

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES
BIOMEDICALES

DEPARTEMENT DE SANTE PUBLIQUE

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

DEPARTEMENT OF PUBLIC HEALTH

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

RESEARCH AND DOCTORAL TRAINING UNIT
IN HEALTH AND ENVIRONMENT

Analyse des inégalités d'accès aux soins dans une situation de désert médical à Yaoundé

Mémoire rédigé en vue du master II de Santé publique par :

EZAANE GONTA Vanessa, MBD

Matricule N° : 22E0012

Directeur

NJOUMEMI Zakariaou, PhD
Economie de la santé

Co-directeur

KWEDI JIPPE Sylvie, PhD
Epidémiologie

Année académique 2022-2023

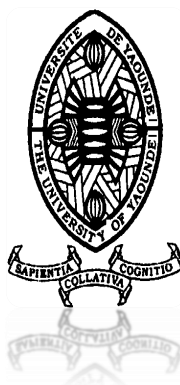


REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DE MEDECINE ET DES
SCIENCES BIOMEDICALES
DEPARTEMENT DE SANTE PUBLIQUE



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland

MINISTRY OF HIGHER EDUCATION

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF MEDICINE AND
BIOMEDICAL SCIENCES
DEPARTEMENT OF PUBLIC HEALTH

MEMOIRE

Analyse des inégalités d'accès aux soins dans une situation de désert médical à Yaoundé

Mémoire rédigé en vue de l'obtention du master en santé publique par :

EZAANE GONTA Vanessa
Matricule 22E0012

Jury de thèse

Président :
Pr ONGOLO ZOGO Pierre

Rapporteur :
Dr NJOUMEMI Zakariaou

Membre :
Dr KEMBE ASSAH Felix

Direction

Dr NJOUMEMI Zakariaou
Economie de la santé
Chargé de cours

Dr KWEDI JIPPE Sylvie
Epidémiologie
Chargé de cours

Année académique 2022-2023

TABLE DES MATIERES

PRELIMINAIRES	i
DEDICACE.....	iv
REMERCIEMENTS.....	v
LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF ET ENSEIGNANT DE LA FMSB.....	vi
LISTE DES TABLEAUX	xiv
LISTE DES FIGURES.....	xv
LISTE DES ABREVIATIONS	xvi
RESUME.....	xvii
ABSTRACT	xix
INTRODUCTION.....	1
Chapitre I : PROBLEMATIQUE.....	3
I.1 JUSTIFICATION DU SUJET	4
I.2 QUESTION DE RECHERCHE	4
I.3 HYPOTHESE DE RECHERCHE	4
I.4 OBJECTIFS.....	4
I.4.1 Objectif général.....	4
I.4.2 Objectifs spécifiques	4
I.5 LISTE DES VARIABLES	4
I.6 DEFINITIONS OPERATIONNELLES	4
I.7 CADRE THEORIQUE.....	5
I.8 INTERET DE LA RECHERCHE.....	5
Chapitre II : REVUE DE LA LITTERATURE.....	6
II.1 GENERALITES	7
II. 1. 1. Inégalités sociales en santé.....	7
II.1. 2. Système de santé.....	7
II. 1. 3. Accès aux soins.....	9
II. 2. IMPACTS DES INEGALITES D'ACCES AUX SOINS	10
II.2.1. Inégalités géographiques d'accès aux soins.....	11
II.2.2 Inégalités économiques d'accès aux soins.....	13
II.2.3 Inégalités socio-culturelles.....	14
Chapitre III : METHODOLOGIE	17

III.1 TYPE D’ETUDE	18
III.2 SITE.....	18
III.3 POPULATION D’ETUDE.....	18
III.3.1 Population source.....	18
III.3.2 Critères d’inclusion.....	18
III.3.3 Critères d’exclusion.....	18
III.3.4 Echantillon de base.....	18
III.4 OUTILS DE COLLECTE.....	18
III.5 PROCEDURE.....	19
III.6 ANALYSE DES DONNEES.....	19
III.7 CONSIDERATIONS ETHIQUES ET ADMINISTRATIVES.....	19
Chapitre IV : RESULTATS	21
IV.1 POPULATION D’ETUDE.....	22
IV.2 INEGALITES D’ACCES GEOGRAPHIQUE.....	25
IV.3 INEGALITES D’ACCES ECONOMIQUE.....	28
IV.4 INEGALITES D’ACCES SOCIO-CULTUREL	31
Chapitre V : DISCUSSION	35
V.1 LIMITES DE L’ETUDE.....	36
V.2 PROFIL DES PARTICIPANTS.....	36
V.3 INEGALITES GEOGRAPHIQUES	37
V.4 INEGALITES ECONOMIQUES.....	37
V.5 INEGALITES SOCIO-CULTURELLES.....	38
CONCLUSION.....	40
RECOMMANDATIONS.....	42
REFERENCES.....	44
ANNEXES.....	xxii

PRELIMINAIRES

DEDICACE

A mes très chers parents :

*Feu GONTA Julien &
SADJO Georgette ep. GONTA*

REMERCIEMENTS

Au Pr ESSI Marie-José, pour la source intarissable de connaissances et de motivation qu'elle représente. Merci cher maître pour les enseignements reçus durant cette année académique, pour votre rigueur dans la ponctualité et la précision du travail. Veuillez recevoir Professeur, l'expression de ma profonde gratitude.

Au Doyen de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I, pour le savoir-faire, le savoir-être et la disponibilité tout au long de notre parcours. Au corps enseignant du département de santé publique et au personnel administratif de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I, pour les cours dispensés. A mes encadreurs, le Dr NJOUMEMI Zakariaou et le Dr KWEDI JIPPE Sylvie pour l'encadrement de ce travail et pour les précieux conseils.

Aux directeurs et promoteurs des formations sanitaires, au personnel de santé et aux autres participants de l'étude pour la participation, l'accueil chaleureux et le temps consacré.

Au Pr SANDO Zacharie, pour son éternelle disponibilité et ses précieux conseils paternels.

A mes frères et sœurs Olivier, William, Vincent, Lucie, Aurélie et Marie-Elisabeth GONTA : pour l'amour, la tendresse et le réconfort que vous m'apportez quotidiennement.

A notre aînée académique : ABOSSOLO ESSI Johanne pour les conseils et les remarques apportées durant l'élaboration de ce travail.

A nos amies ABA'A Divine, SANDO Linda, KOUTAMA Alix, EKO Manuela pour l'affection sans mesure et continue que vous avez toujours eu à notre égard.

A l'éternel pour son amour et son secours.

A tous ceux qui ne sont pas mentionnés dans cette liste, mais qui, de près ou de loin, ont contribué à ma réussite, recevez l'expression de ma profonde gratitude.

LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF ET ENSEIGNANT DE LA FMSB

LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF ET ACADEMIQUE

I. PERSONNEL ADMINISTRATIF

Doyen : Pr ZE MINKANDE Jacqueline

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 MAH Evelyn MUNGYEH

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 des Affaires Administratives et Financières : Mme NYAMBALLA Bernadette Marlène

Coordonnateur Général du Cycle de Spécialisation : Pr ONGOLO ZOGO Pierre

Chef de Service Financier : M. MOUYEME NJOH Noé Valentin

Chef de Service Financier Adjoint : Mme SOUGA DOBO Marcelle Claire

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

Chef de Service des Diplômes : Mme ASSAKO Anne DOOBA

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

Chef de Service de la Scolarité et des Statistiques : M. BOMBAH Freddy Mertens

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

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

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

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

Comptable Matières : M. MOUMEMIE NJOUNDIYIMOUN MAZOU

II. 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 Cycle Spécialisation en Anatomie Pathologique : Pr SANDO Zacharie

Coordonnateur Cycle Spécialisation Anesthésie Réanimation : Pr ZE MINKANDE Jacqueline

Coordonnateur Cycle de Spécialisation Chirurgie Générale : Pr NGO NONGA Bernadette

Coordonnateur Cycle Spécialisation Gynécologie et Obstétrique : Pr MBU ENOW Robinson

Coordonnateur Cycle de Spécialisation en Médecine Interne : Pr NGANDEU Madeleine

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

Coordonnateur Cycle Spécialisation Biologie Clinique : Pr KAMGA FOUAMNO Henri L.

Coordonnateur Cycle Spécialisation Radiologie Imagerie Médicale : Pr ONGOLO ZOGO Pierre

Coordonnateur Cycle de Spécialisation en Santé Publique : Pr TAKOUGANG Innocent

Coordonnateur de la formation Continue : Pr KASIA Jean Marie

Responsable Pédagogique CESSI : Pr ANKOUANE ANDOULO Firmin

III. PERSONNEL ENSEIGNANT

• 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 (2012-2015)

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.	ZE MINKANDE Jacqueline	P	Anesthésie-Réanimation
9.	BAHEBECK Jean	MCA	Chirurgie Orthopédique
10.	BANG GUY Aristide	MCA	Chirurgie Générale
11.	BENGONO BENGONO Roddy Stéphan	MCA	Anesthésie-Réanimation
12.	FARIKOU Ibrahima	MCA	Chirurgie Orthopédique
13.	JEMEA Bonaventure	MCA	Anesthésie-Réanimation
14.	OWONO ETOUNDI Paul	MCA	Anesthésie-Réanimation
15.	BEYIHA Gérard	MC	Anesthésie-Réanimation
16.	ESIENE Agnès	MC	Anesthésie-Réanimation
17.	EYENGA Victor Claude	MC	Chirurgie/Neurochirurgie
18.	GUIFO Marc Leroy	MC	Chirurgie Générale
19.	NGO YAMBEN Marie Ange	MA	Chirurgie Orthopédique
20.	AHANDA ASSIGA	CC	Chirurgie Générale
21.	AMENGLÉ Albert Ludovic	CC	Anesthésie-Réanimation
22.	BIWOLE BIWOLE Daniel Claude Patrick	CC	Chirurgie Générale
23.	BWELE Georges	CC	Chirurgie Générale
24.	FONKOUÉ Loïc	MA	Chirurgie Orthopédique
25.	MBOUCHE Landry Oriole	MA	Urologie
26.	MEKEME MEKEME Junior Barthelemy	CC	Urologie
27.	TSIAGADIGI Jean Gustave	CC	Chirurgie Orthopédique
28.	SAVOM Eric Patrick	MA	Chirurgie Générale
29.	BELLO FIGUIM	CC	Neurochirurgie
30.	BIKONO ATANGANA Ernestine Renée	CC	Neurochirurgie
31.	EPOUPA NGALLE Frantz Guy	AS	Urologie
32.	FOLA KOPONG Olivier	AS	Chirurgie
33.	FOUDA Jean Cédric	AS	Urologie
34.	IROUME Cristella Raïssa BIFOUNA ép. NTYO'O NKOUMOU	CC	Anesthésie-Réanimation
35.	KONA NGONDO François Stéphane	CC	Anesthésie-Réanimation
36.	MOHAMADOU GUÉMSE Emmanuel	AS	Chirurgie Orthopédique
37.	MULUEM Olivier Kennedy	CC	Orthopédie-Traumatologie
38.	NWAHA MAKON Axel Stéphane	CC	Urologie
39.	NDIKONTAR KWINJI Raymond	CC	Anesthésie-Réanimation
N	NOMS ET PRENOMS	GRADE	DISCIPLINE
DEPARTEMENT DE CHIRURGIE ET SPECIALITES			
40.	NGOUATNA DJEUMAKOU Serge Rawlings	AS	Anesthésie-Réanimation

41. NYANIT BOB Dorcas	AS	Chirurgie Pédiatrique
42. OUMAROU HAMAN NASSOUROU	AS	Neurochirurgie
43. FOSSI KAMGA GACELLE	AS	Chirurgie Pédiatrique
44. MBELE Richard II	AS	Chirurgie thoracique
45. MFOUAPON EWANE Hervé Blaise	AS	Neurochirurgie
46. NYANKOUE MEBOUINZ Ferdinand	AS	Chirurgie Orthopédique

DEPARTEMENT DE MEDECINE INTERNE ET SPECIALITES

47. SINGWE Madeleine épouse NGANDEU (CD)	P	Médecine Interne/Rhumatologie
48. AFANE ZE Emmanuel	P	Médecine Interne/Pneumologie
49. ANKOUANE ANDOULO	P	Médecine Interne/ Hépto Gastro-Entéro.
50. ASHUNTANTANG Gloria Enow	P	Médecine Interne/Néphrologie
51. BISSEK Anne Cécile	P	Médecine Interne/Dermatologie
52. KAZE FOLEFACK François	P	Médecine Interne/Néphrologie
53. KINGUE Samuel	P	Médecine Interne/Cardiologie
54. KUATE TEGUEU Calixte	P	Médecine Interne/Neurologie
55. MBANYA Jean Claude	P	Médecine Interne/Endocrinologie
56. NDJITTOYAP NDAM Elie Claude	P	Médecine Interne/ Hépto Gastro-Entéro.
57. NDOM Paul	P	Médecine Interne/Oncologie
58. NJAMNSHI Alfred K.	P	Médecine Interne/Neurologie
59. NJOYA OUDO	P	Médecine Interne/Gastro-Entérologie
60. SOBNGWI Eugène	P	Médecine Interne/Endocrinologie
61. PEFURA YONE Eric Walter	P	Médecine Interne/Pneumologie
62. HAMADOU BA	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
63. KOUOTOU Emmanuel Armand	P	Médecine Interne/Dermatologie
64. MENANGA Alain Patrick	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
65. FOUA MENYE Hermine Danielle	MCA	Médecine Interne/Néphrologie
66. KOWO Mathurin Pierre	MC	Médecine Interne/ Hépto Gastro-Entéro.
67. NDONGO AMOUGOU Sylvie	MA	Médecine Interne/Cardiologie
68. BOOMBHI Jérôme	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
69. KUATE née MFEUKEU KWA Liliane Claudine	MA	Médecine Interne/Cardiologie
70. NGANOU Chris Nadège	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
71. ATENGUENA OBALEMBA Etienne	CC	Médecine Interne/Cancérologie Médicale
72. ETOA NDZIE épouse ETOGA Martine Claude	CC	Médecine Interne/Endocrinologie
73. KAMGA OLEN Jean Pierre Olivier	CC	Médecine Interne/Psychiatrie
74. MBONDA CHIMI Paul-Cédric	MA	Médecine Interne/Neurologie
75. NDJITTOYAP NDAM Antonin Wilson	MA	Médecine Interne/Gastroentérologie
76. NTOU ENYIME Félicien	CC	Médecine Interne/Psychiatrie
77. ANABA MELINGUI Victor Yves	AS	Médecine Interne/Rhumatologie
78. DEHAYEM YEFOU Mesmin	CC	Médecine Interne/Endocrinologie
79. ESSON MAPOKO Berthe Sabine épouse PAAMBOG	CC	Médecine Interne/Oncologie Médicale
80. FOJO TALONGONG Baudelaire	AS	Médecine Interne/Rhumatologie
81. MAÏMOUNA MAHAMAT	CC	Médecine Interne/Néphrologie
82. MASSONGO MASSONGO	MA	Médecine Interne/Pneumologie
83. MENDANE MEKOBÉ Francine épouse EKOBENA	CC	Médecine Interne/Endocrinologie
84. MINTOM MEDJO Pierre Didier	CC	Médecine Interne/Cardiologie
85. NDOBO épouse KOE Juliette Valérie Danielle	CC	Médecine Interne/Cardiologie
86. NGAH KOMO Elisabeth	CC	Médecine Interne/Pneumologie
87. NGARKA Léonard	CC	Médecine Interne/Neurologie
88. NKORO OMBEDE Grâce Anita	CC	Médecine Interne/Dermatologie
89. NTSAMA ESSOMBA Marie Josiane épouse EBODE	CC	Médecine Interne/Gériatrie
90. NZANA Victorine Bandolo épouse FORKWA M.	AS	Médecine Interne/Néphrologie
91. OWONO NGABEDE Amalia Ariane	MA	Médecine Interne/Cardiologie interventionnelle
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

DEPARTEMENT D'IMAGERIE MEDICALE ET RADIOLOGIE

95. ZEH Odile Fernande (CD)	P	Radiologie/Imagerie Médicale
96. MOUELLE SONE	P	Radiothérapie
97. NKO'O AMVENE Samuel	P	Radiologie/Imagerie Médicale

N NOMS ET PRENOMS

GRADE DISCIPLINE

DEPARTEMENT D'IMAGERIE MEDICALE ET RADIOLOGIE

98. GUEGANG GOUJOU. E.	P	Imagerie Médicale/Neuroradiologie
99. MOIFO Boniface	P	Radiologie/Imagerie Médicale

100. ONGOLO ZOGO Pierre	MCA	Radiologie/Imagerie Médicale
101. SAMBA Odette NGANO	MC	Biophysique/Physique Médicale
102. MBEDE Maggy épouse ENDEGUE MANGA	MA	Radiologie/Imagerie Médicale
103. MEKA 'H MAPENYA Ruth-Rosine	CC	Radiothérapie
104. NWATSOCK Joseph Francis	AS	Radiologie/Imagerie Médicale Médecine Nucléaire
105. SEME ENGOUMOU Ambroise Merci	AS	Radiologie/Imagerie Médicale

DEPARTEMENT DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

106. NGO UM Esther Juliette épouse MEKA (CD)	MCA	Gynécologie Obstétrique
107. BELLEY PRISO Eugène	P	Gynécologie Obstétrique
108. FOUMANE Pascal	P	Gynécologie Obstétrique
109. MBOUDOU Émile	P	Gynécologie Obstétrique
110. MBU ENOW Robinson	P	Gynécologie Obstétrique
111. NKWABONG Elie	P	Gynécologie Obstétrique
112. TEBEU Pierre Marie	p	Gynécologie Obstétrique
113. DOHBIT Julius SAMA	MC	Gynécologie Obstétrique
114. FOUEDJIO Jeanne H.	MCA	Gynécologie Obstétrique
115. KEMFANG NGOWA Jean Dupont	P	Gynécologie Obstétrique
116. MVE KOH Valère Salomon	MC	Gynécologie Obstétrique
117. NGO UM Esther Juliette épouse MEKA	MCA	Gynécologie Obstétrique
118. NOA NDOUA Claude Cyrille	MCA	Gynécologie Obstétrique
119. BELINGA Etienne	MCA	Gynécologie Obstétrique
120. ESSIBEN Félix	MCA	Gynécologie Obstétrique
121. METOGO NTSAMA Junie Annick	MA	Gynécologie Obstétrique
122. EBONG Cliford EBONTANE	AS	Gynécologie Obstétrique
123. MBOUA BATOUM Véronique Sophie	CC	Gynécologie Obstétrique
124. MENDOUA Michèle Florence épouse NKODO	AS	Gynécologie Obstétrique
125. NSAHLAI Christiane JIVIR FOMU	CC	Gynécologie Obstétrique
126. NYADA Serge Robert	CC	Gynécologie Obstétrique
127. TOMPEEN Isidore	AS	Gynécologie Obstétrique

