En santé, ces pratiques concernent les activités curatives, préventives et promotionnelles. Plus spécifiquement dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA, il s'agit des activités en matière de prévention de l'infection, de la PEC des PVVIH et de leur suivi.

Tableau 16: Application du counseling pré et post test.

Counselling pré et post test	Effectifs	Pourcentages(%)
Oui	39	75
Non	13	25
Total	52	100

Source: Enquêtes de terrain.

Le counseling est une activité importante dans la PEC des PVVIH car elle permet à travers une communication interpersonnelle et confidentielle entre un prestataire des soins et un patient, de comprendre la situation de ce dernier, d'identifier les solutions possibles, choisir une solution et l'utiliser. Ce counseling peut être fait pour préparer une personne à connaître son statut sérologique à travers un test de dépistage volontaire du VIH. On parle de pré-test. Il peut être réalisé également pour préparer l'annonce du résultat du test de dépistage. Il s'agit alors du post test. C'est après le résultat de ce dépistage qu'une personne séropositive peut entrer dans le circuit de PEC. La connaissance de son statut sérologique dès le début de l'infection permet une prise en charge précoce et de réduire la morbidité et la mortalité liée au VIH/SIDA. En l'absence de counseling, les populations sont susceptibles d'ignorer leur statut sérologique ou encore de mal gérer leur situation de séropositivité en refusant la PEC avec pour conséquence, une évolution de l'infection vers le stade SIDA et la mort. Malheureusement, l'expérience montre que dans la Région, beaucoup de personnes n'ont jamais eu l'occasion ou refusent tout simplement de connaître leur statut sérologique. Il est

donc nécessaire, voire indispensable de proposer ce test à toutes les occasions possibles aux clients en vue de pouvoir prendre en charge le maximum de PVVIH. C'est pourquoi il est important d'étudier la pratique du counseling pré et post test dans le cadre de cette recherche. Les résultats de l'enquête présentés dans le tableau ci-dessus montrent que le personnel du CSIE propose systématiquement le counseling pré et post test pour le dépistage volontaire du VIH à leurs clients pour (75%) contre (25%) des répondants.

Tableau 17: Counseling de mise sous traitement.

counseling de mise sous traitement	Effectifs	Pourcentages(%)
Oui	40	77
Non	12	23
Total	52	100

Source: Enquêtes de terrain.

Pour que les PVVIH puissent bien comprendre leurs situations, les risques encourus en l'absence de traitement, les possibilités de PEC, les effets indésirables possibles des médicaments etc., il est indispensable de les entretenir sur tous ces aspects et de demander leur consentement. C'est au cours de cet entretien dit counseling de mise sous traitement qu'on obtient son consentement pour la mise en route du traitement et l'on ne devrait point soumettre un patient à un protocole sans ce consentement ou de celle de la famille sauf dans certain cas particuliers. Dans le cadre du présent travail, le counseling de mise sous traitement est estimé effectif pour 77%, contre (23%) des enquêtés (voir tableau n°17 ci-dessus).

Tableau 18: Observance du traitement.

Observance	Effectifs	Pourcentages(%)
Oui	26	50
Non	26	50
Total	52	100

Source: Enquêtes de terrain.

L'observance thérapeutique est la capacité d'une personne à prendre un traitement selon une prescription donnée. Pour que le bénéfice du traitement soit optimal, le patient doit prendre ses médicaments aux doses prescrites par les thérapeutes et respecter les intervalles de prise. Une faible observance pourrait engendrer entre autres un échec thérapeutique et le développement de résistances du virus. L'observance est dite bonne quand elle se situe au moins à 80%. Lors de l'enquête 50% des répondants pensent que l'observance au traitement par les patients mis sous ARV n'est pas bonne d'après le tableau n°18 ci-dessus.

Tous les indicateurs retenus pour évaluer l'expérience pratique du personnel du CSIE , après analyse, sont en faveur d'une bonne qualité de la PEC des PVVIH. Ces résultats restent à vérifier non seulement à l'aide des tests statistiques, mais également sur l'évaluation même de la qualité de cette PEC à travers l'analyse du suivi des patients, l'écoute du malade et de l'état général du patient.

5-1-5- Qualité de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH.

Tableau 19: Suivi régulier et écoute du malade.

Suivi régulier du malade	Effectifs	Pourcentages(%)
Oui	10	19
Non	42	81
Total	52	100

Source: Enquêtes de terrain.

Les PVVIH, éligibles au traitement ARV ou non sont censés avoir un suivi clinique et para clinique à un rythme régulier. C'est à l'issue de ces rendez-vous de suivi que le personnel du CSIE est amené à adopter telle ou telle autre attitude thérapeutique pour l'intérêt du patient. Pour le cas d'espèce (tableau n°19 ci-dessus), parmi les répondants, 81% estiment que le suivi des patients n'est pas régulier.

Pour cette raison, on réfère les malades dans les UPEC et CTA institutions agréées et adaptées à la prise en charge des PVVIH ; où mensuellement, trimestriellement et semestriellement, etc., les malades sont suivis.

Tableau 20: Amélioration de l'état général du malade.

Amélioration état général	Effectifs	Pourcentages(%)
Oui	36	69.2
Non	16	30.8
Total	52	100

Source: Enquêtes de terrain.

L'amélioration de l'état général du patient est observée à partir de l'aspect physique de celui-ci. Cette amélioration peut être un élément en faveur du succès thérapeutique et de la qualité de la PEC. Dans le contexte de la présente étude, l'état général des patients est déclaré amélioré pour 82.7% des répondants (voir tableau n°20 ci-dessus).

Après analyse des indicateurs des variables indépendantes des trois hypothèses de recherche ainsi que des indicateurs de la variable dépendante, il est question dans les lignes suivantes de vérifier les hypothèses de recherche après le recentrage de l'influence des paramètres d'identification sur les indicateurs des variables indépendantes et des variables dépendantes.

5-2- VÉRIFICATION DES HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

Cette partie du travail nous permet de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses à l'aide des tests statistiques que nous avons retenus dès le départ à savoir le test de Chi deux et le coefficient de contingence. Ainsi nous soumettrons toutes les hypothèses de recherche à ces tests afin de pouvoir vérifier l'hypothèse générale.

5-2-1 Hypothèse générale (HG)

La conduite du personnel du CSIE influence la qualité de la PEC de personnes vivantes avec le VIH

5.2.1.1. Vérification de l'hypothèse de recherche n°1

HR1 : Le niveau de connaissances du personnel du CSIE influence la qualité de la PEC des PVVIH.

a. Etape 1 : formulation des hypothèses statistiques

- Formulation des hypothèses : Ha (hypothèse alternative) et Ho (hypothèse nulle) .

H_a :Il existe un lien corrélational entre le niveau de connaissances du personnel du CSIE et la qualité de la PEC des PVVIH.

H₀:Il n'existe pas un lien corrélational entre le niveau de connaissances du personnel du CSIE et la qualité de la PEC des PVVIH.

b. Etape 2 : Choix du seuil de signification (α)

Le seuil de signification maximum en science sociale étant de 0,05, nous semble approprié dans le cadre de notre travail de recherche.

c. Etape 3 : calcul du khi deux calculé (χ^2 cal) et détermination du degré de liberté (ddl)

En tenant compte de la formule de calcul du test de khi-deux, nous sommes tenus de faire le croisement entre les tableaux n°4 et n°20.

Tableau 21: Tableau de contingence pour la vérification de l'hypothèse spécifique H₁ : Statut du répondant * amélioration de l'état général du malade

		Amélioration de l'état général du malade		Total
		OUI	NON	
Statut du répondant	Chef de centre	1	0	1
	Infirmiers	6	0	6
	Assistants psychosocial	2	0	2
	Agents relais communautaire	7	10	17
	Patients	20	6	26
Total		36	16	52

Source: Enquêtes de terrain.

