

RUFSO Revue "Université sans Frontières pour une Société Ouverte"

ISSN : 2313-285x (en ligne)

Volume 35: numéro 1

Site Web de la revue: rufso.org

Thèse:

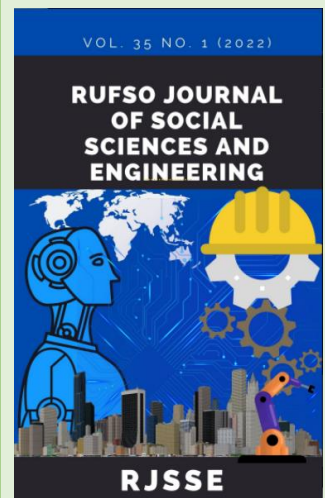
Langue : Français

Titre : Défis de la sécurité sanitaire en zone CEMAC à la frontière Cameroun-Tchad

Auteur : NJOUONKOU PEFOURA Mohamed

Publiée: Février 2023

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



Défis de la sécurité sanitaire en zone CEMAC à la frontière Cameroun-Tchad

NJOUONKOU PEFOURA Mohamed

Résumé

La sécurité sanitaire traite de la sécurité et de la gestion du risque concernant la santé car c'est un enjeu d'intérêt public et général qui mobilise d'importants moyens humains et financiers. En effet, c'est un des problèmes préoccupants en santé publique car le monde devenu planétaire et les populations sont de plus en plus mobiles, interdépendant et interconnecté ce qui offre des opportunités pour la propagation rapide des risques et des maladies. Les maladies sont les seuls « citoyens » qui traversent les frontières sans passeport ni carnet de vaccination. De ce fait, la porosité des frontières est due aux faiblesses du système de contrôle à la frontière. L'objectif de cette étude était de faire déterminer les mesures mises en œuvre au niveau de la frontière Cameroun-Tchad afin de garantir la sécurité sanitaire des populations locales. Notre intérêt porte sur une analyse des défis de la sécurité sanitaire en zone CEMAC à la frontière Cameroun-Tchad. De cette étude qualitative, nous avons utilisé la méthode d'étude de cas pour collecter et analyser les données dont la population cible était les postes aux frontières désignés. À l'aide d'une fiche synthétique, nous avons collecté les données auprès du responsable du poste frontière de Kousseri qui se trouve être le lieu de transit des populations entre le Tchad et le Cameroun. De cette fiche, il en ressort que seulement deux infirmiers de formation y sont affectés contrairement aux normes prescrites par l'annexe 2 du RSI. L'analyse générale du district frontalier de Kousseri ressort d'après les annexes du RSI, que celui-ci ne dispose d'aucun autre service adéquat pour la prise en charge des voyageurs malades. Cette situation engage la responsabilité tant du Point Focal National du RSI que celle des ministères sectoriels, d'une part à travers un plaidoyer pour l'organisation en permanence du renforcement des capacités essentielles requises en vertu du RSI pour la surveillance épidémiologique du personnel de santé dans les districts frontaliers et ceux des postes aux frontières en particuliers et d'autre part à travers l'affectation de personnel en appui pour rendre fonctionnel ce PSF.

Mots clés : Sécurité Sanitaire, Défis, Règlement Sanitaire International, Frontière

Abstract

Health security deals with safety and health risk management because it is an issue of public and general interest that mobilises significant human and financial resources. Indeed, it is one of the issues of concern in public health because the world has become global and populations are increasingly mobile, interdependent and interconnected, offering opportunities for the rapid spread of risks and diseases. Diseases are the only "citizens" who cross borders without passports or vaccination records. As a result, the porosity of borders is due to weaknesses in the border control system. The objective of this study was to determine the measures implemented at the Cameroon-Chad border in order to guarantee the health security of local populations. We are interested in an analysis of the challenges of health security in the EMCCA zone at the Cameroon-Chad border. From this qualitative study, we used the case study method to collect and analyze data with the target population at the designated border posts. Using a summary sheet, we collected data from the person in charge of the Kousseri border post, which is the transit point for populations between Chad and Cameroon. From this sheet, it appears that only two trained nurses are assigned there, contrary to the standards prescribed by Annex 2 of the IHR. The general analysis of the border district of Kousseri shows from the annexes of the IHR that there are no other adequate services for the care of sick travellers. This situation engages the responsibility of both the national IHR focal point and the sectoral ministries, on the one hand through advocacy for the ongoing organization of the essential capacity building required under the IHR for the epidemiological surveillance of health personnel in the border districts and those at border posts in particular, and on the other hand through the assignment of support staff to make this FSP functional.

Key Words: Health Security, Challenges, International Health Regulations, Borders

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	Error! Bookmark not defined.
CHAPITRE I : CADRE CONCEPTUEL DE L'ÉTUDE	Error! Bookmark not defined.
CHAPITRE II : CADRE THÉORIQUE DE LA RECHERCHE	Error! Bookmark not defined.
CHAPITRE III : MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	Error! Bookmark not defined.
CHAPITRE IV : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS DE L'ENQUETE	Error! Bookmark not defined.
CHAPITRE V : SYNTHÈSE ET DISCUSSION DES RESULTATS.....	Error! Bookmark not defined.
CONCLUSION ET SUGGESTIONS	Error! Bookmark not defined.
BIBLIOGRAPHIE	1
ANNEXES	3
TABLE DE MATIÈRE	4

DÉDICACE



À

Ma défunte mère

NGOUTANE AMINATOU

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce travail n'aurait pas pu aboutir à son terme si nous n'avions pas bénéficié à la fois de l'encadrement et du soutien certaines personnes. Qu'il nous soit donc permis d'exprimer notre gratitude à leur endroit.

- ✚ Au Dr Olga Yvonne BASSONG MANKOLLO qui a bien voulu encadrer ce travail, pour sa disponibilité malgré ses multiples occupations, sa rigueur dans le travail, ses orientations et ses conseils qui nous ont appris à relever plusieurs défis dans le domaine de la recherche scientifique, En bon père de famille, il a toujours été disponible ;
- ✚ Au Pr Benjamin Alexandre NKOUM ; Directeur de Ecole des Sciences de la Santé pour ses enseignements approfondis sur la recherche
- ✚ Au Dr Julienne Louise NGO LIKENG pour son écoute et ses conseils académiques ;
- ✚ A tous les enseignants du département de la santé publique pour leurs accompagnements durant notre parcours académique ;
- ✚ Au Chef de District de Santé de Kousseri, Dr Herve NGAMENI pour sa disponibilité lors de notre collecte ;
- ✚ A mes Parents Madame et Monsieur PEFOURA pour leurs soutiens inconditionnels à chacune des étapes de ma vie et qui ont fait de moi l'homme que je suis ;
- ✚ À Aboubakar Sidiki PEFOURA, qui a toujours été à mes côtés tout au long de mon parcours académiques pour m'encourager à persévérer dans l'effort
- ✚ Au couple NTIECHE, merci du fond du cœur pour tout
- ✚ À mes frères et sœurs, Ismael, Kadije, Fatima, Nasser, Leïla, Youssoufa, Sani
- ✚ À mes amis de promotions Denis NGARA, Raïssa, Anicet ONANA, Patrice MACHE, Danone Apouli merci pour toutes les émotions partagées au cours de ces 02 années
- ✚ À nos camarades de la 10^{ème} promotion avec qui nous avons partagé des moments de joie et de peine dans un esprit de fraternité
- ✚ Que tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réussite de ce projet, puissent recevoir l'expression de toute notre gratitude.

LISTE DES ABRÉVIATIONS, ACRONYMES ET SIGLES

AES	Advanced Encryption Standard
BAD	Banque Africaine de Développement
BM	Banque Mondiale
CAMTEL	Cameroon Telecommunications
CDE	Camerounaise Des Eaux
CDS	Chef De District
CEIRSH	Comité d’Ethique de la Recherche pour la Santé Humaine
CEMAC	Communauté Economique et Monétaire d’Afrique Centrale
CIS	Cellule des Infrastructures Sanitaires
CMA	Centre Médicalisé d’Arrondissement
COP	Conférences des Parties
CPR	Common Pool Ressources
CSI	Centre de Santé Intégré
DAJC	Direction des Affaires Juridiques et du Contentieux
DEP	Division des Etudes et des Projets
DRH	Direction des Ressources Humaines
DSF	Direction de la Santé Familiale
DSNE	District Sanitaire de N’Djamena Est
EIR	Equipes d’Interventions Rapides
ESS	Ecole des Sciences de la Santé
FM	Frequency Modulation
GES	Gaz à effet de serre
GIEC	Groupe Intergouvernemental sur l’évolution du climat
HD	Hôpital de District
IEC	Information Education Communication
INHP	Institut National de l’Hygiène Publique
INSPQ	Institut National de Santé Publique du Québec
MAPI	Manifestations Adverses Post Immunisations
MDP	Mécanismes de développement propre

MINSANTE	Ministère de la Santé Publique
MOC	Mise en œuvre conjointe
MRC	Mouvement pour la Renaissance du Cameroun
MTN	Mobile Telephone Networks
MVE	Maladie à Virus Ebola
OCCEAC	Organisation de Coordination pour la Lutte contre les Endémies en Afrique Centrale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONSP	Observatoire National de Santé Publique
PAHO	Panamerican Health Organization
PFN	Point Focal National
PIB	Produit Intérieur Brut
PNAC	Plans Nationaux d'Allocations de Quotas
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PSF	Poste Sanitaire aux Frontières
RDC	République Démocratique du Congo
RDPC	Rassemblement Démocratique pour le Peuple Camerounais
RSI	Règlement Sanitaire International
SDF	Social Democratic Front
SCEQE	Système communautaire échange de quotas d'émission
SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SMIR	Surveillance des Maladies et de la Riposte
SONEL	Société Nationale d'Electricité
SRAS	Syndrome Respiratoire Aigu Sévère
SWAPHS	Réponse des Systèmes de Santé Publique Ouest-Africain à la Crise Ebola
UCAC	Université Catholique d'Afrique Centrale
UDC	Union Démocratique du Cameroun
UNICEF	Fond des Nations Unies pour l'Enfance
UNDP	Union Nationale pour le Développement et le Progrès
USD	United States Dollar
USPPI	Urgence de Santé Publique de Portée Internationale
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
WHO	World Health Organization

LISTE DES ANNEXES

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Modèle d'analyse conceptuel
Tableau 2	Projection de la population et de ses cibles (2016-2020)
Tableau 3	Analyse FFOM
Tableau 4	Suggestions

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Schéma du cadre conceptuel
Figure 2	Carte sanitaire du district de santé de Kousseri
Figure 3	Le processus d'évaluation des risques

RÉSUMÉ

La sécurité sanitaire traite de la sécurité et de la gestion du risque concernant la santé car c'est un enjeu d'intérêt public et général qui mobilise d'importants moyens humains et financiers. En effet, c'est un des problèmes préoccupants en santé publique car le monde devenu planétaire et les populations sont de plus en plus mobiles, interdépendant et interconnecté ce qui offre des opportunités pour la propagation rapide des risques et des maladies. Les maladies sont les seuls « citoyens » qui traversent les frontières sans passeport ni carnet de vaccination. De ce fait, la porosité des frontières est due aux faiblesses du système de contrôle à la frontière. L'objectif de cette étude était de faire déterminer les mesures mises en œuvre au niveau de la frontière Cameroun-Tchad afin de garantir la sécurité sanitaire des populations locales. Notre intérêt porte sur une analyse des défis de la sécurité sanitaire en zone CEMAC à la frontière Cameroun-Tchad. De cette étude qualitative, nous avons utilisé la méthode d'étude de cas pour collecter et analyser les données dont la population cible était les postes aux frontières désignés. À l'aide d'une fiche synthétique, nous avons collecté les données auprès du responsable du poste frontière de Kousseri qui se trouve être le lieu de transit des populations entre le Tchad et le Cameroun. De cette fiche, il en ressort que seulement deux infirmiers de formation y sont affectés contrairement aux normes prescrites par l'annexe 2 du RSI. L'analyse générale du district frontalier de Kousseri ressort d'après les annexes du RSI, que celui-ci ne dispose d'aucun autre service adéquat pour la prise en charge des voyageurs malades. Cette situation engage la responsabilité tant du Point Focal National du RSI que celle des ministères sectoriels, d'une part à travers un plaidoyer pour l'organisation en permanence du renforcement des capacités essentielles requises en vertu du RSI pour la surveillance épidémiologique du personnel de santé dans les districts frontaliers et ceux des postes aux frontières en particuliers et d'autre part à travers l'affectation de personnel en appui pour rendre fonctionnel ce PSF.

Mots clés : *Sécurité Sanitaire, Défis, Règlement Sanitaire International, Frontière*

SUMMARY

Health security deals with safety and health risk management because it is an issue of public and general interest that mobilises significant human and financial resources. Indeed, it is one of the issues of concern in public health because the world has become global and populations are increasingly mobile, interdependent and interconnected, offering opportunities for the rapid spread of risks and diseases. Diseases are the only "citizens" who cross borders without passports or vaccination records. As a result, the porosity of borders is due to weaknesses in the border control system. The objective of this study was to determine the measures implemented at the Cameroon-Chad border in order to guarantee the health security of local populations. We are interested in an analysis of the challenges of health security in the EMCCA zone at the Cameroon-Chad border. From this qualitative study, we used the case study method to collect and analyze data with the target population at the designated border posts. Using a summary sheet, we collected data from the person in charge of the Kousseri border post, which is the transit point for populations between Chad and Cameroon. From this sheet, it appears that only two trained nurses are assigned there, contrary to the standards prescribed by Annex 2 of the IHR. The general analysis of the border district of Kousseri shows from the annexes of the IHR that there are no other adequate services for the care of sick travellers. This situation engages the responsibility of both the national IHR focal point and the sectoral ministries, on the one hand through advocacy for the ongoing organization of the essential capacity building required under the IHR for the epidemiological surveillance of health personnel in the border districts and those at border posts in particular, and on the other hand through the assignment of support staff to make this FSP functional.

Key Words: *Health Security, Challenges, International Health Regulations, Borders*

INTRODUCTION

La sécurité sanitaire se définit comme l'ensemble des décisions, programmes et actions visant à protéger la population contre tous les dangers et les risques pour la santé considérés comme échappant au contrôle des individus et relevant donc de la responsabilité des pouvoirs publics.

Elle traite de ce fait de la sécurité et de la gestion du risque concernant la santé car c'est un enjeu d'intérêt public et général qui mobilise d'importants moyens humains et financiers. La sécurité sanitaire est de plus en plus un des problèmes préoccupants en santé publique. En effet, dans un contexte de mondialisation et de mobilité croissante des biens et personnes, toutes les échelles spatiotemporelles sont concernées. La sécurité sanitaire aux frontières est donc marquée par le Règlement Sanitaire International (RSI). Le contrôle sanitaire aux frontières a pour objectif de minimiser les risques d'entrée ou de sortie de problèmes de santé en provenance de ou vers l'international, en application du RSI auquel sont soumis les 196 Etats-Membres de l'OMS. Dans notre monde de plus en plus interconnecté, de nouvelles maladies apparaissent à un rythme sans précédent et ont souvent la capacité de franchir les frontières et de se propager rapidement. En effet, les maladies sont les seuls « *citoyens* » qui traversent les frontières sans passeport ni carnet de vaccination.

Les défis qui se posent à la sécurité sanitaire en Afrique et plus précisément en zone CEMAC et dont nous avons l'honneur de traiter dans ce travail sont énormes. Il faut ainsi souligner qu'ils posent avec acuité les problèmes liés à la porosité des frontières due à la faiblesse du système de contrôle à la frontière s'observent aussi bien au niveau mondial, africain que camerounais.

C'est donc, à juste titre, que l'objet de notre étude porte sur cette question traduite par un intitulé aussi expressif qu'actuel : « **Défis de la sécurité sanitaire en zone CEMAC à la frontière Cameroun-Tchad** ». Il importe, avant toute analyse approfondie, de présenter d'abord le cadre contextuel de l'étude dans lequel nous allons justifier le choix d'un tel sujet **(i)**. Il apparaît également nécessaire de faire une revue de la littérature, afin de dissiper toute éventuelle confusion terminologique d'aborder la clarification conceptuelle du sujet de l'étude et de faire un cadrage théorique **(ii)** ; Ensuite, nous allons présenter le lieu de l'étude ainsi que l'approche méthodologique **(iii)** ; plus loin, nous allons présenter et analyser les résultats **(iv)**. Pour finir, nous allons faire la synthèse et la discussion des résultats, finir par une conclusion et émettre des suggestions qui clôtureront ce travail de recherche **(v)**.

CHAPITRE 1

CADRAGE CONTEXTUEL DE L'ÉTUDE

Ce chapitre nous présente les conditions qui justifient et servent de cadre à cette étude. Pourquoi chercher à justifier un thème dont l'intérêt paraît évident au regard de l'actualité politique, économique, socioculturelle et sanitaire africaine marquée par l'ubiquité ou l'omniprésence des menaces qui existent sur le continent, notamment dans la sous-région CEMAC. Cette partie constitue l'élément annonciateur de notre démarche scientifique censée dévoiler notre mode de raisonnement ainsi que les moyens de recherches utilisés pour conduire notre analyse. Le contexte et la justification de notre étude permettent de saisir les considérations générales sur le sujet (i), puis nous allons aborder les justifications qui ont conduites au choix de ce sujet (ii), ensuite le problème (iii), après cela, nous allons aborder la problématique (iv) ainsi que les questions de recherche, les hypothèses et les objectifs de recherche (v) enfin, nous verrons l'intérêt de cette étude.

1.1. Contexte de l'étude

La sécurité sanitaire traite de la sécurité et de la gestion du risque concernant la santé. C'est un enjeu d'intérêt public et général qui mobilise d'importants moyens humains et financiers. La sécurité sanitaire s'appuie aussi sur des dispositifs tels que : la veille sanitaire ; la vigilance sanitaire ; le transport sanitaire et la traçabilité. Les problèmes liés à la porosité des frontières due à la faiblesse du système de contrôle à la frontière s'observent aussi bien au niveau mondial, africain que camerounais.

1.1.1. Mondial

Dans un contexte de mondialisation et de mobilité croissante des biens et personnes, toutes les échelles spatiotemporelles sont concernées. En effet, la sécurité sanitaire aux frontières est marquée par le Règlement Sanitaire International (RSI₁) qui est un instrument juridique obligeant les 196 États-Membres de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), à déclarer les maladies répondant à des critères épidémiologiques ou éco épidémiologiques d'importance internationale, selon des codes et règles harmonisées au niveau international et destinés à renforcer la sécurité sanitaire nationale, régionale et mondiale.

Les premières maladies concernées par le RSI ont été la peste, le choléra et la fièvre jaune. Ainsi, chaque pays devait évaluer ses capacités en matière de surveillance et d'action avant juin 2009, puis « *établir et mettre en œuvre des plans d'action garantissant que ses capacités essentielles seront opérationnelles d'ici 2012* ».

L'étude est menée dans un contexte de mondialisation et de mobilité croissante des biens et personnes. Cette situation pousse la communauté internationale à renforcer les mesures de sécurité sanitaires tant aux niveaux global que local.

Aux échelles globales des institutions et des plateformes de coordination qui mobilisent d'importants moyens humains et financiers sont mises sur pied pour assurer la sécurité sanitaire.

Le contrôle sanitaire aux frontières a pour objectif de minimiser les risques d'entrée ou de sortie de problèmes de santé en provenance de ou vers l'international, en application du Règlement Sanitaire International auquel sont soumis les 196 Etats-Membres de l'OMS.

Les domaines d'application sont très larges, dans le champ des maladies infectieuses bien sûr, mais également en matière de risques environnementaux, chimiques, radiologiques et nucléaires. Les mesures de détection et de contrôle s'appliquent aux frontières.

Dans notre monde de plus en plus interconnecté, de nouvelles maladies apparaissent à un rythme sans précédent et ont souvent la capacité de franchir les frontières et de se propager rapidement. Depuis 1967, on a identifié au moins 39 agents pathogènes nouveaux, parmi lesquels le VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine), les virus des fièvres hémorragiques Ebola et Marburg et le SRAS (Syndrome Respiratoire Aigu Sévère).

Plus récemment encore en fin d'année 2019, nous avons vécu la pandémie de Covid-19 qui a commencé en Chine et a gagné le reste du monde entier. En effet, en fin mai 2020, 213 pays sont touchés dans le monde pour un total de 6 millions de cas confirmés avec plus de 300 000 décès soit un taux de létalité de 5,3% (Sitrep Cameroun, 2020).

Par ailleurs, des menaces séculaires, comme la grippe pandémique, le paludisme ou la tuberculose, continuent de peser sur la santé à cause des mutations, des résistances croissantes aux médicaments antibiotiques et de la faiblesse des systèmes de santé.

