

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

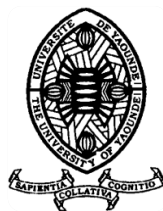
Paix – Travail – Patrie

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

Essai thérapeutique d'un dispositif illustré d'éclairage du consentement par les patients de chirurgie digestive au Cameroun

Thèse rédigée en vue de l'obtention du Doctorat en Médecine Générale par :

NGO MBOG Danielle Jessica

Matricule N° 19M1402

Directeur

Pr Essi Marie-José
Anthropologie médicale
Professeure titulaire

Co-directeurs

Dr Bwelle Georges
Chirurgie générale et proctologie
Chargé de cours

Dr Biwole Daniel
Chirurgie générale
Chargé de cours



Juin 2026

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

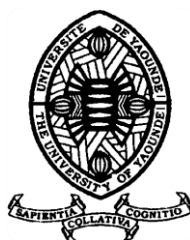
Paix – Travail – Patrie

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DE MEDECINE ET DES
SCIENCES BIOMEDICALES

DEPARTEMENT DE SANTE
PUBLIQUE



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

**Essai thérapeutique d'un dispositif illustré
d'éclairage du consentement par les patients de
chirurgie digestive au Cameroun**

Thèse rédigée en vue de l'obtention du Doctorat en Médecine Générale par :

NGO MBOG Danielle Jessica

Matricule N° 19M1402

Date de soutenance : 25/06/2026

MEMBRES DU JURY

Président du jury : **Pr Njoya Oudou**

Rapporteur : **Essi Marie-José**

Membres du jury : **Pr Nseme Etoukey Eric**

Dr Savom Eric

Essi Marie-José

Directeur

Bwelle Georges

Co-directeur

Biwole Daniel

Co-directeur

MAI 2026

PRELIMINAIRES

Tableau de matières

PRELIMINAIRES	I
Tableau de matières	II
Dédicace.....	IV
Remerciements	IV
Liste du Personnel	VIII
Serment d’Hippocrate.....	XV
Liste de Tableaux	XVI
Liste de Figures.....	XVII
Résumé	XVIII
Abstract	XX
Liste des Abréviations, Acronymes et Sigles.....	XXII
INTRODUCTION	1
Chapitre I : PROBLEMATIQUE.....	3
I.1. JUSTIFICATION.....	4
I.2. QUESTION DE RECHERCHE	4
I.3. HYPOTHESE	4
I.4. OBJECTIFS.....	4
I.5. LISTE DES VARIABLES	5
I.8. CADRE THEORIQUE	7
Chapitre II :REVUE DE LA LITTERATURE	8
II.1 RAPPELS SUR LA CHIRURGIE DIGESTIVE	9
II.2 CONSENTEMENT ECLAIRE EN CHIRURGIE.....	10
II.3 ETAT DES CONNAISSANCES SUR LE CONSENTEMENT ILLUSTRE	16
Chapitre III : METHODOLOGIE	20
III.1. TYPE D’ETUDE	21
III.2. SITE.....	21
III.3. POPULATION D’ETUDE	21
III.4. OUTILS DE COLLECTE	22
III.5. PROCEDURE.....	22

III.6. ANALYSE DES DONNEES.....	23
Chapitre IV : RESULTATS	26
IV.1. DISPOSITIF ILLUSTRE DE CHIRURGIE DIGESTIVE.....	27
IV.2. POPULATION D'ETUDE	28
IV.3. PROFIL PATHOLOGIQUE ET CHIRURGICAL.....	30
IV.4. COMPREHENSION DU CONSENTEMENT.....	31
IV.5. EFFICACITE DU CONSENTEMENT ILLUSTRE	32
Chapitre V : DISCUSSION.....	35
V.1. LIMITE DE L'ETUDE.....	36
V.2. DISPOSITIF ILLUSTRE DE CHIRURGIE DIGESTIVE.....	36
V.3. PROFIL SOCIODEMORAPHIQUE.....	38
V.4. PROFIL PATHOLOGIQUE ET CHIRURGICAL.....	39
V.5. COMPRÉHENSION DU CONSENTEMENT.....	40
V.6. EFFICACITÉ DU CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ ILLUSTRÉ	41
CONCLUSION.....	42
RECOMMANDATIONS.....	42
REFERENCES.....	42
ANNEXES.....	XLII

Dédicace

À mes chers parents

EBOUE BUGHA Vincent de Paul

Et

MBALLA BIKOE Séraphine !

Remerciements

Ce travail de fin d'étude est le fruit de la contribution de plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner ma profonde gratitude et mes sincères remerciements. Qu'ils retrouvent ici l'expression de mon humble reconnaissance !

Je ne pourrai cependant débiter sans remercier, en premier lieu, le Seigneur DIEU Tout Puissant, qui a toujours été ma lumière dans les ténèbres, qui m'a toujours tenu la main et guidé dans tous les pans de ma vie et de mon cursus académique.

Nous témoignons ensuite notre profonde gratitude :

Au **Professeur MEKA** née **NGO UM Esther**, Madame le Doyen de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales (FMSB) de l'Université de Yaoundé I (UYI), qui par ses qualités de mère et d'enseignante, a su mettre en place une excellente équipe d'encadrement pour assurer notre bon cheminement académique.

A mon Directeur de thèse, le **Professeur ESSI Marie-José**, Professeure titulaire en Anthropologie médicale, pour avoir accepté de diriger ma thèse, d'y avoir accordé de l'importance et de m'avoir accompagné contre vents et marées, ; malgré vos multiples occupations, vous m'avez fait un grand honneur en acceptant d'être à la tête de ce travail de thèse et en contribuant efficacement à son amélioration. De plus, vos conseils, votre affection maternelle, et votre rigueur me poussaient sans cesse à me surpasser. Merci pour votre patience, je vous en saurais toujours gré.

Au **Docteur BWELLE MOTTO Georges**, Co-Directeur de ce travail, qui m'a initié à la recherche et qui m'a encadré dans ce travail. Votre expertise dans le domaine a été une source d'inspiration et d'apprentissage précieuse pour moi. La qualité de votre encadrement, votre rigueur, votre fibre paternelle, votre volonté de partager vos connaissances ont grandement contribué à mon développement académique et professionnel.

Au **Docteur BIWOLE Daniel**, Co-Directeur de ce travail. La réalisation de ce projet n'aurait pas été possible sans votre expertise et vos conseils éclairés. Vos suggestions pertinentes m'ont aidé à améliorer ce travail de recherche et à élargir ma perspective sur le sujet. Nous sommes reconnaissants de votre contribution à la réussite de ce projet.

A tous les Professeurs, Docteurs et au personnel du département administratif de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I, qui ont contribué à mon cheminement académique. Vos enseignements et votre soutien ont joué un rôle essentiel dans ma formation.

Au Président du jury pour l'honneur que vous nous faites, en ayant accepté d'examiner ce travail de recherche. Vos remarques et vos ajouts amélioreront très certainement la qualité de ce travail.

Aux Directeurs des hôpitaux, notamment, de l'**Hôpital Général de Yaoundé (HGY)**, de l'**Hôpital Central de Yaoundé (HCY)**, pour les autorisations de recherche ainsi qu'au fondateur de l'Association **ASCOVIME** Cameroun pour la disponibilité.

A tout le **personnel de l'HGY, l'HCY** en particulier le personnel des services de chirurgie, de consultation, d'hospitalisation, du bloc opératoire pour leur disponibilité, sans laquelle nous n'aurions pu obtenir les données pour cette étude.

Aux patients qui ont consenti à participer à ce travail de recherche avec l'accompagnement de leurs parents.

A mes frères et sœurs : **Batoum Robert Archange, Bathoum Cruz Kevin, Batoum Julio Loic, Mbog Elise Serena** pour le soutien, l'amour, les conseils et la confiance que vous avez toujours eue en moi.

A toute la famille **Batoum** en particulier **Mme Ngo Batoum Anne-Marie** épouse **Mayi** et **Dr Batoum Robert** pour le soutien et l'encadrement sans faille tout au long de mon cursus.

A la famille **Bikoe** en particulier ma seconde mère **Mme Bikoe Mbazoa Clotilde** pour leur assistance continue jusqu'à ce jour.

A la famille **Ndoum**, pour son soutien spirituel et pour m'avoir pris comme leur fille.

A la famille **Sak Dimalla** en particulier **Mme Ngo Sak Cecile Patricia** pour son accueil chaleureux, ses conseils et son amour indéfectible.

A tous mes aînés académiques à la FMSB en particulier **Dr Aboubakary Amadou, Dr Elong N. César, Dr Ted Enam, Dr Septcheu Davy, Dr Mamouda M. Njoya, Dr Onana M. Yvan, Dr Marigoh Donald, Dr Mboya Marius, Dr Bizome Audrey, Dr Yacine Greing, Dr Nandong Orcy, Dr Nkondjock Thierry, Dr Yinda, Dr Mmira A NJOCK, Dr Mairou, Dr Edimo** pour les conseils, la disponibilité et le savoir transmis pendant et en dehors des stages.

A l'association **ASCOVIME** pour le soutien indéfectible depuis le départ, pour les fous rires, les campagnes de santé, les échanges constructifs et les moments de détente quand tout semblait aller de travers enfin juste pour votre présence.

Aux associations qui nous ont tenu la main durant toute la formation : le **Cercle des Etudiants en Médecine Ressortissants de l'Est Cameroun (CEMREC)**, le **Cercle des Etudiants Bassa Mpo'o et Bati (CEMBAS)**, le **Cercle des Etudiants en Médecine Originnaire du Littoral (CEMOL)** pour l'enseignement que vous nous avez transmis fidèlement, la formation, le soutien et les encouragements.

Au groupe chrétien **LIPEM LI NYAMBE**, pour votre amour, vos prières et votre considération.

A mes amis et proches : **Charlotte, Ariane, Franco, Ryan, Peter, Yves, Josué, Leslie, Yvana, Jules, Landry, David Ben, Tresor, Jean Francois, Abdel Rahim, Théodora, Sibelle, Gautier** et **Hassane** je ne saurais décrire en quelques mots quelle grâce ça a été de vous rencontrer.

Au groupe « **Good Doctor** » **Brinie, Leslie, Katia, Mercy, Boris, Yoan, Nnawuse, Gabriel, Coretta**, pour le soutien que vous m'avez apporté dans les couloirs des hôpitaux que nous avons eu à arpenter ensemble pendant toutes ces années.

A nos compagnons de recherche : **Mbey N. Yves, Mbang Landry, Fah Nde, Ampouam Jean Christophe** pour les moments passés ensemble et les émotions traversées cette année.

A la **51e promotion de la FMSB** toutes filières confondues et à mes camarades d'autres facultés, tout spécialement pour votre amitié, ces moments faits de hauts et de bas que nous avons traversés ensemble. Merci pour vos encouragements et d'avoir rendu mon parcours inoubliable.

A tous mes cadets en particulier **Trésor Pakourdey, Kevin Bad, Nadia, Alexandra, Cassandra, Killian**, pour leur serviabilité et leur disponibilité, que ce travail soit pour vous une véritable source d'inspiration.

A tous ceux qui me sont chers et que j'ai omis de citer, qui ont contribué de près ou de loin, à la réalisation de ce travail de thèse. Toute personne ayant consacré un moment pour m'aider, me consoler, m'encourager ou simplement me faire sourire, je vous en remercie.

Liste du Personnel

LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF ET ACADEMIQUE FMSB-UYI

1. PERSONNEL ADMINISTRATIF

Doyen : Pr MEKA née NGO UM Esther

Vice-Doyen chargé de la Programmation et suivi activités académiques:Pr OWONA MANGA Léon Jules

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

Vice-Doyen chargé de la Recherche et Coopération : Pr NDONGO AMOUGOU Sylvie NZAME

Chef Division des Affaires Académiques, Scolarité et Recherche : Pr VOUNDI VOUNDI Esther

Chef de la Division des Affaires Administratives et Financières : Pr NDIBI OLA'A Frédéric Xavier

Coordonnateur Général du Cycle de Spécialisation : Pr NJAMSHI Alfred

Chef du Centre de Reproduction : Mr MBILI Jean Patrice

Chef de la Cellule Informatique : Mr IMAM Franck Giresse

Chef de Service Financier : Mme ESSONO AKOA Linda Philomène Stella

Chef de Service Adjoint Financier : Mme NGA ONANA Anastasie Cristel

Chef Service Administration Générale et Personnel : Mme EVENE NOAH Pierrine ASSE MBOLE

Chef de Service Adjoint Administration Générale et du Personnel : Mme MOUSTAPHA Bintou

Chef de Service des Diplômes : Dr NDOBO Juliette Valérie Danièle

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

Chef de Service de la Scolarité et des Statistiques : Dr BEYAMA BEYAMA Abdon

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

Chef de Service du Matériel et de la Maintenance : Mr MOUANDJO BEBE Robert

Chef Service Adjoint Matériel et de la Maintenance: Dr NDONGO MPONON EMENGUELE Pascale

Bibliothécaire en Chef : Mme FROUISSOU née MAME Marie-Claire

Comptable Matières : Mr MOUMEMIE NJOUNDIYIMOUN MAZOU

2. COORDONNATEURS DES CYCLES ET RESPONSABLES DES FILIERES

Coordonnateur Cycle de Spécialisation Chirurgie Buccale : Dr EDOUMA BOHIMBO Jacques G.

Coordonnateur de la Filière Pharmacie : Pr NTSAMA ESSOMBA Claudine

Coordonnateur Filière Internat : Pr ONGOLO ZOGO Pierre

Coordonnateur de la Filière de Médecine Générale : Pr KOWO Mathurin Pierre

Coordonnateur de la Filière Odontologie : Pr BENGONDO MESSANGA Charles

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

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Chirurgie : Pr HANDY Daniel

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation Gynécologie et Obstétrique : Pr DOHBIT Julius SAMA

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Médecine Interne: Pr BOOMBHI Jérôme Hilaire

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Pédiatrie : Pr NGUEFACK Séraphin

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Biologie Clinique : Pr AMA MOOR Vicky Jocelyne

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

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Santé Publique : Pr ESSI Marie-José

Coordonnateur du CESSI : Pr ANKOUANE ANDOULO Firmin

Coordonnateur Adjoint du CESSI : Mr MEZI SATEGUE William

Coordonnateur de la formation Continue : Pr KASIA Jean Marie

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)

Pr ZE MINKANDE Jacqueline (2015-2024)

3. PERSONNEL ENSEIGNANT

N°	NOMS ET PRENOMS	GRAD	DISCIPLINE
DEPARTEMENT DE CHIRURGIE ET SPECIALITES			
1.	NDJOCK Louis Richard (CD)	P	ORL-CCF
2.	DJIENTCHEU Vincent de Paul	P	Neurochirurgie
3.	ESSOMBA Arthur	P	Chirurgie Générale
4.	EYENGA Victor Claude	P	Chirurgie/Neurochirurgie
5.	GUIFO Marc Leroy	P	Chirurgie Générale
6.	HANDY EONE Daniel	P	Chirurgie Orthopédique
7.	MOUAFO TAMBO Faustin	P	Chirurgie Pédiatrique
8.	NGO NONGA Bernadette	P	Chirurgie Générale
9.	BAHEBECK Jean	MCA	Chirurgie Orthopédique
10.	BANG GUY Aristide	MCA	Chirurgie Générale
11.	NGO YAMBEN Marie Ange	MC	Chirurgie Orthopédique
12.	TSIAGADIGI Jean Gustave	MC	Chirurgie Orthopédique
13.	BELLO FIGUIM	MA	Neurochirurgie
14.	BIWOLE BIWOLE Daniel Claude Patrick	MA	Chirurgie Générale
15.	EPOUPA NGALLE Frantz Guy	MA	Urologie
16.	FONKOUÉ Loïc	MA	Chirurgie Orthopédique
17.	FOSSI KAMGA GACELLE	MA	Chirurgie Pédiatrique
18.	FOUDA Jean Cédric	MA	Urologie
19.	MBOUCHE Landry Oriole	MA	Urologie
20.	MEKEME MEKEME Junior Barthelemy	MA	Urologie
21.	MULUEM Olivier Kennedy	MA	Orthopédie-Traumatologie
22.	MVE MVONDO Charles	MA	Chirurgie Cardiaque
23.	NWAHA MAKON Axel Stéphane	MA	Urologie
24.	NYANIT BOB Dorcas	MA	Chirurgie Pédiatrique
25.	OUMAROU HAMAN NASSOUROU	MA	Neurochirurgie
26.	SAVOM Eric Patrick	MA	Chirurgie Générale
27.	AHANDA ASSIGA	CC	Chirurgie Générale
28.	ARROYE BETOU Fabrice Stéphane	CC	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
29.	BIKONO ATANGANA Ernestine Renée	CC	Neurochirurgie
30.	BWELE Georges	CC	Chirurgie Générale
31.	MBELE Richard II	CC	Chirurgie Thoracique
32.	MFOUAPON EWANE Hervé Blaise	CC	Neurochirurgie
33.	MOHAMADOU GUEMSE Emmanuel	CC	Chirurgie Orthopédique
34.	MVONDO ONANA Pierre	CC	Chirurgie Viscérale et Digestive

35.	NYANKOUE MEBOUINZ Ferdinand	CC	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
36.	NGO YON Laurence Carole	CC	Chirurgie Cardiaque
37.	ELA BELLA Amos Jean-Marie	AS	Chirurgie Thoracique
38.	EYA MVONDO Eric Stéphane	AS	Chirurgie Générale
39.	FOLA KOPONG Olivier	AS	Chirurgie Générale
40.	KOUNA TSALA Irène Nadine	AS	Chirurgie Pédiatrique
DEPARTEMENT D'ANESTHESIE-REANIMATION			
41.	ZE MINKANDE Jacqueline (CD)	P	Anesthésie-Réanimation
42.	OWONO ETOUNDI Paul	P	Anesthésie-Réanimation
43.	BENGONO BENGONO Roddy Stéphan	MCA	Anesthésie-Réanimation
44.	JEMEA Bonaventure	MCA	Anesthésie-Réanimation
45.	AMENGLE Albert Ludovic	MCA	Anesthésie-Réanimation
46.	KONA NGONDO François Stéphane	MA	Anesthésie-Réanimation
47.	IROUME Cristella R. B. NTYO'O NKOUMOU	CC	Anesthésie-Réanimation
48.	NDIKONTAR KWANJI Raymond	CC	Anesthésie-Réanimation
49.	GOUAG	CC	Anesthésie Réanimation
50.	NGOUATNA DJEUMAKOU Serge Rawlings	AS	Anesthésie-Réanimation
DEPARTEMENT DE MEDECINE INTERNE ET SPECIALITES			
51.	SINGWE Madeleine épouse NGANDEU (CD)	P	Médecine Interne/Rhumatologie
52.	ANKOUANE ANDOULO Firmin	P	Médecine Interne/ Hépto Gastro-Entéro.
53.	ASHUNTANTANG Gloria Enow	P	Médecine Interne/Néphrologie
54.	BISSEK Anne Cécile	P	Médecine Interne/Dermatologie
55.	HAMADOU BA	P	Médecine Interne/Cardiologie
56.	KAZE FOLEFACK François	P	Médecine Interne/Néphrologie
57.	KUATE TEGUEU Calixte	P	Médecine Interne/Neurologie
58.	KOUOTOU Emmanuel Armand	P	Médecine Interne/Dermatologie
59.	MENANGA Alain Patrick	P	Médecine Interne/Cardiologie
60.	NJAMNSHI Alfred K.	P	Médecine Interne/Neurologie
61.	NJOYA OUDOU	P	Médecine Interne/Gastro-Entérologie
62.	SOBNGWI Eugène	P	Médecine Interne/Endocrinologie
63.	PEFURA YONE Eric Walter	P	Médecine Interne/Pneumologie
64.	BOOMBHI Jérôme	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
65.	ETOA NDZIE épouse ETOGA Martine Claude	MCA	Médecine Interne/Endocrinologie
66.	FOUDA MENYE Hermine Danielle	MCA	Médecine Interne/Néphrologie
67.	NGANOU Chris Nadège	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
68.	KOWO Mathurin Pierre	MC	Médecine Interne/ Hépto Gastro-Entéro.
69.	KUATE née MFEUKEU KWA Liliane Claudine	MC	Médecine Interne/Cardiologie
70.	NDONGO AMOUGOU Sylvie	MC	Médecine Interne/Cardiologie
71.	ATENGUENA OBALEMBA Etienne	MA	Médecine Interne/Cancérologie Médicale
72.	ESSON MAPOKO Berthe Sabine PAAMBOG	MA	Médecine Interne/Oncologie Médicale
73.	MAÏMOUNA MAHAMAT	MA	Médecine Interne/Néphrologie
74.	MASSONGO MASSONGO	MA	Médecine Interne/Pneumologie
75.	MBONDA CHIMI Paul-Cédric	MA	Médecine Interne/Neurologie
76.	MENDANE MEKOBÉ Francine EKOBEA	MA	Médecine Interne/Endocrinologie
77.	NDJITOYAP NDAM Antonin Wilson	MA	Médecine Interne/Gastroentérologie
78.	NDOBO épouse KOE Juliette Valérie Danielle	MA	Médecine Interne/Cardiologie
79.	NGAH KOMO Elisabeth	MA	Médecine Interne/Pneumologie
80.	NGARKA Léonard	MA	Médecine Interne/Neurologie
81.	NKORO OMBEDE Grâce Anita	MA	Médecine Interne/Dermatologue
82.	NTSAMA ESSOMBA Marie Josiane EBODE	MA	Médecine Interne/Gériatrie
83.	OWONO NGABEDE Amalia Ariane	MA	MI /Cardiologie Interventionnelle
84.	DEHAYEM YEFOU Mesmin	CC	Médecine Interne/Endocrinologie
85.	EBENE MANON Guillaume	CC	Médecine Interne/Cardiologie
86.	ELIMBY NGANDE Lionel Patrick Joël	CC	Médecine Interne/Néphrologie
87.	FOJO TALONGONG Baudelaire	CC	Médecine Interne/Rhumatologie
88.	KAMGA OLEN Jean Pierre Olivier	CC	Médecine Interne/Psychiatrie
89.	KUABAN Alain	CC	Médecine Interne/Pneumologie
90.	MANDENG Nadia Jacqueline	CC	Médecine Interne/Médecine Interne

91.	MINTOM MEDJO Pierre Didier	CC	Médecine Interne/Cardiologie
92.	NSOUNFON ABDOU WOUOLIOU	CC	Médecine Interne/Pneumologie
93.	NTONE ENYIME Félicien	CC	Médecine Interne/Psychiatrie
94.	NTYO'O NKOUMOU Arnaud Laurel	CC	Médecine Interne/Pneumologie
95.	NZANA Victorine Bandolo épouse FORKWA M.	CC	Médecine Interne/Néphrologie
96.	TCHOUANKEU KOUNGA Fabiola	CC	Médecine Interne/Psychiatrie
97.	TSAGUE KENGNI Hermann Nestor	CC	Médecine Interne/Cardiologie
98.	ANABA MELINGUI Victor Yves	AS	Médecine Interne/Rhumatologie
99.	BELINGA EDIMA Victor Fabrice	AS	Médecine Interne/Neurologie
100.	BELINGA KYE ESSOMBI Olivia Constance	AS	Médecine Interne/Pneumologie
101.	BIWOLE SIDA Ghislaine Rachel	AS	Médecine Interne/Endocrinologie
102.	DOUN FOUA Anne Stéphanie Elodie	AS	Médecine Interne/Rhumatologie
103.	ESSAMA BIBI Suzanne Doris épouse NKECK	AS	Médecine Interne/Endocrinologie
104.	KOLLO NZIMA Brice Kevin	AS	Médecine Interne/Rhumatologie
105.	NKECK Jan René	AS	Médecine Interne/Rhumatologie
106.	POKA MAYAP Virginie	AS	Médecine Interne/Pneumologie
107.	TIMNOU BEKOUTI Jean	AS	Médecine Interne/Cardiologie
108.	TCHOUMI LEUWAT Eric Pascal	AS	Médecine Interne/ Hépto Gastro-Entéro.
109.	TONYE Lydienne Alida	AS	Médecine Interne/Cardiologie
DEPARTEMENT D'IMAGERIE MEDICALE ET RADIOLOGIE			
110.	ZEH Odile Fernande (CD)	P	Radiologie/Imagerie Médicale
111.	GUEGANG GOUJOU. E.	P	Imagerie Médicale/Neuroradiologie
112.	MOIFO Boniface	P	Radiologie/Imagerie Médicale
113.	ONGOLO ZOGO Pierre	MCA	Radiologie/Imagerie Médicale
114.	SAMBA Odette NGANO	MC	Biophysique/Physique Médicale
115.	MBEDE Maggy épouse ENDEGUE MANGA	MA	Radiologie/Imagerie Médicale
116.	NWATSOCK Joseph Francis	MA	RIM / Médecine Nucléaire
117.	ABO'O MELOM Adèle Tatiana	CC	Radiologie et Imagerie Médicale
118.	MEKA'H MAPENYA Ruth-Rosine	CC	Radiothérapie
119.	SEME ENGOUMOU Ambroise Merci	CC	Radiologie/Imagerie Médicale
120.	ZE NGBWA MIMI-Flore PENDA MOMASSO	CC	Radiologie
121.	ALLA TAKAM Clémence épouse TAKOUDA	AS	Médecine Nucléaire
122.	AWOUDOU II Christian Junior	AS	Médecine Nucléaire
123.	MBONO EDOA Doriane Murielle	AS	Radiologie/Imagerie Médicale
DEPARTEMENT DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE			
124.	NGO UM Esther Juliette MEKA (CD)	P	Gynécologie Obstétrique
125.	DOHBIT Julius SAMA	P	Gynécologie Obstétrique
126.	FOUMANÉ Pascal	P	Gynécologie Obstétrique
127.	KASIA JEAN MARIE	P	Gynécologie Obstétrique
128.	KEMFANG NGOWA Jean Dupont	P	Gynécologie Obstétrique
129.	MBOUDOU Émile	P	Gynécologie Obstétrique
130.	MBU ENOW Robinson	P	Gynécologie Obstétrique
131.	NKWABONG Elie	P	Gynécologie Obstétrique
132.	TEBEU Pierre Marie	P	Gynécologie Obstétrique
133.	MVE KOH Valère Salomon	P	Gynécologie Obstétrique
134.	NOA NDOUA Claude Cyrille	P	Gynécologie Obstétrique
135.	FOUEDJO Jeanne H.	MCA	Gynécologie Obstétrique
136.	BELINGA Etienne	MCA	Gynécologie Obstétrique
137.	ESSIBEN Félix	MCA	Gynécologie Obstétrique
138.	EBONG Cliford EBONTANE	MA	Gynécologie Obstétrique
139.	MBOUA BATOUM Véronique Sophie	MA	Gynécologie Obstétrique
140.	METOGO NTSAMA Junie Annick	MA	Gynécologie Obstétrique
141.	NSAHLAI Christiane JIVIR FOMU	MA	Gynécologie Obstétrique
142.	NYADA Serge Robert	MA	Gynécologie Obstétrique
143.	TOMPEEN Isidore	MA	Gynécologie Obstétrique
144.	MBOUA BATOUM Véronique Sophie	MA	Gynécologie Obstétrique
145.	MPONO EMENGUELE Pascale NDONGO	CC	Gynécologie Obstétrique
146.	NGAHA BONJA Junie épouse YANEU	CC	Gynécologie Obstétrique

147.	NGONO AKAM Marga Vanina	CC	Gynécologie Obstétrique
148.	KODOUME MOTOLOUZE	AS	Gynécologie Obstétrique
149.	KUTNJEM IBRAHIM BELLO MONKAREE	AS	Gynécologie Obstétrique
150.	MOL Henri Léonard Chatelein	AS	Gynécologie Obstétrique
151.	NDJEUNGA Bertine Manuela	AS	Gynécologie Obstétrique
152.	NGASSAM KETCHATCHAM Anny Nadège	AS	Gynécologie Obstétrique
DEPARTEMENT D'OPHTALMOLOGIE, D'ORL ET DE STOMATOLOGIE			
153.	DJOMOU François (CD)	P	ORL
154.	DOHVOMA Andin Viola	P	Ophtalmologie
155.	EBANA MVOGO Stève Robert	P	Ophtalmologie
156.	ÉPÉE Émilienne épouse ONGUENE	P	Ophtalmologie
157.	KAGMENI Gilles	P	Ophtalmologie
158.	KOKI Godefroy	P	Ophtalmologie
159.	NJOCK Richard	P	ORL
160.	OMGBWA EBALE André	P	Ophtalmologie
161.	BILLONG Yannick	MCA	Ophtalmologie
162.	MINDJA EKO David	MC	ORL/Chirurgie Maxillo-Faciale
163.	NGABA Olive	MC	ORL-CCF
164.	AKONO ZOUA épouse ETEME Marie Evodie	MA	Ophtalmologie
165.	ANDJOCK NKOOU Yves Christian	MA	ORL-CCF
166.	ATANGA Léonel Christophe	MA	ORL-CCF
167.	MEVA'A BIOUELE Roger Christian	MA	ORL-CCF
168.	MOSSUS Yannick	MA	ORL-CCF
169.	MVILONGO TSIMI épouse BENGONO Caroline	MA	Ophtalmologie
170.	NANFACK NGOUNE Chantal	MA	Ophtalmologie
171.	NGO NYEKI Adèle-Rose é MOUAHA-BELL	MA	ORL-CCF
172.	NOMO Arlette Francine	MA	Ophtalmologie
173.	ASMAOU BOUBA Dalil	CC	ORL
174.	BOLA SIAFA Antoine	CC	ORL
175.	MOUANGUE Louise épouse MBONDJO	CC	ORL-CCF
DEPARTEMENT DE PEDIATRIE			
176.	ONGOTSOYI Angèle épouse PONDY (CD)	P	Pédiatrie
177.	CHIABI Andreas	P	Pédiatrie
178.	CHELO David	P	Pédiatrie
179.	MAH Evelyn	P	Pédiatrie
180.	NGUEFACK Séraphin	P	Pédiatrie
181.	NGUEFACK épouse DONGMO Félicitée	P	Pédiatrie
182.	NGO UM KINJEL Suzanne épse SAP	P	Pédiatrie
183.	MBASSI AWA	P	Pédiatrie
184.	KALLA Ginette Claude épse MBOPI KEOU	MC	Pédiatrie
185.	NOUBI N. épouse KAMGAING M.	MC	Pédiatrie
186.	EPEE épouse NGOUE Jeannette	MA	Pédiatrie
187.	KAGO TAGUE Daniel Armand	MA	Pédiatrie
188.	MEGUIZE Claude-Audrey	MA	Pédiatrie
189.	MEKONE NKWELE Isabelle	MA	Pédiatre
190.	TONY NENGOM Jocelyn	MA	Pédiatrie
191.	ELOUNDOU ODI Eugène Bertrand	AS	Pédiatrie
192.	NYEMB MBOG Grâce Joëlle Thérèse	AS	Pédiatrie Oncologie
DEPARTEMENT DE MICROBIOLOGIE, PARASITO, HEMATOLOGIE ET MALADIES INFECTIEUSES			
193.	MBOPI KEOU François-Xavier (CD)	P	Bactériologie/ Virologie
194.	ADIOGO Dieudonné	P	Microbiologie/Virologie
195.	GONSU née KAMGA Hortense	P	Bactériologie
196.	MBANYA Dora	P	Hématologie
197.	TAYOU TAGNY Claude	P	Microbiologie/Hématologie
198.	LYONGA Emilia ENJEMA	MC	Microbiologie Médicale
199.	CHETCHA CHEMEGNI Bernard	MC	Microbiologie/Hématologie
200.	TOUKAM Michel	MC	Microbiologie
201.	NGANDO Laure épouse MOUDOUTE	MA	Parasitologie

202.	NDOUMBA NKENGUE Annick MINTYA	MC	Hématologie
203.	VOUNDI VOUNDI Esther	MC	Virologie
204.	ANGANDJI TIPANE Prisca épouse ELLA	CC	Biologie Clinique /Hématologie
205.	BOUM II YAP	CC	Microbiologie
206.	BEYALA Frédérique	CC	Maladies Infectieuses
207.	ESSOMBA René Ghislain	CC	Immunologie et Maladies Infectieuses
208.	FOKAM Joseph	CC	Microbiologie
209.	MBOUYAP Pretty Rosereine	CC	Pharmacologie
210.	MEDI SIKE Christiane Ingrid	CC	Biologie Clinique
211.	NGOGANG Marie Paule	CC	Biologie Clinique
212.	NSA'AMANG Carolle-Snelle épouse EYEBE	CC	Biologie Clinique
213.	Georges MONDINDE IKOMEY	AS	Immunologie
DEPARTEMENT DE SANTE PUBLIQUE			
214.	KAMGNO Joseph(CD)	P	Santé Publique /Epidémiologie
215.	ESSI Marie-José	P	Santé Publique/Anthropologie médicale
216.	BEDIANG Georges Wylfred	P	Informatique Médicale
217.	NGUEFACK TSAGUE	MC	Santé Publique /Biostatistique
218.	TAKOUGANG Innocent	MC	Santé Publique
219.	BILLONG Serges Clotaire	MC	Santé Publique / Management de la santé
220.	NJOUMEMI ZAKARIAOU	MC	Santé Publique /Economie de la Santé
221.	ESSO ENDALLE Lovet Linda Augustine Julia	CC	Santé Publique / Epidémiologie de terrain
222.	EYEBE EYEBE Serge Bertrand	CC	Santé Publique/Epidémiologie
223.	KEMBE ASSAH Félix	CC	Epidémiologie
224.	KWEDI JIPPE Anne Sylvie	CC	Epidémiologie
225.	MAPA TASSOU Clarisse ETEME ABOUDI	CC	Expert en Promotion de la Santé
226.	MBA MAADJHOU Berjauline Camille	CC	Santé Publique/Epidémiologie nutritionnelle
227.	MOSSUS Tatiana née ETOUNOU AKONO	CC	Expert en Promotion de la Santé
228.	NAAMBOW ANABA Edwige Christelle	CC	Anthropologie Médicale
229.	NKENGFACK Germaine Sylvie	CC	Nutrition
230.	ONDOUA MBENGONO Laure Julienne	CC	Psychologie
231.	ABBA-KABIR HAAMIT-M	AS	Pharmacie – Economie de la santé
232.	AMANI ADIDJA	AS	Santé Publique
233.	EFA Salomon Francis	AS	Santé et Environnement
234.	MELINGUI Bernard Fortune	AS	Epidémiologiste
235.	NDIBI ABANDA Jean	AS	Epidémiologiste
236.	NGAKO PAMEN BOUBA Joëlle Nounouce	AS	Economie de la Santé
DEPARTEMENT DES SCIENCES MORPHOLOGIQUES-ANATOMIE PATHOLOGIQUE			
237.	MENDIMI NKODO Joseph(CD)	P	Anatomie Pathologie
238.	SANDO Zacharie	P	Anatomie Pathologie
239.	BISSOU MAHOP	MC	Médecine de Sport
240.	KABEYENE OKONO Angèle	MC	Histologie/Embryologie
241.	AKABA Désiré	MC	Anatomie Humaine
242.	NSEME Eric	MC	Médecine Légale
243.	NGONGANG Gilbert Frank Olivier	MA	Médecine Légale
244.	ESSAME Eric Fabrice	CC	Anatomie pathologie
245.	MENDOUGA M. Coralie R. Bertine KOUOTOU	CC	Anatomie pathologie
246.	NDOUMBA A. Alice Ghislaine ABESSOLO	CC	Anatomie Pathologie
247.	NKEGOUN Blaise	CC	Anatomie Pathologie
DEPARTEMENT DE BIOCHIMIE			
248.	NDONGO EMBOLA TORIMIRO Judith(CD)	P	Biologie Moléculaire
249.	PIEME Constant Anatole	P	Biochimie
250.	AMA MOOR Vicky Joceline	P	Biologie Clinique/Biochimie
251.	EUSTACE BONGHAN BERINYUY	CC	Biochimie
252.	GUEWO FOKENG Magellan	CC	Biochimie
253.	MBONO SAMBA ELOUMBA Esther Astrid	AS	Biochimie
DEPARTEMENT DE PHYSIOLOGIE			
254.	ETOUNDI NGOA Laurent Serges(CD)	P	Physiologie
255.	ASSOMO NDEMBA Peguy Brice	MC	Physiologie

256.	David Emery TSALA	MC	Physiologie
257.	DZUDIE TAMDJIA Anastase Innocent	MC	Physiologie
258.	AZABJI KENFACK Marcel	MC	Physiologie
259.	EBELL'A DALLE Ernest Remy Hervé	CC	Physiologie humaine
DEPARTEMENT DE PHARMACOLOGIE ET DE MEDECINE TRADITIONNELLE			
260.	NGONO MBALLA Rose ABONDO (CD)	MC	Pharmaco-thérapeutique africaine
261.	NDIKUM Valentine	CC	Pharmacologie
262.	ONDOUA NGUELE Marc Olivier	AS	Pharmacologie
DEPARTEMENT DE CHIRURGIE BUCCALE			
263.	ESSAMA ENO BELINGA Lawrence BELL (CD)	MC	
264.	BENGONDO MESSANGA Charles	P	Stomatologie
265.	EDOUMA BOHIMBO Jacques Gérard	MA	Stomatologie et Chirurgie
266.	NOKAM TAGUEMNE M.E.	MC	Médecine Dentaire
267.	KWEDI Karl Guy Grégoire	CC	Chirurgie Bucco-Dentaire
268.	NKOLO TOLO Francis Daniel	AS	Chirurgie Bucco-Dentaire
DEPARTEMENT D'IMPLANTOLOGIE-PARODONTOLOGIE-PROTHESE			
269.	NDJOH Jules Julien (CD)	CC	Chirurgie (Implantologie-Parodontologie)
270.	MBEDE NGA MVONDO Rose	CC	Médecine Bucco-dentaire (Prothèse)
271.	NIBEYE Yannick Carine Brice	CC	Bactériologie
272.	AKENA NDENG Lydie Sandra	AS	Chirurgien Dentiste
273.	GAMGNE GUIADEM Catherine M	AS	Chirurgie Dentiste
DEPARTEMENT D'ODONTOLOGIE CONSERVATRICE ET ENDODONTIE			
274.	MENGONG MONEBOULOU P. Hortense (CD)	CC	Odontologie Pédiatrique
275.	LOWE NANTCHOUANG Michèle ABISSEGUE	CC	Odontologie Pédiatrique
DEPARTEMENT DE PHARMACOGNOSIE ET CHIMIE PHARMACEUTIQUE			
276.	NTSAMA ESSOMBA Claudine (CD)	P	Pharmacognosie /Chimie pharmaceutique
277.	NGAMENI Bathélémy	P	Phytochimie/ Chimie Organique
278.	NGOUPAYO Joseph	P	Phytochimie/Pharmacognosie
279.	GUEDJE Nicole Marie	MC	Ethnopharmacologie/Biologie végétale
280.	BAYAGA Hervé Narcisse	AS	Pharmacie
281.	TALLA Clovis	AS	Pharmacie
DEPARTEMENT DE PHARMACOTOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE			
282.	ZINGUE Stéphane (CD)	P	Physiologie et Pharmacologie
283.	FOKUNANG Charles	P	Biologie Moléculaire
284.	TEMBE ACHICK Estella épouse FOKUNANG	P	Pharmacologie Clinique
285.	ANGO Yves Patrick	CC	Chimie des substances naturelles
286.	NENE AHIDJO épouse NJITUNG TEM	CC	Neuropharmacologie
DEPARTEMENT DE PHARMACIE GALENIQUE ET LEGISLATION PHARMACEUTIQUE			
287.	NNANGA NGA Emmanuel (CD)	P	Pharmacie Galénique
288.	NYANGONO NDONGO Martin	MA	Pharmacie
289.	MBOLE Jeanne Mauricette épouse MVONDO M.	CC	Management de la qualité, Contrôle qualité
290.	FOUMANE MANIEPI NGOUOPIHO J. Saurelle	CC	Pharmacologie
291.	MINYEM NGOMBI Aude Périne épouse AFUH	CC	Réglementation Pharmaceutique
292.	SOPPO LOBE Charlotte Vanessa	CC	Contrôle qualité médicaments
293.	ABA'A Marthe Dereine	AS	Management de la qualité, Contrôle qualité
294.	EMANDA EKOUDI Martin Gogonet	AS	Pharmacie
295.	FOE ESSOMBA Joseph Rodrigue	AS	Biotechnologie
296.	NDAM NDJITOYAP M. Yvon Daniel Arouna	AS	Réglementation Inspectorat Pharmaceutiques
297.	NKO'O NTYAM David Lionel	AS	Pharmacie

P= Professeur

MCA= Maître de Conférences Agrégé

MC= Maître de Conférences

MA= Maître Assistant

CC = Chargé de Cours

AS = Assistants

Total = 297

Serment d'Hippocrate

*Au moment de l'admission comme membre de la profession
médicale,*

*« Je m'engage solennellement à consacrer toute ma vie au service
de l'humanité.*

*Je réserverai à mes maîtres le respect et la gratitude qui leur sont
dus.*

J'exercerai consciencieusement et avec dignité ma profession.