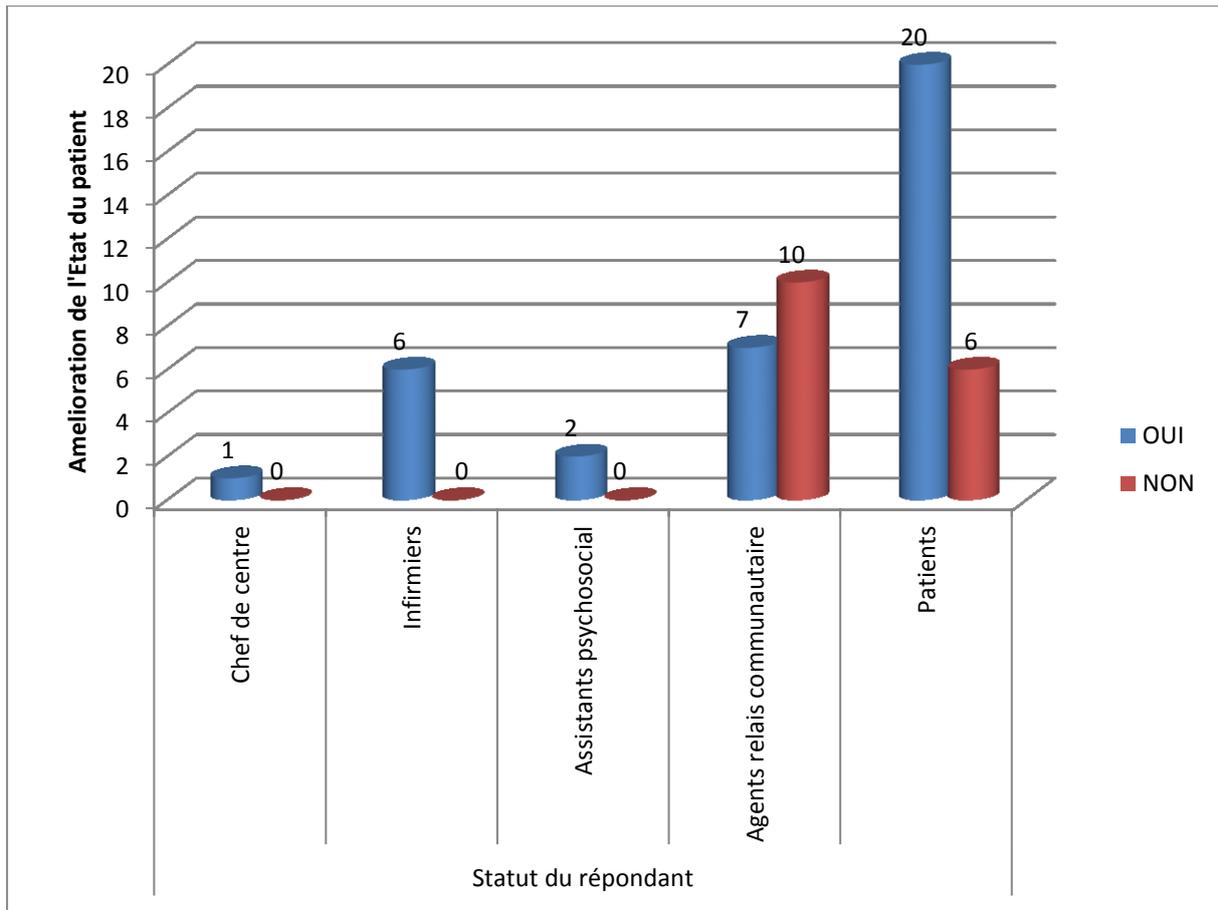


Figure 1 : Statut du répondant et amélioration de l'état général du malade

Selon la formule $\chi^2_{cal} = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$ avec $f_e = \frac{T_c \times T_l}{N}$ on obtient le résultat suivant : $\chi^2_{cal} = 52$

Le degré de liberté s'obtient selon la formule : $(C-1)(r-1)$; soit $ddl = 4$

d. Etape 4 : Détermination de la valeur critique du khi deux

Ayant $\alpha = 0,05$ et $ddl = 4$ par lecture de la table de Siegel en annexe, nous obtenons $\chi^2_{lu} = 9.49$

e. Etape 5 : Enoncé de la règle de décision

Si $\chi^2_{cal} > \chi^2_{lu}$ alors il y a association entre les deux variables, puisque les différences entre les fréquences observées sont trop grandes pour être simplement le fait d'un accident.

Si $\chi^2_{cal} < \chi^2_{lu}$ alors les deux variables sont indépendantes l'une de l'autre.

f. Etape 6 : Décision

Nous avons $\chi^2_{cal} = 10.72$ et $\chi^2_{lu} = 9.49$

Le khi deux calculé est très largement supérieur au khi deux lu. De ce fait, nous rejetons H_0 et validons H_a . Nous pouvons dès lors conclure que : ***Le niveau de connaissances du personnel du CSIE influence la qualité de la PEC des PVVIH.***

g. Etape 7 : Coefficient de contingence

Il nous permet de déterminer la force de la relation entre les variables de l'hypothèse spécifique H_1

Selon la formule $CC = \sqrt{\frac{x^2_{cal}}{x^2_{cal} + N}}$, nous obtenons **$CC = 0.41$**

Selon l'énoncé de la règle, le CC étant compris entre]0,41 ; 1] nous pouvons conclure que l'association entre les variables de cette hypothèse est très forte.

5.2.1.2. Vérification de l'hypothèse de recherche n°2

HR2: L'attitude du personnel du CSIE influence la qualité de la PEC des PVVIH.

a. Etape 1 : formulation des hypothèses statistiques

- Formulation des hypothèses : H_a (hypothèse alternative) et H_0 (hypothèse nulle).

H_a : Il existe un lien corrélationnel entre l'attitude du personnel du CSIE et la qualité de la PEC des PVVIH.

H_0 : Il n'existe pas un lien corrélationnel entre l'attitude du personnel du CSIE et la qualité de la PEC des PVVIH.

b. Etape 2 : Choix du seuil de signification (α)

Le seuil de signification maximum en science sociale étant de 0,05, nous semble approprié dans le cadre de notre travail de recherche.

c. Etape 3 : calcul du khi deux calculé (x^2_{cal}) et détermination du degré de liberté (ddl)

En tenant compte de la formule de calcul du test de khi-deux, nous sommes tenus de faire le croisement entre les tableaux n°9 et n°14 .

Tableau 22: Tableau de contingence pour la vérification de l'hypothèse spécifique H₂ :
Niveau de revenus * qualité de l'accueil.

		Qualité de l'accueil		Total
		Bonne	Mauvaise	
Niveau de revenus	Élevé	1	0	1
	Moyen	1	3	4
	Faible	5	42	47
Total		7	45	52

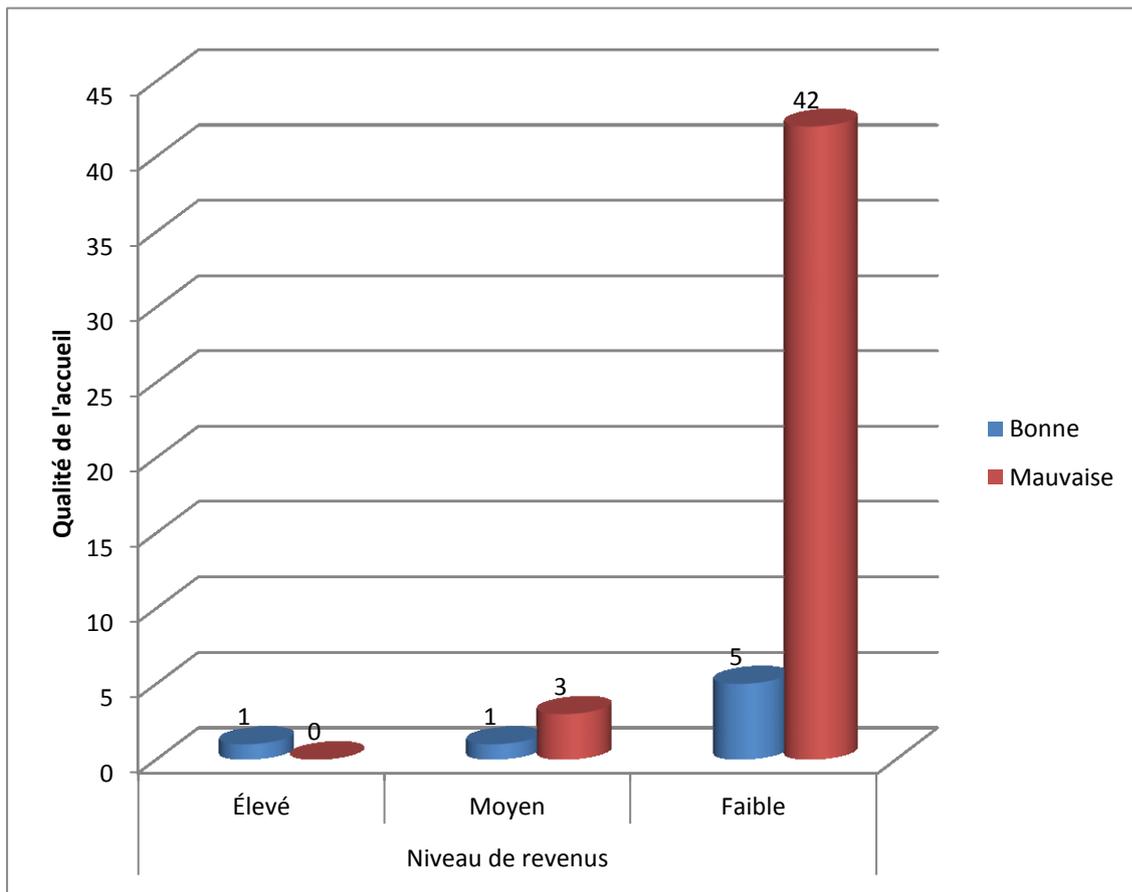


Figure 2 : Niveau de revenus * qualité de l'accueil

Selon la formule $x^2_{cal} = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$ avec $f_e = \frac{T_c \times T_l}{N}$ on obtient le résultat suivant : $x^2_{cal} = 7.20$

Le degré de liberté s'obtient selon la formule : $(C-1)(r-1)$; soit **ddl = 2**

d. Etape 4 : Détermination de la valeur critique du khi deux

Ayant $\alpha = 0,05$ et $ddl = 2$ par lecture de la table de Siegel en annexe, nous obtenons $\chi^2_{lu} = 5,99$

e. Etape 5 : Enoncé de la règle de décision

Si $\chi^2_{cal} > \chi^2_{lu}$ alors il y a association entre les deux variables, puisque les différences entre les fréquences observées sont trop grandes pour être simplement le fait d'un accident.

Si $\chi^2_{cal} < \chi^2_{lu}$ alors les deux variables sont indépendantes l'une de l'autre.

f. Etape 6 : Décision

Nous avons $\chi^2_{cal} = 7.20$ et $\chi^2_{lu} = 5,99$

Le khi deux calculé est largement supérieur au khi deux lu. De ce fait, nous rejetons H_0 et validons H_a . Nous pouvons dès lors conclure que : ***L'attitude du personnel du CSIE influence la qualité de la PEC des PVVIH.***

g. Etape 7 : Coefficient de contingence

Il nous permet de déterminer la force de la relation entre les variables de l'hypothèse spécifique H_2

Selon la formule $CC = \sqrt{\frac{\chi^2_{cal}}{\chi^2_{cal} + N}}$, nous obtenons **CC = 0.34**

Selon l'énoncé de la règle, le CC étant compris entre [0.31 ; 0.40] nous pouvons conclure que l'association entre les variables de cette hypothèse est très forte.

5.1.2. Vérification de l'hypothèse de recherche n°3

HR3: L'Expérience pratique du personnel du CSIE influence la qualité de la PEC des PVVIH.

a. Etape 1 : formulation des hypothèses statistiques

- Formulation des hypothèses : H_a (hypothèse alternative) et H_0 (hypothèse nulle).

H_a : Il existe un lien corrélationnel entre l'expérience pratique du personnel du CSIE et la qualité de la PEC des PVVIH.