Entre 1918 et 1919, la grippe espagnole a fait plus de victimes que la Première guerre mondiale, contaminant plus d'un tiers de la population mondiale. Due à une souche (H₁N₁) particulièrement virulente et contagieuse, elle serait la pandémie la plus mortelle de l'histoire. La pandémie s'est propagée dans plusieurs pays et continents simultanément en moins de 3 mois.

La souche humaine de grippe, qui a été identifiée pour la première fois en Chine en 1956, a atteint Singapour, puis Hong Kong et finalement les États-Unis seulement en l'espace de quelques mois, on estime qu'elle aurait causé de 1 à 4 millions de morts dans le monde. Sa souche a ensuite évolué en H₃N₂ antigénique, entraînant une autre pandémie de 1968 à 1969 ou la grippe de Hong Kong, tuant pour sa part, environ 1 million de personnes. Depuis le début d'année 2020, la Chine tout comme plusieurs autres pays dans le monde sont touchés par une épidémie de coronavirus. Au moins 18 personnes sont décédées. L'OMS a demandé à Pékin de prendre des mesures de confinement et qu'elles soient de courte durée.

Le Choléra quant à elle est la première maladie pestilentielle à faire l'objet, dès le XIXe siècle d'une surveillance internationale. Elle n'a épargné aucun continent depuis ses débuts en 1817. Sa première pandémie a causé des ravages en Europe occidentale jusqu'en Sibérie Orientale en passant par l'Inde et même les Philippines entraînant des dégâts qui ont toutefois mené à l'adoption de meilleures mesures de contrôle sanitaire. Après la 7e pandémie, partie de l'Indonésie en 1961 et envahissant tour à tour l'Asie, le Moyen-Orient, une partie de l'Europe, l'Amérique latine, puis le continent africain. L'OMS estime que le choléra entraîne chaque année environ 100 000 décès pour 4 millions de cas recensés.

Ainsi, durant la dernière décennie, l'OMS a déclaré quatre urgences sanitaires mondiales. Deux d'entre elles sont survenues au cours de l'année 2014 et 2016 : l'épidémie d'Ebola qui a frappé l'Afrique occidentale, et l'épidémie de Zika qui s'est répandue à travers les Amériques.

Dans la majeure partie de l'histoire de l'Homme, les populations vivaient sur de petits territoires hétéroclites (divers), relativement isolés les uns des autres. Les échanges entre les personnes, ainsi que la faune et la flore, étaient rares. Ce n'est que récemment, grâce notamment à l'expansion du commerce mondial et l'apparition des moyens de transport modernes, que les populations ont commencé à davantage se croiser et ainsi, à bénéficier de la propagation des maladies.

Entre 2015 et 2016, le nombre de cas de personnes atteintes du virus Zika, transmis par le moustique *Aedes* explose dans plusieurs États du Brésil. Ce virus que l'on connaît déjà depuis 1947 est, jusqu'en 2013, un virus « insignifiant », dont les symptômes passent inaperçus. Il s'agit d'un arbovirus (*arthropod-borne virus*), maladie vectorielle au même titre que le virus de la dengue et du chikungunya, déjà présents dans le contexte brésilien. En juillet 2014, le nombre de cas de personnes atteintes du virus Zika explose. À partir d'avril 2015, et jusqu'en

2016, plus de 128 000 cas sont confirmés, et 214 000 suspectés dans tout le Brésil (Paho/WHO, 2017). Parallèlement, on constate la hausse des cas de microcéphalies chez les nouveau-nés dans le nord du pays, ce qui alerte les autorités sanitaires nationales et l'Organisation panaméricaine de santé (Paho) qui est la première à parler d'*urgence sanitaire* en décembre 2015. L'OMS déclare alors que l'épidémie de Zika est une urgence de santé publique de portée internationale.

En outre, depuis décembre 2019, le monde souffre de l'une des pandémies les plus meurtrières du siècle à savoir la nouvelle souche de coronavirus (ncov) encore appelé Covid-19. La situation de cette pandémie à la date du samedi 30 mai 2020 fait état de 213 pays ou territoires affectés par le virus, pour 6 026 107 cas confirmés pour un total de 366 415 décès. Cependant, 7 pays ou territoires ne seraient pas toujours touchés par cette épidémie à ce jour.

1.1.2. En Afrique

❖ Epidémie d'Ebola

L'épidémie de maladie à virus Ebola qui s'est répandue en Afrique occidentale, s'est développée dans une spirale incontrôlable. Elle débute au sud-est de la Guinée en décembre 2013, avant de s'étendre au Liberia et à la Sierra Leone. En effet, ces trois pays qui ont été les plus affectés n'avaient jamais été confrontés à une épidémie de ce virus auparavant. Le bilan de l'OMS recense au total au moins 28 000 cas pour plus de 11 000 décès, ainsi que plus de 10 000 survivants avec séquelle. Le 31 mars 2014, l'OMS confirme la propagation du virus au Liberia. Le 17 avril 2014, on dénombre 131 décès pour 209 cas confirmés dans ces deux pays. Le 27 mai 2014, les premiers cas sont recensés en Sierra Leone. Entre le 2 juin et le 2 juillet 2014, l'OMS enregistre un doublement du nombre de cas de fièvre Ebola, pour atteindre 467 décès pour 759 cas dans ces trois pays. Cette épidémie devient alors la plus meurtrière depuis la découverte du virus en 1976. Le 25 juillet 2014, un Américano-Libérien décède du virus peu après son arrivée à l'aéroport de Lagos au Nigeria, ville la plus peuplée d'Afrique. Fin août 2014, le virus atteint cette fois Port Harcourt à l'est du pays.

Le 5 septembre 2014, on dénombre plus de 2 000 décès liés à l'épidémie, dont la moitié au Liberia. Selon son ministre de la défense, l'existence même de ce pays de 4,4 millions d'habitants pourrait être « *gravement menacée* ». En octobre 2014, le Sénégal et le Nigeria

considèrent l'épidémie terminée sur leur territoire. Le Sénégal rouvre ses frontières quelques jours plus tard.

Le 25 octobre 2014, une fillette récemment rentrée de Guinée décède du virus à Kayes au Mali. C'est le premier cas détecté dans le pays. Malgré sa proximité géographique avec le Liberia et la Guinée, la Côte d'Ivoire n'a, en novembre 2014, recensé aucun cas d'Ebola sur son territoire. Les importants transferts de populations dus à la récolte du cacao en octobre dans le pays laissent craindre d'éventuelles contaminations.

Les «flambées épidémiques» d'Ebola en Afrique ont fait, au total depuis 1976, près de 15.000 morts, selon les données officielles de l'OMS.

Les victimes se sont concentrées à 99% dans trois pays limitrophes: la Guinée, d'où est partie l'épidémie (plus de 2.500 morts), la Sierra Leone (plus de 3.900 morts) et le Liberia, qui a payé le plus lourd tribut avec le décès de 4.800 personnes.

Selon l'Unicef (2019), l'épidémie d'Ebola qui frappe actuellement le nord-est de la République Démocratique du Congo (RDC) est la deuxième plus grave épidémie au monde et la première dans une zone de conflit actif. Au 22 décembre 2019, un total de 3.244 cas confirmés ont été signalés, dont 2.226 décès. Toujours selon Unicef, c'est une urgence. Il existe un risque très réel que l'épidémie d'Ebola se propage aux pays voisins, et la communauté internationale devrait donc s'unir d'urgence pour s'assurer que cela n'arrive pas. Cela signifie qu'il faut accroître les investissements pour que les partenaires sur le terrain disposent des ressources dont ils ont besoin pour traiter chaque cas et retrouver chaque contact. Ebola étant donc impitoyable, cela amène les Etats à l'être aussi et mettre un terme à sa propagation. C'est ainsi que face à l'avancée de la maladie dans la grande ville frontalière de Goma, le Rwanda voisin a décidé de fermer sa frontière.

❖ Epidémie de choléra

Le choléra reste un problème majeur de santé publique en Afrique avec plus de 150 000 cas enregistrés pour plus de 3 000 décès dans 17 pays au cours de la seule année de 2017, rapporte l'Organisation Mondiale de la Santé.

En effet, au Sud Soudan, les autorités de l'État de Northern Liech ont déclaré une épidémie de choléra après avoir confirmé 2 cas de la maladie et 4 cas suspects depuis août 2016. Cette année 2016, le choléra au Sud-Soudan est responsable de 30 décès.

Tandis qu'en Zambie, le district de Kapiri Mposhi, au nord de la capitale Lusaka, a enregistré 27 cas de choléra dont 2 décès depuis le 12 octobre 2016. Deux décès ont été notifiés.

En Ouganda, principalement dans le district d'Amuru au nord du pays, 3 patients, dont 2 de la même famille, atteints de choléra ont été admis pour traitement à l'hôpital St Mary Lacor à Gulu.

En RDC, le nombre de cas et de décès a doublé depuis 2015, plus de 22 000 cas ont été notifiés, dont plus de 5 500 impliquant des enfants. A ce jour, il a été recensé 646 décès. Le long du fleuve Congo plus de 660 000 personnes sont à risque. La maladie est susceptible de s'étendre à la capitale Kinshasa avec une population de plus de 11 millions de résidents.

Au Nigeria, cette épidémie de choléra a fait au moins 50 morts dans le nord-ouest du pays où la maladie sévit depuis fin mars (OMS, 2018). La plupart des cas et des décès se sont produits dans les camps de déplacés de Madinatu et d'Elmiskin, à Maiduguri, tandis que les autres victimes provenaient des alentours de la capitale de l'Etat, a précisé M. Mshelia, le responsable de santé de Borno, dans le nord-est du Nigeria. Cette région fait face à l'arrivée de nombreux réfugiés qui fuient le groupe djihadiste Boko Haram.

Cette épidémie de choléra, qui a fait plus de 50 morts dans le nord-ouest du Nigéria dont les États les plus touchés de la fédération nigériane sont l'Adamawa et le Yobe, réunissent malheureusement les conditions idéales pour la propagation de cette épidémie. En plus, la période des pluies dans cette période de l'année dans le nord-est du Nigeria représente un facteur aggravant.

L'Organisation Mondiale de la Santé et les Nations-Unies craignent la propagation de l'épidémie de choléra à cause des attaques de la secte terroriste Boko Haram en 2017. En effet, les camps surpeuplés de déplacés qui fuient les exactions de cette secte sont un environnement propice aux épidémies.

L'OMS et les autorités sanitaires du Nigéria travaillent ensemble afin de contenir cette épidémie de choléra dans le territoire de l'État de l'Adamawa et ainsi éviter sa propagation au

Cameroun voisin. En outre, les autorités sanitaires camerounaises ont également renforcé le dispositif médical et sécuritaire à la frontière. Mais Hélas ce ne fut pas un succès car malgré les mesures de sécurité sanitaire prises à la frontière, cette épidémie se propagea dans le Nord du Cameroun et dans certaines régions du pays.

❖ Epidémie du nouveau coronavirus

Le 15 février 2020, l'Afrique annonce son premier cas du nouveau coronavirus ou Covid-19, soit deux mois après qu'il soit identifié pour la première fois en Chine. Le virus est aujourd'hui présent dans chacun des 54 pays d'Afrique. Des points chauds sont apparus en Afrique du Sud, en Afrique du Nord ; et en Afrique de l'Ouest notamment en raison d'une forte densité de population urbaine, la disponibilité et l'efficacité du dépistage. Ainsi, au 31 mai 2020, l'Afrique comptabilise 142 070 cas confirmés du nouveau coronavirus, pour 4 077 morts, de loin le continent le plus endeuillé par la pandémie.

1.1.3. Au Cameroun

Le Cameroun, pays d'Afrique Centrale, n'est pas en reste face à cette recrudescence des cas de choléra, avec une population de 24 863 337 habitants en 2018 (OMS, 2018). En effet, d'après un rapport épidémiologique rendu public en fin de semaine du 17 septembre 2018, 25 décès ont déjà été enregistrés dans le nord du pays, notamment à Gaschiga, Golombe, Bibemi, Pitoa et Guider. 189 cas suspects ont été identifiés dans 9 des 15 districts de santé que compte la région du Nord-Cameroun. Des cas de choléra ont été signalés dans la région du Littoral. L'épidémie s'aggrave et menace de toucher d'autres régions. Selon ce rapport, au Nord, le choléra touche plus de 53,3% des districts de santé avec un taux de létalité de 9,9%.

Depuis 1971, date à laquelle les premiers cas de maladie ont été notifiés (2000 cas), l'incidence de la maladie est en nette croissance au fil des périodes épidémiques (4 000 cas en 1991, 5 786 cas en 1996, 8 000 cas en 2004, 10 759 cas en 2010, 23 152 cas en 2011). Les régions les plus sensibles étant le Littoral et la zone Septentrionale (Extrême-Nord, Nord et Adamaoua). De même, entre 2004 et 2013, la répartition géographique des cas de choléra au Cameroun est centrée sur les régions frontalières du Tchad et du Nigeria. Le Cameroun a donc été affecté par des épidémies transfrontalières en provenance des pays voisins notamment du Nigeria, du Tchad et de la RDC. Le pays a enregistré deux cycles épidémiques d'une durée de deux à trois années (1996-1998 et 2010-2011) avec des périodes inter-épidémiques entre fin novembre et début mars.

❖ Epidémie de Poliomyélite

Le 29 mai 2019, le Ministère de la Santé Publique du Cameroun dans son communiqué publié ce jour parle « *de la survenue d'une nouvelle épidémie de poliomyélite suite à la confirmation d'un cas de poliovirus de type 2 détecté dans des prélèvements effectués dans l'environnement à Mada* ». Située dans la région de l'Extrême-Nord, Mada est une zone frontalière avec le Tchad et le Nigeria. La découverte de ce cas constituait, selon le gouvernement, « *une urgence de santé publique* ». Les autorités ont annoncé avoir pris « *les mesures qui s'imposent* », dont « *l'organisation de campagne de vaccination de riposte* ». Objectif : « *stopper dans les 90 jours la transmission du virus au sein de la population sur toute l'étendue du territoire national* ». Le Cameroun avait pourtant été déclaré exempt de poliomyélite en 2015, selon le ministère. Selon une source au ministère. « *Le problème est qu'il s'agit d'une zone où l'on enregistre des mouvements transfrontaliers importants de populations, et quelques fois, de refus de vaccin* ».

On note de ce fait des mouvements des populations très important entre ces deux pays du fait de la porosité de la frontière soit d'une longueur totale de 1094 km.

❖ Epidémie du nouveau coronavirus

La pandémie de Covid-19 survient au Cameroun lorsque le premier cas est confirmé le 6 mars 2020. Au 7 avril 2020, le pays compte 730 cas, 60 personnes guéries et 10 décès. À la date du 31 mai 2020, la situation épidémiologique du coronavirus au Cameroun fait état de 239 nouveaux cas positifs soit un total de 6 143 cas confirmés pour 197 décès.

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

1.2. Justification du choix de l'étude

La recherche en sciences de la santé et particulièrement dans le domaine de l'épidémiologie est un exercice qui nécessite une attention très particulière et un esprit critique. De ce fait, plusieurs raisons peuvent justifier le choix d'un sujet de recherche. Nous présenterons dans cette sous-section, les raisons personnelles et les raisons scientifiques d'un tel choix.

1.2.1. Considérations générales sur le sujet

Dans un contexte de nouvelles menaces sanitaires telles que le nouveau coronavirus encore appelé Covid-19, Ébola, le Choléra, les risques nouveaux dits émergents pour la santé, il n'est pas inutile de s'interroger sur les fondements des politiques et stratégies sanitaires. Avec les mouvements de population, les frontières poreuses, les menaces d'échanges d'hommes, des marchandises mais aussi avec un risque élevé d'apparition des phénomènes et événements nouveaux qui impactent le bien-être des populations, ce thème « *Défis de la sécurité sanitaire en zone CEMAC à la frontière Cameroun-Tchad* », vient mettre en exergue les problèmes auxquels les pays de la CEMAC tels que le Cameroun et le Tchad pourraient être confrontés.

C'est dans ce cadre qu'un accent est mis de plus en plus sur la sécurité globale qui prend en compte la sécurité sanitaire individuelle des Etats, le développement des échanges et de coopération tant en mettant l'accent sur les unions régionales et sous régionales.

1.2.2. Justification personnelle

La sécurité sanitaire est un des problèmes préoccupants en santé publique. Le monde devenu planétaire, les populations sont de plus en plus mobiles, interdépendant et interconnecté ce qui offre des opportunités pour la propagation rapide des risques et des maladies. En outre, le monde assiste à la résurgence et l'extension géographiques de quelques maladies infectieuses épidémiques anciennes telles que le choléra au Pérou et au Cameroun, l'émergence de nouveaux agents infectieux comme la fièvre hémorragique d'Ebola en République Démocratique du Congo. Nous sommes dans un monde en perpétuelle évolution avec la population humaine, animale et microbienne.

C'est ainsi qu'au cours de notre d'imprégnation académique au Tchad dans le District Sanitaire de N'Djamena Est (DSNE), nous avons observé un flux important des échanges migratoires à la frontière terrestre Cameroun-Tchad. Ceci pourrait entraîner des maladies n'existant pas de part et d'autre. En effet, ces différents mouvements n'étaient pas régulés pour ce qui est du contrôle sanitaire le long de la frontière. D'où l'intérêt de nous interroger sur les défis de la sécurité sanitaire à cette frontière.

Il en est de même des faibles mesures de contrôle au niveau sanitaire à l'Aéroport International de Nsimalen (Yaoundé). En effet, sachant que nous nous rendions dans une zone endémique de fièvre jaune, nous étions sensé être contrôlé ne serait-ce que pour la vaccination contre cette maladie. À l'Aéroport International Hassan Djamous, les mêmes faiblesses de

contrôle sanitaire sont observées. Du fait donc de la sensibilité du sujet, la question de sécurité sanitaire des hommes et des animaux n'est pas très facile à aborder. La confrontation à ces différentes situations a également motivé le choix de ce thème.

1.2.3. Justification scientifique

La crise d'épidémie d'Ebola débutée fin 2013 en Afrique de l'Ouest a constitué un moment décisif sur la façon de réfléchir. Le bilan de cette crise en Afrique de l'Ouest est en effet particulièrement lourd. En effet, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a comptabilisé 28 000 cas et plus 11 300 décès entre décembre 2013 et janvier 2016, soit près de sept fois plus de décès en 25 mois que depuis l'apparition de la maladie en 1976. Selon la Banque Mondiale (BM), les pertes estimées en termes de produit intérieur brut (PIB) de l'épidémie d'Ebola s'élèvent à 2,2 milliards pour les 3 pays touchés (OMS, 2014).

En outre, depuis le mois de mai 2018, le Cameroun fait face à une épidémie de choléra. En effet, le Cameroun, pays d'Afrique Centrale, n'est pas en reste face à cette recrudescence des cas de choléra, avec une population de 24 863 337 habitants en 2018 (OMS, 2018). Les régions les plus sensibles étant le Littoral et la zone Septentrionale (Extrême-Nord, Nord et Adamaoua). De même, entre 2004 et 2013, la répartition géographique des cas de choléra au Tchad est centrée sur les régions frontalières du Cameroun, du Niger et du Nigeria. Un tiers (29,6 %) des cas totaux de cholera a été enregistré dans la région de N'Djaména, un quart (24,3 %) dans les régions limitrophes au lac Tchad (Lac, Hadjer-Lamis) et un tiers (29,5 %) dans les régions riveraines du Logone (Chari-Baguirmi, Mayo-Kebbi Est, Mayo-Kebbi Ouest). Les régions du Guera (6,4 %) et de la Tandjile (4,7 %) sont affectées, dans un second temps, par des épidémies de moindre ampleur.

1.3. Problème

Les maladies sont les seuls « *citoyens* » qui traversent les frontières sans passeport ni carnet de vaccination. De ce fait, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) aide les pays à développer les capacités dont ils ont besoin en matière de santé publique au niveau des portes d'entrées (les ports, les aéroports) et les postes-frontières. Les mesures mises en place à travers le RSI ont pour but de limiter la propagation des risques pour la santé publique, tout en évitant de créer des entraves inutiles au trafic et au commerce international. L'OMS soutient ses pays membres à travers des formations et des exercices de simulation sur le terrain. Les Etats membres ayant adopté le RSI ont pour obligation d'améliorer les capacités de détection

et de riposte pour les événements de santé publique des pays aux frontières. À cet effet, ils devront assurer la surveillance épidémiologique, biologique et renforcer les mesures de contrôle de l'infection aux frontières.

Il est à noter que la plupart des frontières de la zone CEMAC ne mettent pas toujours en application les recommandations du RSI. Les pays sont de ce fait exposés à diverses menaces telles que les épidémies régulières de choléra, de Rougeole (...). La porosité des frontières est due aux faiblesses du système de contrôle à la frontière. Ce phénomène est très accentué au niveau de la frontière Cameroun-Tchad d'une longueur totale de 1094 km.

