

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES
BIOMEDICALES

CENTRE DE RECHERCHE ET DE FORMATION
DOCTORALE EN SCIENCES DE LA VIE, SANTE
ET ENVIRONNEMENT

UNITE DE RECHERCHE ET DE FORMATION
DOCTORALE EN SANTE ET ENVIRONNEMENT



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland

MINISTRY OF HIGHER EDUCATION

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF MEDECINE AND
BIOMEDICAL SCIENCES

RESEARCH AND DOCTORAL TRAINING
CENTER IN LIFE, HEALTH AND
ENVIRONMENTAL SCIENCES

RESEARCH AND DOCTORAL TRAINING UNIT
IN HEALTH AND ENVIRONMENT

DEPARTEMENT DE SANTE PUBLIQUE

**PERCEPTIONS ET BARRIÈRES DES POPULATIONS
CONCERNANT LA QUALITÉ DES SOINS DANS LES
FORMATIONS SANITAIRES DU DISTRICT DE SANTÉ
DJOUNGOLO-YAOUNDÉ**

Mémoire rédigé et soutenu publiquement en vue de l'obtention d'un diplôme de
master en santé publique par :

MAFO KENGNE Christelle

Matricule : 22E0022

Date de soutenance : 31 OCTOBRE 2024

Jury

Président du jury

Pr. KAMGNO Joseph

Rapporteur

Pr. NGUEFACK-TSAGUE Georges

Membre

Pr. BEDIANG Georges

Equipe d'encadrement

Directeur

Pr. NGUEFACK-TSAGUE Georges

Co-directeur

Pr. NSEME-ETOUCKEY Éric

Année académique : 2023-2024

TABLES DES MATIÈRES

DÉDICACES	III
REMERCIEMENTS	IV
LISTE DU PERSONNEL DE LA FMSB	VI
RÉSUMÉ.....	XVI
SUMMARY	XIX
LISTE DES TABLEAUX	XXII
LISTE DES FIGURES	XXIII
ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	XXIV
CHAPITRE I : INTRODUCTION	1
I.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DU SUJET	2
I.2. QUESTIONS DE RECHERCHE.....	4
I.3. OBJECTIFS DE LA RECHERCHE	5
I.4. VARIABLES CLÉS.....	5
I.5. DÉFINITIONS OPERATIONNELLES DES TERMES UTILISÉS	6
CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTÉRATURE	7
II.1. RAPPEL DES CONNAISSANCES	8
II.2. ÉTAT DES CONNAISSANCES SUR LA QUESTION.....	13
CHAPITRE III : MÉTHODOLOGIE	19
III.1. TYPE D'ÉTUDE	20
III.2. SITE D'ÉTUDE/ CADRE DE D'ÉTUDE	20
III.3. DURÉE / PERIODE D'ÉTUDE.....	21

III.4. POPULATION D'ÉTUDE.....	21
III.5. OUTILS DE COLLECTE DES DONNÉES	23
III.6. PROCEDURE DE COLLECTE DES DONNÉES	23
III.7. ANALYSE STATISTIQUE DES DONNÉES.....	24
III.8. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES ET ADMINISTRATIVES.....	24
CHAPITRE IV : RÉSULTATS	25
IV.1. RÉCAPITULATIF DES RÉSULTATS DE COUVERTURE DE L'ENQUÊTE	26
IV.2. CARACTÉRISTIQUES DES MENAGES ET DES ENQUÊTÉS	28
IV.3. PERCEPTION DES POPULATIONS SUR LA QUALITÉ DES SOINS	31
IV.4. BARRIÈRES AUX SOINS DE BONNE QUALITÉ	34
IV.5. SCORE DE SATISFACTION ET D'EXPÉRIENCES AUX SOINS	35
IV.6. FACTEURS AFFECTANT LA SATISFACTION GLOBALE AUX SOINS DES POPULATIONS	35
CHAPITRE V : DISCUSSION	39
V.1. PERCEPTIONS DES POPULATIONS CONCERNANT LA QUALITÉ DES SOINS	40
V.2. BARRIÈRES AUX SOINS DE BONNE QUALITÉ.....	40
V.3. SATISFACTION DES POPULATIONS À L'ÉGARD DES SOINS	41
V.4. FACTEURS AFFECTANT LA SATISFACTION GLOBALE DES POPULATIONS	41
V.5. LIMITES DE L'ETUDE	45
CONCLUSION.....	46
RECOMMANDATIONS.....	48
RÉFÉRENCES	50
ANNEXES.....	XXV

DÉDICACES

Ce mémoire est dédié spécialement à mes chers parents

M. KENGNE Lucas

&

Mme. TUEGUEM FOSSOUO Régine épouse KENGNE

REMERCIEMENTS

Avant tout nous tenons à exprimer notre profonde gratitude à **DIEU** pour la santé et la protection qu'il nous a accordé tout au long de ces deux années d'étude. Nous lui rendons grâce pour nous avoir permis d'entamer et de mener jusqu'au bout cette formation.

Nos remercions plus particulièrement toutes les personnes qui nous ont apporté une assistance à la réalisation de ce mémoire à savoir ;

L'ÉQUIPE D'ENCADREMENT :

Le Pr. **NGUEFACK-TSAGUE Georges** ; merci infiniment pour votre expertise et orientation qui ont été d'une grande aide dans la réalisation de ce travail.

Le Pr. **NSEME-ETOUCKEY Éric** ; merci pour votre aide et vos conseils qui ont contribué grandement à l'aboutissement de ce travail.

LES MEMBRES DU JURY DE SOUTENANCE :

Merci pour l'honneur que vous nous faite en acceptant d'évaluer ce mémoire. Nous accorderons une attention particulière à vos remarques et corrections afin de parfaire ce travail.

LE PERSONNEL ADMINISTRATIF ET ENSEIGNANTS DU DÉPARTEMENT DE SANTÉ PUBLIQUE DE LA FMSB :

Nous vous disons merci pour le suivi, l'orientation, la qualité des enseignements et des connaissances théoriques transmises qui ont contribué à alimenter notre passion pour la recherche médicale et de faire asseoir des bonnes bases en santé publique pour une meilleure pratique de la profession.

L'ÉQUIPE DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE EN SANTÉ HUMAINE DU CENTRE :

Nous vous remercions d'avoir évalué et approuvé notre protocole en nous accordant une autorisation éthique de recherche.

L'ÉQUIPE DU DISTRICT DE SANTÉ DE DJOUNGOLO ET DE L'AIRE DE SANTÉ NKOLONDONDOM :

Merci pour le suivi et l'attention que vous nous avez donné tout au long de la réalisation de cette étude. Vos orientations nous ont été d'une grande aide pour la collecte des données de notre enquête.

LES COLLÈGUES DE TRAVAIL ET AMIS :

Dr. NOUMBISSI Gicquel, Dr. NJINBOM Valentine, Dr. TCHAMGA Annick, Dr ESSIMI Francine, Dr NGAMENI Durant ; merci pour tout votre soutien et l'aide nous ayant permis de mener à bien la collecte et l'analyse des données de ce mémoire.

À LA POPULATION DE L'AIRE DE SANTÉ DE NKOLONDON :

Nous leur disons merci de nous avoir accordé leur temps en acceptant de participer à cette étude. Vous avez contribué grandement à la réalisation de ce travail de recherche. Sans vous nous n'aurions pas pu atteindre nos objectifs.

À la famille :

Mes parents M. KENGNE Lucas et Mme. TUEGUEM FOSSOUO Régine ; merci infiniment pour votre soutien et sacrifice consentis pour notre éducation. Sans vous, nous ne serions pas arrivés jusqu'au bout de cette formation.

Mon grand frère DZOUKOU Raoul ; pour ton soutien moral, ton soutien financier dans l'achat de l'ordinateur portable et le déroulement de ce travail. Grand merci pour ton assistance qui m'a été d'une très grande aide sans laquelle je ne pourrai arriver jusqu'au bout de ce travail.

LISTE DU PERSONNEL DE LA FMSB

1. PERSONNEL ADMINISTRATIF

Doyen : Pr NGO UM Esther Juliette épouse MEKA

Vice-Doyen chargé de la programmation et du suivi des activités académiques :
Pr NTSAMA ESSOMBA Claudine Mireille

Vice-Doyen chargé de la Scolarité, des Statistiques et du Suivi des Etudiants : Pr NGANOU
Chris Nadège épouse GNINDJIO

Vice-Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération : Pr ZEH Odile Fernande

Chef de la Division des Affaires Académiques, de la Scolarité et de la Recherche :
Dr VOUNDI VOUNDI Esther

Chef de la Division Administrative et Financière : Mme ESSONO EFFA Muriel Glawdis

Coordonnateur Général du Cycle de Spécialisation : Pr NJAMSHI Alfred KONGNYU

Coordonnateur CESSI : Pr ANKOUANE ANDOULO Firmin

Coordonnateur de la formation Continue : Pr KASIA Jean Marie

Chef de Service Financier : Mme NGAMALI NGOU Mireille Albertine épouse WAH

Chef de Service Adjoint Financier : Mme MANDA BANA Marie Madeleine épouse
ENGUENE ATANGA

Chef de Service de l'Administration Générale et du Personnel : Pr SAMBA Odette
NGANO épouse TCHOUAWOU

Chef de Service des Diplômes : Mme ASSAKO Anne DOOBA

Chef de Service Adjoint des Diplômes : Dr NGONO AKAM MARGA Vanina

Chef de Service de la Scolarité et des Statistiques : Mme BIENZA Aline

Chef de Service Adjoint de la Scolarité et des Statistiques : Mme FAGNI MBOUOMBO
AMINA épouse ONANA

Chef de Service du Matériel et de la Maintenance : Mme HAWA OUMAROU

Chef de Service Adjoint du Matériel et de la Maintenance : Dr NDONGO née MPONO EMENGUELE

Bibliothécaire en Chef par intérim : Mme FROUISSOU née MAME Marie-Claire

Comptable Matières : M. MOUMEMIE NJOUNDIYIMOUN MAZOU

2. COORDONNATEURS DES CYCLES ET RESPONSABLES DES FILIERES

Coordonnateur Filière Médecine Bucco-dentaire : Pr BENGONDO MESSANGA Charles

Coordonnateur de la Filière Pharmacie : Pr NTSAMA ESSOMBA Claudine

Coordonnateur Filière Internat : Pr ONGOLO ZOGO Pierre

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Anatomie Pathologique : Pr SANDO Zacharie

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Anesthésie-Réanimation : Pr ZE MINKANDE Jacqueline

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Chirurgie Générale : Pr NGO NONGA Bernadette

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Gynécologie et Obstétrique : Pr MBU ENOW Robinson

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Médecine Interne : Pr NGANDEU Madeleine

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Pédiatrie : Pr MAH Evelyn MUNGYEH

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Biologie Clinique : Pr KAMGA FOUAMNO Henri Lucien

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Radiologie et Imagerie Médicale : Pr ONGOLO ZOGO Pierre

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Santé Publique : Pr TAKOUGANG Innocent

Point focal projet : Pr NGOUPAYO Joseph

DIRECTEURS HONORAIRES DU CUSS

Pr MONEKOSSO Gottlieb (1969-1978)*

Pr EBEN MOUSSI Emmanuel (1978-1983)

Pr NGU LIFANJI Jacob (1983-1985)*

Pr CARTERET Pierre (1985-1993)

DOYENS HONORAIRES DE LA FMSB

Pr SOSSO Maurice Aurélien (1993-1999)

Pr NDUMBE Peter (1999-2006)*

Pr TETANYE EKOE Bonaventure (2006-2012)

Pr EBANA MVOGO Côte (2012-2014)

Pr ZE MINKANDE Jacqueline (2014-2024)

3. PERSONNEL ENSEIGNANT

N°	NOMS ET PRENOMS	GRADE	DISCIPLINE
DEPARTEMENT DE CHIRURGIE ET SPECIALITES			
1	SOSSO Maurice Aurélien (CD)	P	Chirurgie Générale
2	DJIENTCHEU Vincent de Paul	P	Neurochirurgie
3	ESSOMBA Arthur (CD par Intérim)	P	Chirurgie Générale
4	HANDY EONE Daniel	P	Chirurgie Orthopédique
5	MOUAFO TAMBO Faustin	P	Chirurgie Pédiatrique
6	NGO NONGA Bernadette	P	Chirurgie Générale
7	NGOWE NGOWE Marcellin	P	Chirurgie Générale
8	OWONO ETOUNDI Paul	P	Anesthésie-Réanimation
9	ZE MINKANDE Jacqueline	P	Anesthésie-Réanimation
10	BAHEBECK Jean	MCA	Chirurgie Orthopédique
11	BANG GUY Aristide	MCA	Chirurgie Générale
12	BENGONO BENGONO Roddy Stéphan	MCA	Anesthésie-Réanimation
13	FARIKOU Ibrahima	MCA	Chirurgie Orthopédique
14	JEMEA Bonaventure	MCA	Anesthésie-Réanimation
15	BEYIHA Gérard	MC	Anesthésie-Réanimation
16	EYENGA Victor Claude	MC	Chirurgie/Neurochirurgie
17	GUIFO Marc Leroy	MC	Chirurgie Générale
18	NGO YAMBEN Marie Ange	MC	Chirurgie Orthopédique
19	TSIAGADIGI Jean Gustave	MC	Chirurgie Orthopédique
20	BELLO FIGUIM	MA	Neurochirurgie
21	BIWOLE BIWOLE Daniel Claude Patrick	MA	Chirurgie Générale
22	FONKOUÉ Loïc	MA	Chirurgie Orthopédique
23	KONA NGONDO François Stéphan	MA	Anesthésie-Réanimation
24	MBOUCHE Landry Oriole	MA	Urologie
25	MEKEME MEKEME Junior Barthelemy	MA	Urologie
26	MULUEM Olivier Kennedy	MA	Orthopédie-Traumatologie
27	SAVOM Eric Patrick	MA	Chirurgie Générale

28	AHANDA ASSIGA	CC	Chirurgie Générale
29	AMENGLE Albert Ludovic	MA	Anesthésie-Réanimation
30	BIKONO ATANGANA Ernestine Renée	CC	Neurochirurgie
31	BWELE Georges	CC	Chirurgie Générale
32	EPOUPA NGALLE Frantz Guy	CC	Urologie
33	FOUDA Jean Cédric	CC	Urologie
34	IROUME Cristella Raïssa BIFOUNA épouse NTYO'O NKOUMOU	CC	Anesthésie-Réanimation
35	MOHAMADOU GUEMSE Emmanuel	CC	Chirurgie Orthopédique
36	NDIKONTAR KWINJI Raymond	CC	Anesthésie-Réanimation
37	NWAHA MAKON Axel Stéphane	CC	Urologie
38	NYANIT BOB Dorcas	CC	Chirurgie Pédiatrique
39	OUMAROU HAMAN NASSOUROU	CC	Neurochirurgie
40	ARROYE BETOU Fabrice Stéphane	AS	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
41	ELA BELLA Amos Jean-Marie	AS	Chirurgie Thoracique
42	FOLA KOPONG Olivier	AS	Chirurgie
43	FOSSI KAMGA GACELLE	AS	Chirurgie Pédiatrique
44	GOUAG	AS	Anesthésie Réanimation
45	MBELE Richard II	AS	Chirurgie Thoracique
46	MFOUAPON EWANE Hervé Blaise	AS	Neurochirurgie
47	NGOUATNA DJEUMAKOU Serge Rawlings	AS	Anesthésie-Réanimation
48	NYANKOUE MEBOUINZ Ferdinand	AS	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
DEPARTEMENT DE MEDECINE INTERNE ET SPECIALITES			
49	SINGWE Madeleine épse NGANDEU (CD)	P	Médecine Interne/Rhumatologie
50	ANKOUANE ANDOULO	P	Médecine Interne/ Hépato-Gastro-Entérologie
51	ASHUNTANTANG Gloria Enow	P	Médecine Interne/Néphrologie
52	BISSEK Anne Cécile	P	Médecine Interne/Dermatologie
53	KAZE FOLEFACK François	P	Médecine Interne/Néphrologie
54	KUATE TEGUEU Calixte	P	Médecine Interne/Neurologie
55	KOUOTOU Emmanuel Armand	P	Médecine Interne/Dermatologie
56	MBANYA Jean Claude	P	Médecine Interne/Endocrinologie
57	NDJITOYAP NDAM Elie Claude	P	Médecine Interne/ Hépato-Gastro-Entérologie
58	NDOM Paul	P	Médecine Interne/Oncologie
59	NJAMNSHI Alfred KONGNYU	P	Médecine Interne/Neurologie
60	NJOYA OUDOU	P	Médecine Interne/Gastro-Entérologie
61	SOBNGWI Eugène	P	Médecine Interne/Endocrinologie
62	PEFURA YONE Eric Walter	P	Médecine Interne/Pneumologie
63	BOOMBHI Jérôme	MCA	Médecine Interne/Cardiologie

64	FOUDA MENYE Hermine Danielle	MCA	Médecine Interne/Néphrologie
65	HAMADOU BA	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
66	MENANGA Alain Patrick	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
67	NGANOU Chris Nadège	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
68	KOWO Mathurin Pierre	MC	Médecine Interne/ Hépato-Gastro-Entérologie
69	KUATE née MFEUKEU KWA Liliane Claudine	MC	Médecine Interne/Cardiologie
70	NDONGO AMOUGOU Sylvie	MC	Médecine Interne/Cardiologie
71	DEHAYEM YEFOU Mesmin	MA	Médecine Interne/Endocrinologie
72	ESSON MAPOKO Berthe Sabine épouse PAAMBOG	MA	Médecine Interne/Oncologie Médicale
73	ETOA NDZIE épouse ETOGA Martine Claude	MA	Médecine Interne/Endocrinologie
74	MAÏMOUNA MAHAMAT	MA	Médecine Interne/Néphrologie
75	MASSONGO MASSONGO	MA	Médecine Interne/Pneumologie
76	MBONDA CHIMI Paul-Cédric	MA	Médecine Interne/Neurologie
77	NDJITOYAP NDAM Antonin Wilson	MA	Médecine Interne/Gastroentérologie
78	NDOBO épouse KOE Juliette Valérie Danielle	MA	Médecine Interne/Cardiologie
79	NGAH KOMO Elisabeth	MA	Médecine Interne/Pneumologie
80	NGARKA Léonard	MA	Médecine Interne/Neurologie
81	NKORO OMBEDE Grâce Anita	MA	Médecine Interne/Dermatologue
82	OWONO NGABEDE Amalia Ariane	MA	Médecine Interne/Cardiologie Interventionnelle
83	NTSAMA ESSOMBA Marie Josiane épouse EBODE	MA	Médecine Interne/Gériatrie
84	ATENGUENA OBALEMBA Etienne	CC	Médecine Interne/Cancérologie Médicale
85	FOJO TALONGONG Baudelaire	CC	Médecine Interne/Rhumatologie
86	KAMGA OLEN Jean Pierre Olivier	CC	Médecine Interne/Psychiatrie
87	MENDANE MEKOBÉ Francine épouse EKOBEA	CC	Médecine Interne/Endocrinologie
88	MINTOM MEDJO Pierre Didier	CC	Médecine Interne/Cardiologie
89	NTONE ENYIME Félicien	CC	Médecine Interne/Psychiatrie
90	NZANA Victorine Bandolo épouse FORKWA MBAH	CC	Médecine Interne/Néphrologie
91	ANABA MELINGUI Victor Yves	AS	Médecine Interne/Rhumatologie
92	EBENE MANON Guillaume	AS	Médecine Interne/Cardiologie
93	ELIMBY NGANDE Lionel Patrick Joël	AS	Médecine Interne/Néphrologie
94	KUABAN Alain	AS	Médecine Interne/Pneumologie
95	NKECK Jan René	AS	Médecine Interne
96	NSOUNFON ABDOU WOUOLIYOU	AS	Médecine Interne/Pneumologie
97	NTYO'O NKOUMOU Arnaud Laurel	AS	Médecine Interne/Pneumologie
98	TCHOUANKEU KOUNGA Fabiola	AS	Médecine Interne/Psychiatrie

DEPARTEMENT D'IMAGERIE MEDICALE ET RADIOLOGIE			
99	ZEH Odile Fernande (CD)	P	Radiologie/Imagerie Médicale
100	GUEGANG GOUJOU Emilienne	P	Imagerie Médicale/Neuroradiologie
101	MOIFO Boniface	P	Radiologie/Imagerie Médicale
102	ONGOLO ZOGO Pierre	MCA	Radiologie/Imagerie Médicale
103	SAMBA Odette NGANO	MC	Biophysique/Physique Médicale
104	MBEDE Maggy épouse ENDEGUE MANGA	MA	Radiologie/Imagerie Médicale
105	MEKA'H MAPENYA Ruth-Rosine	MA	Radiothérapie
106	NWATSOCK Joseph Francis	CC	Radiologie/Imagerie Médicale Médecine Nucléaire
107	SEME ENGOUMOU Ambroise Merci	CC	Radiologie/Imagerie Médicale
108	ABO'O MELOM Adèle Tatiana	AS	Radiologie et Imagerie Médicale
DEPARTEMENT DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE			
109	NGO UM Esther Juliette épouse MEKA (CD)	MCA	Gynécologie Obstétrique
110	FOUMANE Pascal	P	Gynécologie Obstétrique
111	KASIA Jean Marie	P	Gynécologie Obstétrique
112	KEMFANG NGOWA Jean Dupont	P	Gynécologie Obstétrique
113	MBOUDOU Émile	P	Gynécologie Obstétrique
114	MBU ENOW Robinson	P	Gynécologie Obstétrique
115	NKWABONG Elie	P	Gynécologie Obstétrique
116	TEBEU Pierre Marie	P	Gynécologie Obstétrique
117	BELINGA Etienne	MCA	Gynécologie Obstétrique
118	ESSIBEN Félix	MCA	Gynécologie Obstétrique
119	FOUEDJIO Jeanne Hortence	MCA	Gynécologie Obstétrique
120	NOA NDOUA Claude Cyrille	MCA	Gynécologie Obstétrique
121	DOHBIT Julius SAMA	MC	Gynécologie Obstétrique
122	MVE KOH Valère Salomon	MC	Gynécologie Obstétrique
123	METOGO NTSAMA Junie Annick	MA	Gynécologie Obstétrique
124	MBOUA BATOUM Véronique Sophie	MA	Gynécologie Obstétrique
125	MENDOUA Michèle Florence épouse NKODO	CC	Gynécologie Obstétrique
126	NSAHLAI Christiane JIVIR FOMU	CC	Gynécologie Obstétrique
127	NYADA Serge Robert	CC	Gynécologie Obstétrique
128	TOMPEEN Isidore	CC	Gynécologie Obstétrique
129	EBONG Clifford EBONTANE	AS	Gynécologie Obstétrique
130	MPONO EMENGUELE Pascale épouse NDONGO	AS	Gynécologie Obstétrique
131	NGONO AKAM Marga Vanina	AS	Gynécologie Obstétrique
DEPARTEMENT D'OPHTALMOLOGIE, D'ORL ET DE STOMATOLOGIE			
132	DJOMOU François (CD)	P	ORL
133	EBANA MVOGO Côme	P	Ophtalmologie
134	ÉPÉE Emilienne épouse ONGUENE	P	Ophtalmologie

135	KAGMENI Gilles	P	Ophtalmologie
136	NDJOLO Alexis	P	ORL
137	NJOCK Richard	P	ORL
138	OMGBWA EBALE André	P	Ophtalmologie
139	BILLONG Yannick	MCA	Ophtalmologie
140	DOHVOMA Andin Viola	MCA	Ophtalmologie
141	EBANA MVOGO Stève Robert	MCA	Ophtalmologie
142	KOKI Godefroy	MCA	Ophtalmologie
143	MINDJA EKO David	MC	ORL/Chirurgie Maxillo-Faciale
144	NGABA Olive	MC	ORL
145	ANDJOCK NKOUE Yves Christian	MA	ORL
146	MEVA'A BIOUELE Roger Christian	MA	ORL-CCF
147	MOSSUS Yannick	MA	ORL-CCF
148	MVILONGO TSIMI épouse BENGONO Caroline	MA	Ophtalmologie
149	NGO NYEKI Adèle-Rose épouse MOUAHA-BELL	MA	ORL-CCF
150	NOMO Arlette Francine	MA	Ophtalmologie
151	AKONO ZOUE épouse ETEME Marie Evodie	CC	Ophtalmologie
152	ASMAOU BOUBA Dalil	CC	ORL
153	ATANGA Léonel Christophe	CC	ORL-CCF
154	BOLA SIAFA Antoine	CC	ORL
155	NANFACK NGOUNE Chantal	CC	Ophtalmologie
DEPARTEMENT DE PEDIATRIE			
156	ONGOTSOYI Angèle épouse PONDY (CD)	MC	Pédiatrie
157	KOKI NDOMBO Paul	P	Pédiatre
158	ABENA OBAMA Marie Thérèse	P	Pédiatrie
159	CHIABI Andreas	P	Pédiatrie
160	CHELO David	P	Pédiatrie
161	MAH Evelyn	P	Pédiatrie
162	NGUEFACK Séraphin	P	Pédiatrie
163	NGUEFACK épouse DONGMO Félicitée	P	Pédiatrie
164	NGO UM KINJEL Suzanne épse SAP	MCA	Pédiatrie
165	KALLA Ginette Claude épse MBOPI KEOU	MC	Pédiatrie
166	MBASSI AWA Hubert Désiré	MC	Pédiatrie
167	NOUBI Nelly épouse KAMGAING MOTING	MC	Pédiatrie
168	EPEE épouse NGOUE Jeannette	MA	Pédiatrie
169	KAGO TAGUE Daniel Armand	MA	Pédiatrie
170	MEGUIEZE Claude-Audrey	MA	Pédiatrie
171	MEKONE NKWELE Isabelle	MA	Pédiatre
172	TONY NENGOM Jocelyn	MA	Pédiatrie

DEPARTEMENT DE MICROBIOLOGIE, PARASITOLOGIE, HEMATOLOGIE ET MALADIES INFECTIEUSES			
173	MBOPI KEOU François-Xavier (CD)	P	Bactériologie/ Virologie
174	ADIOGO Dieudonné	P	Microbiologie/Virologie
175	GONSU née KAMGA Hortense	P	Bactériologie
176	LUMA Henry	P	Bactériologie/ Virologie
177	MBANYA Dora	P	Hématologie
178	OKOMO ASSOUMOU Marie Claire	P	Bactériologie/ Virologie
179	TAYOU TAGNY Claude	P	Microbiologie/Hématologie
180	CHETCHA CHEMEGNI Bernard	MC	Microbiologie/Hématologie
181	LYONGA Emilia ENJEMA	MC	Microbiologie Médicale
182	TOUKAM Michel	MC	Microbiologie
183	NGANDO Laure épouse MOUDOUTE	MA	Parasitologie
184	BEYALA Frédérique	CC	Maladies Infectieuses
185	BOUM II YAP	CC	Microbiologie
186	ESSOMBA René Ghislain	CC	Immunologie
187	MEDI SIKE Christiane Ingrid	CC	Maladies infectieuses
188	NGOGANG Marie Paule	CC	Biologie Clinique
189	NDOUMBA NKENGUE Annick épouse MINTYA	CC	Hématologie
190	VOUNDI VOUNDI Esther	CC	Virologie
191	ANGANDJI TIPANE Prisca épouse ELLA	AS	Biologie Clinique /Hématologie
192	Georges MONDINDE IKOMEY	AS	Immunologie
193	MBOUYAP Pretty Rosereine	AS	Virologie
DEPARTEMENT DE SANTE PUBLIQUE			
194	KAMGNO Joseph (CD)	P	Santé Publique /Epidémiologie
195	ESSI Marie José	P	Santé Publique/Anthropologie Médicale
196	TAKOUGANG Innocent	P	Santé Publique
197	BEDIANG Georges Wylfred	MCA	Informatique Médicale/Santé Publique
198	BILLONG Serges Clotaire	MC	Santé Publique
199	NGUEFACK TSAGUE	MC	Santé Publique /Biostatistiques
200	EYEBE EYEBE Serge Bertrand	CC	Santé Publique/Epidémiologie
201	KEMBE ASSAH Félix	CC	Epidémiologie
202	KWEDI JIPPE Anne Sylvie	CC	Epidémiologie
203	MOSSUS Tatiana née ETOUNOU AKONO	CC	Expert en Promotion de la Santé
204	NJOUNEMI ZAKARIAOU	CC	Santé Publique/Economie de la Santé
205	ABBA-KABIR Haamit-Mahamat	AS	Pharmacie
206	AMANI ADIDJA	AS	Santé Publique
207	ESSO ENDALLE Lovet Linda Augustine Julia	AS	Santé Publique

208	MBA MAADJHOU Berjauline Camille	AS	Santé Publique/Epidémiologie Nutritionnelle
DEPARTEMENT DES SCIENCES MORPHOLOGIQUES-ANATOMIE PATHOLOGIQUE			
209	MENDIMI NKODO Joseph (CD)	MC	Anatomie Pathologie
210	SANDO Zacharie	P	Anatomie Pathologie
211	BISSOU MAHOP Josue	MC	Médecine de Sport
212	KABEYENE OKONO Angèle Clarisse	MC	Histologie/Embryologie
213	AKABA Désiré	MC	Anatomie Humaine
214	NSEME ETOUCKEY Georges Eric	MC	Médecine Légale
215	NGONGANG Gilbert FranK Olivier	MA	Médecine Légale
216	MENDOUGA MENYE Coralie Reine Bertine épse KOUOTOU	CC	Anatomopathologie
217	ESSAME Eric Fabrice	AS	Anatomopathologie
DEPARTEMENT DE BIOCHIMIE			
218	NDONGO EMBOLA épse TORIMIRO Judith (CD)	P	Biologie Moléculaire
219	PIEME Constant Anatole	P	Biochimie
220	AMA MOOR Vicky Joceline	P	Biologie Clinique/Biochimie
221	EUSTACE BONGHAN BERINYUY	CC	Biochimie
222	GUEWO FOKENG Magellan	CC	Biochimie
223	MBONO SAMBA ELOUMBA Esther Astrid	AS	Biochimie
DEPARTEMENT DE PHYSIOLOGIE			
224	ETOUNDI NGOA Laurent Serges (CD)	P	Physiologie
225	ASSOMO NDEMBA Peguy Brice	MC	Physiologie
226	AZABJI KENFACK Marcel	CC	Physiologie
227	DZUDIE TAMDJIA Anastase	CC	Physiologie
228	EBELL'A DALLE Ernest Remy Hervé	CC	Physiologie humaine
DEPARTEMENT DE PHARMACOLOGIE ET DE MEDECINE TRADITIONNELLE			
229	NGONO MBALLA Rose ABONDO (CD)	MC	Pharmaco-thérapeutique africaine
230	NDIKUM Valentine	CC	Pharmacologie
231	ONDOUA NGUELE Marc Olivier	AS	Pharmacologie
DEPARTEMENT DE CHIRURGIE BUCCALE, MAXILLO-FACIALE ET PARODONTOLOGIE			
232	BENGONDO MESSANGA Charles (CD)	P	Stomatologie
233	EDOUMA BOHIMBO Jacques Gérard	MA	Stomatologie et Chirurgie
234	LOWE NANTCHOUANG Jacqueline Michèle épouse ABISSEGUE	CC	Odontologie Pédiatrique
235	MBEDE NGA MVONDO Rose	CC	Médecine Bucco-dentaire
236	MENGONG épouse MONEBOULOU Hortense	CC	Odontologie Pédiatrique
237	NDJOH Jules Julien	CC	Chirurgie Dentaire
238	NOKAM TAGUEMNE M.E.	CC	Médecine Dentaire
239	GAMGNE GUIADEM Catherine M	AS	Chirurgie Dentaire
240	KWEDI Karl Guy Grégoire	AS	Chirurgie Bucco-Dentaire

241	NIBEYE Yannick Carine Brice	AS	Bactériologie
242	NKOLO TOLO Francis Daniel	AS	Chirurgie Bucco-Dentaire
DEPARTEMENT DE PHARMACOGNOSIE ET CHIMIE PHARMACEUTIQUE			
243	NTSAMA ESSOMBA Claudine (CD)	P	Pharmacognosie /Chimie pharmaceutique
244	NGAMENI Bathélémy	P	Phytochimie/ Chimie Organique
245	NGOUPAYO Joseph	P	Phytochimie/Pharmacognosie
246	GUEDJE Nicole Marie	MC	Ethnopharmacologie/Biologie végétale
247	BAYAGA Hervé Narcisse	AS	Pharmacie
DEPARTEMENT DE PHARMACOTOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE			
248	ZINGUE Stéphane (CD)	MC	
249	FOKUNANG Charles	P	Biologie Moléculaire
250	TEMBE Estella épouse FOKUNANG	MC	Pharmacologie Clinique
251	ANGO Yves Patrick	AS	Chimie des substances naturelles
252	NENE AHIDJO épouse NJITUNG TEM	AS	Neuropharmacologie
DEPARTEMENT DE PHARMACIE GALENIQUE ET LEGISLATION PHARMACEUTIQUE			
253	NNANGA NGA Emmanuel (CD)	P	Pharmacie Galénique
254	MBOLE Jeanne Mauricette épouse MVONDO M.	CC	Management de la qualité, Contrôle qualité des produits de santé et des aliments
255	NYANGONO NDONGO Martin	CC	Pharmacie
256	SOPPO LOBE Charlotte Vanessa	CC	Contrôle qualité médicaments
257	ABA'A Marthe Dereine	AS	Analyse du Médicament
258	FOUMANE MANIEPI NGOUOPIHO Jacqueline Saurelle	AS	Pharmacologie
259	MINYEM NGOMBI Aude Périne épouse AFUH	AS	Réglementation Pharmaceutique

P : Professeur

MCA : Maître de Conférences Agrégé

MC : Maître de Conférences

MA : Maître Assistant

CC : Chargé de Cours

AS : Assisant

* : Décédé

RÉSUMÉ

Introduction : Dans le monde, 24 % de la population vivent dans des contextes fragiles où il est difficile de fournir des services de santé essentiels de qualité. Environ 5,7 et 8,4 millions de décès par an dans les pays à revenu faibles et intermédiaires sont dues à des soins de mauvaise qualité. Plus de 600 millions de personnes n'ont pas accès aux services de santé de base en Afrique. Au Cameroun, on observe des disparités d'accès aux soins parmi les différentes couches sociales (riches et pauvres) et fonction de la zone géographique (urbaine et rurale). La mauvaise santé des populations causée par cette disparité d'accès aux soins entraîne une baisse du capital humain productif et par conséquent une perte sur la productivité économique du pays. Ceci représente une opportunité de veiller sur la qualité des soins afin d'éviter les conséquences socio-économiques que peuvent engendrer des soins de mauvaise qualité. Pour aborder la question sur la qualité des soins dans notre contexte, nous avons porté un intérêt particulier aux points de vue des populations qui reçoivent ces soins. Notre but était d'étudier leurs perceptions et barrières quant à la qualité des soins dispensés dans les formations sanitaires du District de Santé Djoungolo-Yaoundé afin d'apporter des solutions pour améliorer la satisfaction et l'expérience des patients dans ces hôpitaux.

Méthodologie : Une étude transversale a été menée pendant 3 mois auprès de la population des ménages du district de santé Djoungolo-yaoundé. Notre population d'étude était constituée d'hommes et femmes âgés de 18 ans et plus ayant reçus des soins de santé en hospitalisation dans une formation sanitaire du district de santé Djoungolo-yaoundé durant la période du 01 janvier 2023 au 31 décembre 2023. Deux outils de collecte ont été utilisés à savoir un questionnaire ménage et un questionnaire de mesure de la qualité des soins. Les données collectées ont été entrées dans le logiciel Excel 2019 et analysées à partir du logiciel SPSS version 26 et R version 4.4.1. Les résultats de la statistique descriptive et analytique ont été présentés sous forme de tableaux et figures. Les caractéristiques des enquêtés et des formations sanitaires affectant la satisfaction globale aux soins ont été recherchées par régression linéaire simple et multiple. Les variables ayant eu une valeur $P \leq 0,20$ à la régression linéaire ont été sélectionnées pour le modèle final à l'analyse multivariée. La valeur p, le RP (rapport de proportion) et l'intervalle de confiance à 95 % ont été présentés pour chaque variable explicative. Le test de chi carré a été utilisé pour tester la significativité. Une valeur $P < 0,05$ était considérée comme statistiquement significative.

Résultats : Au total, 107 hommes et 98 femmes âgés de 19 à 59 ans résidant dans 109 ménages ont été enquêtés. La qualité des soins était perçue globalement comme étant à un niveau moyen. Les enquêtés ont déclaré que le personnel administratif et médical étaient hospitaliers (81,8 %)

; les chambres étaient confortables et propres (80,0 %) et qu'à la sortie un bon counseling était fait (4,0 %). Les principales barrières aux soins étaient la négligence du personnel (31,5 %) suivie de l'insalubrité des locaux (12,8%) et la priorité à l'argent au lieu de la santé du malade (5,9 %). Les enquêtés étaient satisfaits globalement de la qualité des soins à 66,2 %. La dimension des soins la plus appréciée était l'organisation de la sortie (80 %). Le secteur médical (RP=0,6 IC à 95% : 0,4-0,9 p= 0,02), le professionnel de santé (RP=1,4 IC à 95% : 1,1-1,8 p=0,04), le service de médecine interne (RP=2,8 IC à 95% : 1,1-7,5 p=0,04) étaient associés significativement à la satisfaction globale à la régression linéaire. Après analyse multivariée, aucune caractéristique n'était associée significativement.

Conclusion : Dans les formations sanitaires du District de Santé Djoungolo-Yaoundé, la qualité des soins est perçue par la population comme étant à un niveau moyen. Les principales barrières aux soins de bonne qualité sont la négligence du personnel soignant, l'insalubrité des locaux et la priorité à l'argent au lieu de la santé du malade. Deux tiers de la population sont satisfaites de la qualité des soins. Des efforts doivent être fournis de la part des responsables des politiques et des formations sanitaires afin d'améliorer la satisfaction et l'expérience des populations dans ces hôpitaux du District de Santé Djoungolo-Yaoundé.

Mots clés : Perception, barrières, satisfaction, qualité des soins, populations

SUMMARY

Introduction : Globally, 24% of the population lives in fragile contexts where it is difficult to provide quality essential health services. Approximately 5.7 and 8.4 million deaths per year in low- and middle-income countries are due to poor quality care. More than 600 million people do not have access to basic health services in Africa. In Cameroon, there are disparities in access to care among the different social strata (rich and poor) and depending on the geographical area (urban and rural). The poor health of the population caused by this disparity in access to health care leads to a decline in productive human capital and consequently a loss of economic productivity in the country. This represents an opportunity to monitor the quality of care in order to avoid the socio-economic consequences that poor quality care can cause. To address the issue of quality of care in our context, we have paid particular attention to the perspectives of the populations who receive this care. Our goal was to study their perceptions and barriers regarding the quality of care provided in the health facilities of the Djoungolo Health District in order to provide solutions to improve patient satisfaction and experience in these hospitals.

Methods : A cross-sectional study among the population of households in the Djoungolo Health District was used for 3 months. Our sample consisted of men and women aged 18 years and over who received inpatient health care in a health facility in the Djoungolo Health District from the 1st of January 2023 to the 31st of December 2023. Two collection tools were used: a household questionnaire and a questionnaire to measure the quality of care. The data collected were entered into the Excel 2019 software and analyzed from the SPSS version 26 and R version 4.4.1 software. The results of the descriptive and analytical statistics were presented in the form of tables and figures. The characteristics of respondents and health facilities affecting overall satisfaction with care were investigated by single and multiple linear regression. Variables with a P-value ≤ 0.20 on linear regression were selected for the final model in multivariate analysis. The p-value, the PR (proportion ratio) and the 95% confidence interval were presented for each explanatory variable. The chi-square test was used to test significance. A P-value < 0.05 was considered statistically significant.

Results : A total of 107 men and 98 women within the age 19 to 59 living in 109 households were surveyed. The quality of care was perceived overall as being at an average level. The respondents said that the administrative and medical staff were hospital (81.8%); rooms were comfortable and clean (80.0%) and good counselling was provided upon discharge (4.0%). The main barrier to care was the negligence of the staff (31.5%), followed by the unsanitary conditions of the premises (12.8%) and the priority of money instead of the patient's health

(5.9%). Respondents were satisfied overall with the quality of care at 66.2%. The most appreciated dimension of care was the organization of the discharge (80%). The medical sector (PR=0.6 95% CI: 0.4-0.9 p= 0.02), the healthcare professional (PR=1.4 95% CI: 1.1-1.8 p=0.04), the internal medicine department (PR=2.8 95% CI: 1.1-7.5 p=0.04) were significantly associated with overall satisfaction at the linear regression. After multivariate analysis, no characteristics were significantly associated.

Conclusion : In the health facilities of the Djoungolo-Yaoundé Health District, the quality of care is perceived by the population as being at an average level. The main barriers to good quality care are the negligence of the nursing staff, the unsanitary conditions of the premises and the priority of money instead the health of the patient. Two-thirds of the population is satisfied with the quality of care. Efforts must be made by policy makers and health facilities to improve the satisfaction and experience of the population in these hospitals in the Djoungolo-Yaoundé Health District.

Keywords : Perception, barriers, satisfaction, quality of care, populations

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : les différents niveaux de la pyramide sanitaire au Cameroun et leurs fonctions	9
Tableau II : les principaux déterminants identifiés dans la littérature classés par famille.	12
Tableau III : effectifs des ménages, nombre d'interviews et taux de réponse par milieu de résidence.	27
Tableau IV: répartition (en%) des chefs de ménage selon les caractéristiques sociodémographiques.	28
Tableau V : répartition (en%) des enquêtés selon les caractéristiques sociodémographiques.	29
Tableau VI : répartition des ménages selon la taille des ménages et le nombre de personne hospitalisée au cours des douze derniers mois.	30
Tableau VII : répartition (en %) des enquêtés en fonction de leur perception globale et pour chaque dimension de la qualité des soins	31
Tableau VIII: répartition (en %) des enquêtés en fonction de leur point de vue sur l'accueil, chambre et repas et organisation de la sortie.....	32
Tableau IX : répartition (en %) des enquêtés en fonction de leur point de vue sur la prise en charge.	33
Tableau X : répartition (en %) des enquêtés en fonction des barrières aux soins de bonne qualité.	34
Tableau XI : scores de satisfaction bruts et ajustés	35
Tableau XII : Régression linéaire entre les caractéristiques de la population et la satisfaction globale des soins.....	36
Tableau XIII : Régression linéaire entre les caractéristiques des formations sanitaires et la satisfaction globale aux soins	37
Tableau XIV : analyse multivariée entre les caractéristiques des enquêtés et des formations sanitaires et la satisfaction globale aux soins	38

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : segmentation du secteur de la santé en composantes et sous-composantes.	10
Figure 2 : les composantes de la qualité des soins	11
Figure 3 : carte administrative du district de Djoungolo	20
Figure 5 : répartition (en %) des enquêtés selon leur occupation.	30

ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

AS	Aire de Santé
CRERSH/C	Comité Régional d’Ethique de la Recherche pour la Santé Humaine du Centre
COSADI	Comité de Santé du District
CSU	Couverture Santé Universelle
DS	District de Santé
DHIS2	District Health Information Software
FCFA	Franc des Colonies Françaises d’Afrique
FMSB	Faculté de Médecine et des Science Biomédicales
FOSA	Formations Sanitaires
HAS	Haute Autorité de Santé
IC	Intervalle de Confiance
MINSANTE	Ministère de la Santé Publique
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
ODD	Objectif de développement durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unis
PREMs	Patient-Reported Expérience Measures
PROMs	Patient-Reported Outcome Measures
PIB	Produit Intérieur Brut
UY1	Université de Yaoundé 1
QSDS	Quantitative Service Delivery Survey
RP	Rapport de proportion

CHAPITRE I : INTRODUCTION

I.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DU SUJET

I.1.1. Contexte de l'étude

I.1.1.1. Sur le plan mondial

Selon les données de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) et le groupe de la Banque Mondiale, chaque année entre 5,7 et 8,4 millions de personnes meurent en raison des soins de mauvaise qualité dans les pays à revenu faible et intermédiaire, ce qui représente jusqu'à 15 % du total de décès [1,2]. Dans ces pays, 60 % des décès dus aux maladies nécessitant les soins de santé sont dus à la mauvaise qualité des soins tandis que les décès restants résultent de la non-utilisation du système de santé ce qui entraîne une perte de la productivité due à la mauvaise qualité des soins estimée entre 1,4 et 1,6 milliards de dollars par an[1–4]. Dans les pays à revenus élevés, un patient sur 10 subit un préjudice pendant qu'il reçoit des soins hospitaliers et 7 patients hospitalisés sur 100 peuvent s'attendre à contracter une infection associée aux soins de santé [1–5].

Dans le monde, les structures essentielles pour assurer des soins de qualité sont inadéquates : un établissement de santé sur huit ne dispose pas de service d'eau, un sur cinq ne dispose pas de service d'assainissement et un sur six ne dispose pas d'installations d'hygiène des mains aux points de soins [1,2,6,7]. 24 % de la population mondiale vivent dans des contextes fragiles où il est difficile de fournir des services de santé essentiels de qualité, l'OMS estime que des systèmes de santé de qualité pourraient prévenir 2,5 millions de décès dus aux maladies cardiovasculaires, 900 000 décès dus à la tuberculose, 1 million de décès de nouveau-né et la moitié des décès maternels chaque année [2,8–10]. De nombreux progrès ont été obtenus dans l'amélioration de certains aspects de la qualité des soins partout dans le monde, toutefois, dans d'autres domaines, les progrès demeurent lents et inégaux[1,3]. Les écarts injustifiés dans l'offre et la prestation des soins de santé sont nettement plus marqués pour les catégories sociales les plus vulnérables[1,3,7].

I.1.1.2. Sur le plan Africain

Selon les données de U.S. International Development Finance Corporation, plus de 600 millions de personnes n'ont pas accès aux services de santé de base en Afrique [11]. L'OMS Afrique estime que la maladie coûte à l'Afrique 2,4 millions de dollars internationaux de la valeur de son Produit Intérieur Brut (PIB) par an étant donné l'impact qu'à la mauvaise santé sur la

productivité économique dans tous les secteurs[11,12]. Seulement 51 des établissements de santé primaires en Afrique subsaharienne ont accès à l'eau et à l'assainissement de base [13]. L'Afrique ne compte que 1,3 lits d'hôpital pour 1 000 habitants contre 2,1 en Amérique Latine et 6.1 en Europe[14]. Il a été estimé que si les interventions sanitaires connues sont appliquées à l'ensemble de l'Afrique afin de réduire la charge de morbidité, la croissance du PIB pourrait être augmentée de 0,5 % par an sur l'ensemble du continent[15]. Environ 47 %, soit 796 milliards de dollars de la perte de productivité sur le PIB en Afrique pourraient être évités en 2030 si les Objectifs de Développement Durable (ODD) liés à ces problèmes de santé étaient atteints[12].

I.1.1.3. Sur le plan national

La stratégie sectorielle de santé 2020-2030 au Cameroun renseigne que le problème majeur du système de santé camerounais est sa faible capacité à répondre aux besoins socio-sanitaires des populations et à contribuer au développement d'un capital humain sain et productif [16,17]. Cette défaillance au niveau du système entraîne des conséquences socio-économiques telles que des fortes prévalences et incidences des facteurs de risque des maladies évitables, la prise en charge des cas peu satisfaisante tant dans les formations sanitaires qu'au niveau communautaire, une morbidité et une mortalité évitables élevées et l'inaccessibilité financière des soins et services pour les bénéficiaires[17–19]. Depuis 2022, le pays s'est engagé à la mise en œuvre de la Couverture Santé Universelle (CSU) afin d'assurer un accès universel aux soins et services de qualité aux populations sans être exposé à des risques financiers[18,20,21].

I.1.2. Justification du sujet

I.1.2.1. Sur le plan contextuel

Au Cameroun, on observe des disparités dans l'accès aux soins parmi les différentes couches sociales (riches et pauvres) et fonction de la zone géographique (urbaine et rurale). Seulement 3% des plus pauvres contre 43 % des plus riches ont accès aux services d'un médecin public et seulement 52,5% des accouchements sont assistés par un personnel qualifié en zone rurale contre 89,5% en zone urbaine[17]. Ces inégalités d'accès aux soins entraînent l'augmentation des prévalences et incidences des facteurs de risque des maladies évitables, la prise en charge des cas peu satisfaisante tant dans les formations sanitaires qu'au niveau communautaire, une morbidité et une mortalité évitables élevées[17–19]. La mauvaise santé des populations causée par cette disparité d'accès aux soins entraîne une baisse du capital humain productif et par

conséquent une perte sur la productivité économique du pays. Il est donc très important de veiller sur la qualité des soins dispensés dans notre contexte afin d'éviter les conséquences socio-économiques que peuvent engendrer des soins de mauvaise qualité pour le pays.

I.1.2.2. Sur le plan scientifique

Une étude antérieure menée par Njong A et Tchouapi R en 2021 a permis d'évaluer la satisfaction des usagers quant à la qualité des services de santé fournis dans les établissements publics et privés au Cameroun [22]. Les résultats ont montré que 85 % des usagers étaient satisfaits de la qualité globale des services de santé dans le pays. En 2022, le MINSANTE s'est engagé à la mise sur pied de la CSU afin d'assurer un accès universel aux soins et services de santé de qualité aux populations sans être exposé à des risques financiers d'ici 2030. Ceci représente une opportunité de mener des études pour évaluer les progrès accomplis au niveau de la satisfaction des usagers quant à la qualité des services de santé dispensés depuis la mise sur pied de la CSU dans le pays jusqu'à nos jours. Pour aborder la question sur la qualité des soins dans notre contexte, nous avons porté un intérêt particulier aux points de vue des populations qui reçoivent ces soins du fait de leur rôle central dans l'évaluation des soins. Notre but était d'étudier leurs perceptions et barrières quant à la qualité des soins dispensés dans les formations sanitaires du DS (District de Santé) Djoungolo-Yaoundé afin d'apporter des solutions pour améliorer la satisfaction et l'expérience des patients dans ces hôpitaux.

I.2. QUESTIONS DE RECHERCHE

I.2.1. Question principale

Quelles sont les perceptions et barrières des populations concernant la qualité des soins dispensés dans les formations sanitaires du DS Djoungolo-Yaoundé ?

I.2.2. Questions secondaires

1. Quelles sont les perceptions des populations concernant les soins dispensés dans les formations sanitaires du DS Djoungolo-Yaoundé ?
2. Quels sont les obstacles aux soins de bonne qualité rencontrés par les populations dans les formations sanitaires du DS Djoungolo-Yaoundé ?
3. Quel est le taux de satisfaction global aux soins des populations dans les formations sanitaires du DS Djoungolo-Yaoundé ?

4. Quels sont les facteurs affectant la satisfaction globale des populations dans les formations sanitaires du DS Djoungolo-Yaoundé ?

I.3. OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

I.3.1. Objectif principal

Etudier les perceptions et barrières des populations concernant la qualité des soins dispensés dans les formations sanitaires du DS Djoungolo-Yaoundé.

I.3.2. Objectifs spécifiques

1. Décrire les perceptions des populations concernant les soins dispensés dans les formations sanitaires du DS Djoungolo-Yaoundé
2. Identifier les obstacles aux soins de bonne qualité rencontrés par les populations dans les formations sanitaires du DS Djoungolo-Yaoundé
3. Déterminer le taux de satisfaction global aux soins des populations dans les formations sanitaires du DS Djoungolo-Yaoundé
4. Identifier les facteurs affectant la satisfaction globale des populations dans les formations sanitaires du DS Djoungolo-Yaoundé

I.4. VARIABLES CLÉS

I.4.1. Variable dépendante

Notre variable dépendante est la variable quantitative continue « satisfaction globale du patient » ayant deux modalités de réponses à savoir insatisfait (score <50 %) et satisfait (score ≥ 50 %).

I.4.2. Variables explicatives

Les variables explicatives sont celles considérées comme les plus influentes sur la satisfaction du patient dans la littérature[23]. On distingue :

- Les caractéristiques du patient : âge, sexe, religion, statut matrimonial, niveau d'étude, possession d'une assurance médicale, revenu mensuel
- Les caractéristiques des formations sanitaires : secteur médical, type d'établissement sanitaire, personnel de santé, service d'hospitalisation, type de chambre d'hospitalisation

I.5. DÉFINITIONS OPERATIONNELLES DES TERMES UTILISÉS

a) Qualité des soins : conséquences des soins sur l'état de santé d'un individu ou d'une population. Pour objectivité le niveau de qualité des soins nous l'avons mesuré grâce à un indicateur des résultats des soins auprès des patients à partir des variables score de satisfaction global et scores par dimension des soins (accueil, prise en charge, chambre et repas et l'organisation de la sortie)[2,24].

b) Soin de santé en hospitalisation : soins de santé reçus durant un séjour d'au moins 48 h à l'hôpital.

b) Perception des soins : idée, compréhension plus ou moins nette d'un service de santé rendus à l'hôpital. Pour objectivité le niveau de perception, un ensemble de variables noté sur une échelle à 5 niveaux (Mauvais, Faible, Moyen, Bon, Excellent) nous a permis d'évaluer le niveau de perception global et par dimension des soins.

c) Barrières aux soins : tout ce qui constitue un obstacle à la satisfaction des patients quant aux services rendus dans les hôpitaux. On peut identifier trois obstacles majeurs : les ressources humaines, matérielles et financières.

d) Formation sanitaire : établissement officiellement reconnu où sont dispensés des soins de santé y compris les structures temporaires conçues pour les contextes d'urgence[25].

e) Satisfaction aux soins : perception des patients concernant le résultat des soins et la mesure dans laquelle ils répondent à leur besoins et attentes [26]. Nous avons mesuré la satisfaction aux soins des populations grâce à la variable score global de satisfaction et d'expérience. Est Considéré comme personne insatisfaite si le score global est <50% et satisfaite si le score global est $\geq 50\%$.

CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTERRATURE

II.1. RAPPEL DES CONNAISSANCES

II.1.1. Rappel sur le système de santé

II.1.1.1. Définition

Selon l’OMS, le système de santé est défini comme la totalité des organisations, institutions et ressources consacrées à la production d’actions visant principalement à améliorer, maintenir ou restaurer la santé. On distingue 6 piliers de renforcement d’un système de santé :

- La prestation des services
- La gouvernance
- Les ressources humaines,
- Le financement
- Le système d’information sanitaire
- Les techniques et produits médicaux essentiels

II.1.1.2. Organisation du secteur de la santé au Cameroun

La mission dite ‘prophylaxie’ créée par le médecin Eugene Jamot en 1925 pour dépister et traiter la maladie du sommeil parmi les populations à risque des zones rurales du Cameroun, a fortement contribué à implanter le respect de ce qui devait devenir les services de santé de l’état indépendant du Cameroun[27] . Avec la conférence de Lusaka en 1985, d’Harare en 1987 et surtout celle de Bamako en 1987 qui a jeté les bases du recouvrement des coûts, la Déclaration Nationale de la Mise en Œuvre de la réorientation des soins de santé primaires officiellement adoptée en 1992 a permis de restructurer le système de santé nationale en un système pyramidal à trois niveaux plus efficaces à partir du district de santé[27]. Le Cameroun est passé d’un système de santé Beveridgien à un système de santé Bismarckien où les populations sont appelés à contribuer pour leurs soins de santé[27].

Le système de santé au Cameroun est structuré en trois niveaux formant une pyramide, il comporte trois sous-secteurs[17]:

- **Un sous-secteur public** qui comprend également des structures sanitaires sous-tutelle d’autres départements Ministériels
- **Un sous-secteur privé** qui regroupe les structures sanitaires privées à but non lucratif et celles à but lucratif.

- **Un sous-secteur de la médecine traditionnelle** qui est une composante du système de santé que l'on ne saurait négliger ou ignorer. Cependant, plusieurs problèmes minent encore cette composante du secteur santé dont : la méfiance entre les tradipraticiens et les professionnels de la médecine moderne, la non structuration de la profession de tradipraticien, l'analphabétisme de la plupart des tradipraticiens, la mystification des pratiques et l'infiltration de la profession par de nombreux charlatans.

Le système national de santé du Cameroun est structuré en trois niveaux à savoir **le niveau périphérique, régional et central** dont chacune dispose de structures administratives, formation sanitaires et structures de dialogue[17].

Tableau I : les différents niveaux de la pyramide sanitaire au Cameroun et leurs fonctions[17].

Niveau	Structures administratives	Compétences	Structures de santé	Structures de dialogue
Central	Cabinet du Ministre, Secrétariat d'Etat, Central Secrétariat Général, Directions et Structures assimilées	- Élaboration des concepts de la politique et des stratégies - Coordination – Régulation	Hôpitaux Généraux, Centre Hospitalier et Universitaire, Hôpitaux Centraux et assimilés, Hôpitaux Gynéco obstétriques CENAME, CPC, CHRACERH, LANACOME, CIRCB, ONSP	Conseil national de la santé, hygiène et des affaires sociales
Intermédiaire	10 Délégations Régionales	Appui technique aux Districts de santé	Hôpitaux régionaux et assimilés ; Centres Hospitaliers Régionaux Spécialisés de 2nd niveau de référence Centres Régionaux d'Approvisionnement Pharmaceutique	Fonds Régionaux pour la Promotion de la Santé
Périphérique	189 Districts de Santé	Mise en œuvre des programmes	Hôpitaux de District - Cliniques ; - CMA ⁽¹⁾ ; - CSI ⁽²⁾ , Cabinet de soins	COSADI ⁽³⁾ ; COGEDI ⁽⁴⁾ COSA ⁽⁵⁾ ; COGE ⁽⁶⁾

(1)Centre Médicaux d'Arrondissement ; (2) Centre de Santé Intégré ; (3) Comité de Santé de District

(4) Comité de Gestion du District (5) Comité de santé (6) Comité de Gestion

II.1.1.3. Délimitation et segmentation du secteur en composantes[28].

Le secteur de la santé a été segmenté en cinq composantes donc trois composantes verticales, à savoir :

- Promotion de la santé
- Prévention de la maladie
- Prise en charge des cas.

Deux composantes horizontales ou transversales :

- Renforcement du système de santé
- Gouvernance (normalisation, régulation et redevabilité) et pilotage stratégique (planification, supervision, coordination et veille stratégique et sanitaire).

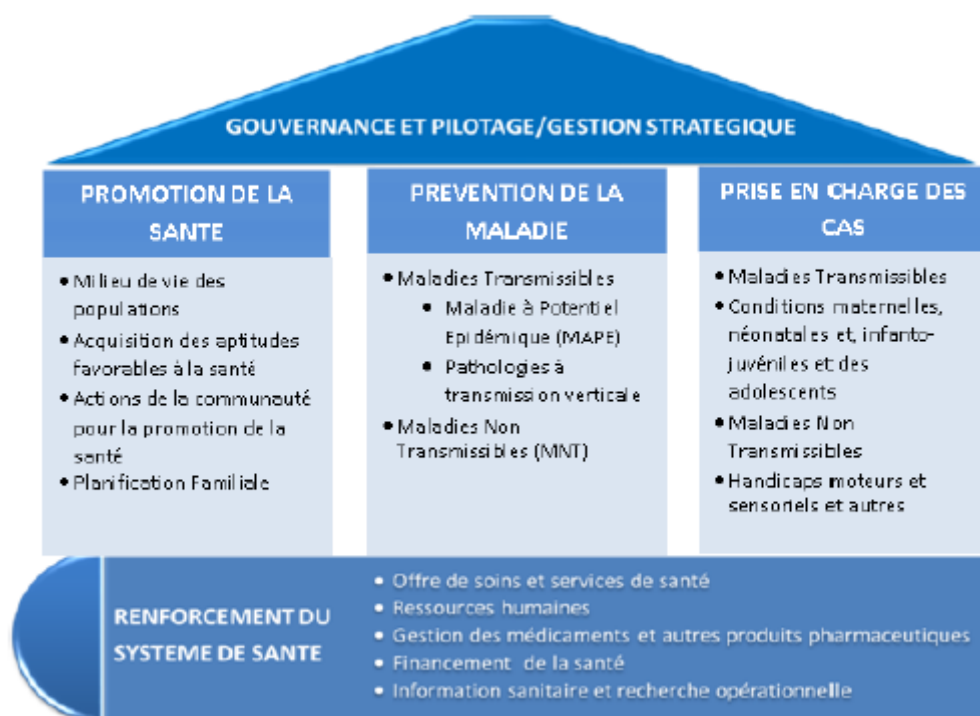


Figure 1 : segmentation du secteur de la santé en composantes et sous-composantes[29].

II.1.2. Rappel sur la qualité des soins

II.1.2.1. Les composantes d'un soin de bonne qualité

Des soins de haute qualité sont des soins adéquats, dispensés au bon moment de façon coordonnée en tenant compte des besoins et des préférences des populations et en réduisant au minimum les risques de préjudice pour les patients et le gaspillage de ressources[1]. Un soin de qualité est un bon soin, au bon moment, au bon endroit, au bon patient, au bon coût[30].

Selon la HAS on distingue six composantes mesurables[1] :

- **Efficacité** : en assurant des soins conformes aux données acquises de la science et des soins pertinents par rapport aux besoins de santé des personnes
- **Sécurité** : en assurant des soins évitant autant que possible de nuire à la santé des personnes
- **Accessibilité** : en assurant les soins requis à des moments appropriés, dans des délais raisonnables, par des services situés à des distances géographiques raisonnables
- **Patient centré/réactivité** : en assurant des soins de manière respectueuse et en tenant compte des préférences et des valeurs des personnes
- **Efficience** : en assurant des soins utilisant au mieux les ressources disponibles ;
- **Équité** : en assurant des soins de qualité pour tous, sans distinction des caractéristiques des personnes comme le genre, l'ethnie, la situation géographique et le statut économique.



Figure 2 : les composantes de la qualité des soins[1]

II.1.2.2. Les déterminants de la qualité et de la sécurité des soins en établissement de santé

Selon la HAS, un déterminant transversal de la qualité et de la sécurité des soins est un élément applicable à toute activité de soins qui, selon la littérature scientifique et le consensus d'experts, contribuent de façon significative à la qualité et à la sécurité des soins[31].

On distingue 4 grandes familles de déterminants transversaux[31] :

- Les ressources matérielles
- Les ressources humaines
- L'organisation des équipes de soins
- La coopération des équipes de soins

Tableau II : les principaux déterminants identifiés dans la littérature classés par famille[31].

Famille	Déterminants principaux
Ressources matérielles	L'architecture et la conception des établissements : Les plateaux techniques et les équipements : Les systèmes d'information.
Ressources humaines	La compétence des professionnels. Les effectifs et la charge de travail. La continuité et la permanence des soins, la stabilité des équipes. Les volumes d'activité.
L'organisation des équipes de soins	Les facteurs de gouvernance et de culture. Le travail en équipe. La mise en œuvre des bonnes pratiques. La pertinence des soins. L'approche centrée sur le patient et l'engagement des usagers. L'évaluation et les démarches d'amélioration. La gestion des risques. La qualité de vie au travail.
La coopération des équipes de soins	La coopération au sein de l'établissement. La coopération et la gradation de l'offre au sein du territoire. L'organisation et l'optimisation des parcours de soins.