H₀: Il n'existe pas un lien corrélationnel entre l'expérience pratique du personnel du CSIE et la qualité de la PEC des PVVIH.

b. Etape 2 : Choix du seuil de signification (α)

Le seuil de signification maximum en science sociale étant de 0,05, nous semble approprié dans le cadre de notre travail de recherche.

c. Etape 3 : calcul du khi deux calculé (χ^2 cal) et détermination du degré de liberté (ddl)

En tenant compte de la formule de calcul du test de khi-deux, nous sommes tenus de faire le croisement entre les tableaux n°5 et n°18.

Tableau 23 : Tableau de contingence pour la vérification de l'hypothèse spécifique H₃ : expérience dans la prise en charge des PVVIH * Observance au traitement.

		OBSERVANCE AU TRAITEMENT		Total
		OUI	NON	
EXPERIENCE DANS LA PRISE EN CHARGE DES PVVIH	MOINS DE 3 ANS	1	1	2
	DE 3 à 6 ANS	6	18	24
	DE 7-10 ANS et plus	19	7	26
Total		26	26	52

Source: Enquêtes de terrain.

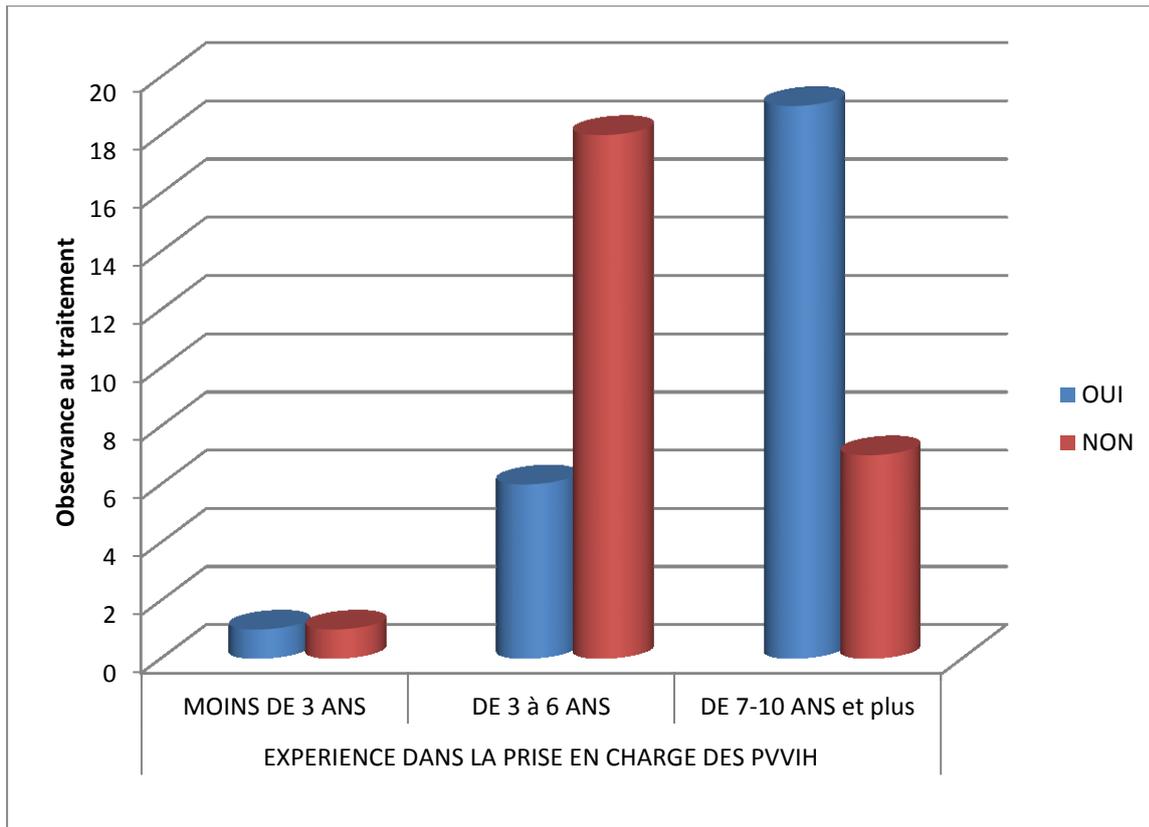


Figure 3 : expérience dans la prise en charge des PVIH * Observance au traitement

Selon la formule $\chi^2_{cal} = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$ avec $f_e = \frac{T_c \times T_l}{N}$ on obtient le résultat

suivant : $\chi^2_{cal} = 9.75$

Le degré de liberté s'obtient selon la formule : $(C-1) (r-1)$; soit **ddl = 2**

d. Etape 4 : Détermination de la valeur critique du khi deux

Ayant $\alpha = 0,05$ et $ddl = 2$ par lecture de la table de Siegel en annexe, nous obtenons $\chi^2_{lu} = 5,99$

e. Etape 5 : Enoncé de la règle de décision

Si $\chi^2_{cal} > \chi^2_{lu}$ alors il y a association entre les deux variables, puisque les différences entre les fréquences observées sont trop grandes pour être simplement le fait d'un accident.

Si $\chi^2_{cal} < \chi^2_{lu}$ alors les deux variables sont indépendantes l'une de l'autre.

f. Etape 6 : Décision

Nous avons $\chi^2_{cal} = 9.75$ et $\chi^2_{lu} = 5,99$

Le khi deux calculé est largement supérieur au khi deux lu. De ce fait, nous rejetons H_0 et validons H_a . Nous pouvons dès lors conclure que : **L'Expérience pratique du**

personnel du CSIE influence la qualité de la PEC des PVVIH.

g. Etape 7 : Coefficient de contingence

Il nous permet de déterminer la force de la relation entre les variables de l’hypothèse de recherche H_3

Selon la formule $CC = \sqrt{\frac{x^2_{cal}}{x^2_{cal} + N}}$, nous obtenons **CC = 0.43**

Selon l’énoncé de la règle, le *CC* étant compris entre]0,41 ; 1] nous pouvons conclure que l’association entre les variables de cette hypothèse est très forte.

5.3. VÉRIFICATION DE L’HYPOTHÈSE GÉNÉRALE

Notre hypothèse générale est : La conduite du personnel du CSIE influence la qualité de la PEC de personnes vivantes avec le VIH.

Tableau 24: Tableau récapitulatif pour la vérification de l’hypothèse générale

<i>Hypothèse</i>	α	<i>ddl</i>	x^2_{cal}	x^2_{lu}	<i>CC</i>	<i>Décision</i>	<i>conclusion</i>
<i>HR₁</i>	0.05	4	10.72	9.49	0.41	<i>H₀ rejetée</i> <i>H_a accepté</i>	<i>HS₁ confirmée</i>
<i>HR₂</i>	0.05	2	7.20	5.99	0.34	<i>H₀ rejetée</i> <i>H_a accepté</i>	<i>HS₂ confirmée</i>
<i>HR₃</i>	0.05	2	9.75	5.99	0.34	<i>H₀ rejetée</i> <i>H_a accepté</i>	<i>HS₃ confirmée</i>

Source : enquête de terrain

Au regard de ce qui précède, l’on observe que les hypothèses émises au début de notre travail ont été toutes confirmées. Par conséquent l’hypothèse générale est acceptée. L’on constate aussi que le lien est très significatif de par les différences observées entre les valeurs calculées et celles lues.

CHAPITRE 6 : INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS

L'interprétation des résultats d'après Actouf (1987) consiste à : faire parler les données et les coefficients tirés de leurs traitements,... mettre du sens dans les chiffres, donner des significations concrètes, opérationnelles en rapport avec l'objet de la recherche. Mais ce qu'il convient d'éviter, c'est d'inclure ses préjugés ou ses simples croyances en rapport avec le bon sens ». C'est pour cette raison qu'il est toujours important de se rappeler du contexte de l'étude, des théories convoquées pour soutenir les arguments développés dans le travail.

Les résultats obtenus au terme de cette étude ont été présentés sous forme de tableaux et graphiques portants sur les paramètres d'identification des répondants, le niveau de connaissance, l'attitude et l'expérience pratique observée.

6-1- LES PARAMÈTRES D'IDENTIFICATION.

L'échantillon de cette étude était composé de (01) chef de centre, (06) infirmiers, (02) assistants psychosociaux, (17) Agents relais communautaires et (26) PVVIH. Le statut du répondant pouvait avoir une influence sur la réponse de l'enquête car patients et soignants peuvent ne pas avoir la même perception de la qualité de la PEC. Il en est de même de leur niveau de revenu. La plupart d'entre eux avait un niveau de revenu faible à moyen.

6-2- NIVEAU DE CONNAISSANCES DU PERSONNEL DU CSIE.

Le niveau de connaissance du personnel du CSIE a été évalué à travers leur formation, la participation aux séminaires de renforcement des capacités et la possession de la documentation sur la PEC des PVVIH.

Ainsi, la plupart du personnel sanitaire médical enquêté n'a reçu aucune formation liée à la PEC des PVVIH. Presque tous les assistants psychosociaux et les relais communautaires ont suivi une formation en PEC des PVVIH. L'absence de formation auprès du personnel médical peut constituer un obstacle à une bonne qualité de la PEC des PVVIH, mais une autre possibilité de mise à niveau de ce personnel c'est la participation aux séminaires de renforcement des capacités.

Tout le personnel médical enquêté déclare avoir assisté à au moins un séminaire de renforcement des capacités alors que leurs collaborateurs n'y participent presque jamais. La plupart des personnes rencontrées reconnaissent la disponibilité de la documentation sur la PEC des PVVIH.