1.4. Problématique

Notre étude portant sur les défis de la sécurité sanitaire en zone CEMAC à la frontière Cameroun-Tchad s'inscrit dans le sillage de la santé publique, plus précisément dans le domaine de l'Epidémiologie, dont l'objet est l'étude de la distribution des phénomènes morbides dans une population et le rôle des facteurs qui la déterminent. Selon l'OMS (2002), la santé publique représente « *l'ensemble des efforts par des institutions publiques dans une société pour : améliorer, promouvoir, protéger et restaurer la santé de la population grâce à une action collective* ».

L'épidémiologie se caractérise par un ensemble de méthodes de recherche qui peuvent être appliqués à des domaines aussi variés que la santé publique, la sociologie, la médecine clinique ou l'évaluation des services de santé. Sa spécificité est d'être populationnelle et non individuelle, de promouvoir et mettre en œuvre une vision globale et de proximité de la santé.

L'épidémiologie vise à quantifier l'état de santé des populations, permettant ainsi :

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

Selon Quivy et *al*, (1995) cité par Nkoum (2019 : 80), la problématique est « *l'approche ou la perspective théorique qu'on décide d'adopter pour traiter le problème posé par la question de départ* ».

Beaud (1988) cité par Oumba (2007), quant à lui, définit la problématique comme « *l'ensemble construit, autour d'une question principale, des hypothèses de recherche et des lignes d'analyse qui permettront de traiter le sujet choisi* ». La problématisation du sujet consistera à faire ressortir la question centrale qui en découle.

Alors, la perception holiste des problèmes de sécurité sanitaire s'impose à tous sur des thématiques universelles. Ainsi, les Etats de la CEMAC en particulier le Cameroun et le Tchad doivent les prendre en considération. Pour ce faire, la question fondamentale qui se pose, dans le cadre de cette réflexion, est celle de savoir : *Quels sont les défis de la sécurité sanitaire en zone CEMAC à la frontière Cameroun-Tchad ?*

Des premiers travaux tentés en Angleterre au XVII^e siècle au scientisme du XIX^e, l'histoire de l'épidémiologie est déjà longue. Aux confins de la médecine, de l'astronomie, de la mathématique, de la statistique, mais aussi de la philosophie, elle s'impose comme une science singulière, riche en polémiques comme en enjeux sociétaux. On peut certes invoquer Hippocrate comme père de l'épidémiologie, puisque, dans son *Traité des airs, des eaux et des lieux* (400 av. J.-C.), il cherchait déjà des déterminants environnementaux, et non pas seulement individuels, aux maladies. Mais si l'on admet ne parler d'épidémiologie en tant que science qu'à partir du moment où des schémas observationnels (enquêtes, registres, études), expérimentaux (essais thérapeutiques comparés) et théoriques (modèles populationnels) sont employés, avec des méthodes de recueil et d'analyse des données adaptées, c'est au XVII^e siècle que l'on voit apparaître en Angleterre les premiers travaux qui seraient classés aujourd'hui comme épidémiologiques. L'épidémiologie est un domaine de la santé publique en tant que discipline scientifique dont l'objet est l'étude de la distribution des problèmes de santé dans une population et le rôle des facteurs qui la déterminent. Vue comme science et discipline de synthèse, elle emprunte cependant une part de ses méthodes à d'autres sciences telle que la bio statistique, l'épidémiologie, la biologie, la médecine, les sciences sociales et économiques, la recherche opérationnelles. L'épidémiologie permet de recueillir, interpréter, utiliser l'information sur les problèmes de santé. Ses objectifs sont la promotion de la santé et la réduction des problèmes de santé. Pour cela, il faut surveiller l'état de santé pour : détecter une épidémie ; identifier une nouvelle maladie ; décrire les risques auxquels est exposée une population dans un environnement donné ; Rechercher les causes des affections ; Evaluer l'importance d'un problème ; Formuler des hypothèses et les vérifier ; Evaluer les soins (techniques diagnostiques et de dépistage, traitement, programmes de santé publique) ; Evaluer les progrès grâce à la chute de la mortalité ou de la morbidité.

Les démarches épidémiologiques en santé tentent donc de comprendre les problèmes de santé de territoire avec l'ensemble des acteurs concernés, à savoir ceux qui travaillent (les professionnels), ceux qui militent (les élus, les associations) et ceux qui vivent (les habitants)

sur ce territoire, entre eux, chacun participant à l'œuvre commune tout en privilégiant ses intérêts spécifiques. Elle nécessite deux démarches ou approches complémentaires :

Pour endiguer ces éventuelles épidémies, de nombreux pays ont pris un certain nombre de mesures ; c'est le cas de la Côte d'Ivoire où l'Etat a mis en place plusieurs postes sanitaires frontaliers terrestres et aéroportuaires. En effet, les postes sanitaires frontaliers de Danané et de Touba, inaugurés par Bénie Bi Vroh, Directeur de l'Institut National de l'Hygiène Publique (INHP), fonctionnent en plein temps. « *A ces différents postes frontaliers, se déroulent des mouvements de personnes, de colis mais aussi de bétail soumis à des contrôles sanitaires en plus des contrôles de la douane* », a fait savoir, le lundi 6 février 2017, Obio Ouraga Mathias, Coordonnateur du contrôle sanitaire aux frontières terrestres et aéroportuaires de l'INHP, lors d'un atelier de formation des agents des antennes INHP aux postes frontaliers. Selon lui, « *Il s'agit d'harmoniser les procédures de contrôles, en se conformant aux règles internationales sanitaires, afin que nos collaborateurs travaillent conformément aux normes juridico-sanitaires en vigueur* ». Il poursuit en disant que l'institut a pour mission de traquer toutes les maladies à tendance épidémique : choléra, fièvres hémorragiques, la grippe et autres aux frontières sans entraver inutilement le trafic. De plus, lorsqu'un cas est décelé, la personne est mise en quarantaine pour les contrôles médicaux. D'après lui, c'est l'épidémie de la fièvre à virus Ebola qui a ouvert les yeux aux agents de l'INHP et qui a permis de renforcer les contrôles.

La surveillance épidémiologique est un volet important dans le processus de prévention des crises de santé publique. Elle renferme des enjeux économiques, socio-sanitaires, et heuristiques certains (Ndibi, 2019). En outre, nous pouvons dire que la collaboration multisectorielle revêt une importance dans la prévention des crises sanitaires aux frontières. Au regard de tout ce qui précède, l'on est amené à se poser des questions de savoir quels sont réellement les défis de la sécurité sanitaire que rencontrent les pays de la zone CEMAC? Quels sont les moyens mis en œuvre à la frontière Cameroun-Tchad afin de garantir la sécurité sanitaire ?

Au regard des problèmes rencontrés par la sécurité sanitaire dans les Postes Sanitaires aux Frontières (PSF) de la zone CEMAC et particulièrement ceux de la frontière Cameroun-Tchad, il nous a paru nécessaire d'apporter notre modeste contribution à toutes les

connaissances relatives aux défis auxquels pourraient faire face ces pays ainsi que les différentes mesures à prendre pour endiguer ces possibles menaces.

1.5. Questions de recherche

1.5.1. Question de recherche centrale

Quel est le défi de la sécurité sanitaire en zone CEMAC à la frontière Cameroun-Tchad?

1.5.2. Questions spécifiques

- Quels sont les moyens (Humains, Financiers et Matériels) mis en œuvre dans le cadre de la sécurité sanitaire à la frontière Cameroun-Tchad ?
- Quels sont les mécanismes de surveillance épidémiologique mis en place à la frontière Cameroun-Tchad ?
- Quelles sont les méthodes d'évaluation de risque et de danger existant à la frontière Cameroun-Tchad ?

1.7. Objectifs de recherche

1.7.1. Objectif général

L'objectif de cette étude est de déterminer les mesures mises en œuvre au niveau de la frontière Cameroun-Tchad afin de garantir la sécurité sanitaire des populations locales.

1.7.2. Objectifs spécifiques ou secondaires

- Décrire les moyens (humains, financiers et matériels) mis à disposition pour garantir la sécurité sanitaire à la frontière Cameroun-Tchad.
- Définir le système de surveillance épidémiologique mis en place à la frontière Cameroun-Tchad ;
- Explorer les méthodes d'évaluation des risques et du danger à la frontière Cameroun-Tchad ;

1.8. Intérêt de l'étude

Notre étude sur les défis de la sécurité sanitaire en zone CEMAC à la frontière Cameroun-Tchad revêt un triple intérêt : Personnel, scientifique et pratique.

1.8.1. Intérêt théorique

Les informations nouvelles ou complémentaires qui résulteront de cette recherche pourraient constituer de base factuelle ou de bréviaire pour les prochaines recherches dans le domaine de la sécurité sanitaires des hommes et même des animaux car de plus en plus l'on parle de « *one health* ».

1.8.2. Intérêt pratique

Sur le plan pratique, les résultats de cette étude permettront de renforcer les stratégies d'interventions et de riposte en matière de sécurité sanitaire des hommes à la frontière. Ceci contribuera également à l'atteinte de l'Objectif de Développement Durable 3 (ODD 3) à savoir bonne santé et bien-être dont le but est d'améliorer la santé publique. Les résultats obtenus pourront fournir des informations factuelles utiles pour la prise des décisions en matière de sécurité sanitaire aux frontières terrestres.

1.8.3. Sur le plan personnel

Cette étude nous permettra d'apporter notre contribution dans l'amélioration de la surveillance épidémiologique et de la riposte en cas d'une éventuelle épidémie ou d'un évènement de santé publique au niveau de la zone frontalière Cameroun-Tchad.

1.8.4. Sur le plan scientifique

- Ce travail permettra de mettre en évidence l'ensemble des menaces dans la zone CEMAC à la frontière Cameroun-Tchad et de présenter les instruments et mécanismes fonctionnels en matière de prévention, de gestion et de lutte contre les menaces et d'en présenter si possible les limites de ces instruments.
- En outre, la problématique que nous abordons ici constituerait un apport scientifique qui pourrait être exploité par les principaux acteurs impliqués et engagés dans le processus de lutte contre les menaces liées à la sécurité sanitaire. Cet apport scientifique consiste à présenter les menaces liées à la sécurité de l'individu dans l'espace CEMAC particulièrement à la frontière Cameroun-Tchad, ensuite à mesurer le degré de riposte à travers les actions des Etats membres de l'Institution et à en donner quelques pistes de lutte efficace.

1.8.5. Sur le plan du développement

Ce travail est un état des lieux de l'action des Etats de la Communauté Economique et Monétaire de l'Afrique Centrale (CEMAC) dans le processus de lutte contre les menaces, ou du moins, de faire face aux défis de la sécurité sanitaire, car il donne des informations sur les actions de ces Etats allant dans le sens de la prévention de la propagation internationale des maladies. La connaissance des instruments du RSI (2005) dans la propagation internationale des maladies, risques de santé publique et urgences de santé publique compris la Communauté Economique des Etats de l'Afrique Centrale et de la Communauté Economique et Monétaire de l'Afrique Centrale en matière de la sécurité sanitaire. Nous ne nous limiterons pas à un constat, mais nous proposerons des pistes pour améliorer l'efficacité des interventions pour la sécurité sanitaire en zone CEMAC à la frontière Cameroun-Tchad avec pour objectif de permettre aux décideurs des deux pays concernés, les Organisations sous régionales à savoir l'OCEEAC qui est considérée comme le Ministère de la Santé des pays de la CEMAC, et l'OMS, qui œuvrent dans ce domaine d'avoir une certaine lisibilité sur la question.

Ainsi, cette recherche pourra servir d'aide à la décision pour les autorités de la sous-région et pour tous les acteurs nationaux des Etats concernés chargés de questions de la sécurité sanitaire afin de mieux orienter leurs diverses activités dans le domaine. Aussi, cette étude est une contribution à l'amélioration des conditions de vie de la population de la sous-région et particulièrement ceux de la frontière Cameroun-Tchad. Par ailleurs, cette recherche pourra inspirer les générations futures pour leurs divers travaux de recherche sur la sécurité sanitaire.

Ces précisions faites sur l'intérêt qu'elle suscite, l'étude portant sur « **les défis de la sécurité sanitaire en zone CEMAC à la frontière Cameroun-Tchad** » pose une problématique certaine dont il conviendra de rechercher.

CHAPITRE 2

REVUE DE LA LITTÉRATURE, CADRE CONCEPTUEL ET THÉORIQUE

Ce chapitre présente les différents travaux scientifiques, les publications et revues scientifiques qui touchent traitent principalement de la sécurité sanitaire aux frontières des Etats. En outre, il sera question de présenter la ou les théorie (s) qui a (ont) été mobilisée (s) pour expliquer les défis de la sécurité sanitaire sur les mesures d'interventions et de riposte à la frontière d'une part, et les différents concepts de notre étude d'autre part.

2.1. Revue de la littérature

Elaborer une revue de littérature permet de faire l'état de la question traitée. Il s'agit d'un tour d'horizon de la doctrine relative au domaine de l'étude entreprise de sorte que l'on puisse situer celle-ci dans la continuité de ce qui a déjà été traité, ou tout simplement appréhender son originalité et sa nouveauté. En effet, selon Nkoum (2019 :78), « *la revue de la documentation scientifique est l'étape la plus exigeante de l'exploration car elle c'est à cette section où le chercheur consacre la grande partie de son temps et de son énergie* ».

Dans le cadre du thème que nous abordons sur la sécurité sanitaire, plusieurs écrits ont fait l'objet de publication dont quelques-uns ont retenu notre attention et nous voulons nous inscrire dans cette continuité mais avec une certaine particularité.

Plus qu'un concept, la sécurité sanitaire dissimule des approches et des outils nouveaux qui sont mis à la disposition de la communauté internationale. Toutefois, l'importance grandissante qu'elle présente aujourd'hui dans les mouvements des populations aux frontières, appelle une clarification de son sens réel.

Ainsi, dans son document sur le Règlement Sanitaire International et sa contribution à la sécurité sanitaire mondiale, Fernando Gonzalo-Martin, Secrétaire du RSI, montre la première collaboration sur la transmission transfrontalière des maladies infectieuses ainsi qu'un changement de paradigme avec le RSI (2005). En effet, il est question entre autres du contrôle aux frontières à l'endiguement à la source ; de l'émission d'une liste de maladies à toutes menaces de santé publique et enfin de mesures prédéfinies à des réponses adaptées.

L'OMS dans son ouvrage sur la « *Coordination de la surveillance épidémiologique entre points d'entrée et système nationaux de surveillance* », énonce des principes et propositions pour la renforcer par le biais de l'Annexe 1 du Règlement sanitaire international (2005) (ci-après dénommé RSI (2005)) qui exige aux États Parties qu'ils doivent se doter des principales capacités requises pour la surveillance et la réponse des maladies

épidémiologiques. En Octobre 2009, l'OMS à travers la Coordination du RSI dans le document sur l'Outil d'évaluation des principales capacités requises des ports, aéroports et postes-frontières désignés destiné à servir d'outil pour aider les Etats Parties à déterminer les capacités existantes et les besoins en capacités aux points d'entrée lorsqu'ils décident quels sont les aéroports, ports et postes-frontières à désigner aux termes de l'article 20.1 et de l'annexe 1B.

Toutes ces mesures mises en place tant par l'OMS à travers le RSI et les Etats parties ont bien souvent montré leurs limites. C'est la raison pour laquelle, les notes techniques N° 30 parues en mai 2017 sous la coordination d'Adrien Absolu et Jean-Loup Rey sur les « *Urgences et crises sanitaires dans les pays à ressources limitées : de la préparation à la réponse* » montre à suffisance que face à la crise due à la maladie à virus Ebola (MVE) par exemple, il est apparu clair que les gouvernements n'ont pas suffisamment investi dans un système de santé apte à répondre aux crises épidémiques notamment. Pour eux, la préparation des réponses à apporter à ces crises relèvent d'une coordination inter acteurs où chacun doit être conscient de la nécessité d'une coopération opérationnelle sous la responsabilité des Etats.

Du 25 au 29 septembre 2017, au cours de la 29^e conférence sanitaire panaméricaine de la 69^e session du comité régional de l'OMS pour les Amériques, l'accent est mis sur la mise en œuvre et du respect du règlement sanitaire international.

Entre 2014 et 2016, de nombreux pays surtout Ouest Africains ont été sévèrement touchés par l'épidémie de Maladie à virus d'Ebola. Ce qui a nécessité une mise en place des mesures d'urgences. C'est la raison pour laquelle en Aout 2014, le Groupe de la Banque Africaine de Développement (BAD) sous la Coordination de Caroline JEHU-APPIAH, a dans son rapport d'évaluation de projet, présenté comment renforcer la réponse des Systèmes de Santé Publique Ouest-Africain à la crise Ebola (SWAPHS) dont l'objectif est de contribuer aux efforts en cours visant à réduire la morbidité et la mortalité et à rompre la chaîne de transmission de la maladie à virus Ebola (MVE) en renforçant les systèmes de santé publique de la sous-région. Dans le même sens, le 05 novembre 2014, l'OMS, au cours de la Soixante-quatrième session à Cotonou, République du Bénin dans son rapport présente « *l'épidémie de maladie à virus Ebola en Afrique de l'ouest : le point sur la situation et leçons apprises* ». Le présent document fait le point sur la situation actuelle de l'épidémie de MVE, résume sa chronologie et les actions en cours pour l'endiguer, identifie les principaux enjeux et les

leçons apprises, et propose des mesures pour une riposte accélérée et la préparation à l'épidémie.

N'étant pas en reste, l'Afrique Centrale principalement le Cameroun qui fait face à une épidémie de Choléra depuis le mois de mai 2018, dont les premiers cas ont été détectés dans la Région du Nord. Le gouvernement a mis en place « *Le Plan National de réponse à l'épidémie de choléra au Cameroun* » entre Aout et Octobre 2018.

Nous avons également parcouru un certain nombre d'articles de revue dont une enquête faite par Iserte en 2008 en « *zone d'attente réservée* » de l'aéroport de Paris-Charles de Gaulle : vers une gestion sécuritaire des « flux migratoires » avec pour objet de décrire certaines procédures du dispositif de contrôle migratoire relatives à l'entrée sur le territoire français et au transit en zone dite « internationale » des étrangers, telles que mises en œuvre dans la zone d'attente du site aéroportuaire de Paris-Charles de Gaulle. En outre « *Épidémies, santé et ordre mondial. Le rôle des organisations sanitaires internationales, 1903-1923* » de Paillette Céline nous apprend qu'à l'aube du XX^e siècle, la concrétisation du projet d'une union sanitaire universelle parachève l'œuvre de coopération menée depuis 1851 contre les épidémies. À partir de 1907, l'Office international d'hygiène publique de Paris ambitionne de conduire les affaires sanitaires internationales, entre paix et guerres.

Catherine Wihtol de Wenden en 2014 dans son livre sous la forme d'une interrogation « *Faut-il ouvrir les frontières ?* » paru aux Editions Presses de Sciences Po, reconnaît la mobilité comme un facteur essentiel de développement humain, les deux tiers des habitants de la planète ne peuvent circuler librement. Quant aux pays traditionnels d'immigration, ils ont fermé leurs portes, si ce n'est bâti des murs pour se protéger des migrants.

Quant à Céline Paillette en 2012, dans son article publié dans les Cahiers Irice « *L'Europe et les organisations sanitaires internationales. Enjeux régionaux et mondialisation, des années 1900 aux années 1920* », elle montre que ce n'est qu'au milieu du XIX^e siècle, que la conscience d'un risque commun et d'une vulnérabilité partagée conduit onze États européens et l'Empire ottoman à inaugurer la première conférence sanitaire internationale qui s'ouvre à Paris en 1851.

2.2. Cadre Théorique

Selon Nkoum (2019), un cadre théorique est un ensemble de connaissances, concepts, théories, références qui permettent de décrire, d'expliquer et d'analyser la question de recherche ou l'hypothèse énoncée. En effet, selon Depelteau (2000) cité par Nkoum en 2019, le choix d'une théorie dépend surtout de la pertinence de celle-ci par rapport à la réalité soumise à l'étude, c'est-à-dire celle qui paraît répondre le mieux à la réalité étudiée.

Nous savons donc qu'une théorie est un ensemble d'idées servant à faire comprendre un phénomène donné. De nombreuses théories ont été développées par des chercheurs dans l'optique de comprendre et expliquer les comportements humains. Il s'agira donc pour nous d'explicitier le cadre théorique dans lequel nous avons inscrit notre programme de recherche et notre démarche. En raison de la nature de notre objet d'étude, situé à l'intersection de plusieurs disciplines et de plusieurs échelles d'analyse, nous avons privilégié une approche combinatoire pour ce travail. En effet, la sécurité sanitaire, s'avère complexe dans le cadre de notre travail du moment où le concept même fait face au problème de sa théorisation.

Dans le cadre de notre étude, dans le souci de mieux faire comprendre les défis de la sécurité sanitaire à la frontière Cameroun-Tchad, nous avons fait appel à trois théories à savoir (i) la théorie du chaos ou encore théorie de l'effet papillon et (ii) la théorie des biens communs.

2.2.1. La Théorie du chaos ou théorie de l'effet papillon

L'« effet papillon » est une expression qui résume une métaphore concernant le phénomène fondamental de sensibilité aux conditions initiales de la théorie du chaos. La formulation exacte qui en est à l'origine fut exprimée par Edward Lorenz lors d'une conférence scientifique en 1972, dont le titre était : « *Le battement d'ailes d'un papillon au Brésil peut-il provoquer une tornade au Texas ?* »

En 1972, le météorologue Edward Lorenz fait une conférence à l'American Association for the Advancement of Science intitulée : « Predictability: Does the Flap of a Butterfly's Wings in Brazil Set off a Tornado in Texas? », qui se traduit en français par : « Prédicibilité : le battement d'ailes d'un papillon au Brésil peut-il provoquer une tornade au Texas ? »

Lorenz explique: « De crainte que le seul fait de demander, suivant le titre de cet article, « Un battement d'ailes de papillon au Brésil peut-il déclencher une tornade au Texas ? », fasse

douter de mon sérieux, sans même parler d'une réponse affirmative, je mettrai cette question en perspective en avançant les deux propositions suivantes :

Si un seul battement d'ailes d'un papillon peut avoir pour effet le déclenchement d'une tornade, alors, il en va ainsi également de tous les battements précédents et subséquents de ses ailes, comme de ceux de millions d'autres papillons, pour ne pas mentionner les activités d'innombrables créatures plus puissantes, en particulier de notre propre espèce ;

Si le battement d'ailes d'un papillon peut déclencher une tornade, il peut aussi l'empêcher. Si le battement d'ailes d'un papillon influe sur la formation d'une tornade, il ne va pas de soi que son battement d'ailes soit l'origine même de cette tornade et donc qu'il ait un quelconque pouvoir sur la création ou non de cette dernière. »

Edward Lorenz travaillait sur des problèmes de prédictibilité, à savoir, des prévisions météorologiques grâce à des systèmes informatiques. D'après les lois déterministes — également dites prévisionnistes — créées par Galilée et développées par Isaac Newton selon lequel les conditions initiales permettraient de déterminer l'état futur d'un système grâce à la mise en place d'une nouvelle technique mathématique, le calcul différentiel alors en vigueur, toute action X aurait des conséquences Y prévisibles grâce à des formules mathématiques, pourvu que les fonctions lipschitziennes en cause fussent continûment dérivables (il n'était pas question par exemple de prévoir le mouvement d'un chat par ce moyen). Lorenz a incorporé, en 1963, le fait que des variations infimes entre deux situations initiales pouvaient conduire à des situations finales sans rapport entre elles.

Il affirma ainsi qu'il n'était pas envisageable de prévoir correctement les conditions météorologiques à très long terme (par exemple un an), parce qu'une incertitude de 1 sur 10^6 lors de la saisie des données de la situation initiale pouvait conduire à une prévision totalement erronée. Or : d'une part, ces incertitudes sont inévitables, et d'autre part, l'homme ne peut pas prendre en compte tous les éléments qui constituent son environnement, surtout lorsqu'il s'agit de variations infimes. Les utilisateurs des prédictions météo à 5 jours sur Internet peuvent aujourd'hui se rendre compte de la volatilité des prédictions à mesure de l'écoulement des jours.

Dans l'exemple de Lorenz, un météorologue ne penserait pas forcément à prendre en compte les variations du courant d'air provoquées par le battement d'ailes d'un papillon. Son idée de

« non infailibilité du système prévisionnel », théorisé sous la forme de « l'effet papillon », rappelle qu'il existe au moins une différence entre le déterminé et le déterminable.

Des travaux récents ont montré que la modélisation de l'atmosphère n'est pas affectée par l'effet papillon, car un effet minime est « noyé » et oublié sans incidence perceptible pour la totalité

Le battement d'ailes d'un papillon au Brésil peut-il provoquer une tornade au Texas ? Cela reste à vérifier. Mais le coronavirus offre une démonstration terrifiante de la théorie du chaos.

En effet, l'irruption d'un virus dans un marché aux fruits de mer de Wuhan, on l'a vu, a pu provoquer la fermeture des écoles en Italie, l'annulation du semi-marathon de Paris, un krach boursier mondial et une pénurie de papier toilette en Australie. Le coronavirus a prouvé que nous sommes comme des pièces de dominos : il en suffit d'un qui vacille pour faire tomber tous les autres. Un monde dans lequel la santé des individus et celle du public semblent de plus en plus interconnectées.

En quelques semaines, la propagation exponentielle du virus a démontré la porosité de nos frontières, notre interdépendance mondiale. À l'échelle individuelle, aussi, nous sommes dépendants des autres, de leur vigilance face à cette crise sanitaire. On trouve aussi dur d'éviter les déplacements transfrontaliers que de ne plus se serrer la main, ou faire la bise à un ami. Pourtant, pour mettre fin à ces cas de Covid-19 en cascade, une seule solution c'est de s'isoler.

Aux quatre coins du globe, les pays ont fermé progressivement les écoles et universités, les cafés, les restaurants puis les commerces non-essentiels. Pendant ces moments de confinement total ou partiel d'un pays à l'autre, les gens étaient invités à limiter au maximum les contacts et la vie sociale. Des mesures de confinement inédites sont en vigueur.

Selon la théorie du chaos, le battement d'ailes d'un papillon au Nouveau-Mexique peut provoquer un ouragan en Chine. Mais les dominos qui continuent de tomber après l'apparition du Covid-19 (coronavirus) n'ont rien du caractère imprévisible de l'effet papillon. L'explication qui se dessine est en réalité bien connue : il s'agit des conséquences dramatiques que peut avoir l'interconnexion des activités humaines.

2.2.2. La Théorie la théorie des biens communs

Il s'agit ici de partir de la définition d'un bien commun au sens de la typologie de Samuelson (Samuelson, 1954) qui est à la base des travaux d'Ostrom sur les ressources communes (CPR, « common pool resource »). La typologie des biens en économie est basée sur la notion de rivalité dans la consommation et d'exclusion d'usage. Les biens communs correspondent à des ressources partagées par une communauté d'utilisateurs. Deux types d'externalités négatives peuvent être générés par la gestion de la ressource commune (Ostrom *et al.* 1994). La première concerne l'appropriation des flux tirés de cette ressource. Un défaut de coopération entre les utilisateurs peut conduire à sa surexploitation. En effet, chacun des utilisateurs profite pleinement de la quantité prélevée de la ressource mais ne supporte qu'une partie du coût du prélèvement. L'exemple classique est celui décrit par Gordon (1954) relatif à une population homogène de pêcheurs et caractérisé par un nombre excessif de bateaux de pêche. La seconde externalité concerne la production du bien commun, c'est-à-dire la gestion du stock de la ressource. Si chaque utilisateur contribue à la fourniture de la ressource comme l'entretien de canaux d'irrigation, la surveillance pour empêcher les empiétements ou l'utilisation de filets à large maille dans les pêcheries, il n'en retire qu'un bénéfice partiel.

Le réchauffement climatique est un exemple de la tragédie des biens communs. Il est dû principalement à l'augmentation dans l'atmosphère des émissions de dioxyde de carbone depuis la révolution industrielle et aux émissions de méthane, causées par les élevages. Selon le Groupe intergouvernemental sur l'évolution du climat (GIEC), l'origine anthropique du réchauffement climatique ne fait aucun doute, ce qui appelle une nécessaire réduction des émissions de gaz à effet de serre. Si la lutte contre le réchauffement climatique présente les caractéristiques de non-exclusion et de non-rivalité, elle ne correspond pas pour autant à un bien public national. Un pays ne peut lutter à lui seul contre le réchauffement climatique. Par conséquent, la solution classique d'intervention étatique qui vise à décider d'une politique centralisée pour fournir le bien et d'un financement par le biais de la taxation n'est pas appropriée. Kindleberger (1986) définit les biens publics mondiaux comme « l'ensemble des biens accessibles à tous les États qui n'ont pas nécessairement un intérêt individuel à les produire ». Si chaque pays a un intérêt à ce que le réchauffement climatique soit limité, chacun préférerait que le coût soit supporté par les autres, engendrant de fait un comportement de passager clandestin. Si le climat est un bien commun, la lutte contre le réchauffement climatique revêt donc les caractéristiques d'un bien public mondial. En l'absence de

régulateur supranational bienveillant, une coordination entre les États est nécessaire, ce qui implique que 195 pays plus l'Union européenne se mettent d'accord sur des objectifs, voire des moyens. Depuis le Sommet de la Terre à Rio de Janeiro en 1992, les pays se réunissent régulièrement. De la première conférence des parties (COP) à Berlin en 1995 à la COP22 à Marrakech, 22 négociations se sont succédé, avec des approches et efficacités contrastées, ce qui atteste de la difficulté de la tâche. Les premiers accords peuvent être assimilés à une approche descendante ou « top down ». Il s'agissait d'engagements décidés collectivement et appliqués au sein des différents pays. Lors de la conférence de Rio, les pays ont adopté la convention Climat qui est le socle de la coopération internationale sur le climat. Elle reconnaît la responsabilité des pays industrialisés dans l'augmentation des émissions de gaz à effet de serre (GES) mais également le droit des pays pauvres à se développer. Un premier engagement avait été pris, celui de ramener en 2000 les niveaux des émissions de GES à celui atteint en 1990. Toutefois, les résultats attendus de cette première étape sont rapidement apparus comme insuffisants. En 1997, le protocole de Kyoto a été adopté avec l'objectif plus ambitieux de réduire de 5.2 % les émissions de GES des pays industrialisés par rapport au niveau atteint en 1990, et ce entre 2008 et 2012. Cet objectif a été décliné au niveau des pays. Par exemple, l'Union européenne a été volontariste en prenant un engagement d'une réduction de 8 % par rapport à 1990. Le protocole revêt un caractère juridiquement contraignant. Les pays qui ont ratifié l'accord (191 pays, les États-Unis n'ayant pas ratifié) et qui ne respectent pas leurs obligations peuvent être sanctionnés. Enfin, le protocole prévoit des moyens de mise en œuvre, s'appuyant largement sur l'usage des instruments économiques. Ainsi, un marché international de GES a été retenu. Il s'agit d'aider les pays à atteindre leur objectif environnemental en minimisant leur coût de réduction des émissions. Depuis 2008, les pays sont donc autorisés à échanger des quotas de carbone. Deux autres procédures ont été utilisées : le mécanisme de développement propre (MDP) et la mise en œuvre conjointe (MOC). Ces derniers s'adressent aux entreprises : par le premier (second), une entreprise d'un pays industrialisé peut financer des projets de réduction des émissions dans un pays en développement (pays en transition), obtenant ainsi des quotas qu'elle pourra utiliser ou revendre sur les marchés. Malgré des questions d'additionnalité des projets, ces mécanismes peuvent théoriquement réaliser l'efficacité économique tout en aidant le développement des pays par le biais indirect de transferts de technologie.

Les pays peuvent ensuite respecter leur engagement par le biais de politiques nationales reposant sur des approches réglementaires ou des instruments de flexibilité tels que des taxes pigouviennes, des subventions ou des marchés de permis de pollution. Par exemple, l'Union européenne a choisi de mettre en place un marché de quotas carbone dès 2005, le Système communautaire échange de quotas d'émission (SCEQE). Il couvrait en 2009 plus de 10 000 installations des secteurs énergétique et industriel collectivement responsables de près de 40 % du total des émissions de gaz à effet de serre de l'Union européenne. Si la première phase d'apprentissage (2005-2007) a été critiquée en raison des plans nationaux d'allocation des quotas (PNAQ) trop généreux de la part des pays, ce marché européen est aujourd'hui le plus grand marché de quotas au monde et fait figure d'exemple dans la lutte contre le réchauffement climatique.

Puisque le monde dans lequel nous vivons et pour lequel vit le droit est un monde d'hommes, il est impossible d'ignorer la santé lorsqu'il est question de biens communs ou de biens publics mondiaux. Le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) ne l'a pas oublié bien entendu. La situation de la santé dans le monde est aujourd'hui bien connue. Elle nous montre en effet, d'un côté, des besoins en soins et en médicaments non satisfaits dans la plupart des pays au Produit Intérieur Brut faible ou très faible, de l'autre, des pays développés, suréquipés et suralimentés en produits (bien que l'état des choses soit ou devienne de plus en plus contrasté) ; en somme, une répartition inéquitable des biens nécessaires à la santé des populations (Van den Brink, 2007, p. 105). En outre, l'industrie pharmaceutique est motivée essentiellement, pour des raisons économiques et concurrentielles, par la recherche constante de nouveaux traitements. Ces raisons sont aussi sanitaires, l'apparition de résistances de la maladie aux médicaments dits de première ligne oblige à en concevoir de nouveaux, dits de seconde ligne (ainsi en est-il pour les anti-rétroviraux contre le sida). Cette course à l'innovation est génératrice de conflits sur la légitimité de la protection. La propriété intellectuelle augmente le prix d'un médicament¹, mais rémunère les recherches en cours², les droits de propriété « abstraits » jouant dans ce domaine comme dans d'autres un rôle économique fondamental (Muennich, p. 71) : elle est à l'origine du fameux procès avorté de Pretoria en 2001, qui opposa une trentaine de laboratoires pharmaceutiques à L'Etat d'Afrique du Sud souhaitant passer outre la protection par brevet de traitements contre le SIDA, face à une situation sanitaire catastrophique (Jourdain-Fortier, 2006, pp. 631-633).

La santé constitue un domaine dans lequel les notions de bien commun ou de bien public mondial sont particulièrement pertinentes. Il faut cependant préciser de quels biens il est question. A titre d'exemple, le droit français comporte des notions susceptibles de qualifier le droit aux soins (comme droit inaliénable), ou le médicament, objet de propriété intellectuelle comme de propriété « traditionnelle ». Un droit international des biens de santé peut de la même manière être fondé sur un droit d'usage de chacun sur la molécule qui est la même dans le médicament générique et celui de marque. Une procédure d'accès équivalent aux produits, brevetés ou non, pourrait être mise en œuvre par principe dès la découverte, afin de parvenir rapidement à des prix équitables.

En d'autres termes, toutes les ressources appartiennent à tout le monde et il faut par conséquent mieux gérer ces ressources pour que d'autres personnes puisse en bénéficier car la santé un bien commun.

2.3. Clarification conceptuelle ou cadre conceptuel

Avant de voir ce que c'est que la sécurité sanitaire (2.3.2.), il y a lieu de définir les termes du sujet et certains concepts importants (2.3.1.).

2.3.1. Définition des termes et concepts

Etat

La notion de l'Etat, avec E majuscule, est difficile à appréhender. L'Etat est à la fois « une idée et un fait », une abstraction et une organisation. Il n'a pas de réalité concrète, mais sa présence est sensible dans la vie de tous les jours. Le terme lui-même connaît plusieurs acceptions :

- L'Etat, c'est tout d'abord le pouvoir central par opposition aux collectivités locales.
- L'Etat désigne aussi les gouvernants pour les différencier des gouvernés, il évoque les pouvoirs publics dans leur ensemble : « l'Etat est responsable du maintien de l'ordre ».
- Enfin, on appelle Etat une société politique organisée.

Malberg (1999) dans « *La théorie générale de l'Etat* » définit l'Etat comme un territoire sur lequel vit une population donnée, laquelle est dirigée par une puissance publique ou pouvoir politique.

Dans le dictionnaire encyclopédique, on assimile l'Etat à toute entité politique constituée d'un territoire délimité par des frontières, d'une population et d'un pouvoir institutionnalisé. Cependant, il est à noter que toutes les sociétés humaines ne forment pas un Etat. Dans l'analyse classique, on considère qu'il n'en est ainsi que lorsque trois éléments sont réunis : un pouvoir de contrainte, s'exerçant sur une population, et rassemblée sur un territoire.

Les Etats désignés par conséquent dans ce travail indiquent une pluralité d'Etats qui forme un ensemble commun regroupé en forme d'organisations internationales, régionales ou sous régionales.

CEMAC

C'est l'acronyme de la Communauté Economique et Monétaire de l'Afrique Centrale qui est une organisation sous régionale créée le 16 mars 1994 par un Traité constitutif, signé entre six pays d'Afrique Centrale à savoir le Cameroun, le Congo-Brazzaville, le Gabon, la Guinée Equatoriale, la République Centrafricaine et le Tchad.

Défis

Il peut être défini littéralement comme toute provocation dans laquelle on juge l'adversaire incapable de faire quelque chose.

Relatif au domaine de la santé et plus spécifiquement à la manière de protéger la santé publique d'une vaste population, à l'échelle d'un pays par exemple.

Sécurité

Le dictionnaire encyclopédique définit la sécurité comme étant la situation dans laquelle quelqu'un, quelque chose n'est exposé à aucun danger, aucun risque d'agression physique, d'accident, de vol, de détérioration. Dans le domaine sanitaire, l'Institut National de Santé Publique du Québec (**INSPQ**) à travers son Centre d'Expertise et de Référence en Santé Publique définit la sécurité comme un état où les dangers et les conditions pouvant provoquer des dommages d'ordre physique, psychologique ou matériel sont contrôlés de manière à préserver la santé et le bien-être des individus et de la communauté. C'est une ressource indispensable à la vie quotidienne qui permet à l'individu et à la communauté de réaliser ses aspirations. L'atteinte d'un niveau de sécurité optimal nécessite que les individus,

communautés, gouvernements et autres intervenants, créent et maintiennent les conditions suivantes, et ce, quel que soit le milieu de vie considéré :

- Un climat de cohésion et de paix sociale ainsi que d'équité protégeant les droits et libertés, tant au niveau familial, local, national qu'international ;
- La prévention et le contrôle des blessures et autres conséquences ou dommages causés par des accidents ;
- Le respect des valeurs et de l'intégrité physique, matérielle ou psychologique des personnes ;
- L'accès à des moyens efficaces de prévention, de contrôle et de réhabilitation pour assurer la présence des trois premières conditions.

Ces conditions peuvent être garanties par des actions sur l'environnement (physique, social, technologique, politique et économique, organisationnel, etc.) et sur les comportements.

Source : Centre collaborateur OMS du Québec pour la promotion de la sécurité et la prévention des traumatismes, *WHO Collaborating Centre on Community Safety Promotion, Karolinska Institute*, Organisation mondiale de la Santé, Sécurité et promotion de la sécurité : aspects conceptuels et opérationnels, Québec, septembre 1998.

Sanitaire

Le dictionnaire Larousse considère cet adjectif de ce qui est relatif à la conservation de la santé publique et à l'hygiène. Wikipédia quant à lui décrit l'adjectif sanitaire comme désignant les activités relatives à la santé et l'hygiène. On utilise ce terme tout particulièrement dans la santé publique :

2. *Poste sanitaire mobile* : établissement de soins provisoire
3. *Qualité sanitaire de la nourriture*
4. *Questions sanitaires*
5. *Sécurité sanitaire*: gestion du risque concernant la santé
6. *Transport sanitaire* : transport d'un malade ou d'un blessé vers une structure de soins
7. *Veille sanitaire* : action de surveiller l'état de santé d'une population
8. *Vide sanitaire*
9. *Vigilance sanitaire* : surveillances instaurées dans le cadre du dispositif de sécurité sanitaire.

Libre circulation

Selon Wikipédia, la liberté de circulation est le droit pour tout individu de se déplacer librement dans un pays, de quitter celui-ci et d'y revenir. Elle est garantie par l'article 13 de la Déclaration universelle des droits de l'homme. La libre circulation est un révélateur du défi majeur de la convergence économique, sociale et sanitaire que les Etats de la CEMAC doivent relever et en particulier le Cameroun.

Frontière

Le mot « frontière » a pour origine l'ancien adjectif « frontier », qui dérive de « front » et signifie littéralement « faire face » ou « être voisin de ». Le terme s'impose à la fin du Moyen Âge au moment où se construit l'État moderne fondé sur un rassemblement territorial qui nécessite l'assignation de limites, permettant l'exercice de la souveraineté politique sur le territoire et sa population. Depuis cette période, les frontières expriment la territorialité du pouvoir de l'État.

Considérée comme fait géopolitique, l'existence de frontières procède d'un jeu d'acteurs politiques impliqués dans des rapports de forces, de négociations et de compromis. Ce processus politique produit un tracé et institue un régime frontalier soit, concrètement, une limite plus ou moins matérialisée et un fonctionnement variable dans le temps et dans l'espace, qui dépend des fonctions attribuées par l'État à la frontière : principalement, une fonction légale d'application du droit de l'État, une fonction fiscale de régulation économique et une fonction de contrôle des flux migratoires. L'existence de frontières crée en outre une contrainte spatiale qui influence les individus dans leur manière de concevoir et de développer des relations avec leurs voisins situés de l'autre côté de la frontière.