II.1.2.3. Les indicateurs de la qualité et de la sécurité des soins

La HAS définit **un indicateur de qualité et de sécurité des soins** comme étant un outil de mesure d'un état de santé, d'une pratique, d'une organisation ou de la survenue d'un événement qui permettent de mesurer de manière valide et fiable la qualité des soins et de comparer les offreurs de soins[24]. La qualité des soins peut être mesurée du point de vue du professionnel et de celui du patient, plusieurs outils et méthodes existent pour mettre en œuvre des soins de qualité [24].

Trois types d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins ont été développés par la HAS à savoir [24]:

- **Les indicateurs de structure ou de ressources** : permettant de répondre à la question « Avons-nous les moyens de bien faire ? » Ils évaluent par exemple le niveau d'équipement et la qualification du personnel
- **Les indicateurs de processus ou de pratiques cliniques** : permettant de répondre à la question « Faisons-nous comme il faut faire ? » Ils évaluent la conformité des pratiques médicales ou soignantes au savoir médical et aux règles de la relation avec le patient
- **Les indicateurs de résultat** : permettant de répondre à la question « Avons-nous de bons résultats ? » Ils évaluent les conséquences des soins sur l'état de santé d'un individu ou d'une population.

II.1.2.4. Différents types d'indicateurs de mesure de la qualité et sécurité des soins chez le patient

Les indicateurs mesurés auprès des patients peuvent se présenter sous trois formes, les trois types de mesures étant complémentaires [24]:

- ❖ **Mesure des résultats de soins rapportés par le patient ou *Patient Reported Outcome Measures* (PROMs)**, on distingue :
 - Les questionnaires PROMs génériques, utilisables quelle que soit la pathologie : l'EuroQol-5D (EQ-5D), le Short-Form-36 (SF-36), et le Short-Form-12 (SF-12)
 - Les questionnaires PROMs spécifiques d'une pathologie : KOOS-PS
 - Les questionnaires PROMs génériques et spécifiques : la banque PROMIS
- ❖ **Mesure de l'expérience du patient concernant son parcours de soins ou *Patient Reported Experience Measures* (PREMs)**, on distingue :
 - Des **PREMs génériques** utilisables quelle que soit la pathologie : e-Satis +48 MCO
 - Des **PREMs spécifiques**.
- ❖ **Mesure de la satisfaction du patient** quant au service rendu.
 - Les questionnaires de satisfaction : e-Satis +48 MCO, QSH-45

II.2. ÉTAT DES CONNAISSANCES SUR LA QUESTION

Il existe plusieurs études réalisées dans le contexte Africain et dans d'autres contextes sur la qualité des soins mesuré auprès des patients.

II.2.1. État des connaissances sur les perceptions des populations concernant la qualité des soins

a. Evaluation de la perception des patients sur la qualité des services dans les hôpitaux de l'association chrétienne de santé du Ghana[32].

Agyei Koffi S. et al en 2020 au Ghana ont mené une étude transversale sur 540 patients dans 18 hôpitaux de l'Association dans le but d'évaluer les perceptions des patients sur la qualité des soins. L'outil de mesure utilisé était le modèle de qualité de service (SERVQUAL) comprenant des variables structurées autour de 5 dimensions (la tangibilité, la fiabilité, la réactivité, l'assurance et l'empathie). Les scores moyens des attentes et des perceptions ont été calculés. Le test de student a été effectué pour déterminer les niveaux de significativité de la différence entre les scores moyens pour l'attente et la perception. Les résultats ont montré que les attentes des patients n'ont pas été satisfaites. Les cinq dimensions de SERVQUAL ont montré des scores d'écart de qualité de service moyens négatifs et statistiquement significatifs. L'étude a conclu en disant qu'il faudrait faire des recherches plus approfondies sur les raisons pour lesquelles les patients n'ont pas été satisfait afin d'aider à intensifier les interventions axées sur le patient et de combler les écarts de qualité de service.

b. Evaluation de la perception et la satisfaction des patients roumains quant à la qualité des soins national[33].

Smaranda Adinas C. et al en 2020 en Roumanie ont mené une étude transversale sur 2305 patients roumains dans le but d'évaluer leur perception sur la qualité des soins. L'outil de mesure comportait des questions notées sur une échelle de Likert à 5 points (1-très mauvaise, 5- très bonne) portant sur 3 dimensions (hébergement et nourriture, équipement médical et personnel soignant). Les résultats ont montré que l'hébergement, la nourriture et les autres installations des hôpitaux roumains étaient perçus comme étant à un niveau médiocre. Un tiers des répondants étaient insatisfaits et très insatisfaits de l'impression générale des soins de santé. De plus, une relation statistiquement significative a été trouvée entre la confiance dans le système de santé et l'âge et le sexe et aussi entre l'impression générale le système de santé, l'âge et le revenu.

c. Perceptions des patients à l'égard de la qualité des soins mesurés grâce à l'échelle révisée de soins humains[34].

Al-Jabri et al en 2021 à Oman ont mené une enquête sur 367 patients adultes admis dans des services de médecine, de chirurgie, d'obstétrique et de gynécologie dans 2 hôpitaux tertiaires d'Oman dans le but de l'évaluer leurs perceptions sur la qualité des soins. Les résultats montrent que dans l'ensemble, les perceptions des patients à l'égard de la qualité des soins étaient élevées, le professionnalisme étant classé au plus haut rang, et la connaissance des besoins physiques et

les ressources humaines au plus bas. L'analyse de régression linéaire a révélé une relation entre le sexe et la qualité globale des soins, les patients masculins ayant déclaré une plus grande satisfaction que leurs homologues. Cette étude a suggéré la nécessité d'améliorer la cognition des besoins physiques (qualité des aliments et assainissement de l'environnement) et des ressources humaines (ratio personnel/patients), ainsi que de prêter attention aux besoins individuels des patients, en particulier pour les patients admis à l'urgence.

d. Perception des patients hospitalisés au CHU de Kairouan [35].

Chebil D et al en 2022 en Tunisie ont mené une enquête transversale sur 640 patients âgés de 18 ans et plus hospitalisés dans les différents services hospitaliers du CHU de Kairouan pendant minimum 48 h dans le but d'évaluer leur perception. L'outil de collecte utilisé comportait 7 dimensions des soins (accessibilité, continuité, globalité, qualité des soins, humanisation, environnement et condition de séjour). Les résultats de l'enquête ont révélé que le taux de satisfaction global était de 41,7 %, les dimensions de la globalité et de la durée d'hospitalisation ont été les moins appréciées par les patients hospitalisés avec des taux de satisfaction respectifs de 14,4% et 18,3%. L'accès aux soins était le domaine le plus apprécié avec un taux de satisfaction de 58,9 %. L'étude a conclu en disant qu'au CHU, la satisfaction des patients était faible quant à la qualité des services fournis, notamment pour les domaines liés aux conditions de séjour et à la globalité des soins.

II.2.2. État des connaissances sur les barrières aux soins de bonne qualité

a. Qualité des services de santé dans les hôpitaux public et privés : étude comparative sur la satisfaction des patients[36].

Une étude transversale a été réalisée par Owusu K et al au Ghana en 2019 sur 400 patients dans 30 hôpitaux dans le but d'évaluer la prestation des services de santé dans les établissements de santé publics et privés en ce qui concerne le niveau de soins, l'attention et la satisfaction reçus par les patients dans ces établissements de santé. L'étude a adopté l'instrument SERVQUAL pour mesurer les cinq dimensions de la qualité de service, les résultats ont montré que le niveau de soins et d'attention est plus élevé dans les établissements de santé privés que dans le public[37].

b. Evaluation de la satisfaction des usagers quant à la qualité des services de santé fournis dans les établissements publics et privés au Cameroun [22].

Au Cameroun en 2021, une étude a été menée par Njong A et Tchouapi R sur 515 patients dans le but d'évaluer la satisfaction des usagers. L'analyse était basée sur les données secondaires

de l'Enquête Quantitative sur la Prestation de service (QSDS) des ménages des 10 régions. Les résultats ont montré que 85 % des usagers étaient satisfaits de la qualité globale des services de santé dans le pays ; 13,59 % et 58,25 % des répondants ont déclaré que les conditions d'hygiène dans les centres de santé sont respectivement très bonnes et bonnes.

c. Evaluation de la qualité des services de la santé et de la satisfaction des patients au Ghana[38].

Au Ghana en 2020, Mintah A. et al ont mené une étude transversale sur 398 patients externes réguliers. L'objectif principal était de fournir des preuves empiriques sur la qualité des services de santé. Un outil de mesure à échelle de Likert développé à partir de la qualité perçue, satisfaction des patients, empathie, sécurité et tangibilité a été utilisé. Les résultats d'analyse ont démontré que les patients étaient mécontents des mesures d'empathie et de sécurité mise en place dans les hôpitaux. La principale recommandation de cette étude était la mise sur pied d'un exercice de routine pour auditer les hôpitaux en vue de la fourniture des cameras pour améliorer les conditions de sécurité dans les hôpitaux tout en renforçant la culture d'un environnement hospitalier réceptif pour améliorer l'empathie.

d. Déterminants de la satisfaction des patients hospitalisé en république Tchad[39].

En 2021 Gavurora et al ont mené une enquête sur 1425 patients hospitalisés dans le but d'analyser et d'évaluer les déterminants influençant la satisfaction globale des patients à l'égard des soins hospitaliers. Un questionnaire de recherche a permis d'obtenir des données sur la satisfaction à l'égard de l'hôpital ; de la chambre et des repas ; du personnel médical – infirmières, expertise des médecins et autres membres du personnel ; la qualité du traitement dispensé et la sortie de l'hôpital. Les résultats ont montré que la satisfaction à l'égard du personnel médical est le facteur le plus important qui a un effet positif sur la satisfaction à l'égard de l'hospitalisation. L'expertise du médecin est plus importante pour le patient que la satisfaction vis-à-vis des infirmiers qu'ils soient nombreux ou pas.

II.2.3. État des connaissances sur la satisfaction des patients aux soins

a. Satisfaction des patients et ses déterminants à l'hôpital spécialisé Black Lion à Addis-Abeba en Ethiopie[40].

En 2020, une étude transversale a été menée par Asamrew et al sur 398 patients hospitalisés dans le but d'évaluer le niveau de satisfaction des patients. Les résultats ont montré que près de la moitié des participants (47%) étaient satisfaits du temps d'attente, 228 (57,3 %) étaient satisfaits des heures de visites officielles de l'hôpital, 207(52,0 %) étaient satisfaits des

informations fournies sur le service disponible par le personnel, 194 (48,7 %) étaient satisfaits des processus d'admission à l'hôpital, 169(42,5 %) et 219 (55,0 %) étaient satisfaits des mesures prises pour assurer la confidentialité et la vie privée des patients respectivement. Globalement, un total de 46,2 % (IC à 95 % : 41,2 – 51,1) des patients étaient satisfaits des services reçus à l'hôpital. L'étude a conclu en disant qu'il est essentiel d'élaborer une stratégie pour évaluer régulièrement le niveau de satisfaction des patients dans l'établissement.

b. Satisfaction des patients vis-à-vis des soins hospitaliers et infirmiers en Angleterre[41].

Aiken L et al en 2021 en Angleterre ont réalisé une enquête observationnelle sur 66 348 patients hospitalisés et de 2963 infirmières hospitalisées. L'objectif de cette étude était d'éclairer les décisions politiques du personnel de santé en montrant comment les perceptions des patients à l'égard des soins hospitaliers sont associées à la confiance aux personnels de santé, les niveaux de dotation en personnel infirmier et les environnements de travail hospitaliers. Les résultats ont montré que le nombre moyen de types de soins manqués était négativement lié à six des huit critères de jugement. L'étude a conclu en disant que les perceptions des patients à l'égard des soins hospitaliers sont fortement associées à l'absence de soins infirmiers, ce qui est à son tour lié à un manque de dotation en infirmières professionnelles et à de mauvais environnements de travail hospitaliers.

c. Analyse efficace de la satisfaction des patients hospitalisés[42].

En 2021 en Chine, une étude transversale a été menée par Chengcheng L. et al sur 3888 patients hospitalisés dans le but d'identifier les facteurs influençant la satisfaction des patients hospitalisés. Les résultats ont montré que la satisfaction globale des patients était de 79,73 %. Les cinq facteurs les plus influents sur la satisfaction des patients hospitalisés étaient par ordre de priorité le droit des patients à savoir ; la réponse rapide des infirmières ; la satisfaction à l'égard des services du personnel médical ; l'intégrité du personnel médical et l'exactitude du diagnostic. Les principales recommandations étaient le renforcement de l'échange d'information médicales entre médecin et patient ; la réduction des temps d'attente et l'amélioration du niveau de technologie médicale.

II.2.4. État des connaissances sur les facteurs affectant la satisfaction globale des patients

a. Satisfaction et facteurs associés à la qualité des services de soins de santé parmi les patients admis à l'hôpital général de Pawie en Ethiopie[43].

Tesgera Begize A et al en 2021 en Ethiopie ont réalisé une enquête sur un total de 334 patients dans le but de déterminer facteurs associés à la satisfaction des patients aux soins. Les résultats

ont montré que des facteurs tels que le service d'admission [RC = 2,60 ; IC à 95 % (1,34, 5,03)] et l'intimité [RCA = 12,5 ; IC à 95 % (2,89, 54,1)] étaient significativement associés à la satisfaction du patient.

b. Influence des caractéristiques des patients et des hôpitaux sur la satisfaction des patients hospitalisés dans les hôpitaux de district en Chine[44].

Liu et al en chine en 2021 ont réalisé une enquête transversale portant sur 1458 adultes provenant des services d'hospitalisation de 47 hôpitaux de district dans le but d'explorer les déterminants de la satisfaction des patients hospitalisés. Les données utilisées étaient celles de l'enquête nationale chinoise. Les résultats ont montré que les patients ayant un niveau d'éducation plus élevé étaient plus satisfaits du processus administratif ($P < 0,05$). Les patients âgés et les patients dont l'état de santé auto-déclaré s'est détérioré étaient moins satisfaits de l'environnement hospitalier ($P < 0,05$). Les femmes, le revenu familial mensuel plus élevé et l'assurance médicale de base des employés urbains étaient positivement associés à la satisfaction des patients en ce qui concerne les dépenses d'hospitalisation ($P < 0,05$). Les patients recevant des soins dans les hôpitaux de banlieue étaient moins satisfaits du processus administratif, de l'environnement hospitalier et de la satisfaction globale ($P < 0,05$). Les patients recevant des soins dans les hôpitaux de médecine traditionnelle chinoise étaient plus satisfaits des soins médicaux et des dépenses mais moins satisfaits de l'environnement ($P < 0,05$). Les maladies chroniques et le grade hospitalier n'étaient pas significativement associés à la satisfaction dans tous les domaines.

c. Perception des patients sur la qualité des soins de santé au Ghana : un examen des hôpitaux publics et privés[45].

Peter A et al a en 2019 au Ghana ont mené une enquête transversale sur 1 236 patients dont l'objectif principal était d'étudier le rôle de la qualité de service, de la satisfaction de la clientèle et de la fidélisation de la clientèle dans le secteur de la santé au Ghana et de procéder à une analyse comparative de la qualité des services des hôpitaux privés et publics. Les résultats ont révélé qu'il existe une relation positive significative entre la qualité des soins et la satisfaction de la clientèle ; de même qu'une relation positive significative entre la satisfaction et la fidélisation de la clientèle. Enfin, la qualité des soins s'est avérée meilleur dans les hôpitaux privés.

CHAPITRE III : MÉTHODOLOGIE

III.1. TYPE D'ÉTUDE

Nous avons mené une étude transversale.

III.2. SITE D'ÉTUDE/ CADRE DE D'ÉTUDE

Notre enquête s'est déroulée dans le DS Djoungolo-Yaoundé plus précisément au sein des neuf localités de son aire de santé Nkolondom.

III.2.1. Présentation du DS Djoungolo-Yaoundé

III.2.1.1. Sur le plan administratif et démographique

Le DS Djoungolo-Yaoundé est situé dans la région du centre, ville de Yaoundé (capitale politique du Cameroun) et dans l'arrondissement de Yaoundé 1^{er}. La population totale du DS Djoungolo est estimée à 575 410 habitants avec une superficie de 54,8 km²[46]. Il est réparti en huit Aires qui sont : Nkolondom, Emana, Mballa 2, Nlongkak, Eligessono, Etoameki, Mballa 5 et Tsinga village. Ses limites sont au sud par les DS de Mvog ada et Efoulan, au nord par les DS de Soa et Okola, à l'est par le DS de Mvog ada, à l'ouest par les DS de la cité verte et d'okola[47]. Il est divisé en 130 quartiers/villages organisé en Chefferie de 3^{ème} degré et compte une Chefferie de 2^{ème} degré et 33 Chefferies de 3^{ème} degré. Le DS compte plusieurs personnels sanitaires qui sont : un chef de DS, un Président du COSADI, trois chefs de bureaux, un comptable matières, neuf points focaux des programmes et sept personnels d'appui. A la tête de chaque bureau et programme se trouve un personnel[47].



Figure 3 : carte administrative du district de Djoungolo [47].

III.2.1.2. Sur le plan géographique, culturel et linguistique

Son relief est accidenté, constitué de collines, des plateaux de modestes altitudes entaillées de larges dépressions qui prédisposent à la fois aux cultures sèches et aux cultures des bas-fonds marécageuses. L'accessibilité par voie terrestre à l'intérieur de certaines aires est difficile en saison des pluies, le réseau mobil couvre tout le DS. Son climat est équatorial de type Yaoundéen avec une forte pluviométrie. La température annuelle est en moyenne de 23°C. Il est fortement arrosé par plusieurs rivières dont le Mfoundi et ses affluents. Une hydrographie exploitée pour l'agriculture, les constructions et l'usage domestique. Les autochtones sont principalement ethnies Ewondo et Bene, ce sont des artistes, des sculpteurs et joueurs d'instruments de percussions. Toutes les obédiences religieuses y sont présentes.

III.2.2. Présentation de l'aire de santé Nkolondom

L'aire de Nkolondom est la plus grande aire du DS Djoungolo-Yaoundé avec une population estimée à 527 556 habitants. L'hôpital de district d'Olembe qui abrite sa structure administrative a une superficie de 500 m², comporte trois bâtiments, vingt lits et pas de morgue[46]. L'aire est limitée au sud par le DS de Soa, au nord par l'AS d'Emana, à l'est par l'AS d'Okola, à l'ouest par l'AS de Tsinga Village. Il comprend 9 localités abritant plusieurs structures sociales telles que les FOSA, les écoles, les églises...L'aire compte un responsable de l'aire, un responsable adjoint, un président du Comité de santé et un personnel d'appui [47] .

III.3. DURÉE / PERIODE D'ÉTUDE

Nous avons réalisé notre enquête sur une durée de 3 mois allant du 29 février 2024 jusqu'au 31 mai 2024. L'étude s'est déroulée sur la population des individus ayant reçu des soins de santé dans les formations sanitaire du DS Djoungolo-Yaoundé sur une période d'un an allant 01 janvier 2023 jusqu'au 31 Décembre 2023.

III.4. POPULATION D'ÉTUDE

III.4.1. Population cible

Population des individus dans les ménages du DS Djoungolo-Yaoundé ayant bénéficier des soins de santé durant la période du 01 janvier 2023 au 31 décembre 2023 dans les formations sanitaires du District.

III.4.2. Population source

Population des individus présents dans les ménages du DS Djoungolo-Yaoundé au moment de l'enquête ayant bénéficié des soins de santé durant la période du 01 janvier 2023 au 31 décembre 2023 dans les formations sanitaires du District.

III.4.3. Critères d'inclusion

- Être âgé de 18 ans et plus
- Avoir bénéficié des soins de santé en hospitalisation dans les services de médecine, chirurgie ou obstétrique des hôpitaux du DS Djoungolo-Yaoundé

III.4.5. Critères d'exclusion

- Être âgé de moins de 18 ans
- Avoir bénéficié des soins de santé en consultation externe dans les hôpitaux du DS Djoungolo-Yaoundé

III.4.6. Echantillonnage

Nous avons procédé à un sondage aléatoire simple d'une aire de santé parmi les huit aires du DS Djoungolo-Yaoundé. L'aire sélectionnée était l'AS Nkolondom. Ensuite, les individus résidant dans les ménages des neuf localités de l'AS Nkolondom ont été sélectionnés de manière aléatoire fonction de nos critères d'inclusion et d'exclusion.

III.4.7. Taille d'échantillon

La taille minimale de l'échantillon a été déterminée à l'aide de la formule de calcul des proportions des études descriptives telle que suit :

$$N = \frac{Z_{\alpha}^2 P(1-P)}{e^2}$$

N= Taille minimale de l'échantillon

Z_{α} = Niveau de confiance à 95% (valeur type de 1,96)

P = Taux de satisfaction globale des patients sur la qualité des soins (85 %). Ce taux est celui retrouvé par Njong A et Tchouapi R en 2021 au Cameroun [22].

e = Marge d'erreur de 5 %

Après calcul, la taille minimale de notre échantillon était de **195 participants**.

III.5. OUTILS DE COLLECTE DES DONNÉES

Deux questionnaires ont été élaborés pour notre enquête à savoir le questionnaire ménage et le questionnaire de mesure de la qualité des soins. Le questionnaire modèle EDSC 2018 nous a permis d'élaborer notre questionnaire ménage tandis que l'outil de mesure de la qualité des soins «e-Satis +48 MCO » fiable et valide conçu par la HAS nous a permis d'élaborer le questionnaire sur la qualité des soins [48–50].

a. Questionnaire ménage

Il a été administré uniquement aux chefs des ménages afin d'enregistrer les informations sur les caractéristiques des logements et de la population des ménages. Il comportait 24 variables subdivisées en 3 sections qui sont la section identification avec les variables région, département, arrondissement, ...La section caractéristiques sociodémographiques avec les variables âge, sexe, région d'origine, etc... et la section caractéristiques des logements et de la population des ménages avec les variables taille du ménage, principale source d'approvisionnement en eau de boisson, etc...

b. Questionnaire de mesure de la qualité des soins

Ce questionnaire a été administré aux individus éligibles à notre enquête. Il était constitué de 66 variables subdivisées en 3 sections à savoir la section identification comportant les variables telles que la région, l'aire de santé, la localité et le numéro de l'enquêté dans le ménage ; la section caractéristiques sociodémographiques comportant les variables telles que le sexe, l'âge, la région d'origine,... et la section sur la mesure de la qualité des soins comprenant les variables sur les caractéristiques des formations sanitaires, sur l'accueil, la prise en charge, la chambre et repas, l'organisation de la sortie, l'opinion général sur l'hospitalisation et les informations concernant l'enquêté.

III.6. PROCEDURE DE COLLECTE DES DONNÉES

Une fois le formulaire de consentement éclairé et les questionnaires élaborés, nous avons obtenus des autorisations éthiques puis nous avons procédé à un test préliminaire avant le début de la collecte. Les réponses aux variables ont été recueillies sur des questionnaires papiers durant des interviews de 5 à 15 min. Ce test préliminaire nous a permis de noter les difficultés de compréhension et d'interprétation des questions et d'identifier les questions à problème. Après le prétest, nous avons débuté la collecte des données. Les descentes se faisait dans les ménages auprès des populations. Nous avons rempli les réponses aux variables directement sur

les questionnaires papiers anonymes au cours des interviews individuelles d'environ 5 à 15 minutes après obtention du consentement éclairé verbal de chaque enquêté.

III.7. ANALYSE STATISTIQUE DES DONNÉES

Les données ont été entrées dans le logiciel Excel 2019 puis analysées à partir des logiciels SPSS version 26 et R version 4.4.1[51–56] . Les variables qualitatives ont été présentées dans les tableaux sous forme d'effectifs et pourcentage tandis que les variables quantitatives ont été présentés sous forme de moyenne, écart type, minimum et maximum lorsque la distribution de la variable suivait la loi normale et sous forme de médiane, intervalle interquartile, minimum, et maximum lorsque la distribution ne suivait pas la loi normale. Le test statistique de shapiro-wilk a été effectué pour tester la normalité de la distribution des variables quantitatives. Les scores de satisfaction bruts ont été calculés puis ajustés par régression linéaire multiple sur deux variables à savoir le niveau de satisfaction sur la vie en général et l'état de santé d'aujourd'hui par rapport au jour d'admission[57]. Les caractéristiques de la population et des hôpitaux affectant la satisfaction globale aux soins ont été recherchés par régression linéaire simple puis multiple. Les caractéristiques ayant eu une valeur $P \leq 0,20$ à la régression linéaire ont été sélectionnées pour le modèle final de régression multivariée. La valeur p, Le RP (rapport de proportion) et son intervalle de confiance à 95 % ont été calculés pour chaque variable explicative. Le test de chi carré a été utilisé pour tester la significativité. Une valeur $P < 0,05$ était considérée comme statistiquement significative.

III.8. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES ET ADMINISTRATIVES

Les approbations éthiques ont été obtenues auprès du Comité d'éthique de la faculté de médecine de Yaoundé 1 et du comité d'éthique de la région du centre. Une autorisation de collecte des données a été obtenue auprès du district de santé de Djoungolo. Le consentement verbal a également été obtenu des participants à l'étude avant la collecte des données après avoir fournis des informations claires sur l'objectif de l'étude et d'autres questions méthodologiques. Pendant la collecte les noms des participants ont été gardés anonymes en utilisant uniquement le numéro de fiche. On estime qu'il n'y a eu aucun préjudice prévu pour les patients à l'exception de leur temps sacrifié au moment de la collecte.

CHAPITRE IV : RÉSULTATS

IV.1. RÉCAPITULATIF DES RÉSULTATS DE COUVERTURE DE L'ENQUÊTE

Le tableau III récapitule les résultats des interviews ménages et individuelles.

Un total de 131 ménages a été identifié au moment de l'enquête dans l'ensemble des neuf localités de l'AS Nkolondom du DS Djoungolo-Yaoundé parmi lesquels seulement 109 ont pu être interviewés avec succès soit un taux de réponse des chefs de ménages de 83,2 %.

Dans les 109 ménages interviewés, 217 individus âgés de 18 ans et plus étaient éligibles pour les interviews individuelles parmi lesquels seulement 205 soit 98 femmes et 107 hommes ont été enquêtés avec succès pour un taux de réponse de 95,2 % et 93,9 % respectivement.

Tableau III : effectifs des ménages, nombre d'interviews et taux de réponse par milieu de résidence.

	Milieu de résidence									Total
	Localité 1 ⁽¹⁾	Localité 2 ⁽²⁾	Localité 3 ⁽³⁾	Localité 4 ⁽⁴⁾	Localité 5 ⁽⁵⁾	Localité 6 ⁽⁶⁾	Localité 7 ⁽⁷⁾	Localité 8 ⁽⁸⁾	Localité 9 ⁽⁹⁾	
Interviews ménages										
- Ménages sélectionnés	23	14	8	19	9	22	7	13	16	131
- Ménages occupés	23	14	8	19	9	22	7	13	16	131
- Ménages interviewés	17	14	3	19	5	22	4	9	16	109
Taux de réponse des chefs de ménages (%)	73,9	100	37,5	100	55,5	100	57,2	62,3	100	83,2
Interviews individuelles										
- Effectifs d'hommes et femmes éligibles	28	31	6	39	11	44	8	19	31	217
- Effectifs d'hommes et femmes éligibles interviewés	28	31	6	34	10	42	4	19	31	205
Taux de réponse des interviews individuelles (%)	100	100	100	87,2	90,9	95,5	50,0	100	100	94,5
Interviews des femmes										
- Effectifs des femmes éligibles	13	13	2	16	5	24	3	9	16	103
- Effectif des femmes éligibles interviewés	13	13	2	14	4	24	3	9	16	98
Taux de réponse des femmes éligibles interviewés (%)	100	100	100	87,5	80	100	100	100	100	95,2
Interviews des hommes										
- Effectifs des hommes éligibles	15	18	4	23	6	20	5	10	15	114
- Effectif des hommes éligibles interviewés	15	18	4	20	6	18	1	10	15	107
Taux de réponse des hommes éligibles interviewés (%)	100	100	100	86,9	100	90	20,0	100	100	93,9

(1) Bocom, dépôt de sable olembé, entrée cœur ouvert. (2) Pharmacie, nouveau stade, neptune, mosquée, école publique, chapelle olembé. (3) Dispensaire méssassi. (4) Dallas, amour bar méssassi, pont émana. (5) CNPS méssassi. (6) Total, pharmacie, neptune, carrefour méssassi. (7) Chefferie nkolondom. (8) Chefferie nyom 1, maétur nyom, ndjonassi. (9) zoatopsie, nkolda, chapelle nyom 2.

IV.2. CARACTÉRISTIQUES DES MENAGES ET DES ENQUÊTÉS

IV.2.1. Caractéristiques sociodémographiques des chefs des ménages

Sur un total de 109 chefs des ménages enquêtés, 71(65,1%) étaient des hommes et 32 (29,4 %) étaient dans la tranche d'âge de 30 à 34 ans. Soixante-trois (57,8 %) et 61 (56,0 %) étaient respectivement originaires de la région de l'Ouest et marié(e)s ou vivant ensemble. Cinquante-deux (47,7 %) étaient des chrétiens catholiques et 87 (79,8 %) avaient atteint le niveau d'étude supérieur.

Tableau IV: répartition (en%) des chefs de ménage selon les caractéristiques sociodémographiques.

Caractéristiques sociodémographiques des chefs de ménage	Effectifs (n=109)	Pourcentage (%)
Sexe		
Hommes	71	65,1
Femmes	38	34,9
Age (en année)		
25-29	25	22,9
30-34	32	29,4
35-39	26	23,9
40-44	16	14,7
45-49	1	0,9
50-54	5	4,6
55-59	4	3,7
Niveau d'instruction		
Secondaire 1er cycle ⁽¹⁾	5	4,6
Secondaire 2ème cycle ⁽²⁾	17	15,6
Supérieur	87	79,8
Région d'origine		
Centre	20	18,3
Est	5	4,6
Extrême-nord	3	2,8
Littoral	11	10,1
Ouest	63	57,8
Sud	4	3,7
Sud-ouest	3	2,8
Statut matrimonial		
Célibataire	43	39,4
Divorcé(e)/séparé(e)	5	4,6
Marié(e) ou vivant ensemble	61	56,0
Religion		
Chrétien catholique	52	47,7
Chrétien protestant	27	24,8
Chrétien pentecôtiste	14	12,9
Musulman	1	0,9
Animiste	2	1,8
Aucune	13	11,9

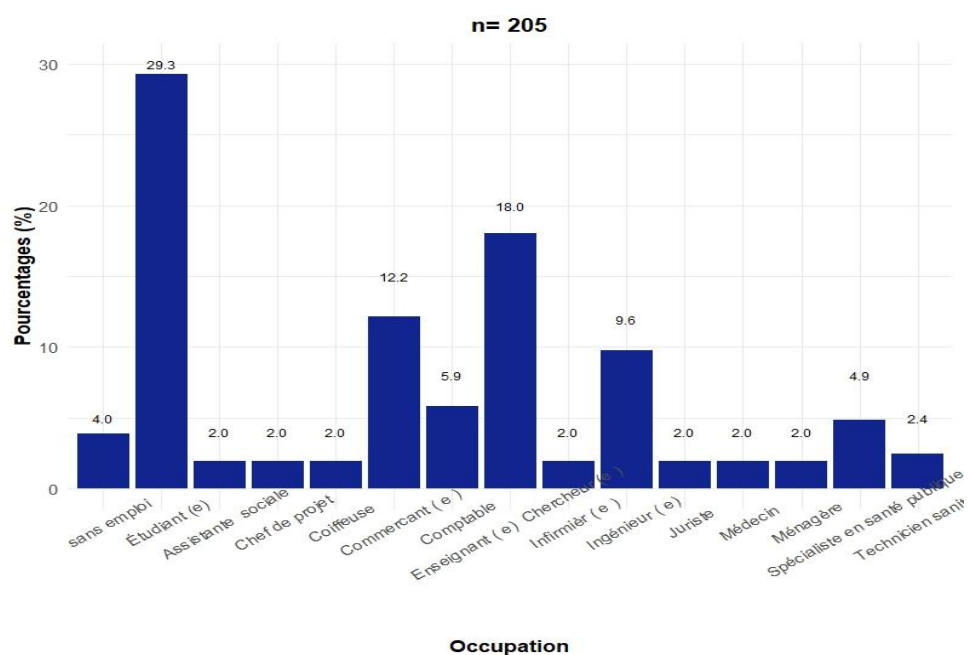
IV.2.2. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés dans les ménages

Sur un total de 205 participants à l'étude, 107 (52,2 %) étaient des hommes et 63(30,7 %) étaient dans la tranche d'âge de 29-34 ans. Cent quarante-deux (69,3 %) et 133(64,9 %) étaient respectivement originaires de la région de l'Ouest et célibataires. Cent sept (52,2 %) étaient des chrétiens catholiques et 177(86,3 %) avaient atteint le niveau d'étude supérieur.

Tableau V : répartition (en%) des enquêtés selon les caractéristiques sociodémographiques.

Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés	Effectifs(n=205)	Pourcentage (%)
Sexe		
Féminin	98	47,8
Masculin	107	52,2
Groupe d'âge(année)		
[19,24[	25	12,2
[24,29[	55	26,8
[29,34[	63	30,7
[34,39[	28	13,7
[39,44[	29	14,1
[54,59]	5	2,4
Région d'origine		
Centre	25	12,2
Extrême-nord	5	2,4
Littoral	25	12,2
Ouest	142	69,3
Sud	4	2,0
Sud-ouest	4	2,0
Statut matrimonial		
Célibataire	133	64,9
Divorcé(e)/séparé(e)	4	2,0
Marié(e) ou vivant ensemble	68	33,2
Niveau d'instruction		
Secondaire 1er cycle ⁽¹⁾	4	2,0
Secondaire 2ème cycle ⁽²⁾	24	11,7
Supérieur	177	86,3
Religion		
Chrétien catholique	107	52,2
Chrétien protestant	48	23,4
Chrétien pentecôtiste	21	10,2
Autre chrétien	5	2,4
Animiste	4	2,0
Kemite	4	2,0
Aucune	16	7,8

(1) 6ème/Form 1 à 3ème /form 4 , (2) 2^{nde}/ Form 5 à terminale / Upper 6



Sur un total de 205 participants à l'étude, 60(29,3 %) étaient des étudiant(e)s.

Figure 4 : répartition (en %) des enquêtés selon leur occupation.

IV.2.3. Composition des ménages enquêtés

Dans les 109 ménages enquêtés on comptait en moyenne 5,1 personnes, ce nombre variait entre 2 et 10. Dans ces ménages, en moyenne 1,9 personnes avaient reçu des soins de santé en hospitalisation durant les 12 derniers mois précédant l'enquête dans le DS Djoungolo-Yaoundé. Le nombre de personnes hospitalisées variait entre 1 et 3 par ménage.

Tableau VI : répartition des ménages selon la taille des ménages et le nombre de personne hospitalisée au cours des douze derniers mois.

Composition des ménages	Moyenne	Ecart type	Minimum	Maximum
Taille des ménages	5,1	1,9	2	10
Nombre de personnes hospitalisées	1,9	1,6	1	3

IV.3. PERCEPTION DES POPULATIONS SUR LA QUALITÉ DES SOINS

IV.3.1. Perception globale et par dimension sur la qualité des soins

Globalement, 115(56,1 %) enquêtés percevaient la qualité des soins comme étant à un niveau moyen. Dans chaque dimension des soins, principalement 86 (42,0 %) et 127(62,0 %) enquêtés percevaient la qualité de l'accueil et de la prise en charge respectivement comme étant à un niveau moyen. Principalement 64(37,0 %) et 76(43,9 %) enquêtés percevaient également la qualité de la chambre et repas et l'organisation de la sortie comme étant à un niveau moyen.

Tableau VII : répartition (en %) des enquêtés en fonction de leur perception globale et pour chaque dimension de la qualité des soins

Perception	Effectifs(n)	Pourcentage (%)
Perception globale (n=205)		
Mauvaise	22	10,7
Faible	24	11,7
Moyenne	115	56,1
Bonne	35	17,1
Excellente	4	2,0
Sans avis	4	2,0
Accueil dans les établissements (n=205)		
Mauvaise	26	12,7
Faible	41	20,0
Moyenne	86	42,0
Bonne	40	19,5
Excellente	12	5,9
Prise en charge dans les établissements (n=205)		
Mauvaise	9	4,4
Faible	16	7,8
Moyenne	127	62,0
Bonne	41	20,0
Excellente	12	5,9
Chambre et repas (n= 173)		
Mauvaise	31	17,9
Faible	49	28,3
Moyenne	64	37,0
Bonne	13	7,5
Excellente	12	6,9
Sans avis	4	2,3
Organisation de la sortie (n= 173)		
Mauvaise	17	9,8
Faible	26	15,0
Moyenne	76	43,9
Bonne	46	26,6
Excellente	8	4,7

IV.3.2. Point de vue des populations sur l'accueil, chambre et repas et organisation de la sortie dans les formations sanitaires

En ce qui concerne l'accueil, la chambre et le repas, l'organisation de la sortie principalement 36 (81,8 %) enquêtés ont déclaré que le personnel administratif et médical étaient hospitaliers, 16(80,0 %) ont déclaré que les chambres étaient confortables et propres et 8 (4,0 %) ont déclaré qu'à la sortie un bon counseling était fait. D'un point de vue négatif, principalement 197(96,0 %) et 28(53,8 %) enquêtés respectivement ont déclaré l'absence du livret d'accueil pour patient et l'insalubrité des locaux dans les structures publiques.

Tableau VIII: répartition (en %) des enquêtés en fonction de leur point de vue sur l'accueil, chambre et repas et organisation de la sortie

Points de vue	Effectifs(n)	Pourcentage (%)
Accueil		
Points positifs (n=44)		
Hospitalité du personnel	36	81,8
Bonne organisation du personnel	4	9,1
Gentillesse des stagiaires	4	9,1
Points négatifs (n=205)		
Difficulté à l'identification des personnels travaillant dans les services	4	2,0
Absence de livret d'accueil du patient	197	96,0
Difficulté à la compréhension des informations contenues dans le livret d'accueil	4	2,0
Chambre et repas		
Points positifs (n=20)		
Confort et propreté des chambres	16	80,0
Repas chauds	4	20,0
Points négatifs (n=52)		
Insalubrité des locaux des structures publiques	28	53,8
Salle d'hospitalisation très petites et inconfort du matelas du lit	14	26,9
Espace non réservé pour le garde malade	10	19,3
Organisation de la sortie		
Points positifs (n=17)		
Bon counseling	8	4,0
Service rapide	4	2,0
Suivi longitudinal	5	2,5

IV.3.3. Point de vue des populations sur la prise en charge

Concernant la prise en charge hospitalière, 28(23,9 %) enquêtés ont déclaré que le personnel soignant était à l'écoute des patients. D'un point de vue négatif, 69 (50,0 %) enquêtés ont déclaré que le personnel était principalement négligent dans les hôpitaux publics.

Tableau IX : répartition (en %) des enquêtés en fonction de leur point de vue sur la prise en charge.

Point de vue sur la prise en charge	Effectifs(n)	Pourcentage (%)
Points positifs(n=117)		
Prise en charge rapide et efficace	17	14,5
Ecoute attentive du personnel soignant	28	23,9
Réception des informations sur l'état de santé et la prise en charge	8	6,8
Le souci du patient	12	10,3
Bonne prise en charge pendant les malaises	4	3,4
Disponibilité des infirmières	4	3,4
Le respect des horaires d'administration des médicaments	12	10,3
Efficacité du personnel soignant	12	10,3
Le soutien moral	12	10,3
Pris en charge meilleur dans les structures sanitaires surtout les structures privées qu'à domicile	8	6,8
Points négatifs (n=138)		
Négligence du personnel dans les hôpitaux publics	69	50,0
Manques des médecins spécialistes dans certains domaines	8	5,8
Absentéisme des médecins et mauvais suivi du malade dans les hôpitaux publics	24	17,4
Coût élevé des soins et des examens médicaux	12	8,7
Priorité à l'argent au lieu de la santé du malade	13	9,4
Mauvais plateau technique	12	8,7

IV.4. BARRIÈRES AUX SOINS DE BONNE QUALITÉ

Au total, 69(31,5 %) participants ont déclaré que la négligence du personnel était la principale barrière aux soins de bonne qualité suivie des barrières sur le plan matériel et financier avec 28(12,8%) et 13(5,9 %) participants respectivement qui ont déclaré l'insalubrité des locaux et la priorité à l'argent au lieu de la santé du malade.

Tableau X : répartition (en %) des enquêtés en fonction des barrières aux soins de bonne qualité.

Barrières aux soins de bonne qualité	Effectifs(n=205)	Pourcentage (%)
Ressources humaines		
Négligence du personnel	69	31,5
Absentéisme des médecins avec mauvais suivi du malade dans les hôpitaux publics	24	10,9
Manques des médecins spécialistes dans certains domaines	8	3,7
Le non-respect du malade (bavardage et manque de concentration du personnel lors des consultations)	9	4,1
Mauvaise collaboration entre médecins (incohérence lors de la prescription des examens et médicaments lorsque la prise en charge est pluridisciplinaire)	16	7,3
Prise en charge des malades par affinité	4	1,8
Ressources matérielles		
Mauvais plateau technique	12	5,5
Insalubrité des locaux	28	12,8
Salle d'hospitalisation très petites, inconfort du matelas du lit, absence de repas	14	4,7
Espace non réservé pour le garde malade	10	4,6
Ressource financières		
Coût élevé des soins	12	4,7
Priorité à l'argent au lieu de la santé du malade	13	5,9

IV.5. SCORE DE SATISFACTION ET D'EXPÉRIENCES AUX SOINS

Les enquêtés étaient satisfaits globalement de la qualité des soins dispensés dans les formations sanitaires du DS Djoungolo-Yaoundé à 66,5 %, la dimension prise en charge était la mieux appréciée (81,4 %). Après ajustement des scores bruts sur deux variables à savoir le niveau de satisfaction sur la vie en général et l'état de santé d'aujourd'hui par rapport au jour d'admission, les enquêtés étaient satisfaits globalement de la qualité des soins à 66,2 %. La dimension des soins la plus appréciée était l'organisation de la sortie (80 %).

Tableau XI : scores de satisfaction bruts et ajustés

Scores de satisfaction	Moyenne	Écart type	Minimum	Maximum
Scores bruts				
Score brut de satisfaction global et d'expérience aux soins	66,5	15,4	28,8	100
Score brut accueil	57,3	14,4	30,0	100,0
Score brut prise en charge	81,4	14,9	50,0	100,0
Score brut chambre et repas	48,0	24,8	0,0	100,0
Score brut organisation de la sortie	77,8	24,7	12,5	100,0
Scores ajustés				
Score ajusté de satisfaction globale et d'expérience aux soins	66,2	13,9	30,8	97,5
Score ajusté accueil	57,4	13,9	27,9	95,1
Score ajusté prise en charge	79,9	13,9	48,0	100,0
Score ajusté chambre et repas	47,6	23,4	0,0	100,0
Score ajusté organisation de la sortie	80,0	24,3	14,1	100,0

IV.6. FACTEURS AFFECTANT LA SATISFACTION GLOBALE AUX SOINS DES POPULATIONS

IV.6.1. Régression linéaire

IV.6.1.1. Régression linéaire entre les caractéristiques de la population et la satisfaction globale aux soins

Les résultats de la régression linéaire entre les caractéristiques de la population et la satisfaction globale aux soins montrent qu'il n'existe aucune association statistiquement significative entre le sexe ; l'âge ; la région d'origine ; statut matrimonial ; religion ; possession d'une assurance médicale ; revenu mensuel et la satisfaction globale aux soins.

Tableau XII : Régression linéaire entre les caractéristiques de la population et la satisfaction globale des soins

Caractéristiques de la population	Satisfaction globale		RP	IC à 95%	Valeur p
	Insatisfait n (%)	Satisfait n (%)			
Sexe			1,0	0,7-1,3	0,85
Masculin	16 (15,0)	91(85,0)			
Féminin	17(17,3)	81(82,7)			
Age (en année)			0,9	0,9-1,1	0,42
<30	7(7,4)	88(92,4)			
≥30	26(23,6)	84(76,4)			
Région d'origine					
Centre	4(16,0)	21(84,0)	1,0	0,6-1,5	0,99
Littoral	8(32,0)	17(68,0)	0,7	0,4-1,3	0,35
Ouest	21(14,8)	121(85,2)	1,0	0,7-1,4	0,75
Statut matrimonial					
Célibataire	17(12,8)	116(87,2)	1,1	0,8-1,5	0,48
Marié /vivant ensemble	16(23,5)	52(76,5)	0,8	0,6-1,2	0,41
Divorcé/séparé	0(0,0)	4(100,0)	1		
Religion					
Chrétien catholique	8(7,5)	99(92,5)	0,9	0,6-1,6	0,77
Chrétien Protestant	8(16,7)	40(83,3)	0,8	0,4-1,4	0,53
Chrétien Pentecôtiste	8(38,1)	13(61,9)	0,6	0,2-1,2	0,19
Aucune	0(0,0)	16(100,0)	1		
Possession d'une assurance médicale			0,6	0,3-1,2	0,22
Oui	8(40,0)	12(60,0)			
Non	25(13,5)	160(86,5)			
Revenu Mensuel (FCFA)					
0 – 50 000	5(11,4)	39(88,6)	1,4	0,8-2,4	0,14
51 000 - 100 000	5(20,0)	20(80,0)	1,3	0,7-2,3	0,36
101 000-150 000	7(18,9)	30(81,1)	1,3	0,7-2,2	0,29
151 000 - 200 000	0(0,0)	33(100,0)	1,6	0,9-2,7	0,06
201 000 - 250 000	0(0,0)	25(100,0)	1,6	0,9-2,8	0,08
>250 000	16(39,0)	25(61,0)	1		

IV.6.1.2. Régression linéaire entre les caractéristiques des formations sanitaires et la satisfaction globale à l'égard des soins

Les résultats de la régression linéaire entre les caractéristiques des formations sanitaires et la satisfaction globale montrent qu'il existe des associations statistiquement significatives entre le secteur médical (RP=0,6 IC à 95% : 0,4-0,9 p= 0,02), le professionnel de santé (RP=1,4 IC à 95% : 1,1-1,8 p=0,04), le service de médecine interne (RP=2,8 IC à 95% : 1,1-7,5 p=0,04) et la satisfaction globale. Les enquêtés qui fréquentaient les formations sanitaires publiques étaient 0,6 fois moins satisfaits que ceux qui fréquentaient les formations sanitaires privées. Ceux qui ont été pris en charge par des médecins étaient 1,4 fois plus satisfaits par rapport à ceux qui ont été pris en charge par des infirmiers et enfin les enquêtés ayant été hospitalisés dans les services de médecine interne étaient 2,8 fois plus satisfaits par rapport à ceux ayant été hospitalisés dans les services d'urgence.

Tableau XIII : Régression linéaire entre les caractéristiques des formations sanitaires et la satisfaction globale aux soins

Caractéristiques des formations sanitaires	Satisfaction globale		RP	IC à 95%	Valeur p
	Insatisfait n (%)	Satisfait n (%)			
Secteur médical			0,6	0,4-0,9	0,02
Secteur public	19(48,7)	20(51,3)			
Secteur privé	14(8,4)	152(91,6)			
Type d'établissement sanitaire					
Hôpital de District	7(25,9)	20(74,1)	0,9	0,5-1,4	0,55
Centre de santé	13(20,6)	50(79,4)	0,9	0,7-1,3	0,64
Centre médical	4(10,5)	34(89,5)	1,0	0,7-1,6	0,68
Clinique	8(28,6)	20(71,4)	0,8	0,5-1,3	0,44
Cabinet médical	8(27,6)	21(72,4)	0,8	0,5-1,3	0,47
Professionnel de santé responsable de la prise en charge			1,4	1,1-1,8	0,04
Médecin	2(2,2)	91(97,8)			
Infirmier	31(27,7)	81(72,3)			
Service d'hospitalisation					
Médecine interne	24(14,3)	144(85,7)	2,8	1,1-7,5	0,04
Urgence	9(69,2)	4(30,8)	1		
Type de chambre d'hospitalisation			1,0	0,7-1,4	0,98
Individuelle	8(16,3)	41(83,7)			
Commune	25(16,0)	131(84,0)			

IV.6.2. Analyse multivariée

À l'analyse multivariée, aucune caractéristique de la population et des formations sanitaires n'était associée significativement à la satisfaction globale aux soins.

Tableau XIV : analyse multivariée entre les caractéristiques des enquêtés et des formations sanitaires et la satisfaction globale aux soins

Variables	RP ajusté	IC à 95%	Valeur p ajusté
CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION			
Revenu mensuel			
0 – 50 000	1,9	0,4-8,5	0,38
151 000 - 200 000	3,0	0,8-10,6	0,09
201 000 - 250 000	1,9	0,3-11,5	0,46
>250 000	1		
Chrétien pentecôtiste	0,5	0,2-1,4	0,16
CARACTÉRISTIQUES DES FORMATIONS SANITAIRES			
Secteur médical	0,7	0,4-1,2	0,17
Public			
Privé			
Professionnel de santé responsable de la prise en charge	1,3	0,9-1,8	0,12
Médecin			
Infirmier			
Service de médecine interne	2,4	0,9-6,6	0,08

CHAPITRE V : DISCUSSION

Cette étude a été menée auprès de la population des ménages du DS Djoungolo dans le but d'étudier leur perceptions et barrières concernant la qualité des soins dispensés dans les formations sanitaires du DS. L'enquête a été transversale sur 205 participants âgés de 19 à 59 ans, résidant dans 109 ménages et ayant reçu des soins de santé en hospitalisation dans les formations sanitaire du DS au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête.

V.1. PERCEPTIONS DES POPULATIONS CONCERNANT LA QUALITÉ DES SOINS

Globalement, 115(56,1 %) enquêtés percevaient la qualité des soins comme étant à un niveau moyen dans les hôpitaux du DS Djoungolo-Yaoundé. Ce résultat diffère de ceux trouvés par Agbi F et par Chebil D et al au Ghana en 2023 et en Tunisie en 2022 qui trouvaient respectivement que 146 (73 %) et 447(71 %) enquêtés percevaient globalement la qualité des soins comme étant à un niveau bon[35,58]. Le niveau de perception moyen de notre étude peut s'expliquer par le fait que la plupart des enquêtés ayant fréquentés le secteur public se plaignaient de la négligence du personnel et l'insalubrité des locaux publics. Bien qu'il soit difficile de transposer les résultats des travaux étrangers au contexte Camerounais, le mécontentement des participants dans notre étude pour ce qui est du personnel soignant et des locaux dans les structures publiques aurait probablement influencé leur perception globale sur la qualité des soins. Cela implique de mettre un accent sur les personnels soignants des structures publiques en s'assurant qu'ils s'impliquent et soient plus dévoués à leurs tâches pour améliorer la santé des malades et de mettre également un accent sur l'entretien régulier des locaux publics.

V.2. BARRIÈRES AUX SOINS DE BONNE QUALITÉ

Nos résultats montrent qu'au total, 69(31,5 %) participants ont déclaré que la négligence du personnel dans les hôpitaux du DS Djoungolo-Yaoundé était la principale barrière aux soins de bonne qualité suivie des barrières sur le plan matériel et financier avec 28(12,8%) et 13(5,9 %) participants respectivement qui ont déclaré l'insalubrité des locaux et la priorité à l'argent au lieu de la santé du malade. Ces résultats concordent avec les conclusions données par Umoke et al au Nigeria en 2020 qui déclaraient que les patients étaient les moins satisfaits des conditions d'hygiènes des chambres et des toilettes dans les hôpitaux et de l'intérêt des professionnels de santé pour la résolution de leur problèmes[59]. Par ailleurs, Owusu K et al en 2019 ont déclaré que le coût du service avait le plus grand effet sur la satisfaction des patients[36]. La présence de barrière financière dans nos hôpitaux peut s'expliquer par le fait que très peu de personne possèdent une assurance médicale ce qui pourrai atténuer les dépenses

liées aux soins très onéreux. Pour ce qui est des barrières liées à la ressource humaine, ceci peut être dû au fait que le nombre de personnels soignants seraient peu par rapport au nombre de malades qui y vont régulièrement pour être pris en charge dans ces hôpitaux du DS Djoungolo ce qui entraînera une négligence des patients par les personnels. Ces résultats impliquent que les gestionnaires des formations sanitaires devraient concentrer leurs efforts d'amélioration de la qualité des soins sur l'aspect de la quantité des personnels soignants dans leurs structures en fonction du nombre de malade, sur l'apparence des locaux et sur la priorité à la résolution de problèmes de santé des patients plutôt qu'à l'argent.

V.3. SATISFACTION DES POPULATIONS À L'ÉGARD DES SOINS

Les enquêtés étaient satisfaits globalement à 66,2 % de la qualité des soins dans les hôpitaux du DS Djoungolo-Yaoundé. Ce résultat est légèrement supérieurs aux taux de satisfaction global retrouvés dans des études menées dans d'autres pays d'Afrique tels que l'Ethiopie en 2021 (63,7 % IC à 95% : 59,48-67,91) et en 2023 (43,7% IC à 95% de 39,0-48,0)[60,61], la Tunisie en 2022 (41,7%)[35] et le Ghana en 2021 (62,9 % IC à 95% : 60,3-65,3)[62]. Par ailleurs dans les pays d'Asie, d'Amérique et d'Europe les taux de satisfaction retrouvés dans des études menées entre 2020 et 2022 dépassaient 80% à savoir le Kazakhstan (92,2 %)[63], la Chine (93,4 %)[64], la Belgique (89 %)[65], le Brazil (82 %)[66,67] et la Suisse (91,5 %)[68]. Ces résultats montrent à quel point des écarts existent dans la qualité des soins dispensés dans les pays d'Europe, d'Amérique et d'Asie par rapport aux pays d'Afrique. Le faible taux de satisfaction globale aux soins dans la plupart des pays d'Afrique peut s'expliquer par le fait que dans les pays en voie de développement, les patients subissent plus de préjudices dans la prestation des services de santé tels que le risque financier, la difficulté d'accès aux soins pour les catégories sociales défavorisées ou celles vivant dans des zones très reculées ce qui présenteraient des écarts dans la qualité des services de santé. Ceci souligne la nécessité de mesurer et d'améliorer continuellement les soins dispensés dans nos formations sanitaires en ayant une approche des soins beaucoup plus centrée sur le patient.

V.4. FACTEURS AFFECTANT LA SATISFACTION GLOBALE DES POPULATIONS

V.4.1. Caractéristiques des populations affectant la satisfaction globale aux soins

a. Sexe

Nous n'avons pas retrouvé d'association entre le sexe ($p=0,85$) et la satisfaction globale des populations dans le DS Djoungolo. Ce résultat concorde avec le résultat obtenu par Liu et al en

2021 qui retrouvait que le sexe ($p=0,63$) n'était pas associé significativement à la satisfaction globale[44]. De même, une revue systématique menée par Abdollah et al en 2022 montrait qu'un nombre de quinze sur vingt études ont révélés que le sexe n'avait pas d'impact significatif sur satisfaction à l'égard des soins [26]. Cette similitude peut être due au fait que dans les hôpitaux les soins sont dispensés sans distinction de sexe. Ceci peut conduire à la conclusion que les soins sont dispensés de façon égale peu importe le sexe du patient.

b. Âge

Nous n'avons pas retrouvé d'association entre l'âge ($p=0,42$) et la satisfaction globale des populations dans le DS Djoungolo. Ce résultat concorde avec celui obtenu par Liu et al en 2021 qui retrouvait que l'âge($p=0,30$) n'était pas associé significativement à la satisfaction globale[44]. Par ailleurs, deux autres études menées par Nguyen Thi et al et par Abdollah et al en 2022 retrouvaient que l'âge avancé était associé à la satisfaction globale ($p=0,001$), les patients plus âgés (≥ 60 ans) avaient tendance à avoir des scores de satisfaction plus élevés[26,69]. Cette différence avec nos résultats peut s'expliquer par le fait que l'âge maximale dans notre population était de 59 ans, les enquêtés avaient probablement moins d'attentes particulières de la part des prestataires de soins par rapport à s'ils étaient plus âgés (≥ 60 ans).

c. Revenu Mensuel

Nous n'avons pas retrouvé d'association entre le revenu mensuel du patient peu importe la tranche de revenu ($p=0,38$; $p=0,09$; $p=0,46$ et $p=0,16$) et la satisfaction globale des populations dans le DS Djoungolo. Ce résultat concorde avec celui obtenu par Liu et al en 2021 qui retrouvait que le revenu mensuel n'était pas associé à la satisfaction globale($p=0,84$) mais plutôt associé aux dépenses hospitalières($p<0,001$)[44]. Le revenu mensuel n'étant pas associé à la satisfaction globale dans notre étude, cela peut s'expliquer par le fait que les populations ne souffraient pas de pathologies nécessitant des soins très onéreux (le motif de consultation principal dans notre enquête était le paludisme grave) ; par conséquent les patients n'avaient pas besoin d'avoir un revenu mensuel élevé pour pouvoir avoir accès aux soins.

d. Possession d'une assurance médicale

Nous n'avons pas retrouvé d'association entre la possession d'une assurance médicale chez le patient ($p=0,22$) et la satisfaction globale des populations dans le DS Djoungolo. Ce résultat diffère de celui obtenu par Liu et al en 2021 qui retrouvait que les patients possédant une assurance médicale étaient beaucoup plus satisfaits globalement ($p=0,03$)[44]. De même, une

revue systématique menée par Abdollah et al en 2022 montrait que cinq sur six études ayant mesurés la relation entre la satisfaction et l'assurance santé ont montré que le pourcentage de satisfaction parmi les patients avec assurance étaient plus élevé que chez ceux ne possédant aucune assurance[26]. Cette différence avec nos résultats peut être due au fait que le coût des soins dans leurs hôpitaux était probablement très élevé contrairement aux soins dans nos hôpitaux et par conséquent leurs patients ayant une assurance médicale étaient plus à l'abri des contraintes financières dues aux soins ce qui améliorerait leur satisfaction et expérience aux soins.

V.4.2. Caractéristiques des hôpitaux affectant la satisfaction globale aux soins

a. Secteur médical

Les résultats de l'analyse de régression linéaire ont montré qu'il existe une association statistiquement significative entre le secteur médical ($RP=0,6$ IC à 95% : $0,4-0,9$ $p=0,02$) et la satisfaction globale des populations dans le DS Djoungolo. Les enquêtés qui fréquentaient les formations sanitaires publiques étaient 0,6 fois moins satisfaits que ceux qui fréquentaient les formations sanitaires privées, cette différence étant statistiquement significative. Ce résultat concorde avec les résultats de la plupart des études publiées comme celle de Febri Endra et al en 2022 qui retrouvait une forte corrélation entre la satisfaction des patients et la fréquentation du secteur privé ($r=0,767$; $p=0,000$) contrairement à la fréquentation du secteur public qui avait une corrélation modérée avec la satisfaction ($r=0,54$; $p=0,001$)[70]. De même, une étude menée par Alumran et al en 2021 retrouvait une différence au niveau de la satisfaction des patients en ce qui concerne la qualité des services entre les hôpitaux publics et privés (différence de moyenne=8,09, $p<0,001$); le taux de satisfaction dans le secteur privé (74,25 %) était supérieur au taux de satisfaction dans le secteur public (66,16 %)[71].

Tous ces résultats indiquent que les hôpitaux privés fournissent des services de meilleure qualité que les hôpitaux publics. Ceci peut s'expliquer par le fait que la nature non lucrative des hôpitaux publics peu avoir un effet sur la réduction de l'attention des gestionnaires et des prestataires des soins contrairement aux hôpitaux privés où l'attention est concentrée sur la commercialisation des services afin d'obtenir des bénéfices plus importants et par conséquent ils fourniraient des services de meilleure qualité aux patients. Ces résultats impliquent que les gestionnaires des soins des formations sanitaires publiques mettent un peu plus d'accent sur la qualité des soins dispensés dans leur structure afin que les populations ne pouvant pas bénéficier des soins dans les formations sanitaires privées puissent tout de même bénéficier des soins de

bonne qualité dans les formations publiques sans subir des contraintes financières ou d'accès aux soins.

b. Type d'établissement sanitaire

Les résultats de l'analyse de régression linéaire ont montré qu'il n'existe pas d'association entre le type d'hôpital (hôpital de district ($p=0,55$), centre de santé ($p=0,64$), centre médical ($p=0,68$), clinique ($p=0,44$), cabinet médical ($p=0,47$)) et la satisfaction globale des populations dans le DS Djoungolo. Ce résultat diffère de celui obtenu par Liu et al en 2021 qui retrouvait que parmi les caractéristiques des hôpitaux affectant la satisfaction globale, le type d'hôpital était le seul facteur qui était associé ($OR=0,49$ IC à 95% : 0,30-0,80 $p=0,03$) ; les patientes hospitalisées recevant des soins dans les hôpitaux de district de santé maternelle et infantile étaient 0,49 fois moins satisfaites par rapport aux patients recevant les soins dans les hôpitaux généraux[44]. Cette différence avec nos résultats peut s'expliquer par le fait que le nombre de femmes enceintes accouchant dans ces hôpitaux de district de santé maternelle et infantile dans leur étude était relativement très élevé ce qui pourrait avoir eu comme conséquence une surpopulation entraînant de l'inconfort et la négligence des patients par les personnels soignants ou alors que les prestations de service dans les hôpitaux de niveau central seraient de meilleure qualité par rapport aux prestations de services dans les hôpitaux de niveau périphérique. Ceci implique qu'il est nécessaire de veiller à ce qu'il n'y ait pas d'écart dans les soins dispensés en fonction de la catégorie sanitaire en mettant l'accent sur la qualité et la quantité des ressources humaines dans les hôpitaux.

c. Professionnel de santé responsable de la prise en charge

Les résultats de l'analyse de régression linéaire ont montré qu'il existe une association statistiquement significative entre le professionnel de santé ($RP=1,4$ IC à 95% : 1,1-1,8 $p=0,04$) et la satisfaction globale des populations dans le DS Djoungolo. Les populations ayant été pris en charge par des médecins étaient 1,4 fois plus satisfaits par rapport à ceux qui ont été pris en charge par des infirmiers. Ce résultat diffère de celui retrouvé par Laurant et al en 2019 dans une métaanalyse des données de 7 essais ayant mesuré la satisfaction à l'égard des soins dispensés par des infirmières travaillant en substitut des médecins dans les soins de santé primaires qui montrait que la satisfaction des patients était légèrement plus élevée lorsque les soins étaient dispensés par des infirmières par rapport aux médecins[72]. De même une revue systématique de 11 articles provenant des pays Africains à revenu faibles et intermédiaires menée par Karimi et al en 2019 montrait que les patients étaient légèrement plus satisfaits d'être

pris en charge par des infirmières en ce qui concerne les services préventifs et les suivis ; les infirmières avaient tendance à fournir davantage des conseils en matière de santé et être plus à l'écoute que les médecins[73]. Cette différence avec nos résultats peut s'expliquer par le fait que notre population avait besoin des soins beaucoup plus curatifs nécessitant l'expertise d'un médecin et donc les patients étaient plus satisfaits d'être pris en charge par des médecins que par des infirmiers. Ceci implique que la substitution des médecins par les infirmières pourra être une bonne option pour améliorer la qualité des soins dispensés pour les services préventifs et promotionnels principalement dans les contextes où l'accès aux médecins est limité.

V.5. LIMITES DE L'ETUDE

Il nous paraît important de situer les limites de cette recherche :

1. L'étude s'étant déroulée dans une seule aire de santé du DS Djoungolo-Yaoundé, ceci nous conduit à la prudence lors de la généralisation des résultats. Il eût été plus intéressant de faire une enquête plus générale dans tous les aires du DS Djoungolo-Yaoundé mais le temps imparti pour réaliser ce travail ne nous le permettait pas.
2. Notre population d'étude étant constituée uniquement des populations ayant reçu des soins en hospitalisation due au choix de notre outil de mesure de la qualité des soins « e-Satis +48 MCO » concernant uniquement les patients hospitalisés, ceci nous conduit à la prudence lors de la généralisation des résultats qui pourraient ne pas s'appliquer aux populations ayant reçu des soins de santé en externes dans les formations sanitaires du DS Djoungolo-Yaoundé.

CONCLUSION

Au terme de notre étude dans laquelle il était question d'étudier les perceptions et barrières des populations concernant la qualité des soins dispensés dans les formations sanitaires du DS Djoungolo-Yaoundé, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1. Les populations perçoivent la qualité des soins dispensés dans les formations sanitaires du DS Djoungolo-Yaoundé comme étant à un niveau moyen.
2. Les principales barrières aux soins de bonne qualité dans les formations sanitaires du DS Djoungolo-Yaoundé sont la négligence du personnel soignant, l'insalubrité des locaux et la priorité à l'argent au lieu de la santé du malade
3. Deux-tiers de la population sont satisfaites globalement de la qualité des soins dispensés dans les formations sanitaires du DS Djoungolo-Yaoundé.
4. Aucune association statistiquement significative entre les caractéristiques de la population et des formations sanitaires avec la satisfaction globale des populations dans les formations sanitaires du DS Djoungolo-Yaoundé n'a été prouvée.

RECOMMANDATIONS

À la lumière des résultats de notre travail, nous recommandons humblement :

1- Aux responsables des politiques sanitaires

De mettre en place des programmes d'évaluation continu de la qualité des soins dans les formations sanitaires du DS Djoungolo-Yaoundé afin d'améliorer la qualité des soins dans les hôpitaux du district et d'évaluer les progrès accomplis sur la voie de la Couverture Santé Universelle dans ce district.

2- Aux responsables des établissements sanitaires du DS Djoungolo-Yaoundé

De mettre sur pied un dispositif d'évaluation continu de la qualité des soins au près des patients consultant dans leurs hôpitaux afin que les données collectées puissent servir à l'évaluation des établissements sanitaires et l'amélioration de la satisfaction et l'expérience des patients dans ces établissements.

3- Aux personnels de santé

D'aller plus vers les individus et les communautés afin de les impliquer dans la prestation et l'évaluation des soins pour que les soins qu'ils dispensent aux individus répondent effectivement aux besoins de la population à temps réel.

RÉFÉRENCES

1. OMS, OCDE, BM. La qualité des services de santé : un impératif mondial en vue de la couverture santé universelle. Genève : Organisation mondiale de la Santé Organisation de Coopération et de Développement Économiques et la Banque mondiale ; 2019. 111 p.
2. WHO. Quality health services. 2024. Disponible sur : <http://www.who.int/news-room/facts-sheets/details/quality-health-services>
3. OCDE. Panorama de la santé 2023 : Les indicateurs de l'OCDE. Éditions OCDE; 2023. 236 p.
4. OCDE. Caring for quality in health: lessons learnt from 15 reviews of health care quality. Paris: OECD Publishing; 2019. 82 p.
5. OCDE. Panorama de la santé 2021 : les indicateurs de l'OCDE. Éditions OCDE; 2021. 250 p.
6. WHO. Tracking Universal Health Coverage 2023. Geneva: World Health Organization; 2023. 240 p.
7. Allemani C, Matsuda T, Di Carlo V, Harewood R, Matz M, Nikšić M, et al. Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (concord-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. The Lancet. Mars 2019 ; 391(10125) :1023-75.
8. OCDE. Tackling wasteful spending on health. Éditions OCDE; 2019. 300 p
9. OCDE. The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. OECD Health Working Papers. Juin 2019; 96(3): 300 p.
10. OCDE. Maternal and infant mortality OECD Indicators. Éditions OCDE. 2023;7(6):150 p.
11. U.S. International Development Finance Corporation. Improving access to quality healthcare across Africa. LBJ Washington Center: DFC; 2024. 240 p.
12. WHO Regional Office for Africa. A heavy burden: the productivity cost of illness in Africa. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa; 2019. 240 p.
13. WHO, UNICEF. WASH in health care facilities. Geneva: WHO; 2019. 240 p.

14. The Global Health Observatory. Universal Health Coverage_WHO. 2024. Disponible sur: <http://www.who.int>
15. Remes jaana, Linzer K, Singhal S. Prioritizing Health: A Prescription for Prosperity_McKinsey Global Institute. McKinsey Global Institute ; 2020.164 p.
16. Institut National de la Statistique (INS). Indicateurs de développement durable au Cameroun. Yaoundé Cameroun : Institut National de la Statistique (INS) ; 2021. 23 p.
17. Manaouda M, Hayatou A, Njock LR, Kingue S, Mache Pentoue P, Ndougsa Etoundi G. La Stratégie Sectorielle de Santé 2020-2030. Yaoundé Cameroun : Ministère de l'Économie de la Planification et de l'Aménagement Territorial ; 2020. 208 p.
18. MINSANTE, OMS Cameroun, Fonds Mondial, PNLP, CDC, USAID, et al. Plan Stratégique National 2021-2025 de la santé communautaire au Cameroun. Yaoundé : Ministère de l'Économie de la Planification et de l'Aménagement Territorial ; 2021. 70 p.
19. ONSP_MINSANTE. Rapport de suivi des 100 indicateurs clés au Cameroun en 2019 et Focus ODD. 2019. Disponible sur : <http://onsp.minsante.cm>
20. UNICEF FRANCE. Les Objectifs de développement durables (ODD). Mauritanie: unicef; 2020. 8 p.
21. WHO. Universal Health Coverage_WHO. 2024. Disponible sur: <http://www.who.int>
22. Njong A, Tchouapi R. Assessing user satisfaction with the quality of healthcare services in Cameroon. African Economic Research Consortium.2021; 8(672): 1-8.
23. Diogo Cunha F, Vieira I, Maria Isabel P, Paulo C, Miguel V. Patient satisfaction with healthcare services and techniques used for its assessment: A systematic literature review and a bibliometric analysis. MDPI. 2023 ;11(5): 639.
24. Calmus S, Thuong C, Morin S, May-michelangeli L. Qualité des soins perçus par le patient indicateurs PROMs et PREMs panorama d'expériences étrangères et principaux enseignements. France : Haute Autorité de Santé ; 2021. 134 p.
25. WHO Regional Office for Africa. L'OMS et la revitalisation des districts sanitaires [en ligne]. 2024[cité le 15 août 2024]. Disponible sur : <http://www.who.int>

26. Abdollah S, Ali J, Shirin N, Lavin H. Factors influencing the inpatients satisfaction in public hospitals. *Bali Med J Bali Med J*. 2022 ;7(1) :17-26.
27. Okalla R, Vigouroux A. Cameroun de la réorientation des soins de santé primaires au plan national de développement sanitaire. *Journals.openedition*.2021 ;3 :47-9.
28. Ministère de la Santé Publique. Stratégie nationale de développement sanitaire 2020-2030. Yaoundé Cameroun : Ministère de l'Économie, de la Planification et de l'Aménagement du territoire ; 2020. 243 p.
29. Ministère de la Santé Publique. Stratégies sectorielles de santé 2016-2027. Yaoundé Cameroun : Ministère de l'Économie, de la Planification et de l'Aménagement du territoire ; 2016.173 p.
30. Michel P. Le bon soin, au bon moment, au bon endroit, au bon patient, au bon coût. *journals.openedition*. 2019 ;7(3) :135-7.
31. Cabarrot P, Grenier C, Mentec H, Mounic V. Les déterminants de la qualité et de la sécurité des soins en établissement de santé. Avenue du Stade de France : Haute Autorité de santé (HAS) ; 2022. 122 p.
32. Agyei SK, Kumah E, Baffour PA, Ankomah SE. Patient perception of service quality in Ghana: an empirical study in Christian Health Association of Ghana Hospitals. *British Journal Healthcare Management*. 2020 ;26(6) :1-9.
33. Smaranda CA, Marius B, Fleserius C, Claudiu M, Madalalina V, Dan C. Measuring patients' perception and satisfaction with the romanian healthcare system. *MDPI*. 2020;12(4): 2-5.
34. Al-Jabri FYM, Turunen H, Kvist T. Patients' Perceptions of Healthcare Quality at Hospitals Measured by the Revised Humane Caring Scale. *J Patient Exp*. janv 2021;8:1-8.
35. Chebil D, Belhadj M, Aidi M, Hannachi H, Barhoumi T, Merzougui L. Patients' perception of the quality of care at the Ibn Al Jazzar University Hospital in Kairouan, Tunisia. *Tunis Med*. 2022;100(8-9):618-25.

36. Owusu Kwateng K, Lumor R, Acheampong FO. Service quality in public and private hospitals: A comparative study on patient satisfaction. *Int J Healthc Manag.* 2019 ;12(4) :251-8.
37. DCunha S, Suresh S, Kumar V. Service quality in healthcare: Exploring servicescape and patients' perceptions. *Int J Healthc Manag.* 2021 ;14(1) :35-41.
38. Enock Mintah A, Junwu C, Biru L, Sang-Bing T, Frempong J. Assessment on healthcare service quality and patients' satisfaction in Ghana. *Emerald Publ.* 2020;12(49):47-68.
39. Gavurova B, Dvorsky J, Popesko B. Patient Satisfaction Determinants of Inpatient Healthcare. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 ;18(21) :33-7.
40. Asamrew N, Endris AA, Tadesse M. Level of Patient Satisfaction with Inpatient Services and Its Determinants A Study of a Specialized Hospital in Ethiopia. *J Environ Public Health.* 2020 ; 4(10) :1-12.
41. Aiken LH, Sloane DM, Ball J, Bruyneel L, Rafferty AM, Griffiths P. Patient satisfaction with hospital care and nurses in England: an observational study. *BMJ Open.* 2021 ;8(1) :1-19.
42. Chengcheng L, Conghui L, Xuehui M, Honghua C, Weiling C, Bo W, et al. Effective Analysis of Inpatient Satisfaction. *Patient Prefer Adherence.* 2021; 15(5) :691-703.
43. Tesgera Begize A, Yohannes MF, Enyew MG. Satisfaction and associated factors towards inpatient health care services among adult patients at Pawie General Hospital west Ethiopia. *PloS One.* 2021;4(16): 1-16.
44. Liu M, Hu L, Guo R, Wang H, Cao M, Chen X, et al. The Influence of Patient and Hospital Characteristics on Inpatient Satisfaction at Beijing District-Level Hospitals. *Patient Prefer Adherence.* 2021 ;15 :1451-60.
45. Peter A, Kwadjo Kumi D, Anome J. Patients' perception of healthcare quality in Ghana a review of public and private hospital. *Int J Healthc Qual Assur.* 2019 ;32(1) :176-90.
46. Manaouda M, Njock LR, Sobngwi E, Obam JC, Bilounga E, Sonfack P, et al. Annuaire des formations sanitaires publiques au Cameroun. Cameroun : MINSANTE ; 2023.130 p


47. Ministère de la Santé Publique. Dhis2. Yaoundé Cameroun : MINSANTE ; 2024.
www.dhis-minsante-cm.org
48. Institut National de la Statistique (INS), ICF. Enquête Démographique et de santé du Cameroun 2018. Yaoundé Cameroun et Rockville Maryland USA : INS et ICF ; 2020. 739 p.
49. Haute Autorité de Santé. Questionnaire e-Satis +48h MCO. France : Haute Autorité de Santé ; 2023. 9 p.
50. Haute Autorité de Santé (HAS). National program to measure patient satisfaction and experience e-Satis. France : Haute Autorité de Santé (HAS) ; 2022. 58 p.
51. Wickham H, François R, Henry L, Müller K, Vaughan D. dplyr A Grammar of Data Manipulation. 2023. <https://CRAN.R-project.org/package=dplyr>
52. R Core Team (2024). R a Language and Environment for Statistical Computing. Vienna Austria: R Foundation for Statistical Computing. <https://www.R-project.org>
53. Sjoberg DD, Whiting K, Curry M, Lavery JA, Larmarange J. Reproducible summary tables with the gtsummary package. 2021; 13:570-80.
54. Barnier J, Briatte F, Larmarange joseph. questionr: Functions to Make Surveys Processing Easier. 2023.<https://CRAN.R-project.org/package=questionr>.
55. Kassambara A. rstatix: Pipe-Friendly Framework for Basic Statistical Tests. 2023. <https://CRAN.R-project.org/package=rstatix>
56. Wickham H. ggplot2: Elegant Graphics for Data Analysis. Springer-Verlag New York; 2016. <https://ggplot2.tidyverse.org>
57. Haute Autorité de Santé (HAS). Modalites_calculs_esatis48hmco. France : Service Evaluation et Outils pour la Qualité et la Sécurité des Soins (EvOQSS) Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins ; 2023.12 p.
58. Agbi FA. Responsiveness in Ghanaian Healthcare the Survey of Inpatients. Int J Public Adm. 2023 ;46(11) :741-50.

59. Umoke M, Umoke PCI, Nwimo IO, Nwalieji CA, Onwe RN, Emmanuel Ifeanyi N, et al. Patients' satisfaction with quality of care in general hospitals in Ebonyi State Nigeria using SERVQUAL theory. *SAGE Open Med.* 2020 ;8(2) :1-16.
60. Biresaw H, Mulugeta H, Endalamaw A, Yesuf NN, Alemu Y. Patient satisfaction towards health care services provided in Ethiopian health institutions a systematic review and meta-analysis. *Health Serv Insights.* 2021 ;14 :12-9.
61. Sabo KG, Mare KU, Berhe H, Berhe H. Factors Affecting Satisfaction with Inpatient Services Among Adult Patients Admitted to Arba Minch General Hospital Southern Ethiopia a mixed Method Study. *Health Serv Insights.* 2023; 16:11-7
62. Amporfor DA, Boah M, Yingqi S, Wabo Cheteu TM, Zhao M, Nkondjock Ngo VR, et al. Patients satisfaction with healthcare delivery in Ghana. *BMC Health Serv Res.* 2021;21(722):13.
63. Seleznev I, Alibekova R, Clementi A. Patient satisfaction in Kazakhstan looking through the prism of patient healthcare experience. *Patient Educ Couns.* 2020 ;103(11) :2368-72.
64. Liang H, Xue Y, Zhang Z ruo. Patient satisfaction in China: a national survey of inpatients and outpatients. *BMJ Open.* 2021 ;11(9) :12-18.
65. Van Wilder A, Vanhaecht K, De Ridder D, Cox B, Brouwers J, Claessens F, et al. Six years of measuring patient experiences in Belgium limited improvement and lack of association with improvement strategies. *PLOS ONE.* 2020 ;15(11) :1-16
66. Cantalino JLR, Scherer MDDA, Soratto J, Schäfer AA, Anjos DSOD. Satisfaction des usagers des services de soins de santé primaires au Brésil. *Rev Saúde Pública.* 2020 ;55 :22.
67. Mariano AM, Da Silva EK, Mariano APM, Ciulla M. The HEALTHQUAL model evaluating the Quality of Health Service in the Federal District Brazil. *Procedia Comput Sci.* 2022 ;214 :1106-12.
68. Perneger TV, Peytremann-Bridevaux I, Combescure C. Patient satisfaction and survey response in 717 hospital surveys in Switzerland: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res.* 2022 ;20(1) :158.

69. Nguyen Thi PL, Briançon S, Empereur F, Guillemin F. Factors determining inpatient satisfaction with care. *Soc Sci Med.*2022;54(4):493-504.
70. Febri Endra BS, Stefanus S, Ernawaty E, Retno L. Understanding patient satisfaction and loyalty in public and private primary health care. *J Public Health Res.* 2022; 9:140.
71. Alumran A, Almutawa H, Alzain Z, Althumairi A, Khalid N. Comparing public and private hospitals' service quality. *J Public Health.* 2021;29(4):839-45.
72. Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught AJ. Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;7(7):121-47.
73. Karimi-Shahanjarini A, Shakibazadeh E, Rashidian A, Hajimiri K, Glenton C, Noyes J, et al. Barriers and facilitators to the implementation of doctor-nurse substitution strategies in primary care a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev.*2019;4(4): 154-75

ANNEXES

ANNEXE 1 : AUTORISATIONS ADMINISTRATIVES

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES SCIENCES BIOMÉDICALES COMITÉ INSTITUTIONNEL D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE Tel/ fax : 22 31-05-86 22 311224 Email: decanatfmsb@hotmail.com		THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I FACULTY OF MEDICINE AND BIOMEDICAL SCIENCES INSTITUTIONAL ETHICAL REVIEW BOARD
Ref. : N° 0424 /UVI/FMSB/VDRC/DAASR/CSD		

CLAIRANCE ÉTHIQUE 12 MAI 2023

Le COMITÉ INSTITUTIONNEL D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE (CIER) de la FMSB a examiné

La demande de la clairance éthique soumise par :

M.Mme : MAFO KENGNE Christelle

Matricule: 22E0022

Travaillant sous la direction de :

- ♦ Pr Nguefack Tsague Georges
- ♦ Pr Nseme Etoukey Éric

Concernant le projet de recherche
intitulé :

**Perceptions et barrières des populations concernant
la qualité des soins dans les formations sanitaires à
Yaoundé**

Les principales observations sont les suivantes

Evaluation scientifique	
Evaluation de la convenance institutionnelle/valeur sociale	
Equilibre des risques et des bénéfices	
Respect du consentement libre et éclairé	
Respect de la vie privée et des renseignements personnels (confidentialité) :	
Respect de la justice dans le choix des sujets	
Respect des personnes vulnérables :	
Réduction des inconvénients/optimalisation des avantages	
Gestion des compensations financières des sujets	
Gestion des conflits d'intérêt impliquant le chercheur	

Pour toutes ces raisons, le CIER émet un avis **favorable** sous réserve des modifications recommandées dans la grille d'évaluation scientifique.

L'équipe de recherche est responsable du respect du protocole approuvé et ne devra pas y apporter d'amendement sans avis favorable du CIER. Elle devra collaborer avec le CIER lorsque nécessaire, pour le suivi de la mise en œuvre dudit protocole.

La clairance éthique peut être retirée en cas de non - respect de la réglementation ou des recommandations sus évoquées.

En foi de quoi la présente clairance éthique est délivrée pour servir et valoir ce que de droit

LE PRESIDENT DU COMITE ETHIQUE



PROFESSEUR

M. T. A. Obama

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

SECRETARIAT GENERAL

COMITE REGIONAL D'ETHIQUE DE LA
RECHERCHE POUR LA SANTE HUMAINE DU CENTRE

Tél : 222 21 20 87/ 677 94 48 89/ 677 75 73 30



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

SECRETARIAT GENERAL

CENTRE REGIONAL ETHICS COMMITTEE
FOR HUMAN HEALTH RESEARCH

CE N° 0 6 9 4 7 / CRERSHC/2023

Yaoundé, le 1^{er} 8 AOUT 2023

CLAIRANCE ETHIQUE

Le Comité Régional d'Ethique de la Recherche pour la Santé Humaine du Centre (CRERSH/C) a reçu la demande de clairance éthique pour le projet de recherche intitulé : « Perceptions et barrières des populations concernant la qualité des soins dans les formations sanitaires à Yaoundé », soumis par Madame/Mademoiselle MAFO KENGNE Christelle.

Après son évaluation, il ressort que le sujet est digne d'intérêt, les objectifs sont bien définis et la procédure de recherche ne comporte pas de méthodes invasives préjudiciables aux participants. Par ailleurs, le formulaire de consentement éclairé destiné aux participants est acceptable.

Pour ces raisons, le Comité Régional d'éthique approuve pour une période de six (06) mois, la mise en œuvre de la présente version du protocole.

L'intéressée est responsable du respect scrupuleux du protocole et ne devra y apporter aucun amendement aussi mineur soit-il sans l'avis favorable du Comité Régional d'Ethique. En outre, elle est tenue de:

- collaborer pour toute descente du Comité Régional d'éthique pour le suivi de la mise en œuvre du protocole approuvé ;
- et soumettre le rapport final de l'étude au Comité Régional d'éthique et aux autorités compétentes concernées par l'étude.

La présente clairance peut être retirée en cas de non-respect de la réglementation en vigueur et des directives sus mentionnées.

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

Ampliations:
CNERSH



LE PRESIDENT,

Dr. Debo Beye Casimir
Pharmacien

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Pais Travail Patrie
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
SECRETARIAT GENERAL
DELEGATION REGIONALE
DU CENTRE
District de Santé de DJOUNGOLO

REPUBLIC OF CAMEROON
Peace-Work-Fatherland
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
SECRETARIAT GENERAL
REGIONAL DELEGATION
FOR THE CENTRE
DJOUNGOLO Health District

N° 073 /ACD/MINSANTE/SG/DRSPC /DS DJOUNGOLO.

Yaoundé le... 10 5 MARS 2024

AUTORISATION DE COLLECTE DES DONNEES


Je soussigné madame PYSSANG EWANG née MAI DOUKOULA GONOU, Chef de District de Santé de Djoungolo.

Autorise Mme **MAFO KENGNE CHRISTELLE** étudiante en Master 2 en Santé Publique à la Faculté de Médecine et Science Biomédicale de Yaoundé I à effectuer une collecte des données dans ledit District de Santé.

Cette collecte des données se déroulera du 11 mars au 11 mai 2024.

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

Le Chef de District


Enidoufoula Gonou
Pyssang Ewang
Administrateur Principal de Santé Publique
Diplômée de l'ENAM

Annexe 2 : Fiche de consentement éclairé et d'information du participant

NOTICE D'INFORMATION ET DEMANDE DE CONSENTEMENT

Bonjour Madame / Monsieur,

Je suis MAFO Christelle étudiante en Master 2 Santé Publique à La Faculté Médecine et des Sciences Biomédicales de Yaoundé 1. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude en collaboration avec la délégation régionale de la santé publique du Centre, nous effectuons une enquête régionale sur la qualité des soins dispensés dans les formations sanitaires du District de santé Djoungolo-Yaoundé. Les informations que vous nous fournirez aideront à l'amélioration des services de santé dans les hôpitaux du District. Les questions prennent environ 10 à 15 min. En participant, vous ne courez aucun risque. Toutes les informations que vous nous donnerez seront strictement confidentielles. Vous n'êtes pas obligé de participer à cette enquête mais nous espérons que vous accepterez de répondre à nos questions car votre opinion est très importante. S'il arrive que je vous pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre dites le moi et je passerai à la question suivante.

Pour toute autre questions au sujet de cette étude vous pouvez nous contacter par courriel : mafokengnechristelle@gmail.com.

Avez-vous d'autres questions à me poser ?

VOULEZ VOUS Y PARTICIPER ? OUI ____ NON ____

Signature de l'enquêteur _____ Date : _____

ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE MENAGE

IDENTIFICATION			
Région : _____		District de santé : _____	
Département : _____			
Arrondissement : _____		Aire de santé : _____	
Localité : _____			
N° du ménage : _____			
N°	QUESTIONS	CODES	Renvois
CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DU CHEF DU MENAGE			
1	Quel âge avez-vous (en année) ?	_____	
2	Quel est votre sexe?	Masculin .....1 Féminin .....2	
3	Quelle est votre région d'origine ?	Adamaoua .....1 Centre.....2 Est.....3 Extrême-nord ....4 Littoral.....5 Nord.....6 Ouest .....7 Nord-ouest.....8 Sud.....9 Sud-ouest.....10	
4	Quelle est votre profession ?	Elève/Etudiant(e).....1 Aucune .....2 Personnel de santé.....3 Retraité(e).....4 Autres (précisez) _____ _____	
5	Quel est votre statut matrimonial	Marié(e) ou vivant ensemble.....1 Célibataire.....2 Divorcé(e)/séparé(e) .....3 Veuf(ve).....4	
6	Quelle est votre religion?	Catholique .....1 Protestant.....2 Autres chrétiens (précisez) _____ Musulman.....3 Animiste.....4 Autres (précisez) _____ Aucune.....5	
7	Quel est le plus haut niveau d'étude que vous avez atteint : primaire, secondaire 1 ^{er} cycle (6 ^{ème} /Form 1 à 3 ^{ème} /form 4), secondaire 2 ^{ème} cycle (2 ^{nde} / Form 5 à terminale / Upper 6), supérieur ?	Primaire .....1 Secondaire 1 ^{er} cycle.....2 Secondaire 2 ^{ème} cycle.....3 Supérieur .....4	

CARACTERISTIQUES DU MENAGE			
8	Combien y'a t'il de personnes vivant dans ce ménage ?	Nombre total de personne : _____ Total homme : _____ Total femme : _____	
9	D'où provient principalement l'eau utilisée par votre ménage ?	Eau du robinet.....1 Puits à pompe ou forage.....2 Puits creusé.....3 Eau de source.....4 Eau de pluie.....5 Autres (précisez) _____ _____	
10	Quel type de toilette les membres de votre ménage utilisent-ils habituellement <i>S'il n'est pas possible de déterminer le type de toilettes, demandez la permission de voir l'installation.</i>	Chasse d'eau/chasse manuelle.....1 Fosse d'aisances.....2 Toilettes à compostage.....3 Seau /tinette.....4 Toilette/latrines suspendues.....5 Pas de toilettes/nature.....6 Autres (précisez) _____ _____	
11	Quel type de combustible votre ménage utilise t'il principalement pour cuisiner ?	Electricité .....1 Gaz .....2 Kérosène/pétrole.....3 Charbon de bois .....4 Bois.....5 Autres (précisez) _____ _____	
12	Dans ce ménage avez-vous ? a. L'électricité b. Une télévision c. Un ordinateur de bureau d. Un réfrigérateur/congélateur e. Un modem/clé internet f. Un câblage au réseau télé g. Un téléphone fixe	<div style="text-align: right;">OUI</div> NON a. L'électricité .....1 2 b. Une télévision.....1 2 c. Un ordinateur de bureau.....1 2 d. Un réfrigérateur/congélateur.....1 2 e. Un modem/clé internet.....1 2 f. Un câblage au réseau télé .....1 2 g. Un téléphone fixe .....1 2	
13	Avez –vous une assurance médicale familiale ?	Oui .....1 Non .....2	Allez à 15
14	Quel type d'assurance médicale familiale avez-vous ?	<div style="text-align: right;">OUI</div> NON a. Sécurité sociale.....1 2	

		b. Autre assurance santé fournie par l'employeur .....1 2 c. Mutuelle de santé/assurance santé communautaire.....1 2 d. Souscription à une assurance privée commerciale.....1 2 e. N'importe quelle assurance médicale..1 2 Autres (précisez) _____ _____	
15	En prenant comme référence les mois derniers, pouvez-vous me donner une estimation du revenu mensuel du ménage ?	Revenu mensuel (FCFA) :	
16	Combien de personnes ont été hospitalisées au cours 12 derniers mois dans votre ménage ?	Nombre de personnes hospitalisées au cours des 12 derniers mois : _____	
17	Avez –vous été hospitalisé au cours des 12 derniers mois ?	Oui .....1 Non .....2	Allez à 8 sur la fiche suivante



Fin d'enquête

ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRE 2

Région : _____

District de santé : _____

Département : _____

Aire de santé : _____

Arrondissement : _____

Localité : _____

N° de l'enquête dans le ménage : _____

N°	QUESTIONS	CODES	Renvois
CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES			
1	Quel est votre sexe?	Masculin .....1 Féminin.....2	
2	Quel âge avez-vous (en année) ?	_____	
3	Quelle est votre région d'origine ?	Adamaoua .....1 Centre.....2 Est.....3 Extrême-nord ....4 Littoral.....5 Nord.....6 Ouest .....7 Nord-ouest.....8 Sud.....9 Sud-ouest.....10	
4	Quelle est votre profession ?	Elève/Etudiant(e).....1 Aucune .....2 Personnel de santé.....3 Retraité(e).....4 Autres (précisez) _____	
5	Quel est votre statut matrimonial	Marié(e) ou vivant ensemble.....1 Célibataire.....2 Divorcé(e)/séparé(e) .....3 Veuf(ve).....4	
6	Quelle est votre religion ?	Catholique .....1 Protestant.....2 Autres chrétiens (précisez) _____ Musulman.....3 Animiste.....4 Autres (précisez) _____ Aucune.....5	
7	Quel est le plus haut niveau d'étude que vous avez atteint ?	Non scolarisé.....1 Primaire .....2 Secondaire 1 ^{er} cycle.....3 Secondaire 2 ^{ème} cycle.....4 Supérieur .....5	
MESURE DE LA QUALITÉ DES SOINS			

Généralités		
8	<p>Dans quel type d'établissement avez-vous été hospitalisé ?</p> <p><i>Si vous ne pouvez pas déterminer le type d'établissement donnez le nom de l'endroit</i></p> <p>_____</p>	<p>Secteur médical public/parapublic</p> <p>Hôpital public.....1</p> <p>Centre de santé intégré/dispensaire public.....2</p> <p>Centre médical d'arrondissement.....3</p> <p>Autres secteurs public/parapublic (précisez)</p> <p>_____</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital /clinique confessionnel .....4</p> <p>Hôpital /clinique privé laïc .....5</p> <p>Centre de santé/dispensaire confessionnel.....6</p> <p>Cabinet médical.....7</p> <p>Autres secteurs médical privé(précisez)</p> <p>_____</p> <p>Autres (précisez)_____</p>
9	Comment avez-vous été orienté(e) dans l'établissement dans lequel vous avez été hospitalisé ?	<p>Par le service d'urgence.....1</p> <p>Par un médecin (généraliste ou spécialiste).....2</p> <p>Par un proche (membre de la famille, amis)....3</p> <p>Par un autre établissement de santé.....4</p> <p>Autres (précisez)_____</p>
10	Quel est le professionnel de santé qui a examiné votre état à l'entrée	<p>Médecin .....1</p> <p>Infirmier(e)/sage-femme.....2</p> <p>Aide-soignante.....3</p> <p>Autres (précisez)_____</p>
11	Dans quel(s) service(s) avez-vous été hospitalisé ?	<p>Gynécologie.....1</p> <p>Chirurgie.....2</p> <p>Médecine interne.....3</p> <p>Autres (précisez)_____</p>
12	Quel(s) étai(en)t le(s) motifs d'hospitalisation(s) ?	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
Votre accueil		
13	Que pensez-vous de l'accessibilité de l'établissement de santé (Transport, parking, signalétique)?	<p>Mauvaise.....1 Faible.....2</p> <p>Moyenne.....3 Bonne.....4</p> <p>Excellente.....5 Sans avis .....6</p>
14	Que pensez –vous de l'accueil réservé par le personnel administratif lors de votre admission (admission/bureau des entrées)	<p>Mauvais.....1 Faible.....2</p> <p>Moyen.....3 Bon.....4</p> <p>Excellent.....5 Sans avis .....6</p>
15	Que pensez –vous de l'accueil dans le(s) service(s) de soins (service des urgences exclu)	<p>Mauvais.....1 Faible.....2</p> <p>Moyen.....3 Bon.....4</p> <p>Excellent.....5 Sans avis .....6</p>

16	Que pensez-vous de l'identification (badge, présentation,) des personnes travaillant dans les service(s) de soins	Mauvaise.....1 Moyenne.....3 Excellente.....5	Faible.....2 Bonne.....4 Sans avis .....6	
17	Avez-vous reçu un livret d'accueil pour les patients ?	Oui.....1 je ne me souviens plus.....3	Non.....2	→ Allez à 19
18	Que-pensez-vous de la clarté des informations contenues dans le livret d'accueil pour les patients ?	Mauvaise.....1 Moyenne.....3 Excellente.....5	Faible.....2 Bonne.....4 Sans avis .....6	
19	Que pensez-vous des horaires de visite ?	Mauvaise.....1 Moyenne.....3 Excellente.....5	Faible.....2 Bonne.....4 Sans avis .....6	
20	Globalement, quelle est votre appréciation de l'accueil dans l'établissement ?	Mauvais.....1 Moyen.....3 Excellent.....5	Faible.....2 Bon.....4 Sans avis .....6	
	Votre prise en charge			
21	Avez-vous reçu spontanément (sans le demander) des explications sur votre état de santé, votre traitement, le coût de vos soins et la date du prochain rendez-vous ?	Jamais.....1 Parfois.....3 Toujours.....5	Rarement.....2 Souvent.....4 Sans avis .....6	
22	Les personnels de santé du service qui vous ont pris en charge ont-ils répondu à vos questions ?	Je n'ai pas eu de questions à poser.....1 Non je n'ai eu aucune réponse à mes questions.....2 Oui.....3		→ Allez à 24
23	Que pensez-vous de la clarté des réponses des personnels de santé ?	Mauvaise.....1 Moyenne.....3 Excellente.....5	Faible.....2 Bonne.....4 Sans avis .....6	
24	Avez-vous (vous et vos proches) souhaités participer aux décisions concernant vos soins ou votre traitement ?	Oui .....1 Non .....2		→ Allez à 26
25	Avez-vous (vous et vos proches) pu participer aux décisions concernant vos soins ou votre traitement ?	Jamais.....1 Parfois.....3 Toujours.....5	Rarement.....2 Souvent.....4 Sans avis .....6	
26	Avez-vous bénéficié d'une écoute attentive par les personnels de santé qui vous ont pris en charge ?	Jamais.....1 Parfois.....3 Toujours.....5	Rarement.....2 Souvent.....4 Sans avis .....6	

27	Avez-vous ressenti de l'inquiétude, de l'anxiété au cours de votre hospitalisation ?	Oui .....1 Non .....2	
28	Que pensez-vous du soutien des personnels de santé qui vous ont pris en charge	Mauvais.....1 Faible.....2 Moyen.....3 Bon.....4 Excellent.....5 Sans avis .....6	
29	Avez-vous eu besoin d'aide de façon urgente au cours de votre hospitalisation (malaise, perfusion débranchée, fin de perfusion, aller au toilette ...)?	Oui .....1 Non .....2	→ Allez à 31
30	Que pensez-vous du délai d'attente pour avoir de l'aide de façon urgente ?	Mauvais.....1 Faible.....2 Moyen.....3 Bon.....4 Excellent.....5 Sans avis.....6	
31	Que pensez-vous du respect de votre intimité lors de votre prise en charge ?	Mauvaise.....1 Faible.....2 Moyenne.....3 Bonne.....4 Excellente.....5 Sans avis.....6	
32	Que pensez-vous du respect de la confidentialité et du secret professionnel lors de votre prise en charge ?	Mauvais.....1 Faible.....2 Moyen.....3 Bon.....4 Excellent.....5 Sans avis.....6	
33	Les personnels de santé parlaient-ils devant vous comme si vous n'étiez pas là ?	Jamais.....1 Rarement.....2 Parfois.....3 Souvent.....4 Toujours.....5 Sans avis.....6	
34	Pendant cette hospitalisation avez-vous eu des douleurs ?	Extrêmement intenses....1 Intenses.....2 Modérées.....3 Faibles.....4 Pas de douleur.....5	→ Allez à 36
35	Que pensez-vous de la façon dont vos douleurs ont été prises en charge ?	Mauvaise.....1 Faible.....2 Moyenne.....3 Bonne.....4 Excellente.....5 Sans avis.....6	
36	Pendant cette hospitalisation avez-vous eu d'autres inconforts liés à votre maladie (nausées, mauvaise position, vertiges...) ?	Oui .....1 Non .....2	→ Allez à 38
37	Que pensez-vous de la façon dont ces autres inconforts ont été pris en charge ?	Mauvaise.....1 Faible.....2 Moyenne.....3 Bonne.....4 Excellente.....5 Sans avis.....6	
38	Globalement comment évaluez-vous la qualité de votre prise en charge/ de vos	Mauvaise.....1 Faible.....2 Moyenne.....3 Bonne.....4 Excellente.....5 Sans avis.....6	

	soins dans le service par les personnels soignants ?		
39	Avez-vous pu réaliser tous les examens qui vous ont été prescrits ?	Oui .....1 Non .....2	Allez à 41
40	Pour quelles raisons n'avez-vous pas pu réaliser les examens qui vous ont été prescrits ?	Manque de moyen financier pour réaliser les examens.....1 je n'ai pas trouvé nécessaire de les faire.....2 Les examens ne se faisaient pas à l'hôpital où j'ai été consulté.....3 Autres (précisez) _____	
41	Avez-vous pu vous procurer tous les médicaments prescrits pour votre prise en charge ?	Oui .....1 Non .....2	Allez à 43
42	Pour quelles raisons n'avez pas pu vous procurer tous les médicaments qui vous ont été prescrits ?	Pas assez d'argent pour acheter tous les médicaments.....1 Médicaments indisponibles.....2 3= je n'ai pas trouvé nécessaire d'acheter....3 4= Autres (à précisez) _____ _____ _____	
	Chambres et repas		
43	Dans quel type de chambre étiez-vous hospitalisé ?	Individuelle.....1 Commune .....2	
44	Que pensez-vous du confort, la propreté, la température, le calme et la tranquillité de votre chambre ?	Mauvais.....1 Faible.....2 Moyen.....3 Bon.....4 Excellent.....5 Sans avis.....6	
45	Des repas vous ont-ils été servis pendant votre hospitalisation ?	Oui .....1 Non .....2	Allez à 47
46	Que pensez-vous de la qualité des repas qui vous ont été servis ?	Mauvaise.....1 Faible.....2 Moyenne.....3 Bonne.....4 Excellente.....5 Sans avis.....6	
47	Globalement quelle est votre appréciation de votre chambre et repas lors de votre prise en charge ?	Mauvaise.....1 Faible.....2 Moyenne.....3 Bonne.....4 Excellente.....5 Sans avis.....6	
	L'organisation de votre sortie		

48	Avez-vous reçu des informations sur les médicaments à prendre après votre sortie (dosages, horaires, effets indésirables) ?	Je n'avais pas de médicaments à prendre après ma sortie.....1 Non, aucune information ne m'a été donnée..2 Oui .....3	Allez à 50
49	Que pensez-vous des informations que vous avez reçues sur les médicaments à prendre après votre sortie ?	Mauvaise.....1 Faible.....2 Moyenne.....3 Bonne.....4 Excellente.....5 Sans avis.....6	
50	Avez-vous reçu des informations sur la reprise de vos activités après votre sortie, les signes et complications devant vous amener à recontacter l'hôpital ou votre médecin et la date du prochain rendez-vous ?	Oui .....1 Non .....2	Allez à 52
51	Que pensez-vous des informations que vous avez reçues sur le suivi après votre sortie ?	Mauvaise.....1 Faible.....2 Moyenne.....3 Bonne.....4 Excellente.....5 Sans avis.....6	
52	Globalement, quelle est votre appréciation de l'organisation de votre sortie ?	Mauvaise.....1 Faible.....2 Moyenne.....3 Bonne.....4 Excellente.....5 Sans avis.....6	
	Opinion générale sur votre hospitalisation		
53	Qu'elle est votre opinion générale sur l'ensemble de votre séjour (accueil, prise en charge, chambre et repas, sortie)	Mauvais.....1 Faible.....2 Moyen.....3 Bon.....4 Excellent.....5 Sans avis.....6	
54	Recommanderiez-vous cet établissement de santé à vos amis ou membre de votre famille s'ils devaient se faire soigner ?	Certainement pas.....1 Certainement .....5	
55	Si vous devriez être à nouveau hospitalisé pour des raisons de santé, reviendrez-vous dans cet établissement ?	Certainement pas.....1 Certainement .....5	
	Pour finir, informations vous concernant		
56	Comment vous sentez-vous aujourd'hui par rapport au jour d'admission ?	Beaucoup plus mal.....1 Beaucoup mieux.....5 Les notes intermédiaires 2, 3, 4 servent à nuancer votre jugement	

57	Sur une échelle de 1 à 7 quel est votre niveau de satisfaction sur la vie en général ?	Pas du tout satisfait.....1 Très satisfait.....7 Les notes intermédiaires 2, 3, 4, 5, 6 servent à nuancer votre jugement	
58	Qu'avez-vous retenu de positif au cours de votre séjour hospitalier	_____ _____	
59	Qu'avez-vous retenu de négatif au cours de votre séjour hospitalier ?	_____ _____	

ANNEXE 5 : CHRONOGRAMME

Activités	Année 2023					Année 2024								
	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept
1. Rédaction du protocole de recherche														
2. Obtention des clairances éthiques														
3. Obtention de l'autorisation de collecte														
4. Prétest des questionnaires														
5. Collecte des données														
6. Analyse des données														
7. Rédaction du mémoire														
8. Dépôt et soutenance du mémoire														

ANNEXE 6 : BUDGET

Source de financement : revenu salarial personnel

Ressources	Utilité	Prix unitaire (Fcfa)	Total estimé (Fcfa)
Véhicule de transport	<ul style="list-style-type: none">• Descente sur le terrain pour la collecte des données• Procédure administratives	500*2 / jour sur une durée de 4 mois	100 000
Ordinateur portable avec connexion internet	<ul style="list-style-type: none">• Rédaction du protocole• Rédaction du mémoire• Saisie des données• Analyse des données	260000 ; 5000/mois pour la connexion internet	300 000
Rame de papier	<ul style="list-style-type: none">• Impression des fiches de collecte de données• Impression du protocole de recherche• Impression du mémoire	200*250 100*150 2000*5 5000*8	115 000
Stylo à bille	<ul style="list-style-type: none">• Collecte des données	100 x 3 stylo	300
Clairance éthique de la région du centre	<ul style="list-style-type: none">• Collecte des données	10000 x 1	10000
Total (Fcfa)			525 300