Ces résultats vont en droite ligne de ceux obtenus lors de l'analyse situationnelle des soins et PEC du VIH/SIDA et des infections sexuellement transmissibles réalisée au Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire et Togo en avril 2001 par Claude Kamenga et all. En effet il ressort de cette analyse que les prestataires ayant reçu une formation dans l'utilisation correcte des antirétroviraux sont très peu nombreux dans tous ces pays où le contexte socioéconomique limiterait la qualité de la PEC des PVVIH. Mais ce travail avait été réalisé à un moment où la décentralisation de la PEC n'était qu'à son début. Cette faiblesse dans la formation doublée d'un déficit quantitatif en personnel a été relevé encore lors de l'évaluation du programme camerounais d'accès aux traitements du VIH/SIDA publié en 2009 [Regard santé n°22; 2009]. Aujourd'hui, plus de dix ans après son démarrage, la PEC décentralisée des PVVIH connaît encore des difficultés du personnel. Il est vrai, le contexte socioéconomique semble n'avoir pas connu de grand changement, nous pensons que cette situation soulève les problèmes de volonté politique communs dans plusieurs pays d'Afrique; de responsabilité des pouvoirs publics et de la transparence dans la gestion des ressources destinées à la mise en œuvre des activités.

6-3- ATTITUDE DU PERSONNEL DU CSIE.

Pour étudier le comportement des membres des comités thérapeutiques, le présent travail s'est basé sur le respect de la confidentialité, la qualité de l'accueil et la motivation des patients à suivre leur traitement.

Il ressort de cette analyse que dans l'ensemble, la confidentialité est respectée. Tous les assistants psychosociaux et les infirmiers trouvent que la confidentialité est respectée systématiquement. Cependant, le chef de centre trouve que ce respect n'est pas systématique soit 67.3% des répondants contre 32.7%. Cela constitue un problème non négligeable, car ce sont les patients qui se sentent plus préoccupés par la stigmatisation. Ils ne se sentent pas assez en sécurité. Et d'ailleurs, ils pensent que les UPEC et CTA qui sont pour la plupart isolées des autres services des formations sanitaires constituent un facteur stigmatisant. En ce qui est de la qualité de l'accueil, 13.5% répondants déclarent qu'elle est bonne contre 86.5%

qui déclarent qu'elle n'est pas bonne. La plupart des patients mettent en cause les ruptures fréquentes en médicaments et réactifs pour les bilans biologiques, les longues files d'attente devant les structures de PEC, l'indisponibilité et le comportement malveillant tendant vers une attitude discriminatoire défavorisant les patients moins nantis économiquement, de certains membres de l'équipe du personnel. Nous constatons que 73% des répondants attestent certains patients sont motivés au traitement contre 27%. Pour des raisons de non-respect systématique de la confidentialité d'une qualité d'accueil pas tout à fait satisfaisante etc. Cette faible motivation a d'ailleurs été soulignée par quelques membres de l'équipe soignante. Cette étude soulève ainsi, le problème d'organisation de la PEC, la disponibilité du personnel, leur motivation et leur comportement.

Des résultats similaires ont été observés lors de l'étude menée par Dr ZONGO en 2004 sur la PEC psychosociale des PVVIH/SIDA dans trois centres sociaux de Porto-Novo au Bénin. Dans son étude, il relève que la satisfaction des patients dans les structures de PEC évaluées était estimée à 67% et assez bonne par rapport au respect de la confidentialité et à la qualité de l'accueil. Ces résultats ne sont pas très différents de ceux obtenus dans la présente étude. Cette similitude pourrait s'expliquer par la ressemblance des deux zones d'études qui se trouvent être en Afrique au sud du Sahara avec les mêmes peuples, vivants dans les mêmes conditions socioéconomiques et aux cultures, croyances et pratiques parfois communes.

6-4- L'EXPÉRIENCE PRATIQUE DU PERSONNEL DU CSIE.

En ce qui concerne l'expérience Pratique des membres du comité de santé de district. les aspects relatifs aux counselings pré et post test, le counseling de mise sous traitement ainsi que l'observance du traitement ont été analysés.

Concernant le counseling pré et post test, il est jugé systématique par 75% des répondants. Contre 25% estiment qu'elle n'est pas systématique. Ce point de vue est partagé par quelques membres de l'équipe soignante. Certains patients déclarent que le test de dépistage du VIH est parfois pratiqué à leur insu. Ce n'est qu'au moment du rendu du résultat qu'ils sont informés de leur statut sérologique. Et parfois, ce sont plutôt les membres de la famille qui les informent de leur séropositivité. Cela provoque un choc psychologique important. Ils se sentent déséquilibrés car n'ayant pas été préparé à gérer cette nouvelle vie avec une maladie aussi stigmatisante, chronique et aux conséquences souvent fatales. La tendance du jugement porté sur le counseling de mise sous traitement est idem car il n'est pas

systematique, voire insuffisant. Ainsi, certains patients ne sont pas informés des doses de médicaments à prendre, le rythme de prise de ces médicaments, leurs effets indésirables potentiels, la fréquence des visites de suivi clinique et biologiques. Ce manque d'information ne leur permet pas de suivre avec rigueur les prescriptions médicales. Comme conséquence, le risque de non observance est élevé. Les résultats de la présente étude sont en faveur de cette mauvaise observance du traitement. En effet 59% des répondants, soignants comme soignés disent que les patients ne sont pas observant au traitement. Cette faiblesse dans l'observance serait une conséquence de plusieurs facteurs dont certains ont été mentionnés précédemment à savoir le non-respect systématique des counseling et de la confidentialité et la qualité de l'accueil pas toujours satisfaisante ... Tous ces facteurs contribueraient à démotiver les patients. Mais la rupture fréquente en médicaments et réactifs pour le bilan biologique est indexée comme la principale cause de la non observance. Tout en reconnaissant le frein que pose la rupture en médicaments dans la PEC des PVVIH, le personnel soignant évoque beaucoup plus la faiblesse du suivi des patients au niveau communautaire en vue de s'enquérir de leurs problèmes, faire des soins à domicile et relancer les perdus de vue. Les relais communautaires à qui incombe cette tâche disent avoir des difficultés logistiques pour assurer ce suivi au niveau communautaire. La collaboration entre ces relais communautaires et le personnel de santé n'est pas toujours bonne et ils se plaignent du manque de motivation financière depuis près d'un semestre.

Les résultats en termes d'expérience pratique du personnel du CSIE, malgré les lacunes relevées ci-dessus, paraissent acceptables. Ce même constat a été fait lors de l'évaluation du programme camerounais d'accès au traitement du VIH/SIDA en 2009. En effet selon cette évaluation, l'observance au traitement est meilleure dans les hôpitaux de District et Régionaux. Mais elle souligne que l'absence de soutien des patients par des assistants psychosociaux augmente le risque d'interruption de traitement. La survenue de ruptures de stock de médicaments et la délivrance des ARV à un guichet spécifique exposent les individus au regard de tous, augmente le risque d'interruption de traitement et de mauvaise observance. Malgré la gratuité des ARV et la réduction considérable des coûts des bilans biologiques, la charge financière à supporter par les patients n'est pas aisée pour tous.

Ces deux études menées dans le contexte camerounais avec des résultats similaires mettent en exergue les problèmes d'observance de traitement, de suivi des patients en milieu communautaire, la gestion des médicaments et réactifs et la charge financière à supporter par les patients pour le suivi biologique.

Fort de tout ce qui précède, le niveau de connaissances, l'attitude et l'expérience pratique du personnel du CSIE semblent acceptables pour une bonne prise en charge des PVVIH dans l'aire de santé en dépit d'un certain nombre d'obstacles qui méritent d'être corrigés. Mais les résultats de cette enquête méritent une analyse des risques potentiels d'erreurs à travers une analyse épistémologique.

6-5- ANALYSE ÉPISTÉMOLOGIQUE DE L'ÉTUDE

Cette étape du travail consiste à ressortir ses limites. La démarche épistémologique sera fondée sur les éléments tels que les outils de traitement des données, les indicateurs de mesure de performance, les facteurs socioculturels de la population étudiée, les réalités de la zone d'étude et la période du travail.

D'une part, les résultats pouvaient être différents de ce que l'étude a obtenus car ils sont basés sur les points de vue des répondants. Or ces points de vue sont souvent l'objet de subjectivité à cause des humeurs des individus. Par ailleurs les indicateurs utilisés pour l'appréciation des variables pourraient ne pas être les meilleurs. En choisissant d'autres indicateurs, les résultats pourraient être différents. En ce qui concerne les outils statistiques choisis, il faut reconnaître qu'ils ne sont pas les meilleurs au monde. Leur influence sur la qualité des résultats est possible. Quant à la démarche méthodologique, elle est inductivo-hypothético-déductive. Serait-elle la plus adaptée à cette étude? Une autre démarche pourrait infirmer ces résultats. Un autre élément à ne pas négliger dans le cadre de cette étude, c'est la possibilité d'influence du chercheur sur la qualité des données. En effet, la collecte des données a été faite par une personne neutre, n'ayant pas eu de rapport antérieur avec les structures de PEC des PVVIH de l'aire de santé d'Emana à savoir le CSIE. Mais pour des besoins d'accessibilité à cette structure, il a été indispensable de tenir leurs responsables informés du déroulement de cette étude menée par le chef de centre. Cette information pourrait avoir une influence sur la qualité des réponses des personnes enquêtées.

D'autre part, les résultats obtenus pourraient être susceptibles de variation dans l'espace et dans le temps. En effet cette étude s'est déroulée à un moment où des difficultés surtout d'ordre financier auraient engendré une limitation dans la mise en œuvre de la PEC des PVVIH. Cette même étude réalisée à l'époque où ces difficultés seraient amoindries pourrait donner des résultats d'autre nature. De même si elle avait été menée sous d'autres

cieux, avec par exemple une garantie permanente des médicaments et réactifs ou dans un contexte socioéconomique différent, les résultats pourraient ne pas être pareils.

Malgré ces limites, pour l'instant, les résultats de ce travail de recherche sont susceptibles d'être transposés à d'autres CSI, localités notamment dans le reste du pays. Cela est possible d'autant plus que les structures mises en place pour la PEC des PVVIH sont une émanation de la politique nationale en matière de lutte contre le VIH. Le plan stratégique national de lutte contre le VIH 2011-2015 recommande dans son axe stratégique n°2, le renforcement de l'accès aux soins et au traitement. Le résultat attendu à travers cette recommandation c'est d'obtenir une qualité de vie des PVVIH améliorée grâce à un meilleur accès à une PEC globale de qualité dans toutes les structures de santé agréées et au niveau communautaire.