Je garderai les secrets qui me sont confiés.

*Je sauvegarderai par tous les moyens possibles, l'honneur et la
noble tradition de la profession médicale.*

*Je ne permettrai pas que les considérations d'ordre religieux,
national, racial, politique ou social aillent à l'encontre de mon
devoir vis-à-vis du malade.*

*Mes collègues seront mes frères. Je respecterai au plus haut degré
la vie humaine et ceci dès sa conception.*

*Même sous des menaces je n'utiliserai point mes connaissances
médicales contre les lois de l'humanité.*

*Je m'engage solennellement sur mon honneur et en toute liberté à
garder scrupuleusement ces promesses »*

Liste de Tableaux

Tableau 1: Profil sociodémographique des patients (n=127)	29
Tableau 2: Repartition des pathologies	30
Tableau 3: Distribution des bonnes réponses de cognitions en fonction du groupe	31
Tableau 4: Profil pathologique et site	32

Liste de Figures

Figure 1 : Image d'une opération d'appendicectomie par coelioscopie	9
Figure 2 : Signature d'un consentement éclairé par un patient	11
Figure 3 : Exemple de consentement éclairé en chirurgie	12
Figure 4: Rubriques de dispositif illustré	28
Figure 5: Flux de recrutement de la population	29
Figure 6: Repartition des interventions	31
Figure 7: Niveau de Compréhension des patients	32
Figure 8: compréhension et sexe	33
Figure 9: Lien entre le niveau de compréhension et le niveau d'instruction	34

Résumé

Introduction : Le consentement éclairé constitue un principe fondamental de l'éthique médicale et une exigence incontournable de toute intervention chirurgicale. En chirurgie digestive, la complexité des informations à transmettre, associée au faible niveau d'instruction d'une proportion importante des patients, limite leur compréhension et peut compromettre leur adhésion thérapeutique ainsi que leur expérience de soins. Dans le contexte camerounais, où la morbidité postopératoire demeure élevée, le recours à un dispositif illustré pourrait améliorer la qualité de l'information délivrée aux patients.

Objectif : Évaluer l'efficacité d'un dispositif illustré d'éclairage du consentement chez les patients opérés en chirurgie digestive au Cameroun.

Méthodologie : Un essai thérapeutique comparatif a été conduit d'octobre 2025 à mai 2026 à l'Hôpital Général de Yaoundé, à l'Hôpital Central de Yaoundé ainsi qu'au cours des campagnes de santé de l'Association des Compétences pour une Vie Meilleure (ASCOVIME). Les patients âgés d'au moins 18 ans, programmés pour une chirurgie digestive élective, ont été répartis entre un groupe expérimental bénéficiant d'un dispositif illustré lors du recueil du consentement et un groupe témoin recevant la procédure habituelle. La compréhension du consentement a été évaluée à l'aide d'une grille Connaissances-Attitudes-Pratiques adaptée, l'anxiété par l'échelle State-Trait Anxiety Inventory Form Y1 (STAI-Y1) et la satisfaction par une échelle de Likert. Les données ont été analysées avec le logiciel IBM SPSS Statistics version 25. Les comparaisons ont utilisé les tests du Chi carré ou le test exact de Fisher, avec un seuil de significativité fixé à $p < 0,05$.

Résultats : Au total, 127 patients ont été recrutés, dont 121 analysés, avec une prédominance masculine (sex-ratio 2,10) et un âge moyen de $51,40 \pm 14,55$ ans, majoritairement compris entre 46 et 60 ans. Le profil pathologique était dominé par les affections pariétales (55,4 %), essentiellement herniaires, devant les pathologies tumorales digestives (24,0 %), proctologiques (12,4 %), biliaires (5,8 %). La répartition des interventions réalisées reflétait fidèlement celle des pathologies, la cure de paroi totalisant à elle seule plus de la moitié des actes. La voie ouverte (laparotomie) constituait l'abord très majoritaire (74,4 %), devant la cœlioscopie et la voie périnéale.

L'analyse par site de recrutement révélait une polarisation nette du profil chirurgical : en milieu hospitalier prédominait la chirurgie tumorale digestive (42,2 % à l'Hôpital Général et 47,6 % à l'Hôpital Central), tandis que les campagnes ASCOVIME étaient exclusivement consacrées à

la réparation pariétale herniaire . La distribution des pathologies était globalement comparable entre les deux groupes d'étude, témoignant de leur bonne comparabilité sur le plan clinique.

Sur le plan de l'objectif principal, le groupe expérimental présentait un meilleur niveau de compréhension du consentement (78 % de bon niveau) contre un niveau majoritairement moyen dans le groupe témoin. L'avantage du dispositif se retrouvait sur la plupart des items de connaissances, notamment la maladie, les bénéfices attendus, les alternatives thérapeutiques et le type d'intervention, la connaissance des risques et complications demeurant l'item le plus faible dans les deux groupes mais nettement mieux préservé dans le groupe expérimental. Ce bénéfice s'affranchissait du niveau d'instruction : l'amélioration de la compréhension se vérifiait à tous les niveaux scolaires et compensait le faible niveau d'instruction, exerçant ainsi une fonction correctrice des inégalités d'accès à l'information médicale. Selon le sexe, le bon niveau de compréhension dominait dans les deux sexes du groupe expérimental, avoisinant 98 %, alors que le groupe témoin présentait une variabilité nettement plus marquée entre hommes et femmes, le dispositif paraissant lisser les écarts liés au sexe.

Conclusion : Le dispositif illustré améliore la compréhension du consentement éclairé en chirurgie digestive, en compensant le faible niveau d'instruction et en homogénéisant la compréhension quel que soit le sexe. Simple, autonome et reproductible sans équipement spécifique, il apparaît adapté aux contraintes des systèmes de santé à ressources limitées et contribue à réduire les inégalités d'accès à une information médicale de qualité. Son intégration systématique dans les protocoles de recueil du consentement éclairé paraît justifiée.

Mots-clés : Consentement éclairé ; support illustré ; chirurgie digestive ; profil pathologique ; littératie en santé ; Cameroun.

Abstract

Background: Informed consent is a fundamental principle of medical ethics and an essential prerequisite for any surgical procedure. In digestive surgery, the complexity of the information provided, combined with the low educational level of a substantial proportion of patients, often limits understanding and may compromise therapeutic adherence and the overall patient experience. In Cameroon, where postoperative morbidity remains high, the use of an illustrated informed consent aid may improve the quality of information delivered to patients.

Objective: To evaluate the effectiveness of an illustrated informed consent aid among patients undergoing digestive surgery in Cameroon.

Methods: A comparative therapeutic trial was conducted from October 2025 to May 2026 at Yaoundé General Hospital, Yaoundé Central Hospital, and during health campaigns organized by the Association des Compétences pour une Vie Meilleure (ASCOVIME). Adult patients scheduled for elective digestive surgery were allocated to either an experimental group receiving an illustrated informed consent aid or a control group receiving the standard informed consent procedure. Patients' understanding was assessed using an adapted Knowledge, Attitudes and Practices (KAP) questionnaire, anxiety was measured with the State-Trait Anxiety Inventory Form Y1 (STAI-Y1), and satisfaction was evaluated using a Likert scale. Data were analyzed using IBM SPSS Statistics version 25. Comparisons were performed using the Chi-square test or Fisher's exact test, with statistical significance set at $p < 0.05$.

Results: In total, 127 patients were recruited, of whom 121 were analysed, with a male predominance (sex ratio 2.10) and a mean age of 51.40 ± 14.55 years, mostly between 46 and 60 years. The pathological profile was dominated by abdominal wall conditions (55.4%), chiefly hernias and, ahead of digestive tumoural disease, proctological conditions, biliary conditions and other benign conditions. The distribution of the procedures performed faithfully mirrored that of the underlying conditions, wall repair alone accounting for more than half of all operations. The open approach (laparotomy) was by far the most common (74.4%), ahead of laparoscopy and the perineal.

Analysis by recruitment site revealed a clear polarisation of the surgical profile: digestive tumoural surgery predominated in the hospital setting (42.2% at the General Hospital and 47.6% at the Central Hospital), whereas the ASCOVIME campaigns were devoted exclusively

to hernia wall repair, via the open approach. The distribution of conditions was broadly comparable between the two study groups, indicating their good clinical comparability.

With regard to the primary objective, the experimental group showed a better level of understanding of consent (78% good level) compared with a predominantly moderate level in the control group. The advantage of the device was found across most knowledge items, notably the disease, the expected benefits, the therapeutic alternatives and the type of procedure, with knowledge of risks and complications remaining the weakest item in both groups but markedly better preserved in the experimental group. This benefit was independent of educational level: the improvement in understanding was observed across all educational levels and compensated for low educational attainment, thereby exerting a corrective effect on inequalities in access to medical information. According to sex, a good level of understanding predominated in both sexes of the experimental group, approaching 98%, whereas the control group showed markedly greater variability between men and women, the device appearing to smooth out sex-related differences.

Conclusion: The illustrated device improves the understanding of informed consent in digestive surgery, compensating for low educational attainment and homogenising understanding regardless of sex. Being simple, self-contained and reproducible without any specific equipment, it appears well suited to the constraints of resource-limited health systems and helps to reduce inequalities in access to good-quality medical information. Its systematic integration into informed-consent protocols appears justified.

Keywords: informed consent; illustrated aid; digestive surgery; pathological profile; health literacy; Cameroon.

Liste des Abréviations, Acronymes et Sigles

AMM : Association Médicale Mondiale

ASCOVIME : Association des Compétences pour une Vie Meilleure

ECR : Essais contrôlés randomisés

FMSB : Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales

GE : Groupe Expérimental

GT : Groupe Témoin

HCY : Hopital Central de Yaoundé

HGY : Hopital Général de Yaoundé

MINSANTE : Ministère de la Santé publique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SPSS : Statistical Package for Social Sciences

UNESCO : United Nations Educational Scientific and Cultural Organization

UYI : Université de Yaoundé I

INTRODUCTION

La chirurgie constitue un pilier essentiel de la thérapeutique moderne, tant pour le traitement que pour le diagnostic ou la prévention de nombreuses affections. Cependant, au-delà de la technique, elle s'inscrit dans une dynamique humaine impliquant le corps du patient, ses représentations, attentes, peurs des complications. En effet, les complications post-opératoires, toutes chirurgies confondues, concernent environ 16-20 % des patients dans le monde [1], contre 24 % de morbidité en Afrique et 23-33 % de complications au Cameroun, avec une mortalité pouvant atteindre 10 %, témoignant d'un taux élevé dans les pays à faible revenu [2]. Face à la fréquence et la gravité potentielle des complications chirurgicales, le consentement éclairé devient un préalable incontournable permettant d'assurer une décision partagée et une meilleure gestion des risques opératoires. Le consentement éclairé est donc une obligation légale et éthique avant toute procédure chirurgicale. Le processus décisionnel lié à l'acte chirurgical repose sur un fondement essentiel : le consentement éclairé qui est une notion éthique biomédicale visant à garantir que toute personne impliquée dans un acte médical ou une recherche reçoive une information adéquate et donne un accord libre en connaissance de cause. Il doit être compréhensible, libre, clair, complet, spécifique, juridiquement et cognitivement compétent, traçable et accessible. Pourtant, plusieurs études ont mis en évidence une compréhension limitée du consentement, particulièrement dans les pays à faibles ressources.

Au Cameroun, environ 40 % des patients signaient un formulaire sans en maîtriser les contenus essentiels [3]. Une revue systématique grecque a également révélé que jusqu'à 54 % des participants à des recherches cliniques ne comprenaient pas correctement les risques et objectifs de l'étude [4]. Il est pourtant impératif de s'assurer de la bonne compréhension des implications de l'acte chirurgicale au consentement, pour s'assurer qu'il est bien éclairé. Ceci permet de réduire les risques postopératoires, renforcer la sécurité du patient et promouvoir une prise en charge éthique et équitable.

En contexte de faible littératie en santé comme dans au Cameroun, il est important d'aller au bout du questionnement du patient avant de recueillir son consentement pré opératoire. Avec un taux d'alphabétisation estimé à 77% [5] malgré des disparités régionales importantes, ceci peut compliquer la communication médicale lors du recueil du consentement. Ces constats montrent la nécessité de renforcer les méthodes d'information des patients. L'usage de consentement illustré explicatifs peut améliorer significativement la compréhension du consentement des patients opérés. Aussi la présente étude se propose-t-elle d'évaluer l'efficacité d'un nouveau dispositif illustré de consentement éclairé lors des interventions de chirurgie digestive dans deux hôpitaux du Cameroun.

Chapitre I :

PROBLEMATIQUE

I.1.JUSTIFICATION

Le consentement éclairé est essentiel en chirurgie, mais dans les contextes comme le Cameroun, sa compréhension par les patients reste limitée, en raison du faible niveau d'instruction, de la barrière linguistique et du manque de supports adaptés. Or, une mauvaise assimilation de l'information peut compromettre la qualité de la prise en charge et générer des conflits médico-légaux. L'utilisation de supports visuels explicatifs apparaît comme une solution simple et potentiellement efficace pour améliorer la compréhension, renforcer l'autonomie du patient et réduire les risques contentieux.

I.2.QUESTION DE RECHERCHE

L'utilisation d'un support illustré lors du recueil du consentement améliore-t-elle la qualité de l'éclairage et de la prise en charge des patients opérés au Cameroun ?

I.3.HYPOTHESE

Le support illustré lors du recueil du consentement améliorera significativement la compréhension des patients par rapport au protocole standard en facilitant la compréhension conduisant ainsi à une meilleure adhésion, à moins de confusion ou de rejets avec un temps nécessaire pour obtenir le consentement plus long dans le protocole illustré, mais compensé par une qualité plus grande du processus et donc des bénéfices seront encore plus marqués chez les patients de plus faibles niveaux d'éducation.

I.4.OBJECTIFS

- **Objectif général**

Etablir l'efficacité d'un support illustré de recueil de consentement éclairé des patients opérés en chirurgie digestive au Cameroun.

- **Objectifs spécifiques**

1. Elaborer une boîte d'informations illustrées en chirurgie digestive ;
2. Déterminer le niveau de compréhension des patients sur le consentement chirurgical ;
3. Evaluer les indicateurs de résultats périopératoires .

I.5. LISTE DES VARIABLES

- **Profil sociodémographique** : Age, Sexe, Situation matrimoniale, Aire culturelle, Religion, Niveau d'instruction, Profession, Langue de communication usuelle, Langue maternelle, Lieu de résidence, Expérience chirurgicale,
- **Boîtes d'informations illustrée** : anatomie de l'appareil digestif (tube digestif, annexes digestives), anatomie pathologique (cholécystite, fistule anale, fissure anale, maladie hémorroïdaire, etc...), schémas de l'intervention (stomie, colectomie, dérivation biliodigestive etc...) , type d'intervention (laparotomie avec types d'incisions, laparoscopie)
- **Cognitions** : définitions (diagnostic, type de chirurgie prévue (élective, urgente), bénéfices sur sa santé) ; Connaissances (risques, sécurité, alternatives) ; Perception du consentement (autonomie, liberté, éclairage); Renforceurs (langage, illustrations, clarté, communication active, temps)
- **Devenir postopératoire** : Adhésion au traitement (respect des consignes pré et postopératoires, Prise de traitement conforme), indicateurs cliniques (Survenue de complications, Durée d'hospitalisation et niveau de récupération fonctionnelle, Pronostic), Satisfaction et perception du patient par rapport à l'intervention (Anxiété (pré – par – post opératoire), Compréhension (bénéfice, risque, sécurité) ; Perception de la qualité des soins).

I.6. DEFINITIONS OPERATIONNELLES

- **Anxiété pré, post opératoire** : état émotionnel du patient caractérisé par une appréhension, une inquiétude ou une peur liée à l'intervention chirurgicale
- **Complications post-opératoires** : tout événement indésirable liés à l'intervention survenant dans les 30 jours suivant l'intervention chirurgicale, affectant la santé du patient et documenté incluant infection, hémorragies, défaillances d'organes etc... pouvant nécessiter une intervention supplémentaire ou une prolongation de l'hospitalisation
- **Compréhension du consentement** : mesure opérationnelle de la capacité du patient à restituer correctement un par un questionnaire validé en post opératoire, les informations relatives au diagnostic, au type d'intervention, risques potentiels, bénéfices attendus, alternatives, etc... cette compréhension sera quantifiée par un score basé sur les réponses correctes aux items spécifiques définis

- **Consentement éclairé illustré** : Processus d'obtention d'un accord volontaire, préalable à une intervention chirurgicale, reposant sur une communication améliorée grâce à des supports visuels (schémas explicatifs) destinés à optimiser la compréhension des informations médicales essentielles (diagnostic, nature de l'acte, risques, bénéfices, alternatives). Ce consentement doit être documenté, traçable et respecter les principes éthiques de clarté, spécificité et liberté de choix.
- **Fiche explicative simplifiée** : support d'informations remis au patient avant la chirurgie, rédigé en langage clair et non technique, structuré par rubriques essentielles, elle est considérée simplifiée si elle utilise un vocabulaire accessible, une mise en page lisible et éventuellement des explications visuelles.
- **Liberté de choix perçue** : sentiment exprimé par le patient, mesurée via des items spécifiques du questionnaire indiquant s'il a ressenti une absence de coercition ou de pression externe (familiale, sociale, médicale) lors de la prise de décision relative à l'intervention.
- **Littératie** : capacité cognitive du patient à lire, comprendre et utiliser efficacement des informations verbales et visuelles fournies pour prendre une décision éclairée concernant son intervention chirurgicale. Cette notion intègre la compréhension des termes médicaux, la reconnaissance des risques et bénéfices, ainsi que la capacité à exprimer un choix libre et informé.
- **Niveau d'instruction** : degré de formation académique atteint par le patient selon le système éducatif camerounais : aucun, primaire (jusqu'en CM2), secondaire (collèges et lycées) supérieur (universitaire ou formation technique spécialisée). Ce critère est utilisé pour évaluer l'influence du capital éducatif sur la littératie en santé.
- **Participation active à la décision** : mesure de l'engagement du patient durant la phase d'information, évalué par la fréquence et la pertinence des questions posées, des demandes de clarifications, et l'expression des opinions ou préférences exprimés lors de l'entretien préopératoire.
- **Patient opéré** : individu âgé de 18ans et plus, ayant subi une intervention chirurgicale digestive au Cameroun pendant la période de collecte et répondant aux critères d'inclusion définis.
- **Prise de traitement conforme** : Adhésion du patient aux prescriptions médicales données telles que rapportées dans le dossier médical tant sur les doses, posologies et durées de traitement.

- **Respect des consignes pré et post opératoires :** degré d'adhésion du patient aux recommandations données avant et après intervention dans les délais alloués.
- **Satisfaction du patient :** perception subjective globale du patient quant à la qualité de la prise en charge chirurgicale incluant l'information reçue, la relation avec les soignants, et les résultats attendus. Mesuré par des scores de satisfaction.
- **Support illustré :** matériel pédagogique contenant des images, dessins ou schémas réalisés à l'intention des patients pour expliciter visuellement les éléments clés du consentement. Ces supports sont standardisés, adapté au contexte linguistique et à la culture locale.
- **Temps consacré à l'information :** durée en minutes pendant laquelle le personnel médical a communiqué avec le patient pour expliquer l'intervention, ses bénéfices, risques, alternatives etc... mesuré par observation directe ou auto déclaration
- **Traduction du consentement en langue locale :** délivrance du contenu de consentement dans une langue compréhensible par le patient oralement ou par un document traduit.

I.7.INTERET DE LA RECHERCHE

Les résultats de la présente étude permettront aux autorités de santé publique et de chirurgie d'améliorer la qualité de la communication patient-soignant dans le cadre du consentement, en explorant l'apport des supports illustrés, pour réduire les incompréhensions auprès des patients ; limiter les contentieux médicaux liés à la faible littératie préopératoire et proposer des outils adaptés au contexte local, favorisant une information plus accessible, équitable et respectueuse des droits des patients.

I.8.CADRE THEORIQUE

La recherche repose sur une double perspective scientifique : en chirurgie digestive pour la médecine, et en Promotion de la santé pour la santé publique.

Chapitre II :
REVUE DE LA LITTERATURE

II.1 RAPPELS SUR LA CHIRURGIE DIGESTIVE

La chirurgie constitue une composante essentielle des soins de santé. Elle regroupe l'ensemble des interventions manuelles et instrumentales pratiquées sur les tissus vivants dans un but thérapeutique ou diagnostique. Cette discipline couvre un large spectre de spécialités : chirurgie générale, orthopédie, urologie, neurochirurgie, chirurgie cardiaque, etc. Elle est souvent indispensable dans la prise en charge des pathologies aiguës (appendicite, traumatisme), chroniques (cancer, hernies) ou électives (chirurgie réparatrice).

Selon les estimations de l'étude Global Surgery, environ 313 millions d'interventions chirurgicales sont réalisées chaque année dans le monde [6] malgré une demande non assouvie surtout dans les pays à ressources limitées, reflétant ainsi son apport majeur dans le diagnostic, la thérapeutique et la palliative de la prise en charge de nombreuses pathologies.

L'acte chirurgical se distingue des autres actes médicaux par plusieurs aspects: Il est invasif, avec un potentiel de risques élevés (hémorragie, infection, anesthésie, complications postopératoires) [7]. Il nécessite une préparation préalable, une collaboration multidisciplinaire, et un consentement spécifique pouvant entraîner des séquelles fonctionnelles ou esthétiques. Il suppose également souvent une hospitalisation et un suivi postopératoire, plus ou moins long. L'irréversibilité de certains gestes opératoires rend la compréhension des enjeux cruciale avant toute intervention.



Figure 1 : Image d'une opération d'appendicectomie par coelioscopie

À l'échelle mondiale, les complications post-opératoires concernent environ 16 à 20 % des patients hospitalisés après une intervention chirurgicale. Une étude multicentrique internationale a estimé une incidence globale de 16,8 % de complications, toutes chirurgies confondues, avec des taux plus élevés dans les pays à faible revenu [8]. En Afrique, les taux sont globalement plus élevés en raison de retards diagnostiques, de ressources limitées et de facteurs contextuels. Une revue systématique sur les urgences abdominales en Afrique subsaharienne a rapporté une morbidité post-opératoire de 24,2 % et une mortalité de 7,4 % [9].

Au Cameroun, les données disponibles confirment ces tendances. Une étude multicentrique sur des patients drépanocytaires opérés a trouvé une morbidité de 23,4 % et une mortalité de 3,2 % [10]. Dans le cadre des urgences digestives non traumatiques à Yaoundé, la morbidité post-opératoire atteignait 33,3 % et la mortalité 10% [11].

Le recours à la chirurgie implique une décision partagée entre le médecin et le patient, basée sur une compréhension claire des bénéfices, des risques et des alternatives. Dans ce contexte, le consentement libre et éclairé devient un impératif éthique et légal. Une communication efficace est essentielle pour garantir la validité du consentement ; elle repose sur des explications claires, un langage adapté, la disponibilité du soignant et la possibilité de laisser un patient poser des questions. L'absence de consentement ou un consentement inadéquat est source de litiges médicaux et de rupture de confiance entre patient et soignant.

II.2 CONSENTEMENT ECLAIRE EN CHIRURGIE

Le consentement éclairé est défini par l'OMS comme étant une décision volontaire, libre de toute contrainte ou influence induite, d'une personne capable, prise après avoir reçu une information suffisante et compréhensible, d'accepter ou de refuser de participer à une procédure diagnostique, thérapeutique ou de recherche. Le consentement libre et éclairé constitue un droit fondamental du patient. Il implique que toute personne apte à comprendre les enjeux d'un traitement médical puisse y consentir après avoir reçu une information précise, compréhensible et suffisante de la part du personnel soignant. Ce consentement doit être libre, c'est-à-dire exprimé sans contrainte, pression ou influence extérieure, et le patient conserve la liberté de refuser ou de révoquer sa décision à tout moment. Il revient donc au professionnel de santé de s'assurer que le patient est en capacité de discernement. Le consentement est dit éclairé lorsque l'information transmise porte sur : La nature des soins ou interventions proposés ; les bénéfices attendus et les risques potentiels ; les options thérapeutiques disponibles et l'évolution probable de l'état de santé sans intervention.

Cette thématique n'est pas l'apanage du 21ème siècle mais repose sur un long processus historique : découlant de l'Antiquité au 19ème siècle où la médecine était essentiellement paternaliste jusqu'au 20ème siècle représentant un tournant majeur avec l'essor des progrès scientifiques et techniques où les expériences médicales abusives sans consentement provoquent une prise de conscience. Dès lors une succession d'événements vont aboutir à la signature de nombreuses décisions fondamentales de la médecine actuelle. Il s'agit notamment du Procès de Nuremberg (1947) révélant des expérimentations nazies sans consentement menant à l'adoption du code de Nuremberg rendant le consentement éclairé obligatoire pour

les recherches médicales et de la déclaration d'Helsinki (1979) parlant de 03 principes d'éthique : autonomie, bienfaisance et la justice, confirmant l'importance du consentement éclairé même hors recherche. Cet essor dans la recherche infiltra même la médecine clinique, timidement au début puis s'étendant dans certains pays où la relation soignant-soigné intègre le droit du patient.



Figure 2 : Signature d'un consentement éclairé par un patient (image générée par l'IA)

II.2.1 Particularités du consentement en chirurgie

Le consentement éclairé en chirurgie revêt une importance particulière en raison de la spécificité des actes chirurgicaux, qui sont souvent invasifs, techniques, parfois irréversibles et potentiellement lourds de conséquences. À ce titre, il ne s'agit pas d'une simple formalité administrative mais d'un processus fondamental garantissant le respect de l'autonomie du patient. Il impose au chirurgien de fournir une information claire, loyale, intelligible et adaptée au niveau de compréhension du patient, en abordant notamment la nature exacte de l'intervention proposée, ses objectifs, ses bénéfices attendus, ses risques, qu'ils soient fréquents ou rares mais graves, ainsi que les complications éventuelles. Il est également indispensable d'évoquer les alternatives thérapeutiques possibles, y compris l'abstention de traitement, et d'expliquer les implications de chaque option.

Le contexte de la chirurgie nécessite en outre une attention particulière à l'état psychologique du patient : l'annonce d'une opération peut générer de l'anxiété, de l'incompréhension ou une pression sociale et médicale qui peuvent interférer avec la capacité de décision libre. Ainsi, un délai raisonnable de réflexion est généralement requis, sauf en cas d'urgence vitale, pour permettre au patient de poser des questions, de discuter avec ses proches ou de demander un

second avis. Le consentement doit être recueilli par un professionnel compétent, dans un cadre serein, et formalisé par écrit après un échange oral documenté. Par ailleurs, des situations spécifiques comme la découverte peropératoire d'une anomalie non prévue doivent être anticipées, et le patient peut être invité à donner un consentement élargi à certains gestes complémentaires. Enfin, dans un souci de sécurité juridique et éthique, la traçabilité du processus est essentielle : elle protège à la fois le patient et l'équipe soignante.

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ EN CHIRURGIE

Nom du patient: M. X Date de naissance: 15/02/1970

Intervention prévue: Pose d'une stomie

Explications de l'intervention:

J'ai été informé(e) de la nature et du déroulement de l'intervention de pose d'une stomie, ainsi que des objectifs de cette opération.

Risques et Complications:

Je suis conscient(e) des risques et complications possibles, notamment :

- Saignements, infection, problèmes de cicatrisation, occlusion intestinale, complications de la stomie, etc.

Alternatives:

On m'a expliqué les alternatives possibles à cette intervention chirurgicale ainsi que leurs avantages et inconvénients.

Anesthésie:

J'ai été informé(e) des modalités et des risques liés à l'anesthésie.

Anesthésiste responsable : Dr Qwerty

Questions:

J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions et j'ai reçu des réponses satisfaisantes à mes interrogations.

Consentement:

Je consens à l'intervention de pose d'une stomie par le **Dr Azerty** et à l'anesthésie pratiquée par le **Dr Qwerty**.

Signature du Patient : M. X
31 décembre 2022

Signature du Chirurgien : _____
31 décembre 2022

Signature de l'Anesthésiste : _____
31 décembre 2022

Figure 3 : Exemple de consentement éclairé en chirurgie(généré par l'IA)

II.2.2 Rôle de la littérature dans le processus de consentement

Nous ne saurons parler de consentement éclairé sans parler de la littérature qui est définie par l'OMS comme étant la capacité pour des individus à comprendre, évaluer, et utiliser des informations de santé pour prendre des décisions éclairées sur leur bien-être. Elle constitue une

notion essentielle en santé publique, car elle favorise des attitudes plus saines, facilite la prise en charge des affections chroniques et encourage une plus grande implication dans les programmes de dépistage. L'amélioration de la littératie en santé au sein d'une population requiert la mise en place de politiques publiques appropriées et des stratégies de communication efficaces.

Pour garantir que cette information soit réellement assimilée, elle doit être formulée dans un langage clair, accessible et personnalisé. L'usage de supports visuels permet d'améliorer la compréhension, en particulier pour les informations complexes. Cela peut inclure : des formulaires de consentement écrits, des schémas explicatifs ou vidéos pédagogiques, des documents visuels comme des brochures, graphiques ou illustrations, l'état de santé et les traitements proposés, les risques fréquents et graves et la durée de l'intervention et les soins requis après l'opération.

Des solutions très pertinentes sachant que dans le Monde on retrouve des études menées dans différents pays à revenu élevé montrant une compréhension insuffisante du consentement chirurgical chez une large proportion de patients, notamment aux Etats-Unis (2004), on retrouvait que plus de 50 % des patients ne retiennent pas correctement les informations reçues lors du processus de consentement, en particulier les risques opératoires[12]. Allant dans le même sens, une étude chinoise a retrouvé que seulement 43 % des patients en essai clinique se souvenaient des risques expliqués [13], avec une compréhension moyenne notée à $3,3 \pm 1,2$ malgré un consentement signé[14]. Certaines données indiquent même que les personnes avec une littératie en santé faible sont deux fois plus susceptibles de mal interpréter ou d'oublier les éléments clés du consentement [15].

En Afrique, la littérature scientifique sur le sujet est plus limitée, mais plusieurs tendances se dégagent : Au Nigeria, dans une étude portant sur 369 patients de chirurgie programmée, 78,3 % se rappelaient correctement la nature de leur maladie et 63,7 % celle de l'intervention prévue, mais seulement 21,7 % parvenaient à restituer les risques opératoires ; ce rappel était d'autant meilleur que le niveau d'instruction du patient était élevé [16] ; par ailleurs au Ghana, des investigations ont rapporté que moins de 40 % des patients étaient informés des alternatives thérapeutiques avant une chirurgie[17] ; soulevant l'enjeu de l'éclairage du consentement dans notre contexte. Des facteurs culturels, linguistiques et socioéconomiques entravent souvent le processus de consentement éclairé : présomption d'autorité médicale, barrière de la langue (dans des contextes multilingues), analphabétisme fonctionnel. L'usage de supports visuels ou traduits est rarement intégré, bien que recommandé par les directives internationales. Peu d'études locales, mais une forte prévalence de non-compréhension du consentement, surtout

dans les zones rurales ou à faible niveau d’alphabétisation [3]. La barrière linguistique, la culture de soumission à l’autorité médicale, et le manque de supports adaptés aggravent la situation [18] quant à la littératie et la liberté du consentement éclairé.

