



Évaluation de la Satisfaction des Usagers Vis-À-Vis de la Qualité des Services de Santé au Cameroun

*Aloysius Mom Njong et
Rosy Pascale Meyet Tchouapi*

Juillet 2020 / No. 672

Résumé

Cette étude vise à évaluer la satisfaction et la perception des usagers quant à la qualité des services de santé fournis dans les formations sanitaires au Cameroun. Les analyses s'appuient sur l'enquête quantitative sur la prestation de services (EQPS) de 2010, menée conjointement par la Banque mondiale et l'Institut national de la statistique du Cameroun. L'analyse factorielle de confirmation est utilisée pour tester la fiabilité et la validité des instruments de recherche et ainsi faciliter le classement des indicateurs de satisfaction. Nous utilisons la modélisation Probit ordonnée pour identifier les covariables de la satisfaction des usagers. Les résultats indiquent que plus de 85% des usagers

sont satisfaits de la qualité globale des services de santé dans le pays. Ce taux de réponses individuelles, dont le niveau est douteux, suscite certaines inquiétudes, ce qui n'est pas conforme à la mauvaise réputation de la qualité des services de santé au Cameroun. Il ressort également de l'étude que l'âge, le niveau d'éducation et le temps d'attente sont des covariables de satisfaction importantes. La principale recommandation politique est de mener une enquête de satisfaction auprès des usagers à la sortie de l'hôpital afin de réduire les biais de réponse d'approbation observés dans les données de l'EQPS 2010.

Historique et contexte

Le Cameroun a souscrit à la convention sur les soins de santé primaires, qui vise à rendre les services de santé de qualité plus accessibles aux populations. Conformément à cette approche, le système de santé du pays est organisé sous la forme d'une pyramide qui se compose de trois structures. Au sommet de celle-ci se trouve le ministère de la santé publique (MSP), qui a la responsabilité de formuler les politiques nationales de santé. Plus bas dans la pyramide, au niveau intermédiaire, se trouvent 10 délégations régionales de santé, qui coordonnent et mettent en œuvre les stratégies de santé au niveau régional. Au bas de la pyramide, on trouve 154 districts sanitaires, qui sont les unités opérationnelles précisément définies pour améliorer l'accessibilité aux services de santé (Ministère de la Santé Publique, 2011).

Malgré les efforts déployés par le gouvernement pour renforcer la bonne gouvernance et améliorer les performances du système de santé, la mauvaise gouvernance et la corruption semblent être des problèmes dans l'économie camerounaise, y compris dans le secteur de la santé. Par exemple, l'évaluation à mi-parcours de la stratégie de santé 2001-2015 qui visait à promouvoir la bonne gouvernance dans le secteur de la santé a été intentionnellement suspendue (Ministère de la Santé Publique, 2009). Il existe plusieurs formes de pratiques non éthiques dans les établissements de santé publique. Par exemple, il est fréquent que les travailleurs de la santé demandent aux usagers de payer pour des services qui sont officiellement gratuits (par exemple, les moustiquaires et le dépistage du VIH) ou subventionnés. La plupart des médecins des formations sanitaires publiques dirigent des cliniques privées. Cette pratique favorise l'absentéisme dans les établissements de santé publics et contribue à détourner les usagers des centres de santé publics vers les cliniques privées où le personnel médical est plus facilement disponible. C'est peut-être à cause de ces pratiques abusives que Transparency International (2006) a classé le secteur de la santé parmi les secteurs les plus touchés par la corruption au Cameroun.

Les Camerounais sont atteints de maladies tropicales courantes et de maladies telles que le paludisme. Environ 50 % des patients se rendent dans des établissements de santé pour le traitement du paludisme, qui représente la principale cause de mortalité au Cameroun (Antonio-Nkondjio et al. 2012). Le principal vecteur de transmission du paludisme est la piqûre de moustique, qui se reproduit dans les marécages et les eaux stagnantes que l'on trouve dans la plupart des zones urbaines. Les Camerounais ne participent pas facilement aux régimes d'assurance maladie et doivent donc payer de leur propre poche le coût du traitement en cas de maladie. Les ménages doivent donc souvent assumer des charges financières élevées.

Le ratio population/médecin est assez élevé au Cameroun. Les statistiques disponibles montrent que le ratio est passé de 10 084 à 14 418 personnes par médecin, et de 2 249 à 2 545 personnes par infirmier pour la période 2004-2011 (Ministère de la Santé Publique, 2011). Cela pourrait être dû à l'absence d'un plan approprié de développement des ressources humaines dans le secteur de la santé, ainsi qu'à l'exode massif du personnel de santé à la recherche de meilleures conditions d'emploi à l'étranger.

L'état des structures sanitaires et de l'hygiène au Cameroun est préoccupant. Un rapport de l'Institut national de statistique (2010) a révélé que les structures de santé au Cameroun connaissent souvent des coupures de courant qui peuvent durer de 10 à 16 heures. Le même rapport indique que seulement 47 % des unités de santé ont accès à l'eau courante. On peut donc comprendre pourquoi les salles des établissements de santé du pays sont infestées de fourmis, de mouches, de blattes et de rats, qui se déplacent librement. Le manque de propreté et d'hygiène de base propage des cas d'infections nosocomiales, appelées dans le langage médical « infections nosocomiales » (Allegranzi et Pittet, 2007). Ces infections sont des maladies que les usagers de la santé peuvent contracter lors d'une visite dans un établissement de santé. Samuel et al. (2010) ont signalé un taux de prévalence des infections nosocomiales de 20 % en 2010, et ces infections sont en train de devenir une considération majeure dans les politiques de santé publique. Le manque de propreté peut favoriser l'apparition du choléra et de la diarrhée. Des données de l'Organisation mondiale de la santé (2013) révèlent que, pendant la période 2000-2011, le Cameroun a enregistré les taux de prévalence du choléra et de la diarrhée les plus élevés d'Afrique subsaharienne.

Analyse méthodologique de la littérature

L'évaluation de la qualité des prestations de soins de santé a été abordée sous deux angles différents, qui sont présentés ci-dessous.

La qualité comme point de comparaison entre les attentes et les performances

Selon Lewis et Booms (1983), la qualité des services de santé est évaluée en comparant les attentes aux performances. Ce raisonnement est soutenu par Grönroos (2000) et Tarantino (2004), qui affirment que les usagers jugent la qualité d'un service en comparant le service qu'ils attendent avec les perceptions du service réel qu'ils reçoivent. Parasuraman et Berry (1988) considèrent la qualité du service comme le degré et la direction de l'écart entre les perceptions et les attentes des usagers. Ils suggèrent en outre un modèle de qualité de service, abrégé en SERVQUAL, pour évaluer la qualité du service. Dans le modèle SERVQUAL, ils identifient cinq dimensions, à savoir : la réactivité, la fiabilité, l'assurance, les éléments tangibles et l'empathie, sur la base desquelles les attentes et les perceptions des usagers sont mesurées. Selon Tam (2005), la satisfaction de la qualité du service est mesurée lorsque les usagers comparent leurs perceptions du service avec leurs attentes. Les attentes initiales des usagers concernant la qualité des services de soins de santé constituent un indicateur de satisfaction majeur. Si les soins perçus ne répondent pas aux attentes, le résultat probable est que les usagers ne sont pas satisfaits de la qualité du service. À l'inverse, lorsque les perceptions répondent ou dépassent les attentes, le résultat sera probablement une augmentation du niveau de satisfaction.

La qualité en tant que composante multidimensionnelle

Selon Donabedian (1980), la mesure de la qualité des systèmes de prestation de soins de santé est décrite en termes de « structure, processus et résultats ». La structure fait référence aux caractéristiques du cadre de l'établissement de santé dans lequel les soins médicaux sont dispensés. Elle comprend des caractéristiques tangibles telles que la propreté et l'hygiène des installations physiques, des équipements, du personnel médical et du matériel de communication. Les indicateurs de processus saisissent ce qui est fait pendant la prestation et la réception des soins de santé. Cela inclut le comportement des usagers en matière de santé ainsi que les actions du médecin pour établir un diagnostic et éventuellement administrer le traitement suggéré. Les indicateurs de résultat reflètent le résultat des soins de santé. Ils mesurent l'impact réel des services de soins de santé sur la santé.

Selon Zeithaml et al. (1990), il existe dix dimensions ou critères d'évaluation que les patients utilisent pour évaluer la qualité des services. Il s'agit de la courtoisie, de l'accès, de la communication, de la compréhension, de l'empathie, de la fiabilité, des éléments tangibles, de la réactivité, de la compétence et de l'assurance. Shi et Singh (2005) considèrent la qualité comme un indicateur de satisfaction qui dépend de deux aspects différents. Premièrement, il dépend de l'expérience de chaque usager avec certains attributs de la prestation de services de santé tels que le confort, la

dignité, la vie privée, la sécurité, le degré d'indépendance, l'autonomie de décision et l'attention portée aux préférences personnelles. Deuxièmement, il dépend de la satisfaction globale des usagers par rapport à la vie, ainsi que de la perception qu'ils ont d'eux-mêmes de leur santé après une certaine intervention médicale. Dans cette étude, nous adoptons l'approche conceptualisée par Donabedian (1980, 2003) qui décrit les dimensions de la qualité comme étant soit structurelles, soit procédurales, soit basées sur les résultats.

Données et méthodologie

L'analyse présentée dans ce document est basée sur des données secondaires, communément appelées l'enquête quantitative sur la prestation de services 2010 (QSDS). L'enquête a été menée conjointement au Cameroun par la Banque mondiale et l'Institut national de la statistique. Nous avons obtenu les données de l'Institut national de la statistique. L'enquête a permis de recueillir des informations sur le jugement des usagers quant à leur satisfaction par rapport à l'environnement et à la prestation de services dans les centres de santé. Les données ont été recueillies à l'aide de questionnaires, qui ont été administrés aux patients dans les centres de santé où ils ont demandé des soins médicaux. L'Institut national de statistique (2010) décrit clairement l'unité d'observation dans la FDSQ comme étant le « ménage ou le patient pris en charge dans une unité de santé ».

Sur le plan de la conception de l'enquête, le pays a été stratifié en 12 régions d'étude, à savoir les 10 régions administratives du pays, tandis que les villes de Douala et Yaoundé ont été considérées séparément comme des zones d'étude. L'enquête a impliqué des structures de santé publiques et privées afin de distinguer l'appréciation des usagers quant à la qualité des services de santé fournis par ces deux catégories de prestataires de services. Au total, 515 usagers ont été interrogés à l'aide de questionnaires.

Conclusion et recommandations politiques

L'objectif de cette étude était d'évaluer la satisfaction et la perception des usagers quant à la qualité des services de santé au Cameroun. En utilisant une analyse factorielle de confirmation, nous avons établi que l'attitude du personnel médical, ainsi que les conditions d'hygiène et de propreté sont les meilleurs indicateurs de satisfaction car ils ont les charges factorielles les plus importantes, respectivement de 0,95 et 0,92. Ainsi, la relation usager-praticien est le facteur de service de santé le plus important qui influe sur la satisfaction. Nos résultats montrent également que les niveaux de satisfaction/perception sont généralement très élevés, avec un score

supérieur à 85%. Cette image heureuse est tout à fait incompatible avec la mauvaise réputation de la qualité des services de santé au Cameroun. Cette tendance peut s'expliquer par la question méthodologique de la manière dont les questions relatives à la satisfaction ont été posées (où et quand) et le type d'échelle utilisée pour obtenir des réponses. Cette étude a également fourni quelques éléments d'information sur les covariables de satisfaction. Les résultats de la régression ont montré que l'âge, le niveau d'éducation et le temps d'attente sont des covariables de la satisfaction.

Recommandations politiques

En raison de la mauvaise qualité des données disponibles, nous sommes réticents à faire des recommandations politiques autres que celles visant à améliorer la qualité des données. Comme indiqué précédemment, la collecte d'informations auprès des usagers des structures de santé, lorsque les administrateurs des hôpitaux et le personnel médical sont présents et savent qu'ils sont observés, introduira des biais de réponse d'acquiescement sur les mesures de qualité basées sur la perception. Nous suggérons fortement que la Banque mondiale et l'Institut national de statistique mènent une autre enquête de satisfaction auprès des usagers (une enquête de sortie) et qu'ils ciblent les répondants pour l'entretien/questionnaire en remplissant des groupes sociaux tels que les njangi/tontines, les groupes de discussion ou à leur domicile individuel. En l'état, la SQS 2010 du Cameroun est de mauvaise qualité et ne reflète pas la véritable image de l'opinion des usagers sur la qualité des services de santé au Cameroun.

Références

- Allegranzi, B. and D. Pittet. 2007. "Healthcare-associated infection in developing countries: Simple solutions to meet complex challenges". *Infection Control Hospital Epidemiology*, 28(12): 1323–7.
- Antonio-Nkondjio, C., B. Defo-Talom, R. Tagne-Fotso, B. Tene-Fossog, C.Ndo, L.G.Lehman, T. Tchuinkam, P. Kengne and P. Awono-Ambene. 2012. "High mosquito burden and malaria transmission in a district of the city of Douala, Cameroon". *BMC Infectious Diseases*, 12: 275. Available at <http://www.biomedcentral.com/1471-2334/12/275>, accessed 14/1/2015.
- Cameron, C. and P. Trivedi. 1986. "Econometric models based on count data: Comparisons and applications of some estimators and tests". *Journal of Econometrics*, 1(1): 29–53.
- Cortina, J.M. 1993. "What is coefficient alpha? An examination of theory and applications." *Journal of Applied Psychology*, 78(1): 98–104.
- Fitzpatrick, R. 1991. "Surveys of patient satisfaction I-important general considerations". *British Medical Journal*, 302: 887–9.
- Flora, D.B. and P.J. Curran. 2004. "An empirical evaluation of alternative methods of estimation for confirmatory factor analysis with ordinal data." *Psychological Methods*, 9(4): 466–91.

- Frimpong, O.N, S. Nwankwo and D. Baba. 2010. "Measuring service quality and patient satisfaction with access to public and private healthcare delivery". *International Journal of Public Sector Management*, 23(3): 203–20.
- Greene, W. 1993. *Econometric Analysis* 2nd edition. New York: Macmillan Publishing Company.
- Grönroos, C. 2000. *Service Management and Marketing – A Customer Relationship Management Approach*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Institut Nationale de Statistique. 2004. *Rapport Principal-Volet Santé: Première enquête sur le suivi des dépenses publiques et la satisfaction des bénéficiaires dans les secteurs de la Santé*. Yaoundé: Cameroun.
- Institut Nationale de Statistique. 2010. *Rapport Principal-Volet Santé: Deuxième enquête sur le suivi des dépenses publiques et la satisfaction des bénéficiaires dans les secteurs de la Santé*. Yaoundé: Cameroun.
- Kamgnia, D.B. 2008. *Distribution Impact of Public Spending in Cameroon: The Case of Health Care*. AERC Research Paper No. 179. African Economic Research Consortium, Nairobi.
- Kimenyi, M.S. and W.F. Shughart II. 2006. *Provider Competition, Marketization and the Quality of Public Service Provision*. AERC Collaborative Project on Service Delivery in Africa Framework Paper. African Economic Research Consortium, Nairobi.
- Lewis, R.C. and B.H. Booms. 1983. "The marketing aspects of service quality". In L. Berry, G. Shostack and G. Upah, eds, *Emerging Perspectives on Services Marketing*. Chicago, IL: American Marketing Association: 99–107.
- Miller, M.B. 1995. "Coefficient alpha: A basic introduction from the perspectives of classical test theory and structural equation modelling." *Structural Equation Modelling*. 2: 255–73.
- Ministère de la Santé Publique. 2011. *Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2011 – 2015*. Yaoundé.
- Ministère de la Santé Publique. 2009. *Document de stratégie sectorielle de la santé 2001–2015*. Ministère de la Santé Publique. Yaoundé.
- Njong, M.A. and J. Ngantcha. 2013. *Institutions and Leakage of Public Funds in the Cameroonian Healthcare Delivery Chain*. AERC Collaborative Research Project. Nairobi, Kenya.
- Parasuraman A. and L. Berry. 1988. "SERVQUAL: A multiple item scale for measuring consumer perceptions of service quality". *Journal of Retail*, 64(1): 12–40.
- Samuel, S.O., O.O. Kayode, O. Musa, G.C. Nwigwe, A.O. Aboderin, T.A.T. Salami and S.S. Taiwo. 2010. "Nosocomial infections and the challenges of control in developing countries". *African Journal of Clinical and Experimental Microbiology*, 11(2): 102–10.
- Tam, J.L. 2005. "Examining the dynamics of consumer expectations in a Chinese Technologies". *Journal of Business Research*, 66(3): 98–111.
- Tarantino, D. 2004. "How should we measure patient satisfaction?" *Physician Executive*, 30(4): 60–1.
- Transparency International. 2006. *Report on Corruption in Cameroon*. Transparency International, Berlin Germany.
- World Health Organization. 2013. *Weekly Epidemiological Record*. 31(88): 321–36. Available at <http://www.who.int/wer>
- Zeithaml, A.V., A. Parasuraman and L.L. Berry. 1990. *Delivery Quality Service: Balancing Customer Perception and Expectations*. New York: Free Press.



Mission

Renforcer les capacités des chercheurs locaux pour qu'ils soient en mesure de mener des recherches indépendantes et rigoureuses sur les problèmes auxquels est confrontée la gestion des économies d'Afrique subsaharienne. Cette mission repose sur deux prémisses fondamentales.

Le développement est plus susceptible de se produire quand il y a une gestion saine et soutenue de l'économie.

Une telle gestion est plus susceptible de se réaliser lorsqu'il existe une équipe active d'économistes experts basés sur place pour mener des recherches pertinentes pour les politiques.

www.aercafrica.org/fr

Pour en savoir plus :



www.facebook.com/aercafrica



www.instagram.com/aercafrica_official/



twitter.com/aercafrica



www.linkedin.com/school/aercafrica/

Contactez-nous :

Consortium pour la Recherche Économique en Afrique
African Economic Research Consortium

Consortium pour la Recherche Économique en Afrique

Middle East Bank Towers,

3rd Floor, Jakaya Kikwete Road

Nairobi 00200, Kenya

Tel: +254 (0) 20 273 4150

communications@ercafrica.org