Enfin, en ce qui concerne les ruptures fréquentes, en médicament et autres intrants, le circuit de livraison et de dispensation des produits obéit aux mêmes règles établies par le comité national de lutte contre le VIH.

CONCLUSION GENERALE

Rendu au terme de notre étude dont le Thème est « Intervention et prévention du VIH/Sida au Cameroun à l'horizon 2020 » de ce Thème découle le sujet de recherche : Système de santé Périphérique et qualité de prise en charge des PVVIH : Etude menée auprès des personnes vivant avec le VIH du centre de sante Intégré d'émana Yaoundé. Il est convenable de rappeler le problème qui nous a poussé a réaliser cette étude. Nous sommes en effet partis du constat selon lequel, L'infection à VIH/sida est une pathologie chronique médicalement complexe, ayant en outre de nombreuses répercussions psychologiques et socio-économiques sur l'individu et sa famille. C'est pourquoi la prise en charge des personnes vivant avec le VIH doit être globale, c'est-à-dire non seulement soigner, mais aussi accompagner la personne pour l'aider à gérer sa maladie, son traitement et ses conséquences. Elle doit également se faire dans le cadre d'un continuum de soins permettant de s'occuper de la personne aussi bien en milieu de soins qu'en dehors. Il se dégage alors de ce travail Le problème de l'impact du VIH/Sida sur le développement socio-économique du Cameroun en générale et dans le district de santé de Djoungolo en particulier. La pandémie du VIH/SIDA continue à faire des ravages dans nos communautés malgré d'importantes mesures prises tant au niveau international que national.

A l'heure actuelle, la séroprévalence du VIH dans la tranche d'âge de 15 à 49 ans se situe à 4, 3% au Cameroun. Parmi les mesures prises en riposte à cette pandémie, figure la décentralisation de la PEC des PVVIH. Cette décentralisation a permis la création des structures de PEC au niveau des hôpitaux de district et régionaux. Les médicaments y sont dispensés gratuitement et les coûts des examens biologiques relativement bas et pour les sujet de 0 à 19ans le dépistage au VIH est gratuit. Ces mesures prises visent à faciliter l'accès aux soins et au traitement. Mais la mise en œuvre de la décentralisation de la PEC est confrontée aujourd'hui à une faible rétention des patients sous traitement dans l'aire de santé d'Emana. Cette situation est susceptible d'être à l'origine des échecs thérapeutiques et de développement de souches virales résistantes aux molécules usuelles. Il semble donc urgent et indispensable de trouver une solution rapide et durable à ce problème. La présente étude se propose de faire une analyse de la qualité de la PEC des PVVIH. Son objectif général était de mesurer l'influence de la conduite du personnel du CSIE sur la qualité de cette PEC des PVVIH. De façon spécifique, il s'agissait de

- Mesurer le degré d'influence du niveau de connaissances du personnel du CSIE sur la qualité de la PEC des PVVIH ;
- Mesurer le degré d'influence de l'attitude du personnel du CSIE sur la qualité de la PEC des PVVIH ;
- Mesurer le degré d'influence de l'expérience pratique du personnel du CSIE sur la qualité de la PEC des PVVIH.

Après une enquête effectuée sur le terrain, les données collectées ont été traitées avec le logiciel SPSS version 17.0 et la méthode du khi deux définie comme moyen d'analyse permettant d'établir l'association ou l'indépendance entre les variables de l'étude.

En somme, La conduite du personnel du CSIE influence la qualité de la PEC de personnes vivant avec le VIH. l'analyse quantitative et qualitative des résultats obtenus révèle dans l'ensemble que, la qualité de la PEC est bonne au CSIE, mais il y a lieu de relever quelques obstacles. En effet dans le domaine de la formation du personnel, certains membres de l'équipe de PEC n'ont pas reçu de formation adéquate, surtout les prescripteurs d'ARV dont leur mise à niveau se limite à la participation aux séminaires de formation et la lecture de la documentation. Le personnel paramédical participe très rarement à ces séminaires. En ce qui concerne le comportement de ce personnel à l'égard des patients, le respect de la confidentialité n'est pas systématique et la qualité de l'accueil n'est pas toujours bonne. Les patients se plaignent de leur attitude discriminatoire parfois, favorisant plutôt les personnes les mieux nanties. Ce comportement est souvent à l'origine de la démotivation des patients à faire leur suivi régulier. Quant aux pratiques observées chez ce personnel, il y a lieu de signaler que le counseling n'est pas également systématique, que ce soit avant le test, lors du rendu des résultats ou avant la mise sous traitement. Par conséquent, les patients n'arrivent pas à bien suivre le traitement et deviennent peu observant. Cette faible observance serait également liée à la rupture fréquente en ARV.

Par ailleurs, le personnel soignant signale des comportements compromettants de la part des patients. En effet, ceux-ci, par simple négligence interrompent souvent leur traitement surtout quand ils sentent une amélioration de leur état de santé. Il convient aussi de relever que le manque de moyen financier pouvant leur permettre d'accéder aux structures de PEC, de pouvoir se nourrir convenablement et de supporter les coûts des examens para cliniques constituerait un obstacle non négligeable à cette PEC.

Cependant, les lacunes observées au niveau des membres du personnel, qui sont formés et recrutés pour la circonstance, pourraient s'expliquer par la surcharge de travail à cause d'un effectif réduit, le manque de motivation à cause des conditions de travail difficiles et sans rémunération particulière et une insuffisance de recyclage. Les relais communautaires justifient l'insuffisance de la PEC communautaire par le manque de moyens logistique et l'absence de motivation financière.

Pour remédier à cette situation, nous formulons les recommandations à l'endroit des principaux acteurs:

- Au niveau national: le déficit en personnel formé en quantité nécessite un renforcement de leurs effectifs et une planification de leur formation. La tenue régulière des séminaires de renforcement des capacités est aussi importante. La permanence des médicaments pour la PEC des PVVIH et des réactifs pour le bilan biologique est une nécessité. Des motivations financières aux relais communautaires pourraient permettre d'améliorer leur prestation. La mise en place d'un système d'assistance sociale aux patients démunis pourrait améliorer de façon significative la qualité de la PEC.
- A la Délégation Régionale de la Santé, nous recommandons d'impliquer tous les intervenants lors des séminaires de renforcement des capacités de personnel dans les CSI, d'assurer la supervision régulière des UPEC et CTA de l'aire de santé et d'instaurer un système de motivation du personnel.
- Les structures de PEC devraient évaluer les besoins en formation et désigner les personnes à former ou recycler en fonction de la nécessité. Un suivi régulier des activités de PEC des PVVIH est une nécessité absolue. La discipline devrait être renforcée dans le sens du respect de la confidentialité et de l'amélioration de la qualité de l'accueil. Les relais communautaires travailleraient mieux avec une amélioration de la collaboration et un suivi régulier de leurs activités. L'instauration d'un système de motivation du personnel pourrait contribuer également à l'amélioration de la qualité de la PEC. Tout ceci dans l'optique de créer un synergie totale de tous les maillons du système de santé au Cameroun pour la promotion d'une bonne qualité de vie des PVVIH.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

I-OUVRAGES GENERAUX ET SPECIFIQUES

- **AKTOUF O. 1987.** Méthodologie des sciences sociales et approches qualitatives des organisations: une introduction à la démarche classique et une critique. Les presses universitaires du Québec, Montréal 213p
- **ANONYME. 2010** Plan stratégique national de lutte contre le VIH, SIDA et les IST 2011-2015, CNLS-Yaoundé, République du Cameroun.
- **ANONYME. 2010.** Directives nationales de prise en charge par les antirétroviraux des personnes [Adultes et Adolescents], infectées par le VIH. OMS, C2D, Ministère de la santé publique-Cameroun. 41p.
- **ANONYME. Sd,** Stratégie de développement du secteur rural (SDSR), République du Cameroun 120p
- **ANZIEU, D. et MARTIN J.Y. (1968).** La dynamique des groupes restreints, Paris, PUF.
- **BAILLY F., LENE A., TOUTIN M-H. 2008.** L'expérience professionnelle: définitions et enjeux (à ne pas citer)
- **BION, W.R. (1965).** Recherche sur les petits groupes, Paris, PUF.
- **BULLETTIN D'INFORMATION EN PROMOTION DE LA SANTE** sd Définition des théories en promotion de la santé 28p consulté le 18 JUILLET 2012 à 15h37
- **CAMPENHOUDT, L.V. et QUIVY, R. (1995).** « Manuel de recherche en sciences sociales », Dunod.
- **CARL R. 1942.** La relation d'aide et la psychothérapie, traduit en français par J.P. Zigliara. Les éditions ESF, 7^{ème} éd. 235p.
- **CARRON et HAUSENBLAS, H.A. (1998).** Group dynamics in sport (2nd edition), Morgantown, MV: fitness information technology.
- **CENTRE D'ETUDE STATISTIQUE.2002.** Table du khi deux. Université Louis Pasteur Strasbourg 3p.

- **CHAPUIS, R.** (2002). La psychologie des relations humaines, coll. Que sais-je ?, PUF.
- **DURKHEIM, E.** (1895). Les règles de la méthode sociologique, Paris, Alcan.
- **CNLS Rwanda. 2006.** Communication pour le changement de comportement en matière de VIH et SIDA. Module de formation des formateurs.74 p.
- **DEBRAY Q. & NOLLET D. 1997.** Les personnalités pathologiques, approche cognitive et thérapeutique. Médecine et psychothérapie. Paris Masson. 173p.
- **DENJEAN M. 2006.** La motivation. Ed Les documents. CEDIP.
- **DORAIS L. 2009.** Proposition d'une démarche d'évaluation des attitudes dans un stage clinique en soins infirmiers au collégial. Essai présenté à la faculté d'éducation en vue de l'obtention du grade de Maître en éducation (M. ED.). Université de Sherbrooke. 145 p.
- **DUIZABO S., GUILLAME N. 1997.** Les problématiques de gestions des connaissances dans les entreprises. Cahiers n°252. DMSP. Université Paris Dauphine, France. 35p.
- **EDS-MICS. 2012** Rapport préliminaire sur la prévalence du VIH. Institut National de la Statistique (INS) et MEASURE.DSH-ICF Cameroun International
- **FESTINGER L** (1954). "A theory of social comparison process", ed. Humain relations.
- **FISCHER, G.N.** (1996).Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale, Paris, Dunod, 2eme édition.
- **FORTIN, M.F.** (1996). Le processus de la recherche : de la conception à la réalisation, Mont royal, édition Decarie
- **GENTILINI M. 1995.** Médecine tropicale. Médecine-Sciences. Ed Flammarion. 927p.
- **GHIGLIONE R. & MATALON B. 1978.**Les enquêtes sociologiques: Théories et pratique. Ed Armand Colin. 300p.
- **GHILIONE, R. et MATALON** (1998). Les enquêtes sociologiques : théorie et pratique. Paris, Armand colin.

- **HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE. 2009.** Rapport sur la prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique. 70p.
- **KAMENGA C., SAWADOGO Y., ZOUZOUA C., SECK K.2001.** Analyse situationnelle des soins et prise en charge du VIH-SIDA et des infections sexuellement transmissibles: Burkina-Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Togo. Projet SFPS, Family Health International. 128p.
- **MUCCHIELLI, R. (1980).** Le travail en groupe, édition ESF.
- **NUTTIN (1991).** De la motivation à la formation, Paris, édition l'harmattan.
- **ROCHER, G. (1968-1969).** Introduction à la sociologie générale, Montréal (Québec), Edition H.M.H.
- **TARDIF, J. (1998).** Le transfert des apprentissages, Montréal : les éditions logique.

II-THESES ET MEMOIRES

- **LA REDACTION D'UN MÉMOIRE (2004).** Guide pratique pour l'étudiant. <http://www-ssp.unil.ch/pdf/memoires.pdf>
- **MGBWA V., (2009).** « La perte d'objet et l'état dépressif de la femme en situation d'Akus en pays Beti », Thèse de Doctorat/PhD, Université de Yaoundé I.
- **SIMO B. (2015).** « Facteurs socioculturels et difficultés d'apprentissage de la lecture à l'école primaire » Mémoire Master II, Université de Yaoundé I.
- **SOULOUCK E.W. (2015).** « Analyse des mécanismes d'insertion socio-économique des enfants de la rue : étude menée à l'institut camerounaise de l'enfance de Bétamba dans la région du Centre », mémoire CPJA, INJS-Yaoundé.
- **YASSINE, K. (2009).** « Etude de la nature de la relation entre la cohésion et la performance dans un milieu footballistique », mémoire online, ISSEP, Tunisie.

III-ARTICLES ET REVUES

- Agence de la santé publique du Canada. Actualités en épidémiologie du VIH/sida - Juillet 2010. Chapitre 2 : Cas non diagnostiqués d'infection VIH au Canada. Ottawa :

Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada; 2010.

- Agence de la santé publique du Canada. Test de dépistage du VIH et la consultation : politiques en transition? Rapport de recherche rédigé pour le Dialogue international sur la santé publique concernant les tests de dépistage du VIH et la consultation. 2007.
- **BERTRAND BLANCHARD** (2009). « Appartenir à un club : les identité sportives dans la France du premier 20eme siècle », Cahier d'histoire. Revue d'histoire critique. (Consulté le 07/05/2016)
- **COHEN A.** (1999). Relationship among five form of commitment: AN empirical Assessment in journal of organizational behavior, n°20 (115-121).
- Directives nationales de prise en charge par les ARV des personnes infectées par le VIH (2010)
- Guide de formation de prise en charge des adultes et adolescents vivant avec le VIH/Sida (2008)
- Guide de supervision (2010)
- **NKELSOK, K., V.** (2015). Psychosociologie des organisations. Support de cours Master I et II. Département d'éducation spécialisée, Université de Yaoundé I.
- **RICHER S et VALLERAND R.J.** (1995). Construction et validation de l'échelle du sentiment d'appartenance sociale en milieu de travail, congrès de la SQRP, Ottawa.

IV-TEXTE OFFICIEL

- LOI N°2011/O18 DU 15 JUILLET 2011 relative à l'organisation et à la promotion des activités physiques et sportive.

V-MAGAZINE

Jeunesse parlons-en, décembre 2016

VI- DICTIONNAIRES

- Dictionnaire Larousse, 2000 ;
- Microsoft Encarta 2009-collectio DVD ;
- Univessalis 2012
- Encarta,2009

VII-WEBOGRAPHIE

- [https://www.puf.com/collection/que-sais-je ?](https://www.puf.com/collection/que-sais-je/) Consulté le 03 février 2016
- [https://www.cairn.info/la psychologie des relations humaines.](https://www.cairn.info/la-psychologie-des-relations-humaines) Consulté le 10 février 2017
- [Classique1.uquac.ca/classique/ Freud-Sigmund/malaise civilisation/](http://classique1.uquac.ca/classique/Freud-Sigmund/malaise-civilisation/) consulté le 25 février 2017.
- [www.psychologie- sociale.org.](http://www.psychologie-sociale.org)
- [Www lasalle.org/wp-content/uploads/pdf mel/cahier mel.](http://www.lasalle.org/wp-content/uploads/pdf-mel/cahier-mel) Consulté le 04 Avril 2016.

ANNEXES

Annexe N° 1 : Autorisation de recherche

UNIVERSITE DE YAOUNDE I
The University of Yaounde I

FACULTE DES SCIENCES DE L'EDUCATION
Faculty of Education

DEPARTEMENT DE L'EDUCATION SPECIALISEE
Department of Specialized Education

Tél. (237) 99.52.40.40

isisplaton@yahoo.fr



REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Republic of Cameroon

Paix - Travail - Patrie

Peace - Work - Fatherland

N° 12512412116 / UYI / FSE / EDS / CD

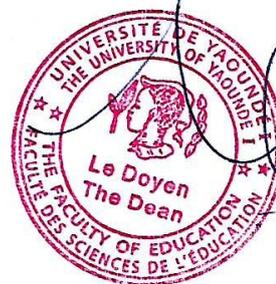
Yaoundé le 03 OCT 2016

LE DOYEN
The Dean

AUTORISATION DE RECHERCHE

Je soussigné, **Barnabé MBALA ZE**, Doyen de la Faculté des Sciences de l'Éducation (FSE) autorise l'étudiant(e), **EBANGA FRANCOIS** Matricule **14J3021** inscrit(e) en Master II dans le Département de *l'Education Spécialisée, Filière Intervention, Orientation et Education Extrascolaire, Spécialité Intervention et Action Communautaire*, à mener une recherche sur le sujet intitulé : « **Programme de prévention du VIH/SIDA et changement de comportement** »

En foi de quoi la présente autorisation lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit./-



Barnabé MBALA ZE
Professeur

Annexe N° 3 : Questionnaire

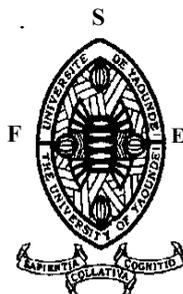
RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix-Travail- Patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

CENTRE DE RECHERCHE ET DE FORMATION
DOCTORALE (CRFD) EN « SCIENCES HUMAINES,
SOCIALES ET EDUCATIVES »

UNITE DE RECHERCHE ET DE FORMATION
DOCTORALE EN SCIENCES DE L'EDUCATION ET
INGENIERIE EDUCATIVE



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace- Work-Fatherland

UNIVERSITY OF YAOUNDE I

DOCTORAL RESEARCH AND TRAINING CENTRE
(CRFD) IN "SOCIAL AND EDUCATIONAL
SCIENCES"

DOCTORAL RESEARCH AND TRAINING SCHOOL
IN EDUCATION AND EDUCATIONAL
ENGINEERING

QUESTIONNAIRE DE RECHERCHE

Dans le cadre de la rédaction du mémoire de master II à la faculté des sciences de l'éducation de l'université de Yaoundé I nous menons une étude sur le Thème « *Intervention et Prévention du VIH/Sida au Cameroun à l'horizon 2020* » de ce Thème découle le sujet : **Systeme de santé Périphérique et qualité de prise en charge des PVVIH : Etude menée auprès des personnes vivant avec le VIH du centre de sante Intégré d'émana Yaoundé.**

Le questionnaire auquel nous vous prions d'apporter quelques éléments de réponse est anonyme. Il s'inscrit dans le cadre d'une recherche essentiellement académique. Il n'est pas une épreuve d'examen par conséquent il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse. Ce qui nous intéresse, c'est la réponse que vous apportez personnellement à chaque question. Il s'agit de cocher la case qui se rapproche le plus de votre réponse, et de la justifier si possible. Nous vous remercions d'avance pour votre collaboration.

I-PARAMÈTRES D'IDENTIFICATION

Sexe : M F

Age

Statut matrimonial : Marié(e) Célibataire veu(f)ve

Statut social Travailleur (se) Retraité sans emploi

Statut du malade : sous traitement traitement pas régulier

Niveau d'étude : Primaire Secondaire supérieur

Cadre de soins

Lieu de résidence

II- NIVEAU DE CONNAISSANCES

- 1- La formation du personnel en PEC est- elle importante ?
Oui Non
- 2- La possession de la documentation sur les directives Nationales de PEC DES PVVIH est importante ?
Oui Non
- 3- Le sida est une maladie chronique ?
Oui Non
- 4- Le Sida est- il une maladie endémique ?
Oui Non
- 5- Êtes-vous d'accord de l'influence de la qualité de la PEC sur les changements de comportements des PVVIH?
oui non
- 6- La participation aux séminaires de renforcement des capacités est en PEC est nécessaire ?
oui non

III- ATTITUDE DU PERSONNEL

- 7- Le VIH/Sida influence-il la personnalité du malade ?
Oui Non
- 8- Le Sida rend-t-il un individu dépendant des médicaments ?
Oui Non
- 9- Le Sida peut-il être cause d'anxiété ou de stress ?
Oui Non Parfois
- 10- La confidentialité entre patient et soignant est-elle importante pou le malade?
Oui Non
- 11- Comment trouvez-vous La qualité de l'accueil au CSIE ?
Bonne mauvaise
- 12- La motivation des patients à suivre le traitement est –elle importante?
Oui non
- 13- Avez –vous à un moment donné pressenti que vous dominez la maladie ?
Oui Non

IV- EXPÉRIENCE PRATIQUE

- 14- Le niveau d'étude du malade est-il important pour sa qualité de vie ?
Oui Non
- 15- Le Counseling pré et post a un impact positif sur la qualité de vie du malade?

Oui Non

16- Le counseling mise sou traitement influence positivement la qualité de vie du malade?

Oui Non

17- L'observation est importante dans le suivi du malade ?

Oui Non

18- Comment sont les relations avec votre entourage dans la gestion de votre maladie ?

Bonne mauvaise

19- Depuis combien de temps exercez-vous dans la PEC?

[Moins de 3ans [[3 – 6 ans [[7- 10 ans et plus [

V – SUIVI REGULIER DU MALADE ET ECOUTE

20- Comment es le suivi des malades au CSIE?

Bien mauvais

21- Depuis combien de temps êtes- vous sous traitement ARV?

[0 – 5 ans[[5 – 10 ans [[10 ans et plus[

22- Contrôlez-vous régulièrement votre assiduité à la prise de médicaments?

oui non

24 – Donnez-vos raisons ?

VI – ETAT GENERAL DU MALADE

23- Comment est votre état physique?

bon mauvais

– Donnez-vos raisons ?

24- Comment est votre état Psychologique?

bon mauvais

– Donnez-vos raisons ?

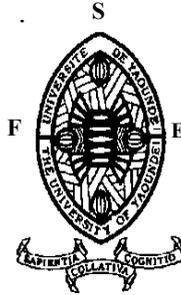
Annexe N° 4 : Guide d'entretien

RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix-Travail- Patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

CENTRE DE RECHERCHE ET DE FORMATION
DOCTORALE (CRFD) EN « SCIENCES HUMAINES,
SOCIALES ET EDUCATIVES »

UNITE DE RECHERCHE ET DE FORMATION
DOCTORALE EN SCIENCES DE L'EDUCATION ET
INGENIERIE EDUCATIVE



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace- Work-Fatherland

UNIVERSITY OF YAOUNDE I

DOCTORAL RESEARCH AND TRAINING CENTRE
(CRFD) IN "SOCIAL AND EDUCATIONAL
SCIENCES"

DOCTORAL RESEARCH AND TRAINING SCHOOL
IN EDUCATION AND EDUCATIONAL
ENGINEERING

GUIDE D'ENTRETIEN

Dans le cadre de la rédaction du mémoire de fin de cycle master au Département d'Education Spécialisé de l'université de Yaoundé I, nous menons une étude intitulée : **Système de santé Périphérique et qualité de prise en charge des PVVIH : Etude menée auprès des personnes vivant avec le VIH du centre de sante Intégré d'émana Yaoundé.** Nous sollicitons votre contribution en vous priant de nous accorder un entretien sur les rubriques ci-après. Il n'est pas une épreuve d'examen par conséquent il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse. Ce qui nous intéresse, c'est la réponse que vous donnez à chaque question. Nous vous rassurons que vos réponses ne seront utilisées qu'à des fins purement académiques et traitées de ce fait en toute confidentialité.

I- NIVEAU DE CONNAISSANCES

- 1- La formation du personnel en PEC est- elle importante ?
- 2- Influence de la qualité de la PEC sur les changements de comportements des PVVIH?
- 3- La participation aux séminaires de renforcement des capacités en PEC est nécessaire ?

II- ATTITUDE DU PERSONNEL

- 4- Le Sida rend-t-il un individu dépendant des médicaments ?
- 5- Le Sida peut-il être cause d'anxiété ou de stress ?

- 6- La confidentialité entre patient et soignant est-elle importante pour le malade?
- 7- La qualité de la prise en charge a-t-elle une influence sur la dimension cognitive et comportementale du patient

III- EXPÉRIENCE PRATIQUE

- 8- Le Counseling pré et post a un impact positif sur la qualité de vie du malade?
- 9- L'observation est importante dans le suivi du malade ?
- 10- Comment sont les relations avec votre entourage dans la gestion de votre maladie ?

IV – SUIVI RÉGULIER DU MALADE ET ÉCOUTE

- 11- Comment est le suivi des malades au CSIE?

Annexe N° 5 : Khi carré

Loi de Khi-deux

Le tableau donne x tel que $P(K > x) = p$

p	0,999	0,995	0,99	0,98	0,95	0,9	0,8	0,2	0,1	0,05	0,02	0,01	0,005	0,001
1	0,0000	0,0000	0,0002	0,0006	0,0039	0,0158	0,0642	1,6424	2,7055	3,8415	5,4119	6,6349	7,8794	10,8276
2	0,0020	0,0100	0,0201	0,0404	0,1026	0,2107	0,4463	3,2189	4,6052	5,9915	7,8240	9,2103	10,5966	13,8155
3	0,0243	0,0717	0,1148	0,1848	0,3518	0,5844	1,0052	4,6416	6,2514	7,8147	9,8374	11,3449	12,8382	16,2662
4	0,0908	0,2070	0,2971	0,4294	0,7107	1,0636	1,6488	5,9886	7,7794	9,4877	11,6678	13,2767	14,8603	18,4668
5	0,2102	0,4117	0,5543	0,7519	1,1455	1,6103	2,3425	7,2893	9,2364	11,0705	13,3882	15,0863	16,7496	20,5150
6	0,3811	0,6757	0,8721	1,1344	1,6354	2,2041	3,0701	8,5581	10,6446	12,5916	15,0332	16,8119	18,5476	22,4577
7	0,5985	0,9893	1,2390	1,5643	2,1673	2,8331	3,8223	9,8032	12,0170	14,0671	16,6224	18,4753	20,2777	24,3219
8	0,8571	1,3444	1,6465	2,0325	2,7326	3,4895	4,5936	11,0301	13,3616	15,5073	18,1682	20,0902	21,9550	26,1245
9	1,1519	1,7349	2,0879	2,5324	3,3251	4,1682	5,3801	12,2421	14,6837	16,9190	19,6790	21,6660	23,5894	27,8772
10	1,4787	2,1559	2,5582	3,0591	3,9403	4,8652	6,1791	13,4420	15,9872	18,3070	21,1608	23,2093	25,1882	29,5883
11	1,8339	2,6032	3,0535	3,6087	4,5748	5,5778	6,9887	14,6314	17,2750	19,6751	22,6179	24,7250	26,7568	31,2641
12	2,2142	3,0738	3,5706	4,1783	5,2260	6,3038	7,8073	15,8120	18,5493	21,0261	24,0540	26,2170	28,2995	32,9095
13	2,6172	3,5650	4,1069	4,7654	5,8919	7,0415	8,6339	16,9848	19,8119	22,3620	25,4715	27,6882	29,8195	34,5282
14	3,0407	4,0747	4,6604	5,3682	6,5706	7,7895	9,4673	18,1508	21,0641	23,6848	26,8728	29,1412	31,3193	36,1233
15	3,4827	4,6009	5,2293	5,9849	7,2609	8,5468	10,3070	19,3107	22,3071	24,9958	28,2595	30,5779	32,8013	37,6973
16	3,9416	5,1422	5,8122	6,6142	7,9616	9,3122	11,1521	20,4651	23,5418	26,2962	29,6332	31,9999	34,2672	39,2524
17	4,4161	5,6972	6,4078	7,2550	8,6718	10,0852	12,0023	21,6146	24,7690	27,5871	30,9950	33,4087	35,7185	40,7902
18	4,9048	6,2648	7,0149	7,9062	9,3905	10,8649	12,8570	22,7595	25,9894	28,8693	32,3462	34,8053	37,1565	42,3124
19	5,4068	6,8440	7,6327	8,5670	10,1170	11,6509	13,7158	23,9004	27,2036	30,1435	33,6874	36,1909	38,5823	43,8202
20	5,9210	7,4338	8,2604	9,2367	10,8508	12,4426	14,5784	25,0375	28,4120	31,4104	35,0196	37,5662	39,9668	45,3147
21	6,4467	8,0337	8,8972	9,9146	11,5913	13,2396	15,4446	26,1711	29,6151	32,6706	36,3434	38,9322	41,4011	46,7970
22	6,9830	8,6427	9,5425	10,6000	12,3380	14,0415	16,3140	27,3015	30,8133	33,9244	37,6595	40,2894	42,7957	48,2679
23	7,5292	9,2604	10,1957	11,2926	13,0905	14,8480	17,1865	28,4288	32,0069	35,1725	38,9683	41,6384	44,1813	49,7282
24	8,0849	9,8862	10,8564	11,9918	13,8484	15,6587	18,0618	29,5533	33,1962	36,4150	40,2704	42,9798	45,5585	51,1786
25	8,6493	10,5197	11,5240	12,6973	14,6114	16,4734	18,9398	30,6752	34,3816	37,6525	41,5661	44,3141	46,9279	52,6197
26	9,2221	11,1602	12,1981	13,4086	15,3792	17,2919	19,8202	31,7946	35,5632	38,8851	42,8558	45,6417	48,2899	54,0520
27	9,8028	11,8076	12,8785	14,1254	16,1514	18,1139	20,7030	32,9117	36,7412	40,1133	44,1400	46,9629	49,6449	55,4760
28	10,3909	12,4613	13,5647	14,8475	16,9279	18,9392	21,5880	34,0266	37,9159	41,3371	45,4188	48,2782	50,9934	56,8923
29	10,9861	13,1211	14,2565	15,5745	17,7084	19,7677	22,4751	35,1394	39,0875	42,5570	46,6927	49,5879	52,3356	58,3012
30	11,5880	13,7867	14,9535	16,3062	18,4927	20,5992	23,3641	36,2502	40,2560	43,7730	47,9618	50,8922	53,6720	59,7031
40	17,9164	20,7065	22,1643	23,8376	26,5093	29,0505	32,3450	47,2685	51,8051	55,7585	60,4361	63,6907	66,7660	73,4020
50	24,6739	27,9907	29,7067	31,6639	34,7643	37,6886	41,4492	58,1638	63,1671	67,5048	72,6133	76,1539	79,4900	86,6608
60	31,7383	35,5345	37,4849	39,6994	43,1880	46,4589	50,6406	68,9721	74,3970	79,0819	84,5799	88,3794	91,9517	99,6072
70	39,0364	43,2752	45,4417	47,8934	51,7393	55,3289	59,8978	79,7146	85,5270	90,5312	96,3875	100,4252	104,2149	112,3169
80	46,5199	51,1719	53,5401	56,2128	60,3915	64,2778	69,2069	90,4053	96,5782	101,8795	108,0693	112,3288	116,3211	124,8392
90	54,1552	59,1963	61,7541	64,6347	69,1260	73,2911	78,5584	101,0537	107,5650	113,1453	119,6485	124,1163	128,2989	137,2084
100	61,9179	67,3276	70,0649	73,1422	77,9295	82,3581	87,9453	111,6667	118,4980	124,3421	131,1417	135,8067	140,1695	149,4493
120	77,7551	83,8516	86,9233	90,3667	95,7046	100,6236	106,8056	132,8063	140,2326	146,5674	153,9182	158,9502	163,6482	173,6174
140	93,9256	100,6548	104,0344	107,8149	113,6593	119,0293	125,7581	153,8537	161,8270	168,6130	176,4709	181,8403	186,8468	197,4508
160	110,3603	117,6793	121,3456	125,4400	131,7561	137,5457	144,7834	174,8283	183,3106	190,5165	198,8464	204,5301	209,8239	221,0190
180	127,0111	134,8844	138,8204	143,2096	149,9688	156,1526	163,8682	195,7434	204,7037	212,3039	221,0772	227,0561	232,6198	244,3705
200	143,8428	152,2410	156,4320	161,1003	168,2786	174,8353	183,0028	216,6088	226,0210	233,9943	243,1869	249,4451	255,2642	267,5405
250	186,5541	196,1606	200,9386	206,2490	214,3916	221,8059	231,0128	268,5986	279,0504	287,8815	298,0388	304,9396	311,3462	324,8324
300	229,9634	240,6634	245,9725	251,8637	260,8781	269,0679	279,2143	320,3971	331,7885	341,3951	352,4246	359,9064	366,8444	381,4252
400	318,2596	330,9028	337,1553	344,0781	354,6410	364,2074	376,0218	423,5895	436,6490	447,6325	460,2108	468,7245	476,6064	493,1318
500	407,9470	422,3034	429,3875	437,2194	449,1468	459,9261	473,2099	526,4014	540,9303	553,1268	567,0698	576,4928	585,2066	603,4460
600	498,6229	514,5289	522,3651	531,0191	544,1801	556,0560	570,6680	628,9433	644,8004	658,0936	673,2703	683,5156	692,9816	712,7712
700	590,0480	607,3795	615,9075	625,3175	639,6130	652,4973	668,3308	731,2805	748,3591	762,6607	778,9721	789,9735	800,1314	821,3468
800	682,0665	700,7250	709,8969	720,0107	735,3623	749,1852	766,1555	833,4557	851,6712	866,9114	884,2789	895,9843	906,7862	929,3289
900	774,5698	794,4750	804,2517	815,0267	831,3702	846,0746	864,1125	935,4987	954,7819	970,9036	989,2631	1001,6296	1013,0364	1036,8260