Dans notre contexte Camerounais le taux d’alphabétisation national est estimé à 77 % en 2020 (UNESCO), mais des disparités subsistent : zones urbaines : 80–85 % contre parfois <60 % dans les zones rurales et pouvant atteindre 35 % et 50 % dans le septentrion selon les régions et le sexe [5].

Il n’existe pas encore de données nationales spécifiques sur le taux de compréhension effectif du consentement en chirurgie, mais des observations cliniques rapportent : Un recours fréquent à des consentements oraux ou mal documentés ; Une absence d’outils illustrés pour aider à la compréhension des procédures ; Une très faible évaluation de la compréhension réelle des patients.

II.2.3 Relation consentement éclairé et prise en charge chirurgicale

La compréhension effective du patient quant aux informations qui lui sont délivrées est déterminante. Un consentement véritablement éclairé implique que le patient saisisse les éléments clés de l’intervention : la nature de l’acte chirurgical, ses objectifs, les risques potentiels, les alternatives possibles, les soins postopératoires nécessaires, ainsi que les conséquences éventuelles du refus de traitement. Cette compréhension influence de nombreux aspects de la prise en charge : l’adhésion au traitement, la préparation mentale et physique à l’intervention, la collaboration durant les soins, ainsi que la gestion des suites opératoires. Un patient bien informé est plus enclin à suivre les recommandations postopératoires, à reconnaître rapidement les signes de complication et à solliciter l’aide médicale de façon appropriée.

Comprendre le lien entre le consentement éclairé et la qualité de la prise en charge chirurgicale revient à explorer une dimension éthique, médicale et humaine essentielle dans la relation soignant-patient. Le consentement éclairé ne se réduit pas à une formalité administrative : il représente une interface fondamentale entre l’information médicale et la capacité du patient à prendre des décisions de manière autonome et en connaissance de cause. Dans le contexte chirurgical, où les risques peuvent être significatifs et les implications lourdes, la qualité de cette compréhension influe directement sur le déroulement et les suites de la prise en charge.

Le consentement éclairé renforce la relation de confiance entre le patient et le chirurgien. Cette relation est essentielle dans le contexte chirurgical, car elle implique souvent un abandon temporaire du contrôle du patient entre les mains d’un tiers. En prenant le temps d’expliquer l’intervention, ses indications, ses risques, bénéfices et alternatives, le chirurgien crée un climat

propice à une meilleure collaboration. Cela favorise l'alliance thérapeutique, indispensable à la réussite du parcours de soins, surtout en période postopératoire.

La compréhension de l'acte chirurgical et de ses implications permet au patient de mieux adhérer aux recommandations pré- et postopératoires : jeûne, traitements, suivi, mobilisation précoce, etc. Un patient bien informé est plus apte à respecter les consignes médicales, ce qui limite les complications (infections, désunion, etc.) et améliore la récupération. De nombreuses études démontrent que la qualité du consentement est positivement corrélée à l'adhésion thérapeutique [13].

Un consentement bien conduit, dans un langage adapté au niveau de littératie du patient, diminue l'anxiété préopératoire. En effet, le stress est souvent causé par l'inconnu, les rumeurs, ou l'imagination. En donnant des explications claires sur le déroulement de l'intervention, les sensations possibles, les suites attendues et la prise en charge de la douleur, le professionnel rassure et humanise l'acte. Un patient moins anxieux a un meilleur vécu psychologique de la chirurgie et souvent un meilleur rétablissement physiologique [19]. A contrario, lorsque les patients comprennent mal ce à quoi ils ont consenti, cela peut générer anxiété, méfiance, incompréhension des consignes postopératoires, voire un refus de soins ultérieur. Par ailleurs, dans les milieux où la culture de soumission à l'autorité médicale prévaut, il existe une tendance des patients à signer les formulaires sans réellement comprendre ce qui est dit. Ce phénomène, rapporté dans plusieurs études menées en Afrique subsaharienne, souligne la nécessité d'adapter le processus d'obtention du consentement aux réalités socioculturelles[20]. Le consentement doit donc être réapproprié comme un processus dynamique, centré sur le patient, et non comme un simple acte unilatéral du professionnel de santé.

Le consentement éclairé n'est pas un acte passif ; c'est un processus de dialogue qui donne au patient un rôle actif. Cette participation améliore la perception qu'il a de ses soins. Il ne subit plus la chirurgie comme une imposition, mais la choisit en connaissance de cause, ce qui améliore son engagement dans le processus thérapeutique.

Un autre lien important est la réduction des litiges. Beaucoup de contentieux chirurgicaux naissent d'un défaut d'information perçue par le patient. Un consentement bien documenté, traçable et personnalisé diminue les risques de mésentente post-intervention. En cas de complication, un patient bien informé est plus enclin à comprendre et accepter les aléas thérapeutiques.

Sur le plan clinique, les chirurgiens s'accordent de plus en plus sur le fait qu'une meilleure information contribue à réduire les complications évitables dues à des malentendus. Une mauvaise compréhension peut conduire à des comportements à risque postopératoires, à une

mauvaise gestion de la douleur ou encore à des réclamations médico-légales. Ainsi, la qualité du consentement devient un indicateur indirect mais révélateur de la qualité globale des soins. Elle est donc étroitement liée à l'enjeu d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité en chirurgie [22].

Des systèmes de santé centrés sur le patient intègrent le consentement éclairé comme un indicateur de qualité. Il ne s'agit plus simplement d'un formulaire à signer, mais d'un outil d'évaluation de la communication médecin-patient, de l'éthique dans les soins, et de l'adéquation des décisions thérapeutiques avec les préférences du patient.

Dans les milieux à faible littératie ou à diversité linguistique, comme dans certains contextes africains, un consentement illustré ou en langue locale peut rendre les informations plus accessibles. Cela évite le consentement de façade et renforce l'équité dans l'accès aux soins chirurgicaux de qualité.

Le consentement éclairé ne constitue donc pas une simple formalité administrative en chirurgie. Il est essentiel pour l'amélioration de la qualité des soins, de la sécurité du patient, de sa satisfaction et de la relation thérapeutique. Dans une démarche de santé publique, son amélioration continue, notamment par des approches pédagogiques adaptées (illustrations, vidéos, traduction), représente un axe majeur pour renforcer l'efficacité des soins chirurgicaux. La compréhension du consentement éclairé par les patients joue un rôle clé dans le succès de la prise en charge chirurgicale. Elle conditionne non seulement l'efficacité des soins mais aussi la relation thérapeutique, la satisfaction du patient, la sécurité des procédures et la prévention des conflits médico-légaux. La renforcer, par des stratégies éducatives adaptées et contextualisées, constitue donc un levier important pour améliorer la qualité globale des interventions chirurgicales, en particulier dans les systèmes de santé à ressources limitées.

II.3 ETAT DES CONNAISSANCES SUR LE CONSENTEMENT ILLUSTRÉ

L'introduction de supports illustrés dans le processus de consentement a donné lieu à un corpus de travaux désormais conséquent, dont la convergence générale est nette : la grande majorité des études retrouve un bénéfice de ces supports sur la compréhension, la satisfaction ou le vécu émotionnel du patient. La discussion ne porte donc plus tant sur l'existence d'un effet que sur son ampleur et sur les conditions qui le déterminent.

Les supports évalués dans la littérature recouvrent une gamme étendue de modalités : brochures illustrées et pictogrammes, schémas anatomiques simplifiés, vidéos explicatives ou animées, plateformes numériques interactives, et versions traduites ou enregistrées en langues locales.

Cette diversité n'est pas anodine, car l'efficacité observée varie précisément selon la richesse du support, comme le montrent les travaux de synthèse.

Ces revues systématiques en donnent la mesure d'ensemble. Une revue de cadrage consacrée aux aides visuelles chez les patients opérés, regroupant vingt et une études dont quinze essais randomisés, a montré que ces supports augmentaient le rappel objectif des connaissances dans une proportion comprise entre 7,8 % et 29,6 %, tout en améliorant la satisfaction et en réduisant l'anxiété préopératoire dans une part substantielle des essais [19]. Une revue Cochrane est parvenue à des conclusions concordantes pour les interventions multimédias précédant le recueil du consentement, leur bénéfice sur la satisfaction et, plus modestement, sur les connaissances étant le plus marqué chez les patients faiblement scolarisés [21]. Une troisième revue a eu le mérite de chiffrer le caractère gradué de cet effet : l'amélioration de la compréhension était significative dans environ 43 % des interventions reposant sur l'écrit, 56 % des interventions audiovisuelles et 67 % des interventions multi composantes, la proportion étant plus élevée encore pour les outils numériques interactifs [24]. Il se dégage de ces synthèses un principe simple et directement utile : plus le support mobilise de canaux sensoriels et d'interactivité, plus son rendement est élevé.

C'est en chirurgie digestive et abdominale, champ qui nous occupe, que les essais les plus pertinents ont été conduits, et ils vont tous dans le même sens. Aux États-Unis, un essai randomisé portant sur 118 patients devant bénéficier d'une appendicectomie, d'une cholécystectomie, d'une cure de hernie inguinale ou d'une fundoplicature a comparé un consentement vidéo illustré au consentement standard : le gain de connaissances était nettement plus important dans le groupe vidéo (0,68 ; intervalle de confiance à 95 % : 0,36–1,00 ; $p < 0,001$) que dans le groupe standard (0,25 ; $p = 0,048$) [25]. En Turquie, un essai randomisé spécifiquement consacré à la cholécystectomie laparoscopique a montré qu'un consentement assisté par vidéo améliorait la compréhension et la rétention de l'information ainsi que la satisfaction ($p = 0,044$), cette satisfaction étant elle-même corrélée au niveau de compréhension ; fait notable pour notre propos, les patients de niveau secondaire tiraient un bénéfice particulier du support vidéo [26]. Au Canada, une plateforme numérique éducative interactive a été évaluée comme adjuvant au consentement verbal chez des patients devant être opérés en urgence d'une cholécystectomie laparoscopique, dans l'objectif de standardiser et de renforcer la compréhension du processus [27]. En Pologne enfin, un essai randomisé a exploré une dimension souvent négligée le fait que la plupart des patients ne lisent pas le formulaire en testant un support vidéo destiné à inciter les patients de chirurgie laparoscopique programmée à lire effectivement et à comprendre leur formulaire de consentement [30].

La chirurgie bariatrique, qui exige une compréhension fine des risques et une adhésion prolongée du patient, a fait l'objet de deux essais randomisés convergents et particulièrement éclairants pour notre sujet. Le premier a montré que l'ajout d'une vidéo explicative au consentement habituel améliorait significativement les scores de connaissances des candidats (11,3 contre 9,4 ; $p = 0,001$) [31] ; le second, consacré au bypass gastrique laparoscopique, a obtenu un bénéfice comparable en intégrant au consentement verbal une plateforme numérique éducative associant texte et vidéo [32]. Là encore, l'enrichissement du support s'accompagne d'un gain mesurable de compréhension.

Ces résultats sont corroborés par des essais conduits dans d'autres spécialités chirurgicales. Chez des patients de chirurgie de débridement pour traumatisme, un consentement assisté par vidéo a permis d'obtenir des scores de connaissances significativement supérieurs à ceux du consentement conventionnel (72,6 contre 61,7), avec une amélioration de la compréhension perçue et de la satisfaction [28]. De même, un essai randomisé en chirurgie gynécologique a montré qu'une présentation vidéo améliorait la qualité du consentement éclairé pour l'hystérectomie [29]. En chirurgie de la cataracte, l'ajout d'une vidéo au consentement verbal a sensiblement augmenté la satisfaction des patients (86 % contre 65 % ; $p = 0,035$) tout en réduisant le temps nécessaire au recueil du consentement [33]. En arthroplastie totale de hanche, un essai randomisé a pareillement montré qu'une vidéo informative améliorait la compréhension globale, de 78,6 % à 86,5 % ($p = 0,014$), le gain étant particulièrement net pour la compréhension des risques et des alternatives thérapeutiques [34]. La constance de ces résultats, à travers des actes et des contextes variés, renforce la plausibilité d'un bénéfice transposable à notre population.

L'argument le plus proche de notre contexte demeure toutefois l'essai gambien, seul à avoir évalué un support illustré dans une population africaine à faible littératie et multilingue. Cet essai randomisé, mené auprès de 311 participants à un essai thérapeutique sur le paludisme, comparait un outil multimédia associant vidéos, animations et narration audio en trois langues locales à la procédure standard. Le score médian de compréhension passait de 40 % dans le groupe standard à 64 % dans le groupe multimédia ($p = 0,042$), avantage maintenu à toutes les visites de suivi et, fait remarquable, indépendant du niveau d'instruction, le risque de voir ce score chuter de moitié étant nettement réduit dans le groupe multimédia [23]. Cet essai démontre à la fois la faisabilité technique d'un tel outil dans un contexte comparable au nôtre et sa capacité à atténuer les inégalités de compréhension liées à la scolarisation.

Tous les travaux ne concluent cependant pas à un bénéfice, et cette discordance est instructive. Au Canada, un essai randomisé conduit en chirurgie otologique a comparé un formulaire illustré

à un formulaire en texte seul : la mémorisation des risques n'y différait pas significativement, avec 45 % de bonnes réponses dans le groupe illustré contre 42 % dans le groupe texte à dix-neuf jours, et une chute comparable à 35 % au bout d'un an dans les deux groupes [14]. Surtout, cette étude établissait que le niveau d'éducation pesait davantage sur la compréhension que le format du support lui-même. Loin de disqualifier l'illustration, ce résultat en précise les limites : un support visuel ne se substitue pas à un entretien de qualité et n'efface pas le poids de la littératie.

La lecture conjointe de ces travaux dépasse ainsi l'opposition simpliste entre supports « efficaces » et « inefficaces ». L'effet des supports illustrés dépend de trois paramètres principaux : leur nature, l'écrit seul apportant peu tandis que l'audiovisuel et les outils interactifs apportent davantage [24] ; le critère que l'on mesure, la satisfaction et la clarté perçue s'améliorant plus aisément que la mémorisation des risques à long terme ; et le profil du patient, le bénéfice étant souvent le plus net chez les sujets les moins scolarisés [21, 23]. On observe par ailleurs que la quasi-totalité de ces essais ont été conduits dans des pays à revenu élevé, le plus souvent en contexte de recherche ou dans des spécialités non digestives ; les données issues de populations africaines à faible littératie, en chirurgie, demeurent exceptionnelles.

C'est précisément ce vide que notre travail entend combler. Au Cameroun, l'observation de la pratique dans deux hôpitaux de référence de Yaoundé a confirmé qu'aucun support illustré n'est employé lors du recueil du consentement chirurgical [3]. Alors que la littérature internationale établit, en particulier en chirurgie digestive, un bénéfice constant des supports illustrés sur la compréhension et la satisfaction, et que les rares données africaines en confirment la faisabilité et la pertinence en contexte de faible littératie, aucune étude camerounaise n'a, à ce jour, évalué de manière contrôlée l'apport d'un consentement illustré en chirurgie digestive. La présente étude se propose d'apporter cette évaluation.

Chapitre III :

METHODOLOGIE

III.1. TYPE D'ETUDE

Essai thérapeutique

III.2. SITE

Deux hôpitaux universitaires de 1^{ère} catégorie avaient été retenus :

- L'Hôpital Général de Yaoundé, site expérimental ; et
- L'Hôpital Central de Yaoundé, site contrôle.

Ainsi que les campagnes de l'association ASCOVIME comme site mixte (site expérimental et site témoin)

III.3. POPULATION D'ETUDE

1. **Population cible** : patient soumis à une chirurgie digestive élective
2. **Population source** : tout patient opéré en chirurgie digestive élective au Cameroun
3. **Critères d'inclusion**
 - Avoir 18ans et plus
 - Comprenant le français/ anglais
 - Ayant donné un consentement pour participer à l'étude
4. **Critères d'exclusion**
 - Patients présentant un trouble cognitif ou psychiatrique majeur
5. **Echantillon**

Echantillonnage selon la formule de FLEISS

$$n1 = \frac{\left[\left(Z \frac{\alpha}{2} + Z\beta \right)^2 \times (p1(1 - p1) + p2(1 - p2)) / k \right]}{(p1 - p2)^2}$$

n : taille de l'échantillon

n1 : taille de l'échantillon du groupe sans illustrations

n2 : taille de l'échantillon du groupe avec illustrations

p1 : proportion de compréhension dans le groupe sans illustration (0,40)

p2 : proportion de compréhension attendue dans le groupe avec illustration (0,65)

α : niveau de confiance égale à 0,05 soit $Z\alpha/2=1,96$

$1-\beta$: niveau de puissance soit $Z\beta=0,84$

k : ratio groupe d'intervention/groupe control=2

Application numérique :

$$n1 = \frac{[(1,96+0,84)^2 \times (0,40(1-0,40) + \frac{0,65(1-0,65)}{2})]}{(0,65-0,40)^2}$$

$n1=44,4$ donc environ 45 patients

$n2= 2 \times n1= 90$ patients

$n= n1+n2= 135$ patients

soit un échantillon de 140 patients

III.4. OUTILS DE COLLECTE

Les données seront recueillies à l'aide d'un questionnaire structuré en 62 questions administrées aux patients en post-opératoire, lors de leur suivi à l'hôpital. Il évaluera 03 grands axes : (i) les données sociodémographiques du patient, (ii) les cognitions du patient liées au consentement éclairé ; (iii) le devenir périopératoire des patients. (Cf. Annexe 6).

La fiche a été prétesté au sein des membres d'une famille afin de s'assurer de la pertinence et de compréhensibilité de celle-ci. La version finalisée et revue sera celle utilisée pour mener notre étude.

III.5. PROCEDURE

✓ **Considérations éthiques et administratives**

L'étude a été réalisée uniquement chez des patients ayant accepté de participer librement via leurs dossiers médicaux et le remplissage des fiches de questionnaires et dont l'enquêteur avait reçu le consentement éclairé signé. Les données recueillis au cours de cette étude ont été strictement confidentielles.

Le protocole de recherche, il a été soumis à l'appréciation de nos Maîtres. Après correction et validation de celui-ci, il a été soumis pour obtention de la clairance éthique du Comité Régional d'Ethique et de la Recherche du Centre, et une clairance institutionnelle du Comité d'Ethique et de la Recherche de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I. (Cf. Annexe 1). Une demande a été déposée ainsi qu'une copie du protocole à la Direction Générale de chaque hôpital, et à ASCOVIME et choisi pour l'obtention d'autorisations administratives (cf. Annexe 1).

✓ **Collecte des données**

- **Identification des participants**

Sélection des patients âgés de plus de 18 ans opérés en chirurgie digestive élective dans les services de chirurgie des deux hôpitaux universitaires de Yaoundé (Hôpital Central de Yaoundé

et Hôpital Général de Yaoundé) et dans les campagnes d'ASCOVIME. Vérification des critères d'inclusion et d'exclusion. Inclusion consécutive des patients durant la période d'étude. Un consentement libre et éclairé à participer à l'étude a été recueilli auprès du patient par l'enquêteur avant l'intervention (cf. Annexe 2 et 3).

- **Information préopératoire**

Avant l'intervention, chaque patient recevait une fiche d'information sur le consentement chirurgical (cf. Annexe 5 : Dispositif illustré). Deux types de fiches ont été utilisées

- Groupe témoin (GT) : fiche texte seul (cf. Annexe 4 : Exemple de consentement éclairé)
- Groupe expérimental (GE) (B : fiche texte + illustrations explicatives (cf. Annexes 4 et 5)

L'attribution au groupe est faite par randomisation simple

- **Collecte post-opératoire**

Entre le 5e et le 15e jour post-opératoire, le patient a été revu en consultation ou en hospitalisation et évalué avec le questionnaire structuré soumis en face-à-face .

- **Consultation du dossier médical**

. Les dossiers opératoires ont été consultés pour recueillir : le type exact de chirurgie ; la date de l'intervention ; le chirurgien responsable et le formulaire de consentement signé .

✓ **Codage et anonymisation**

✓ **Restitution des données**

A la fin de cette étude, les résultats seront restitués aux différentes parties prenantes concernées. Un rapport sera remis aux encadreurs académiques et aux membres du jury, conformément aux exigences universitaires. Par ailleurs, les données pertinentes seront partagées avec les équipes médicales des services de chirurgie des hôpitaux et de l'association ayant accueillis cette étude, afin de contribuer à l'amélioration des pratiques liées à l'information et au recueil du consentement éclairé. Enfin, dans un souci éthique, une restitution simplifiée sera proposée aux patients participants, sous formes de document ou d'entretien, dans un langage simple et accessible, leur permettant de comprendre les grandes conclusions de l'étude les concernant.

III.6. ANALYSE DES DONNEES

Chaque questionnaire a été codé avec un identifiant unique au moment de la saisie pour garantir la confidentialité des patients. Les données ont été analysées avec le logiciel IBM-SPSS (International Business Machine – Statistical Package for the Social Sciences) version 25.0 pour Windows. Toutes les données ont été préalablement épurées de manière anonyme L'analyse statistique a été faite selon la liste des variables. Les variables qualitatives (sexe, niveau

d'instruction, type de chirurgie etc...) ont résumé par des fréquences tandis que les variables quantitatives (Age, score d'anxiété, score de compréhension etc...) ont été exprimées en moyennes $\pm$ écart type si la distribution était normale ou en médiane avec intervalle interquartile dans le cas contraire.

L'évaluation de l'anxiété a été effectuée en pré et en postopératoire à l'aide de l'échelle validée de State-Trait Anxiety Inventory (STAI), formulaire Y-1, qui permet de mesurer l'anxiété au moment précis précédant la chirurgie. Cette échelle comprend 20 items notés sur une échelle de Likert en 4 points, pour un score total allant de 20 à 80. Un score élevé indique un niveau d'anxiété important, étant coté d'anxiété légère, modérée à sévère respectivement 20-39, 40-59 et 60-80 pour un Les scores d'anxiété étaient comparés entre les deux groupes GT et GE à l'aide des test-t de Student pour échantillons indépendants ou du test de Mann-Whitney si les données ne suivaient pas une distribution normale.

La compréhension du consentement éclairé était objectivée à l'aide d'une grille d'évaluation structurée inspirée de la méthode CAP (Compréhension- Adhésion- Participation), adaptée pour l'étude. Cette grille regroupait plusieurs axes de la littératie du consentement : identification du diagnostic, compréhension du type d'intervention, reconnaissance des bénéfices attendus, des risques et des complications, des alternatives thérapeutiques, assimilations de l'information, question de renvoi et perception de la liberté de choix. Chaque item était noté de manière binaire (0 : incompris, 1 : compris) et un score global était calculé. Ce score permettait une comparaison entre les groupes bénéficiant d'un consentement illustré et eux ayant reçu un support textuel seul.

La satisfaction du patient à l'égard du processus de consentement était mesurée à l'aide de l'échelle de Likert à 5 niveaux, allant de <très insatisfait> à <très satisfait>. Cette variable ordinale permettait d'évaluer subjectivement l'appréciation du patient sur la qualité de l'information reçue, sa clarté et son utilité. L'analyse comparative entre groupe était réalisée par des test non paramétriques, notamment le test de Mann-Whitney, adapté aux variables ordinales.

Pour identifier les déterminants associés à une bonne compréhension, une anxiété faible et une satisfaction élevée, une analyse bivariée était d'abord réalisée. Elle inclura les tests de Chi² ou exact de Fisher pour les variables qualitatives, et les corrélations de Spearman pour les variables quantitatives non paramétriques. Ensuite une analyse multivariée par régression logistique était menée afin de déterminer les facteurs indépendamment associés aux principaux résultats de l'étude. Les résultats étaient présentés sous formes d'odds ratios (OR) avec leurs intervalles de confiance à 95%, permettant de quantifier la force et la précision de chaque association.

Ce protocole analytique rigoureux visait à tester de manière robuste l'hypothèse selon laquelle l'usage du consentement illustré améliorait la compréhension du patient, réduisait l'anxiété préopératoire et renforçait la satisfaction globale vis-à-vis de l'acte chirurgical.

Chapitre IV : RESULTATS

Le chapitre suivant présente les résultats de la collecte. Ils seront présentés d'une manière séquentielle, en débutant par la création d'un dispositif illustré, ensuite la description des caractéristiques sociodémographiques des patients, abordant dans un second temps l'évaluation du niveau de compréhension des patients, pour déboucher dans un troisième temps sur les indicateurs de résultats péri opératoires à travers l'observance thérapeutique, la survenue de complications, la durée d'hospitalisation, la reprise d'activité et la satisfaction globale des patients.

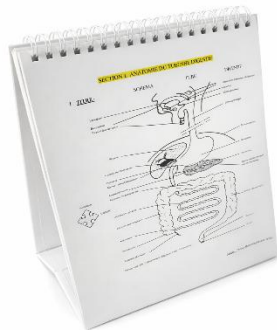
IV.1. DISPOSITIF ILLUSTRÉ DE CHIRURGIE DIGESTIVE

Au regard des données secondaires faisant état du décalage de compréhension entre les soignants et les soignés, un dispositif illustré d'éclairage du consentement a été élaboré sous forme de boîte à images. Le dispositif a été organisé en trois (3) parties, toutes relatives aux informations liées à la maladie, à l'intervention chirurgicale, aux bénéfices attendus par le malade à l'issue d'une intervention de chirurgie digestive, ainsi qu'aux risques et les alternatives thérapeutiques. Les informations du dispositif illustré de consentement ont été organisées tel que présenté dans le résumé simple ci-dessous.

Anatomopathologie
• Anatomie du tube digestif : tube et annexes digestives • Pathologies chirurgicales digestives : cholecystite, fistules, hémorroïdes, etc. • Retentissement fonctionnel: douleurs abdominales, troubles du transit, saignement digestifs etc...
Chirurgie digestive
• Types : laparotomie, incisions, laparoscopie, • Schémas : stomie, colectomie, dérivation biliodigestive, etc. • Thérapeutique : modalités périopératoires (protocole anesthésique, jours d'hospitalisation, médicaments, surveillances etc...)
Devenir
• Bénéfices : amélioration des symptômes, guérison, qualité de vie • Complications : infection, hémorragie, fistule, complication anesthésiques etc... • Risques : risques généraux et spécifiques liés à l'intervention

Ces informations ont été transformées en pictogramme de 34 pages, tel que représenté ci-dessous (Figure 4).

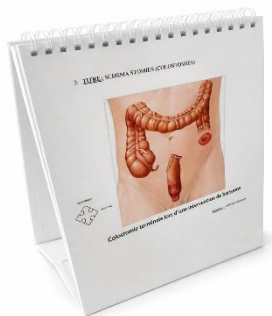
a.



b.



c.



d.



e.



f.

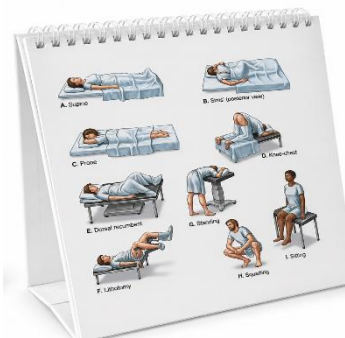


Figure 4: Rubriques de dispositif illustré

Cet outil a été testé auprès des patients du groupe expérimental, dans la démarche d'essai thérapeutique. Les autres patients ont été recrutés comme groupe contrôle, en recueil du consentement classique.

IV.2. POPULATION D'ETUDE

La phase de collecte s'est déroulée au sein des services de chirurgie digestive de diverses structures hospitalières : Hôpital Général de Yaoundé pour le groupe expérimental (GE), Hôpital Central de Yaoundé pour le groupe témoin GT) et dans des campagnes de santé

dispensées sur l'étendue du territoire camerounais par l'association ASCOVIME (GE et GT), tel qu'exposée ci-dessous (figure 5).

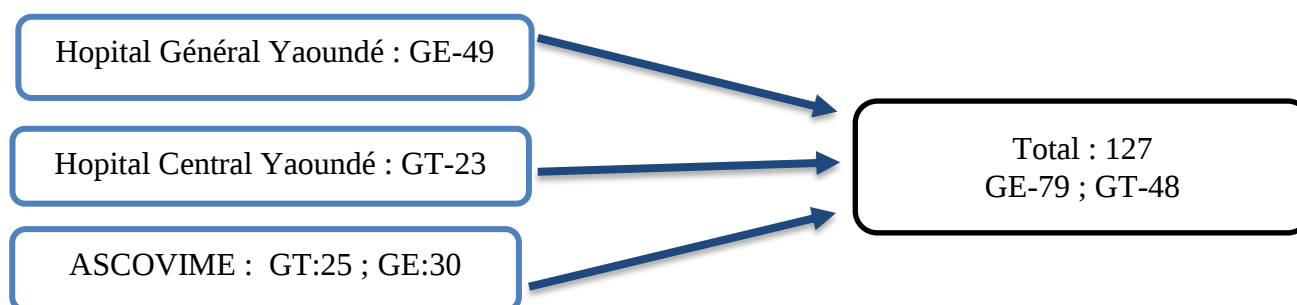


Figure 5: Flux de recrutement de la population

Au total, 127 patients ont été colligés (GE:79, GT:48) avec un sex-ratio 2,10 (GE:2,43; GT:1,67), et une moyenne d'âge de $51,40 \pm 14,55$ ans (GE: $49,84 \pm 14,84$ ans; GT: $53,93 \pm 13,85$ ans). Le tableau 1 présente le profil de la population.

Tableau 1: Profil sociodémographique des patients (n=127)

Variable	Modalité	GE=79 n(%)	GT =48 n(%)	Tous = 127 n(%)
Age	<35 ans	15 (19,0)	4 (8,3)	19 (15,0)
	36-45 ans	13 (16,5)	8 (16,7)	21 (16,5)
	46-60 ans	29 (36,7)	20 (41,7)	49 (38,6)
	>60 ans	22 (27,8)	16 (33,3)	38 (29,9)
Sexe	Féminin	23 (29,1)	18 (37,5)	41 (32,3)
	Masculin	56 (70,9)	30 (62,5)	86 (67,7)
Niveau d'études	Aucun	10 (12,7)	4 (8,3)	14 (11,0)
	Primaire	20 (25,3)	17 (35,4)	37 (29,1)
	1 ^{er} cycle	23 (29,1)	17 (35,4)	40 (31,5)
	2 ^e cycle	12 (15,2)	4 (8,3)	16 (12,6)
	Supérieur	14 (17,7)	6 (12,6)	20 (15,8)
Religion	Christianisme	53 (67,1)	33 (68,8)	86 (67,7)
	Islam	26 (32,9)	15 (31,2)	41 (32,3)
Aire culturelle	Côte	12 (15,2)	4 (8,3)	16 (12,6)
	Forêt	10 (12,7)	13 (27,1)	23 (18,1)
	Grassfields	23 (29,1)	12 (25,0)	35 (27,6)
	Sahel	18 (22,8)	11 (22,9)	29 (22,8)
	Savane	16 (20,2)	8 (16,7)	24 (18,9)

Le lieu de résidence des patients était presque identique (51,2% en milieu urbain), soit 69,4% du GE et 30,6% pour les témoins. Ils parlaient principalement le français 66,1% (GE60% ; GT40%).

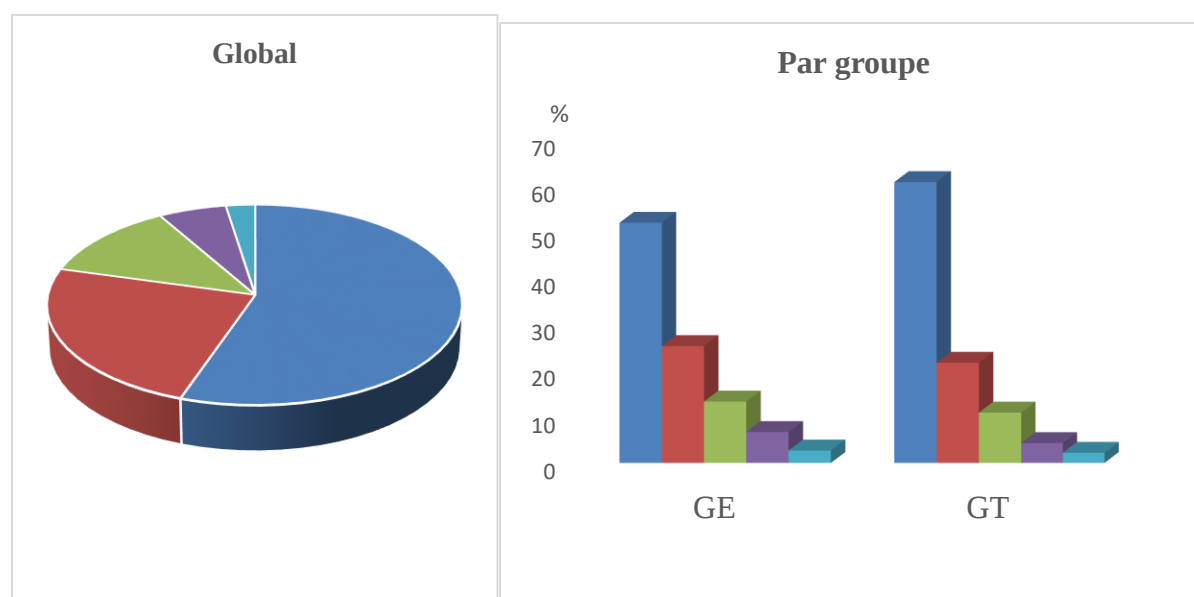
IV.3. PROFIL PATHOLOGIQUE ET CHIRURGICAL

La répartition des affections a été restituée dans le tableau ci après :

Tableau 2: Repartition des pathologies

Items	GE=75 n(%)	GT=46 n(%)	Tous=121 n(%)
Pathologies pariétales	39 (52)	28 (60,9)	67 (55,4)
Pathologies tumorales	19 (25,3)	10 (21,7)	29 (24)
Pathologies proctologiques	10 (13,3)	5 (10,9)	15 (12,4)
Pathologie biliaires	5 (6,7)	2 (4,3)	7 (5,8)
Autres pathologies bénignes	2 (2,7)	1 (2,2)	3 (2,5)

Ces pathologies étant dominées par les affections périétoales bénignes étant constituées à 92,5% d'hernie (GE 92,3% ; GT 92,9%) puis éventrations moins représentées ; par ailleurs Les autres pathologies benignes retrouvées étaient l'achalasie et obésité morbide. Concernant les interventions y correspondant, la figure ci après décrit par groupe



■ Réparation pariétale ■ Chirurgie oncologique ■ Proctologie ■ cholécystectomie ■ Autres

Figure 6: Repartition des interventions

Comme attendus sur les pathologies, les interventions montraient que les deux groupes sont comparables avec 74,4% étant des chirurgies par laparotomies (GE 70,7% ; GT 80,4%), 13,2% de laparoscopies (GE 16% ; GT 8,7%) et 12,4% par voie périnéale (GE 13,3% ; GT 10,9%). Les autres chirurgies pratiquées étant la myotomie de Heller et la sleeve gastrectomie.

IV.4. COMPREHENSION DU CONSENTEMENT

Au moment de la signature de la fiche de consentement, les patients avaient un bon niveau de compréhension (GE 78% bon ; GT 74% moyen). Toutefois, la qualité des cognitions, telle que présentée dans le tableau 2, était variable.

Tableau 3: Distribution des bonnes réponses de cognitions en fonction du groupe

Variable	Modalité	GE=75 n(%)	GT=46 n(%)	Tous =121 n(%)
Connaissances	Maladie	75 (100,0)	39 (84,8)	114 (94,2)
	Intervention	64 (85,3)	32 (69,6)	96 (79,3)
	Type d'intervention	55 (73,3)	26 (56,52)	81 (66,9)
	Bénéfices	75 (100,0)	20 (43,5)	95 (78,5)
	Complications et risques	44 (58,7)	4 (8,7)	48 (39,7)
	Alternatives	70 (93,3)	31 (67,4)	101 (83,5)
Attitudes	Assimilation information	69 (92,0)	29 (63,0)	98 (81,0)
	Question de renvoi	71 (94,7)	34 (73,9)	105 (86,8)
	Prise en compte de l'avis	72 (96,0)	40 (87,0)	112 (92,6)

Plus globalement le niveau de compréhension est représenté dans la figure 6 ci-après :

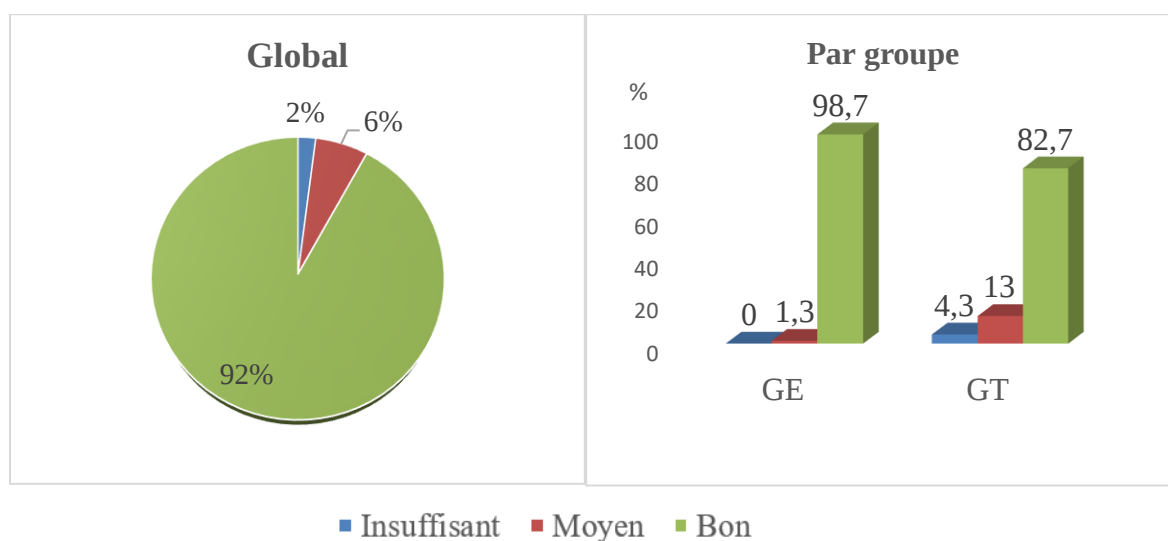


Figure 7: Niveau de Compréhension des patients

Malgré un niveau de cognitions globalement bon (77%) , il demeurait des zones de defaillance, à l'instar des connaissances sur les risques et complications de l'intervention.

Concernant le déterminant de la compréhension, 39,5% des patients l'attribuait aux seules explications (GE:33,3% ; GT:50%), tandis que 66,7% du GE l'attribuaient aux illustrations. Les autres renforçateurs cités étaient l'entourage à 16%, le niveau d'étude 1,7%, et la profession 0,8%.

IV.5. EFFICACITE DU CONSENTEMENT ILLUSTRE

Dans un premiers temps le profil pathologique a été corrélé au site.

Tableau 4: Profil pathologique et site

Items	HGY=45 n(%)	HCY=21 n(%)	ASCOVIME=55 n(%)
Pathologies pariétales	9 (20)	3 (14,3)	55 (100)
Pathologies tumorales	19 (42,2)	10 (47,6)	-
Pathologies proctologiques	10 (22,2)	5 (23,8)	-
Pathologie biliaires	5 (11,1)	2 (9,5)	-
Autres pathologies bénignes	2 (4,4)	1 (4,8)	-

Dans le meme ordre d'idées, concernant les interventions par site on a une prédominance des chirurgies oncologiques en milieux hospitaliers contre les réparations pariétales aucours des camagnes rurales d'ASCOVIME.

De meme l'efficacité du dispositif sur la compréhension était évaluée par la figure (10) ci-dessous :

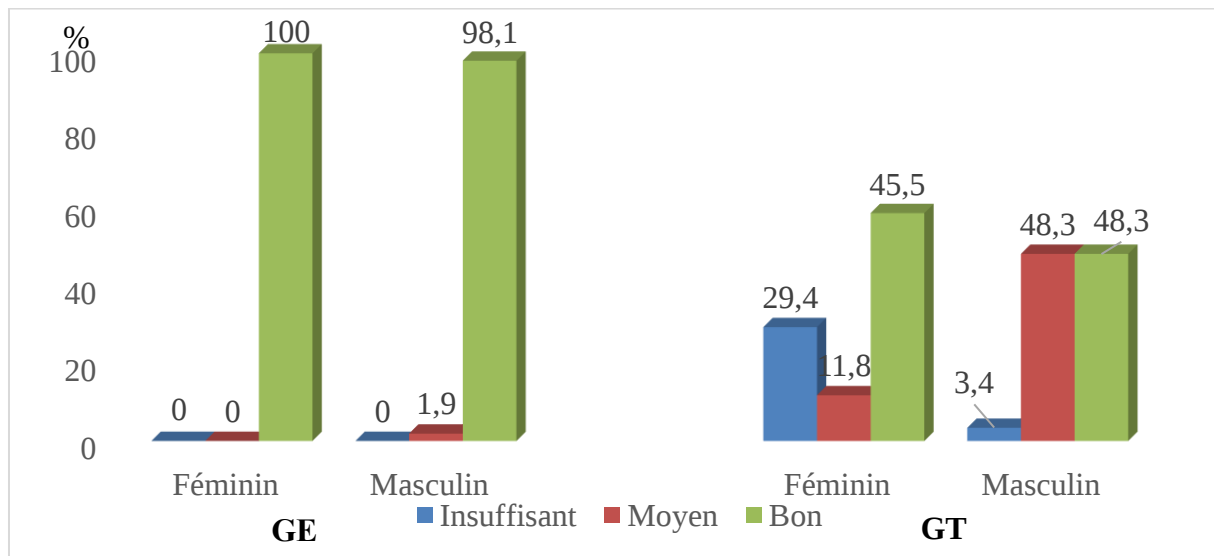


Figure 8: compréhension et sexe

Dans les deux sexes du groupe expérimental, le bon niveau domine, autour de 98%, avec de nombreuses variations dans le groupe témoin. Une lecture sur l'association avec le niveau de compréhension comme illustrés dans le graphique ci après.

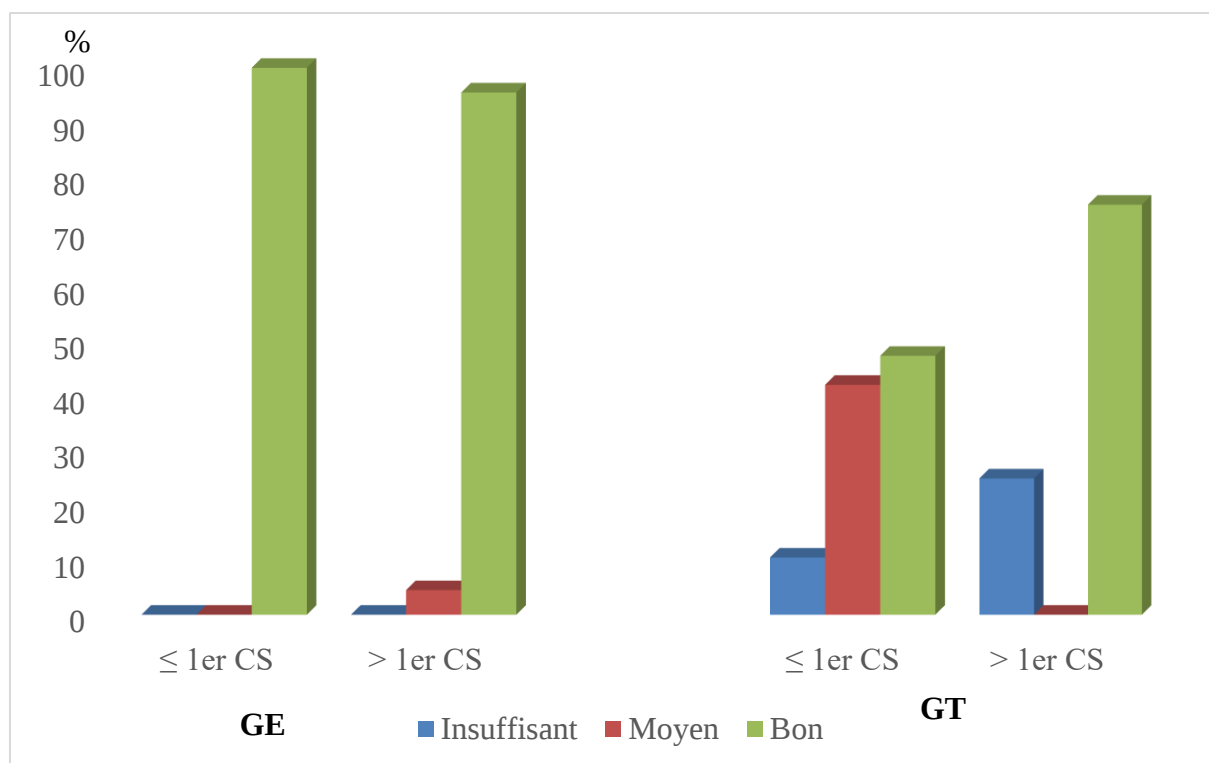


Figure 9: Lien entre le niveau de compréhension et le niveau d’instruction

Cette analyse révélait un niveau de compréhension $\geq 90\%$ quelque soit le niveau scolaire dans le groupe expérimental.

Chapitre V : DISCUSSION

Les résultats de l'analyse ont été discutés suivant l'intérêt de la recherche et des études similaires qui ont été réalisées sur l'impact d'un dispositif illustré sur la qualité du consentement éclairé en chirurgie digestive dans un contexte à ressources limitées. Toutefois, la recherche a fait face à certaines limites mentionnées ci-après.

V.1. LIMITE DE L'ETUDE

Cette recherche avait pour objectif Evaluer l'efficacité d'un support illustré de recueil de consentement éclairé des patients opérés en chirurgie digestive dans deux hôpitaux de 1^{ère} catégorie de Yaoundé ; il a donc été mené un essai thérapeutique au sein des services de chirurgie digestive (Hôpital Central et Hôpital Général de Yaoundé). Les limites rencontrées étaient :

- La répartition non strictement randomisée des patients expose à un biais de sélection, et l'étude menée dans trois sites distincts n'exclut pas un effet centre lié aux différences de pratiques, de communication et d'organisation des soins ;
- L'évaluation de la compréhension, de l'anxiété et de la satisfaction reposant en partie sur les déclarations des patients expose à un biais d'information et de désirabilité sociale, les patients pouvant surestimer leur compréhension ou exprimer une satisfaction de conformité vis-à-vis du personnel soignant ;
- L'absence d'outils internationaux validés pour la mesure de la compréhension du consentement limite la comparabilité directe des résultats.
- Le suivi postopératoire relativement court ne permet pas d'apprécier les résultats à long terme (adhésion prolongée, qualité de vie, complications tardives) ;
- Enfin, certains facteurs non explorés, tels que la langue maternelle ou la qualité intrinsèque de l'interaction soignant-soigné, ont pu moduler l'effet observé..

V.2. DISPOSITIF ILLUSTRÉ DE CHIRURGIE DIGESTIVE

Le dispositif élaboré prenait la forme d'une boîte à images de 34 pages, structurée en trois parties relatives à la maladie, à l'intervention chirurgicale et à ses bénéfices, ainsi qu'aux risques et alternatives thérapeutiques. Son élaboration s'inscrit dans une démarche désormais largement documentée, visant à améliorer la qualité du consentement par des outils visuels adaptés. La littérature décrit un continuum de supports, allant des brochures illustrées combinant texte simplifié et schémas anatomiques jusqu'aux supports multimédias et plateformes numériques interactives. Une revue de cadrage consacrée aux aides visuelles chez

les patients opérés a montré que ces supports augmentaient le rappel objectif des connaissances dans une proportion comprise entre 7,8 % et 29,6 %, tout en améliorant la satisfaction et en réduisant l'anxiété préopératoire dans une part substantielle des essais [19]. Une revue Cochrane est parvenue à des conclusions concordantes pour les interventions multimédias précédant le recueil du consentement, leur bénéfice étant le plus marqué chez les patients faiblement scolarisés [21].

Le caractère gradué de cet effet a par ailleurs été quantifié : l'amélioration de la compréhension était significative dans environ 43 % des interventions reposant sur l'écrit, 56 % des interventions audiovisuelles et 67 % des interventions multicomposantes [24]. Cette gradation se vérifie dans les essais chirurgicaux les plus récents, qui privilégient la vidéo : en chirurgie générale, un consentement vidéo a significativement amélioré les connaissances des patients [25] ; en chirurgie bariatrique, l'ajout d'une vidéo éducative ou d'un parcours numérique au consentement a montré un bénéfice comparable [31, 32] ; et en chirurgie orthopédique, une vidéo informative a amélioré la compréhension avant prothèse totale de hanche [34] ; et en situation d'urgence, une plateforme numérique éducative interactive a permis de standardiser et de renforcer la compréhension avant cholécystectomie laparoscopique [27]. Ces dispositifs, plus riches, exigent néanmoins des ressources technologiques et une infrastructure qui ne sont pas toujours disponibles dans nos contextes. Ils répondent par ailleurs à un constat préoccupant, à savoir que la plupart des patients ne lisent pas réellement le formulaire de consentement qu'ils signent, ce qui a justifié le développement de supports destinés à susciter une lecture et une compréhension effectives avant l'intervention [30].

Notre dispositif rejoint plutôt la logique des outils simples adaptés au contexte africain. En Gambie, un outil multimédia en langues locales a fait passer la compréhension de 40 % à 64 %, indépendamment du niveau d'instruction [23] ; au Cameroun, des aides visuelles conçues pour communiquer des consignes médicales à des patients non lettrés en milieu rural ont démontré dès leur évaluation initiale leur capacité à transmettre une information complexe en s'affranchissant de la barrière de l'écrit [20]. Ces travaux confirment que l'efficacité d'un dispositif ne dépend pas de sa complexité technologique mais de son adéquation au contexte. La simplicité de notre support constitue ainsi son principal avantage : ne nécessitant aucun équipement spécifique, il est reproductible en pratique courante, conformément aux recommandations de la chirurgie mondiale plaidant pour des outils simples et adaptés aux ressources disponibles [6]. Chez les patients à faible littératie, l'usage exclusif du texte laisse en effet une part importante de l'information non assimilée [14], tandis que l'adaptation culturelle implicite du support répond aux barrières linguistiques et culturelles qui altèrent

significativement la compréhension du consentement [17]. Il convient néanmoins de rappeler qu'un tel support ne remplace pas l'échange verbal et doit s'intégrer dans une démarche globale de communication.

V.3. PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE

Notre échantillon comptait 121 patients analysés (sur 127 recrutés), avec une prédominance masculine (sex-ratio 2,10 ; hommes 67,7 %) et un âge moyen de $51,40 \pm 14,55$ ans, prédominant entre 46 et 60 ans (38,6 %). Cette distribution est comparable aux données africaines en chirurgie digestive, qui rapportent des âges moyens de 45 à 55 ans [2], ce qui suggère la représentativité de notre échantillon vis-à-vis des patients pris en charge dans les services de chirurgie digestive en contexte africain. L'âge influence par ailleurs la compréhension du consentement, les patients plus âgés présentant davantage de limitations cognitives ou sensorielles susceptibles d'en altérer l'assimilation.

Le niveau d'instruction constitue un élément central de cette étude : si 89 % des patients étaient scolarisés, 71,6 % avaient un niveau inférieur ou égal au premier cycle du secondaire. Ce résultat est cohérent avec le taux national d'alphabétisation d'environ 78 % [5], mais traduit surtout une littératie fonctionnelle limitée dans la population hospitalière. Or une part importante des patients africains présente une compréhension insuffisante du consentement en raison d'un faible niveau d'éducation [16], et les modèles de littératie en santé établissent que ce déficit s'accompagne d'un risque accru de mauvaise compréhension et de faible adhésion thérapeutique [15]. Ce constat confère une portée particulière à l'amélioration observée dans le groupe expérimental, sur laquelle nous reviendrons.

La diversité culturelle de l'échantillon, avec une prédominance des populations issues des Grassfields (27,6 %), reflète la pluralité du Cameroun mais constitue un défi pour la communication médicale, les représentations de la maladie, du corps et de la décision pouvant différer d'une aire à l'autre et la décision étant parfois influencée par la famille ou la communauté au détriment de l'autonomie individuelle [17, 18]. La langue de communication constitue un autre déterminant majeur : le français, dominant dans notre étude (66,1 %), est souvent une langue seconde dont la maîtrise reste limitée chez les patients peu instruits, les barrières linguistiques figurant parmi les principaux freins à un consentement de qualité en Afrique subsaharienne [17]. Les supports visuels apparaissent ici particulièrement utiles, en facilitant la compréhension indépendamment de la langue [19, 23], ce qui explique vraisemblablement les meilleurs résultats du groupe expérimental.

Concernant le lieu de résidence, la majorité des patients provenait du milieu urbain (51,2 %). Les inégalités d'accès aux soins et à l'information entre milieux urbain et rural sont bien

documentées, l'accès à des soins de qualité étant plus limité en zone rurale [6]. Malgré ces différences, les résultats du groupe expérimental suggèrent une atténuation de l'impact du lieu de résidence sur la compréhension et l'adhésion, en cohérence avec l'expérience camerounaise d'aides visuelles efficaces y compris auprès de populations rurales non lettrées [20]. Au total, l'âge, le niveau d'instruction, la langue constituent autant de déterminants susceptibles de limiter l'accès à une information de qualité, que le recours à un dispositif illustré permet de mieux maîtriser.

V.4. PROFIL PATHOLOGIQUE ET CHIRURGICAL

Sur le plan pathologique, notre série était dominée par les affections pariétales (55,4 %), essentiellement des hernies (51,2 %) et, plus rarement, des éventrations (4,1 %), devant les pathologies tumorales digestives (24,0 %), proctologiques (12,4 %) et biliaires (5,8 %). Cette physionomie, marquée par la prépondérance de la chirurgie pariétale, s'explique en partie par les modalités de recrutement, une part des patients ayant été colligée lors de campagnes chirurgicales (ASCOVIME), au cours desquelles la cure de hernie constitue l'une des indications les plus fréquentes. Elle s'inscrit plus largement dans l'épidémiologie de la chirurgie générale en contexte à ressources limitées, où la pathologie herniaire figure parmi les motifs opératoires les plus courants et représente une part importante de la demande chirurgicale non satisfaite [6]. La distribution des pathologies était par ailleurs comparable entre les deux groupes (pariétales : 52,0 % dans le groupe expérimental contre 60,9 % dans le groupe témoin ; tumorales : 25,3 % contre 21,7 %), témoignant d'une bonne comparabilité des groupes sur le plan clinique et limitant le risque que l'efficacité attribuée au dispositif illustré ne soit en réalité liée à une différence de gravité pathologique entre les groupes.

La répartition des interventions réalisées reflétait fidèlement celle des pathologies, la cure de paroi (hernies et éventrations) totalisant à elle seule plus de la moitié des actes (55,3 %), devant la chirurgie tumorale digestive (24,0 %) et la chirurgie proctologique (12,4 %). Cette concordance traduit un éventail chirurgical cohérent avec le profil des patients recrutés et confirme l'homogénéité des conditions dans lesquelles le dispositif a été évalué. Concernant la voie d'abord, la chirurgie ouverte (laparotomie) était très largement majoritaire (74,4 %), la cœlioscopie (13,2 %) et la voie périnéale ou anale (12,4 %) demeurant minoritaires. Cette prédominance de l'abord ouvert reflète les contraintes du plateau technique dans notre contexte, l'accès à la chirurgie mini-invasive restant limité en milieu à ressources contraintes, notamment lors des prises en charge décentralisées [6]. Elle rejoint le constat plus général d'une offre chirurgicale encore fortement tributaire des ressources disponibles en Afrique subsaharienne [2, 9]. Ce contexte confère une pertinence particulière au dispositif illustré : en représentant

aussi bien la laparotomie que la cœlioscopie, il permettait d'expliciter des gestes dont la nature et le retentissement pariétal diffèrent sensiblement, contribuant ainsi à une compréhension mieux adaptée à la réalité de l'intervention subie par chaque patient.

V.5. COMPRÉHENSION DU CONSENTEMENT

La compréhension du consentement constitue l'enjeu central de cette étude. Au moment de la signature, le groupe expérimental présentait un bon niveau de compréhension dans 78 % des cas, contre un niveau majoritairement moyen dans le groupe témoin. L'analyse par item traduit un net avantage du dispositif : les connaissances étaient excellentes dans le groupe expérimental pour la maladie (100 %), les bénéfices (100 %), les alternatives (93,3 %) et l'intervention (85,3 %), alors que ces items chutaient nettement dans le groupe témoin, en particulier pour les bénéfices (43,5 %) et le type d'intervention (56,5 %).

En situation standard, une proportion importante de patients ne comprend pas réellement les informations liées à leur intervention [3], ce qui concorde avec le niveau observé dans le groupe témoin. L'utilisation d'aides visuelles améliore nettement le rappel des connaissances, avec un gain de 7,8 à 29,6 % selon les actes et les supports [19], et un outil adapté peut faire passer la compréhension de 40 % à 64 % en contexte africain à faible littératie [23]. Les essais conduits spécifiquement en chirurgie digestive vont dans le même sens : en chirurgie générale, le gain de connaissances apporté par un consentement vidéo était nettement supérieur à celui du consentement standard [25], et un essai randomisé consacré à la cholécystectomie laparoscopique a confirmé l'amélioration de la compréhension et de la rétention de l'information [26], résultats également retrouvés en chirurgie orthopédique [34]. Cet effet n'est pas limité à la chirurgie réglée : un essai randomisé conduit en chirurgie de parage de plaies traumatiques a montré qu'un consentement vidéo améliorait la compréhension par rapport au consentement conventionnel [28], et un essai en chirurgie gynécologique a confirmé l'apport d'un support vidéo à la qualité du consentement avant hystérectomie [29]. L'amélioration observée dans notre étude est de cet ordre, voire supérieure, probablement en raison du faible niveau initial de littératie de notre population, qui amplifie le bénéfice marginal du support visuel.

Une zone de faiblesse persiste néanmoins : les connaissances relatives aux risques et complications restent les plus basses dans les deux groupes (58,7 % dans le groupe expérimental, 8,7 % seulement dans le groupe témoin). Ce déséquilibre, par lequel les patients retiennent préférentiellement les informations rassurantes au détriment des risques, est décrit dans la littérature et peut altérer la qualité du consentement [16] ; le dispositif illustré en atténue toutefois nettement l'ampleur, le rapport entre les deux groupes étant ici le plus marqué de tous

les items. Cette observation est cliniquement importante, la compréhension des risques conditionnant la reconnaissance précoce des complications et le recours approprié aux soins. Enfin, l'amélioration des attitudes dans le groupe expérimental (assimilation de l'information 92,0 % contre 63,0 % ; renvoi de questions 94,7 % contre 73,9 % ; prise en compte de l'avis du patient 96,0 % contre 87,0 %) suggère que le dispositif ne se limite pas à un effet cognitif mais influence aussi la perception du consentement, en termes d'autonomie et de participation, renforçant l'engagement du patient dans la décision [21]. Le fait que 66,7 % des patients du groupe expérimental attribuaient leur meilleure compréhension aux explications illustrées conforte la contribution propre du support visuel.

V.6. EFFICACITÉ DU CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ ILLUSTRÉ

Au-delà de chaque indicateur pris isolément, l'analyse de l'efficacité repose sur la mise en relation des résultats avec le niveau d'instruction, puis sur leur synthèse multivariée, qui permet d'isoler la contribution propre du dispositif.

L'analyse par site de recrutement révélait une polarisation nette du profil pathologique. En milieu hospitalier, la chirurgie tumorale digestive constituait le premier motif opératoire (42,2 % à l'Hôpital Général, 47,6 % à l'Hôpital Central), accompagnée d'une part notable de pathologies proctologiques et biliaires, tandis que les campagnes chirurgicales d'ASCOVIME étaient exclusivement consacrées à la réparation pariétale herniaire (100 %). Cette dichotomie n'est pas fortuite : elle traduit la logique respective des deux dispositifs de soins. Les hôpitaux de première catégorie de Yaoundé, en tant que structures de référence, concentrent les pathologies complexes, électives et à forte charge décisionnelle, en particulier oncologiques, adressées après un parcours diagnostique préalable. À l'inverse, les campagnes chirurgicales décentralisées privilégient des gestes standardisés, reproductibles et à faible complexité technique, la cure de hernie représentant l'archetype de l'intervention de campagne en contexte à ressources limitées, où la pathologie herniaire figure parmi les besoins chirurgicaux les plus fréquents et les moins couverts [6].

Cette répartition par site présente un intérêt direct pour notre problématique. Les enjeux du consentement diffèrent en effet sensiblement d'un contexte à l'autre : en milieu hospitalier, la gravité et la technicité des interventions oncologiques imposent une information étoffée sur les risques, les alternatives et le pronostic, dans un cadre autorisant plusieurs contacts avec le soignant ; en campagne, la relation est souvent limitée à une rencontre unique, auprès de populations rurales fréquemment moins scolarisées, ce qui restreint le temps disponible pour l'éclairage du consentement. Dans ces deux configurations, un support illustré, autonome et reproductible, trouve une utilité particulière, qu'il s'agisse de soutenir la restitution d'une

information complexe à l'hôpital ou de compenser la brièveté de l'interaction lors des campagnes [6, 20]. Il convient toutefois de rappeler que la colonne relative aux campagnes regroupe des patients des deux groupes d'étude, de sorte que cette lecture par site décrit l'organisation de l'offre chirurgicale et ne se superpose pas à la comparaison expérimentale entre groupes.

Compréhension selon le niveau d'instruction. Le niveau d'instruction constituait un déterminant central de cette étude, et c'est à son endroit que le bénéfice du dispositif s'exprimait le plus nettement. Alors que le groupe témoin voyait sa compréhension et son adhésion décroître avec la faiblesse du niveau scolaire, l'amélioration observée dans le groupe expérimental s'affranchissait de ce gradient, se vérifiant à tous les niveaux d'instruction. Ce constat s'inscrit dans un ensemble de données convergentes. Un faible niveau d'éducation figure parmi les principaux déterminants d'une compréhension insuffisante du consentement en contexte à ressources limitées [16], et les modèles de littératie en santé établissent que ce déficit s'accompagne d'un risque accru de mauvaise assimilation de l'information et de faible adhésion thérapeutique [15] ; l'usage exclusif du texte laisse alors une part importante de l'information non assimilée chez les patients à faible littératie [14]. C'est précisément ce déficit que les supports visuels corrigent : le bénéfice des interventions destinées à améliorer la compréhension est gradué, passant d'environ 43 % pour les supports écrits à 56 % pour les supports audiovisuels et 67 % pour les interventions multicomposantes [24], et il est maximal chez les patients faiblement scolarisés [21]. En contexte africain, cette capacité à s'affranchir du niveau d'instruction a été directement démontrée, un outil adapté ayant fait progresser la compréhension de 40 % à 64 % indépendamment du niveau d'éducation en Gambie [23], et des aides visuelles conçues pour des patients non lettrés en milieu rural camerounais ayant prouvé leur aptitude à transmettre une information complexe en s'affranchissant de la barrière de l'écrit [20]. L'effet compensatoire observé dans notre étude est de cet ordre, et sa portée est ici amplifiée par le faible niveau de littératie de notre population : en ramenant les patients les moins instruits au niveau des plus scolarisés, le dispositif exerce une fonction correctrice des inégalités d'accès à l'information médicale.

Compréhension selon le sexe. La compréhension a également été analysée selon le sexe, dans une population à nette prédominance masculine (sex-ratio 2,10). Dans le groupe expérimental, le bon niveau de compréhension dominait dans les deux sexes, avoisinant 98 %, alors que le groupe témoin présentait une variabilité nettement plus marquée entre hommes et femmes. Le dispositif paraissait ainsi lisser les écarts liés au sexe, ramenant les deux groupes à un niveau élevé et homogène. Cette homogénéisation suggère que, lorsque l'information est délivrée sous

une forme visuelle accessible, le sexe cesse de constituer un déterminant résiduel de la qualité de la compréhension, l'effet du support prévalant sur les variations individuelles. Elle conforte la vocation du dispositif à standardiser l'éclairage du consentement au sein de populations hétérogènes, en garantissant une compréhension équivalente indépendamment du profil du patient.

CONCLUSION

Cette étude avait pour objectif général d'évaluer l'efficacité d'un support illustré de recueil du consentement éclairé chez les patients opérés en chirurgie au Cameroun. Plus spécifiquement, elle visait à élaborer un dispositif illustré adapté à la chirurgie digestive, à évaluer le niveau de compréhension des patients concernant leur consentement chirurgical et à analyser les résultats périopératoires associés à cette démarche éducative. Cette recherche s'inscrivait dans un contexte marqué par une faible littératie en santé et des difficultés de compréhension des informations médicales pouvant compromettre la qualité du consentement éclairé.

De même, l'utilisation d'un support illustré lors du recueil du consentement permettait une amélioration de la compréhension des patients, une meilleure adhésion thérapeutique ainsi qu'une diminution de l'anxiété préopératoire dans le groupe expérimental comparativement au groupe témoin. Cet effet semblait particulièrement marqué chez les patients ayant un faible niveau d'instruction. Toutefois, certaines variables, notamment les complications postopératoires et la durée d'hospitalisation, restaient relativement comparables entre les groupes, suggérant l'influence d'autres facteurs médico-chirurgicaux.

Les résultats ont montré que le dispositif illustré facilitait l'assimilation des informations relatives à la prise en charge chirurgicale. Le groupe expérimental présentait globalement de meilleurs niveaux de connaissances et d'attitudes, une meilleure observance thérapeutique, une satisfaction plus élevée ainsi qu'une anxiété préopératoire moins importante. À l'inverse, la compréhension du consentement demeurait plus limitée dans le groupe témoin, notamment concernant les risques opératoires. Malgré une récupération clinique globalement comparable, les patients du groupe expérimental semblaient reprendre plus facilement leurs activités et avaient une meilleure perception de leur prise en charge.

Ainsi, cette étude montre que l'utilisation d'un support illustré améliore la qualité de l'éclairage du consentement et certains aspects de la prise en charge des patients opérés en chirurgie digestive au Cameroun. En renforçant la compréhension, l'adhésion thérapeutique et la satisfaction des patients, ce dispositif apparaît comme un outil pertinent et adapté au contexte socioculturel local. Son intégration dans le processus de consentement pourrait ainsi contribuer à une prise en charge chirurgicale plus éthique, plus sécurisée et davantage centrée sur le patient.

RECOMMENDATIONS

1. Au Ministère de la santé publique

- Encourager l'intégration de supports illustrés dans le processus de consentement éclairé en chirurgie, compte tenu de leur impact positif sur la compréhension, l'adhésion thérapeutique et la satisfaction des patients ;
- Promouvoir l'élaboration d'outils éducatifs adaptés aux patients ayant un faible niveau d'instruction, particulièrement dans les structures publiques ;
- Soutenir des programmes de renforcement de la communication en santé afin de réduire les difficultés liées à la faible littératie médicale.

2. Aux responsables hospitaliers et équipes chirurgicales

- Généraliser l'utilisation de dispositifs illustrés dans les services de chirurgie digestive afin d'améliorer l'éclairage du consentement ;
- Mettre en place des supports standardisés et adaptés au contexte socioculturel local pour harmoniser les pratiques d'information des patients ;
- Renforcer la formation des soignants sur la communication thérapeutique et l'évaluation de la compréhension des patients avant la signature du consentement.

3. Aux personnels de santé

- Utiliser un langage simple et accessible lors des explications préopératoires, particulièrement chez les patients à faible niveau d'instruction ;
- Vérifier systématiquement la compréhension des informations essentielles avant le recueil du consentement ;
- Associer les illustrations aux explications verbales afin de favoriser une meilleure assimilation des informations relatives à la chirurgie ; Encourager la participation active des patients au processus décisionnel afin d'améliorer leur adhésion thérapeutique et leur satisfaction.

4. Aux chercheurs

- Réaliser des études à plus grande échelle afin d'évaluer l'efficacité des supports illustrés dans d'autres spécialités chirurgicales ;
- Étudier l'impact du consentement illustré sur le devenir postopératoire à long terme ;
- Explorer l'apport des supports traduits en langues locales ou numériques afin d'améliorer davantage la compréhension des patients ;
- Approfondir les recherches sur les liens entre niveau d'instruction, compréhension du consentement et qualité de la prise en charge chirurgicale.

REFERENCES

1. Weiser T, Haynes A, Molina G, Lipsitz S, Esquivel M, Uribe-Leitz T, et al. Estimate of the global volume of surgery in 2012: an assessment supporting improved health outcomes. *Lancet Glob Health*. 2015;3 Suppl 2:S21-S29.
2. Ndong A, Togtoga L, Bah M, Ndoeye P, Niang K. Prevalence and mortality rate of abdominal surgical emergencies in Sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *BMC Surg*. 2024;24(1):113.
3. Nsahlai C, Ojong S, Bain L, Nseme E, Tarkang E, Gouané M, et al. Informed consent prior to elective gynaecological surgery in two reference hospitals in Yaoundé, Cameroon: a mixed methods study. *Open J Obstet Gynecol*. 2022;12(9):958-78.
4. Nishimura A, Carey J, Erwin P, Tilburt J, Murad M, McCormick J. Improving understanding in the research informed consent process: a systematic review. *BMJ*. 2013;346:f718.
5. UNESCO Institute for Statistics. Cameroon - Adult literacy rate, population 15+ years, both sexes (%) [En ligne]. Montréal: UIS; 2020 [Consulté le 22/12/2026]. Consultable à l'URL: <https://databrowser.uis.unesco.org>.
6. Meara J, Leather A, Hagander L, Alkire B, Alonso N, Ameh E, et al. Global Surgery 2030: evidence and solutions for achieving health, welfare, and economic development. *Lancet*. 2015;386(9993):569-624.
7. Weiser T, Regenbogen S, Thompson K, Haynes A, Lipsitz S, Berry W, et al. An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. *Lancet*. 2008;372(9633):139-44.
8. Pearse R, Moreno R, Bauer P, Pelosi P, Metnitz P, Spies C, et al. Global patient outcomes after elective surgery: prospective cohort study in 27 low-, middle- and high-income countries. *Br J Anaesth*. 2016;117(5):601-9.
9. Yadeta A, Manyazewal T, Demessie B, Kleive D. Incidence and predictors of postoperative complications in Sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *Front Health Serv*. 2024;4:1353788.
10. Djomo D, Eposse C, Essola B, Nga S, Benghiat F, Van Obbergh L. Incidence of post-operative complications and factors influencing their occurrence in patients with sickle cell disease in a low-income country: a case study of Cameroon. *J Clin Med*. 2022;11(3):780.
11. Bang G, Bwelle G, Chopkeng J, Ekani M, Tientcheu F, Savom E, et al. Complications des prises en charge chirurgicales des abdomens aigus non traumatiques d'origine digestive à l'Hôpital Central de Yaoundé, Cameroun (novembre 2019 - juillet 2020). *Med Trop Sant Int*. 2021;1(4).
12. Flory J, Emanuel E. Interventions to improve research participants' understanding in informed consent for research: a systematic review. *JAMA*. 2004;292(13):1593-601.
13. Kang S, Zhang J, Pang D, Yang H, Liu X, Guo R, et al. Impact of informed consent quality on illness uncertainty among patients with cancer in clinical trials: a cross-sectional study. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2025;12:100673.
14. Henry E, Brown T, Bartlett C, Massoud E, Bance M. Informed consent in otologic surgery: prospective randomized study comparing risk recall with an illustrated handout and a nonillustrated handout. *J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2008;37(2).

15. Paasche-Orlow M, Wolf M. The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *Am J Health Behav.* 2007;31 Suppl 1:S19-26.
16. Nnabugwu I, Ugwumba F, Udeh E, Anyimba S, Ozoemena O. Informed consent for clinical treatment in low-income setting: evaluating the relationship between satisfying consent and extent of recall of consent information. *BMC Med Ethics.* 2017;18(1):69.
17. Pittalis C, Sackey C, Okeny P, Nandi B, Gajewski J. Surgical informed consent practices and influencing factors in sub-Saharan Africa: a scoping review of the literature. *BMJ Qual Saf.* 2024;33(10):653-62.
18. Irabor DO, Omonzejele P. Local attitudes, moral obligation, customary obedience and other cultural practices: their influence on the process of gaining informed consent for surgery in a tertiary institution in a developing country. *Dev World Bioeth.* 2009;9(1):34-42.
19. Stephanie C, Maria B, Cristina P, Nova C, Paul B, Ingrid M, et al. Is a picture worth a thousand words? A scoping review of the impact of visual aids on patients undergoing surgery. *J Surg Educ.* 2024 Sep;81(9):1276-92.
20. Ngoh L, Shepherd M. Design, development, and evaluation of visual aids for communicating prescription drug instructions to nonliterate patients in rural Cameroon. *Patient Educ Couns.* 1997;31(3):245-61.
21. Kinnersley P, Phillips K, Savage K, Kelly M, Farrell E, Morgan B, et al. Interventions to promote informed consent for patients undergoing surgical and other invasive healthcare procedures. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(7):CD009445.
22. Houts P, Doak C, Doak L, Loscalzo M. The role of pictures in improving health communication: a review of research on attention, comprehension, recall, and adherence. *Patient Educ Couns.* 2006;61(2):173-90.
23. Afolabi M, Bojang K, D'Alessandro U, Imoukhuede E, Ravinetto R, Larson H, et al. Multimedia informed consent tool for a low literacy African research population: development and pilot-testing. *J Clin Res Bioeth.* 2014;5(3):178.
24. Glaser J, Nouri S, Fernandez A, Sudore RL, Schillinger D, Klein-Fedyshin M, et al. Interventions to improve patient comprehension in informed consent for medical and surgical procedures: an updated systematic review. *Med Decis Making.* 2020;40(2):119-43.
25. Bremer K, Brown E, Schenkel R, Walters R, Nandipati K. Video consent significantly improves patient knowledge of general surgery procedures. *Surg Endosc.* 2024. doi:10.1007/s00464-024-10975-9.
26. Acar A, Canbak T, Erdem O, Başak F, Karaman K. Enhancing patient understanding through video-assisted consent for laparoscopic cholecystectomy: a randomized controlled trial. *Am Surg.* 2026;92(4):1124-32.
27. Alqaydi A, Williams E, Nanji S. Optimizing the consent process for emergent laparoscopic cholecystectomy using an interactive digital education platform: a randomized controlled trial. *Surg Endosc.* 2024. doi:10.1007/s00464-024-10775-1.
28. Lin Y, Chen C, Lee W, Cheng Y, Lin T, Lin C, et al. Educational video-assisted versus conventional informed consent for trauma-related debridement surgery: a parallel group randomized controlled trial. *BMC Med Ethics.* 2018;19(1):23.

29. Pallett A, Nguyen B, Klein N, Phippen N, Miller C, Barnett J. A randomized controlled trial to determine whether a video presentation improves informed consent for hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol*. 2018;219(3):277.e1-277.e7.
30. Kisielewska W, Kościółek M, Mitura K, Kacprzak L, Pajer M, Kisielewski K, et al. Impact of video-based incentive on patient willingness to read the informed consent form with comprehension before minimally-invasive surgery: a randomized controlled trial. *Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne*. 2025. doi:10.20452/wiitm.2025.17957.
31. Saglam K, Kayaalp C, Aktas A, Sumer F. Educational video addition to the bariatric surgery informed consent process: a randomized controlled trial. *Obes Surg*. 2020;30(7):2693-9.
32. Zevin B, Almakky M, Mancini U, Robertson D. Digital approach to informed consent in bariatric surgery: a randomized controlled trial. *Surg Endosc*. 2022;36(1):809-16.
33. Zhang Y, Ruan X, Tang H, Yang W, Xian Z, Lu M. Video-assisted informed consent for cataract surgery: a randomized controlled trial. *J Ophthalmol*. 2017;2017:9593631.
34. von Hertzberg-Boelch S, Fuchs K, Schubring J, Rak D, List K, Horas K, et al. An informational video for informed consent improves patient comprehension before total hip replacement: a randomized controlled trial. *Int Orthop*. 2025. doi:10.1007/s00264-025-06503-6

ANNEXES

Annexe 1 : Autorisation de recherche

NGO MBOG

Yaoundé, le

Danielle Jessica

Etudiante en 7^{ème} année

Médecine générale

Faculté de Médecine et des Sciences

Biomédicales de Yaoundé

Tel : 691236070

E-mail : ngombogd@gmail.com

A

Monsieur le Président du
Comité d’Ethique de la
FMSB-UYI

Objet : Demande d’autorisation de recherche

Monsieur le Directeur,

Je viens auprès de votre haute bienveillance solliciter une autorisation de recherche dans votre structure dans le cadre de ma thèse de fin de formation médicale.

En effet, je me nomme NGO MBOG Danielle Jessica, étudiante en 7^e année de médecine générale, et je réalise une étude sur l’«Essai thérapeutique d’un dispositif illustré d’éclairage du consentement par les patients de chirurgie digestive de deux hôpitaux de Yaoundé». Cette étude qui est réalisée sous la supervision et sous l’encadrement du Pr ESSI Marie-José (Anthropologue), du BWELLE Georges (Chirurgien) et du Dr BIWOLE Daniel (Chirurgien), qui a pour but de mesurer l’apport des supports illustrés dans l’éclairage du consentement des patients vus en postopératoire de chirurgie digestive au Cameroun

Dans l’attente d’une suite favorable, veuillez croire, Monsieur le Directeur, en l’expression de ma très haute considération.

Pièces jointes : - Une copie de mon protocole de thèse.

- Une photocopie de ma carte nationale d’identité

NGO MBOG Danielle



CLAIRANCE ÉTHIQUE ETHICAL CLEARANCE

23 JUN 2026

Le COMITÉ INSTITUTIONNEL D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE (CIER) de la FMSB a examiné
The INSTITUTIONAL ETHICAL REVIEW BOARD (IERB) of FMBS Examined

La demande de clairance éthique soumise par :
The Request of Ethical Clearance submitted by

M.Mme: **NGO MBOG Danielle Jessica**
Mr.Miss :

Matricule: **19M1402**
Registration:

Titre du projet de Recherche : **Essai thérapeutique d'un dispositif illustré d'éclairage du
Title of research project: consentement par les patients de chirurgie digestive de deux
hôpitaux de Yaoundé**

Equipe d'encadrement:
Supervision Team:

Pr ESSI Marie-Josée
Dr BWELLE Georges
Dr BIWOLE Daniel

Les principales observations sont les suivantes

Evaluation scientifique/Scientific Evaluation	
Evaluation de la convenance Institutionnelle/Institutional Convenience Evaluation	
Equilibre des risques et des bénéfices/Benefits and Risks balance	
Respect du consentement libre et éclairé/Respect of Free and informed consent	
Respect de la vie privée et des renseignements personnels (confidentialité) :Respect of privacy and Confidentiality	
Respect de la justice dans le choix des sujets/Respect for justice in subject choice	
Respect des personnes vulnérables : Respect of vulnerable persons	
Réduction des inconvénients/optimalisation des avantages/Reduction of Inconveniences/Optimization of advantages	
Gestion des compensations financières des sujets	
Gestion des conflits d'intérêt impliquant le chercheur	

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

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

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

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



LE PRÉSIDENT DU COMITÉ ÉTHIQUE

Dr A.M. T.N.ép.
Dr A.M. T.N.ép.
Dr A.M. T.N.ép.
Dr A.M. T.N.ép.
Dr A.M. T.N.ép.

REPUBLIQUE DE CAMEROUN
Paix - Travail - Patrie
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
HOPITAL GENERAL DE YAOUNDE
DIRECTION GENERALE



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace - work - fatherland
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
YAOUNDE GENERAL HOSPITAL
DIRECTORATE GENERAL

BP 3400 YAOUNDE-CAMEROUN
TEL: (237)22 21 31 81 FAX: (237)22 21 20 15.

N/Réf: **0116-26** /IGY/DG/DMR/APM-AS

Yaoundé, le **10 FEB 2026**

LE DIRECTEUR GENERAL

A/TO

Madame NGO MBOG Danielle Jessica
Etudiante en 7^e année
Tel : 691 236 070
FMSB-UNIVERSITE DE YDE

REF : V/L N°00556 du 28/01/2026

Objet/Subject:

Demande d'autorisation recherche,

Madame,

En réponse à votre correspondance dont l'objet est porté en marge,

Nous avons l'honneur de marquer notre accord pour que vous effectuiez vos travaux de recherche au SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE ET VISCERALE, dans le cadre votre étude intitulée « *Essai thérapeutique d'un dispositif illustré d'éclairage du consentement par les patients de chirurgie digestive de deux hôpitaux de Yaoundé* ».

Cette étude sera supervisée par le Docteur BWELLE George, Médecin Chirurgien.

Vous observerez la réglementation en vigueur à l'Hôpital Général de Yaoundé pendant la durée de votre travail. Toutefois, les publications se rapportant à ce travail devraient inclure les personnels de l'Hôpital Général de Yaoundé.

Recevez, Madame, l'expression de ma parfaite considération. /-

Ampliations

- DMR
- Chrono/archives.



Le Directeur Général,

Essomba Noel Emmanuel

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix-Travail-Patrie
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
DIRECTION HOPITAL CENTRAL YAOUNDE



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace-Work-Fatherland
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
DIRECTORATE OF YAOUNDE CENTRAL HOSPITAL
INTERNSHIP UNIT

BUREAU DES STAGES
N° 789 / MINSANTE/SG/DHICY/CM/SG/BSO

Yaoundé, le 01 JUIN 2026

AUTORISATION DE RECHERCHE

Je soussigné, **Professeur Agrégé ONGOLO ZOGO Pierre**, Directeur de l'Hôpital Central de Yaoundé, accorde une autorisation de recherche, sous la direction du *Pr ESSI Marie-José* et la codirection des *Docteurs BWELLE Georges* et *BIWOLE Daniel* à **M. /Mme NGO MBOG DANIELLE JESSICA** sur le thème: «*Essai thérapeutique d'un dispositif illustré d'éclairage du consentement par les patients de chirurgie digestive de deux hôpitaux de Yaoundé* ».

L'intéressé(e) est tenu(e) au strict respect du règlement intérieur de l'Hôpital Central de Yaoundé.

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

Pour le Directeur et par ordre
Le Conseiller Médical



*Dr. Meheme Meheme
Junior Barhetemy*



A
Mme NGO MBOG Danielle Jessica
Etudiante en 7^{ème} année
FMSB-UYI

OBJET : AUTORISATION DE RECHERCHE

Madame,

Nous accusons réception de votre demande sollicitant l'autorisation de procéder au recrutement de participants lors de nos campagnes médico-chirurgicales, dans le cadre de votre travail de thèse intitulé : « Essai d'un dispositif illustré d'éclairage du consentement par les patients de chirurgie au Cameroun ».

Après examen de votre requête, nous avons le plaisir de vous informer que l'ASCOVIME accepte favorablement votre demande. Vous êtes ainsi autorisé(e) à effectuer votre recrutement auprès des patients concernés au cours de nos campagnes, sous réserve du respect des conditions suivantes :

- Le recueil préalable du consentement libre et éclairé des participants ;
- Le respect de la confidentialité des données et de la dignité des patients ;
- La non-perturbation du bon déroulement des activités de la campagne ;
- La transmission, à l'issue de votre étude, d'une copie des résultats à notre association.

Nous restons disposés à faciliter la bonne réalisation de votre travail et vous souhaitons plein succès dans vos recherches.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Ydé, le 18/12/25

Dr Dzwelle Georges



BP 30191 Yaoundé Cameroun
Tel : (237) 699749485/651279001/694460900/677340227
Site internet : <http://WWW.ascovime.org> ; E-mail : ascovime@yahoo.fr / gbwelle@gmail.com
Récépissé de déclaration : N° 00000782/RRDA/J06/BAPP

ANNEXE 2 : Note d'informations du patient

Vous êtes invité(e) à participer à une étude qui vise à savoir si l'utilisation de renforceurs permet aux patients de mieux comprendre les informations données avant une opération de chirurgie digestive. Si vous acceptez de participer, avant votre opération, on vous expliquera la chirurgie avec un document écrit simple, avec des rajouts variés . Après l'opération, quelques jours plus tard, un enquêteur vous posera des questions simples pour savoir ce que vous avez compris. Votre participation dure peu de temps (environ une dizaine de jours).

Cette étude ne comporte aucun risque pour votre santé et ne change en rien votre traitement ou votre opération. Le seul désagrément possible est le temps nécessaire pour répondre aux questions. Vous êtes libre de ne pas répondre à une question si vous ne le souhaitez pas, sans que cela n'impacte votre prise en charge .

Participer à cette étude peut vous aider à mieux comprendre votre maladie et votre opération, et peut aussi aider à améliorer la façon dont les médecins expliquent la chirurgie aux autres patients à l'avenir. Si vous refusez de participer ou si vous décidez d'arrêter plus tard, vos soins resteront exactement les mêmes et cela n'aura aucune conséquence pour vous .

Toutes les informations vous concernant resteront strictement confidentielles. Votre nom ne sera pas utilisé et personne ne pourra vous identifier. La participation à cette étude est entièrement volontaire. Vous êtes libre d'accepter, de refuser ou d'arrêter à tout moment sans aucun problème. À la fin de cette étude, vous serez recontactés pour prendre connaissances des résultats obtenus.

Pour toute question, vous pouvez contacter Mme NGO MBOG Danielle Jessica, étudiante en 7ème année, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I.
Tel:691236070

You are invited to take part in a study that aims to know what helps patients understand surgery better. If you agree, before your surgery, the medical team will explain the operation to you using a simple written document and other. After the surgery, a few days later, you will be asked some simple questions to know what you understood. Your participation will take only a short time.

This study has no health risk and does not change your treatment or surgery. The only possible inconvenience is the time spent answering questions. You are free not to answer any question if you do not want to.

Taking part in this study may help you understand your surgery better and may also help improve how surgery is explained to other patients in the future. If you refuse to participate or decide to stop later, your medical care will remain the same and there will be no consequences.

All information about you will be kept confidential. Your name will not be used and no one will be able to identify you. Participation in this study is completely voluntary. You are free to accept, refuse, or stop at any time.

If you have any questions, you can contact Ms NGO MBOG Danielle Jessica, 7th year students, Faculty of Medicine and Biomedical Sciences, University of Yaoundé I. [Tel:691236070](tel:691236070)

Annexe 3 : Formulaire de consentement éclairé

Titre : «Essai thérapeutique d'un dispositif illustré d'éclairage du consentement par les patients de chirurgie digestive de deux hôpitaux de Yaoundé »

Je soussigné Mr./Mme.....

Déclare avoir été invité (e) à participer à l'étude intitulée «Essai thérapeutique d'un dispositif illustré d'éclairage du consentement par les patients de chirurgie digestive de deux hôpitaux de Yaoundé», dont l'investigateur principal est NGO MBOG Danielle Jessica, étudiante en 7ème année de médecine générale à la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I ; sous la supervision Pr ESSI Marie-José (Anthropologue), du Dr BWELLE Georges (Chirurgien) et du Dr BIWOLE Daniel (Chirurgien), J'ai été informé (e) sur l'étude, son but, sa durée, les éventuels bénéfices et risques.

J'ai pris connaissance ou il m'a été lu le document d'information. J'ai eu suffisamment de temps pour y réfléchir.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions qui me sont venues à l'esprit et j'ai obtenu une réponse satisfaisante à mes questions.

J'ai compris que ma participation à cette étude est volontaire et que je suis libre de mettre fin à ma participation à cette étude sans que cela ne modifie mes relations avec le personnel de l'hôpital et l'équipe thérapeutique en charge de la santé.

J'ai compris que des données seront récoltées pendant toute ma participation à cette étude et que l'investigateur de l'étude se porte garant de la confidentialité de ces données.

J'accepte librement de participer à cette étude ce qui implique de répondre au questionnaire ;

Moi l'investigateur principal de l'étude, je prends la responsabilité d'avoir donné toutes les informations requises au participant concernant l'étude.

Fait à Yaoundé le/...../.....

Signature de l'investigateur

Signature du participant

Title: Therapeutic trial of an illustrated device to enhance patients' understanding of informed consent in digestive surgery in two hospitals in Yaoundé

I, the undersigned Mr./Ms.,

declare that I have been invited to participate in the study entitled "Therapeutic trial of an illustrated device to enhance patients' understanding of informed consent in digestive surgery in two hospitals in Yaoundé", whose principal investigator is NGO MBOG Danielle Jessica, a 7th-year medical student in General Medicine at the Faculty of Medicine and Biomedical Sciences of the University of Yaoundé I, under the supervision of Professor ESSI Marie-José (Anthropologist), Dr BWELLE Georges (Surgeon), and Dr BIWOLE Daniel (Surgeon).

I have been informed about the study, its objectives, its duration, and the potential benefits and risks involved.

I have read, or had been read to me, the participant information document. I have had sufficient time to consider it.

I have had the opportunity to ask all the questions that came to mind and have received satisfactory answers to my questions.

I understand that my participation in this study is voluntary and that I am free to withdraw from the study at any time, without this affecting my relationship with the hospital staff or the healthcare team responsible for my care.

I understand that data will be collected throughout my participation in this study and that the study investigator guarantees the confidentiality of this data.

I freely agree to participate in this study, which involves answering a questionnaire.

I, the principal investigator of the study, take responsibility for having provided all the required information to the participant regarding the study.

Done in Yaoundé on/...../.....

Signature of the investigator

Signature of the participant

Annexe 4 : exemple de consentement éclairé retrouvé dans les différents hopitaux

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix – Travail – Patrie

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

HOPITAL XXXXX

SERVICE DE CHIRURGIE

REPUBLIC OF CAMEROON

Peace – Work – Fatherland

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

XXXXX HOSPITAL

SURGERY UNIT

Je soussigné

CNI N°délivrée le

A.....par.....

(1) Époux, épouse, frère, sœur, père, mère, autre

de

hospitalisé dans le service de.....

pour.....

certifie avoir été clairement informé et posé toutes les questions sur sa maladie, son pronostic et les risques liés à la chirurgie dans ce type de maladie,

j'autorise donc le (s) docteur (s)

.....

..... et leur équipe,

et l'équipe d'anesthésistes conduite par le docteur

à opérer

à l'Hôpital XXXXX.

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

Date et Signature

(1) Rayer les mentions inutiles

Source : bases de données Hôpital Général Yaoundé

Annexe 5 : Prototype du dispositif illustrée**FICHE D'INFORMATIONS DU PATIENT****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****REPUBLIC OF CAMEROON***Peace – Work – Fatherland*

**MINISTRY OF HIGHER
EDUCATION**

UNIVERSITY OF YAOUNDE I

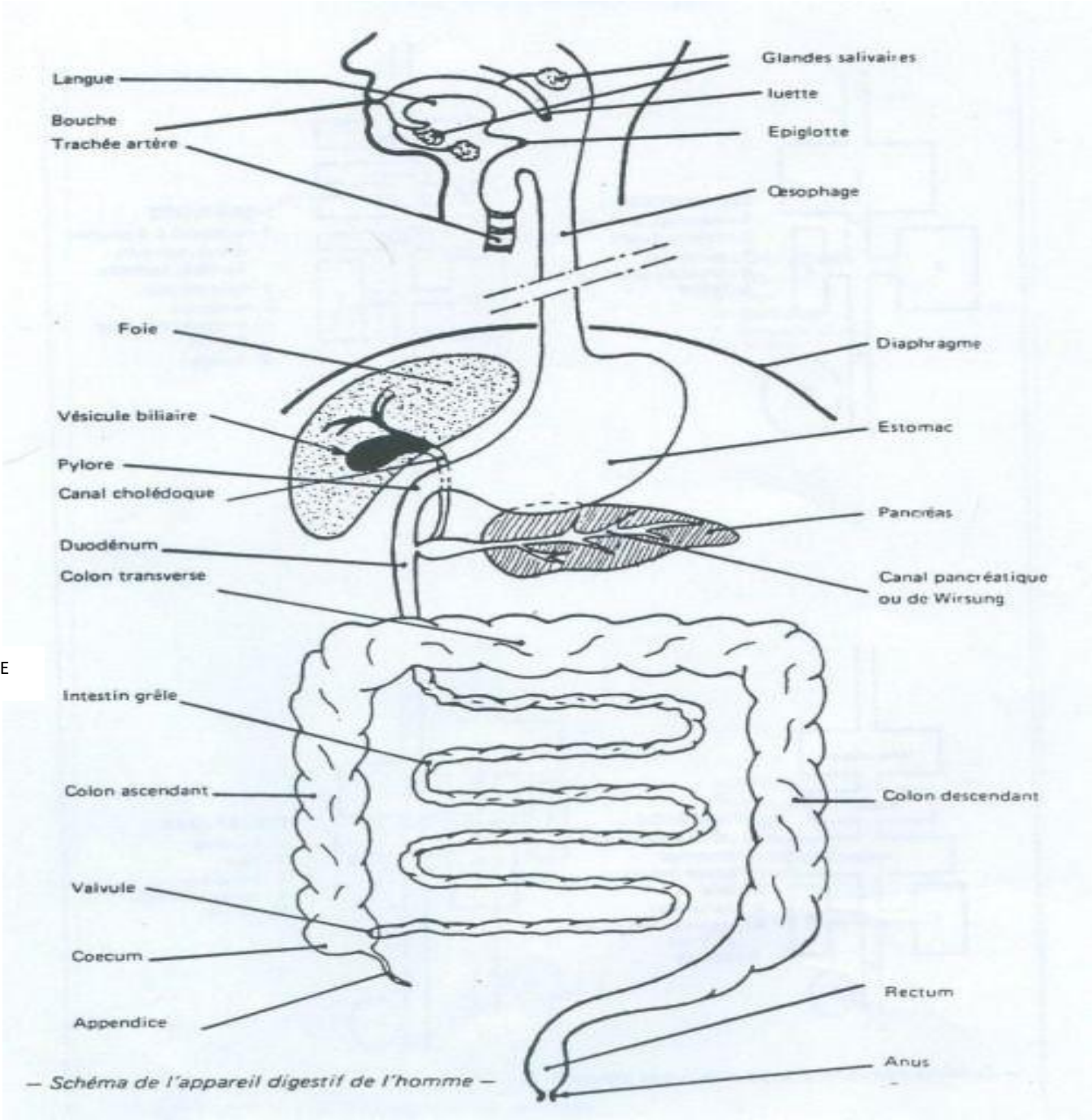
**ACULTY OF MEDICINE AND
BIOMEDICAL SCIENCES****DEPARTEMENT OF PUBLIC
HEALTH**

**FICHE D'INFORMATIONS
ILLUSTREES DU PATIENT**

I/ANATOMOPATHOLOGIE

SECTION A : ANATOMIE

1. **TITRE :** SCHEMA TUBE DIGESTIF



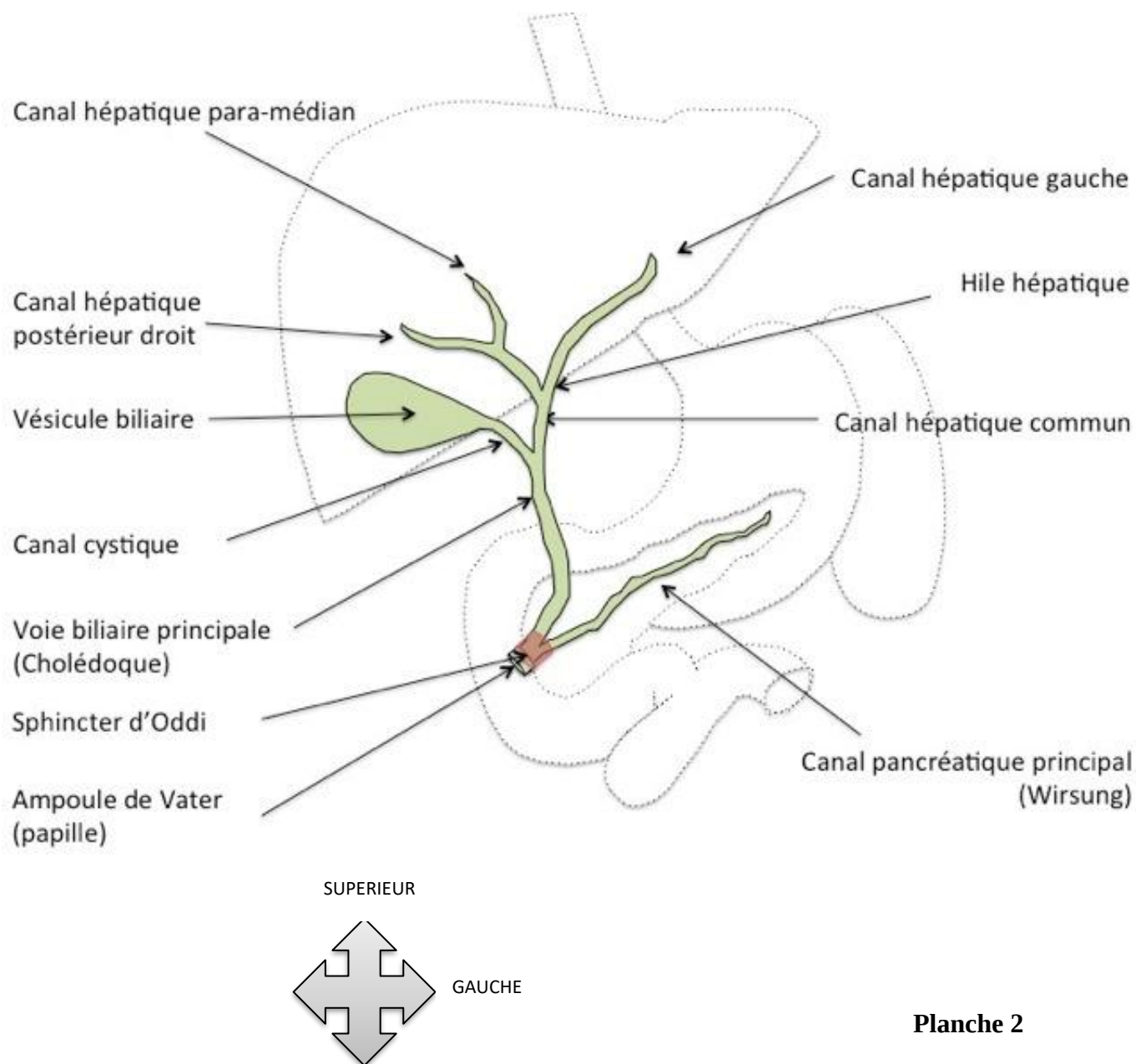
2. **TITRE :** SCHEMA ANNEXES PANCREATICOBILIAIRE

Planche 2

3. **TITRE** : SCHEMA PAROI ABDOMINALE

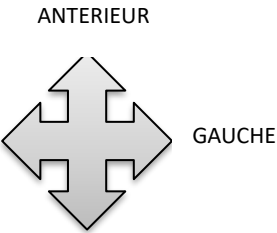
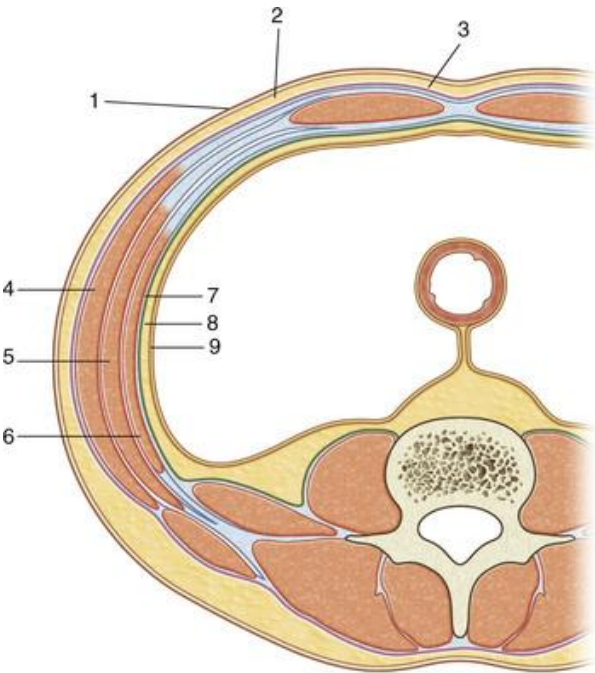
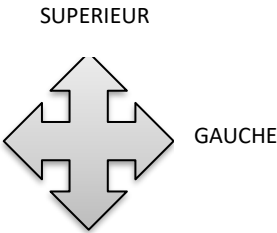
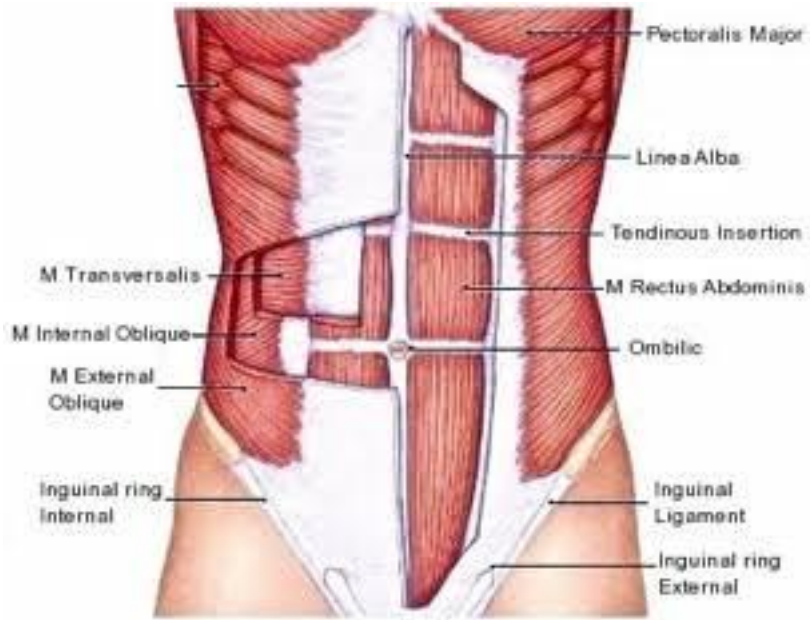


Planche 3

1. **TITRE** : SCHEMA PAROI PERINEALE

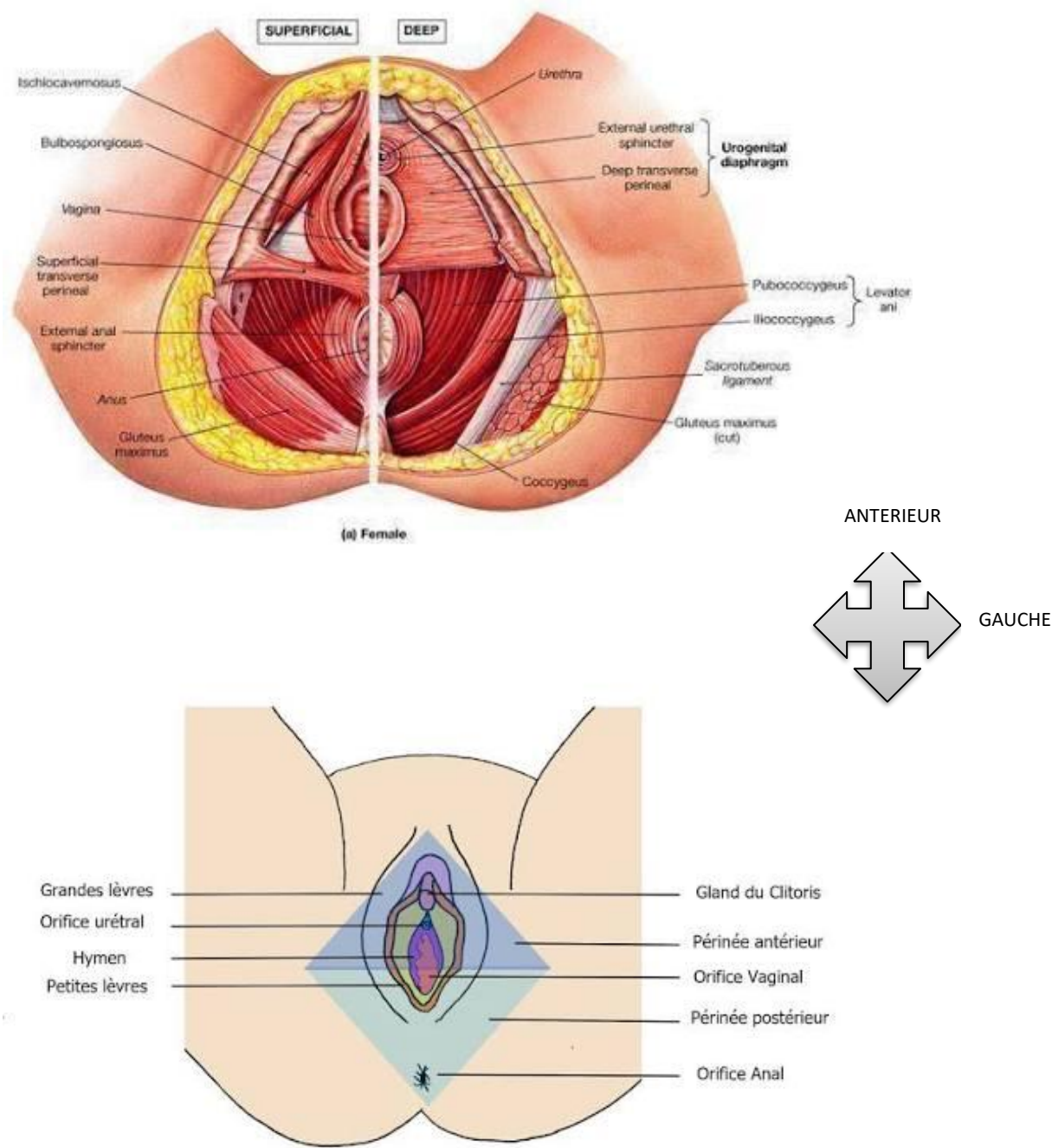


Planche 4

SECTION B : SIGNES FONCTIONNELS

1. TITRE : DIFFERENTS SIGNES FONCTIONNELS DIGESTIFS

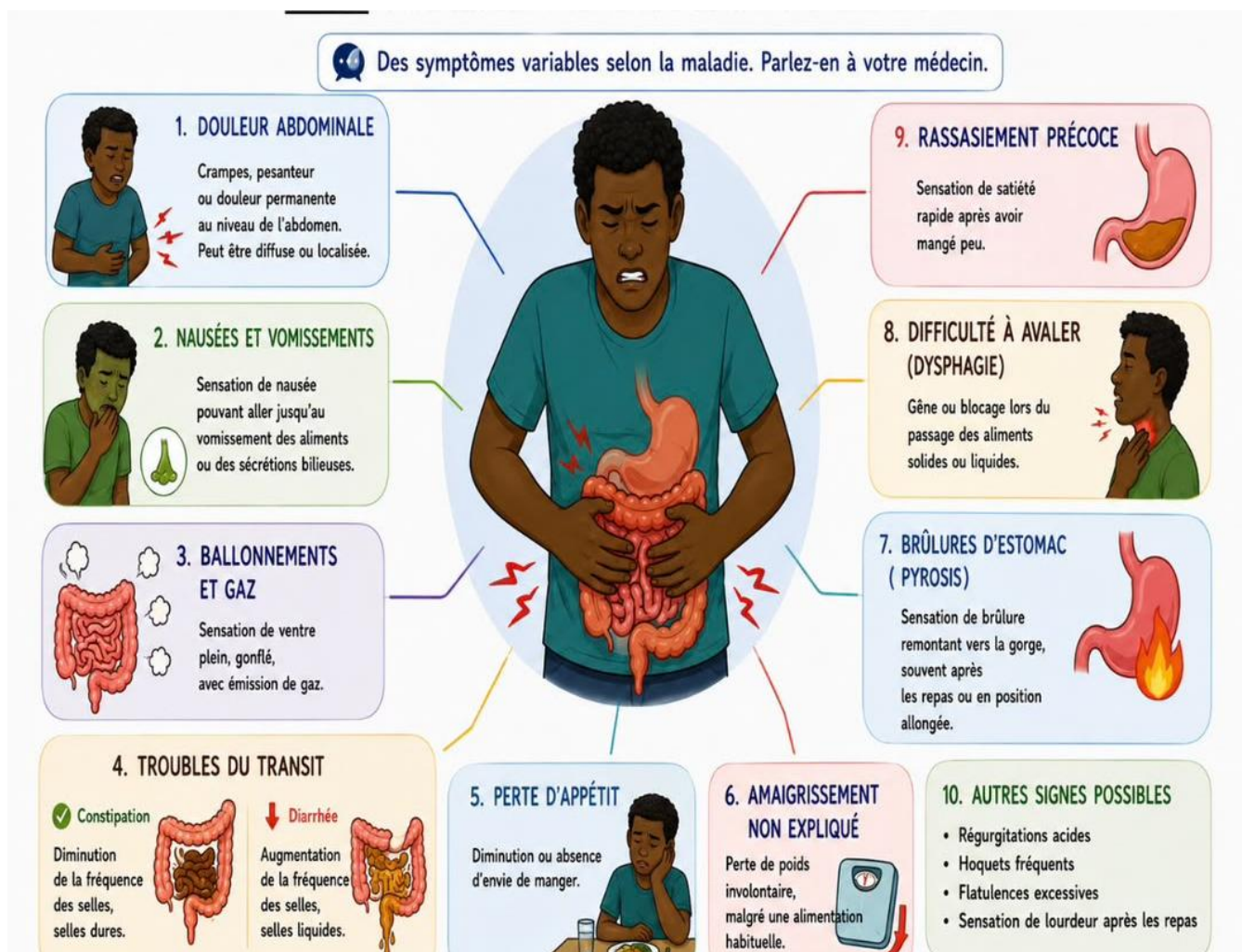
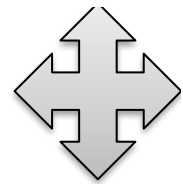


Planche 5

SECTION C : PATHOLOGIES

1. **TITRE** : SCHEMA HERNIES

SUPERIEUR



GAUCHE

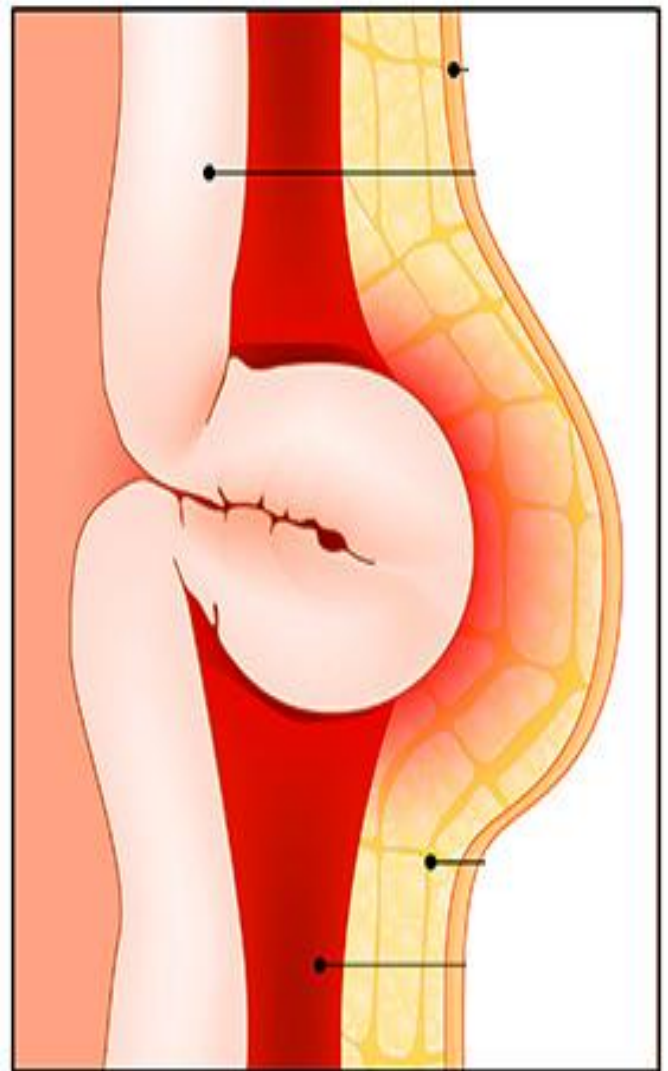
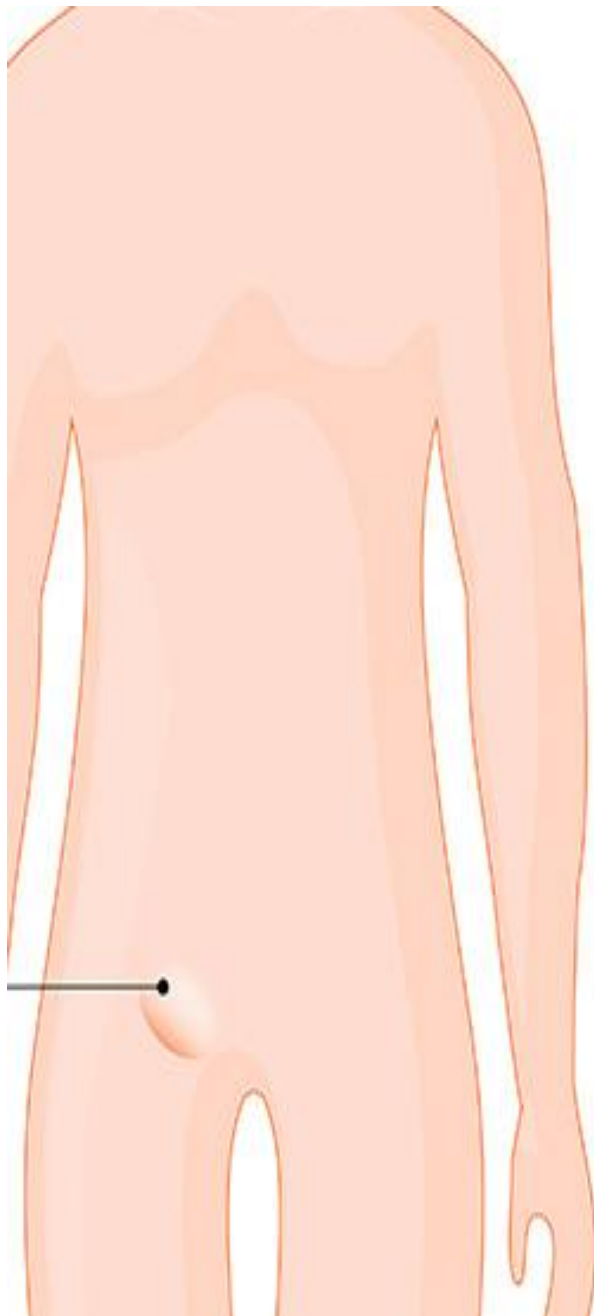


Planche 6

2. **TITRE** : SCHEMA APPENDICITE

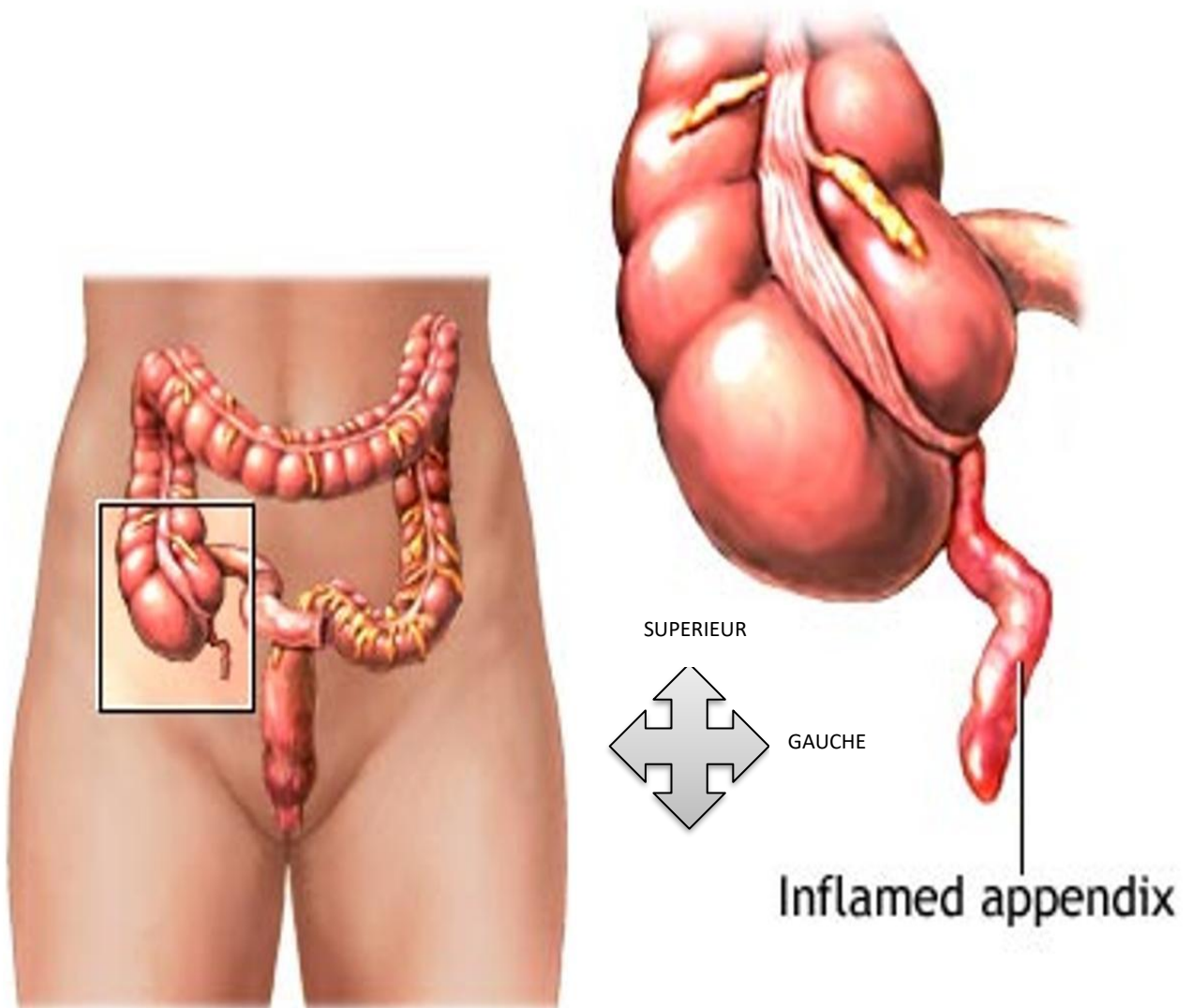


Planche 7

3. **TITRE** : SCHEMA MALADIE HEMORROIDAIRE

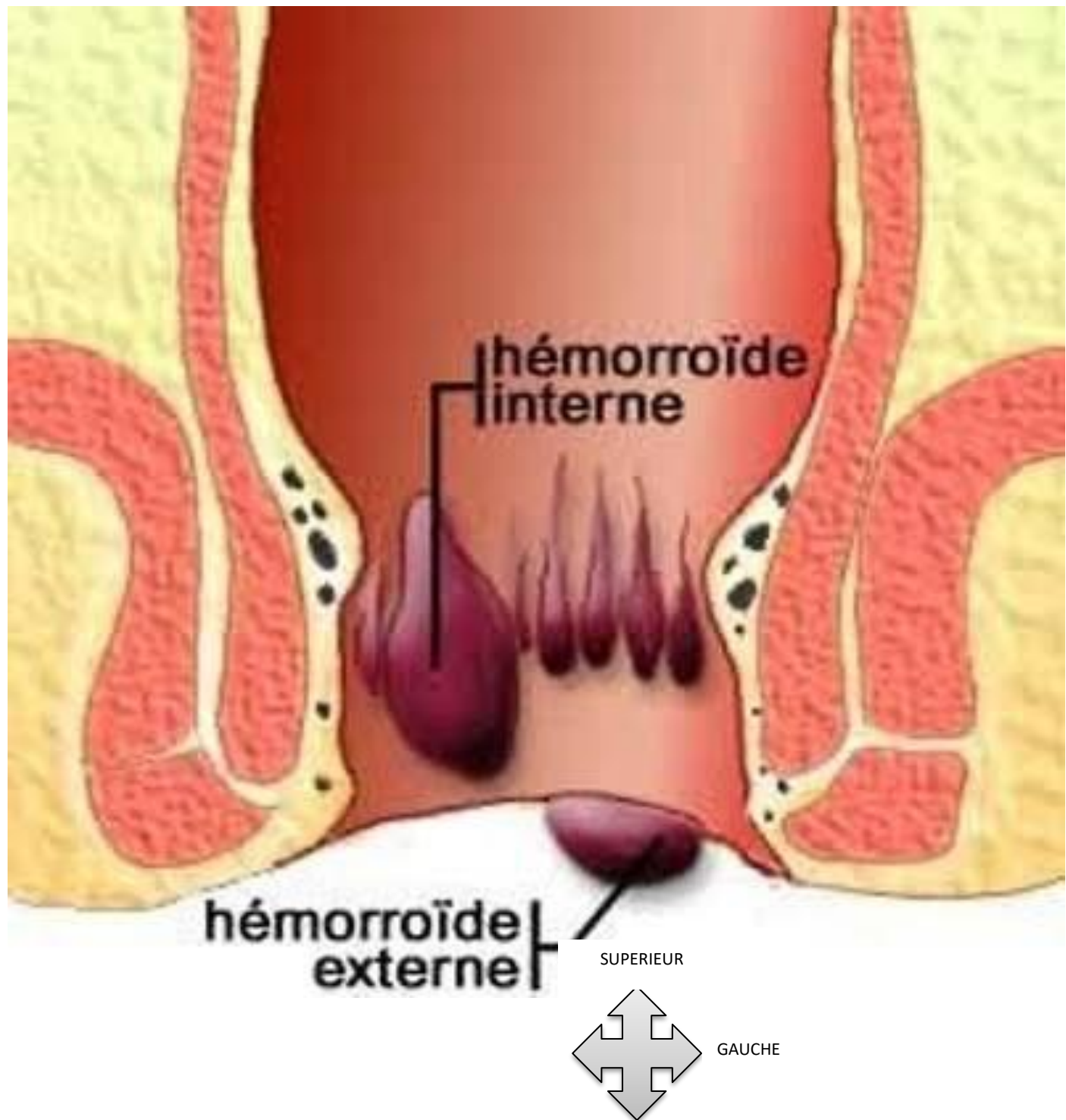


Planche 8

4. **TITRE** : SCHEMA FISSURE ANALE

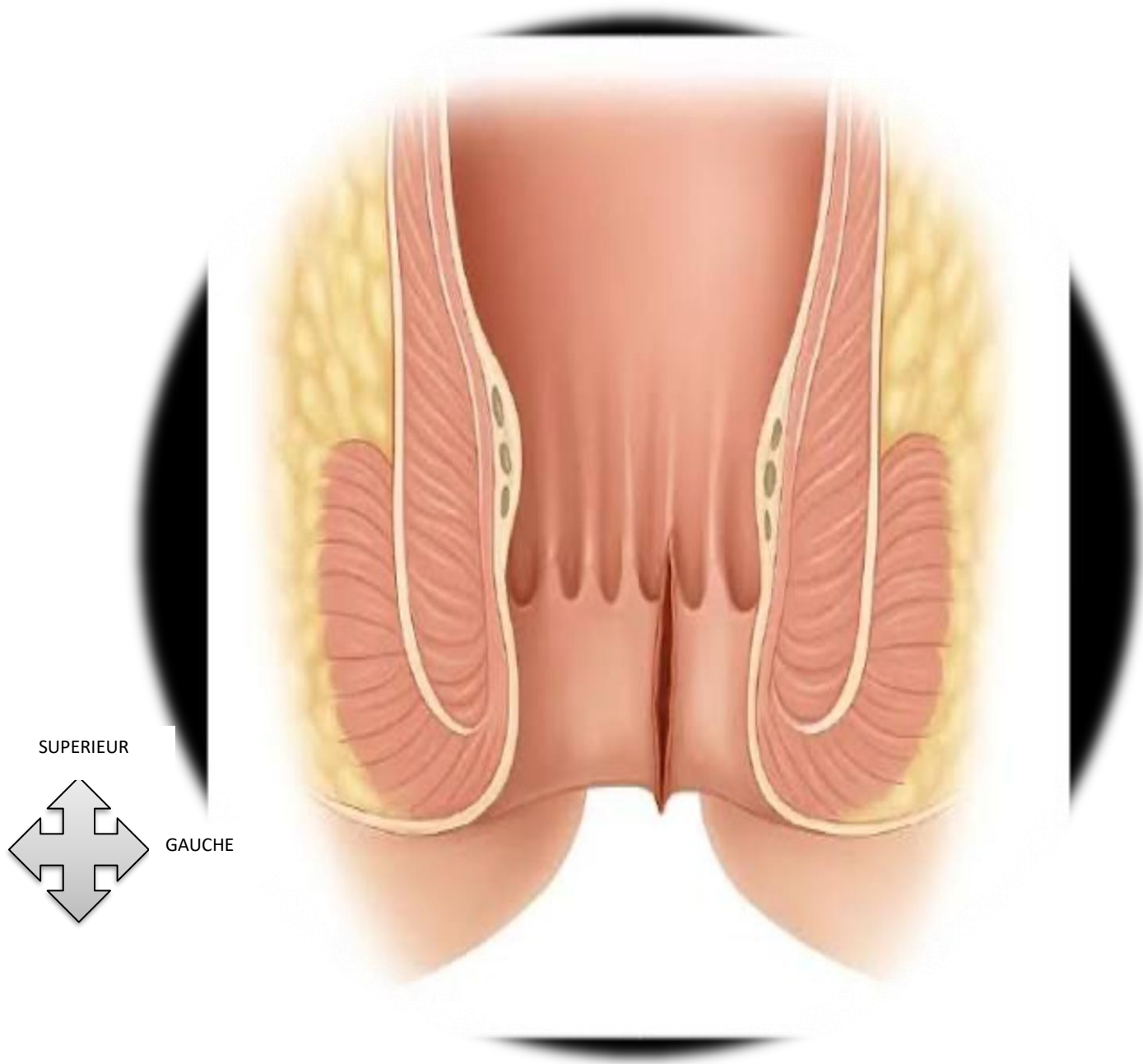


Planche 9

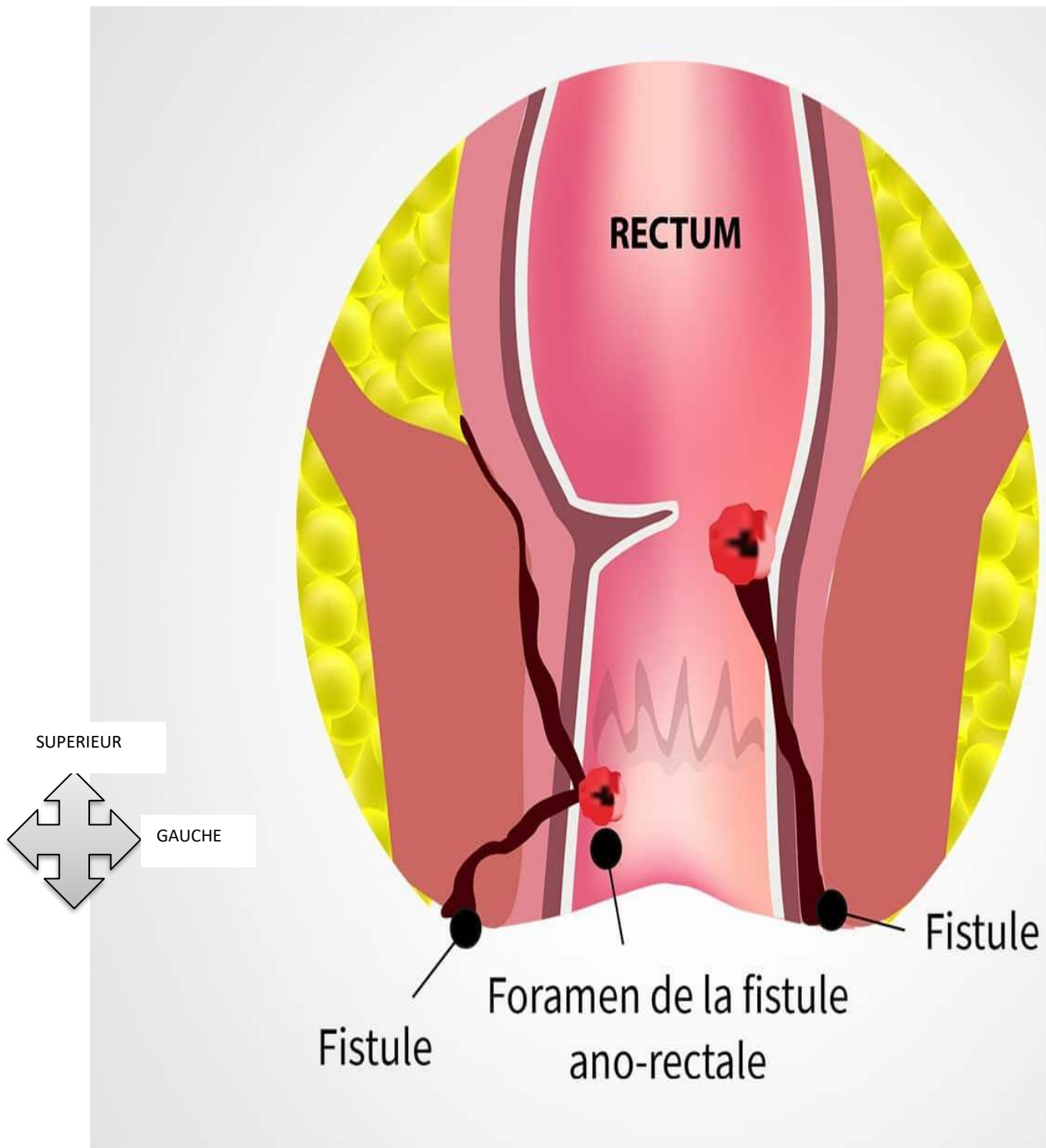
5. **TITRE** : SCHEMA FISTULE ANALE

Planche 10

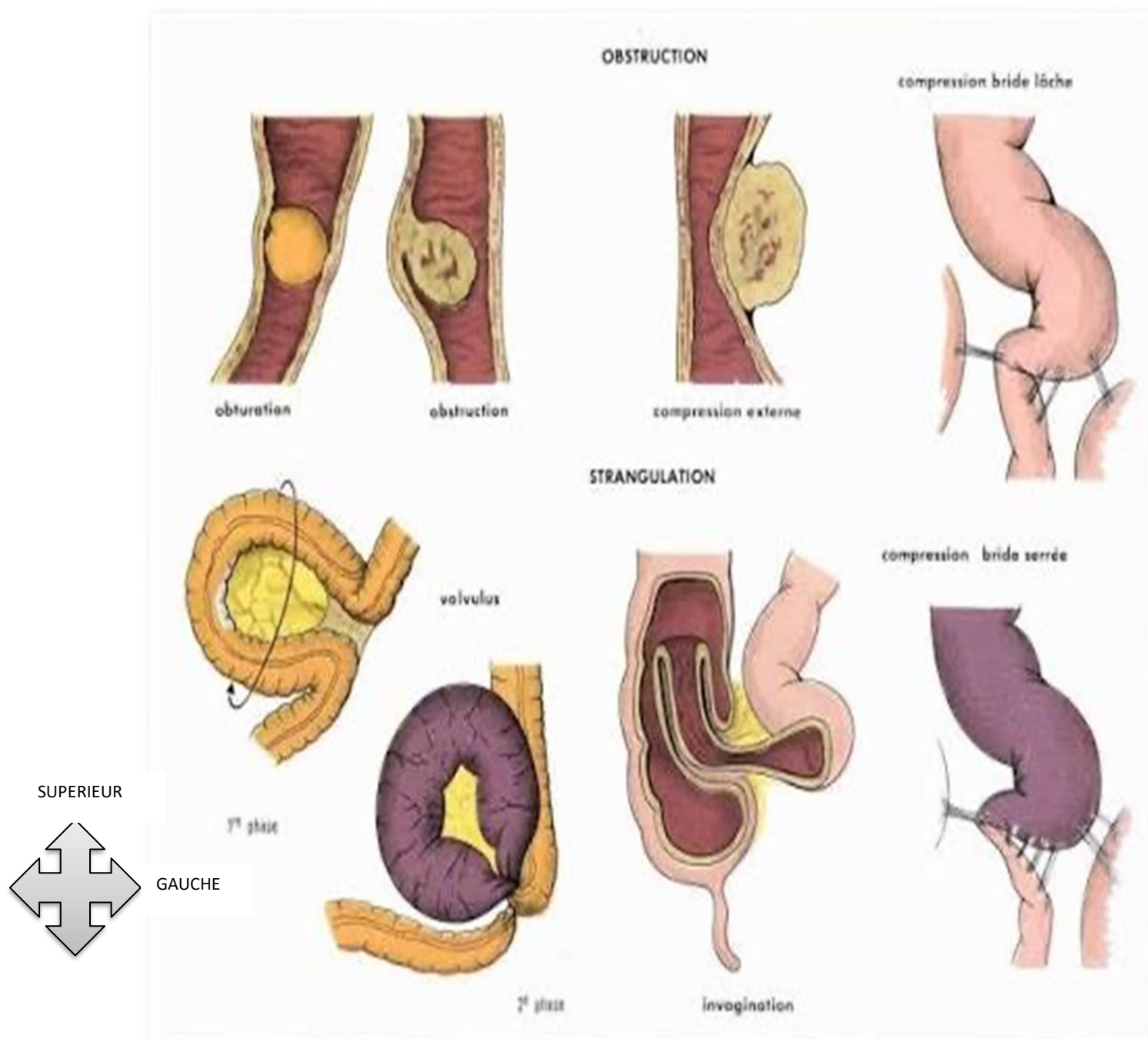
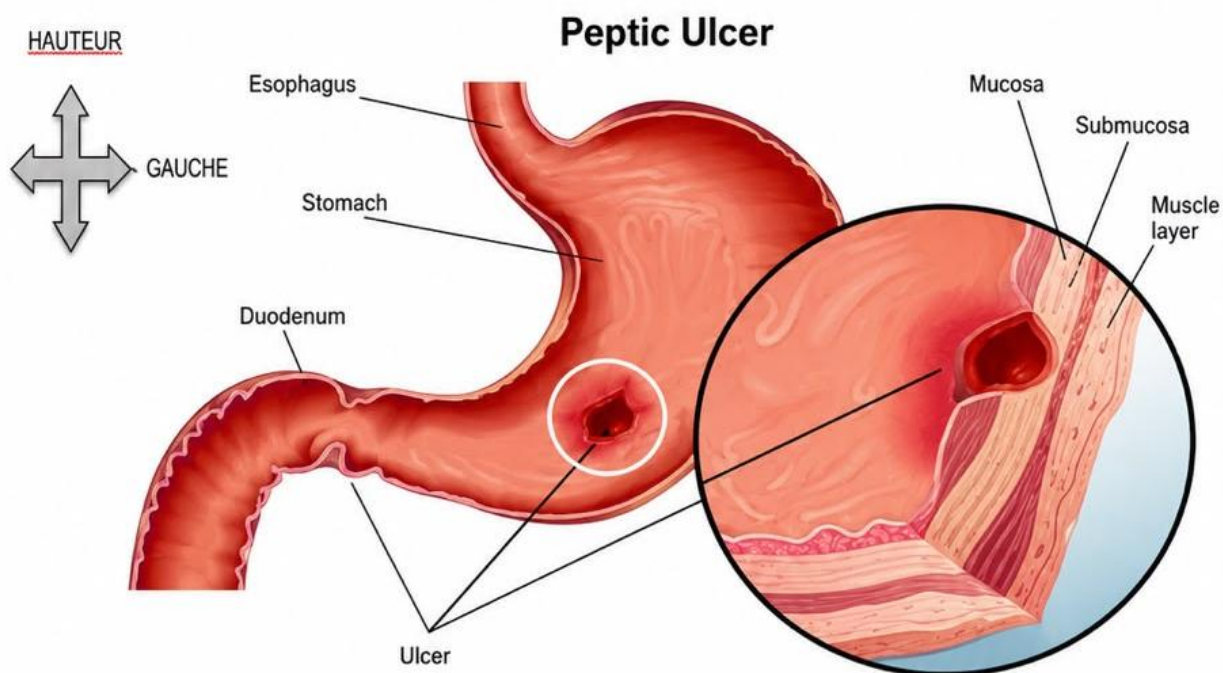
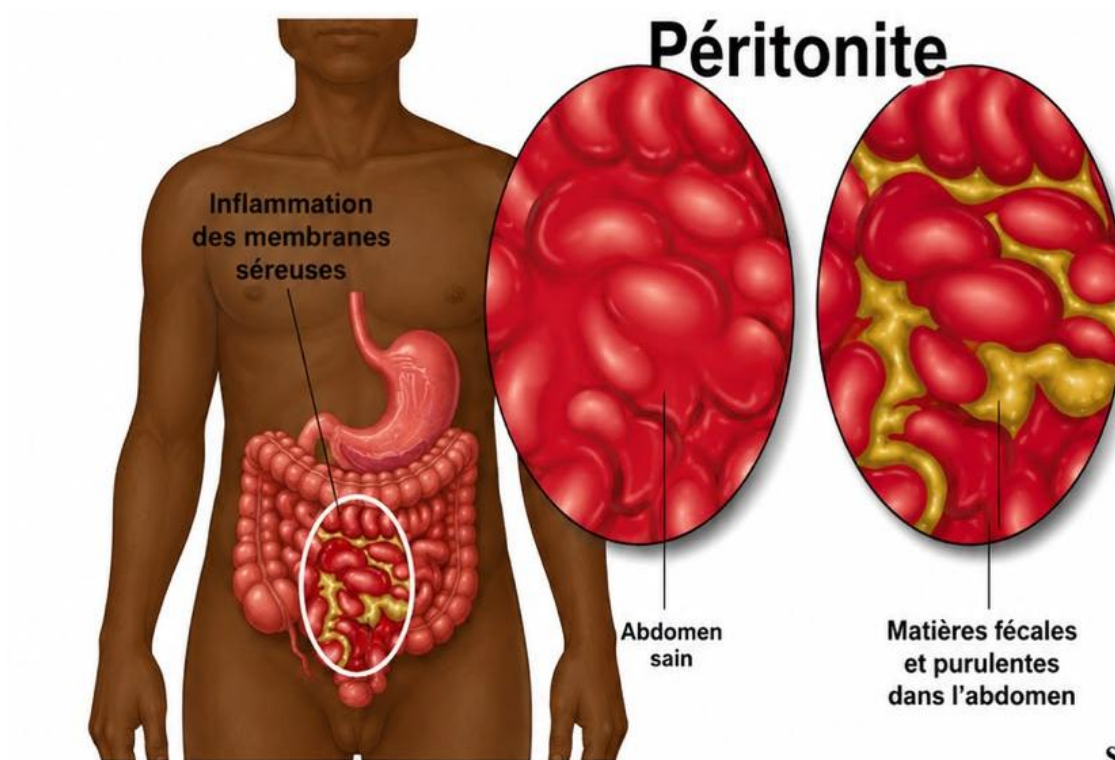
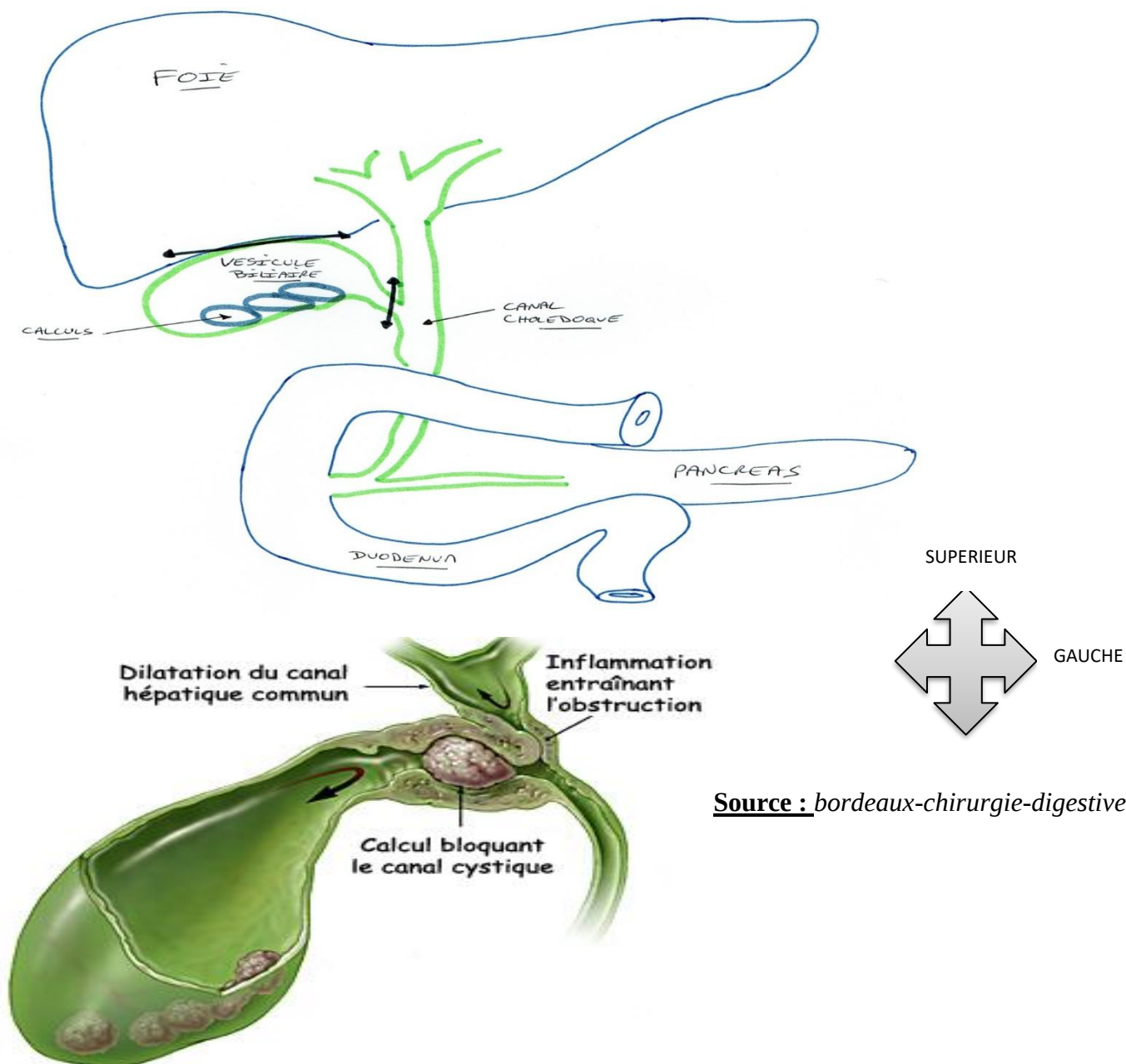
6. **TITRE** : SCHEMA OCCLUSION INTESTINALE

Schéma simple des occlusions par obstruction et par strangulation.

7. **TITRE** : SCHEMA PERITONITE

8. **TITRE :** SCHEMA LITHIASIE BILIAIRE

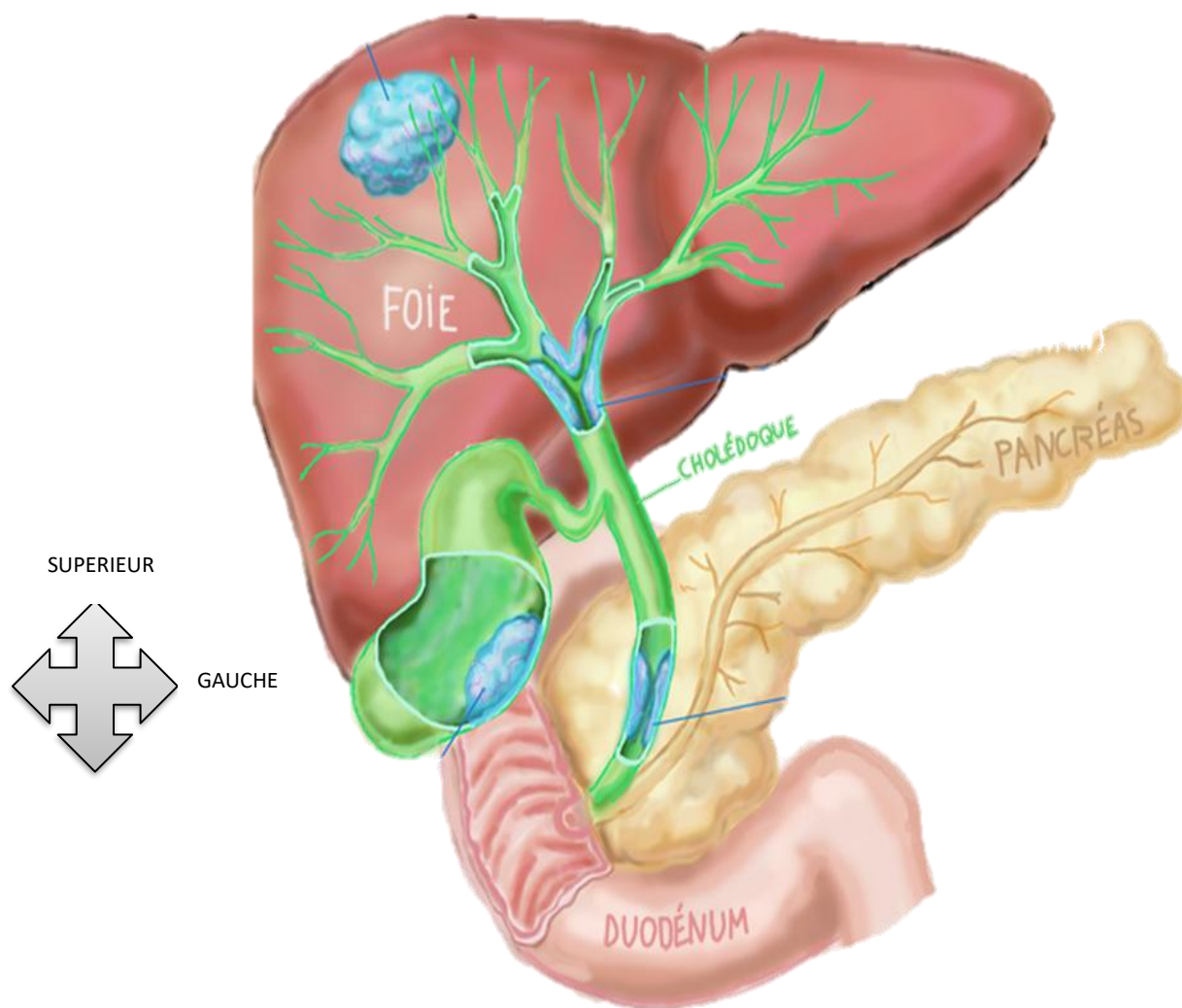
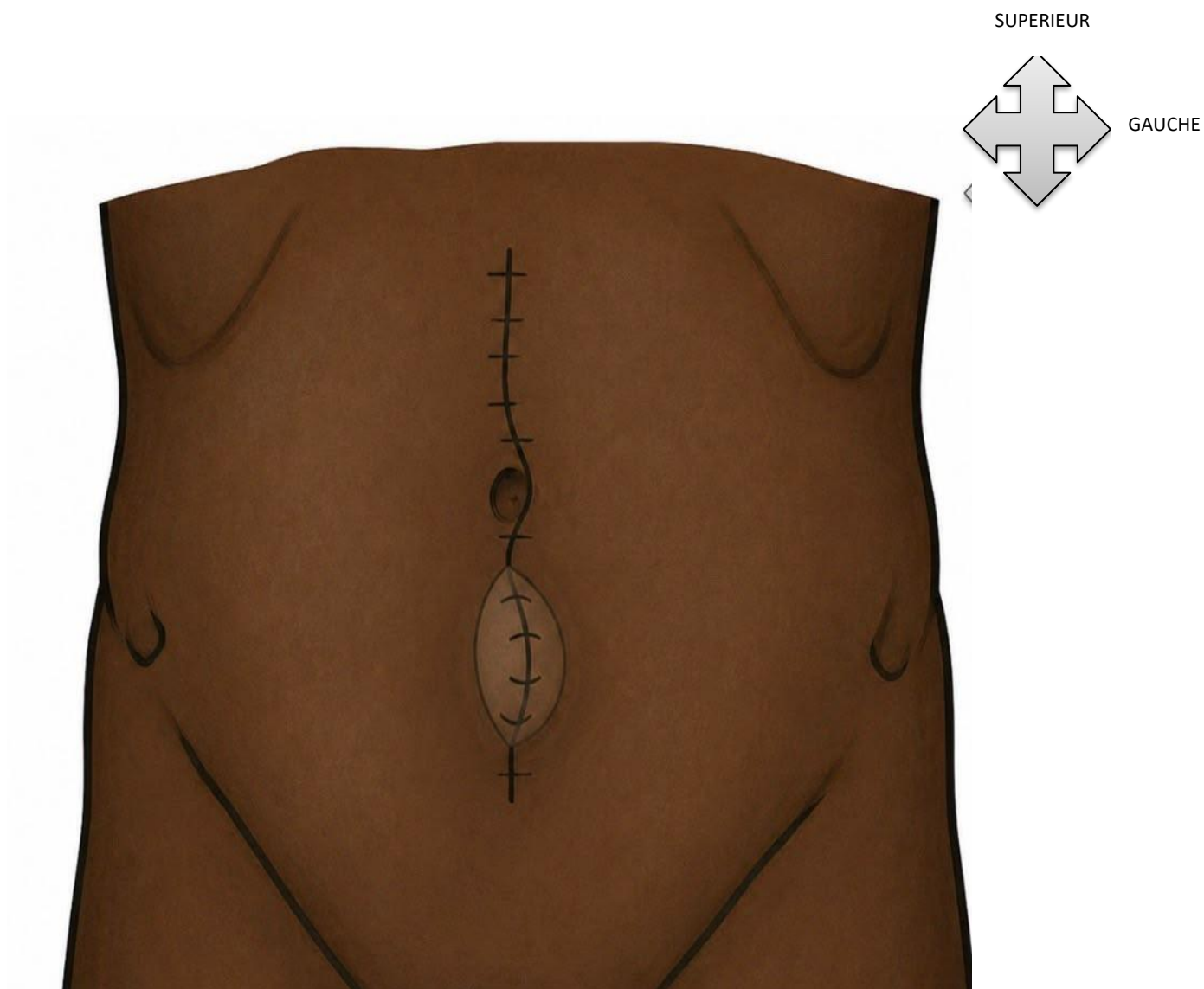
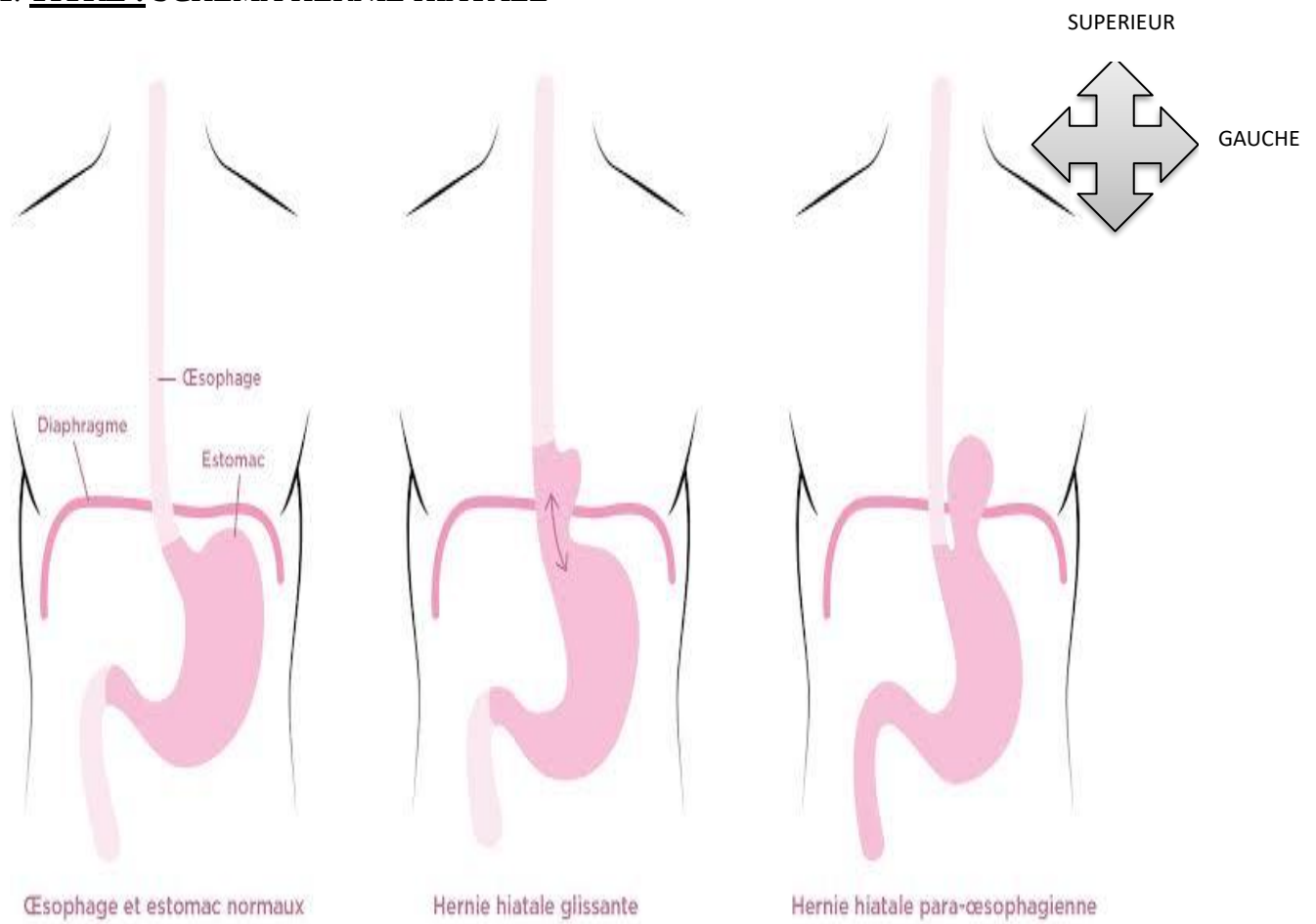
9. **TITRE** : SCHEMA MASSE DANS DE CANAL HEPATOBILIAIRE

Planche 14

10. **TITRE** : SCHEMA EVENTRATION



11. **TITRE** : SCHEMA HERNIE HIATALE

12. **TITRE** : SCHEMA FISTULE ENTEROCUTANEE

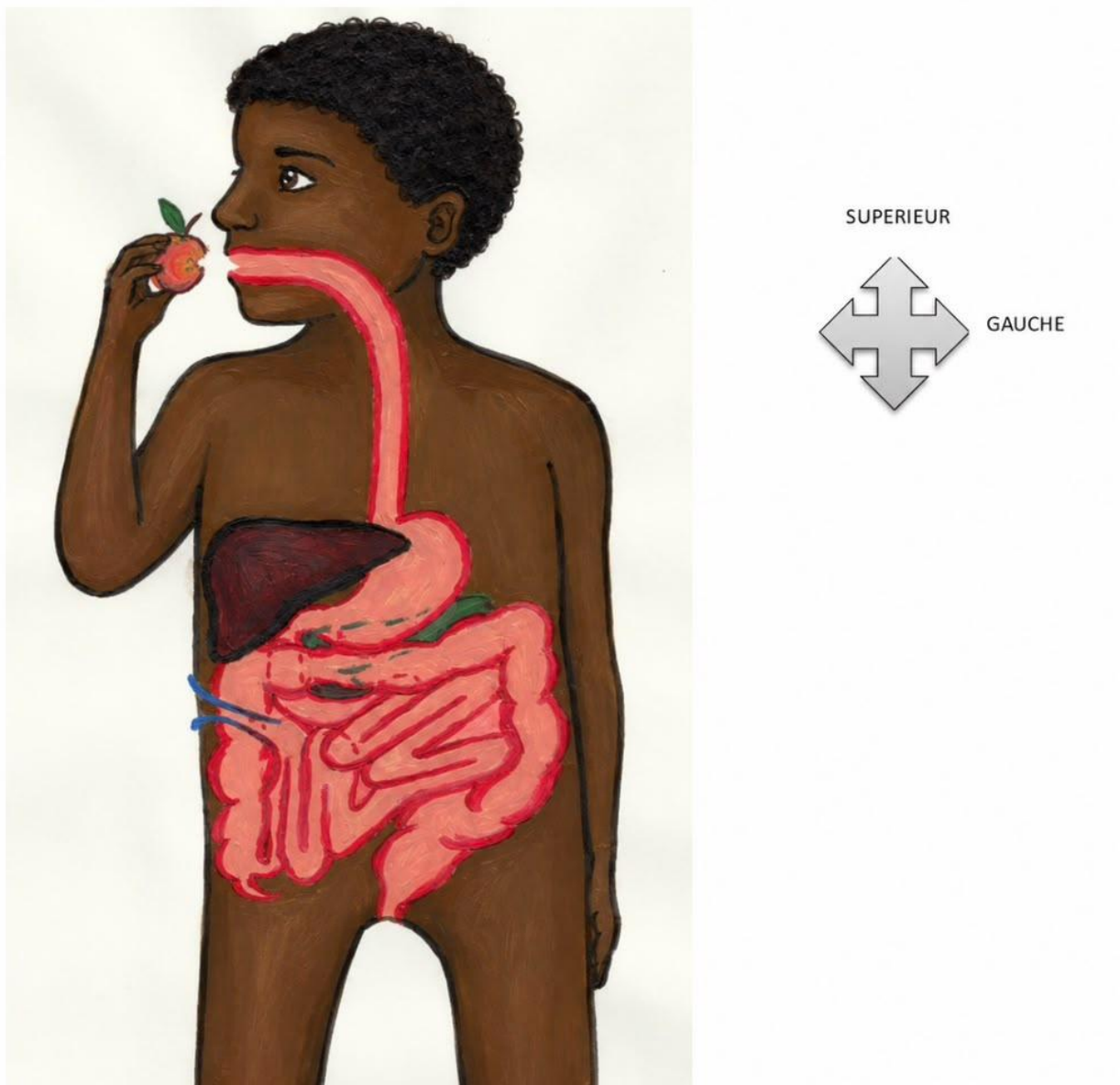
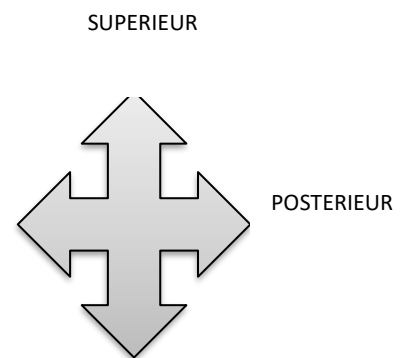
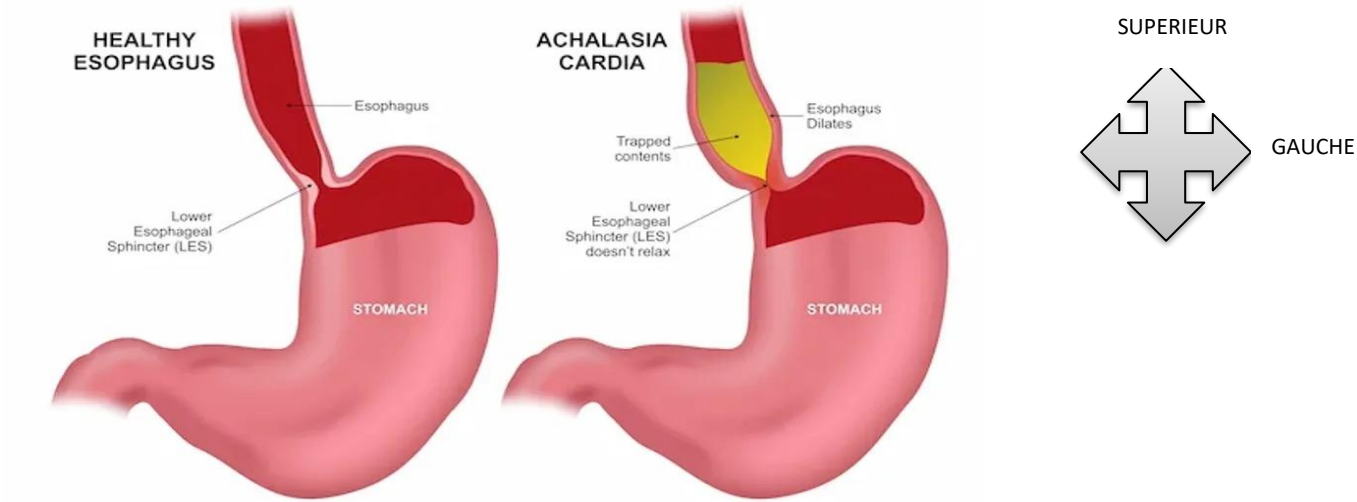
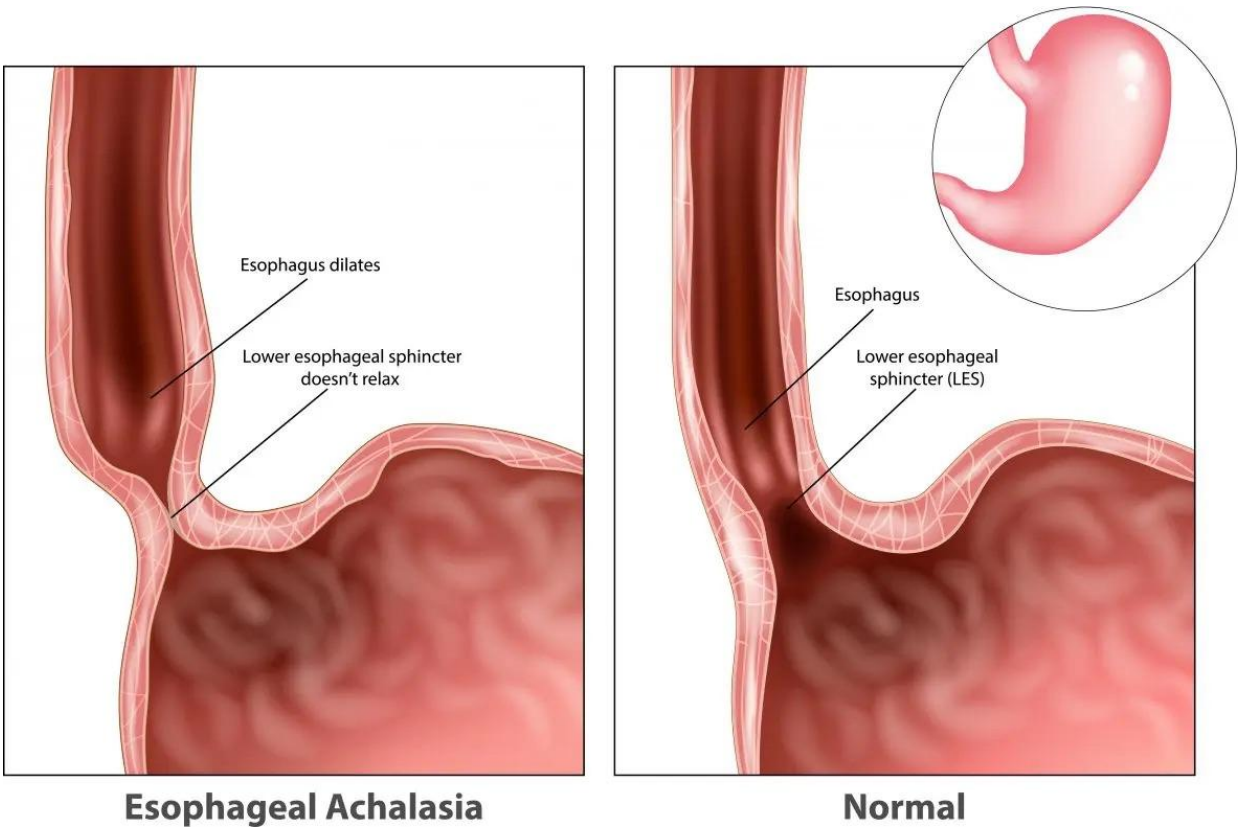


Planche 17

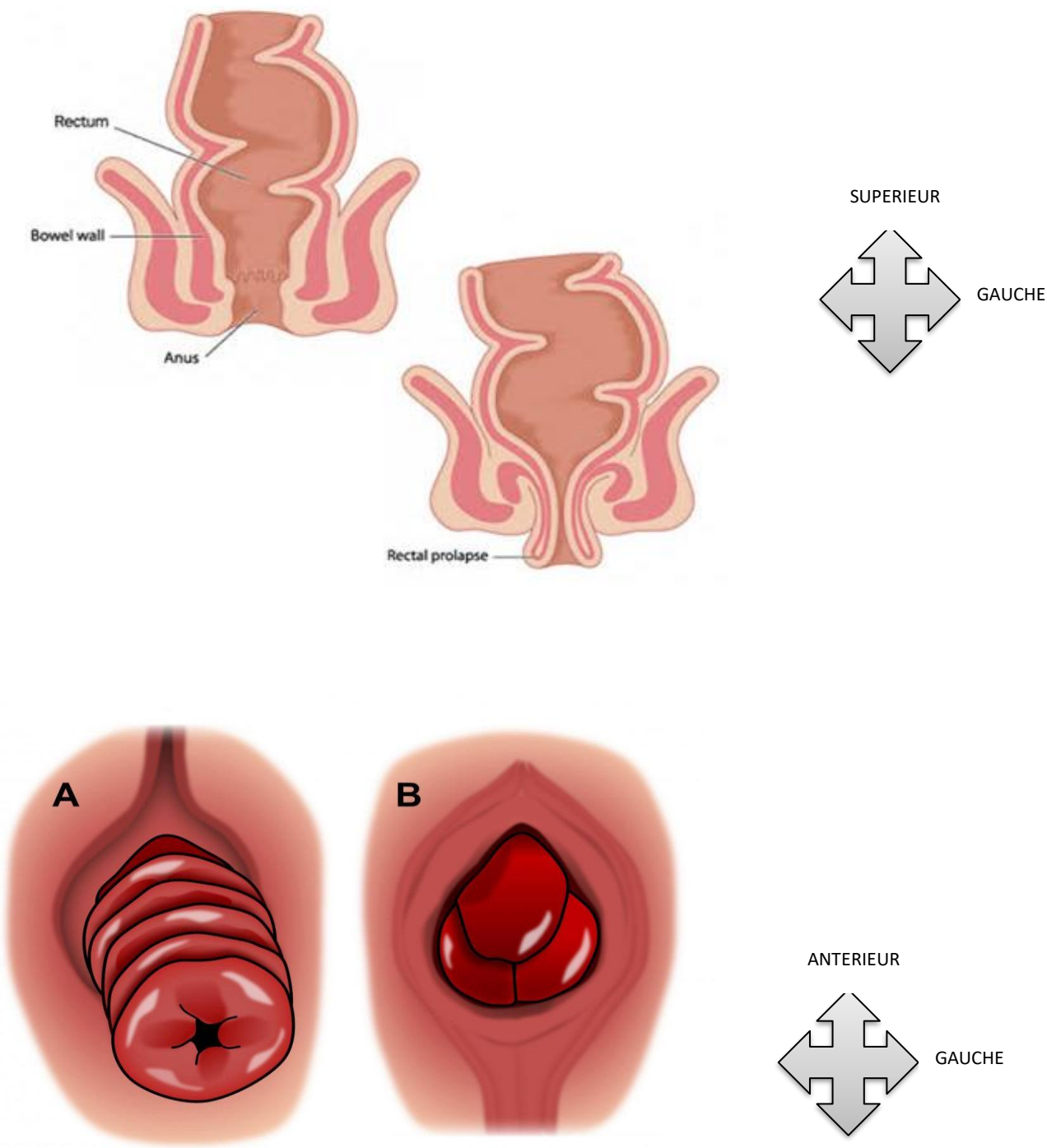
13. **TITRE** : SCHEMA FISTULE RECTOVAGINALE



14. TITRE : ACHALASIE



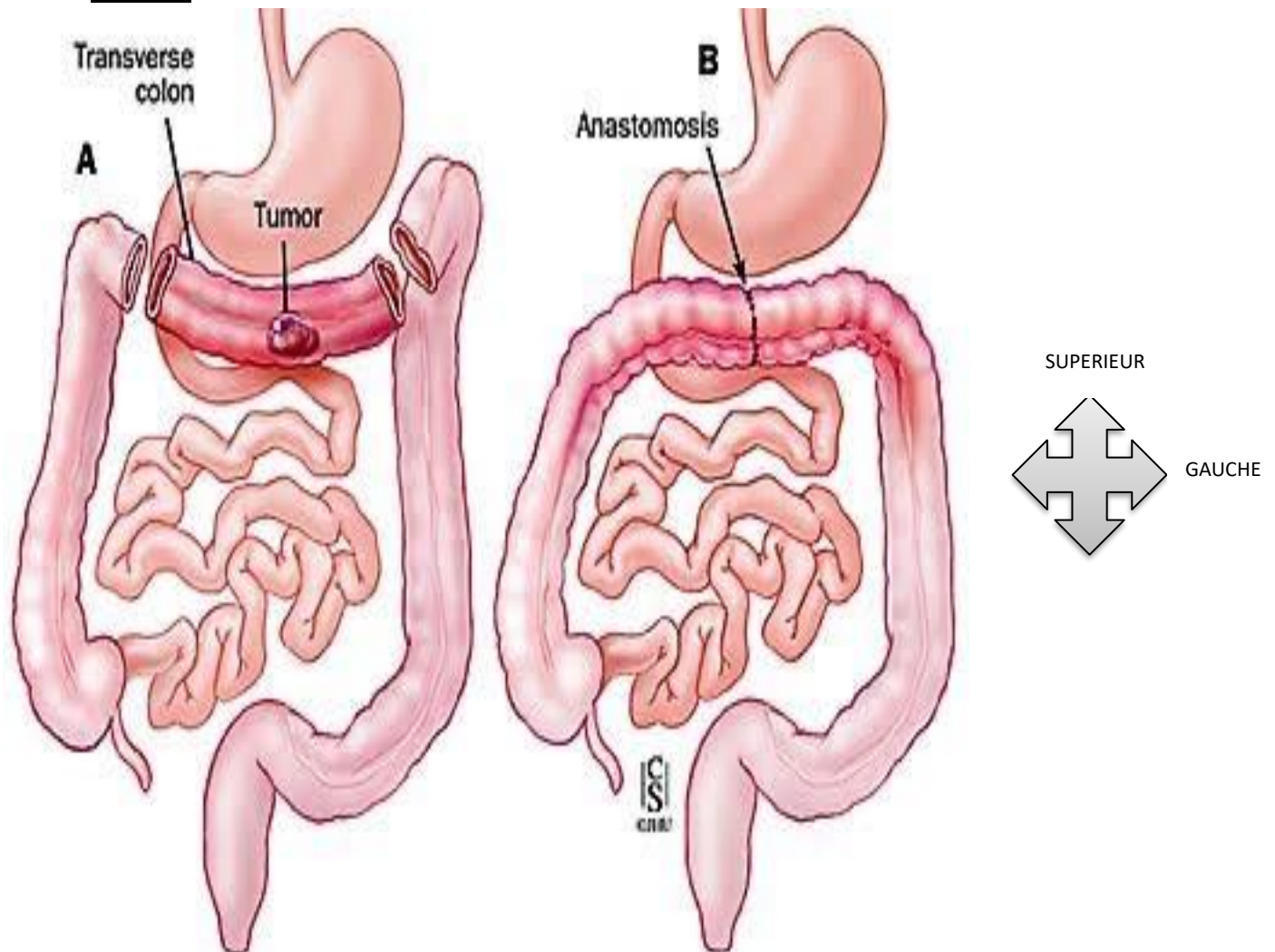
15. TITRE : SCHEMA PROLAPSUS ANAL(A)/RECTAL(B)



II/ CHIRURGIE DIGESTIVE

SECTION D : GESTES CHIRURGICAUX

1. **TITRE:** SCHEMA ANASTOMOSE



2. **TITRE** : SCHEMA COLLECTOMIES

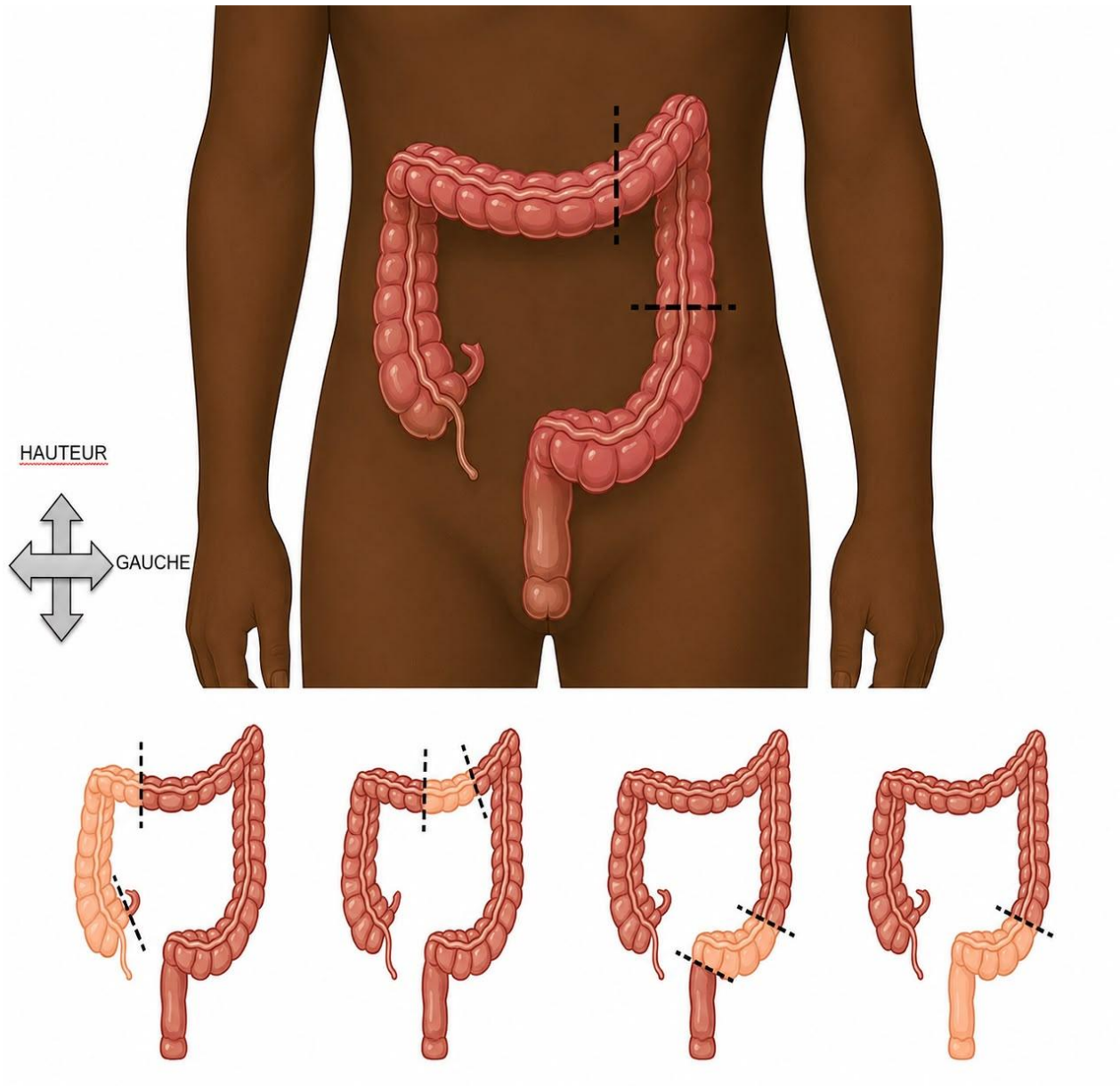
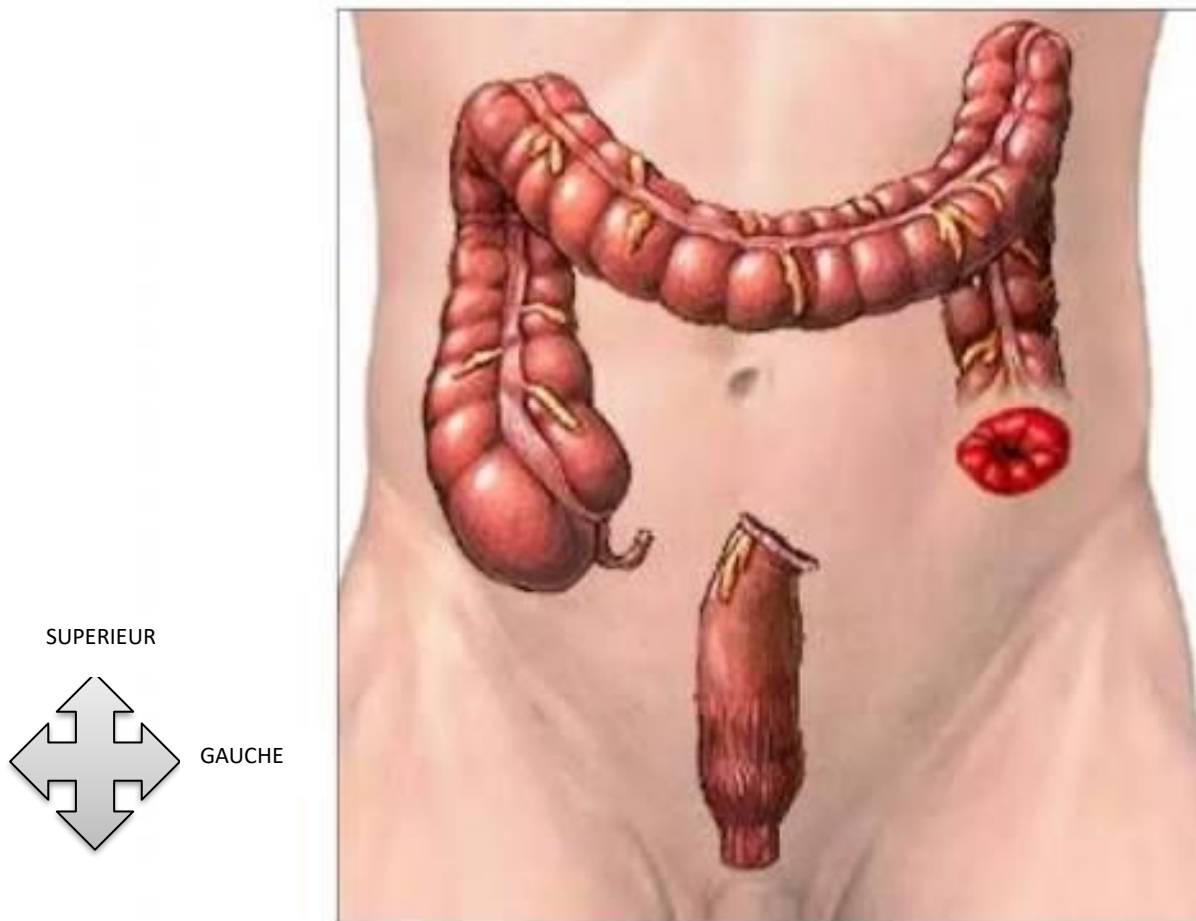


Planche 22

3. **TITRE** : SCHEMA STOMIES (COLLOSTOMIES)



4. **TITRE** : SCHEMA DERIVATION BILIODIGESTIVE

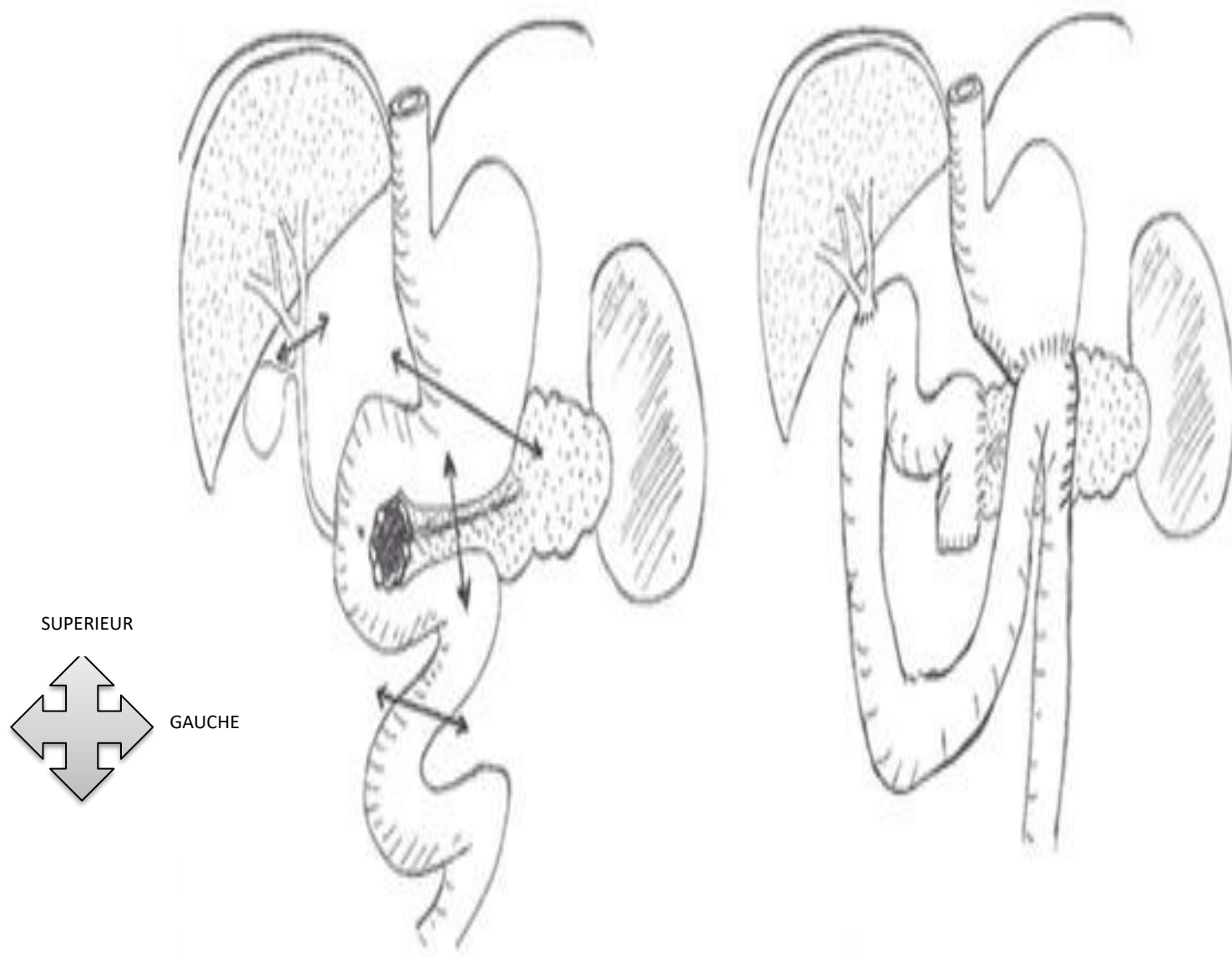


Planche 24

SECTION E : VOIES D'ABORD

1. **TITRE** : LAPAROSCOPIE

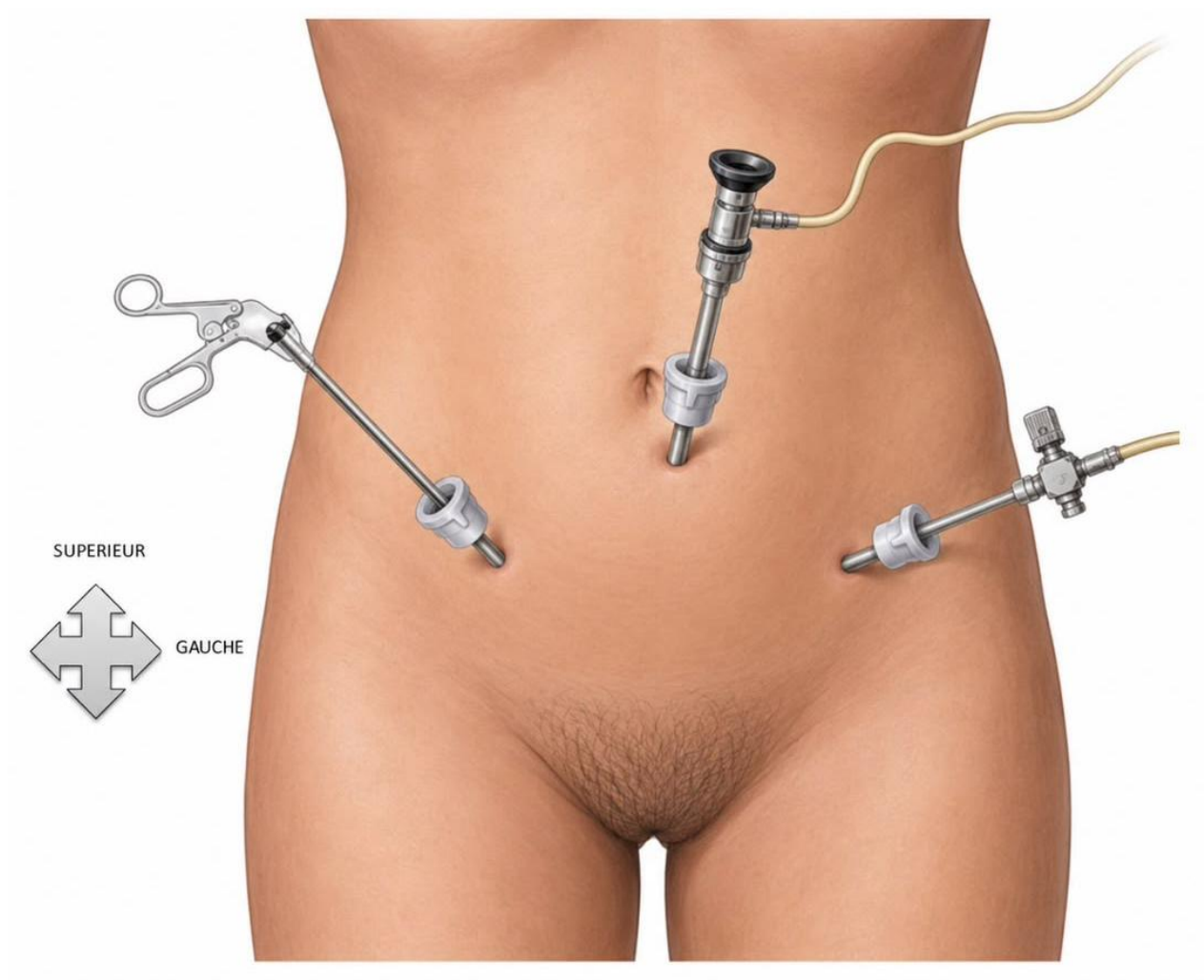


Planche 25

2. **TITRE :** LAPAROTOMIE (Incision à encercler en fonction du type d'intervention et de la voie d'abord)

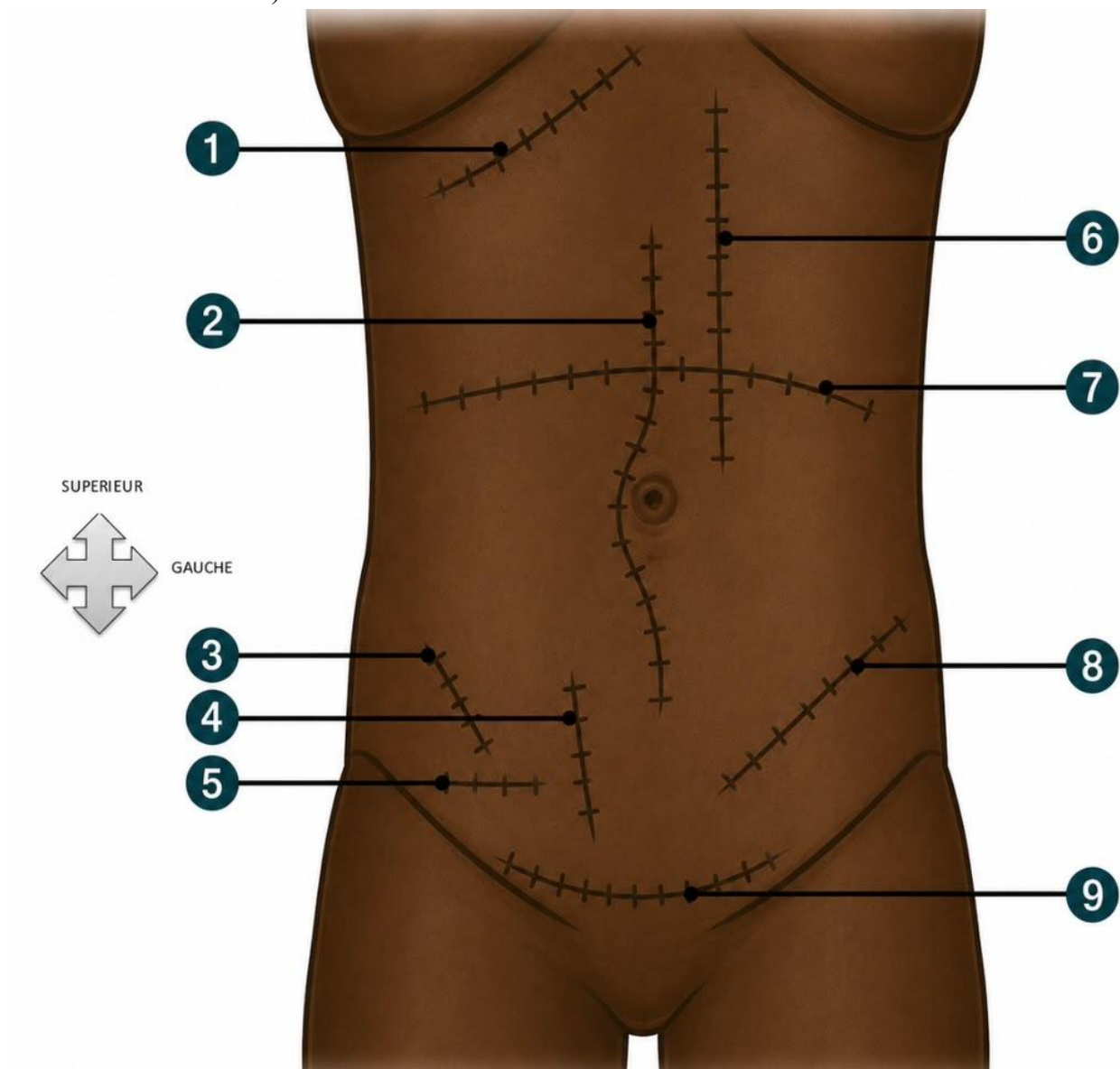
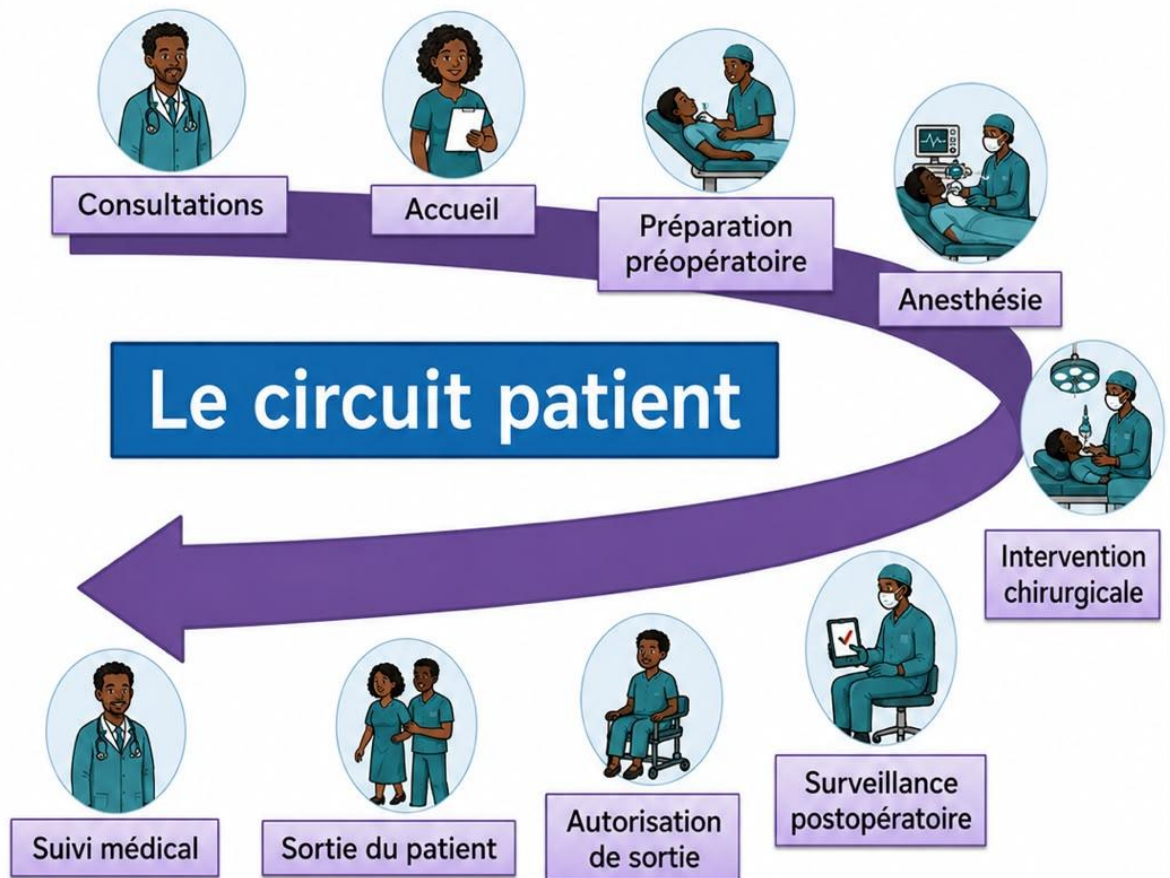


Planche 26

SECTION F : CONDITIONNEMENT DU PATIENT

1. CIRCUIT DU PATIENT



2. POSITIONNEMENT DU PATIENT



A. Supine



B. Sims' (posterior view)



C. Prone



D. Knee-chest



E. Dorsal recumbent



G. Standing



F. Lithotomy



H. Squatting



I. Sitting

3. MONITORING

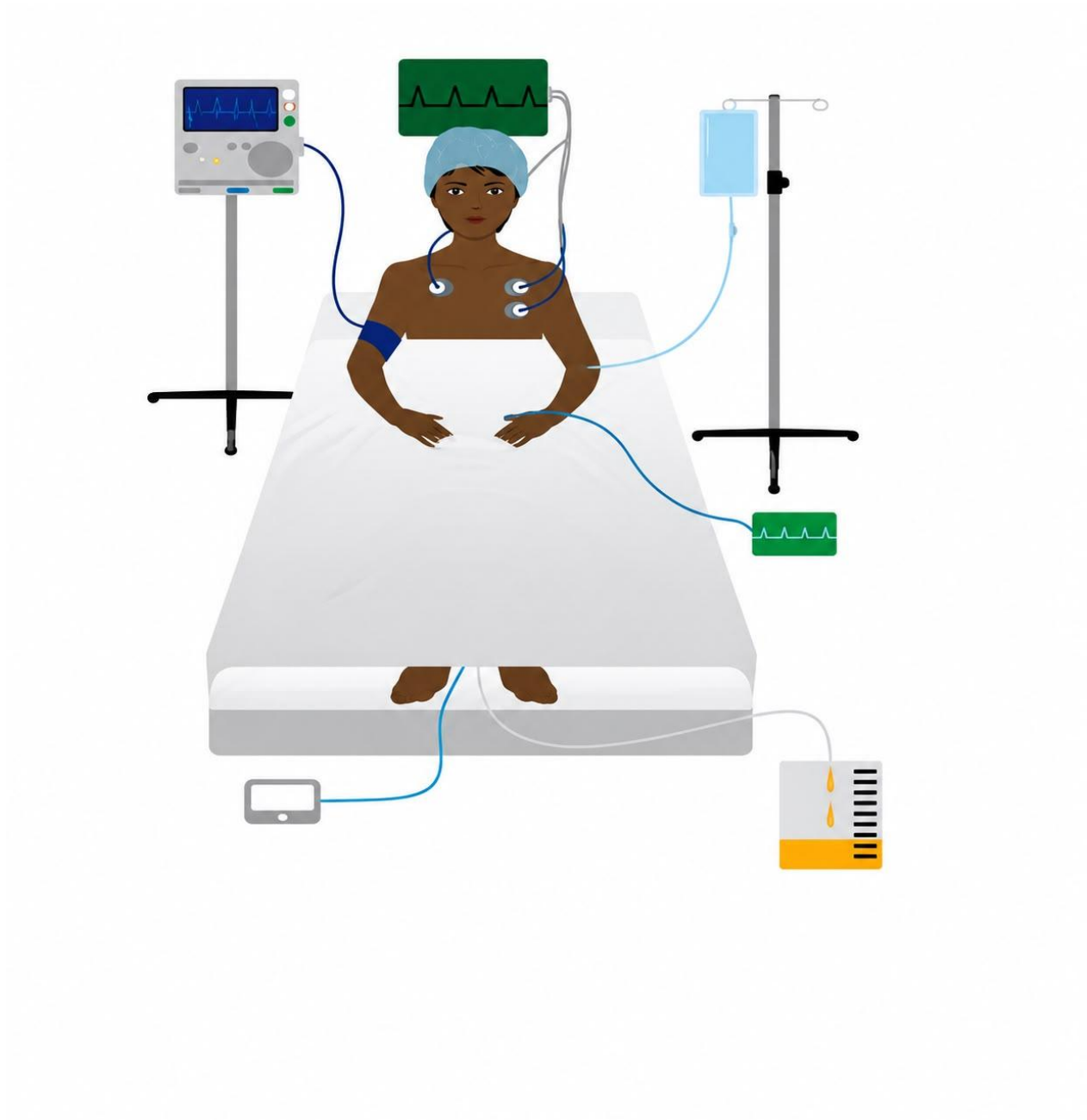


Planche 29

SECTION G : TYPE D'ANESTHESIE

1. **TITRE** : ANESTHESIE LOCALE

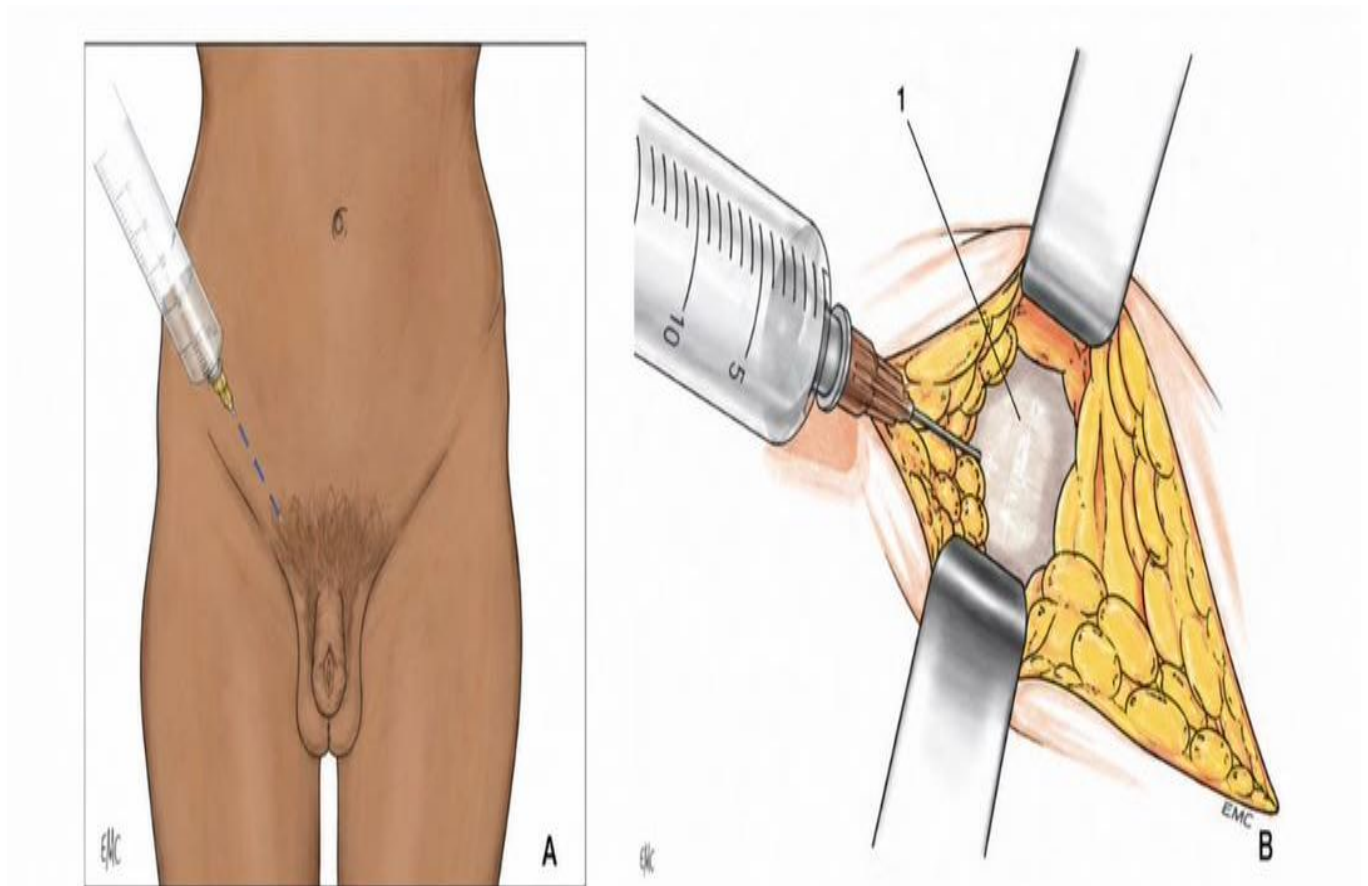
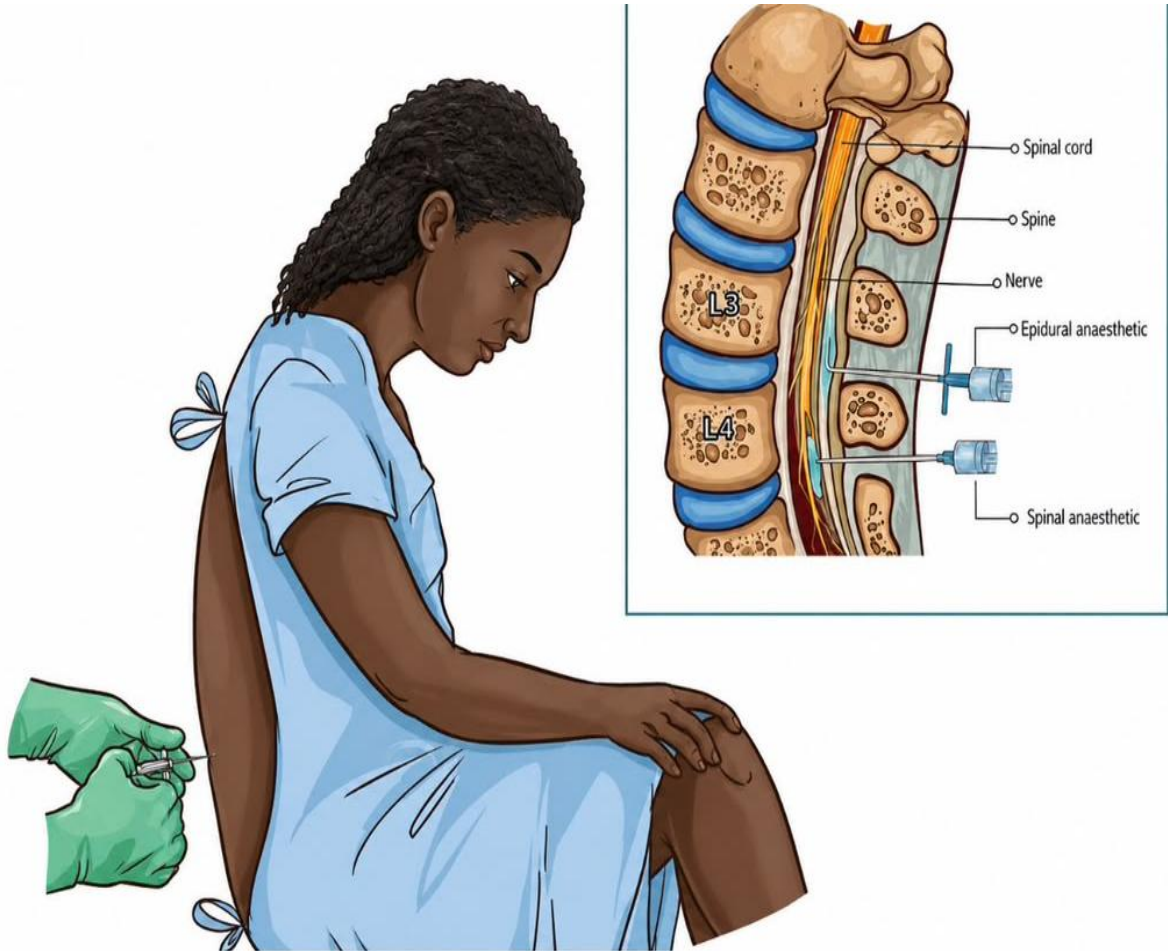


Planche 30

2. **TITRE** : RACHIANESTHESIE



3. **TITRE** : ANESTHESIE GENERALE



Planche 32

SECTION H : ALTERNATIVES

1. **TITRE :** ALTERNATIVES TH2RAPEUTIQUES

Le choix du traitement dépend de votre maladie, de sa sévérité, de votre état de santé et de vos préférences.
Plusieurs options non chirurgicales peuvent être proposées, seules ou en complément.

1. TRAITEMENT MÉDICAL

Médicaments adaptés à la pathologie pour :

- ✓ Réduire l'inflammation
- ✓ Soulager la douleur
- ✓ Contrôler l'acidité
- ✓ Traiter une infection (antibiotiques)
- ✓ Réguler le transit
- ✓ Etc.



2. ENDOSCOPIE THÉRAPEUTIQUE

Techniques réalisées par endoscopie, sans incision :

- ✓ Ablation de polypes
- ✓ Dilatation de rétrécissements
- ✓ Traitement des saignements
- ✓ Pose de prothèses (stents)
- ✓ Etc.



3. MODIFICATIONS DU MODE DE VIE

- ✓ Alimentation adaptée (régimes spécifiques, fractionnement des repas...)
- ✓ Perte de poids si besoin
- ✓ Activité physique régulière
- ✓ Sevrage tabagique et limitation de l'alcool
- ✓ Gestion du stress



4. SURVEILLANCE ACTIVE

Pour certaines maladies peu évolutives :

- ✓ Suivi régulier (consultations, examens, imagerie)
- ✓ Contrôle des symptômes
- ✓ Intervention uniquement si aggravation ou complications



5. TRAITEMENTS NON MÉDICAMENTEUX

- ✓ Kinésithérapie (rééducation périnéale dans certaines pathologies)
- ✓ Thérapies comportementales et relaxation
- ✓ Acupuncture, hypnose (en complément)
- ✓ Etc.



6. INTERVENTIONS RADIOLOGIQUES

Actes mini-invasifs réalisés sous guidage radiologique, sans ouverture :

- ✓ Drainage d'abcès
- ✓ Embolisation
- ✓ Injections thérapeutiques
- ✓ Etc.



7. APPROCHES COMPLÉMENTAIRES

- ✓ Probiotiques
- ✓ Compléments nutritionnels
- ✓ Phytothérapie (certaines plantes)
- ✓ Ostéopathie
- ✓ Etc.



Des alternatives existent pour soulager les symptômes, contrôler la maladie et améliorer la qualité de vie.

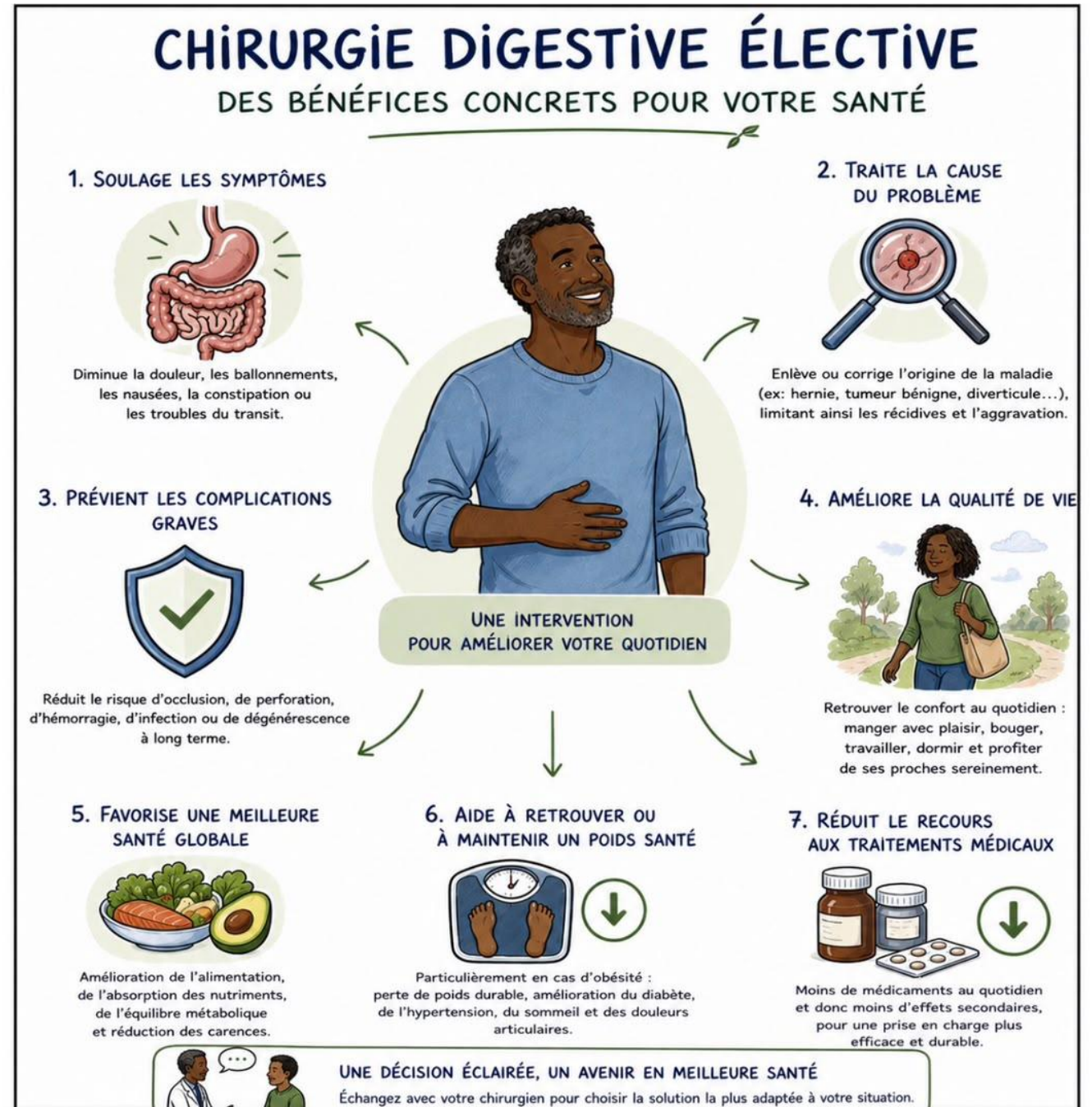


Ces alternatives peuvent être efficaces seules ou en préparation d'une éventuelle chirurgie.
Elles doivent toujours être discutées avec votre médecin.



III/DEVENIR

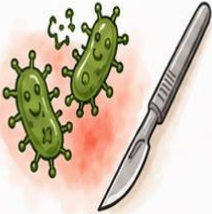
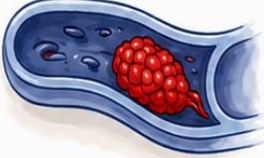
SECTION I : DEVENIR DU PATIENT

1. TITRE : BÉNÉFICES ATTENDUS

2. TITRE : RISQUES DE L'INTERVENTION



3. **TITRE** : COMPLICATIONS POSTOPERATOIRE

1 INFECTION  Infection de la plaie opératoire ou à l'intérieur de l'abdomen.	2 HÉMORRAGIE  Saignement pendant ou après l'intervention, parfois nécessitant une transfusion ou une réintervention.	3 FISTULE OU FUITE  Fuite au niveau des sutures entre deux segments digestifs ou d'un organe.	4 OCCLUSION INTESTINALE  Ralentissement ou arrêt du transit intestinal pouvant nécessiter un traitement.
5 THROMBOSE VEINEUSE  Formation d'un caillot dans une veine (jambe, bassin, poumon – embolie pulmonaire), malgré la prévention.	6 ATTEINTE D'UN ORGANE VOISIN  Lésion d'un organe ou d'un vaisseau voisin pouvant nécessiter une réparation.	7 COMPLICATIONS RESPIRATOIRES  Pneumonie, atélectasie ou autre problème respiratoire, surtout chez les personnes fragiles.	8 RISQUES LIÉS À L'ANESTHÉSIE  Réactions à l'anesthésie : nausées, allergies, troubles cardiaques ou respiratoires rares.

Ces complications restent rares.

Leur fréquence dépend de votre état de santé, du type d'intervention et d'autres facteurs. N'hésitez pas à poser vos questions à l'équipe soignante.

CRÉDITS ICONOGRAPHIQUES

L'ensemble des illustrations de la fiche d'informations illustrée est issu de Servier Medical Art (<https://smart.servier.com>), banque d'illustrations médicales mise à disposition sous licence Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0 — <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>). Les planches ont été adaptées pour les besoins de l'étude (traduction et simplification des légendes en français). Les planches signalées « figure originale » ont été composées à partir d'éléments de cette même banque.

Section A : Anatomie

Planche 1. Tube digestif. Adapté de Servier Medical Art, CC BY 4.0.

Planche 2. Annexes pancréaticobiliaires. Adapté de Servier Medical Art, CC BY 4.0.

Planche 3. Paroi abdominale. Adapté de Servier Medical Art, CC BY 4.0.

Planche 4. Paroi périnéale. Figure originale composée à partir d'éléments de Servier Medical Art, CC BY 4.0.

Section B : Signes fonctionnels

Planche 5. : Signes fonctionnels digestifs. Adapté de Servier Medical Art, CC BY 4.0.

Section C : Pathologies

Planche 6. Hernie inguinale. Adapté de Servier Medical Art, CC BY 4.0.

Planche 7. Appendicite. Adapté de Servier Medical Art, CC BY 4.0.

Planche 8. Maladie hémorroïdaire. Adapté de Servier Medical Art, CC BY 4.0.

Planche 9. Fissure anale. Figure originale composée à partir d'éléments de Servier Medical Art, CC BY 4.0.

Planche 10. Fistule anale. Figure originale composée à partir d'éléments de Servier Medical Art, CC BY 4.0.

Planche 11. