

Stratégie d'intervention de la médecine dans le domaine du sport: perception des sportifs de compétition pour l'amélioration de la performance

The practice of sport medicine : perception of competitive sport: men for the amelioration of the performance

WADOUM FOFOU Chamberlain

Enseignant chercheur

Institut National de la Jeunesse et des Sports de Yaoundé

Laboratoire des Sciences Humaines et Sociales Appliquées à l'Animation, aux Loisirs et à
l'Education Civique
Cameroun

MBOUH Samuel

Enseignant chercheur

Institut National de la Jeunesse et des Sports de Yaoundé

Laboratoire de Biologie de l'Activité Physique
Cameroun

BISSOU MAHOP Josué

Médecin de Sport

Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales
Université de yaoundé I
Cameroun

Date de soumission : 20/02/2024

Date d'acceptation : 06/05/2024

Pour citer cet article :

WADOUM FOFOU C. et al. (2024) «Stratégie d'intervention de la médecine dans le domaine du sport: perception des sportifs de compétition pour l'amélioration de la performance », Revue Internationale des Sciences de Gestion « Volume 7 : Numéro 2 » pp : 546 - 558

Résumé:

Cette étude a pour objectif d'examiner la perception qu'ont les sportifs de la pratique du corps médical dans le sport de haut niveau. Nous inspirant de la logique causale, un guide d'entretien portant sur huit (08) items, allant des missions à la fonction relationnelle en passant par les compétences des médecins du sport a été élaboré, puis administré à treize (13) sportifs de haut niveau. Les résultats obtenus par traitement de cas enchâssés ont révélé qu'en terme de perception de l'intervention sur la cible: 1) la moyenne générale est de 22,22 points sur 40; 2) la plus petite note attribuée par les répondants et qui porte sur les items 1, 2, 3 est de 0 sur 5; tandis que la plus grande note, relative aux items 4, 5, 7 et 8, avec une forte densité sur l'item 8, est de 5 sur 5. L'approche qualitative utilisée a permis de mieux comprendre le sens de cette notation. Ces résultats confirment que les efforts sont à effectuer, dans la perspective de l'atteinte des normes de la démocratie sanitaire dans le domaine du sport.

Mots clés:

Sport de haut niveau ; médecine du sport ; démocratie sanitaire ; perception ; Cameroun.

Abstract:

The study has as objective to examine the perception that athletes have of the intervention strategy of medical staff in higher level sports. Taking our inspiration from strategic enterprise approach resulting from effectual logic, an interview guide covering (08) items going from missions to the relationship function passing through the competences of medical sport was developed, then administered to (13) higher level athletes. The results obtained by embedded treatment revealed that in terms of perception of the intervention strategy on target: 1) the general average is 22.22 points out of 40; 2) the lowest score given by the respondents and which is on items 1, 2, 3 is 0 on 5; whereas the highest score concerning items 4, 5, 7 and 8 with a higher density on item 8 is 5 out of 5. The qualitative approach used made it possible to better understand the meaning of this notation. These results confirm that efforts are to be made in view of reaching the standards of health democracy in the field of sport.

Key-words:

High level sport ; sport medicine ; health democracy ; perception ; Cameroon.

Introduction

Autrefois, l'usage de la médecine du sport se limitait aux soins et à l'assistance sanitaire de proximité. De nos jours, du fait du boum économique et de la recherche de la performance, les différents corps de métier doivent-ils fédérer leur effort pour atteindre le même objectif ?

Au Cameroun, dans le souci de fédérer les énergies et aboutir à la performance sportive tant convoitée par tous les antagonistes, l'on utilise souvent des slogans du genre «*union sacrée autour des Lions*» (Gweha, 2020). De ce qui précède, et compte tenu de la contribution significative du corps médical à la performance sportive, la médecine du sport attire-t-elle autant l'attention des autres parties prenantes que l'aspect technique? Comment est perçue l'assistance sanitaire multidisciplinaire auprès des sportifs de compétition ?