TABLE DE MATIÈRES

DÉDICACE.....	i
REMERCIEMENTS	ii
SOMMAIRE	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	iv
LISTE DES FIGURES.....	v
LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS	vi
RÉSUMÉ.....	viii
ABSTRACT	ix
DIAGRAMME SYNTHÉTIQUE DE L'ÉTUDE.....	x
INTRODUCTION GENERALE	1
PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL.....	4
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE	5
1-1-CONTEXTE ET JUSTIFICATION	5
1-1-1-Contexte	5
1-1-2- Justification	5
1-2-FORMULATION ET POSITION DU PROBLÈME	6
1-3-QUESTIONS DE RECHERCHE.....	7
1-3-1- Question générale.....	7
1-3-2- Questions spécifiques.....	7
1-4- OBJECTIFS DE LA RECHERCHE	8
1-4-1-Objectif Général :	8
1-4-2-Objectifs spécifiques :	8
1-5- HYPOTHÈSES DE RECHERCHE.....	8
1-5-1-Hypothèse générale :	8
1-5-2-Hypothèses de recherche.....	8
1-6- INTÉRÊT ET PERTINENCE DE L'ÉTUDE	9
1-6- 1-Intérêt de l'étude.....	9
1-7- 2- Pertinence de l'étude	9

1-7-DÉLIMITATION DES CHAMPS THÉORIQUE ET EMPIRIQUE DE L'ÉTUDE.....	10
1-7-1-Délimitation théorique.....	10
1-7-2-Délimitation empirique	11
1-8- DÉFINITIONS DES CONCEPTS CLÉS DE L'ÉTUDE	14
1-8-1- Compétence.....	20
1-8-2- Développement.....	21
1-8-3- Local.....	23
1-8-4-Le développement local	24
1-8-5- Le milieu rural.....	25
1-8-6- Le développement communautaire	26
CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTÉRATURE	28
2-1- LA PEC DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH.....	28
2-1-1- Généralités sur le VIH/SIDA.	44
2-2- GÉNÉRALITÉ SUR LE SYSTEME DE SANTE AU CAMEROUN.....	46
2-2-1 Organisation du système de sante au Cameroun	46
2-2-1 Organisation des structures de dialogue dans les districts de sante.....	50
2-2-2-Organisation de la riposte contre l'infection à VIH.	51
2-2-3- Travaux descriptifs et expérimentaux sur l'analyse de la qualité de la prise en charge des personnes infectés par le VIH.	52
CHAPITRE 3 : THÉORIES EXPLICATIVES.....	55
3-1-LES THÉORIES DU CHANGEMENT DE COMPORTEMENT.....	55
3-1-1-Les théories du changement de comportement.	55
3-1-1-1-La théorie de l'action raisonnée (1967, 1980).	55
3-1-1-2-Le modèle transthéorique des étapes du changement (1979).	56
3-1-2- La théorie de l'analyse stratégique	58
3-2-THÉORIES DE LA MOTIVATION.....	65
3-2-1- L'autodétermination selon Déci et Ryan, 1985.....	65
3-2-2: Bandura et la théorie de l'autoefficacité perçue, 1986.	66
3-2-3- La prise en charge des PVVIH selon Dekens (2000).....	67
3-2-4- Théorie de la relation sociale	68

DEUXIÈME PARTIE : CADRE MÉTHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE..... 73

CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	74
4-1-MÉTHODES ET TYPE DE RECHERCHE	74
4-1-1-Rappel du problème de l'étude.....	74
4-1-2-Question générale de d'étude	75
4-1-3- Rappel de l'objet d'étude	75
4-1-4-Rappel des hypothèses de l'étude.....	75
4-1-4-1- hypothèse générale (HG)	75
4-1-4-2-Hypothèses de Recherches (HR)	75
4-2-DESCRIPTION DES VARIABLES DE L'ETUDE	76
4-3-LES INDICATEURS	77
4-4- PLANIFICATION DE L'ENQUÊTE	79
4-5- MÉTHODES DE RECHERCHE	79
4-5-1-Les méthodes quantitatives de recherche	79
4-5-2-Les méthodes qualitatives de recherche	80
4-6- TYPES DE RECHERCHE.....	80
4-7- LA ZONE D'ÉTUDE.....	80
4-8-POPULATION ET ÉCHANTILLON DE L'ÉTUDE.....	82
4-8-1- population cible	82
4-8-2- Population accessible	82
4-8-3- La technique d'échantillonnage	82
4-8-4- L'échantillon	83
4-8-5- Instruments de collecte des données	84
4-8-5-1- Le questionnaire.....	84
4-8-5-2-Le guide d'entretien	85
4-8-5-3-Pré-enquête et validation du questionnaire	85
4-8-5-4- Mode de dépouillement.....	85
4-8-2-L'outil de traitement des données	86
4-8-3-L'analyse statistique	86
4-8-4- Vérification des hypothèses par le test du khi-deux (X^2).....	86
4-8-4-1- Condition de validité du test X^2	86
4-8-4-2-Étapesde vérification des hypothèses par le test du X^2	87

4-9- DIFFICULTÉS RENCONTRÉES	89
CHAPITRE 5 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS.....	91
5-1- PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE.....	91
5.1.1. Identification des répondants	93
5-1-2- Le niveau de connaissance du personnel du CSIE.....	95
5-1-2-1- Formation sur la PEC des PVVIH.	95
5-1-2-2- Possession de la documentation sur la PEC des PVVIH.	96
5-1-3-L'attitude du personnel du CSIE.....	98
5-1-4- L'Expérience pratique du personnel du CSIE	102
5-1-5- Qualité de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH.....	104
5-2- VÉRIFICATION DES HYPOTHÈSES DE RECHERCHE.....	105
5-2-1 Hypothèse générale (HG)	105
5.2.1.1. Vérification de l'hypothèse de recherche n°1	105
5.2.1.2. Vérification de l'hypothèse de recherche n°2	108
5.1.2. Vérification de l'hypothèse de recherche n°3	110
5.3. VÉRIFICATION DE L'HYPOTHÈSE GÉNÉRALE	113
CHAPITRE 6 : INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS.....	114
6-1- LES PARAMÈTRES D'IDENTIFICATION.	114
6-2- NIVEAU DE CONNAISSANCES DU PERSONNEL DU CSIE.....	114
6-3- ATTITUDE DU PERSONNEL DU CSIE.....	115
6-4- L'EXPÉRIENCE PRATIQUE DU PERSONNEL DU CSIE.....	116
6-5- ANALYSE ÉPISTÉMOLOGIQUE DE L'ÉTUDE	118
CONCLUSION GENERALE	120
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	123
ANNEXES.....	128
TABLE DE MATIÈRES	137