Dans le contexte contemporain, les rapports de forces géopolitiques sont mus moins par des logiques de conquêtes que par des logiques de tensions et d'éclatements. Au-delà des conflits, les frontières sont marquées par une évolution paradoxale ou duale. D'un côté, on observe une croissance des échanges et des coopérations par-delà les limites étatiques, ce qui dévalue de fait ou de droit les fonctions de régulation et de contrôle des frontières, même si persistent les repères symboliques et les ancrages identitaires. De l'autre s'affirme un processus de sécurisation des frontières qui se traduit par la multiplication des opérations.

Point d'entrée

C'est le point de passage pour l'entrée ou la sortie internationales des voyageurs, bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises et colis postaux, ainsi que des organismes et secteurs leur apportant des services à l'entrée ou à la sortie.

Poste-frontière

C'est le point d'entrée terrestre dans un État-Partie, y compris un point utilisé par les véhicules routiers et les trains.

Article 21 Postes-frontières

1. Lorsque cela est justifié eu égard à la santé publique, un Etat Partie désigne les postes-frontières qui acquerront les capacités prévues à l'annexe 1, en prenant en considération :

- a) le volume et la fréquence des divers types de trafic international aux postes-frontières qui pourraient être désignés par un Etat Partie, par rapport à d'autres points d'entrée ; et
- b) les risques pour la santé publique présents dans les zones d'où provient le trafic international, ou qu'il traverse, avant son arrivée à un poste-frontière particulier.

2. Les Etats Parties ayant des frontières communes devraient envisager :

- a) de conclure des accords ou des arrangements bilatéraux ou multilatéraux concernant la prévention ou la maîtrise de la transmission internationale de maladies aux postes-frontières conformément à l'article 57 ; et
- b) de désigner conjointement des postes-frontières adjacents pour les capacités décrites à l'annexe 1, conformément au paragraphe 1 du présent article.

Risque pour la santé publique

C'est la probabilité de survenue d'un événement qui peut nuire à la santé des populations, l'accent étant mis dans le RSI sur les événements pouvant se propager au niveau international ou constituer un danger grave et direct pour la communauté internationale.

Système d'alerte précoce

Dans le cadre de la surveillance des maladies, procédure spécifique visant à détecter le plus rapidement possible tout fait anormal ou tout écart par rapport à la fréquence habituelle des

phénomènes ou la fréquence normalement observée (par exemple un cas de fièvre à virus Ébola). Le système d'alerte précoce n'est utile que s'il est lié à des mécanismes d'intervention rapide.

Urgence de santé publique de portée internationale (USPPI)

C'est un événement extraordinaire dont il est déterminé, comme prévu dans le RSI, (i) qu'il constitue un risque pour la santé publique dans d'autres États en raison du risque de propagation internationale de maladies ; et (ii) qu'il peut requérir une action internationale coordonnée. Autrement dit, l'urgence de santé publique de portée internationale sous-entend qu'un événement risque de nuire à la santé des populations, l'accent étant mis sur les événements pouvant se propager au niveau international ou présenter un danger grave et direct pour la communauté mondiale.

Mesures sanitaires

Ce sont les moyens utilisés pour prévenir la propagation des maladies ou la contamination ; une mesure sanitaire ne comprend pas des mesures d'application de la loi ni de sécurité ;

Trafic international

C'est le mouvement des personnes, bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises ou colis postaux qui traversent une frontière internationale, y compris des échanges commerciaux internationaux ;

Voyage international

a) dans le cas d'un moyen de transport, d'un voyage entre des points d'entrée situés sur les territoires de plus d'un Etat, ou d'un voyage entre des points d'entrée situés sur le ou les territoires d'un même Etat si, pendant son voyage, le moyen de transport est en contact avec le territoire de tout autre Etat, mais uniquement pour ces contacts ;

b) dans le cas d'un voyageur, d'un voyage comportant l'entrée sur le territoire d'un Etat autre que le territoire de l'Etat d'où part le voyageur ;

Observation à des fins de santé publique

C'est la surveillance de l'état de santé d'un voyageur dans le temps afin de déterminer le risque de transmission d'une maladie

Surveillance

La surveillance consiste à recueillir, analyser et interpréter systématiquement des données sur la situation sanitaire et à communiquer en temps opportun les informations ainsi obtenues aux décideurs et aux autres instances concernées.

Évaluation de la menace

C'est une action consistant à estimer l'impact potentiel du signal validé sur la santé des populations et ses déterminants, afin d'initier des actions de réponse.

Gestion d'une alerte de santé publique

C'est un ensemble d'actions coordonnées consistant à mettre en œuvre les mesures de santé publique appropriées afin de maîtriser l'alerte et de réduire son impact.

Veille sanitaire

C'est l'ensemble des actions visant à reconnaître la survenue d'un événement inhabituel ou anormal pouvant présenter un risque pour la santé humaine dans une perspective d'anticipation, d'alerte et d'action précoce.

2.3.2. La sécurité sanitaire

La sécurité sanitaire se définit ainsi comme l'ensemble des décisions, programmes et actions visant à protéger la population contre tous les dangers et les risques pour la santé considérés comme échappant au contrôle des individus et relevant donc de la responsabilité des pouvoirs publics.

Aussi étrange que cela puisse paraître, tant le concept de « *sécurité sanitaire* » semble aujourd'hui familier, il s'agit d'une notion nouvelle, apparue au début des années 1990.

« Définie à l'origine comme la sécurité des personnes contre les risques liés au fonctionnement du système de santé, elle est désormais conçue comme la protection de la santé de l'homme contre les risques induits par le fonctionnement de la société, qu'ils soient alimentaires, environnementaux ou sanitaires au sens strict » (Tabuteau, 2004) cité par (Le Bouler, 2007). Le principe d'évaluation a conduit à développer des réseaux de détection des risques sanitaires et des procédures d'évaluation, tant en ce qui concerne les produits (biens de santé et alimentation) qu'en ce qui concerne l'exposition à un environnement potentiellement nocif ;

La santé étant un état de bien-être physique ou psychique d'un individu ou d'une société, le concept de sécurité sanitaire correspond à l'ensemble des dispositions prises pour assurer le contrôle des risques qui peuvent altérer l'état de santé, individuel ou collectif. Il recouvre partiellement celui de santé publique, mais un problème de santé publique peut ne pas être un problème de sécurité sanitaire. Définir les conditions de rémunération des professions de santé dans le cadre d'une convention, un statut pour les personnels hospitaliers, un code de déontologie, sont des actes de santé publique qui ne concernent pas directement la sécurité sanitaire. Les problèmes de sécurité sanitaire sont souvent traités dans des cadres interministériels où l'influence du ministère de la santé est réduite (sécurité routière, sécurité des armes, etc.), ce qui justifie leur inclusion dans ce concept de sécurité sanitaire, dans le but d'améliorer la collaboration entre les différents secteurs professionnels qui peuvent contribuer à leur résolution.

Au-delà de la sécurité sanitaire, l'on distingue également sept grandes autres rubriques auxquelles correspondent des types spécifiques de menaces :

1. la sécurité économique qui recouvre l'accès à l'emploi et aux ressources, est menacée par la pauvreté ;
2. la sécurité alimentaire, signifiant l'accès matériel et économique à la nourriture pour tous et à tous moments, est confrontée à la menace de la faim et de la famine ;
3. la sécurité humaine, qui est un concept relativement nouveau et de l'émergence de la pensée politique critique ;
4. la sécurité environnementale affronte les menaces de pollution, de dégradation de l'environnement mettant en danger la survie des personnes et de l'épuisement des ressources ;

5. la sécurité personnelle est contrariée par des menaces qui peuvent prendre plusieurs formes : des menaces exercées par l'État, des États étrangers, d'autres groupes de personnes (tensions ethniques), des menaces à l'encontre des femmes ou des enfants en raison de leur vulnérabilité et de leur dépendance.

6. la sécurité de la communauté qui signifie que la plupart des personnes tirent leur sécurité de leur appartenance à un groupe social (famille, communauté, organisation, groupement holistique, groupe ethnique, etc.), peut être menacée par des tensions survenant souvent entre ces groupes en raison de la concurrence pour l'accès limité aux opportunités et aux ressources ;

7. la sécurité politique qui doit garantir le respect des droits et libertés fondamentaux, est menacée par l'arbitraire et la répression.

Le concept élargi de la sécurité se trouve à la base des processus de reconstruction dans les pays en situation de sortie de conflit, notamment en Afrique Centrale.

La sécurité sanitaire représente un concept interdisciplinaire qui comporte les caractéristiques suivantes :

- *Centré sur le système de santé*
- *Multisectoriel*
- *Holistique*
- *Spécifique au contexte*
- *Orienté vers la prévention*

En tant que concept centré sur le système de santé, la sécurité sanitaire place la santé des populations au « centre de l'analyse ». Par conséquent, la sécurité sanitaire considère une large gamme de conditions qui menacent la santé, les infrastructures sanitaires adéquates et la disponibilité des ressources humaines sanitaires.

La sécurité sanitaire est aussi fondée sur une compréhension multisectorielle des insécurités. Elle représente une compréhension globale des menaces, y compris les causes d'insécurité liées par exemple à la sécurité économique, alimentaire, humaine, de l'environnement, personnelle, de la communauté et politique.

En outre, la sécurité sanitaire souligne l'interdépendance entre les différentes menaces et entre les réponses dans le cadre de l'approche de ces insécurités. Les menaces à la sécurité sanitaire se renforcent mutuellement et sont liées de deux manières. Premièrement elles sont liées par un effet d'entraînement dans le sens où les menaces se nourrissent les unes des autres. Par exemple, une épidémie peut déboucher sur une autre qui, à son tour peut entraîner l'épuisement des ressources. Deuxièmement, les menaces au sein d'un pays ou d'une région donnée peuvent s'étendre à une région plus large et avoir des externalités négatives pour la sécurité régionale et internationale.

Cette interdépendance a des implications importantes pour l'élaboration de politiques étant donné qu'elle implique que les insécurités humaines ne peuvent pas être abordées de façon isolée par des réponses fractionnées et indépendantes. En revanche, la sécurité sanitaire comprend des approches holistiques qui mettent l'accent sur le besoin de réponses coopératives et multisectorielles qui mettent en commun les agendas des acteurs de la sécurité, du développement et des droits de la personne.

Par ailleurs, en tant que concept spécifique au contexte, la sécurité sanitaire reconnaît que les insécurités varient considérablement selon les différentes situations et elle avance donc des solutions contextualisées en réponse aux situations spécifiques abordées.

2.3.3. Sécurité sanitaire et le Règlement Sanitaire International (RSI)

2.3.3.1. Histoire du RSI

Le Règlement sanitaire international (RSI) a été adopté initialement par l'Assemblée mondiale de la Santé en 1969 ; il portait alors sur six maladies. Il a été modifié en 1973, puis en 1981, pour mettre l'accent sur trois maladies : le choléra, la fièvre jaune et la peste. Compte tenu de la multiplication des voyages et des échanges internationaux et de l'émergence ou la réémergence de menaces pour la santé et autres menaces, et de leur propagation au niveau international, l'Assemblée mondiale de la Santé a appelé, en 1995, à une révision substantielle du RSI. Le Secrétariat de l'OMS et les Etats Membres de l'Organisation ont entrepris cette révision, en élargissant le nombre de maladies et d'événements connexes visés par le RSI de façon à prendre en considération tous les événements de santé publique (biologiques, chimiques, radiologiques) risquant d'avoir un effet sur la santé de l'homme, quelle qu'en soit la source ou l'origine. Le Règlement sanitaire

international (2005), ou RSI, révisé et adopté en mai 2005 par la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, est entré en vigueur le 15 juin 2007 et représente un instrument international juridiquement contraignant pour aider les pays à travailler ensemble afin de sauver des vies et minimiser l'impact sur les moyens d'existence des événements qui provoquent la propagation internationale des maladies. Le RSI vise à prévenir la propagation internationale des maladies, à s'en protéger, à la maîtriser et à y réagir tout en évitant de créer des entraves inutiles au trafic et au commerce international. Le RSI est également conçu pour réduire le risque de propagation des maladies aux aéroports, ports et postes-frontières internationaux. Le RSI a donc pour objectif de fournir un cadre juridique pour la prévention, la détection et la limitation des risques pour la santé publique à leur source, évitant qu'ils se propagent au-delà des frontières, par des actions collaboratives des États Parties.

2.3.3.2. Missions du RSI

Les 196 pays de l'OMS ont accepté d'acquérir, de renforcer et de maintenir les principales capacités de santé publique nécessaires à la prévention, la surveillance, la lutte et l'action en des points d'entrée désignés, comme spécifié dans l'annexe 1 du RSI. De surcroît, les États Parties ont convenu d'établir et de maintenir des plans d'intervention pour les urgences de santé publique aux points d'entrée afin d'empêcher la propagation de maladies à l'échelle internationale. Le RSI confie à l'OMS la responsabilité de publier, en concertation avec les États Parties, des principes directeurs pour l'acquisition de capacités de surveillance et d'action à des fins de santé publique.

Ainsi, tous les États Parties sont tenus d'avoir ou de mettre en place des capacités essentielles minimales en matière de santé publique afin de mettre en œuvre le RSI (2005) dans de bonnes conditions d'efficacité. Conformément aux articles 5 et 13, respectivement, du RSI (2005), « *Chaque Etat Partie acquiert, renforce et maintient, dès que possible mais au plus tard dans les cinq ans suivant l'entrée en vigueur du présent Règlement à l'égard de cet État Partie (c'est-à-dire d'ici à 2012), la capacité de détecter, d'évaluer, de notifier et de déclarer des événements en application du présent Règlement, comme indiqué à l'annexe 1* » et « *la capacité de réagir rapidement et efficacement en cas de risque pour la santé publique et d'urgence de santé publique de portée internationale, conformément à l'annexe 1* ».

Le RSI exige de chaque Etat Partie qu'il élabore, renforce ou maintienne les principales capacités requises aux niveaux local/communautaire et/ou de l'action de santé publique, aux échelons intermédiaire et national afin de détecter, évaluer, notifier et déclarer les événements et de réagir promptement et efficacement aux risques et urgences de santé publique. Les Etats Parties doivent également évaluer leur législation et leurs règlements nationaux, et procéder à toute révision nécessaire pour se conformer au RSI, notamment les dispositions relatives à la fourniture des services de santé et des installations essentiels aux points d'entrée désignés par les Etats Parties.

2.3.4. Sécurité sanitaire et libre circulation en zone CEMAC

2.4.4.1. Ouverture des frontières en Afrique Centrale

Le 14 juin 2013, les Chefs d'Etats de la CEMAC (Cameroun, Centrafrique, Congo Brazzaville, Guinée équatoriale et Tchad) décident d'ouvrir les frontières ; Les pays en question concrétisent ainsi l'accord conclu en 2013 sur la libre circulation des personnes et des biens au sein de la Communauté économique et monétaire d'Afrique Centrale. Selon plusieurs observateurs, ces mesures entraineront plusieurs conséquences positives. *« La libre circulation dont on parle, c'est la libre circulation des biens et des personnes. En d'autres termes, ça veut dire que les six pays de la sous-région doivent pratiquer une certaine interpénétration. C'est-à-dire que les citoyens du Gabon, du Congo Brazzaville, de la République centrafricaine, de la Guinée Equatoriale, du Cameroun et du Tchad peuvent circuler librement dans cette zone économique et monétaire. »*, Explique Maître Kack Kack Simon Serges (2017), avocat au barreau du Cameroun et président de l'association *« Juriste d'Afrique pour la Bonne gouvernance »*.

Ainsi, lors du 31^{ème} sommet extraordinaire de la Communauté Economique et Monétaire de l'Afrique Centrale (CEMAC), tenu le 31 octobre 2017 à N'Djamena (Tchad), les participants ont salué la décision portant sur l'ouverture intégrale de leurs frontières au sein de la sous-région.

« Passant à l'examen des points inscrits à son ordre du jour, la Conférence a pris acte de la décision d'ouverture intégrale de leurs frontières, prise par les Etats membres en application de l'Acte additionnel N°01/13/CEMAC-070 U-CCE-SE du 25 juin 2013 portant suppression des visas pour tous les ressortissants de la CEMAC circulant dans

l'espace communautaire. Elle s'est félicitée de ces avancées remarquables enregistrées dans le domaine de la libre circulation ».

Des instructions ont été données à la Commission de la CEMAC pour prendre toutes les dispositions visant à créer les postes sécurisés aux frontières, afin de réserver le bénéfice exclusif de la libre circulation aux ressortissants de la Communauté.

2.3.5. Schéma conceptuel

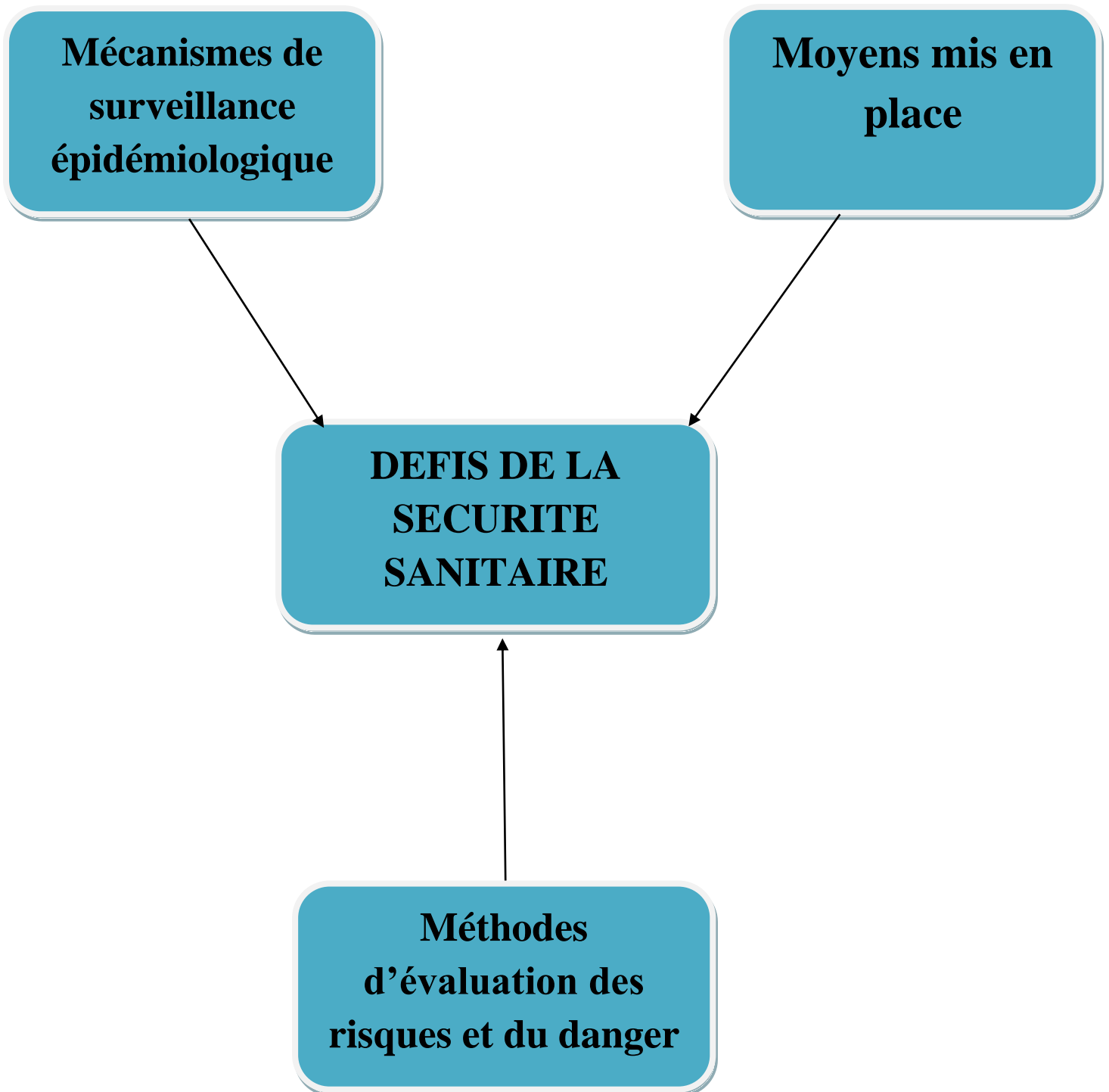


Figure 1 : Schéma du cadre conceptuel

Source : Auteur

2.3.6. Explication du schéma conceptuel et Modèle d'analyse conceptuel

Le Schéma conceptuel permet de définir et de comprendre les différents défis de la sécurité sanitaire rencontrés en zone CEMAC à la frontière Cameroun-Tchad.