Le but de cette étude est d'évaluer le niveau de confiance qui existe entre les sportifs de haut niveau et les soigneurs pour atteindre un objectif de performance. Le sport revêt de plus en plus un intérêt majeur même s'il n'est pas régulièrement pris en considération en tant que secteur non monétaire (Metangmo, 2024). Cette problématique est d'une importance capitale d'autant plus que la contribution de la médecine à la performance sportive n'est plus à démontrer, car entre autres, le médecin du sport tente d'améliorer les performances sportives grâce à une prise en charge personnalisée (il surveille la fonction cardiovasculaire des sportifs, mesure la consommation maximale d'oxygène, donne des conseils de diététique ou sur le sommeil, s'assure que la quantité de l'entraînement reste raisonnable, etc.) (Hilmi, 2024). C'est dans ce contexte qu'Onomo Onomo, et al. (2024) ont mené une étude portant sur l'acclimatation et la performance sportives des délégations aux jeux universitaires de la dynamique collective de Dschang en 2019 au Cameroun.

Fort conscient de cet intérêt, et dans le souci de développer la médecine du sport, la littérature offre quelques pistes de réflexion ou des activités jusque-là menées. Au Cameroun, l'organisation en 2010 des Etats généraux des Sports et de l'Education Physique dont l'un des sous thèmes de l'atelier 5 était la médecine de sport: formation et statuts de personnels (www.minsep.com), sans oublier la contribution de Tetanye-Ekoe (2005) sur le thème la médecine du sport au Cameroun, enjeux et perspectives d'un volet négligé où il précise que la médecine du sport ne semble toujours pas être bien appréhendée au Cameroun. Ajoutons les activités de formation initiées par l'Association des Professionnels de la Médecine du Sport (Wandji, 2016).

Bien que la relation entre le médecin et le patient soit régulièrement étudiée et devrait être empreinte de confiance mutuelle (Faizang, 2013 ; Nga nkouma Tsanga, 2021), aucune n'étude

du moins dans notre cadre praxéologique d'étude, n'a été conduite pour examiner la relation entre le sportif et la médecine du sport. Si oui, Abdoul Karim K. (2010) a rédigé une thèse de doctorat en médecine portant sur Evaluation du suivi médical des athlètes dans les fédérations sportives du Mali. De cette étude, il ressort que 72 % des 22 fédérations sportives ont une commission médicale, seulement est-il que la plupart du personnel médical des fédérations n'avait pas de connaissance requise pour le suivi des athlètes. Genest (2018) a également rédigé une thèse de doctorat en médecins sur le thème Description et intérêt du suivi médical du sportif de haut niveau : étude de 22 jeunes joueurs de tennis Lorrains. C'est pourquoi l'on cherche à savoir les indicateurs de la démocratie sanitaire dans le domaine du sport.

Nous inspirant de la démarche de la gestion stratégique des organisations (Helfer et al. (2019) nous allons effectuer une investigation par étude de cas enchâssés auprès des sportifs de haut niveau, relative aux missions et à la démarche de l'intervention de la médecine du sport. Les résultats seront présentés sous forme de tableaux et figures puis discutés en référence à la littérature. C'est dire qu'utilisant la démarche IMRAD, après avoir présenté de façon justifiée notre démarche méthodologique (1), nous allons présenter nos principaux résultats (2).

1. Matériels et méthodes

1.1. Stratégie globale de recherche, public cible et critères d'échantillonnage

Pour mieux comprendre la pratique de l'intervention de la médecine dans le domaine du sport de haut niveau, compte tenu de son caractère complexe, contemporain et de la nécessité de situer chacun des cas dans son contexte, il est opportun d'utiliser l'étude quantitative (noter chacun des items sur une échelle de 0 à 5, puis l'ensemble des items sur 40) et qualitative (justifier les notes affectées aux items) de cas enchâssés. Cette stratégie à l'avantage de donner la parole à chacune des composantes placées dans son contexte spécifique (Savic-Zajc, 2000; Yin, 1993). C'est dire que nous allons d'une part effectuer les études intra cas et effectuer l'étude intercas d'autre part.

Notre public cible est constitué des sportifs de haut niveau encore en activité. En activité parceque nous apprécierons la mise en œuvre de la nouvelle norme en matière de démocratie sanitaire. Ce faisant, quatre (04) critères permettent de constituer l'échantillon : 1) être un sportif de haut niveau, c'est-à-dire évoluer au niveau national, continental ou mondial ; 2) avoir une ancienneté d'au moins cinq (05) ans dans la pratique, temps requis pour bien observer le phénomène ; 3) adopter la diversité, diversité en terme de sexe et de discipline sportive et 4) être disposé à répondre convenablement à toutes les questions.

1.2. Outils de collecte des données, conditions de déroulement des entretiens et technique de traitement des données

Plusieurs outils ont permis la collecte des données. D'abord, l'exploitation des documents relatifs à la thématique abordée. Puis, le principal outil est l'entretien semi-structuré avec les athlètes (Quivy et Van Campendhoud, 1995). Outre l'identification des athlètes, le guide d'entretien comporte huit (08) items relatifs à la planification et la mise en œuvre de la médecine du sport. Il s'agit des items ci-après : Item 1. la mission de la médecine du sport ; item 2. qualification des médecins du sport ; item 3. matériels de travail du médecin du sport ; item 4 . savoir du médecin du sport ; Item 5. savoir faire du médecin du sport ; item 6. savoir être du médecin du sport ; item : 7. relation médecin du sport avec les autres médecins; item 8. relation entre le médecin du sport et les autres parties prenante de l'équipe sportive. Selon les circonstances, les entretiens qui se sont déroulés au courant de l'année 2023, avaient lieu avant ou après une séance d'entraînement, duraient cinquante minutes à une heure trente minutes. Les réponses étaient consignées sur un papier, tout comme elles étaient enregistrées par un magnétophone.

En référence à Eisenhardt (1999) qui précise que le seuil de saturation théorique se situe entre 4 et 10 entreprises, nous avons étudié treize (13) cas donc deux (02) pour le pré-test ; neuf (09) pour étude principale et deux (02) pour le post-test (Hlady-Rispal, 2000 ; Musca, 2006).

Les deux (02) cas du pré test, issus du football et du handball, ont permis de valider le questionnaire et les deux cas de post test ont permis de constater la saturation des données.

Pour ce qui concerne le traitement des données, il s'est effectué selon l'analyse des contenus et les principes de la statistique descriptive en terme de notes obtenues par item, de moyenne, de notes maximales, de notes minimales, par cas et par échantillon et même l'utilisation des tableaux et les figures (Miles et Huberman, 1994).

1.3. Critères de rigueur méthodologique utilisés

Dans la perspective de certifier de la validité de notre recherche, plusieurs techniques ont été utilisées. Pour la validité externe, nous avons utilisé les pré et post tests, tout comme nous avons effectué les études intra et inter-cas en se référant à la littérature (Eisenhardt, 1989). En outre, pour la validité interne, nous avons utilisé la validation des interprétations par les répondants, la saturation des données et la triangulation. Cela nous a permis d'avoir les résultats ci-dessous.

2. Résultats

2.1. Présentation et analyse intra cas de la perception de la pratique de la médecine dans le domaine du sport.

Notre étude principale porte sur 9 athlètes dont 66,66 % sont de sexe masculin et 33,33 % de sexe féminin. Selon l'âge, 88,88 % sont âgés entre 20-30 ans contre 11,11% de 30 à 40 ans. Suivant le statut matrimonial, il y a 88,88 % de célibataire contre 11,11% de marié. Suivant les disciplines sportives, 33,33 % sont des athlètes (pratiquent l'athlétisme), 22,22 % des volleyeurs, 11,11 % des gymnastes, idem pour le judo, la lutte et le football. S'agissant de l'ancienneté dans la pratique, 44,44 % ont 8 années de pratique, et d'autres ont respectivement 11, 13, 18 et 23 années. Pour terminer, tous sont des pratiquants de niveau national, africain ou mondial. Ce sont donc des sportifs de haut niveau confirmés. Ce faisant, la grille d'appréciation du système d'intervention de la médecine dans le segment du sport de haut niveau se trouve dans le tableau 1.

Ce tableau 1 précise les notes affectées par chacun des athlètes à chaque item, suivi d'un point de vue sur certains aspects. Nous rélevons que :

L'athlète n°1 attribue la note de 25/40 soit 62,5 % à l'ensemble du processus. La note minimale est de 1 sur 5 et est attribuée à l'item 3, tandis que la note maximale est de 4 et concerne les items 6, 7 et 8. En d'autres termes, pour cet athlète, le matériel d'intervention du médecin est à améliorer, alors que le médecin lui-même semble accueillant et est en de bons termes avec les autres médecins et les membres de l'équipe.

L'athlète n°2 affecte la note de 30/40 soit 75 % à l'ensemble du processus. Pour lui, la plus petite note est de 3 sur 5 et sa fréquence est de 2 sur les items 3 et 6. Par contre, la grande note est de 4 et sa fréquence est 6 sur les items 1, 2, 4, 5, 7 et 8.

L'athlète n°3 administre la note de 27 sur 40 soit 67,5 % à l'ensemble du processus de l'intervention de la médecine dans le domaine du sport. Pour lui, la note maximale est de 5, attribuée une fois à l'item 8 tandis que la note minimale est de 2, attribuée une fois à l'item 3.

L'athlète n°4 confère la note de 18/40 soit 45 % au processus global de l'intervention. Ce faisant, la petite note est de 0 sur 5, attribuée une fois à l'item 2. Par contre, la note maximale est de 5, enregistrée une fois à l'item 8. En clair, pas de médecins de sport formés, mais toutefois, ceux avec qui l'équipe travaille sont en harmonie avec le reste de la délégation.

Pour l'athlète n°5, la note générale est de 29/40, soit 72,5 %. La note minimale est de 2/5, enregistrée une fois par l'item 3 alors que la note maximale de l'athlète n°5 est de 5, enregistrée

une fois par l’item 7. C’est dire que, bien que en manque de matériel, les médecins du sport sont en harmonie avec le reste de la délégation.

L’athlète n°6 a affecté une note de 12/40 soit 30 % au processus global. La note minimale est de 0 sur 5, affectée aux items 1, 2 et 3 alors que la note maximale est de 4, attribuée une fois à l’item 7.

Pour l’athlète cas n°7, la note du procesus est de 11/40, soit 27,5 %. Sa note minimale est de 0 sur 5, obtenue une fois sur l’item 3 alors que la note maximale est de 3, obtenue a l’item 7.

L’athlète cas 8 a attribué la note de 29/40 soit 72, 5% à l’ensemble du processus. Sa note minimale est de 1, attribuée à l’item 3 tandisque la note maximale est de 5, attribuée 4 fois aux items 4, 5, 7 et 8.

Pour l’athlète cas 9, la note générale est de 19 sur 40, soit 47,5 %. Par ailleurs, sa petite note est de 1, attribuée aux items 3 et 4, tandisque la grande note est de 5, affectée à l’item 8.

Tableau n°1 : Grille d’appréciation du système d’intervention de la médecine dans le sport de haut niveau au Cameroun

N°	Notes par item									Exemples des déclarations des athlètes (verbatim)
	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6	Item 7	Item 8	Total/ 40	
Athlète 1	+3	+3	+1	+3	+3	+4	+4	+4	25	<i>«les médecins que nous avons souvent eu dans nos équipes n’étaient pas de véritables spécialistes, mais des généralistes qui n’avaient pas souvent la bonne maîtrise des solutions a apporter à certains problèmes »</i>
Athlète 2	+4	+4	+3	+4	+4	+3	+4	+4	30	<i>« Certains, du moins la plupart, sont sortis des écoles de la médecine »</i>
Athlète 3	+3	+3	+2	+4	+3	+4	+3	+5	27	<i>« les médecins de sport de haut niveau sont en quelque sorte négligés du fait du doute autour du sport camerounais »</i>
Athlète 4	+1	+1	+4	+1	+5	+2	+1	+4	18	<i>« Au regard des innovations observées dans les pays développés, les médecins de sport de haut niveau au cameroun tardent à se mettre à jour sur les nouveautés »</i>
Athlète 5	+3	+4	+2	+3	+4	+4	+5	+4	29	<i>« Nous ne sommes toujours pas satisfaits à part entière »</i>
Athlète 6	0	0	0	+1	+1	+3	+4	+3	12	<i>« Il existe encore un manque d’attention des kinésithérapeutes envers leurs athlètes »</i>
Athlète 7	+2	-	0	+1	+1	+2	+3	+2	11	<i>«Oui. Tous dialoguent pour la bonne marche. ça fait partie du recyclage en même temps on apprend partout»</i>
Athlète 8	+3	+3	+1	+5	+5	+2	+5	+5	29	<i>«Ils se renseignent toujours auprès de nos entraîneurs sur nos états de santé»</i>

Athlète 9	+2	+2	+1	+1	+2	+3	+3	+5	19	«Un climat de respect mutuel règne entre eux»
Total/ 45	21	20	14	23	28	27	32	36		

(-) : valeurs manquantes

Source : Nos enquêtes (2023)

2.2. Analyse inter cas de la perception de la pratique de la médecine du sport par les athlètes.

Le Cameroun comporte de nos jours 52 fédérations sportives. Chacune de ces fédérations comporte des structures déconcentrées (régionales et départementales) et est affiliée à des instances continentales et mondiales. C'est dire que ces fédérations organisent des activités sportives au niveau national, africain et mondial. Exemples: La Fédération Camerounaise de Football, la Fédération Camerounaise de Handball, la Fédération Camerounaise d'Athlétisme, la Fédération Camerounaise de Judo, de Boxe, de Tennis, de Volley ball etc. Pour ce qui concerne la médecine du sport, en principe chacune des équipes prenant part à une compétition devrait avoir son spécialiste en médecine du sport et tantôt compléter par les officiels médicaux du comité d'organisation. Pour ce qui concerne l'historique de ce métier, bon nombre de professionnels ayant reçu l'agrément de l'administration sont des médecins généralistes, les chirurgiens, les gynécologues, les médecins anesthésistes réanimateurs, les radiologues etc. (Bissou, 2005). La concaténation des données collectées par étude de cas ci-dessus énoncés permet d'avoir les résultats de l'échantillon. Ils sont représentés dans le tableau n°2.

L'analyse globale laisse comprendre la plus petite note attribuée par les répondants est de 0 et porte sur les items 1, 2 et 3, tandis que la plus grande note est de 5 et porte sur les items 4, 5, 7 et 8. Avec une forte densité de 5 à l'item 8.

Fort de tout ce qui précède, les points à améliorer sont susceptibles d'être représentés comme dans la figure 1 ci-dessous, d'autant plus que l'athlète et les autres parties prenantes ont besoin d'être rassuré (Sadouki, 2020).

Cette figure 1 permet de constater que la situation idéale est celle d'avoir un cercle de rayon 5. Or la position actuelle est représentée par la ligne en pointillés. C'est dire que la surface à améliorer est la zone comprise entre la ligne en pointillés et la ligne représentant la situation souhaitée. Nous constatons que les efforts à fournir pour atteindre la situation souhaitée varient d'un item à l'autre. A titre d'illustration, il est plus élevé à l'item 3 qu'à l'item 2. Cette situation traduit le manque de professionnels de la médecine du sport dans l'environnement Camerounais.

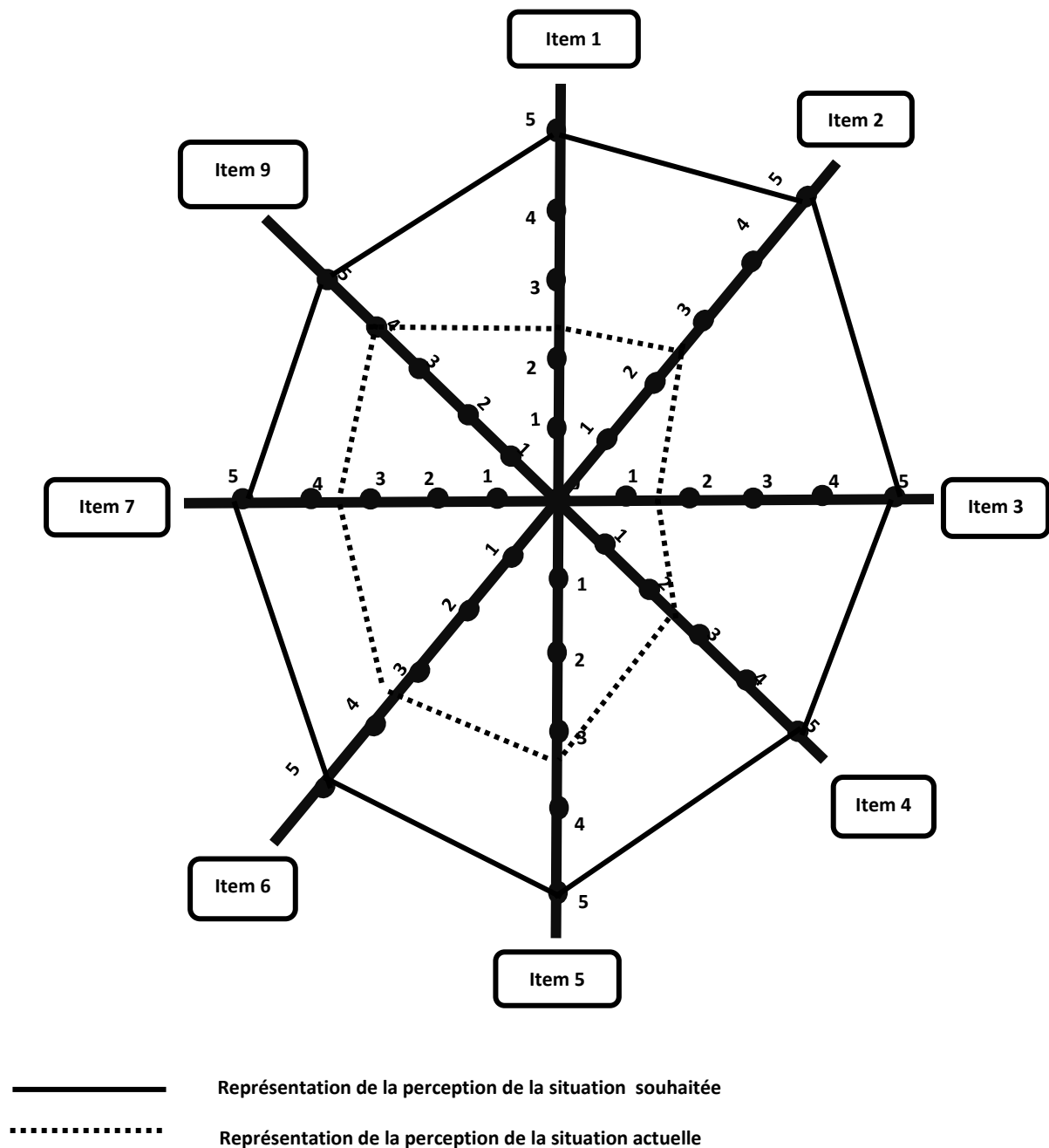
Tableau n°2: Perception de la stratégie d'intervention de la médecine dans le sport par les sportifs

N°	items	Notes		
		Minimale	Maximale	Moyenne
1	Missions des médecins du sport	0 (1)	4 (1)	2,33
2	Qualification du personnel sanitaire	0 (2)	4 (2)	2,22
3	Matériels des médecins du sport	0 (2)	4 (1)	1,55
4	Savoir des médecins du sport	1 (4)	5 (1)	2,55
5	Savoir faire des praticiens de santé du sport	1 (2)	5 (2)	3,11
6	Savoir être des praticiens de santé du sport	2 (3)	4 (3)	3
7	Relations médecins du sport avec les autres médecins	1 (1)	5 (1)	3,55
8	Relations médecins du sport avec les autres parties prenantes de l'équipe (entraîneurs, administrateurs etc.)	2 (1)	5 (3)	4

x (y) : x valeur de la note, y fréquence de parution de la note

Source : nos investigations (2023)

Figure n°1 : Visualisation des points des zones à améliorer



Source : nos investigations (2023)

Conclusion et discussion

L'étude avait pour objectif d'examiner la perception qu'ont les sportifs de l'intervention de la médecine dans le sport de haut niveau au Cameroun. Nous inspirant de la démarche de planification stratégique issue des entreprises, un guide d'entretien portant sur huit (08) items

relatifs à la planification et la mise en œuvre de la médecine du sport a été élaboré, puis administré à 13 sportifs de haut niveau. Les données sont traitées d'abord au niveau de chacun des sportifs, puis à l'ensemble de l'échantillon. Au niveau de chacun des sujets, les notes obtenues par item allaient de 0 à 5. La plus grande, 5 est obtenue sur les items 8, 5, 4 et 7 alors que la plus petite, 0, est obtenue sur les items 1, 2 et 3. Les clarifications de chacune de ces notes sont énoncées par les répondants.

Au terme de l'étude, nous pensons que la contribution du corps médical reste encore diversement appréciée. Selon la discipline, la compétence du staff technique, les moyens investis pour la cause, le type de compétition engagé et le niveau de formation du personnel assignés en mission.

Toutefois, il reste encore des efforts à fournir en terme de sensibilisation, d'éducation des différents corps qui interviennent dans la chaîne de la performance (staff technique, administrateurs, public, médias etc.). La médecine du sport sera bien perçue quand le maximum d'unités opérationnelles intervenant seront formés afin de mieux apprécier les efforts de ce corps de métier et leur contribution dans l'amélioration de la performance. Ce résultat est semblable à celui d'une étude menée au Mali (Abdoul Karim, 2010). Ces situations ont amené Nga Nkouma Tsanga (2021) à s'interroger quant à savoir si la relation entre patient et soignant en Afrique est un mariage difficile.

Sur le plan managérial, notre étude pose le problème de la nécessaire et bonne collaboration entre les composantes d'une Délégation sportive.

Sur le plan scientifique, cette étude permet d'établir le lien entre la dimension stratégique, la dimension tactique et la dimension opérationnelle des organisations. Cela a été opérationnalisé dans le cadre d'un Centre hospitalier (Ngouloubi, 2024).

La principale limite de cette étude est de n'avoir pas pris en compte la perception des autres acteurs tels les encadreurs techniques et les médecins ou les kinésithérapeutes eux-mêmes. Cela pourrait faire l'objet des prochaines investigations, de même qu'un regard croisé de cette pratique.

BIBLIOGRAPHIE

Abdoul Karim K. (2010). Evaluation du suivi medical des athletes dans les fédérations sportives du mali, thèse de doctorat en médecine, <https://www.bibliosante.ml/handle/123456>.

Bissou Mahop J. (2005). Guide pratique de médecine du sport, Paris, Sauraps médical

Comité d'histoire (2019). Sport de haut niveau : repères historiques, SHN.