DEPARTEMENT D'OPHTALMOLOGIE, D'ORL ET DE STOMATOLOGIE

128. DJOMOU François (CD)	P	ORL
129. BELLA Assumpta Lucienne	P	Ophtalmologie
130. EBANA MVOGO Côte	P	Ophtalmologie
131. NDJOLO Alexis	P	ORL
132. NJOCK Richard	P	ORL
133. OMGBWA EBALE André	P	Ophtalmologie
134. BILLONG Yannick	MCA	Ophtalmologie
135. DOHVOMA Andin Viola	MCA	Ophtalmologie
136. EBANA MVOGO Stève Robert	MCA	Ophtalmologie
137. ÉPÉE Émilienne épouse ONGUENE	P	Ophtalmologie
138. KAGMENI Gilles	P	Ophtalmologie
139. KOKI Godefroy	MCA	Ophtalmologie
140. MINDJA EKO David	MC	ORL/Chirurgie maxillo-faciale
141. NGABA Olive	MC	ORL
142. ANDJOCK NKOOU Yves Christian	MA	ORL
143. ASMAOU BOUBA Dalil	CC	ORL
144. BOLA SIAFA Antoine	CC	ORL
145. MVILONGO TSIMI épouse BENGONO Caroline	MA	Ophtalmologie
146. AKONO ZOUA épouse ETEME Marie Evodie	CC	Ophtalmologie
147. ATANGA Léonel Christophe	CC	ORL-CCF
148. MEVA 'A BIOUELE Roger Christian	CC	ORL-CCF
149. MOSSUS Yannick	CC	ORL-CCF
150. NANFACK NGOUNE Chantal	CC	Ophtalmologie
151. NGO NYEKI Adèle-Rose épouse MOUAHA-BELL	CC	ORL-CCF
152. NOMO Arlette Francine	CC	Ophtalmologie

N NOMS ET PRENOMS

GRADE

DISCIPLINE

DEPARTEMENT DE PEDIATRIE

153. ONGOTSOYI Angèle épouse PONDY (CD)	P	Pédiatrie
154. KOKI NDOMBO Paul	P	Pédiatre
155. ABENA OBAMA Marie Thérèse	P	Pédiatrie
156. CHIABI Andreas	P	Pédiatrie

157. CHELO David	P	Pédiatrie
158. NGUEFACK Séraphin	P	Pédiatrie
159. MBASSI AWA	MC	Pédiatrie
160. MAH Evelyn	P	Pédiatrie
161. NGO UM KINJEL Suzanne épouse SAP	MCA	Pédiatrie
162. NGUEFACK épouse DONGMO Félicitée	P	Pédiatrie
163. ONGOTSOYI Angèle H.	MC	Pédiatrie
164. KALLA Ginette Claude épouse MBOPI KEOU	MC	Pédiatrie
165. NOUBI N. épouse KAMGAING M.	CC	Pédiatrie
166. MEKONE NKWELE Isabelle	MA	Pédiatrie
167. EPEE épouse NGOUE Jeannette	CC	Pédiatrie
168. KAGO TAGUE Daniel Armand	AS	Pédiatrie
169. MEGUIEZE Claude-Audrey	CC	Pédiatrie
170. TONY NENGOM Jocelyn	CC	Pédiatrie

DEPARTEMENT DE MICROBIOLOGIE, PARASITOLOGIE, HEMATOLOGIE ET MALADIES INFECTIEUSES

171. MBOPI KEOU François-Xavier (CD)	P	Bactériologie/ Virologie
172. ADIOGO Dieudonné	P	Microbiologie/Virologie
173. GONSU née KAMGA Hortense	P	Bactériologie
174. LUMA Henry	P	Bactériologie/ Virologie
175. MBANYA Dora	P	Hématologie
176. OKOMO ASSOUMOU Marie Claire	P	Bactériologie/ Virologie
177. TAYOU TAGNY Claude	P	Microbiologie/Hématologie
178. TOUKAM Michel	MC	Microbiologie
179. CHETCHA CHEMEGNI Bernard	MA	Microbiologie/Hématologie
180. KINGE Thomson NJIE	CC	Maladies Infectieuses
181. LYONGA Emilia ENJEMA	MC	Microbiologie Médicale
182. NDOUMBA NKENGUE Annick épouse MINTYA	CC	Hématologie
183. NGANDO Laure épouse MOUDOUTE	MA	Parasitologie
184. VOUNDI VOUNDI Esther	CC	Virologie
185. BEYELA Frédéric	AS	Maladies Infectieuses
186. BOUM II YAP	CC	Microbiologie
187. ESSOMBA René Ghislain	AS	Immunologie et Maladies Infectieuses
188. MEDI SIKE Christiane Ingrid	AS	Biologie Clinique
189. NGOGANG Marie Paule	MA	Biologie Clinique
190. ANGANDJI TIPANE Prisca épouse ELLA	AS	Biologie Clinique /Hématologie

DEPARTEMENT DE SANTE PUBLIQUE

191. KAMGNO Joseph (CD)	P	Santé publique/Epidémiologie
192. ESSI Marie-José	P	Santé publique/Anthropologie médicale
193. BEDIANG Georges Wylfred	MCA	Santé publique/Informatique Médicale
194. NGUEFACK TSAGUE	MC	Santé publique /Biostatistique
195. TAKOUGANG Innocent	MC	Santé publique
196. TANYA née NGUTI K. A.	MC	Nutrition
197. BILLONG Serges Clotaire	CC	Santé publique/ Management de la santé
198. KEMBE ASSAH Félix	CC	Santé Publique/Epidémiologie
199. KWEDI JIPPE Anne Sylvie	CC	Santé Publique/Epidémiologie
200. MOSSUS Tatiana née ETOUNOU AKONO	CC	Santé publique/Promotion de la Santé
201. NJOUMEMI ZAKARIAOU	CC	Santé publique /Economie de la Santé
202. ABBA-KABIR HAAMIT-M	AS	Santé publique / Economie de la Santé
203. AMANI ADIDJA	AS	Santé Publique
204. EYEBE EYEBE Serge Bertrand	CC	Santé Publique/Epidémiologie
205. MBA MAADJHOU Berjauline Camille	AS	Santé Publique/Epidémiologie nutritionnelle

N NOMS ET PRENOMS

GRADE

DISCIPLINE

DEPARTEMENT DES SCIENCES MORPHOLOGIQUES-ANATOMIE PATHOLOGIQUE

206. MENDIMI NKODO Joseph (CD)	P	Anatomie pathologie
207. ESSAME OYONO	P	Anatomie pathologie
208. FEWOU Amadou	P	Anatomie pathologie
209. SANDO Zacharie	P	Anatomie pathologie
210. BISSOU MAHOP	MC	Médecine de Sport
211. KABEYENE OKONO Angèle	MC	Histologie/embryologie
212. AKABA Désiré	MC	Anatomie humaine

213. CHELO David	P	Pédiatrie
214. NGUEFACK Séraphin	P	Pédiatrie
215. MBASSI AWA	MC	Pédiatrie
216. MAH Evelyn	P	Pédiatrie
217. NGO UM KINJEL Suzanne épouse SAP	MCA	Pédiatrie
218. NGUEFACK épouse DONGMO Félicité	P	Pédiatrie
219. ONGOTSOYI Angèle H.	MC	Pédiatrie
220. KALLA Ginette Claude épouse MBOPI KEOU	MC	Pédiatrie
221. NOUBI N. épouse KAMGAING M.	CC	Pédiatrie
222. MEKONE NKWELE Isabelle	MA	Pédiatrie
223. EPEE épouse NGOUE Jeannette	CC	Pédiatrie
224. KAGO TAGUE Daniel Armand	AS	Pédiatrie
225. MEGUIEZE Claude-Audrey	CC	Pédiatrie
226. TONY NENGOM Jocelyn	CC	Pédiatrie

DEPARTEMENT DE MICROBIOLOGIE, PARASITOLOGIE, HEMATOLOGIE ET MALADIES INFECTIEUSES

227. MBOPI KEOU François-Xavier (CD)	P	Bactériologie/ Virologie
228. ADIOGO Dieudonné	P	Microbiologie/Virologie
229. GONSU née KAMGA Hortense	P	Bactériologie
230. LUMA Henry	P	Bactériologie/ Virologie
231. MBANYA Dora	P	Hématologie
232. OKOMO ASSOUMOU Marie Claire	P	Bactériologie/ Virologie
233. TAYOU TAGNY Claude	P	Microbiologie/Hématologie
234. TOUKAM Michel	MC	Microbiologie
235. CHETCHA CHEMEGNI Bernard	MA	Microbiologie/Hématologie
236. KINGE Thomson NJIE	CC	Maladies Infectieuses
237. LYONGA Emilia ENJEMA	MC	Microbiologie Médicale
238. NDOUMBA NKENGUE Annick épouse MINTYA	CC	Hématologie
239. NGANDO Laure épouse MOUDOUTE	MA	Parasitologie
240. VOUNDI VOUNDI Esther	CC	Virologie
241. BEYELA Frédéric	AS	Maladies Infectieuses
242. BOUM II YAP	CC	Microbiologie
243. ESSOMBA René Ghislain	AS	Immunologie et Maladies Infectieuses
244. MEDI SIKE Christiane Ingrid	AS	Biologie Clinique
245. NGOGANG Marie Paule	MA	Biologie Clinique
246. ANGANDJI TIPANE Prisca épouse ELLA	AS	Biologie Clinique /Hématologie

DEPARTEMENT DE SANTE PUBLIQUE

247. KAMGNO Joseph (CD)	P	Santé publique/Epidémiologie
248. ESSI Marie-José	P	Santé publique/Anthropologie médicale
249. BEDIANG Georges Wylfred	MCA	Santé publique/Informatique Médicale
250. NGUEFACK TSAGUE	MC	Santé publique /Biostatistique
251. TAKOUGANG Innocent	MC	Santé publique
252. TANYA née NGUTI K. A.	MC	Nutrition
253. BILLONG Serges Clotaire	CC	Santé publique/ Management de la santé
254. KEMBE ASSAH Félix	CC	Santé Publique/Epidémiologie
255. KWEDI JIPPE Anne Sylvie	CC	Santé Publique/Epidémiologie
256. MOSSUS Tatiana née ETOUNOU AKONO	CC	Santé publique/Promotion de la Santé
257. NJOUMEMI ZAKARIAOU	CC	Santé publique /Economie de la Santé
258. ABBA-KABIR HAAMIT-M	AS	Santé publique / Economie de la Santé
259. AMANI ADIDJA	AS	Santé Publique
260. EYEBE EYEBE Serge Bertrand	CC	Santé Publique/Epidémiologie
261. MBA MAADJHOU Berjauline Camille	AS	Santé Publique/Epidémiologie nutritionnelle

N NOMS ET PRENOMS

GRADE

DISCIPLINE

DEPARTEMENT DES SCIENCES MORPHOLOGIQUES-ANATOMIE PATHOLOGIQUE

262. MENDIMI NKODO Joseph (CD)	P	Anatomie pathologie
263. ESSAME OYONO	P	Anatomie pathologie
264. FEWOU Amadou	P	Anatomie pathologie
265. SANDO Zacharie	P	Anatomie pathologie
266. BISSOU MAHOP	MC	Médecine de Sport
267. KABEYENE OKONO Angèle	MC	Histologie/embryologie
268. AKABA Désiré	MC	Anatomie humaine

269. NGONGANG Gilbert Frank Olivier	MA	Médecine légale
270. NSEME Eric	MC	Médecine légale
271. MENDOUGA MENYE Coralie Reine Bertine épouse KOUOTOU	AS	Anatomie pathologie

DEPARTEMENT DE BIOCHIMIE

272. NDONGO EMBOLA épouse TORIMIRO Judith (CD)	P	Biologie Moléculaire
273. PIEME Constant Anatole	P	Biochimie
274. AMA MOOR Vicky Joceline	P	Biologie Clinique/Biochimie
275. EUSTACE BONGHAN BERINYUY	CC	Biochimie
276. GUEWO FOKENG Magellan	CC	Biochimie
277. MBONO SAMBA ELOUMBA Esther Astrid	AS	Biochimie

DEPARTEMENT DE PHYSIOLOGIE

278. ETOUNDI NGOA Laurent Serges (CD)	P	Physiologie
279. ASSOMO NDEMBA Peguy Brice	MC	Physiologie
280. AZABJI KENFACK Marcel	CC	Physiologie
281. DZUDIE TAMDJIA Anastase	CC	Physiologie
282. EBELL'A DALLE Ernest Remy Hervé	AS	Physiologie humaine

DEPARTEMENT DE PHARMACOLOGIE ET DE MEDECINE TRADITIONNELLE

283. NGONO MBALLA Rose épouse ABONDO (CD)	MC	Pharmaco-thérapeutique africaine
284. NDIKUM Valentine	CC	Pharmacologie
285. ONDOUA NGUELE Marc Olivier	AS	Pharmacologie

DEPARTEMENT DE CHIRURGIE BUCCALE, MAXILLO-FACIALE ET PARODONTOLOGIE

286. BENGONDO MESSANGA Charles (CD)	P	Chirurgie maxillofaciale
287. NOKAM TAGUEMNE M.E.	CC	Médecine Dentaire
288. BITHA BEYIDI Thècle Rose Claire	AS	Chirurgie maxillofaciale
289. GAMGNE GUIADEM Catherine M	AS	Chirurgie Dentaire
290. EDOUMA BOHIMBO Jacques Gérard	CC	Stomatologie / Chirurgie
291. LOWE NANTCHOUANG Jacqueline Michèle épouse ABISSEGUE	CC	Odontologie Pédiatrique
292. Jules Julien NDJOH	CC	Chirurgie dentaire Implantologie
293. MBEDE NGA MVONDO Rose	CC	Médecine buccodentaire
294. MENGONG épouse MONEBOULOU Hortense	CC	Odontologie pédiatrique
295. NIBEYE Yannick Carine Brice	AS	Stomatologie / Bactériologie
296. KWEDI Karl Guy Grégoire	AS	Chirurgie buccodentaire
297. NKOLO TOLO Francis Daniel	AS	Chirurgie buccodentaire

DEPARTEMENT DE PHARMACOGNOSIE ET CHIMIE PHARMACEUTIQUE

298. NTSAMA ESSOMBA Claudine Mireille (CD)	P	Pharmacognosie / Chimie pharmaceutique
299. NGAMENI Barthélémy	P	Phytochimie/ Chimie Organique
300. NGOUPAYO Joseph	P	Phytochimie/Pharmacognosie
301. GUEDJE Nicole Marie	MC	Ethnopharmacologie/Biologie végétale
302. BAYAGA Hervé Narcisse	AS	Pharmacie

DEPARTEMENT DE PHARMACOTOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE

303. ZINGUE Stéphane (CD)	MC	
304. FOKUNANG Charles	P	Biologie Moléculaire
305. MPONDO MPONDO Emmanuel	P	Pharmacie
306. TEMBE Estella épouse FOKUNANG	MC	Pharmacologie Clinique
307. TABI OMGBA	CC	Pharmacie
308. NENE AHIDJO épouse NJITUNG TEM	AS	Neuropharmacologie

N NOMS ET PRENOMS GRADE DISCIPLINE

DEPARTEMENT DE PHARMACIE GALENIQUE ET LEGISLATION PHARMACEUTIQUE

309. NNANGA NGA Emmanuel (CD)	P	Pharmacie Galénique
310. MBOLE Jeanne Mauricette épouse MVONDO M.	CC	Management de la qualité, Contrôle qualité des produits de santé et des aliments
311. SOPPO LOBE Charlotte Vanessa	CC	Contrôle qualité médicaments
312. MINYEM NGOMBI Aude Périne ép. AFUH	AS	Réglementation Pharmaceutique
313. NYANGONO NDONGO Martin	AS	Pharmacie
314. ABA'A Marthe Dereine	AS	Analyse du Médicament

P : Professeur
MC : Maître de Conférences
MCA : Maître de Conférences Agrégé
MA : Maître Assistant
CC : Chargé de Cours
AS : Assistant

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Profil sociodémographique des habitants de Biyem-Assi I et Mbankomo	24
Tableau II : Profil sociodémographique du personnel soignant.....	25
Tableau III : Accessibilité géographique des habitants de Biyem-Assi I et Mbankomo	26
Tableau IV : Accessibilité géographique des FOSA de Biyem-Assi I et Mbankomo.....	27
Tableau V : Accessibilité économique des habitants de Biyem-Assi I et Mbankomo	28
Tableau VI : Accessibilité économique des FOSA de Biyem-Assi I et Mbankomo.....	30
Tableau VII : Littératie en santé.....	31
Tableau VIII : Itinéraires thérapeutiques des populations de Biyem-Assi I et Mbankomo ...	32
Tableau IX : Satisfaction des populations de Biyem-Assi I et Mbankomo.....	33
Tableau X : Perception du personnel soignant	34

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Schéma du recrutement des personnes de Biyem-Assi I et Mbankomo.....	22
Figure 2 : Schéma de recrutement du personnel soignant des FOSA de Biyem-Assi I et Mbankomo.....	23
Figure 3 : Profil des FOSA.....	25
Figure 4 : Distance parcourue par les habitants	27
Figure 5 : Dépenses en transport	29
Figure 6 : Distribution des difficultés rencontrées par aires de santé	34

LISTE DES ABREVIATIONS

ARS :	Agence Régionale de Santé
CMU-C :	Couverture Médicale Universelle Complémentaire
CSI :	Centre de Santé Intégré
DREES :	Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques
DS :	Désert Sanitaire
EDS :	Enquête Démographique et de Santé
FOSA :	Formation Sanitaire
IFORD :	Institut de Formation et de Recherche Démographiques
INS :	Institut National de la Statistique
IRDES :	Institut de Recherche et de Documentation En Santé
MINATD :	Ministère de l'Administration Territoriale et de la Décentralisation
MINSANTE:	Ministère de la Santé Publique
NHI :	Assurance Nationale de Santé (National Health Insurance)
ODD :	Objectif de Développement Durable
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
SSP :	Soins de Santé Primaire

RESUME

Contexte : Les inégalités en santé trouvent leur origine dans des facteurs multiples et se sont accumulées au fil des années impactant de ce fait l'accès et le recours aux soins de santé. Ainsi, d'importantes inégalités existent, les barrières étant géographique, économique ou socioculturelle. En dépit de la mise en œuvre de politiques de santé structurées avec à l'appui des partenaires techniques et financiers, l'opportunité de se soigner correctement semble demeurer un réel défi au Cameroun. Aussi, peu d'études se sont attelées à objectiver ces barrières dans des zones urbaines, en contexte de désert médical, remettant en cause le caractère prééminent de celles-ci.

Objectif : Analyser les inégalités d'accès aux soins en situation de désert médical à Yaoundé.

Méthodologie : L'étude a été menée dans la ville de Yaoundé, précisément au sein de deux aires de santé, celle de Biyem-Assi I et de Mbankomo. La population d'étude était constituée de 264 individus vivant au sein de ces 02 aires, 190 personnels soignants et 33 structures de santé. L'analyse des données quantitatives s'est faite à l'aide du logiciel IBM-SPSS 23.0. Les résultats ont été présentés sous forme de fréquences, de tableaux et de graphiques.