Tableau 1 : Modèle d'analyse conceptuel

Concepts	Dimensions	Composantes	Indicateurs
Défis de la sécurité sanitaire	Moyens	<ul style="list-style-type: none"> - Humains - Matériels - Sécuritaires - Financiers 	<ul style="list-style-type: none"> - Personnels requis et formés en quantité suffisantes - Matériels requis par le RSI - Budget disponible
	Mécanismes de surveillance épidémiologique	<ul style="list-style-type: none"> - routine - alerte - veille sanitaire - Riposte 	<ul style="list-style-type: none"> - Rapport Mensuel d'activité - Outil et ressources de surveillance - Investigations - Collecter les données - Analyser - Notification des cas - conseils techniques, - Envois de matériel, - Déploiements d'équipes sur le terrain pour contribuer à l'enquête épidémiologique et à la réponse, - La coordination de la réponse à des épidémies
	Méthodes d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - RSI 	<ul style="list-style-type: none"> - Évaluer le dispositif de veille, d'alerte et de réponse - Au niveau national, après avoir évalué les risques, les États Membres utilisent l'Annexe 2, outil de décision du RSI, pour déterminer si un évènement de santé publique grave constitue une USPPI et nécessite par conséquent une notification formelle à l'OMS par le biais du PFN
Zone CEMAC	Pays de l'Afrique Centrale	<ul style="list-style-type: none"> - Cameroun. - République centrafricaine. - République du Congo. - Gabon. 	<ul style="list-style-type: none"> - Existence des PSF

		- Guinée équatoriale. - Tchad.	
--	--	-----------------------------------	--

Source : Auteur

CHAPITRE 3

PRÉSENTATION DU SITE DE L'ÉTUDE

ET MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre aborde les cadres physique et méthodologique qui expliquent la démarche que nous allons utiliser pour la collecte des données.

Ainsi, la réalisation de ce travail obéira à plusieurs préoccupations principales : *(i)* celle de la méthode utilisée, *(ii)* des techniques de collecte des données, *(iii)* du type d'étude et la méthodologie choisie, *(iv)* la population d'étude, *(v)* l'échantillon, *(vi)* les techniques d'échantillonnage *(vii)* ainsi que les outils de collecte des données. Il traite également du déroulement de la collecte des données, des méthodes de traitement des données et des considérations éthiques de la recherche.

3.1. Présentation du site de l'étude.

Cette section donne la présentation générale des postes santé à la frontière Cameroun –Tchad à l'instar du PSF de Kousseri. De plus elle nous renseigne sur la justification du choix du lieu d'étude.

3.1.1. Justification du choix du site de l'étude

Le choix de notre site d'étude n'a pas été aléatoire. En effet, le choix du District de santé Kousseri comme lieu de notre étude a été motivé par certains raisons :

- ❖ Le District de Kousseri est un district transfrontalier entre le Cameroun et le Tchad ;
- ❖ L'on retrouve une forte concentration des populations dans certaines aires pour donner suite à l'entrée massive des populations venant du Tchad entraînant une augmentation de la demande des services de santé ;
- ❖ Sa proximité directe avec le DS de N'Djaména Sud
- ❖ On observe de nombreux échanges entre les populations camerounaises et les populations tchadiennes.

Cela est particulièrement intéressant au regard du volume des échanges avec ces pays voisins ainsi que le flux de déplacement des personnes. Cet état de chose implique une surveillance sanitaire rigoureuse et efficace au sens du règlement sanitaire international ;

3.1.2. Données générales sur le Poste-Frontière Désigné de Kousseri.

3.1.2.1. Etat des lieux

3.1.2.1.1. Carte du District de Santé

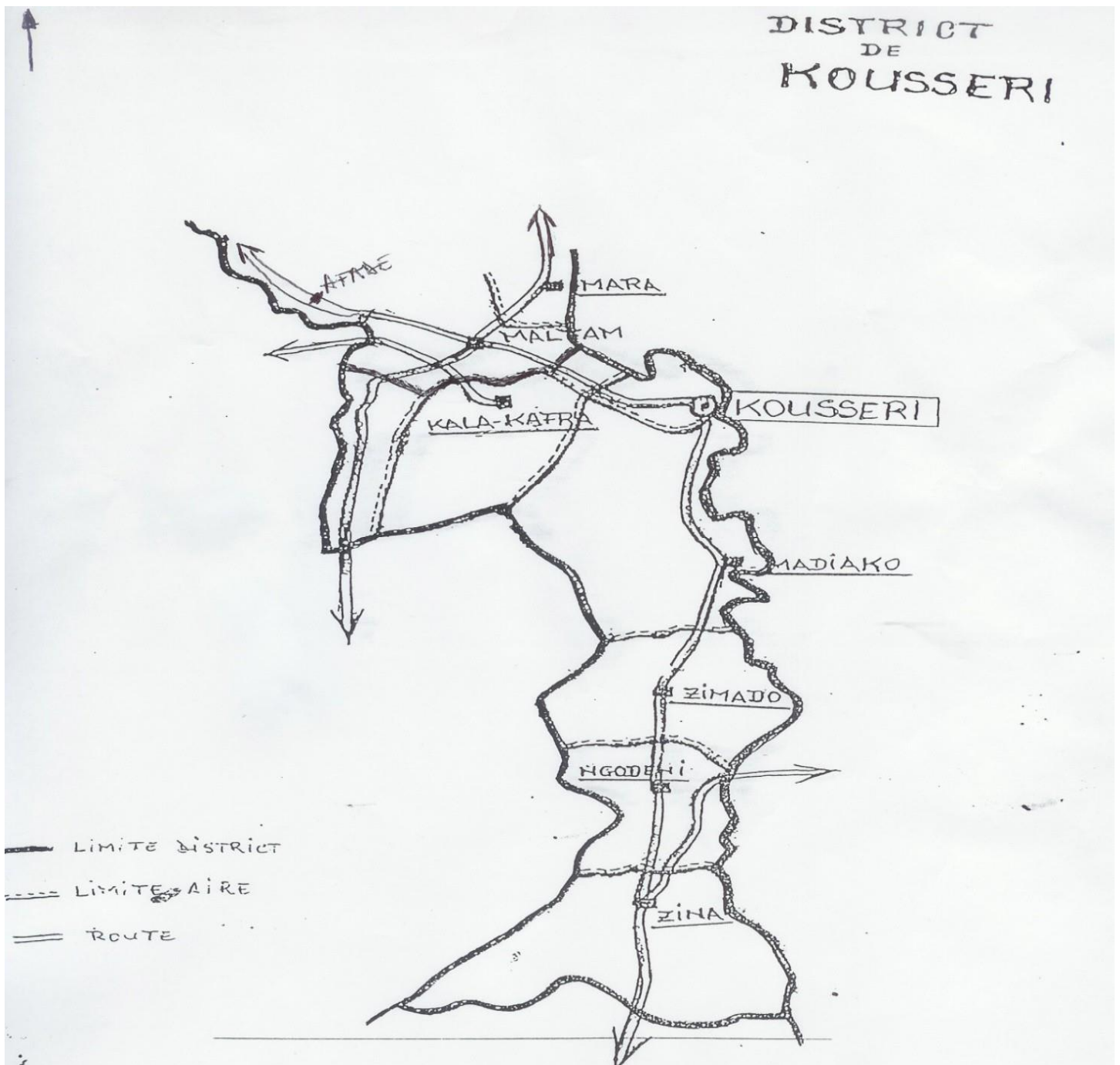


Figure 2 : Carte sanitaire du District de Santé de Kousseri

Source : DS de Kousseri

3.1.2.1.2. Présentation du District

Présentation Générale

Le district de santé de Kousseri est créé en 1995. Très vaste (5869 km²), il est le chef-lieu du Département du Logone et Chari, de l'Arrondissement de Kousseri et de la Commune de Kousseri. Sa population totale estimée à 198 681 en 2018 permet l'estimation annuelle des populations cibles suivantes, 0-11 mois (4%) : 7947, 0-59 mois (18%) : 35763, Femmes enceintes (5%) : 9934 et Femmes en âge de procréer (23%) : 45697. Les activités menées dans le district sont d'ordre promotionnel, curatif, préventif et communautaire. L'insuffisance en personnel, en matériels techniques d'exploitation et surtout en infrastructures (13 CSI construits sur 16) constituent les problèmes majeurs qui entravent la mise en œuvre des activités.

3.1.2.1.3. Situation Géographique

Situé dans le Département du Logone et Chari, Région de l'Extrême-Nord, le District de Santé de Kousseri couvre trois (03) Unités Administratives à savoir l'arrondissement de Kousseri, de Logone-Birni et de Zina. Le District de Santé de Kousseri est un carrefour situé entre la République Fédérale du Nigeria et la République du Tchad dont il est limité par une frontière naturelle dans sa partie Est le Fleuve Logone. Au Sud, il est limitrophe avec le District de Santé de Maga, Petté et de Mora. Au Nord par le District de Santé de Goulfey et à l'Ouest par la République fédérale du Nigeria. Le relief est plat et uniforme avec un sol argileux ne favorisant pas le drainage et l'infiltration des eaux avec pour conséquence la stagnation et partant la prolifération des vecteurs de maladies.

Le climat est de type soudano-sahélien au sud et sahélien au Nord avec une longue saison sèche de 9 à 10 mois allant d'Octobre à Mai pendant laquelle il fait excessivement chaud avec des températures pouvant aller au-delà de 40° c à l'ombre et une courte saison de pluie. L'harmattan, vent chaud et sec souffle sur tout le District de Décembre à Mars.

La pluviométrie est très capricieuse avec des grandes précipitations en juillet-Août. Ces pluies sont souvent rares et exposant les populations à des rendements agricoles très bas. Les phénomènes de crue et de décrue touchent le District dans toute sa partie Sud et Est. La végétation très rabougrie dans la partie Nord est faite des steppes dominées par les épineux et une forêt galerie dominée par les rôniers au Sud. Les espèces d'animaux y sont multiples tels : les éléphants, les gazelles, les reptiles, les oiseaux etc.

➤ **Organisation administrative et politique**

Le District de santé de Kousseri couvre trois (03) Arrondissements du département (Kousseri, Logone Birni et Zina). Chacune des trois unités administratives couvertes par le district, dispose d'une commune. La commune de Kousseri est le chef-lieu du département du Logone et Chari et de l'arrondissement de Kousseri. De plus en plus, on assiste au transfert des compétences à ces collectivités territoriales décentralisées. Ce qui augure une collaboration fructueuse entre ces communes et le Service de Santé de District pour la mise en œuvre des activités de santé. Avec l'avènement du multipartisme, presque tous les partis légalisés se partagent l'échiquier politique (RDPC, MRC, Univers, UDC, UNDP, SDF...).

➤ **Données démographiques**

Le District de santé de Kousseri compte environ 361 679 habitants en 2017 pour une superficie de 5869 km², soit une densité de 62 habitants au km² avec 52 % de femmes et 48% d'hommes; La population urbaine représenterait 89.1 % et celle rurale 10.9 %. L'Espérance de vie serait celle du Cameroun (53,3 ans) et le PIB par habitant est très inférieur à 1,25 USD. Cette population dont le taux de croissance annuel se situerait autour de 2.6 % est constituée d'environ 35,52 % de Jeunes (2015 : 15-35 ans).

Les principales ethnies sont les Kotoko ; les Arabes Choa ; les Mousgoums ; les Bornois ; les Sarah ; les Massa ; les Podokos ; les mandaras etc. Cette population est en majorité musulmane. Cependant il existe aussi des Chrétiens et les animistes. La langue locale la plus parlée est l'arabe Choa.

3.1.2.2. Situation économique

3.1.2.2.1. Données socioéconomiques et culturelles

➤ **Communication**

La route Nationale N° 1 en état de dégradation très avancé dessert le District. Partant de Maroua à Kousseri elle traverse les Aires de Santé de Dabanga, de Hilé Haoussa et la ville de Kousseri. Le reste du District est desservi par les pistes communales très peu entretenues. La voie fluviale du Logone et ses autres embranchements est aussi utilisée par la population. La ville de Kousseri dispose d'une radio commerciale FM. La téléphonie existe dans le District avec les entreprises MTN, ORANGE, NEXTTEL et CAMTEL. Il faut noter aussi la présence du réseau internet dans la ville de Kousseri et par endroit dans les deux autres

arrondissements. Les moyens de déplacement et communication traditionnels restent toujours utilisés par endroit : Cheval, âne, Pirogue, Tam-tam, messagerie Orale... qui constituent un facteur favorable à la promotion des activités de l'IEC.

➤ **Données économiques**

L'agriculture de subsistance est dominante avec la culture de céréales, de légumineuses, des maraîchères et les agrumes. L'élevage artisanal et de subsistance, est la deuxième activité après la baisse considérable du poisson dans les fleuves Logone et Chari. Il concerne les ovins, bovins, les caprins, et porcins. La pêche reste la troisième activité des populations sur en saison des pluies. Le petit commerce existe dans tout le District avec un accent particulier dans la ville de Kousseri à cause de sa proximité avec la capitale du Tchad, N'Djamena. Aucune industrie n'existe dans le District. Les marchés sont hebdomadaires, mais les plus importants sont ceux de Zimado, Ivié, Logone Birni ; Kidam. Plus de 40% de la population vivent en dessous du seuil de pauvreté.

➤ **Données socio-culturelles**

La société est organisée en chefferies traditionnelles de 1er, 2ème et 3ème degré. L'islam et le christianisme demeurent les religions importantes du district; L'Arabe et le Kotoko sont les principales langues locales de communication. Les pratiques d'excisions, d'ablation de l'utérus, de tatouages existent encore ainsi que les mariages précoces. L'influence des saisons pousse certaines populations à la transhumance et aux campements dans des zones de pêches souvent couvertes de Yarés. Le taux de scolarisation reste encore très bas. Ce qui constitue un frein lors des campagnes de sensibilisations organisées dans le District

➤ **Habitat et Urbanisation de la ville.**

L'habitat est de type mixte en zone Urbaine et traditionnelle en zone rurale; il est généralement pluri-ménages appelé Saré tant en zone urbaine que rurale. Ce qui favoriserait la promiscuité et la propagation rapide des maladies épidémiques. Le plan d'urbanisation existe en milieu urbain, mais est peu respecté.

➤ **Eau, Hygiène et assainissement du milieu.**

En dehors de la ville de Kousseri qui dispose des installations d'AES-SONEL, le reste des localités du district ne sont pas électrifiées.

Les sources d'énergie couramment utilisées sont le bois de chauffage et le pétrole. L'absence de source d'énergie adaptée en permanence rend les conditions de travail difficile. La ville de Kousseri dispose aussi d'extension de la CDE qui n'a jamais connu d'accroissement depuis son installation en 1975 malgré l'accroissement exponentiel de la population. L'augmentation du nombre de forages dans la ville de Kousseri et en zones rurales est remarquable. Cependant le problème d'insuffisance en point d'eau potable reste présent et contraint une partie de la population à se ravitailler dans le fleuve logone qui est la source principale de transmission des maladies hydriques comme la typhoïde, la dysenterie, le Cholera etc. En plus, moins de 30 % de la population du district de santé de Kousseri aurait accès à des installations adéquates pour l'élimination des excréta. Le système d'évacuation des déchets solides et liquides n'existe presque pas favorisant ainsi une prolifération de ces déchets, la défécation à l'air libre et le développement des vecteurs tels que les mouches et autres qui exposent aux maladies du péril fécal et à d'autres pathologies infectieuses tels que le trachome. Les installations d'élimination des excréta disponibles ne sont pas conformes aux normes car les fosses septiques sont à ciel ouvert à l'extérieur des habitations.

Dans le secteur de la santé, cette situation s'exprime à travers l'intensification de la pratique illégale de la médecine et du trafic des médicaments.

L'accès à une alimentation saine est faible, ce qui se traduit sur le plan sanitaire par des troubles nutritionnels qui sont :

- l'anémie
- le retard de croissance (malnutrition chronique),
- l'insuffisance pondérale (Malnutrition aiguë modérée et sévère),

Les facteurs favorisants étant :

- Les mauvaises pratiques en matière d'alimentation ;
- des soins inadéquats ;
- L'inaccessibilité aux services de santé ;
- Des mauvaises conditions d'hygiène ;
- La mauvaise connaissance des avantages de l'allaitement maternel exclusif ;
- La mauvaise connaissance des avantages des pratiques d'alimentation complémentaire;

- La mauvaise connaissance des avantages du rôle des micronutriments en matière de l'amélioration de l'état nutritionnel ;
- L'insécurité alimentaire.

L'accès aux soins médicaux est faible ; En l'absence de sécurité sociale universelle au Cameroun et de mutuelles de santé dans le district sanitaire, les ménages dépensent encore de fortes sommes d'argent pour se soigner.

L'approche genre est peu développée. La population féminine constitue le groupe humain dominant (52 %). Sur le plan économique, on relève une forte concentration des femmes dans le secteur informel notamment le petit commerce.

➤ **Situation sécuritaire**

Depuis l'année 2014; le District de santé de Kousseri est sujet à des attaques sporadiques et répétées de la secte "Boko-Haram" ce qui en fait une zone à sécurité relative.

Ces attaques sont principalement localisées dans les Aires de santé de Zina et dans la localité de Dabanga qui est restée une zone rouge de haute insécurité et dont la traversée nécessite une escorte militaire. En plus des exactions perpétrées par la secte Boko Haram, il faut relever que la District de santé de Kousseri est sujette fréquemment à des actes de grand banditisme tels vol des motos, agressions, viols, du fait de sa position frontalière avec le Tchad et le Nigeria, et de la grande porosité des frontières. De plus on compte de nombreux déplacés venant des localités voisines de Fotokol, Makari, Afadé, etc. Toutefois des mesures sécuritaires sont renforcées et bien suivies par les pouvoirs publics.

Tableau 2: Projection de la population et de ses cibles (2016 -2020)

<i>ANNEES</i>	<i>POPULATION TOTALE</i>	<i>0-11 Mois (4%)</i>	<i>0-59 Mois (18%)</i>	<i>12-59 Mois (14%)</i>	<i>6-11 Mois (2%)</i>	<i>Adolescent 10-18 ans (18%)</i>	<i>Cible Déparasitage 2-15 ans</i>	<i>Cible Onchocercose (77%)</i>	<i>FEAP 15-</i>	<i>FPP (4%)</i>	<i>Grossesses Attendues (5%)</i>	<i>Naissances Vivantes</i>
2016	209 951	8 398	37 791	29 393	4 199	37 79	83 980	161 662	58 786	10 498	10 49	10 498
2017	367 961	14 718	66 233	51 514	7 359	66 23	147 184	283 330	103 029	18 398	18 39	18 398
2018	367 961	14 718	66 233	51 514	7 359	66 23	147 184	283 330	103 029	18 398	18 39	18 398
2019	389 612	15 584	70 130	54 546	7 792	70 13	155 845	300 001	109 091	19 481	19 48	19 481
2020	400 911	16 036	72 164	56 128	8 018	72 16	160 364	308 701	112 255	20 046	20 04	20 046
<i>Total</i>		69 456	312 551	243 095	34 728	312 551	694 558	1 337 025	486 190	86 820	86 82	86 820

Source : DS de Kousseri

3.2. Présentation de la méthodologie

Après avoir passé en revue quelques notions clés et travaux empiriques permettant de mieux cerner le sujet, nous allons nous atteler à mettre en exergue la méthodologie relative à cette étude. Il sera question de présenter les éléments qui ont trait à la population cible, au traitement des données ainsi qu'à l'interprétation des résultats qui en découleront.

3.2.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative tout en recourant à l'analyse des documents généraux sur le RSI. En effet, les approches qualitatives cherchent à répondre à des questions de recherche de type exploratoire tandis que les approches quantitatives répondraient à des questions de type confirmatoire (Guével et Pommier, 2012). Nous avons donc opté pour une étude de cas qui est une méthode utilisée dans les études qualitatives en Sciences humaines et sociales. Elle vise l'étude approfondie d'un cas spécifié, qu'il soit une personne, un groupe ou un sujet spécifique. Elle peut être considérée à juste titre comme l'une des plus stimulantes d'entre elles tant par ce qu'elle comporte d'exigences pour le chercheur, que par les défis théoriques et méthodologiques qu'elle pose et enfin, par les connaissances du social qu'elle permet d'élaborer.

3.2.2. Population d'étude

Les Postes Sanitaires aux Frontières à défaut les Centres Médicalisés d'Arrondissements ou alors les Hôpitaux de Districts.

3.2.3. Période de l'étude

Elle couvre la période allant de mai 2017 au 31 décembre 2019

Les données ont été collectées entre le 26 novembre et le 07 décembre 2019

3.2.4. Méthode de recherche

La recherche scientifique est un processus dynamique ou une démarche rationnelle qui permet d'examiner des phénomènes, des problèmes à résoudre, et d'obtenir des réponses précises à partir d'investigations. La méthode de recherche exploratoire a été celle utilisée dans notre recherche car son but est de mieux comprendre le problème. Pour cela, nous avons regardé les facteurs importants concernant notre sujet et les relations possibles entre eux. Il n'y a pas de restrictions ici, toutes les données potentiellement intéressantes sont collectées. En outre, la

recherche exploratoire est souvent réalisée sous la forme d'une recherche documentaire comme une étude de cas. En conclusion, nous avons utilisé une méthode non probabiliste ou délibéré car nous avons fait le choix d'un échantillon sans recourir à une sélection aléatoire.

3.2.5. Technique d'échantillonnage

Dans un premier temps, nous sommes passés devant un comité de l'Ecole des Sciences de la Santé chargé de valider les différents protocoles de mémoires. Passée cette étape validée, nous avons déposé notre protocole auprès du comité d'Éthique de ladite école. Après validation du protocole par le comité de l'Université Catholique d'Afrique Central (UCAC), y compris la fiche de synthèse, la transmission des demandes d'autorisation d'enquête auprès du Chef de District de Santé (CDS) concerné, les données de cette étude ont été collectées auprès du responsable de la porte d'entrée ou poste sanitaire à la frontière. La fiche de synthèse a été remplie par le Chef de District qui se trouve être également le responsable du PSF de Kousseri. Une note à l'attention des répondants et le formulaire de consentement éclairé lui ont été présentés. Au terme de notre entretien, nous avons remercié le CDS pour sa collaboration et sa disponibilité.

Nous pouvons donc résumer les modalités de recrutements en les étapes suivantes :

- ❖ Faire demande d'autorisation d'enquête au comité éthique de l'UCAC
- ❖ Conception et validation de la fiche de synthèse;
- ❖ Pré-test
- ❖ Demande du consentement éclairé ;
- ❖ Enquête proprement dite ;

N.B. : L'enquêté a été informé du but de l'enquête, des objectifs à atteindre, et a pris connaissance de la note du consentement pour la participation à l'étude.

3.2.5.1. Outil ou instrument de collecte de donnée

Nous avons utilisé une fiche de synthèse comme instrument de collecte de donnée.

3.2.5.2. L'échantillonnage

Pour sélectionner les participants, un échantillon exhaustif des responsables des PSF ou CMA, HD a été utilisé. De ce fait, le PSF de Kousseri a donc été choisi de manière raisonnée.

3.2.5.3. Critères d'inclusion

- Le PSF, le CMA ou l'HD doit être localisé à la frontière Cameroun-Tchad

- le chef de Poste Sanitaire à la Frontière doit être en poste depuis au moins 2 ans.

3.2.5.4. Critères de non inclusion

Tous les PSF, CMA ou HD qui ne respectent pas les critères d'inclusion.

3.3. Considérations éthiques

L'étude a été menée après :

- Approbation du CIERSH ;
- L'autorisation administrative d'enquêter du CDS de Kousseri ;
- Un consentement libre et éclairé des enquêtés ;
- Le respect des principes de confidentialité et d'anonymat ;
- Les consignes et recommandations de la clairance éthique.

Toutes les informations recueillies sont strictement restées confidentielles et ont été utilisées aux seules fins de la recherche. Par ailleurs, une autorisation d'enquête nous a été donnée par l'institution académique.

4.4. Méthode d'analyse

L'étude suivait une démarche qui comportait 03 aspects à savoir :

- La revue et l'analyse des données rétrospectives sur les défis de la sécurité sanitaire aux frontières en zone CEMAC;
- L'analyse des moyens (humains, financiers et matériels) mis à disposition pour garantir la sécurité sanitaire à la frontière Cameroun-Tchad ;
- La description du système de surveillance épidémiologique mis en place à la frontière Cameroun-Tchad ;
- L'analyse des méthodes d'évaluation des risques et du danger à la frontière Cameroun-Tchad ;

La littérature et la discussion ont été abordées grâce au logiciel Microsoft Office Word 2016.

La discussion des résultats a été faite à l'aide de la littérature nationale et internationale

3.5. Plan de publication des résultats

Nos résultats feront l'objet d'une communication à la fois orale et écrite. Sur le plan Oral, ils seront présentés publiquement devant un jury qui aura droit à trois exemplaires du rapport final. Après correction, un exemplaire sera déposé à la bibliothèque de l'École des Sciences de la Santé de l'UCAC. Par ailleurs, un autre sera acheminé au District de Santé de Kousseri.

Sur le plan écrit, un article de recherche sera rédigé et publié dans un journal scientifique en français ou en Anglais.

3.6. Critère de scientificité

La valeur d'une recherche scientifique dépend étroitement de l'habileté du chercheur à démontrer la crédibilité de ses découvertes. Pour ce faire, il se réfère à des critères de scientificité en principe propre à son positionnement épistémologique.

Ainsi, ces critères se résument en :

- La validité interne
- La validité externe
- La fiabilité

3.6.1. La validité interne

La validité interne s'est faite en tenant compte de la forme et des quatre phases qui ont caractérisés le processus de recherche de cette recherche scientifique à savoir la formulation de la problématique, le développement de la méthodologie (incluant la collecte des données), l'analyse des résultats et enfin, les conclusions de la recherche. En outre nous avons :

- Pris en considération la subjectivité humaine (incluant la réceptivité entre observateur et l'individu)
- Confronté nos données avec des données objectives à savoir les données du RSI₁ ;
- Pris le temps de décrire des aspects historiques ;
- fait en sorte que notre fiche de synthèse peut être modifiée en cours de route

3.6.2. La validité externe

La validité externe quant à elle permet d'évaluer l'échantillonnage de cette étude. La limite ici se trouve sur l'exhaustivité de l'échantillon car nous avons mené une recherche qualitative

à étude de cas. De ce fait nous n'avons travaillé qu'avec un seul PSF rendant impossible la Généralisation des résultats aux autres frontières de la CEMAC

Cependant nous pouvons généraliser sous forme d'hypothèses car elle doit être spécifique à des populations similaires à notre échantillon. Nous n'avons pas été précis dans la description de l'échantillon. Mais nous avons été précis dans les critères pour diversifier l'échantillon

En conclusion, nous pouvons dire qu'on peut généraliser à condition de redéfinir en terme de profondeur de l'analyse.

3.6.3. La fiabilité

La fiabilité d'une recherche est la possibilité de reproduire cette recherche et obtenir les mêmes résultats qui ne sont pas reliés de manière accidentelle.

Il s'agira donc de :

- De décrire en profondeur et de bien expliquer ce qu'ils ont fait ;
- Implication à long terme ;
- Exhaustivité des données ;
- Concordances et la triangulation des données ;
- Facilitation de la reproduction et de l'évaluation par d'autres
- Reproductivité car il faut avoir assez d'information, détail méthodologique et capable de la reproduire (élément fiabilité)

3.7. Limite de notre étude

Cette étude aborde les défis de la sécurité sanitaire en zone CEMAC. Elle comporte de ce fait des limites. En effet, nous avons fait une recherche qualitative à visée étude de cas. Ainsi nous avons étudié unique le PSF de Kousseri qui est la frontière avec le Tchad. Nous n'avons qu'un seul répondant à savoir le responsable du PSF de Kousseri. Par conséquent, nos résultats qualitatifs obtenus restent transférables et non généralisables au regard de la taille réduite de notre groupe cible. Nous espérons faire une étude quantitative en prenant toutes les frontières de la zone CEMAC en Thèse de Doctorat.

CHAPITRE 4

PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS

Après avoir passé en revue les aspects méthodologiques relatifs au traitement de nos données, il sera question dans le présent chapitre de présenter les principaux résultats issus des analyses.

Identification et caractéristiques du site de l'étude

Le PSF qui a été effectivement investigué dans le cadre de cette étude est le PSF du District de Santé de Kousseri. Compte tenu des contraintes sécuritaires, logistiques, financières, nous n'avons pas pu investiguer dans le District de Santé de N'Djamena Est.

Le PSF de Kousseri, lieu de transit des populations entre le Tchad et le Cameroun est doté de deux infirmiers de formation. Ce poste se trouve à une distance moyenne de 700 mètres du service médical le plus approprié qui est l'hôpital le CMA. Bien qu'il soit équipé d'une salle de triage de malades en cas de crise sanitaire, il n'en demeure pas moins vrai qu'il y a une totale absence d'organisation du travail au sein même de cette structure.

Principales capacités du poste frontalier de Kousseri : Conformité aux exigences en matière de sécurité sanitaire

L'analyse de la conformité aux exigences de sécurité sanitaire prend en compte les points suivants : l'accès aux services médicaux appropriés et la logistique de transport des malades vers un service médical approprié.

L'analyse de la fiche synthétique de collecte des données révèle qu'à part le service de vaccination, le PSF de Kousseri ne dispose d'aucun autre service adéquat pour la prise en charge des voyageurs malades. En effet, on note l'absence d'accès à un service médical, à un laboratoire de même que l'inexistence de matériel et locaux adéquats pour la protection du personnel de santé en cas de crise sanitaire.

En ce qui concerne la logistique destinée au transport des voyageurs malades, on note également l'absence d'une ambulance médicalisée, de brancards de même que les équipements de protection individuelle du personnel de transport. Bien que le personnel soit du domaine/ corps médical, celui-ci ne bénéficie pas cependant d'une formation aux procédures d'opération standard pour le transport des voyageurs malades.

Les informations collectées permettent d'entrevoir que le PSF de Kousseri dispose en son sein de quelques éléments de surveillance épidémiologique. Il s'agit notamment du guide SMIR,

de l'usage de l'annexe du RSI 2005, d'une fiche de définition des cas. Le poste dispose également des fiches de notification des MAPI. Cependant, malgré cette dotation matérielle relativement faible, on note une absence notoire des éléments essentiels tels que les contrôles sanitaires d'entrée et de sortie (checks points), des fiches de notification de suivi des cas à l'international ainsi que des vaccins recommandés par l'OMS.

En ce qui concerne l'application des mesures de santé publique, il ressort de la fiche synthétique l'inexistence de la logistique adéquate notamment les caméras thermiques, de thermomètres (laser ou à mercure simple), ni de solution hydroalcoolique, encore moins de matériels pour l'analyse des denrées alimentaires.

Caractéristiques du système de surveillance sanitaire au PSF de Kousseri

Il ressort de notre fiche synthétique que la surveillance épidémiologique à la frontière Cameroun-Tchad consiste en : (i) la détection des données (via les données de surveillance de routine et les rumeurs, communauté (via les relais de l'aire de Madana) ou information de district de santé de Ndjamena.), (ii) triage et vérification des données puis des investigation après évaluation des risques selon l'évènement de santé publique puis initié une réponse tout cela en collaboration avec la délégation régional de la santé et les autorités administratives locales. Bien que ces initiatives soient louables, il n'en demeure pas moins vrai qu'il y a absence d'un système d'intervention rapide en cas de menace avérée.

Description des méthodes d'évaluation et perception du risque sanitaire

Selon les informations recueillies auprès du chef du PSF, la stratégie mise en œuvre dans le cadre de l'évaluation du danger sanitaire consiste « *au renforcement de la surveillance épidémiologique et environnementale dans les districts de santé du territoire* » (Chef de district). Par ailleurs, il ressort que les ressources (matérielles, logistiques et humaines) dont dispose le PSF en matière de sécurité sanitaire sont qualifiées d'insuffisantes selon notre informateur. En effet, il déplore une insuffisance « *du personnel et matériel d'analyse des denrées alimentaires, thermomètre laser, house mortuaire etc.* ».

CHAPITRE 5

SYNTHÈSE ET DISCUSSION DES RÉSULTATS

5.1. Principales capacités du poste frontalier de Kousseri : Conformité aux exigences en matière de sécurité sanitaire

Cette partie fera la triangulation des informations issues de l'enquête auprès des formations sanitaires et celles issues des normes édictées par le RSI. En effet, l'OMS aide les pays à développer les capacités dont ils ont besoin en matière de santé publique dans les ports et les aéroports ainsi qu'aux postes-frontières afin de limiter la propagation des risques pour la santé publique. De ce fait notre discussion se fera en se basant sur le RSI (2005).

Nous savons que l'OMS aide les pays à développer les capacités dont ils ont besoin en matière de santé publique dans les ports et les aéroports ainsi qu'aux postes-frontières afin de limiter la propagation des risques pour la santé publique, tout en évitant de créer des entraves inutiles au trafic et au commerce.

5.1.1. Identification et caractéristiques du site de l'étude (Moyens humains, financiers et matériels)

Le poste frontière qui a été effectivement investigué dans le cadre de cette étude est le poste frontière du District de Santé de Kousseri. Ce poste se trouve à une distance moyenne de 700 mètres du service médical le plus approprié qui est l'hôpital le CMA. Ce sont des formations sanitaires de quatrième, cinquième et sixième catégorie placées sous la responsabilité des délégués régionaux de la Santé Publique pour ce qui est des aéroports de Yaoundé et Douala.

5.1.1.1. Le personnel

Le poste frontière de Kousseri, lieu de transit des populations entre le Tchad et le Cameroun est doté de deux infirmiers de formation. D'après l'« Outil d'évaluation des principales capacités requises des ports, aéroports et postes-frontières désignés » (2009), les principales capacités et conformités par rapport aux exigences du RSI : le personnel doit être en nombre suffisant. En outre, ce personnel doit être formé et affecté à ces missions en nombre suffisant par rapport au volume et à la fréquence des voyageurs, ainsi qu'à la complexité du point d'entrée (terminaux, destinations et pratique multimodale en place, entre autres facteurs).

Ce personnel doit avoir suivi un programme de formation afin de pouvoir reconnaître les symptômes des maladies et connaître bien les procédures mises en place pour une évaluation et une prise en charge rapides des voyageurs malades, ainsi que pour l'élaboration d'un compte rendu.

5.1.1.2. Espace réservé à l'organisation d'entretiens privés avec les voyageurs malades

Espaces hygiéniques et sécurisés destinés à l'organisation d'entretiens privés, d'une taille appropriée au volume, au moyen de transport et à la fréquence des voyageurs, ainsi qu'à la complexité du point d'entrée (terminaux, destinations et pratique multimodale). Il est souhaitable de prévoir une sortie indépendante par laquelle les voyageurs suspects peuvent être transférés vers des services médicaux, le cas échéant, et éviter ainsi toute contamination

- de mettre à disposition des personnels, du matériel et des locaux adéquats ;
- d'assurer l'accès à un service médical approprié, y compris à des moyens diagnostiques situés de façon à permettre l'examen et la prise en charge rapides des voyageurs malades ;
- Accès aux équipements nécessaires pour les premiers entretiens et le triage. Le personnel porte les équipements de protection individuelle pour les premiers entretiens et le triage.

L'analyse de la conformité aux exigences de sécurité sanitaire prend en compte les points suivants : l'accès aux services médicaux appropriés et la logistique de transport des malades vers un service médical approprié.

5.1.1.3. Evaluation des obligations en matière de vaccination ou de prophylaxie selon le RSI

Possibilité de procéder sur site à une vérification de la preuve des vaccinations et de la prophylaxie préconisées par l'OMS, notamment pour la fièvre jaune, si cela est nécessaire, en fonction de la situation épidémiologique, l'analyse du risque, les exigences nationales.

L'analyse de la fiche de synthèse révèle qu'à part le service de vaccination, le poste frontière de Kousséri ne dispose d'aucun autre service adéquat pour la prise en charge des voyageurs malades. En effet, on note l'absence d'accès à un service médical, à un laboratoire de même que l'inexistence de matériel et locaux adéquats pour la protection du personnel de santé en cas de crise sanitaire. Il devrait y avoir un accès aux équipements nécessaires pour les premiers entretiens et le triage. Le personnel porte les équipements de protection individuelle pour les premiers entretiens et le triage.

En ce qui concerne la logistique destinée au transport des voyageurs malades, on note également l'absence d'une ambulance médicalisée, de brancards de même que les

équipements de protection individuelle du personnel de transport. Bien que le personnel soit du domaine/ corps médical, celui-ci ne bénéficie pas cependant d'une formation aux procédures d'opération standard pour le transport des voyageurs malades.

5.2. RSI et surveillance épidémiologique aux Points d'Entrée

Les informations collectées permettent d'entrevoir que le poste frontière de Kousseri dispose en son sein de quelques éléments de surveillance épidémiologique. Il s'agit notamment du guide SMIR, de l'usage de l'annexe du RSI 2005, d'une fiche de définition des cas. Le poste dispose également des fiches de notification des MAPI. Cependant, malgré cette dotation matérielle relativement faible, on note une absence notoire des éléments essentiels tels que les contrôles sanitaires d'entrée et de sortie (checks points), des fiches de notification de suivi des cas à l'international ainsi que des vaccins recommandés par l'OMS.

Un système de surveillance épidémiologique sert selon le RSI deux objectifs principaux:

- La mesure du fardeau de morbidité, y compris le suivi des tendances de morbidité/mortalité, en vue de l'orientation efficace des programmes de lutte et de l'allocation des ressources nécessaires.
- La détection précoce d'évènements de santé publique exigeant une investigation et une réponse rapides, afin de garantir que les évènements de toutes origines soient rapidement repérés et contrôlés. Le mécanisme organisé permettant d'atteindre cet objectif est désigné sous l'appellation « Alerte précoce et réponse (APER) ».

Les informations pertinentes à l'APER sont également générées aux points d'entrée (PoE), y compris les ports, les aéroports et les postes-frontières, et doivent être communiquées en temps opportun au système national de surveillance épidémiologique et au-delà, de manière adaptée.

Conformément à l'Annexe 1 du RSI, les États Parties utiliseront les structures et ressources nationales existantes en vue de se doter des principales capacités requises y compris :

- au niveau local : les capacités de détecter les évènements impliquant une morbidité ou une mortalité supérieure aux niveaux attendus pour la période et le lieu donnés, dans toutes les zones du territoire de l'État Partie (y compris aux PoE) ; et de communiquer

immédiatement toutes les données essentielles disponibles au niveau approprié d'action de santé;

- au niveau national : d'assurer, par les moyens de communication les plus efficaces existants, le lien avec les aéroports, les ports et les postes-frontières, pour diffuser les informations et recommandations émanant de l'OMS au sujet des événements survenus sur le territoire de l'État Partie et sur celui d'autres États Parties.

Les États Parties doivent identifier l'autorité compétente à chaque PoE (RSI article 19). Les autorités compétentes peuvent opérer aux niveaux local, régional ou national selon le pays.

Comme l'indique l'article 22 du RSI, les autorités compétentes à un PoE sont responsables :

- de veiller à ce que les bagages, cargaisons, conteneurs, marchandises, colis postaux et restes humains franchissant leur PoE soient exempts de sources d'infection ou de contamination ;
- d'appliquer des mesures de santé publique (par ex. : inspections des moyens de transport, lutte anti vectorielle, examen médical des voyageurs, désinfection, décontamination, désinsectisation, et dératisation).

Les PoE sont très différents des environnements communautaires et la mise en place de la surveillance épidémiologique y nécessite des approches différentes :

- La collecte de données relatives à la surveillance épidémiologique n'est pas une préoccupation majeure ou n'est pas considérée comme une priorité par de nombreux acteurs de différents secteurs essentiels aux points d'entrée (par ex. : fonctionnaires des douanes et de l'immigration, exploitants de moyens de transport, fournisseurs de services, autorités vétérinaires et de quarantaine).
- Le manque de personnel médical dans la majorité des moyens de transport ou aux PoE constitue un défi pour la surveillance épidémiologique, qui doit être compensé par des mécanismes efficaces de communication, de coordination, et de partage des informations entre secteurs.
- Le RSI exige une surveillance comprenant une « approche couvrant tous les dangers », y compris les risques biologiques, chimiques et radiologiques. Aux points d'entrée et dans les moyens de transport, cela concerne le passage des voyageurs, y compris les passagers et les équipages, des animaux, des plantes et des marchandises d'origines diverses.

- Les évènements peuvent être identifiés ou diagnostiqués avant, pendant ou après le voyage, souvent après que les voyageurs aient quitté le moyen de transport ou le PoE. Par conséquent (i) les informations sur ces évènements ne sont pas toujours obtenues par les autorités au PoE et peuvent leur parvenir par d'autres voies, lorsqu'elles leur parviennent. Dans ces situations, les investigations sont menées rétrospectivement et il peut s'avérer nécessaire d'appliquer des mesures de santé publique après le débarquement des voyageurs et leur départ du PoE ; et (ii) comme le nombre de voyageurs varie fréquemment, le suivi des indicateurs peut être difficile à effectuer.
- L'approche de la surveillance met fréquemment l'accent sur la détection et la réponse rapide à des évènements individuels, et ne comprend généralement pas la collecte systématique et continue de données pour l'analyse et le calcul des indicateurs épidémiologiques.