Eisenhardt K.M. (1989). «Building theories from case study research», *Academy Management Review*, Vol 4, n°14, pp. 532-550.

Fainzang S. (2013). «La relation médecin-malade entre anciennes et nouvelles normes», *Ethnographie hospitalières : l'hôpital et ses terrains*, Vol 3, numéro 3

Genest J. (2010). Description et intérêt du suivi médical du sportif de haut niveau : étude de 29 jeunes joueurs de tennis lorrains, hal-01732175.

Heljer J.P., Kalika M. et al. (2019). Stratégie, le manuel du management stratégique, 11^e édition, vuibert

HILMI Y. (2024). Le contrôle de gestion au niveau des clubs sportives : Approche théorique. *PODIUM OF SPORT SCIENCES*

Yassine, H. I. L. M. I. Management control at the level of sports clubs: Theoretical approach.

Hlady-rispal M. (2002). La méthode de cas, application à la recherche en gestion, Paris, De Boeck Université.

LM. (2006). «Union sacrée autour des Lions: principales recommandations du MINSEP au cours d'une réunion tenue vendredi dernier », *Cameroun tribune*, 16 janvier, camfoot.com du 26/07/21

Gweha Ikouam V. (2020). «CHAN 2000: Gérémi Njitap appelle à l'union sacrée autour des Lions Indomptables A' », <https://www.allezleslions.net>

Marczewski K. (2017). «Comment gère-t-on un club de football professionnel dans le monde entrepreneurial ? Spécificité du management sportif », *Mémoire master en sciences de gestion*, Ecole de gestion de l'Université de Liège.

Metangma J. (2024). « La croissance est-elle inclusive au cameroun? Analyse à la lumière de la fonction d'opportunité sociale », *Revue française d'économie et de gestion*, 5, 3, pp. 74-93

Miles A.M. et Huberman, A.M. (1991). *Analyse des données qualitatives : recueil de nouvelles méthodes*, Bruxelles, de Boeck

Musca G. (2006). «Une stratégie de recherche processuelle: l'étude longitudinale de cas enchâssés », *Management*, n°3, 3-2006, pp. 145-168.

Nga Nkouma Tsanga RC. (2021). La relation patient-soignant en contexte africain : un mariage difficile ? *Revue Congolaise de Gestion* 2021/2 (numero 32), pp. 15-42

Ngouloubi A. C. (2024) « Pratique du contrôle de gestion dans un établissement public à caractère administratif et social : cas du Centre hospitalier et universitaire de Brazzaville », *Revue du Contrôle de la Comptabilité et de l'Audit*, 8 (1), pp. 34-52

Onomo Onomo, Akono et al. (2024). « Acclimatation et performance sportives des délégations aux jeux universitaires de la dynamique collective de Dschang en 2019 au Cameroun », *Revue internationale du chercheur*, Vol 5, n°1, pp. 129-155

Quivy R. et Van Campenhoudt L. (1995), *Manuel de recherche en Sciences sociales*, II^{ème} édition, Paris, Dunod.

Sadouki Y. (2020). « Relation médecin-malade », module de psychologie médicale, Faculté de médecine, Université Ferhat Abbas de Setif

Savoie-Zajc L. (2000). « Introduction à la recherche en éducation, Sherbrooke, édition du CRP, pp. 171-178

Tetanye E. (2005). « La médecine des sports au Cameroun : enjeux et défis d'un volet négligé » *Sportifs africains en ligne*

Wandji A. (2016). « Santé : la médecine du sport au centre des débats », CAMFOOT, camfoot.com

Wadoum Fofou C. , Mawa E. J et al. (2020). « L'effectuation: une logique pragmatique de la gestion stratégique des pme à l'heure de la pandémie covid 19 », *Revue internationale de management et d'économie appliquée*, Vol 3, n°3, pp.188-211.

Yin R. K. (1993). *Application of case study research*, Beverly Hills, Ca : sage publishing.

www.minsep.cm