Résultats : Le sex ratio de la population d'étude constituée de personnes vivant dans les aires de santé concernées était respectivement de 0,69 avec pour moyenne d'âge 38,5, celui du personnel soignant 0,26 avec pour moyenne d'âge 34,4. L'effectif des FOSA comprenait à 69,8% moins de 30 membres en personnel.

Le statut d'employé du secteur informel était le plus représenté soit 59,5% avec 31,2% à Biyem-Assi I contre 68,8% à Mbankomo. S'agissant des inégalités géographiques, 78,5% des populations parcouraient moins de 5km avec 50,7% à Biyem-Assi I contre 49,3% à Mbankomo tandis que les contraintes de distance présentes concernaient 82,3% des personnes de Mbankomo contre 17,7% à Biyem-Assi I. Les consultations externes de moins de 20 heures concernaient uniquement l'aire de Mbankomo. Le taux d'absentéisme le plus prépondérant du personnel au sein des FOSA avait été observé en majorité chez les médecins spécialistes avec un taux de présence de 94,8% à Biyem-Assi I contre 5,2% à Mbankomo. Pour ce qui est des inégalités économiques, les dépenses de moins de 1000 francs étaient les plus représentées avec 27,4% à Biyem-Assi I contre 72,6 % à Mbankomo. La fourche de prix d'examen de radio allait de 3500 à 14000 francs à Biyem-Assi I contre 6000 à 7000 francs à Mbankomo. Les sources d'argent étaient issues des salaires à 55% à Biyem-Assi I et d'épargne à 60% à Mbankomo.

Enfin, les inégalités socioculturelles se traduisaient par le fait que 71,4% des populations de Biyem-Assi I étaient assurées contre 28,6% à Mbankomo. Les recours en cas de maladie légère avaient été l'automédication estimée à 40,9% à Biyem-Assi I tandis qu'à Mbankomo, ils étaient à 45,5% la médecine traditionnelle.

Conclusion : Malgré la connaissance descriptive de nombreux déterminants de l'accès aux soins, les disparités perdurent produisant ainsi des résultats sanitaires incompatibles avec ceux visés par les objectifs du millénaire pour le développement. Ainsi, le besoin en proposition d'adaptations structurelles devrait être comblé afin de permettre à ces populations de bénéficier du juste enchaînement et au bon moment des différentes compétences professionnelles liées aux soins.

Mots clés : Inégalités en santé, Accès aux soins, Désert sanitaire, Cameroun

ABSTRACT

Context: Health inequalities have their origins in multiple factors and have accumulated over the years, thus impacting access to and use of health care. So, significant inequalities exist, the barriers being geographical, economic or sociocultural. Despite the implementation of structured health policies with the support technical and financial partners, the opportunity to treat oneself correctly seems remain a real challenge in Cameroon. Also, few studies have attempted to objectify these barriers in urban areas, in the context of medical desert, calling into question the prominent character among them.

Methodology: The study was conducted in the city of Yaounde, precisely within two areas, Biyem-Assi I and Mbankomo. The study population was interviewed during the collection data, including 33 health facilities, 264 people of these health areas and 190 personnel of the various health structures. Quantitative analysis was done using IBM-SPSS 23.0 software. The results were presented in the form of frequencies, tables and graphs.

Results: The sex ratio of the study population made up of people living in the health areas concerned was respectively 0,69 with an average age of 38,5, that of the healthcare staff 0,26 with an average age of 34,4. 69,8% of health facilities had fewer than 30 staff members. The status of employee in the informal sector was the most represented, 59,5% with 31,2% in Biyem-Assi I compared to 68,8% in Mbankomo. Regarding geographical inequalities, 78,5% of the populations traveled less than 5 km with 50,7% in Biyem-Assi I against 49,3% in Mbankomo while the distance constraints present concerned 82,3% of people in Mbankomo compared to 17,7% in Biyem-Assi I. External consultations lasting less than 20 hours only concerned the Mbankomo area. In terms of economic inequalities, healthcare expenses of less than 1000 francs were the most represented with 27,4% in Biyem-Assi I compared to 72,6% in Mbankomo. The price range for radio examination was from 3500 to 14000 francs compared to 6000 to 7000 francs in Mbankomo. Finally, sociocultural inequalities resulted in the fact that 71,4% of the populations of Biyem-Assi I were insured compared to 28,6% in Mbankomo. The recourses in case of mild illness had been self-medication estimated at 40,9% in Biyem-Assi I while in Mbankomo they were at 45,5% traditional medicine.

CONCLUSION: Despite the descriptive knowledge of many determinants of access to care, disparities persist, thus producing health outcomes that are incompatible with those targeted by the millennium development goals. Thus, the need proposal structural adaptations should be

made allow these populations to benefit the right sequence and at the right time of the differences in related professional skills taking care.

Keywords: Health inequalities, Access to healthcare, health desert, Cameroon.

INTRODUCTION

Les inégalités sociales de santé sont des différences systématiques en santé, exclusivement liées à des facteurs sociétaux extérieurs aux individus, et considérées de ce fait comme évitables et injustes [1]. Le rapport mondial du suivi de la couverture sanitaire universelle de 2022 révélait que les pays à revenu élevé et ceux à revenu intermédiaire tendent à offrir une meilleure couverture des services de santé et une espérance de vie en bonne santé à la naissance plus élevée que les pays à revenu faible avec environ 10 années supplémentaires de vie en bonne santé [2]. Dans de nombreux pays en voie de développement, les infrastructures sanitaires sont insuffisantes et une grande majorité de la population, n'a pas accès aux soins de santé. C'est dans la région africaine que la pénurie de personnels de santé est la plus grave avec en moyenne 1,3 agent de santé pour 1000 habitants en 2015 [3]. Du fait de ce manque criant de professionnels de santé dans les hôpitaux où le matériel est bien souvent obsolète et qui sont, pour une large partie de la population beaucoup trop mal desservis, auxquels il faut ajouter des traitements souvent trop coûteux pour les bourses des patients et de leurs proches, le système de santé demeure défaillant sur une large partie du continent.

En 2016, le profil sanitaire analytique du Cameroun a relevé que la proportion de la population desservie par une formation sanitaire fonctionnelle située à une heure de marche était estimée à 58% avec un indice de satisfaction des utilisateurs évalué à 40% [4]. En 2014, seules 1% et 2% de la population était couverte par les mutuelles de santé et l'assurance maladie privée respectivement, et les Comptes Nationaux de la Santé de 2012 signalent que les dépenses directes des ménages représentaient 70,4%, dont près d'un tiers consacré à l'achat des médicaments [4,5]. Pour 11 % des membres des ménages déclarés malades ou blessés au cours des 30 jours précédant l'enquête démographique et de santé de 2011, 52 % ont eu recours à l'automédication; dans 51 % des cas, des conseils ou un traitement ont été recherchés auprès du secteur médical mais seulement 14 % des malades/blessés ont été hospitalisés [5]. Les deux métropoles que sont Yaoundé et Douala abritent à elles seules près de 20% de la population générale avec 52 % de celle-ci vivant en milieu urbain [5]. Le recensement général du personnel de santé de 2011 a dénombré 38207 membres dont 66% en activité dans le secteur public [3]. Le système de santé camerounais s'est construit de façon progressive, pour apporter une réponse globale au défi de l'accès aux soins. Cependant, la réalité de leur prise en charge demeure insuffisante. De plus, de nombreuses études semblent s'enquérir en majorité de la situation des populations des zones rurales. A cet effet, la présente étude avait pour objectif d'analyser les inégalités d'accès aux soins de la zone périurbaine afin de proposer des améliorations relatives à l'organisation de l'offre et à la capacité à y parvenir.

Chapitre I : PROBLEMATIQUE

I.1 JUSTIFICATION DU SUJET

En matière d'accessibilité aux soins de santé, les lacunes jadis présentes se sont accentuées du fait de la pénurie actuelle en personnel de santé, produisant ainsi des résultats sanitaires incompatibles avec ceux visés par les objectifs du millénaire pour le développement. Aussi, les inégalités d'accès aux lieux de soins ont-elles été peu étudiées à l'échelle intra-urbaine, priorisant malencontreusement la mise en œuvre de mesures salvatrices au sein des zones rurales qui semblent les seules à être en proie aux limites du système de santé.

I.2 QUESTION DE RECHERCHE

Quelles sont les inégalités d'accès aux soins des populations en zone urbaine périphérique dans une situation de désert médical ?

I.3 HYPOTHESE DE RECHERCHE

L'égalité d'accès aux soins ne cesse d'y être compromise relevant ainsi les multiples failles d'un système de santé d'ores et déjà très fragile, qui doivent être comblées pour ainsi garantir un meilleur état de santé des populations.

I.4 OBJECTIFS

I.4.1 Objectif général

Analyser les inégalités d'accès aux soins en situation de désert médical à Yaoundé.

I.4.2 Objectifs spécifiques

1. Identifier les inégalités géographiques d'accès aux soins de santé en situation de désert médical,
2. Décrire les inégalités économiques d'accès aux soins qui y sont rencontrées,
3. Analyser les inégalités socio-culturelles d'accès aux soins de santé.

I.5 LISTE DES VARIABLES

Accessibilité géographique : distance, temps, moyens de transport, humaines, techniques, matérielles, planning, étendue, capacité.

Accessibilité économique : recours, financement, générateur de ressources, matériel, examens, services, salaire, fournitures médicales, coûts de fonctionnement.

Acceptabilité : connaissances, attitudes, pratiques, communication, satisfaction, interaction, efficacité, pertinence, utilité.

Recommandations : MINSANTE, MINFOPRA, personnel soignant, malade.

I.6 DEFINITIONS OPERATIONNELLES

- Inégalités d'accès aux soins : différences en termes d'opportunité pour atteindre et obtenir des services de santé appropriés dans les situations de besoins de soins perçus [11].

- Inégalités géographiques : différences dans la disponibilité des services (géographique et organisationnelle), dans la capacité à les atteindre [11,12].
- Inégalités économiques : différences dans la capacité de payer les soins de santé qu'ils s'agissent de frais directs de soins que des frais de transport et des pertes de temps et de revenus encourus [11].
- Inégalités socioculturelles : différences des facteurs culturels et sociaux qui déterminent le niveau de concordance des caractéristiques des services de santé avec les normes et croyances sociales et culturelles. Elles impliquent des discordances dans la possibilité pour les personnes d'accepter divers aspects des services de santé (par exemple, le sexe ou le groupe social des prestataires, la croyance associées aux systèmes de santé) et l'opportunité pour les personnes de rechercher les soins de santé [12].
- Désert médical : zone où la concentration de professionnels médicaux et d'établissements de santé est inférieure de 30% à la moyenne nationale (cette valeur étant pondérée par les caractéristiques d'une part de la population en terme d'âge, d'état de santé... et des professionnels considérés d'autre part de la zone étudiée) [31].
- Soins de santé : biens essentiels au sens où ils sont indispensables à chacun afin de préserver des aléas de la maladie [7].
- Financement de la santé : ensemble de toutes les étapes allant de l'origine des fonds au paiement des services de santé et tous les dispositifs compris entre les deux [7].
- Littératie en santé : connaissances, motivation et compétences des personnes pour accéder aux informations sur la santé, les comprendre, les évaluer et les appliquer afin de porter des jugements et de prendre des décisions dans leur vie quotidienne relatives aux soins de santé, à la prévention des maladies et à la promotion de la santé pour maintenir ou améliorer leur qualité de vie tout au long de leur vie [1].
- Relation soignant-soigné : lien existant entre deux personnes de statut différent, la personne soignée et le professionnel de santé [8].

I.7 CADRE THEORIQUE

Cette recherche s'est inscrite dans le cadre de la promotion de la santé, sous-spécialité réorientations des services.

I.8 INTERET DE LA RECHERCHE

La présente recherche a contribué à produire des données pour permettre aux décideurs de santé publique d'émettre des stratégies dans le but d'adapter leurs interventions.

Chapitre II : REVUE DE LA LITTERATURE

II.1 GENERALITES

Malgré de remarquables progrès de l'état de santé et de l'espérance de vie dans de nombreux pays, de nombreuses inégalités subsistent non seulement entre les pays, mais aussi entre les groupes de population au sein de chaque pays. Les habitudes de vie à risque semblent être plus présentes chez les personnes en situation sociale défavorisée mais la relation entre les facteurs de risques et le niveau d'éducation par exemple demeure complexe.

II. 1. 1. Inégalités sociales en santé

Le concept d'inégalités sociales de santé connaît un intérêt croissant chez les scientifiques et dans le monde politique. Plus généralement, les inégalités sociales touchent des groupes sociaux, qui se distinguent selon des critères relevant du niveau de richesse, des occupations manuelles ou intellectuelles, du niveau d'éducation, de la culture, de la langue, du sexe, de l'orientation sexuelle, de la couleur de peau ou de la religion. Ainsi, il apparaît que certains groupes sont en moins bonne santé que d'autres [1].

Si l'accès aux soins n'est pas équitable entre les groupes sociaux, les inégalités en termes de santé peuvent s'en trouver exacerbées. Les études indiquent que les catégories les plus vulnérables ne reçoivent pas tous les soins nécessaires alors que les besoins y sont plus importants qu'ailleurs. L'inégalité dans l'accès aux soins, imputable à des obstacles géographiques, financiers et/ou socioculturels, est présente presque partout. Le coût des soins de santé représente un fardeau de plus en plus difficile à supporter pour les personnes socialement et économiquement vulnérables ; et tout indique que « la disponibilité des soins médicaux de qualité tend à varier de façon inversement proportionnelle aux besoins de la population desservie » [9].

II.1. 2. Système de santé

Les inégalités peuvent s'expliquer également par le rôle du système de santé. La contribution des soins à l'état de santé de la population a déjà suscité bien des controverses. Plusieurs approches ont été développées pour tenter de quantifier la part prise par le système de santé publique dans l'amélioration de la santé. La plus largement utilisée à ce jour se fonde sur les données relatives à la mortalité, qui sont aisément disponibles, et échafaude des hypothèses sur certaines causes de décès qu'il devrait être possible de prévenir par une intervention médicale efficace en temps opportun [9].

Un système de santé devrait être conçu pour répondre de manière équitable, efficace et adaptée aux besoins de toute la population. Pour analyser un système de santé, il faut faire un rapprochement des données sur l'état de santé de la population, du niveau de distribution de certains déterminants socio-économiques (PIB et PIB/habitant, revenu par habitant, taux de

scolarisation, proportion de personnes pauvres), comportementaux (habitudes de vie à risque telles que la consommation de tabac et d'alcool par habitant), liés au système de soins (dépense de santé/ PIB et/habitant, densité des médecins et autres professions de santé, des lits d'hôpitaux et indicateurs d'activités). Ce qui permet d'avoir des éléments de comparaison avec d'autres pays [10].

L'un des principaux défis actuels de notre système de santé est sa faible capacité à répondre de manière satisfaisante aux besoins de santé de toute la population afin d'améliorer les indicateurs de santé et d'atteindre la Couverture Santé Universelle (CSU) qui est l'un des principaux Objectifs de Développement Durable (ODD) auxquels le pays a souscrit et qu'il devra atteindre d'ici 2030 [5]. Le système de santé dispose de deux types d'offres de services et de soins : les Soins de Santé Primaire (SSP) et les soins de santé secondaires et tertiaires. Cette offre est soutenue par des interventions de plusieurs organisations et comités techniques. Les SSP constituent la stratégie fondamentale d'offres de services et de soins de santé. L'offre de services et de soins reposent sur les stratégies fixes et avancées. Les FOSA sont classées en sept catégories : (i) les hôpitaux généraux, (ii) les hôpitaux centraux, (iii) les hôpitaux régionaux, (iv) les hôpitaux de district, (v) les centres médicaux d'arrondissement, (vi) les centres de santé intégré et (vii) les centres de santé ambulatoires. Cependant, on note l'application insuffisante de certains principes de base des SSP tels que la participation communautaire, la collaboration intersectorielle, la disponibilité des technologies sanitaires appropriées, l'équité et la justice sociale. Ces facteurs limitent l'accès optimal des populations aux interventions du Paquet Minimum d'Activités (PMA) et du Paquet complémentaire (PC). Par ailleurs, la qualité des services et des soins reste insuffisante, à tous les niveaux, en raison des plateaux techniques (matériels et ressources humaines) peu adéquats, d'une faible culture d'amélioration continue de la qualité (maintenance des équipements, formation continue, etc.), d'un système de référence/contre référence peu fonctionnel, et de la faible disponibilité des médicaments et consommables médicaux essentiels.

Par ailleurs, les populations ont également recours à la médecine traditionnelle pour des raisons socioculturelles et économiques [4]. Un Recensement général du personnel de santé (RGPS) a été effectué en 2011 suivi de l'élaboration d'un Plan de Développement des Ressources Humaines (PDRH) en 2013. En 2011, on dénombrait 38 207 personnels dont 25 183 personnels dans le public (66%) et 13 024 (34%) personnels dans le privé. Ce personnel se déclinait en 1842 médecins, 18 954 para-médicaux et 17411 personnels administratifs et d'appui dont plus du tiers dans les services centraux [4].

Pour faciliter l'accès financier aux soins, plusieurs stratégies ont été développées telles que les mutuelles de santé, les politiques de gratuité et l'assurance. Les politiques de gratuité concernent certaines maladies et services, et la prise en charge de certaines cibles (femmes enceintes, enfants de moins de 5 ans et personnes économiquement et socialement défavorisées). En 2014, seules 1% et 2% de la population étaient couvertes par les mutuelles de santé et l'assurance maladie privée respectivement [4].

II. 1. 3. Accès aux soins

L'accès aux soins de santé s'énonce comme l'opportunité d'atteindre et d'obtenir des services de santé appropriés dans les situations de besoins de soins perçus. L'accès est perçu comme résultant de l'interface entre les caractéristiques des personnes, des familles, des environnements sociaux et physiques et les caractéristiques des systèmes de santé, des organisations et des fournisseurs [11]. L'accès aux soins est un concept multidimensionnel. La conceptualisation retenue comporte cinq dimensions : l'approchabilité, l'acceptabilité, la disponibilité des services (géographique et organisationnelle), l'abordabilité et l'adéquation. [12]. Chacune de ces dimensions a son pendant associé à l'habileté des personnes à obtenir les soins de santé, respectivement : capacité de percevoir, capacité de rechercher, capacité d'atteindre, capacité de payer et capacité d'engagement. Des cinq, trois dimensions seront évaluées tout au long de cette étude [11].

II.1.3.1 Accessibilité géographique

La disponibilité des services se traduit par la caractéristique de ces services à être utilisés, à être à disposition, disponible. Dans le domaine de la recherche en santé, il traduit l'existence physique de ressources sanitaires ayant une capacité suffisante pour produire des services [11]. Elle est influencée par un ensemble de facteurs : la répartition géographique sur le territoire, le développement d'une offre de services mobiles, les heures d'ouverture, la façon dont la prise de rendez-vous est organisée, la façon dont les services communiquent avec les patients via des canaux accessibles et utilisables par l'ensemble de la population, incluant aussi la communication pour faire connaître les services. L'accès à la santé est réduit si les ressources et les services ne sont pas équitablement répartis au sein de la zone où les utilisateurs potentiels vivent et travaillent ou si les obstacles organisationnels à l'utilisation sont imposés [11].

II.1.3.2 Accessibilité économique

L'abordabilité des services reflète le niveau d'investissement économique requis pour utiliser les soins de santé [12]. Elle correspond au fait que les contributions personnelles des patients sont suffisamment limitées pour, d'une part, ne pas décourager le recours aux soins en cas de besoin et, d'autre part, protéger du risque d'être exposé à des difficultés financières en cas de

recours. Elle découle des prix directs des services (par exemple les frais médicaux, le coût des médicaments) et les dépenses connexes (par exemple les frais de transport et d'hébergement) en plus des pertes de revenus induites par les soins de santé. De plus, cela dépend des modalités nécessaires pour payer les services. En ce sens, l'accès se rapporte au niveau d'effort nécessaire pour utiliser les soins médicaux, y compris non seulement les frais directs de soins mais aussi les frais de transport et les pertes de temps et de revenus encourus. Cependant, l'abordabilité est plus large que la notion de coûts puisqu'elle implique implicitement l'idée que ces différents coûts peuvent ou non être supportés par les personnes ayant l'intention d'utiliser les services de santé [11].

II.1.3.3. Acceptabilité

L'acceptabilité concerne les facteurs culturels et sociaux qui déterminent le niveau de concordance des caractéristiques des services de santé avec les normes et croyances sociales et culturelles [12]. Chaque communauté (ethnie, clan, village) possède un corpus de connaissances sur la santé qui est constamment enrichi ou remis en question par l'expérience et entraînera des comportements cherchant à optimiser la survie et le bien-être des membres de la communauté, selon les rationalisations qui lui sont propres. La relation de cause à effet d'une habitude, d'une coutume, sur la santé est diversement perçue selon les ethnies, les sociétés. La sélection, par des processus culturels et sociaux, des normes et des comportements les plus performants pour améliorer le bien-être dépend de la connaissance de ces relations, de l'expérience accumulée et transmise de génération en génération, de la validité de l'interprétation qui en est faite. L'acceptabilité implique la possibilité pour les personnes d'accepter divers aspects des services de santé (par exemple, le sexe ou le groupe social des prestataires, la croyance associés aux systèmes de santé) et l'opportunité pour les personnes de rechercher les soins de santé. Par exemple, une société interdisant les contacts physiques occasionnels entre les hommes et les femmes célibataires réduiraient l'acceptabilité des femmes si les prestataires de santé sont principalement des hommes. En l'absence d'options de soins acceptables, l'accès aux soins de santé est restreint [12].

II. 2. IMPACTS DES INEGALITES D'ACCES AUX SOINS

Les inégalités d'accès aux soins de santé sont une réalité tant pour les pays du nord que pour les pays du sud. Elle demeurera en soit la cause d'un inquiétant recul de l'état de santé des populations si rien n'est fait.

II.2.1. Inégalités géographiques d'accès aux soins

En Amérique

Au Canada, une revue intitulée « Se déplacer pour se soigner. Pratiques et obstacles à Conakry et Douala » a mené une étude sur les inégalités d'accessibilité aux lieux de soins à l'échelle intra-urbaine. Ainsi, des analyses secondaires de deux enquêtes quantitatives et d'entretiens réalisés en 2003 dans le cadre d'une étude sur la mobilité quotidienne et les conditions d'accès des populations pauvres aux équipements urbains à Douala et à Conakry ont été effectuées. Il en ressortait que la répartition modale des déplacements pour la santé était similaire dans les deux villes. L'utilisation des transports en commun signifiait généralement un déplacement long (30 min à Douala, 37 min à Conakry). Dans l'ensemble des déplacements réalisés, la marche était utilisée par les 15 ans et plus à hauteur de 71 % des déplacements à Conakry et de 60 % à Douala. Les espaces fréquentés au quotidien portaient la marque de cette faible mobilité mécanisée, avec une prédominance de déplacements dans le quartier de résidence ou dans les quartiers limitrophes, et une fréquentation limitée du centre administratif et commercial de la ville (effective pour seulement 22 % des plus de 15 ans un jour donné à Douala, et même 5 % à Conakry). Rares étaient les citoyens des deux villes qui pouvaient profiter d'une sortie vers le centre-ville pour un service de santé. Plus précisément, les ménages résidant dans un quartier enclavé, mal desservi par les transports collectifs (à plus de 15 min à pied de l'arrêt le plus proche), étaient plus nombreux à se rendre à pied au lieu de soins que les autres (40 % contre 22 % à Douala ; 68 % contre 22 % à Conakry). La marche était notamment utilisée par une partie des citoyens pour atteindre des équipements situés au-delà du voisinage. La durée moyenne des déplacements pédestres était de 13 minutes à Douala, mais dépassait 20 minutes à Conakry, soit, à une vitesse minimale de 3 km/h, une distance moyenne entre domicile et lieu de soins de l'ordre du kilomètre [13].

En Afrique

Au Mali, une étude intitulée « Mobilité et accès des patients aux soins de santé dans les districts sanitaires des cercles de Kita et de Koutiala » a analysé les distances d'accès et les modes de transport utilisés par les patients pour rejoindre les centres de santé dans les cercles de Kita et de Koutiala. Une enquête sociodémographique a été effectuée auprès de 762 ménages. L'entretien a été mené auprès de 23 agents de santé. Ils étaient composés de deux médecins chefs du centre de santé de référence de Kita et de Koutiala, neuf Directeurs Techniques du Centre (DTC), quatre sages-femmes, deux pharmaciens, deux infirmiers, trois aides-soignants. Les résultats ont montré que les pistes entretenues étaient les plus empruntées par les patients dans les deux cercles avec respectivement 77% à Koutiala et 59% à Kita. Aussi 46% des

enquêtés mettaient moins d'une heure de temps pour atteindre un hôpital du district à Koutiala, et 37% à Kita. Quant à l'accessibilité géographique, 80% des enquêtés se situant à une distance de 5 km estimaient que les centres étaient proches de la population. [14].

En Guinée, une étude intitulée « Accessibilité des services de santé en Afrique de l'Ouest : le cas de la Guinée » a évalué les conditions d'accès des populations aux soins de santé. La distance moyenne qui séparait les populations des infrastructures sanitaires classées suivant leur champ d'activités, pour des raisons de commodité, étaient regroupées en trois intervalles : [0-1[km, de [1-5[km et [5-plus[km. Interrogées sur la dernière structure sanitaire consultée au cours des quatre dernières semaines, les personnes vivant en zone urbaine et à moins de 1 km des infrastructures sanitaires, ayant répondu, citaient en priorité le centre de santé (27 %), suivi de l'hôpital préfectoral/centre médical communal (20 %). En revanche les personnes vivant en zone rurale citaient en premier lieu les postes de santé (25 %) puis les centres de santé (15 %). Nous notons qu'en dépit de la proximité des structures de soins, 52 % des personnes vivant en zone rurale (qui ont répondu à la question) privilégiaient les soins à domicile contre 20 % des urbains. Dans l'intervalle [1-5[km, les résultats varient légèrement par rapport au cas précédent. En effet, même si 27 % des urbains ayant répondu à la question affirmaient s'être adressés d'abord au centre de santé, on remarquait que l'hôpital préfectoral/centre médical communal et l'hôpital régional/CHU étaient consultés dans l'ordre par 26 % et 22 % des enquêtés. Par ailleurs, 70 % des consultations des ruraux s'étaient effectuées entre les postes de santé (30 %) et les centres de santé (40 %). La diminution des consultations à domicile (qui se situaient à 6 % pour les urbains et 16 % pour les ruraux) au profit des structures précédemment citées s'expliquerait par l'état « critique » de la maladie, qui dépasserait désormais le cadre des remèdes curatifs traditionnels, d'échange de médicaments et/ou celui des structures sanitaires les plus proches. Au delà des 5 km, les structures de santé les plus fréquentées en zone urbaine étaient, l'hôpital régional/CHU (48 %), le centre de santé (14 %) et les cliniques (12 %). Alors qu'en zone rurale les centres de santé étaient encore les plus sollicités (dans 37 % des cas), suivi de l'hôpital préfectoral/centre médical communal (18 %) et les postes de santé (16 %). À la question de savoir pourquoi ils n'avaient pas utilisé le service moderne de santé au cours des quatre derniers mois, 95 % des réponses des usagers ruraux enquêtés dénonçaient le facteur distance contre 5 % des urbains. Les problèmes d'infrastructure et d'équipement étaient décriés aussi bien par les usagers urbains (58 %) que ruraux (42 %) [15].

En Alger, un article intitulé « la répartition spatiale des établissements de santé et leur incidence sur les inégalités d'accès aux soins à alger » avait analysé la répartition des établissements de santé dans leurs relations avec les inégalités d'accès aux soins dans une ville où la poussée

démographique et l'urbanisation accélérée créaient de nouveaux défis sanitaires notamment dans les nouvelles zones d'habitat périphériques. Les résultats avaient montré des inégalités d'accès aux soins en raison d'une inégale répartition des équipements sanitaires entre le centre et une périphérie en expansion. Il avait été constaté que dans le contexte d'une grande ville du Maghreb, l'offre et l'accès aux soins étaient le plus souvent déterminés par le système de gestion des infrastructures de santé. En général, les salles de soin étaient équipées de moyens matériels et de ressources humaines nécessaires pour les soins élémentaires (médecin généraliste, infirmiers, sage-femme, dentiste). Par contre, la plupart des cités dortoirs périphériques étaient dépourvues de toute salle de soin. Les résultats de nos enquêtes et nos visites de terrain avaient confirmé que 92 % des résidents n'avaient pas accès dans leur quartier aux soins les plus basiques (vaccins, injection, soin de première urgence), ce qui les obligeait à se rendre dans d'autres quartiers ou communes, en voiture pour 64 % d'entre eux et en transports en commun pour 44 % des enquêtés. La médiocre accessibilité par transports publics ne décourageait pas les plus démunis. La majorité des déplacements pour les soins ne semblait toutefois pas forcément liée à l'absence de clinique publique mais à la meilleure réputation de qualité de prestation du privé, les habitants des quartiers périphériques considérant que les meilleurs médecins se trouvaient au centre d'Alger [16].

II.2.2 Inégalités économiques d'accès aux soins

En Afrique,

Au Congo, une étude intitulée « Problématique de l'accessibilité aux soins de santé primaires en milieu urbano-rural » a évalué les taux d'accessibilité économique, géographique et socio-culturel de la population aux soins de santé primaires dans l'aire de santé de Bujovu, ainsi que les causes d'inaccessibilité. Il en ressortait que l'indisponibilité financière était l'une des difficultés de l'inaccessibilité aux soins. La prise en charge des soins de santé était à 100% effectuée par les ménages car tous n'étaient pas affiliés aux mutuelles de santé. Parmi les causes de la non affiliation, ils évoquaient le manque d'emploi à 55%, la pauvreté à 27%, le manque d'informations sur les mutuelles de santé à 7%, l'ignorance sur les mutuelles de santé à 6% et l'inexistence du système dans ce milieu à 5%. Aussi, 33,7% des enquêtés contractaient des dettes pour financer les soins de santé et avaient pour mode de paiement des soins l'avance ou la caution à 71,5%, 26,7% vendaient leurs biens et 23,7% seulement effectuaient un paiement direct. Cette inaccessibilité aux soins causait à 89,2% la complication de la maladie en général. [17].

Au Congo, une étude intitulée « Accessibilité financière aux soins de santé : cas spécifique de la population de la zone de santé de Goma, du 1^{er} janvier au 31 décembre 2009 » avait évalué

les principales sources de revenu des ménages, leurs itinéraires thérapeutiques, la fréquence des ménages à contracter une dette ainsi que la fréquence des ménages à s'affilier à une mutuelle de santé. Ainsi, 84,6% de ménages n'avaient pas de dette envers une structure sanitaire contre 15,4% qui en avaient. Pour les enquêtés qui avaient une dette envers une structure de santé, la somme était moins de 50 dollars dans 77,5% des cas avec une durée à 60,3% de moins d'un mois. 39,6% d'entre eux comptaient la payer dans un délai de 1 à 3 mois par contre 13,8% ne savaient pas quand ils payeraient. 92,8% des enquêtés n'étaient pas affiliés à une mutuelle de santé. De ce fait, 84,8% se prenaient en charge eux même. Le mode de paiement direct était appliqué dans 73,7% des cas [18].

Au Cameroun, une enquête intitulée « Enquêtes démographique et de santé et à indicateurs multiples (EDS-MICS) 2011 » a évalué la morbidité, le recours aux soins et les dépenses de santé dans les ménages. Il en ressortait que 11 % des membres des ménages avaient été malades ou blessés au cours des 30 jours précédant l'enquête. La prévalence des maladies/blessures était légèrement plus élevée chez les femmes (12 %) que chez les hommes (10 %) ; de même, la proportion de personnes malades ou blessées était plus élevée chez les enfants de moins de cinq ans (13 %) et les personnes de 50 ans ou plus (21 %) que chez les personnes âgées de 5-14 ans (6 %) et de 15 à 49 ans (11 %). La dépense totale moyenne de santé par malade/blessé au cours des 30 derniers jours était évaluée à 23 261 FCFA. Elle était un peu plus élevée pour les femmes (23 972 FCFA) que pour les hommes (22 353 FCFA). La dépense pour les personnes âgées de 50 ans ou plus (39 338 FCFA) était en moyenne quatre fois plus élevée que pour les jeunes enfants de moins de 5 ans (10 884 FCFA) et cinq fois plus élevée que pour ceux de 5 à 14 ans (8 813 FCFA). La dépense moyenne était aussi élevée pour les personnes de 15 à 49 ans (25 737 FCFA). Des écarts importants étaient également observés selon le milieu et la région de résidence. L'essentiel de la dépense totale moyenne de santé (65 %) était consacré aux médicaments et aux examens [6].

II.2.3 Inégalités socio-culturelles

En Afrique,

Au Congo, une étude intitulée « Systèmes de santé en Afrique, perceptions et perspectives communautaires » a mis en exergue les perceptions et perspectives en matière de santé et de prestation des soins des populations. Dans tous les sites étudiés, 85 à 90 % des répondants avaient déclaré que les établissements de santé du secteur public étaient la source principale de soins de santé. Suivaient les établissements de santé privés dans les zones urbaines (55,9 %) et les tradipraticiens (17,9 %). S'agissant de l'aptitude des services de santé à répondre aux attentes, plus des deux tiers des 10 932 répondants estimaient que les prestations des

établissements du secteur laissaient à désirer, la seule exception étant l’Afrique du Sud. Les principales raisons citées étaient : le manque de médicaments et de matériel (39,1 %); le comportement peu amène des prestataires de soins (27,7 %); les retards et les longues périodes d’attente (13,1 %). Dans toutes les localités (urbaines, périurbaines ou rurales), les réponses présentaient une description d’un système de santé où les principales attentes des bénéficiaires étaient les médicaments, les installations et les ressources humaines. Là où les prestataires de soins étaient de bonne volonté, les gens faisaient une évaluation positive du service. Il y avait des affections pour lesquelles les gens, du fait de leur culture et de leurs croyances, préféraient des soins alternatifs. Environ 25 % des répondants avaient dit ne pas se rendre au centre de santé le plus proche pour les états fiévreux, les crises de paludisme et l’arthrite. Les autres affections incluaient la dépression et les problèmes respiratoires. Les tradipraticiens et les guérisseurs spirituels étaient les principaux prestataires de soins des affections pour lesquelles les gens ne se rendaient pas dans les centres de santé. Parmi les répondants qui consultaient les tradipraticiens, 67,1 % appartenaient à des communautés péri-urbaines. Les autres prestataires mentionnés étaient les guérisseurs spirituels (21,1 %) et les vendeurs de médicaments (16,2 %). S’agissant de l’accès aux services de santé, plus de 90 % des répondants savaient où se rendre. Toutefois, 34,1 % d’entre eux avaient cité l’aspect financier comme principal obstacle à l’accès. D’autres contraintes étaient le transport (11 %), les médicaments inappropriés (6,7 %) et l’idée que l’état de santé n’était pas suffisamment grave (5,4 %). L’étude montrait que le comportement peu accueillant des agents de santé avait dissuadé 2,8 % des répondants de se rendre dans les centres de santé publics, en dépit du fait que 27,7 % des répondants invoquaient cette raison pour leur mauvaise appréciation des services. La majorité des répondants des trois sous-régions n’avait pas d’assurance-maladie et leurs frais de traitement étaient peu remboursés [19].

Au Congo, une étude intitulée « Itinéraire thérapeutique du patient en milieu urbain africain: Cas de la ville de Goma à l’est de la RD Congo » a présenté l’itinéraire thérapeutique de la patientèle urbaine de Goma, à l’Est de la République Démocratique du Congo; l’objectif étant d’identifier le type de services de santé fréquenté par les patients et leur niveau de satisfaction. Il en ressortait que lors d’un épisode maladie, plus de la moitié des patients (51%) avaient recouru en première intention à une officine pharmaceutique sans ordonnance ou à l’automédication, 25% recouraient à une structure avec médecin et seulement 7% utilisaient le centre de santé de son aire de santé. Enfin 7% de patients ne recouraient à aucun soin tandis que 3% de patients recouraient à la pharmacopée traditionnelle. Des niveaux plus élevés de non-recours aux soins et de mortalité étaient notés dans les ménages avec un chef de ménage

de sexe féminin ($p < 0,05$). En revanche, aucune différence significative de type de recours aux soins, de perceptions de la qualité et du coût direct des soins n'était observée ($p > 0,05$) selon que le chef de ménage était de sexe masculin ou féminin. Le recours important de la patientèle urbaine à l'automédication, secondairement aux services sanitaires avec médecins et exceptionnellement au centre de santé, imposait de repenser l'organisation et la régulation des services de santé urbains [20].

Chapitre III : METHODOLOGIE

III.1 TYPE D'ETUDE

Etude transversale descriptive

III.2 SITE

Aires de santé de Mbankomo et de Biyem-assi I. L'aire de santé de Biyem-Assi I renfermait une totalité de 15 FOSA dont 01 hôpital de district et 14 cabinets privés laïques. L'aire de santé de Mbankomo était quant à elle constituée de 18 FOSA dont 01 hôpital de district, 01 hôpital privé confessionnel et 16 cabinets privés laïques.

III.3 POPULATION D'ETUDE

III.3.1 Population source

Personnes vivant au sein de ces deux aires de santé,
 Personnels de santé travaillant au sein de ces formations sanitaires,
 Formations sanitaires rencontrées au sein de ces deux aires de santé.

III.3.2 Critères d'inclusion

Personne, personnel de structure ayant donné leur consentement éclairé et capable de s'exprimer en français ou en anglais.

III.3.3 Critères d'exclusion

- refus de consentement
- entretien incomplet

III.3.4 Echantillon de base

La formule statistique suivante a été principalement utilisée et définie :

$$n = \frac{z_{\alpha}^2 pq}{i^2} \quad \text{avec } q=1-p.$$

La taille d'échantillon de la population d'étude constituée par les personnes résidant à Biyem-Assi I et à Mbankomo était de 237 individus.

Les lieux d'étude étant déjà définis, la taille d'échantillon des formations sanitaires ainsi que des personnels de santé était constituée par toutes les formations sanitaires recensées dans les aires de santé de Biyem-assi I et Mbankomo ainsi que de tout le personnel en fonction au sein de ces FOSA. De ce fait un total de 15 FOSA pour l'aire de Biyem-assi I et de 18 FOSA pour l'aire de Mbankomo a été recensé. Le choix de ces deux aires se justifie par des niveaux de structures similaires au sein de chacune de leurs districts de santé respectifs.

III.4 OUTILS DE COLLECTE

- Trois questionnaires
- Structuré en 3 parties : Accès géographique, accès économique, accès socio-culturel
- Un prétest de l'outil de collecte a été réalisé afin d'assurer leur fiabilité.

III.5 PROCEDURE

Afin de mener cette étude, des demandes d'autorisations de recherche ont été déposées successivement auprès de l'administration de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de Yaoundé I.

- Validation du protocole
- Soumission d'une demande de clairance éthique auprès du comité d'éthique de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I ;
- Acquisition des autorisations d'exercice auprès des différentes aires de santé cibles de l'étude;
- Notice d'information et obtention du consentement libre et éclairé des participants
- Exploitation des données limitée au cadre de cette étude
- Restitution des résultats au Ministère de la Santé Publique, au Ministère de la Fonction Publique et de la Réforme Administrative, à la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I, aux districts de santé et aux populations des aires de santé de biyem-assi I et Mbankomo.

III.6 ANALYSE DES DONNEES

Après regroupement des variables recueillies, l'entrée des données recueillies s'est effectuée dans le logiciel CS pro 7.7.3 et leur importation dans le logiciel d'analyse statistique IBM/SPSS (International Business Machine –statistical package for the social sciences) version 23.0 a permis d'effectuer l'analyse des données. Les fréquences et les pourcentages ont été déterminés pour les variables quantitatives. Le test de Chi carré a permis de rechercher des associations entre des différentes variables. Le niveau de significativité a été fixé à 0,05.

III.7 CONSIDERATIONS ETHIQUES ET ADMINISTRATIVES

La réalisation de cette étude avait répondu aux principes suivants : les risques liés à l'étude, les bénéfices liés à l'étude, les mesures de confidentialité, les valeurs sociales et scientifiques et les limites de l'étude.

- Enjeux éthiques

La présente étude s'est basée sur le respect de la dignité, des droits et de l'autonomie des participants. Elle s'est révélée être utile et bénéfique pour la communauté. Les risques potentiels ont été évalués et jugés insignifiants. Les bénéfices pour la communauté ont été clairement établis et contribueraient à la réduction des inégalités de santé. Un consentement éclairé a été produit, évalué et validé. Tous les conflits d'intérêt ont été cités. La sélection des participants a respecté les différents critères d'inclusion.

- Risque pour cette étude : les risques encourus par les populations d'étude étaient quasi nuls

- Confidentialité : L'identité des participants a été maintenue confidentielle. Les résultats obtenus au cours de l'étude ont été utilisés uniquement à des fins scientifiques.
- Valeurs sociales et scientifiques : Cette étude a permis aux décideurs de santé publique d'émettre des propositions dans le but d'améliorer les conditions de prise en charge des populations.
- Bénéfices liés à l'étude : les résultats de l'étude ont été communiqués à la population.
- Limite de l'étude : la véracité des déclarations des participants ne pouvait être vérifiée pour certaines questions.
- Conflit d'intérêt : les patients situés dans un désert sanitaire ont été orientés dans les structures sanitaires de l'aire de santé de leur lieu de résidence.
- Collecte des données

Elle a débuté par une soumission d'informations détaillées de l'étude afin d'obtenir des consentements éclairés des participants. Par la suite, les données ont été recueillies via l'administration des trois questionnaires. Des éclaircissements ont été apportés pour chacune des préoccupations soulevées lors de l'interrogatoire. Ainsi les données ont pu être dûment récoltées et interprétées afin de produire des résultats fiables reflétant les caractéristiques des individus de ces différentes aires de santé. Une comparaison a ainsi pu être établie.

Chapitre IV : RESULTATS

IV.1 POPULATION D'ETUDE

La collecte s'est déroulée au sein des aires de santé de Biyem-Assi I et de Mbankomo. Elle a intéressé 03 populations d'études différentes : les personnes vivant et prises en charge au sein de ces aires de santé, les différentes formations sanitaires constitutives de ces aires de santé ainsi que le personnel soignant de celles-ci.

S'agissant de la population d'étude constituée des personnes vivant dans ces aires de santé, elle s'est déroulée comme présentée au sein de la figure 1 ci-après :

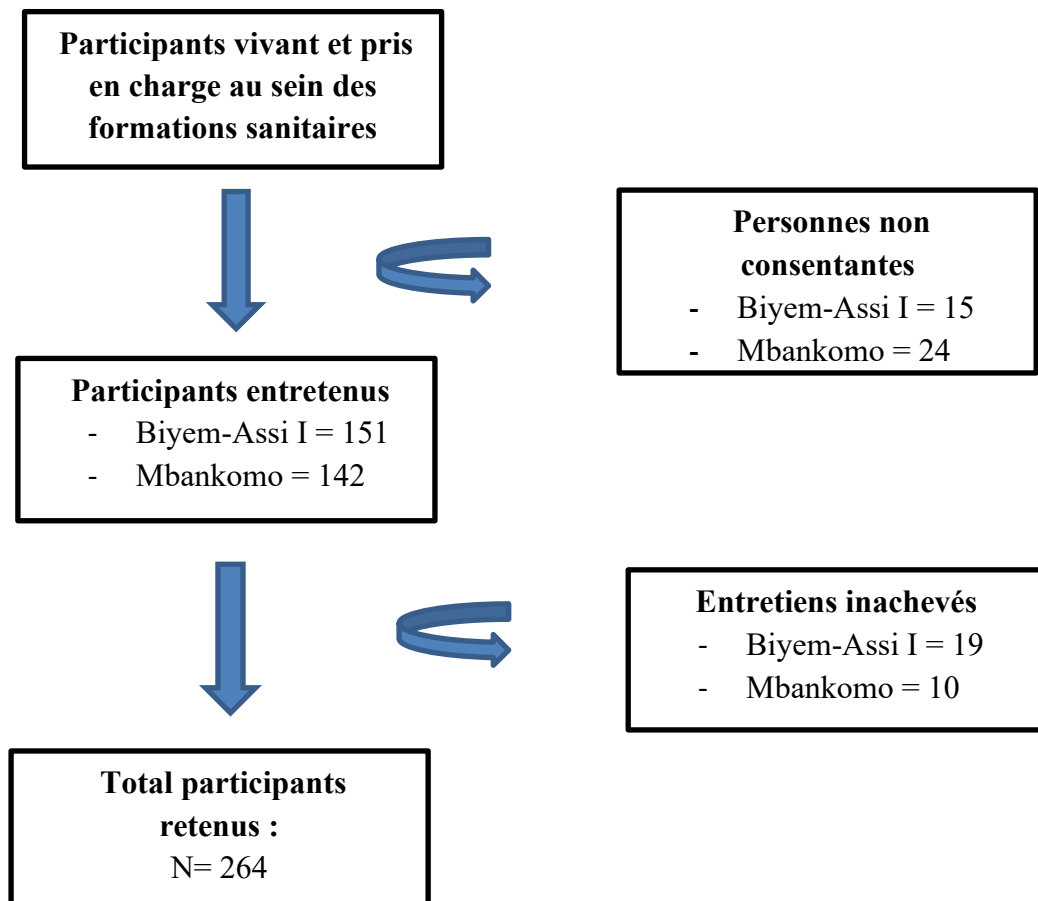


Figure 1 : Schéma du recrutement des personnes de Biyem-Assi I et Mbankomo

La population finale était constituée de 132 individus à Biyem-Assi I et 132 individus à Mbankomo. Le taux de participation était de 79,5%.

S'agissant de la seconde population d'étude qui était constituée du personnel soignant de ces formations sanitaires, le recrutement s'est déroulé comme illustré au sein de la figure 2 ci-dessous :

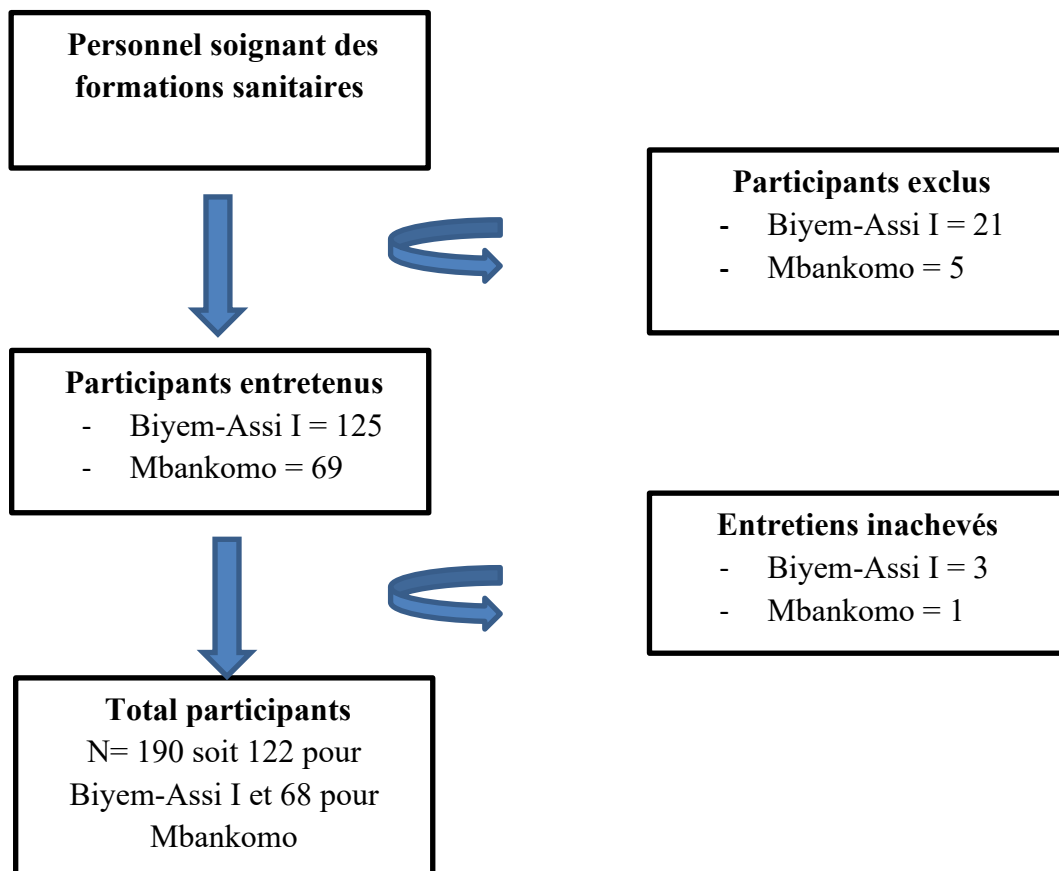


Figure 2 : Schéma de recrutement du personnel soignant des FOSA de Biyem-Assi I et Mbankomo

Le taux de participation avait été de 86,4%.

Pour ce qui est de la population d'étude constituée par l'ensemble des formations sanitaires (FOSA) recensées au sein des aires de santé de Biyem-Assi I et Mbankomo, la participation complète de celles-ci a été relevée avec 15 FOSA à Biyem-Assi I et 18 FOSA à Mbankomo soit un taux de participation de 100%. Les FOSA recensées au sein de l'aire de santé de Biyem-Assi I étaient à 93,3% celles du secteur privé laïc soient 14 FOSA tandis que les FOSA de l'aire de santé de Mbankomo étaient constituées par 4 (22,2%) du secteur public, 1 (5,5%) du secteur privé confessionnel et 13 (72,3%) du secteur privé laïc. Par la suite, le profil socio-économique de chaque population d'étude a été relevé.

Le sex ratio de la population d'étude constituée de personnes vivant dans les aires de santé concernées était respectivement de 0,69. La moyenne d'âge était de 38,5 avec pour écart type 14,4. Elle était jeune avec un minimum de 15 ans et un maximum de 67 ans. Le tableau I ci-dessous illustre intégralement celui-ci.

Tableau I : Profil sociodémographique des habitants de Biyem-Assi I et Mbankomo

Variabes	Modalités	BAI	MB	n(%)
Sexe	Masculin	60(55,5)	48(44,5)	108(40,9)
	Féminin	72(46,1)	84(53,9)	156(59,1)
Age	15 à 19 ans	9 (60)	6 (40)	15 (5,7)
	20 à 29 ans	32 (40)	48 (60)	80 (30,3)
	30 à 39 ans	32 (57,1)	24 (42,9)	56 (21,2)
	40 à 49 ans	29 (70,7)	12 (29,3)	41 (15,5)
	50 à 59 ans	21 (46,7)	24 (53,3)	45 (17,1)
	60 et plus	9 (33,3)	18 (66,7)	27 (10,2)
Niveau d'étude	Non scolarisé	3 (33,3)	6 (66,7)	9 (3,3)
	Primaire	9 (27,2)	24 (72,8)	33 (12,6)
	Secondaire	42 (25)	72 (75)	114(43,2)
	Universitaire	78 (72,3)	30 (27,7)	108(40,9)
Religion	Catholique	60 (43,4)	78 (56,6)	138(52,4)
	Protestant	42 (58,3)	30 (41,7)	72(27,3)
	Athée	12 (33,3)	24 (66,7)	36(13,6)
	Musulman	18 (100)	0	18 (6,7)
Statut matrimonial	Célibataire	54 (52,9)	48 (47,1)	102(38,6)
	En couple	75 (47,6)	84 (52,4)	159(60,3)
	Veuf(ve)	3 (100)	0	3 (1,1)
Statut professionnel	Sans emploi	23(74,2)	8(25,8)	31(11,8)
	Secteur informel	49 (31,2)	108 (68,8)	157(59,5)
	Secteur public	30 (65,3)	16 (34,7)	46(17,4)
	Secteur privé	30 (100)	0	30(11,3)

S'agissant du statut professionnel, le secteur public renfermait le personnel administratif, les enseignants, le personnel soignant, et le personnel militaire. Le secteur privé par contre était constitué en majorité de cadre et de directeur.

La population d'étude constituée par le personnel soignant avait pour sex ratio 0,26 et pour moyenne d'âge 34,4 avec pour écart type 10,16.

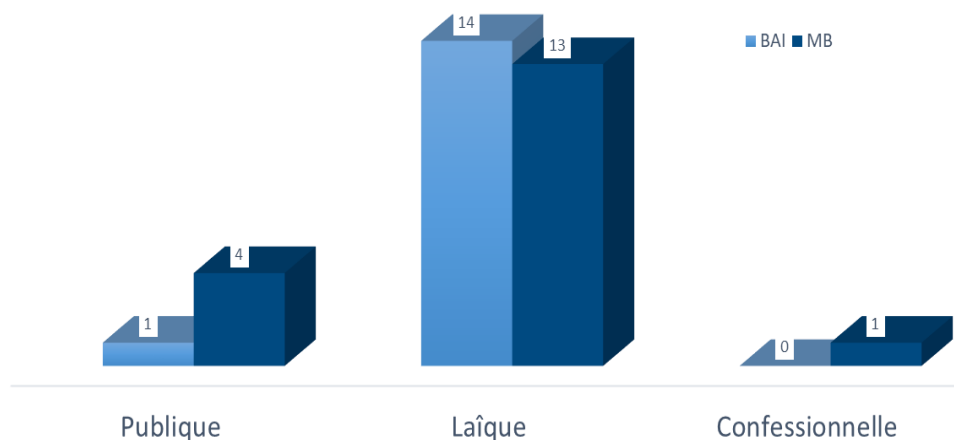
Le profil sociodémographique de celui-ci était présenté au sein du tableau I ci-dessous :

Tableau II : Profil sociodémographique du personnel soignant

Variables	Modalités	BAI	MB	n(%)
Sexe	Masculin	20 (50)	20 (50)	40 (21,1)
	Féminin	102 (68)	48 (32)	150(78,9)
Age	15 à 19 ans	4 (66,7)	2 (33,3)	6 (3,2)
	20 à 29 ans	46 (67,7)	22 (32,3)	68 (35,8)
	30 à 39 ans	38 (63,3)	22 (36,7)	60 (31,6)
	40 à 49 ans	18 (47,3)	20 (52,7)	38 (20)
	50 à 59 ans	16 (88,9)	2 (11,1)	18 (9,5)
Poste occupé	Médecin spécialiste	18 (94,8)	1 (5,2)	19 (10)
	Médecin généraliste	12 (80)	3 (20)	15(7,9)
	Santé générale	36 (64,3)	20 (35,7)	56 (29,5)
	Laboratoire/pharmacie	22 (52,4)	20 (47,6)	42 (22,1)
	Soins obstétricaux	26 (72,3)	10 (27,7)	36 (18,9)
	Etudiants et autres	8 (36,4)	14 (63,6)	22 (11,6)

La classe d'âge de 20 à 29 ans était la plus représentée quel qu'en soit le type ou la catégorie de la structure.

Les données des FOSA ont par la suite été objectivées et présentées au sein de la figure 3 suivante :

**Figure 3** : Profil des FOSA

La présentation du profil sociodémographique de chacune des populations d'étude a permis aisément d'évaluer l'accessibilité géographique.

IV.2 INEGALITES D'ACCES GEOGRAPHIQUE

L'évaluation de l'accès aux soins des populations de Biyem-Assi I et Mbankomo s'est révélée être indispensable et a été présentée dans le tableau III suivant :

Tableau III : Accessibilité géographique des habitants de Biyem-Assi I et Mbankomo

Variables	Modalités	BAI	MB	n(%)
Temps (hrs)	<1	105 (50,7)	102 (49,3)	207(78,5)
	1-2	15 (38,5)	24 (61,5)	39 (14,8)
	2-3	6 (50)	6 (50)	12 (4,5)
	3-4	3 (100)	0	3 (1,1)
	6-7	3 (100)	0	3 (1,1)
Transport	En commun	63 (56,8)	48 (43,2)	111(42,1)
	Véhicule d'un proche	12 (25)	36 (75)	48 (18,1)
	Véhicule personnel	27 (52,9)	24 (47,1)	51 (19,3)
	Marche à pied	30 (55,6)	24 (44,4)	54 (20,5)
Contraintes transport	Oui	30 (29,4)	72 (70,6)	102(38,6)
	Non	102 (38,6)	60 (61,4)	162(61,4)
Difficultés	Distance/Temps	19 (45,3)	23 (54,7)	42 (41,2)
	Difficultés financières	0	27 (100)	27 (26,5)
	Difficultés physiques	11 (33,3)	22 (66,7)	33 (32,3)
Contraintes distance	Oui	9 (17,7)	42 (82,3)	51 (19,3)
	Non	123 (57,8)	90 (42,2)	213(80,7)
Difficultés	Distance/Temps	9 (33,3)	18 (66,7)	27 (52,8)
	Fatigue	0	12 (100)	12 (23,6)
	Difficultés financières	0	12 (100)	12 (23,6)

Il en ressortait que le temps mis pour se rendre au FOSA pour la plupart des participants était à moins d'une heure tant à Biyem-Assi I qu'à Mbankomo. Une corrélation statistiquement significative entre la distance parcourue et le temps mis pour la parcourir a été relevée (0,38).

Le déplacement s'effectuait en majorité par transport en commun aussi bien à Biyem-Assi I qu'à Mbankomo. Les distances parcourues ont été illustrées au sein de la figure suivante :

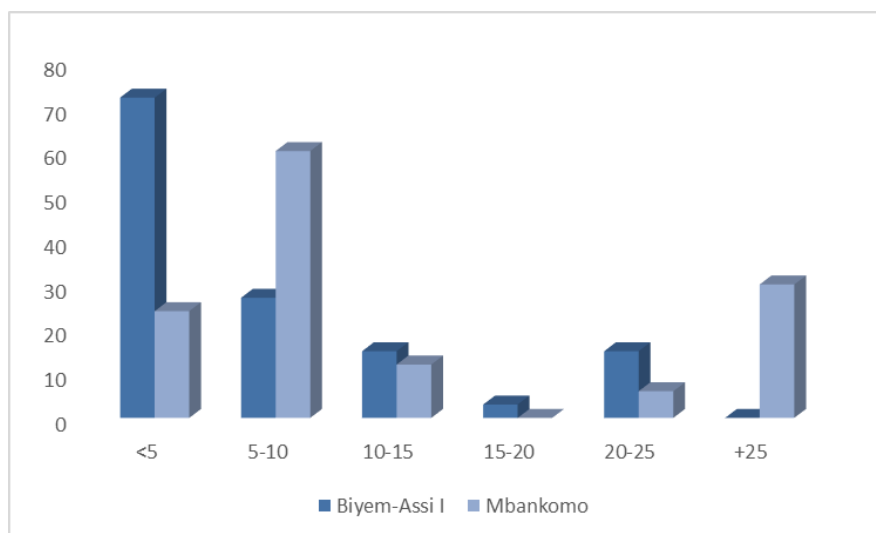


Figure 4 : Distance parcourue par les habitants

Les populations de Mbankomo parcouraient des distances plus importantes afin de se rendre au sein des FOSA.

Par la suite, l'évaluation de l'accès aux formations sanitaires s'est effectuée et a été présentée au sein du tableau suivant :

Tableau IV : Accessibilité géographique des FOSA de Biyem-Assi I et Mbankomo

Variables	Modalités	BAI	MB	n(%)
Consultations journalières	08 à 12 heures	0	1 (100)	1 (3)
	20 à 24 heures	15 (46,9)	17 (53,1)	32 (97)
Consultations externes du dernier trimestre	Moins de 100	6 (40)	9 (60)	15 (45,4)
	De 100 à 200	4 (50)	4 (50)	8 (24,2)
	De 200 à 300	3 (60)	2 (40)	5 (15,3)
	De 300 à 400	0	2 (100)	2 (6,1)
	De 400 à 500	1 (100)	0	1 (3)
	De 700 à 800	0	1 (100)	1 (3)
	Plus de 800	1 (100)	0	1 (3)
Patients hospitalisés au dernier trimestre	Moins de 50	12 (57,1)	9 (42,9)	21 (63,6)
	De 50 à 100	1 (16,7)	5 (83,3)	6 (18,1)
	De 100 à 150	1 (25)	3 (75)	4 (12,2)
	De 150 à 200	1 (50)	1 (50)	2 (6,1)

De toutes les FOSA recensées à Mbankomo, seule une avait pour nombre d'heures de consultations journalières 08 à 12 heures. Le nombre de consultations externes trimestrielles était plus élevé à Biyem-Assi I qu'à Mbankomo. Le nombre de patients hospitalisés du dernier trimestre le plus important était au sein des hôpitaux de district tant à Biyem-Assi I qu'à Mbankomo. L'effectif du personnel variait également fortement avec le nombre de consultations externes du dernier trimestre d'une part et le nombre de patients hospitalisés du dernier trimestre d'autre part (soit 0,65).

IV.3 INEGALITES D'ACCES ECONOMIQUE

L'accessibilité économique traduisait fortement les inégalités économiques d'accès aux soins présentes. Elle a été présentée au sein du tableau V suivant :

Tableau V : Accessibilité économique des habitants de Biyem-Assi I et Mbankomo

Variables	Modalités	BAI	MB	n(%)
Utilisation de FOSA les 12 derniers mois (n=264)	Oui	123 (51,9)	114 (48,1)	237(89,8)
	Non	9 (33,3)	18 (66,7)	27 (10,2)
Dépenses de consultation (n=237)	Moins de 1000	23 (27,4)	61 (72,6)	84 (35,4)
	De 1000 à 5000	43 (60,6)	28 (39,4)	71 (30)
	De 5000 à 10000	29 (100)	0	29 (12,2)
	Plus de 10000	28 (52,8)	25 (47,2)	53 (22,4)
Dépenses de examens (n=68)	Moins de 5000	7 (87,5)	1 (12,5)	8 (11,8)
	De 5000 à 10000	4 (33,3)	8 (66,7)	12 (17,7)
	De 10000 à 20000	9 (64,3)	5 (35,7)	14 (20,6)
	De 20000 à 60000 (SMIG)	10 (71,3)	4 (28,7)	14 (20,6)
	Plus de 60000	19 (95)	1 (5)	20 (29,3)
Assurance maladie (n=264)	Oui	15 (71,4)	6 (28,6)	21 (7,9)
	Non	117 (48,1)	126 (51,9)	243(92,1)
Règlement de facture ((n=237)	Paiements directs	111 (55,2)	90 (44,8)	201(84,8)
	Assistance extérieure	6 (20)	24 (80)	30 (12,7)
	Couverture sante	6 (100)	0	6 (2,5)
Source d'argent (n=237)	Salaire/argent	33 (55)	27 (45)	60(25,3)
	Epargne	30 (40)	45 (60)	75 (31,6)
	Emprunt	27 (60)	18 (40)	45 (18,9)
	Vente de biens	3 (20)	12 (80)	15 (6,3)
	Autres	24 (66,7)	12 (33,3)	36 (15,5)
	Ne sait pas	6 (100)	0	6 (2,4)

Une association statistiquement significative a été établie entre le sexe masculin et les dépenses en médicaments et examens (soit 0,31). Aussi, les dépenses en consultation évoluaient fortement avec les dépenses de transport d'une part (soit 0,46) et les dépenses en médicaments et examens d'autre part (soit 0,59). Enfin, le règlement des factures évoluaient significativement avec le régime d'assurance maladie (0,31).

Les dépenses en transport réparties au sein des différentes aires de santé ont été illustrées au sein de la figure 5 suivante :

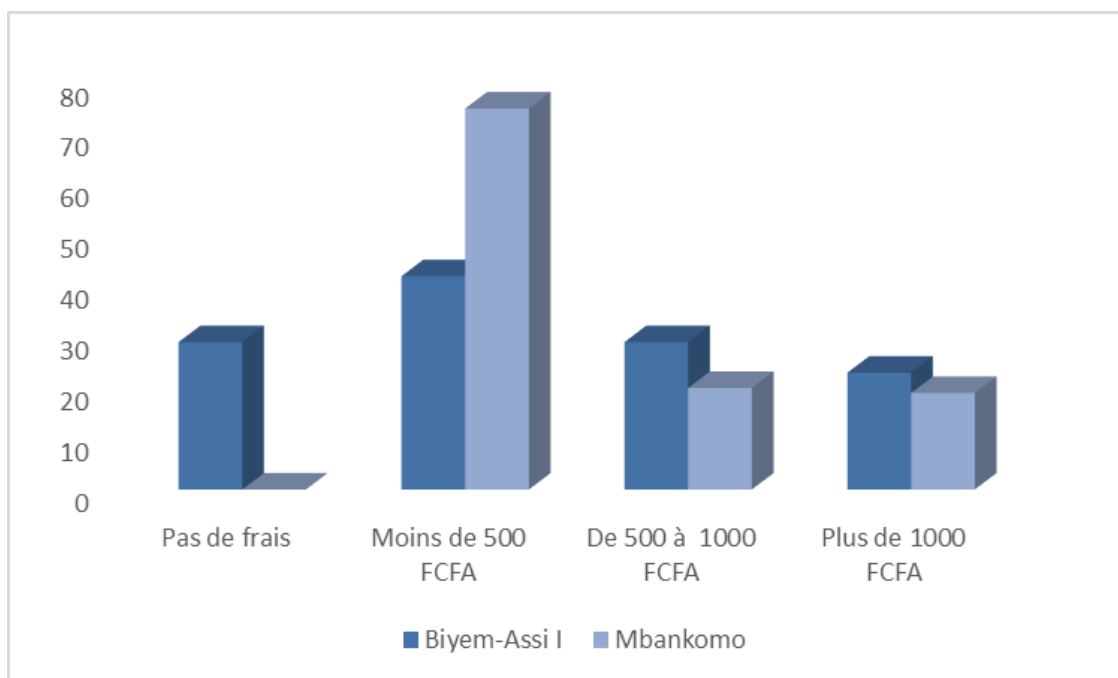


Figure 5 : Dépenses en transport

Elles étaient, sans étonnement, nettement supérieures à Mbankomo.

Par la suite l'accès économique aux FOSA a été relevé et regroupé au sein du tableau VI suivant :

Tableau VI : Accessibilité économique des FOSA de Biyem-Assi I et Mbankomo

Variables	Modalités (FCFA)	BAI	MB	n(%)
Prix du carnet (n=33)	200	5 (31,2)	11 (68,8)	16 (48,5)
	300	2 (28,6)	5 (71,4)	7 (21,2)
	500	7 (77,8)	2 (22,2)	9 (27,3)
	1000	1 (100)	0	1 (3)
Prix consultation - 5 ans (n=33)	0	0	1 (100)	1 (3)
	300	1 (12,5)	7 (87,5)	8 (24,2)
	600	3 (25)	9 (75)	12 (36,4)
	1000	9 (90)	1 (10)	10 (30,3)
	2000	2 (100)	0	2 (6,1)
Prix consultation +5 ans (n=33)	300	0	3 (100)	3 (9,1)
	600	2 (15,4)	11 (84,6)	13 (39,4)
	1000	4 (57,1)	3 (42,9)	7 (21,2)
	2000	9 (90)	1 (10)	10 (30,3)
Prix examen radio (n=4)	3500	1 (100)	0	1 (25)
	6000	0	1 (100)	1 (25)
	7000	0	1 (100)	1 (25)
	14 000	1 (100)	0	1 (25)
Prix glycémie aléatoire (n=33)	200	0	1 (100)	1 (3)
	500	5 (62,5)	3 (37,5)	8 (24,2)
	750	0	5 (100)	5 (15,6)
	800	1 (10)	9 (90)	10 (30,3)
	1000	6 (100)	0	6 (18,2)
	1500	3 (100)	0	3 (9,1)
Prix TDR (n=33)	0	0	3 (100)	3 (9,1)
	300	4 (28,6)	10 (71,4)	14 (42,4)
	500	8 (72,7)	3 (27,3)	11 (33,3)
	700	2 (66,7)	1 (33,3)	3 (9,1)
	1000	1 (50)	1 (50)	2 (6,1)
Prix albuminurie (n=33)	700	0	5 (100)	5 (15,2)
	1000	13 (52)	12 (48)	25 (75,7)
	1500	1 (50)	1 (50)	2 (6,1)
	3000	1 (100)	0	1 (3)
Prix détartrage (n=5)	5000	1 (100)	0	1 (20)
	10000	2 (66,7)	1 (33,3)	3 (60)
	15000	1 (100)	0	1 (20)

Le prix du carnet de soins le plus élevé avait été constaté au sein d'un seul établissement à Biyem-Assi I. La consultation gratuite des enfants de – 5 ans n'était effective dans aucune FOSA à Biyem-Assi I tandis qu'à Mbankomo, seule une FOSA effectuait la consultation gratuitement. La dépense moyenne en consultation des enfants de 0 à 5 ans était 1006,7 FCFA à Biyem-Assi I contre 472,3 FCFA à Mbankomo. Le prix moyen du test de glycémie était 920 FCFA à Biyem-Assi I et 702,8 FCFA à Mbankomo. Le prix du détartrage était en moyenne de 10000 FCFA à Biyem-Assi I avec un minimum de 5000 FCFA et un maximum de 15000 FCFA

tandis qu'à Mbankomo, puisqu'il était réalisé au sein d'une seule FOSA avait pour prix unique 10000 FCFA.

Ainsi, l'acceptabilité des populations quant à l'utilisation des FOSA a été évaluée et présentée par la suite.

IV.4 INEGALITES D'ACCES SOCIO-CULTUREL

L'évaluation des connaissances des populations quant aux causes et facteurs aggravants de leur état de santé paraissait indispensable. En effet, il était important de comparer les perceptions de chacune des populations appartenant aux deux aires de santé étudiées. Ainsi, le tableau VII résume les différentes opinions :

Tableau VII : Littératie en santé

Variables	Modalités	BAI	MB	n(%)
Maladie (n=264)	Apparition de symptômes/mort	84 (60,8)	54 (39,2)	138(52,3)
	Douleurs physiques/inconfort	24 (33,3)	48 (66,7)	72 (27,3)
	Etablissement de diagnostic	12 (40)	18 (60)	30 (11,4)
	Perte ou Prise de poids	6 (50)	6 (50)	12 (4,5)
	Ne sait pas	6 (50)	6 (50)	12 (4,5)
	Facteurs maladie (n=264)	Insectes/agents infectieux	31 (42,5)	42 (57,5)
Qualité de l'environnement/hygiène		34 (44,8)	42 (55,2)	76(28,8)
Alimentation/génétique		31 (63,3)	18 (36,7)	49 (18,6)
Facteurs psychologique		15 (71,4)	6 (28,6)	21 (7,9)
Autre		21 (46,7)	24 (53,3)	45 (17)
Critères de gravité (n=264)		Aggravation symptômes	60 (58,8)	42 (41,2)
	Perte de connaissance	57 (44,2)	72 (55,8)	129(48,9)
	Assistance médicale	9 (42,8)	12 (57,2)	21 (7,9)
	Tous	6 (50)	6 (50)	12 (4,5)

La maladie avait été majoritairement associée à une apparition de symptômes ou à une mort tant à Biyem-Assi I qu'à Mbankomo.

Par la suite, les itinéraires thérapeutiques des populations ont été établis et présentés comme suit :

Tableau VIII : Itinéraires thérapeutiques des populations de Biyem-Assi I et Mbankomo

Variables	Modalités	BAI	MB	n(%)
1er recours (n=264)	Automédication	69 (53,5)	60 (46,5)	129(48,9)
	Biomédecine	42 (70)	18 (30)	60 (22,7)
	Médecine traditionnelle	21 (28)	54 (72)	75 (28,4)
Recours si maladie légère (n=264)	Automédication	54 (50)	54 (50)	108(40,9)
	Biomédecine	45 (71,4)	18 (28,6)	63(23,9)
	Médecine traditionnelle	33 (35,5)	60 (64,5)	93(35,2)
Motifs (n=264)	Efficacité/fiabilité	58 (54,7)	48 (45,3)	106(40,1)
	Echec recours/mauvaise PEC	3 (11,1)	24 (88,9)	27 (10,3)
	Accessibilité physique	62 (56,4)	48 (43,6)	110(41,6)
	/financière			
	Accès à une pharmacie /autre	9 (42,9)	12 (57,1)	21 (8)
Recours si maladie modérée (n=264)	Automédication	49 (45)	60 (55)	109(41,3)
	Biomédecine	62 (67,4)	30 (32,6)	92 (34,8)
	Médecine traditionnelle	21 (33,3)	42 (66,7)	63 (23,9)
Motifs (n=264)	Efficacité/accessibilité	87 (64,4)	48 (35,6)	135(51,1)
	Echec recours	6 (11,1)	48 (88,9)	54 (20,4)
	Difficultés financière	21 (41,2)	30 (58,8)	51 (19,3)
	Sans opinion	18 (75)	6(25)	24 (9,2)
Recours si maladie grave (n=264)	Automédication	21 (100)	0	21 (7,8)
	Biomédecine	108 (47,4)	120 (52,6)	228(86,3)
	Médecine traditionnelle	3 (20)	12 (80)	15 (5,9)

Le choix du 1^{er} recours pour les populations de Biyem-Assi I avait été à majorité l'automédication suivi de très près par la biomédecine. Tandis qu'à Mbankomo, la grande partie de la population avait pour 1^{er} recours l'automédication suivie de la médecine traditionnelle. Les dépenses en hospitalisation s'élevaient avec le choix de recours en cas de maladie modérée.

En fonction du choix de leur recours, les populations justifiaient leur niveau de satisfaction quant à l'utilisation des services de santé. Celui-ci a été résumé au sein du tableau IX ci-après :

Tableau IX : Satisfaction des populations de Biyem-Assi I et Mbankomo

Variables	Modalités	BAI	MB	n(%)
Degré de satisfaction (n=264)	Satisfait	45 (31,9)	96 (68,1)	141(53,4)
	Insatisfait	75 (75,8)	24 (24,2)	99(37,5)
	Ne sait pas	12 (50)	12 (50)	24 (9,1)
Prescription médicamenteuse (n=264)	Oui	117 (49,4)	120 (50,6)	237(89,7)
	Non	15 (55,6)	12 (44,4)	27 (10,3)
Médicaments obtenus (n=237)	Tous	50 (35,7)	90 (64,3)	140(59,1)
	Quelques-uns	43 (70,4)	18 (29,6)	61 (25,7)
	Aucun	9 (42,9)	12 (57,1)	21 (8,8)
	Aucun souvenir	15 (100)	0	15 (6,4)
Motifs (n=237)	Efficacité/Accessibilité	24 (23,6)	78 (76,4)	102(43,1)
	Rupture	66 (84,6)	12 (15,4)	78 (32,9)
	Difficultés financières	15 (38,4)	24 (61,6)	39 (16,4)
	Sans opinion	12 (66,7)	6 (33,3)	18 (7,6)
Attentes (n=264)	Réduction/subventions des frais	34 (65,4)	18 (34,6)	52 (19,6)
	Amélioration de l'accueil/délai PEC	31 (50,8)	30 (49,2)	61 (23,1)
	Service/traitement de qualité	34 (44,7)	42 (55,3)	76 (28,7)
	Propreté des lieux	9 (60)	6 (40)	15 (5,8)
	Rien/autre	24 (40)	36 (60)	60 (22,8)

Près de la moitié des patients ayant obtenus une prescription médicamenteuse à Biyem-Assi I, avait pu obtenir la totalité des médicaments. La principale difficulté rencontrée avait été la rupture de stock. A Mbankomo, la majeure partie des participants ayant reçu une ordonnance, avait obtenu la totalité des médicaments avec pour principale motivation leur accessibilité. Une association statistiquement significative a également été établie entre le degré de satisfaction et le niveau d'étude (0,29).