5.3. Description des méthodes d'évaluation et perception du risque sanitaire

L'évaluation du danger potentiel est l'identification de la cause de l'évènement et de ses effets sanitaires négatifs. Les causes de l'évènement peuvent être biologiques, chimiques, radiologiques et nucléaires.

Selon les informations recueillies auprès du chef du poste frontière, la stratégie mise en œuvre dans le cadre de l'évaluation du danger sanitaire consiste « au renforcement de la surveillance épidémiologique et environnementale dans les districts de santé du territoire » (Chef de district). Par ailleurs, il ressort que les ressources (matérielles, logistiques et humaines) dont dispose le poste frontière en matière de sécurité sanitaire est qualifié d'insuffisantes selon notre informateur. En effet, il déplore une insuffisance « du personnel et matériel d'analyse des denrées alimentaires, thermomètre laser, house mortuaire etc.) ».

Selon le RSI, l'évaluation des risques comprend l'évaluation du risque pour la santé humaine, du risque de propagation internationale et du risque d'entraves au trafic international. Les capacités d'évaluation des risques exigées de chaque Etat Partie sont décrites dans l'Annexe 1 du RSI.

L'évaluation des risques permettra aux autorités sanitaires de :

- déterminer les informations et analyses supplémentaires nécessaires à une évaluation complète de l'évènement ;

- mettre en œuvre une surveillance renforcée, ainsi que d'autres investigations ad-hoc pour évaluer l'étendue de l'évènement ;
- estimer la probabilité d'une propagation de l'évènement ou de l'augmentation du nombre de cas et la nécessité d'un renforcement de la réponse ;
- mettre en place des mesures de contrôle / de lutte (y compris des activités de préparation dans des régions qui ne sont pas affectées) ;
- évaluer l'intérêt potentiel des décideurs politiques et des médias et définir des messages d'alerte à l'intention des médias et du public ;
- estimer les conséquences potentielles sur les transports et le commerce ;
- déterminer si l'évènement doit être notifié par le biais du RSI à d'autres organisations supranationales et/ou aux pays voisins ; et
- définir une stratégie de communication.

Le niveau de risque assigné à un évènement est fondé sur :

- le danger connu ou suspecté associé à la cause de l'évènement;
- le niveau d'exposition à l'évènement ; et
- le contexte dans lequel l'évènement a lieu.

Réaliser une évaluation des risques n'est pas toujours un processus séquentiel, l'évaluation du danger potentiel, de l'exposition et du contexte étant généralement effectuée simultanément. Bien que chaque facteur soit évalué séparément, les informations nécessaires à leur évaluation se chevauchent.



Figure 3 : Le processus d'évaluation des risques

Néanmoins, ces différentes insuffisances ne sont pas seulement l'apanage du poste-frontière de Kousseri. En effet, le Rapport de la vérificatrice générale du Canada (2007), dans le chapitre 5 sur « Assurer la sécurité et l'ouverture de nos frontières », les évaluations des menaces et des risques que l'Agence effectue n'appuient pas de façon satisfaisante les efforts qu'elle déploie pour appliquer une méthode de gestion de la frontière fondée sur les risques. En outre, le système d'avis de surveillance de l'Agence, conçu pour repérer et intercepter les personnes et les expéditions présentant un risque élevé, ne fonctionne pas comme il devrait : *« nous avons relevé des cas où la personne visée par l'avis de surveillance n'avait pas été repérée à la frontière et n'avait pas fait l'objet d'un examen comme il était exigé »*. L'Agence n'a pas en place de contrôles uniformes lui permettant de connaître l'ampleur de ce problème et de prendre les mesures qui s'imposent.

L'évaluation des risques au poste-frontière de Kousseri est presque inexistante.

5.3. Analyse des Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces

Tableau 3 : Analyse FFOM

FORCES	FAIBLESSE
Personnel disponible mais insuffisant	Insuffisance de communication et de collaboration avec les administrations partenaires
Tenue régulière des Réunions	
Bonne communication avec les autres administrations	Insuffisance du personnel en quantité et en qualité ; Personnel disponible démotivé ; Personnel disponible non formé au RSI (surveillance transfrontalière) à la SIMR et à la gestion des urgences de santé publique (EIR). Définitions de cas de maladies à déclaration obligatoire non disponibles ; Insuffisance de contrôle sanitaire systématique des voyageurs et des marchandises ; Absence des plans, guides et manuels d'inspection et des procédures opérationnelles standardisées. Pas de note officielle désignant les responsables des PSFs aux postes vacants Locaux abritant le PSF inadéquat ; Insuffisance de matériels et d'équipements pour le fonctionnement et riposte efficace ;

OPPORTUNITES

Appui au renforcement des capacités du personnel sur la surveillance transfrontalière par les partenaires

Plaidoyer auprès des autres administrations pour établir et renforcer la collaboration ;

Affectation de personnel en appui pour rendre fonctionnel les PSF;

Supervisions formatives

MENACES

Fourniture en énergie électrique intermittente

Conflits de compétence avec les autres administrations

Porosité importante à la frontière

Réseau de communication très instable



CONCLUSION

Le présent travail de recherche dont le titre est « Défis de la sécurité sanitaire en zone CEMAC à la frontière Cameroun-Tchad » avait pour objectif de déterminer les mesures mises en œuvre au niveau de la frontière Cameroun-Tchad afin de garantir la sécurité sanitaire des populations locales. Plus spécifiquement, il était question pour nous (i) de décrire les moyens (humains, financiers et matériels) mis à disposition pour garantir la sécurité sanitaire, ensuite (ii) nous devions définir le système de surveillance épidémiologique mis en place pour enfin (iii) explorer les méthodes d'évaluation des risques et du danger à la frontière Cameroun-Tchad. Nous avons de ce fait mené une étude qualitative à étude de cas dont la fiche de synthèse a été utilisée pour collecter nos données.

En ce qui concerne les moyens humains, financiers et matériels mis à disposition pour garantir la sécurité sanitaire à la frontière Cameroun-Tchad, nous avons noté une insuffisance en qualité et en quantité du personnel dans le Poste-frontière de Kousseri. Or l'Annexe 1 du Règlement sanitaire international (2005) (ci-après dénommé RSI) exige les 196 États Parties doivent se doter des principales capacités requises pour la surveillance et la réponse et cela passe par la dotation en personnel qualifié et formé au RSI.

D'après les Capacités essentielles requises en vertu du RSI pour la surveillance et l'action dans les ports ,aéroports et postes frontières désignés, en permanence il faudrait assurer l'accès à un service médical approprié, y compris à des moyens diagnostiques situés de façon à permettre l'examen et la prise en charge rapides des voyageurs malades ; de mettre à disposition des personnels, du matériel et des locaux adéquats. Ainsi, les moyens humains, financiers et matériels mis à la disposition du Poste-frontière de Kousseri sont insuffisants et inadéquats.

Les informations collectées permettent d'entrevoir que le poste frontière de Kousseri dispose en son sein de quelques éléments de surveillance épidémiologique. Il s'agit notamment du guide SMIR, de l'usage de l'annexe du RSI 2005, d'une fiche de définition des cas. Le poste dispose également des fiches de notification des MAPI. Le personnel disponible n'est pas formé au RSI (surveillance transfrontalière) à la SIMR et à la gestion des urgences de santé publique (EIR).

Pour ce qui est des méthodes d'évaluation des risques et du danger à la frontière Cameroun-Tchad, il faut d'abord noter qu'elles comprennent l'évaluation du risque pour la santé

humaine, du risque de propagation internationale et du risque d'entraves au trafic international. L'évaluation des risques au poste-frontière de Kousseri est quasi-inexistante. En effet, selon le RSI, le PSF doit disposer d'un laboratoire équipé pour confirmer ou infirmer en laboratoire l'agent causal.

Au terme de nos analyses, les résultats montrent :

- une insuffisance en personnel qualifié et formé au RSI au poste-frontière de Kousseri pour répondre à une éventuelle propagation d'une épidémie, une absence de locaux pour assurer le triage et la prise en charge des voyageurs en cas d'alerte, de matériel d'équipement de protection individuelle, de moyens de transport pour évacuer vers un service médical approprié ;
- Malgré l'existence des documents de surveillance épidémiologique tels que le guide SMIR, le RSI (2005), la surveillance à ce poste-frontière est très faible, en outre une absence d'un cadre juridique formel rend difficile la collaboration multisectorielle entravant parfois la surveillance épidémiologique ;
- Les méthodes d'évaluations des risques à ce poste-frontière sont quasi-inexistantes.

Ainsi, des efforts doivent être fournis dans le cadre du renforcement des capacités essentielles requises en vertu du RSI pour la surveillance et l'action dans les ports, aéroports et postes frontières désignés.



SUGGESTIONS

Tableau 4 : Suggestions

Problèmes	Causes	Conséquences	Suggestions	Acteurs
Absence de bâtiments appropriés, d'équipements et de moyens logistiques dans le PSF de Kousseri	Absence de politique de dotation en bâtiments	Affecte le travail du personnel	Doter le PSF de bâtiments appropriés, d'équipements et moyens logistiques	MINSANTE /CIS
Insuffisance du personnel qualifié dans le PSF	Mauvaise répartition des RH, postes vacants	Démotivation du personnel en poste	Designier par une note officielle les responsables des PSFS aux postes vacants et affecter le personnel en complément	MINSANTE/DEP
Personnel disponible non formé au RSI dans le cadre de la surveillance transfrontalière, à la SMIR et aux EIR	Absence des plans, guides et manuels d'inspection et des procédures opérationnelles standardisées	Surveillance épidémiologique à la frontière de mauvaise qualité	Renforcer les capacités du personnel du PSF dans la surveillance transfrontalière	MINSANTE/DRH/ONSP
Absence de cadre juridique formel		Entrave la gestion et la résolution efficace des crises sanitaires	Revoir le cadre juridique des Postes de santé aux frontières (PSF)	MINSANTE/DAJC

Défis de la sécurité sanitaire en zone CEMAC à la frontière Cameroun-Tchad

Insuffisance de collaboration multisectorielle	absence de cadre juridique formel rend difficile cette collaboration	Contribue à la porosité de la frontière	Renforcer la collaboration intersectorielle par une note officielle	MINSANTE/ONSP
Absence de supervisions régulières dans le PSF	Manque de moyens logistiques, financiers et humains	Affecte la qualité des données transmises	Intensifier les supervisions au PSF	ONSP

Source : Auteur

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Enquête en « zone d'attente réservée » de l'aéroport de Paris-Charles de Gaulle, <http://journals.openedition.org/conflits/15743>, consulté le 26/10/2018 20:29:54
- 2- Wihtol de Wenden, Catherine. *Faut-il ouvrir les frontières ?* Nouveaux Débats. Paris: Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.), 2017. <https://www.cairn.info/faut-il-ouvrir-les-frontieres--9782724621105.htm>.
- 3- Paillette, Céline. « Épidémies, santé et ordre mondial. Le rôle des organisations sanitaires internationales, 1903-1923 ». *Monde(s)*, n° 2 (2012): 235-56. <https://doi.org/10.3917/mond.122.0235>.
- 4- « Hérodote a lu ». *Hérodote*, n° 143 (23 décembre 2011): 207-12. <https://doi.org/10.3917/her.143.0207>.
- 5- « Introduction », 10, 2017. https://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=SCPO_WIHTO_2017_01_0005.
- 6- Robin, Nelly. « L'espace migratoire de l'Afrique de l'Ouest : panorama statistique ». *Hommes & Migrations* 1160, n° 1 (1992): 6-15. <https://doi.org/10.3406/homig.1992.1928>.
- 7- Paillette, Céline. « L'Europe et les organisations sanitaires internationales. Enjeux régionaux et mondialisation, des années 1900 aux années 1920 ». *Les cahiers Irice*, n° 9 (12 décembre 2012): 47-60. <https://doi.org/10.3917/lci.009.0047>.
- 8- « LE DROIT À LA SÉCURITÉ SANITAIRE DES ALIMENTS ET L'ARTICLE 349 TFUE - ProQuest ». Consulté le 26 octobre 2018. <https://search.proquest.com/openview/23eac38b39a4041fa38e0fb7d563eefe/1?pq-origsite=gscholar&cbl=386613>.
- 9- Brachet, Julien, Armelle Choplin, et Olivier Pliez. « Le Sahara entre espace de circulation et frontière migratoire de l'Europe ». *Hérodote*, n° 142 (23 septembre 2011): 163-82. <https://doi.org/10.3917/her.142.0163>.
- 10- Sauer, Fernand. « Les ambitions européennes en matière de santé ». *Revue française d'administration publique* no113, n° 1 (2005): 147-57. <https://doi.org/10.3917/rfap.113.0147>.
- 11- Bühler, Eve-Anne. « Les mobilités des exploitations rizicoles du Rio Grande do Sul (Brésil) vers l'Uruguay : territorialités et stratégies transfrontalières d'accès aux

- ressources ». PhD Thesis, 19 décembre 2006. <http://ethesis.inp-toulouse.fr/archive/00000477/>.
- 12- Beauchemin, Cris, et David Lessault. « Les statistiques des migrations africaines : ni exode, ni invasion ». *e-Migrinter*, n° 12 (15 octobre 2014): 32-43. <https://doi.org/10.4000/e-migrinter.417>.
- 13- Zakari, Seydou, Liu Ying, et Baohui Song. « Market Integration and Spatial Price Transmission in Niger Grain Markets ». *African Development Review* 26, n° 2 (1 juin 2014): 264. <https://doi.org/10.1111/1467-8268.12080>.
- 14- Tricou, Vianney, Marilou Pagonendji, Casimir Manengu, et Jeff Mutombo. « Measles outbreak in Northern Central African Republic 3 years after the last national immunization campaign ». *BMC Infectious Diseases* 13, n° 1 (26 février 2013): 103. <https://doi.org/10.1186/1471-2334-13-103>.
- 15- Charpak, Yves. « Notre Europe de la Santé ». *Santé Publique* 26, n° 1 (21 mars 2014): 5-7. <https://doi.org/10.3917/spub.137.0005>.
- 16- Carrera, Sergio, Leonhard den Hertog, et Joanna Parkin. « The Peculiar Nature of EU Home Affairs Agencies in Migration Control: Beyond Accountability versus Autonomy? » *European Journal of Migration and Law* 15, n° 4 (2013): 337-58. <https://doi.org/10.1163/15718166-00002040>.
- 17- Schiller, Nina Glick. « Unravelling the Migration and Development Web: Research and Policy Implications ». *International Migration* 50, n° 3 (1 juin 2012): 92-97. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2435.2012.00757.x>.
- 18- *Plan national de réponse à l'épidémie de choléra au Cameroun. Août–Octobre 2018.* [https:// www.minsante.cm.gov](https://www.minsante.cm.gov)
- 19- *Rapport Sitrep Cameroun, 2020*

ANNEXES

TABLE DE MATIERE

SOMMAIRE	1
INTRODUCTION.....	Error! Bookmark not defined.
CHAPITRE I : CADRE CONCEPTUEL DE L'ÉTUDE	Error! Bookmark not defined.
1.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE.....	14
1.1.1.Justification	14
1.1.2.Contexte de l'étude.....	14
1.2.Problème.....	23
1.3. Problématique.....	23
1.4. Questions de recherche.....	27
1.5. Hypothèses de recherche	Error! Bookmark not defined.
1.6. Objectifs de recherche	27
1.7.Intérêt de l'étude.....	27
CHAPITRE II : CADRE THÉORIQUE DE LA RECHERCHE	Error! Bookmark not defined.
2.1. Revue de la littérature.....	31
2.1.2. Sécurité sanitaire et RSI	49
2.1.3. Sécurité sanitaire et OCEAC	Error! Bookmark not defined.
2.1.4. Sécurité sanitaire et libre circulation en zone CEMAC.....	51
2.2. Clarification conceptuelle.....	34
2.2.1. Définition des termes du sujet	40
2.2.2. La sécurité sanitaire.....	46
2.3. Approche théorique	3
CHAPITRE III : MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	Error! Bookmark not defined.
3.1- présentation générale.....	2
3.2. Méthode et Technique de recherche.....	4
3.2.1. Méthode de recherche.....	Error! Bookmark not defined.

3.2.2. Type d'étude.....	10
3.2.3. Population d'étude :.....	10
3.2.4. Technique d'échantillonnage.....	11
3.2.5. Collecte des données	Error! Bookmark not defined.
3.2.6. Respect de l'éthique :	12
3.2.7 Méthode d'analyse.....	12
3.2.8 Limite de notre étude :.....	14
CHAPITRE IV : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS DE L'ENQUETE	Error!
Bookmark not defined.	
4.1 Analyse descriptive	Error! Bookmark not defined.
4.2 Analyse explicative	Error! Bookmark not defined.
CHAPITRE V : SYNTHESE ET DISCUSSION DES RESULTATS.....	Error! Bookmark not defined.
CONCLUSION ET SUGGESTIONS	Error! Bookmark not defined.
BIBLIOGRAPHIE	1
ANNEXES	3
TABLE DE MATIERE	4

Défis de la sécurité sanitaire en zone CEMAC à la frontière Cameroun-Tchad

NJOUONKOU PEFOURA Mohamed

Résumé

La sécurité sanitaire traite de la sécurité et de la gestion du risque concernant la santé car c'est un enjeu d'intérêt public et général qui mobilise d'importants moyens humains et financiers. En effet, c'est un des problèmes préoccupants en santé publique car le monde devenu planétaire et les populations sont de plus en plus mobiles, interdépendant et interconnecté ce qui offre des opportunités pour la propagation rapide des risques et des maladies. Les maladies sont les seuls « citoyens » qui traversent les frontières sans passeport ni carnet de vaccination. De ce fait, la porosité des frontières est due aux faiblesses du système de contrôle à la frontière. L'objectif de cette étude était de faire déterminer les mesures mises en œuvre au niveau de la frontière Cameroun-Tchad afin de garantir la sécurité sanitaire des populations locales. Notre intérêt porte sur une analyse des défis de la sécurité sanitaire en zone CEMAC à la frontière Cameroun-Tchad. De cette étude qualitative, nous avons utilisé la méthode d'étude de cas pour collecter et analyser les données dont la population cible était les postes aux frontières désignés. À l'aide d'une fiche synthétique, nous avons collecté les données auprès du responsable du poste frontière de Kousseri qui se trouve être le lieu de transit des populations entre le Tchad et le Cameroun. De cette fiche, il en ressort que seulement deux infirmiers de formation y sont affectés contrairement aux normes prescrites par l'annexe 2 du RSI. L'analyse générale du district frontalier de Kousseri ressort d'après les annexes du RSI, que celui-ci ne dispose d'aucun autre service adéquat pour la prise en charge des voyageurs malades. Cette situation engage la responsabilité tant du Point Focal National du RSI que celle des ministères sectoriels, d'une part à travers un plaidoyer pour l'organisation en permanence du renforcement des capacités essentielles requises en vertu du RSI pour la surveillance épidémiologique du personnel de santé dans les districts frontaliers et ceux des postes aux frontières en particuliers et d'autre part à travers l'affectation de personnel en appui pour rendre fonctionnel ce PSF.

Mots clés : Sécurité Sanitaire, Défis, Règlement Sanitaire International, Frontière

Abstract

Health security deals with safety and health risk management because it is an issue of public and general interest that mobilises significant human and financial resources. Indeed, it is one of the issues of concern in public health because the world has become global and populations are increasingly mobile, interdependent and interconnected, offering opportunities for the rapid spread of risks and diseases. Diseases are the only "citizens" who cross borders without passports or vaccination records. As a result, the porosity of borders is due to weaknesses in the border control system. The objective of this study was to determine the measures implemented at the Cameroon-Chad border in order to guarantee the health security of local populations. We are interested in an analysis of the challenges of health security in the EMCCA zone at the Cameroon-Chad border. From this qualitative study, we used the case study method to collect and analyze data with the target population at the designated border posts. Using a summary sheet, we collected data from the person in charge of the Kousseri border post, which is the transit point for populations between Chad and Cameroon. From this sheet, it appears that only two trained nurses are assigned there, contrary to the standards prescribed by Annex 2 of the IHR. The general analysis of the border district of Kousseri shows from the annexes of the IHR that there are no other adequate services for the care of sick travellers. This situation engages the responsibility of both the national IHR focal point and the sectoral ministries, on the one hand through advocacy for the ongoing organization of the essential capacity building required under the IHR for the epidemiological surveillance of health personnel in the border districts and those at border posts in particular, and on the other hand through the assignment of support staff to make this FSP functional.

Key Words: Health Security, Challenges, International Health Regulations, Borders

RUFSO Revue "Université sans Frontières pour une Société Ouverte"

ISSN : 2313-285x (en ligne)

Volume 35: numéro 1

Site Web de la revue: rufso.org

Thèse:

Langue : Français

Titre : Défis de la sécurité sanitaire en zone CEMAC à la frontière Cameroun-Tchad

Auteur : NJOUONKOU PEFOURA Mohamed

Publiée: Février 2023

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