Les difficultés rencontrées quant à l'utilisation des services de santé ont été recensées et présentées au sein de la figure 6 suivante :

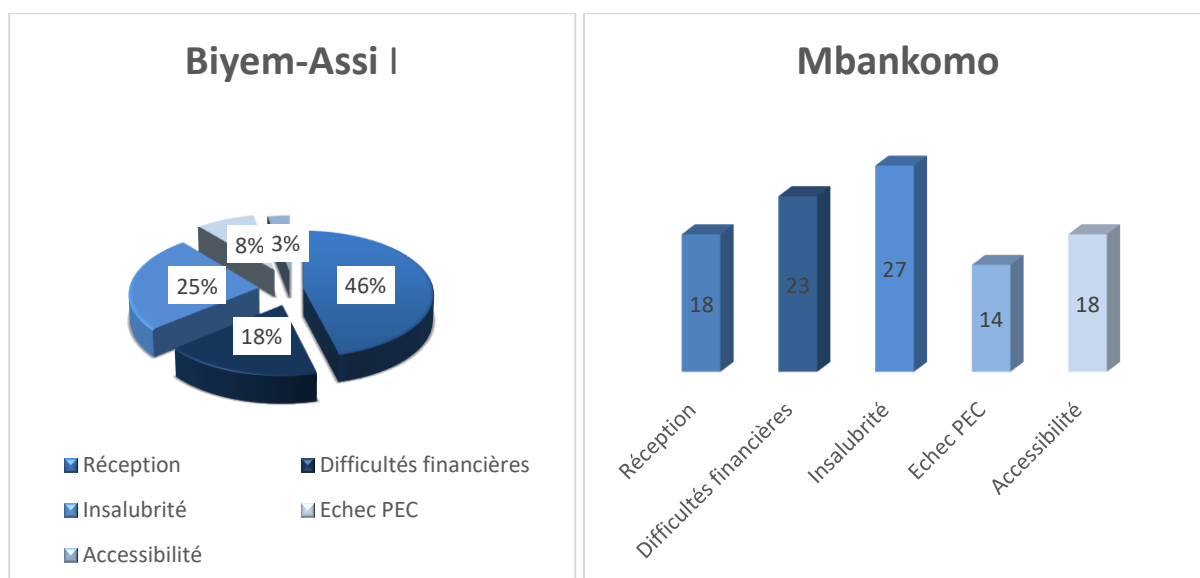


Figure 6 : Distribution des difficultés rencontrées par aires de santé

Les difficultés rencontrées par les populations de Biyem-Assi I étaient liées à la qualité de la réception. A Mbankomo, l'insalubrité avait été la difficulté la plus rencontrée.

Enfin, la qualité de la réception et la disponibilité avaient été évaluées par le personnel soignant et restituées au sein du tableau X suivant :

Tableau X : Perception du personnel soignant

Variables	Modalités	BAI	MB	n(%)
Assiduité (n=190)	Tout a fait d'accord	70 (59,3)	48 (40,7)	118(62,1)
	Moyennement d'accord	40 (71,4)	16 (28,6)	56 (29,5)
	Sans opinion	4 (100)	0	4 (2,1)
	Pas d'accord	6 (75)	2 (25)	8 (4,2)
	Pas du tout d'accord	2 (50)	2 (50)	4 (2,1)
Ruptures de stocks (n=190)	Tout a fait d'accord	18 (56,3)	14 (43,7)	32 (16,9)
	Moyennement d'accord	38 (65,5)	20 (34,5)	58 (30,5)
	Sans opinion	34 (73,9)	12 (26,1)	46 (24,2)
	Pas d'accord	22 (84,7)	4 (15,3)	26 (13,7)
	Pas du tout d'accord	10 (35,7)	18 (64,3)	28 (14,7)
Durée courte (n=190)	Tout a fait d'accord	44 (50)	44 (50)	88(46,3)
	Moyennement d'accord	28 (60,9)	18 (39,1)	46(24,2)
	Sans opinion	0 (0)	2 (100)	2 (1,1)
	Pas d'accord	32 (94,1)	2 (5,9)	34 (17,9)
	Pas du tout d'accord	18 (90)	2 (10)	20 (10,5)

L'opinion tout à fait d'accord pour l'assiduité du personnel au travail était la plus partagée à Biyem-Assi I et à Mbankomo. L'opinion moyennement d'accord quant à la perception de l'enregistrement des ruptures de stocks au sein de l'hôpital de district était le plus important tant à Biyem-Assi I qu'à Mbankomo. Enfin la perception d'une courte durée d'attente des patients en salle d'attente était la plus partagée tant par le personnel de Biyem-Assi I que celui de Mbankomo.

Chapitre V : DISCUSSION

L'analyse des résultats a permis de relever plusieurs axes pertinents, permettant ainsi d'orienter de manière précise la discussion. Elle sera donc articulée selon les points suivants :

V.1 LIMITES DE L'ETUDE

L'indisponibilité des responsables des FOSA du fait de leurs importantes fonctions administratives rendait contraignant la collecte de données des questionnaires structure. De ce fait, la collecte des données des structures s'effectuait par l'intermédiaire des personnels administratifs mis à notre disposition.

Le taux d'absentéisme au sein des FOSA de Mbankomo affectait la représentativité de l'échantillon de la population d'étude constituée par le personnel de santé du district de Mbankomo.

V.2 PROFIL DES PARTICIPANTS

La population d'étude constituée de personnes vivant dans les aires de santé de Biyem-Assi I et Mbankomo était relativement jeune avec un minimum de 15 ans et un maximum de 75 ans. Le niveau d'étude universitaire avait été le plus représenté à Biyem-Assi I (72,3% contre 27,7% à Mbankomo) tandis qu'à Mbankomo, il s'agissait du secondaire 75% (contre 25% à Mbankomo). Le niveau d'étude semblait aussi baisser avec l'utilisation des services de santé qui était elle aussi moins importante à Mbankomo. Ce constat avait également été relevé par une étude qui affirmait que le fait d'avoir un niveau d'instruction moins élevé constitue un obstacle à l'accès aux services d'un spécialiste, et même généralement d'un médecin de famille, aux soins préventifs et aux services médicaux concernant des problèmes précis [21].

Les travailleurs de santé étaient constitués en majorité par le personnel infirmier, aide soignants et laborantins. Cependant, les médecins généralistes et les spécialistes étaient sous représentés à Mbankomo (soit respectivement 20% et 5,2%). Cette asymétrie avait également été rapportée par une publication de l'OMS qui avait relevé que sur la totalité des professionnels de santé recensés, 37% étaient des infirmiers, 9% des médecins et 10% des personnels de laboratoire. (PAUSE) Loin d'être surprenant, cela traduit l'inactivité du personnel soignant autorisé à exercer en raison de problèmes de migrations, de départs volontaires ou d'abandons du métier pour cause de mauvaises conditions de travail.

S'agissant de l'âge, la classe de 20 à 29 ans était la plus représentée quel qu'en soit le type ou la catégorie de la structure. Le taux d'absentéisme le plus prépondérant du personnel au sein des FOSA avait été observé en majorité chez les médecins spécialistes (41,3%) et les médecins généralistes (62,5%). Les structures publiques notamment les hôpitaux de district étaient les plus concernés. Plusieurs études soulignaient également cette observation. L'engagement

simultané des médecins spécialistes et généralistes au sein des FOSA privées et publiques justifieraient ces résultats. Le salaire très juste à la fonction publique permet à peine de joindre les deux bouts induisant progressivement ceux-ci à multiplier leurs sources de revenu.

L'aire de santé de Biyem-Assi I était constituée à 93,4% de structures privées laïques et à 6,6% de structure publique dont l'hôpital de district. L'aire de santé de Mbankomo était constituée à 22,3% de structures publiques, à 72,2% de structures laïques et à 5,5% de structure confessionnelle. De multiples études qui avaient indiqué en termes de ressources humaines que le secteur privé concentre 75% des moyens humains et 68% des hôpitaux soutenaient ces résultats. Ces observations sauraient s'expliquer par le fait que le secteur public présente beaucoup de lacunes qui ont induit une forte expansion des services de santé privés dont l'encadrement et la surveillance des mesures de sécurité, et de qualité des soins laissent à désirer [22,23]. La présentation du profil sociodémographique de chacune des populations d'étude a permis aisément de discuter les inégalités géographiques précédemment citées au niveau des résultats.

V.3 INEGALITES GEOGRAPHIQUES

De l'évaluation du temps mis pour parvenir aux FOSA, il en ressortait qu'à Mbankomo, 49,3% des répondants effectuaient moins d'une heure pour se rendre à l'hôpital. Le déplacement s'effectuait à 56,8% par transport en commun à Biyem-Assi I tandis qu'à Mbankomo le transport en commun était opté à 43,2% par les participants. Les contraintes au transport à Biyem-Assi I étaient liées à 45,3% aux difficultés d'accès liées au temps mis pour se rendre dû à l'important trafic routier existant. Tandis qu'à Mbankomo, les contraintes au transport étaient liées à 100% aux difficultés financières engendrées par la distance à parcourir pour se rendre aux FOSA. Au Kenya, Madise et Rodrigues allaient dans le même sens en démontrant que la distance a un effet sur l'utilisation des soins prénataux chez les femmes pendant la grossesse. Ils avaient estimé un coefficient de corrélation intra-femme pour la fréquence des visites médicales allant de 50% à 80% [24]. Aussi, au Zimbabwe des mortalités maternelles ont été imputées à l'absence de transport et / ou du transport d'urgence [25]. La distance à parcourir engendre d'énormes dépenses sur la demande de soins que les ménages éloignés sont contraints de déboursier pour y accéder. La corrélation statistiquement significative objectivée entre les contraintes liées à la distance et celles liées au transport (0,42) renforçait cette hypothèse.

V.4 INEGALITES ECONOMIQUES

Les inégalités économiques d'accès aux soins présentes se traduisaient d'emblée par le taux de souscription à l'assurance maladie qui était de 7,9% soit 71,4 % à Biyem-Assi I contre 28,6% à Mbankomo. Ces résultats corroboraient avec ceux de multiples enquêtes menées au Cameroun

[5,6]. L'assurance maladie est couramment subventionnée pour les personnels publics et parapublics d'entreprise et très fortement liée au statut d'employés avec contrat de travail. Elle n'est pas monnaie courante pour les employés du secteur informel qui représentaient une grande partie de la population d'étude soit 59,5% (31,2% à Biyem-Assi I contre 68,8% à Mbankomo).

La dépense moyenne en consultation des enfants de 0 à 5 ans était 1006,7 FCFA à Biyem-Assi I contre 472,3 FCFA à Mbankomo. Ces résultats ne corroboraient pas avec ceux d'une étude menée au Burkina Faso qui avait retrouvé une moyenne comparable de 1100 FCFA à Sebba contre 1200 FCFA à Dori. Cette remarquable différence serait liée par la présence notoire de plusieurs CSI au sein de l'aire de santé de Mbankomo dont la tarification est moindre comparée aux HD et cabinets médicaux privés d'une part et d'autre part, dont l'adhésion à la politique de gratuité de la prise en charge des enfants de 0 à 5 ans est effective pour 66,7% d'entre eux (soit 02 CSI sur les 03 FOSA recensées) [26]. Cependant cette nette présence de CSI induit directement sur l'offre de soins qui sera constituée en majorité de soins de santé primaires, contraignant ces populations à s'en contenter.

Ainsi, l'aboutissement à la discussion des résultats traduisant les inégalités socioculturelles a été possible.

V.5 INEGALITES SOCIO-CULTURELLES

Le 1^{er} recours en cas de maladie avait été en majorité l'automédication à 48,9% (soit 53,5% à Biyem-Assi I contre 46,5% à Mbankomo) suivi de la médecine traditionnelle à 28% à Biyem-Assi I contre 72 % à Mbankomo. De nombreuses études ont montré que les médecins, les infirmiers et les pharmaciens prescrivaient trop de médicaments, que les patients pratiquaient beaucoup l'automédication ; et que la vente des médicaments sur ordonnance était mal encadrée [27, 28, 29].

L'évaluation de la satisfaction a révélée pour les participants de Biyem-Assi I un taux d'insatisfaction de 75,8%, enregistré principalement au sein de l'hôpital de district soit 51,2%. Tandis qu'à Mbankomo, 68,1% de participants ont déclaré être satisfaits par les services de santé, ceux du privé à 51,16%. Des 49,4% de patients ayant obtenus une prescription médicamenteuse à Biyem-Assi I, seulement 35,7% avaient pu obtenir la totalité des médicaments. La principale difficulté rencontrée avait été la rupture de stock, principalement retrouvée au sein de l'hôpital de district. A Mbankomo, des 50,6% des participants ayant reçu une ordonnance, 64,3% avait obtenu la totalité des médicaments avec pour principale motivation (76,4%) leur accessibilité, au sein des cabinets médicaux à 56,5%. Des études similaires avaient également partagées ces mêmes conclusions et faisaient transparaître la

pénurie de médicaments qui touchent le secteur public [22]. Les populations, dépourvues de recours se tournent vers le secteur privé dont la vente et la distribution des médicaments sont mal encadrées. Cela conduit indubitablement à la prolifération des circuits de médicaments importés de manière frauduleuse.

L'opinion tout à fait d'accord pour l'assiduité du personnel au travail était la plus partagée à Biyem-Assi I (59,3%) par le personnel de santé du secteur privé avec 44,1% et de Mbankomo (40,7%) à 37,5% dans les CSI de Mbankomo. Une étude avait retrouvée des résultats similaires soit 84 % de médecins et infirmiers affichant des attitudes et comportements satisfaisants en termes de discipline. Cette assiduité prépondérante surtout au sein des CSI serait justifiée par la présence respective des cheffes de district de santé et de l'aire de santé de Mbankomo. La présence de ces autorités impose au personnel de ces FOSA d'être présent et assidu [30].

L'opinion moyennement d'accord quant à la perception de l'enregistrement des ruptures de stocks était la plus importante à 56,3% à Biyem-Assi I tandis qu'à Mbankomo, elle était de l'ordre de 43,7%. Ceci était contraire aux résultats retrouvés dans une étude qui enregistrait 70% d'avis favorables d'un temps d'attente au-delà de 30 minutes. La lourdeur administrative des services et le retard de médecins consultants ont tendance à prolonger le temps d'attente des patients. La disponibilité du personnel qualifié, l'informatisation des services hospitaliers et la formation continue du personnel sont prioritaires pour réduire les temps d'attente [30].

CONCLUSION

La performance d'un système de santé est associée à une meilleure expérience de soins, à des coûts moindres, à de meilleurs résultats de santé populationnelle et à une réduction de l'impact des inégalités. La présente étude avait pour objectif de décrire les inégalités d'accès aux soins des populations périurbaines en contexte de désert médical. L'hypothèse principale qui stipulait que l'exacerbation de ces inégalités d'accès aux soins ne cessait de s'accroître a été vérifiée et dûment confirmée

S'agissant des inégalités géographiques d'accès aux soins, il en ressort que plus de la moitié des populations de Mbankomo parcourent des distances importantes allant même jusqu'à plus de 25 km. Le taux d'absentéisme le plus prépondérant du personnel au sein des FOSA de Mbankomo est observé en majorité chez les médecins spécialistes et les médecins généralistes.

Pour ce qui est des inégalités d'accès économiques aux soins de santé, la faible souscription à l'assurance maladie continue d'exposer les individus à d'importantes difficultés financières après avoir réglé le montant de leurs frais de santé ou bien de ne même pas pouvoir les payer.

Enfin, des inégalités d'accès socioculturelles, il en ressort que les difficultés financières auxquelles les populations sont exposées justifient cette forte adhésion à la médecine traditionnelle en premier recours en cas de maladie jugée légère. La Couverture Santé Universelle étant encore très peu développée à Yaoundé, les ménages portent individuellement le lourd fardeau des dépenses de soins et de pharmacie.

RECOMMENDATIONS

Rendu au terme de l'étude, des suggestions ont été formulées :

1. Inégalités géographiques

- Améliorer la disponibilité et la répartition géographique du personnel soignant avec une priorité axée sur les médecins généralistes et spécialistes.
- Améliorer les conditions d'exercice des médecins généralistes et spécialistes dans le secteur public afin de freiner le taux d'absentéisme dans ces zones.

2. Inégalités économiques

- Harmoniser la mise en application de la Couverture Sanitaire Universelle en priorisant aussi bien les populations des zones rurales que celles des zones urbaines périphériques et bidonvilles.

3. Inégalités socioculturelles

- Optimiser la culture d'amélioration continue de la qualité des services rendus au sein des formations sanitaires en améliorant l'accueil des patients, leur prise en charge et la rigueur dans le travail.
- Renforcer les campagnes de sensibilisation face aux risques liés à l'automédication et à la pratique de la médecine traditionnelle.

REFERENCES

1. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Glossaire de promotion de la santé. OMS: Genève, 1999.
2. Organisation Mondiale de la Santé. L'espérance de vie en bonne santé connaît une hausse de près de dix ans. OMS : Brazzaville ; 2022.
3. Organisation Mondiale de la Santé. Que faut-il faire pour remédier à la pénurie de personnel de santé dans la région africaine ? OMS : Genève ; 2017.
4. Ministère de la Santé Publique. Profil sanitaire analytique 2016 Cameroun. MINSANTE : Yaoundé ; 2016.
5. Ministère de la Santé Publique. Plan Stratégique National 2021-2025 de la Santé Communautaire au Cameroun. MINSANTE : Yaoundé ; 2017.
6. Institut National de la Statistique. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples 2011. INS : Yaoundé ; 2012.
7. Cès S. L'accès aux soins de santé : définition et enjeux. . [En ligne]. 2022 Février [Consulté le 23/08/2023];1(1): [3 pages]. Consultable à l'URL: https://www.revuedemocratie.be/index.php?option=com_content&view=article&id=1545:l-acces-aux-soins-de-sante_definition-et-enjeux&catid=30&itemid=130
8. Potier M. Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers. Paris : Lamarre, 2002.
9. Masseria C. Inégalités d'accès aux soins et d'état de santé dans un contexte de réforme du système de santé. [En ligne]. 2007 Janvier [Consulté le 20/08/2023];1(1): [45 pages]. Consultable à l'URL: www.peer-review-social-inclusion.net
10. Ondoua JP. Le système de santé camerounais. [En ligne]. 2002 Juin [Consulté le 22/08/2023];1(1): [5 pages]. Consultable à l'URL: <https://www.hcsp.fr>
11. Martel G. L'Accès adapté au sein du réseau de cliniques universitaires de l'Université de Montréal : une étude observationnelle. [En ligne]. 2017 Août [Consulté le 21/01/2023];1(1): [145 pages]. Consultable à l'URL: <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/20559>
12. Levesque JF. Inequalities in access to health care in urban south India. [Thèse de Doctorat de philosophie]. Montréal- Canada : Université de Montréal ; 2006.
13. Lourdes DO, Plat D, Pochet P. Se déplacer pour se soigner pratiques et obstacles à Conakry et Douala. [En ligne]. 2011 Décembre [Consulté le 20/06/2023];1(11): 18 pages]. Consultable à l'URL : <https://doi.org/10.7202/1008894ar>.
14. Kamba K, Fofana SI. Mobilité et accès des patients aux soins de santé dans les districts sanitaires des cercles de kita et de koutiala. Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé. 2021 Décembre ; 87-98.
15. Doumbouya ML. Accessibilité des services de santé en Afrique de l'Ouest : le cas de la Guinée. BMC. 2008 Janvier ; 1-20.
16. Medjadj T, Baudelle G. La répartition spatiale des établissements de santé et leur incidence sur les inégalités d'accès aux soins à Alger. BSG. 2022 Juillet ; 193-207.
17. Masudi AK. Problématique de l'accessibilité aux soins de santé primaires en milieu urbano-rural. [En ligne]. 2012 Mars [Consulté le 12/01/2023];1(1): [60 pages]. Consultable à l'URL: <https://www.memoironline.com/04/14/8815/Problématique-de-l-accessibilité-aux-soins-de-santé-primaires-en-milieu-urbano-rural.html>
18. Machumu DB. Accessibilité financière aux soins de santé : cas spécifique de la population de la zone de santé de Goma, du 1er janvier au 31 décembre 2009. [En ligne]. [Thèse de Doctorat de santé publique]. Brazzaville- Congo : Université de Brazzaville; 2010.
19. Organisation Mondiale de la Santé. Systèmes de santé en Afrique, perceptions et perspectives communautaires. Brazzaville: OMS; 2012.
20. Kahindo JB, Mitangala NP, Musubao ET, Mahamba N, Ntabe N, Célestin K et al. Itinéraire thérapeutique du patient en milieu urbain africain: Cas de la ville de Goma à l'est de la RD Congo. Int Journ Inno Scien Res ; 2021 Février;85-97.

21. Hutchison B. Disparité dans l'accès aux soins de santé et dans leur utilisation : encore du bla-bla. *Health Policy*. 2007 Nov;14-18.
22. Balarajan Y. Health care and equity in India. *Lancet*. 2011 Jan;505-15.
23. National Commission on Macroeconomics and health. Report of the National Commission on Macroeconomics and Health, Ministry of Health and Family Welfare, Government of India. New Delhi: NCMH; 2005.
24. Magadi MA, Madise NJ, Rodrigues RN. Frequency and timing of antenatal care in kenya : Explaining the variations between women of different communities. *Open Jour Of Obst and Gyne*. 2020 Octobre;551-561.
25. Fawcus S, Mbizvo M, Lindmark G, Nyström L. A community-based investigation of avoidable factors for maternal mortality in Zimbabwe. *Stud Fam Plann*. 1996 Nov;319-27.
26. Ridde V, Queuille N, Atchessi N, Samb O, Rolf H et Haddad S. L'évaluation d'une expérimentation d'exemption du paiement des soins pour les groupes vulnérables au Burkina Faso. *Field Act Scien Rep*. 2013 Oct;8-20.
27. Das B, Sarkar C, Majumder A. Medication use for pediatric upper respiratory tract infections. *Fundam Clin Pharmacol*. 2006 August; 385-90.
28. Kotwani A. Access to Essential Medicines and Standard Treatment for Chronic Diseases. *Indian J Pharmacol*. 2010 Juin;127-8.
29. Ray K, Mukhopadhyay D, Dutt, P, Chatterjee P, Roychowdhury, K, Banerjee RS. Crosssectional study of consumption, compliance and awareness about antibiotic utilisation amongst the urban community in Kolkata, *J Indian Med Assoc*. 2003 Feb;9-10.
30. Mulinganya V, Asima F, Mirindi P, Karemere H. Temps d'attente prolongés aux services de consultation médicale: enjeux et perspectives pour des hôpitaux de Bukavu en République Démocratique du Congo. *Pan Afr Med J*. 2018 Mars;173-29.
31. Babinet O, Bagnis CI. Qu'est-ce qu'un désert médical géographique ? [En ligne]. 2022 Mars [Consulté le 01/09/2023];1(1): [17 pages]. Consultable à l'URL: <https://www.cairn.info/les-deserts-medicaux-en-questions-9782810907595-page-7.htm>

ANNEXES

Annexe 2 : Fiche de consentement éclairé

Titre du projet : « ANALYSE DES INEGALITES D'ACCES AUX SOINS DANS UNE SITUATION DE DESERT MEDICAL A YAOUNDE ».

Investigateur: EZAANE GONTA Vanessa

Directeur : Dr NJOUMEMI Zakariaou

Je soussigné(e) M, Mme, Mlle.....

Accepte librement et volontairement de participer à l'investigation médicale intitulée :

«ANALYSE DES INEGALITES D'ACCES AUX SOINS DANS UNE SITUATION DE DESERT MEDICAL A YAOUNDE ».

Etant entendu que l'investigateur m'a informé et a répondu à toutes mes questions, l'investigateur m'a précisé que ma participation est libre, et que mon droit de retrait de cette recherche peut se faire à tout moment, ceci sans me porter aucun préjudice.

J'accepte que les données enregistrées à l'occasion de cette recherche puissent faire l'objet d'un traitement informatisé. Je pourrais exercer mon droit de rectification et d'opposition auprès de ce même investigateur.

Fait à le /...../2022

Signature de l'investigateur

Signature du participant

Annexe 3: Fiche d'information

SUJET : « ANALYSE DES INEGALITES D'ACCES AUX SOINS DANS UNE SITUATION DE DESERT MEDICAL A YAOUNDE ».

Investigateur principal : EZAANE GONTA Vanessa, médecin bucco-dentaire, candidate au master 2 en santé publique à la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I

Directeur : Dr NJOUMEMI Zakariaou

But de l'étude : Décrire les inégalités d'accès aux soins dans une situation de désert médical.

Période de l'étude : L'étude se fera à partir du mois de Décembre 2022

Procédure : Après obtention de votre accord, nous vous aiderons à remplir notre questionnaire contenant des informations nécessaires pour l'étude.

Bénéfices :

- La participation à l'étude est gratuite ;
- Aucune rétribution ne sera donnée aux participants pour les encourager à participer ou à continuer de participer à l'étude. Votre participation sera strictement de votre bonne volonté.
- Le droit aux résultats de l'étude.

Risque : Les participants ne courent aucun risque.

Considérations éthiques : Toutes les informations obtenues resteront strictement confidentielles. Notre questionnaire sera anonyme afin de préserver l'intégrité des participants. Vous êtes libre de quitter cette étude à tout moment lorsque vous l'aurez décidé.

Pour plus d'informations sur l'étude, veuillez contacter l'investigateur principal au numéro de téléphone (656395111) ou à l'adresse (vanessagonta1996@gmail.com).

Annexe 4: Fiche technique

Thème : Analyse des inégalités d'accès aux soins en situation de désert médical à Yaoundé.

Date de l'entretien : ---/---/2023

Questionnaire n°1 :

SECTION 0 : DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES	
Questions	Réponses
1. Quel est votre sexe ? 0. <i>Féminin</i> 1. <i>Masculin</i>	_____
2. Quel est votre âge ? 0. <i>15 à 19 ans</i> 1. <i>20 à 29 ans</i> 2. <i>30 à 39 ans</i> 3. <i>40 à 49 ans</i> 4. <i>50 à 59 ans</i> 5. <i>60 et +</i>	_____
3. Quel est votre niveau d'étude ? 0. <i>Aucun</i> 1. <i>Ecole coranique</i> 2. <i>Primaire</i> 3. <i>Secondaire 1^{er} cycle</i> 4. <i>Secondaire 2nd cycle</i> 5. <i>Universitaire</i>	_____
4. Quelle est votre profession ? 0. <i>Sans emploi</i> 1. <i>Emploi manuel qualifié</i> 2. <i>Emploi manuel non qualifié</i> 3. <i>Personnel de service direct aux particuliers, commerçants et vendeurs</i> 4. <i>Agriculteurs et ouvrier d'agriculture</i> 5. <i>Emploi de type administratif</i> 6. <i>Cadre/Directeur/gérant</i> 7. <i>Retraités</i> 8. <i>Autres catégories</i>	_____
5. Quel est votre lieu de résidence ? 0. <i>Biyem-Assi</i> 1. <i>Mbankomo</i>	_____
6. Quel est votre statut marital ? 0. <i>Célibataire</i> 1. <i>Marié(e)</i> 2. <i>Concubinage</i> 3. <i>Veuf (ve)</i> 4. <i>Divorcé(e)</i>	_____
7. Quelle est votre religion ? 0. <i>Catholique</i> 1. <i>Protestant</i> 2. <i>Animiste</i> 3. <i>Athée</i> 4. <i>Musulman</i>	_____
8. Quelle est votre aire culturelle ? 0. <i>Fang-Béti</i> 1. <i>Sawa</i> 2. <i>Grassfields</i> 3. <i>Soudano-sahélienne</i>	_____
SECTION I : ACCES GEOGRAPHIQUE	
9. Quelle est la structure de santé à laquelle vous avez recours en cas de maladie ? 0. <i>Etablissement public</i> 1. <i>Etablissement privé laïc</i> 2. <i>Etablissement privé confessionnel</i>	_____
10. Quelle est la catégorie de la formation sanitaire que vous fréquentez ? 0. <i>CSI</i> 1. <i>CMA</i> 2. <i>Hôpitaux de district</i> 3. <i>Cliniques/Cabinets médicaux</i>	_____
11. A quelle distance se situe la structure de santé que vous fréquentez ? (en km) 0. <i>< 5</i> 1. <i>5-10</i> 2. <i>10-15</i> 3. <i>15-20</i> 4. <i>20-25</i> 5. <i>25-30</i> 6. <i>30-35</i> 7. <i>>= 30</i>	_____
12. Combien de temps mettez-vous pour parvenir à la structure de santé que vous fréquentez ? (en heures) 0. <i>< 1</i> 1. <i>1-2</i> 2. <i>2-3</i> 3. <i>3-4</i> 4. <i>4-5</i> 5. <i>5-6</i> 6. <i>6-7</i> 7. <i>7-8</i> 8. <i>8-9</i>	_____
13. Quel moyen de transport utilisez-vous pour vous y rendre ? 0. <i>Transport en commun</i> 1. <i>Véhicule d'un proche</i> 2. <i>Véhicule personnel</i> 3. <i>Marche à pied</i>	_____
14. A- Avez-vous eu des difficultés d'accès aux soins liées à la contrainte de prendre un transport ? 0. <i>Oui</i> 1. <i>Non</i> B- Pourquoi ?	_____
15. A- Avez-vous eu des difficultés d'accès aux soins liées à la distance par rapport à l'établissement de santé ? 0. <i>Oui</i> 1. <i>Non</i> B- Pourquoi ?	_____
SECTION II : ACCES ECONOMIQUE	

16. Au cours des 12 derniers mois êtes-vous allés dans un établissement de santé pour maladie/blessure ? 0. Oui 1. Non	_____
17. Quel a été le montant total de la dépense pour y aller et pour en revenir ?	_____
18. Quel a été le montant total de la dépense pour la consultation et les soins ?	_____
19. Quel a été le montant total de la dépense pour les médicaments, examens et autres produits prescrits ?	_____
20. Avez-vous été admis à l'hôpital pour au moins une nuit pour traiter la maladie/blessure ? 0. Oui 1. Non	_____
21. Quel a été le montant total de la dépense pour cette hospitalisation ?	_____
22. Comment avez-vous réglé la facture liée à la prise en charge ? 0. Paiements directs 1. Assistance extérieure 2. Couverture santé	_____
23. Bénéficiez-vous d'une assurance maladie ? 0. Oui 1. Non	_____
24. Où avez-vous trouvé l'argent pour payer les dépenses entraînées par les soins et les traitements de la maladie/ blessure ? 0. Salaire/argent 1. Epargne 2. Emprunt sans intérêt 3. Emprunt avec intérêt 4. Vente des biens ou actifs 5. Autres sources 6. Ne sait pas	_____
SECTION III : ACCEPTABILITE	
25. Pour vous, qu'est-ce que la maladie ?	_____
26. Qu'est ce qui peut vous rendre malade ?	_____
27. Quels sont selon vous les critères de gravité de la maladie ?	_____
28. A. Quel est votre 1 ^{er} recours aux soins en cas de maladie ? 0. Automédication 1. Biomédecine 2. Médecine traditionnelle B. Pourquoi ?	_____
29. A. Quel est votre recours aux soins lorsque vous jugez votre maladie légère ? 0. Automédication 1. Biomédecine 2. Médecine traditionnelle B. Pourquoi ?	_____
30. A. Quel est votre recours aux soins lorsque vous jugez votre maladie modérée ? 0. Automédication 1. Biomédecine 2. Médecine traditionnelle B. Pourquoi ?	_____
31. A. Quel est votre recours aux soins lorsque vous jugez votre maladie sévère ? 0. Automédication 1. Biomédecine 2. Médecine traditionnelle B. Pourquoi ?	_____
32. A. Que pensez-vous des services de santé publique? 0. Satisfait 1. Insatisfait 2. Ne sait pas B. Pourquoi ?	_____
33. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez lorsque vous avez recours à ces services ?	_____
34. Avez-vous reçu une prescription de médicaments la récente fois où vous avez eu recours à ces services ? 0. Oui 1. Non	_____
35. A. Parmi ces médicaments lesquels avez-vous obtenu ? 0. Tous 1. Quelques-uns 2. Aucun 3. Aucun souvenir B. Pourquoi ?	_____
36. Quelles sont vos attentes ?	_____

Questionnaire n°2 :

SECTION 0 : DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES	
Questions	Réponses
1. Quel est votre sexe ? 0. <i>Féminin</i> 1. <i>Masculin</i>	_____
2. Quel est votre âge ? 0. <i>15 à 19 ans</i> 1. <i>20 à 29 ans</i> 2. <i>30 à 39 ans</i> 3. <i>40 à 49 ans</i> 4. <i>50 à 59 ans</i> 5. <i>60 et +</i>	_____
3. Quel poste occupez-vous au sein de cette structure sanitaire ? 0. <i>Chef de centre</i> 1. <i>Coordonnateur de la qualité des soins</i> 2. <i>Médecin chef</i> 3. <i>Médecin</i> 4. <i>Infirmier</i>	_____
SECTION I : ACCEPTABILITE	
4. Pensez-vous que le nombre de plainte que vous recevez des patients est élevé ? 0. <i>Tout à fait d'accord</i> 1. <i>Moyennement d'accord</i> 2. <i>Sans opinion</i> 3. <i>Pas d'accord</i> 4. <i>Pas du tout d'accord</i>	_____
5. Pensez-vous que l'assiduité du personnel au poste de travail est satisfaisante ? 0. <i>Tout à fait d'accord</i> 1. <i>Moyennement d'accord</i> 2. <i>Sans opinion</i> 3. <i>Pas d'accord</i> 4. <i>Pas du tout d'accord</i>	_____
6. Pensez-vous que votre hôpital enregistre des ruptures des stocks (médicaments, matériel) ? 0. <i>Tout à fait d'accord</i> 1. <i>Moyennement d'accord</i> 2. <i>Sans opinion</i> 3. <i>Pas d'accord</i> 4. <i>Pas du tout d'accord</i>	_____
7. Pensez-vous que la durée d'attente des patients en consultation pour la médecine générale est courte ? 0. <i>Tout à fait d'accord</i> 1. <i>Moyennement d'accord</i> 3. <i>Sans opinion</i> 4. <i>Pas d'accord</i> 5. <i>Pas du tout d'accord</i>	_____

Questionnaire n°3 :

SECTION 0 : PROFIL DE LA STRUCTURE	
Questions	Réponses
1. Quel est l'âge d'existence de la structure sanitaire ? 0. – de 15 ans 1. 15 à 30 ans 2. 30 à 60 ans 3. 60 à 90 ans 4. Plus de 90 ans	_____
2. Quel est l'effectif du personnel ? 0. Moins de 30 1. De 30 à 40 2. De 40 à 60 3. Plus de 60	_____
3. Quel est l'organe de direction ? 0. Conseil de direction 1. Conseil d'administration 2. Comité de gestion	_____
SECTION I : ACCES GEOGRAPHIQUE	
4. Existe-t-il le matériel de base au sein de cette formation sanitaire ? 0. Pèse-personne adulte 1. Thermomètre 2. Balance enfant/Accroché 3. Stéthoscope 4. Balance pèse-bébé 5. Tensiomètre 6. Masque à ballon pour la réanimation du nouveau-né 7. Instrument pour le désencombrement des voies respiratoires supérieures 8. Concentrateur d'oxygène 9. Stéthoscope obstétrical	_____
5. Quel est le nombre de jours d'ouverture par semaine de la formation sanitaire ? 0. 1 1. 2 2. 3 3. 4 4. 5 5. 6 6. 7	_____
6. Quel est le nombre d'heures de consultations journalières offertes par la formation sanitaire ? 0. Moins de 04 h 1. 04h à 08h 2. 08h à 12h 3. 12h à 16h 4. 16h à 20h 5. 20h à 24h	_____
7. Quel est le nombre de consultations externes effectuées par la formation sanitaire au cours du dernier trimestre ? 0. Moins De 100 1. 100 à 200 2. 200 à 300 3. 300 à 400 4. 400 à 500 5. 500 à 600 6. 600 à 700 7. 700 à 800 8. 800 à 900 9. Plus	_____
8. Quel est le nombre de patients hospitalisés au cours du dernier trimestre ? 0. Moins de 50 1. 50 à 100 2. 100 à 150 3. 150 à 200	_____
SECTION II : ACCES ECONOMIQUE	
9. A combien s'élève le prix du carnet de consultation au sein de cette formation sanitaire ? (Montant en FCFA)	_____
10. A combien s'élève le prix de la consultation à moins de 5 ans d'âge ? (Montant en FCFA)	_____

11. A combien s'élève le prix de la consultation à partir de 5 ans d'âge au sein de cette formation sanitaire ? <i>(Montant en FCFA)</i>	_____
12. A combien s'élève le prix d'un examen radiologique au sein de cette formation sanitaire ? <i>(Montant en FCFA)</i>	_____
13. A combien s'élève le prix du test de dépistage du paludisme ? <i>(Montant en FCFA)</i>	_____
14. A combien s'élève le prix du test de la glycémie aléatoire au sein de cette formation sanitaire ? <i>(Montant en FCFA)</i>	_____
15. A combien s'élève le prix du test d'analyse des urines/albumine au sein de cette formation sanitaire ? <i>(Montant en FCFA)</i>	_____
16. A combien s'élève le prix d'un examen médical (spécialiste) au sein de cette formation sanitaire ? <i>(Montant en FCFA)</i>	_____
17. A combien s'élève le prix du détartrage au sein de cette formation sanitaire ? <i>(Montant en FCFA)</i>	_____
18. Quelle est la principale source de financement des salaires du personnel des formations sanitaires ? 0. Budget de l'état 1. Budget des collectivités locales 2. Recettes propres 3. ONG/Confessionnel sans but lucratif 4. Autres (à préciser)	_____
19. Quelle est la principale source de financement des fournitures médicales des formations sanitaires ? 0. Budget de l'état 1. Budget des collectivités locales 2. Recettes propres 3. ONG/Confessionnel sans but lucratif 4. Autres (à préciser)	_____
20. Quelle est la principale source de fonctionnement des coûts de fonctionnement et de maintenance des formations sanitaires ? 0. Budget de l'état 1. Budget des collectivités locales 2. Recettes propres 3. ONG/Confessionnel sans but lucratif 4. Autres (à préciser)	_____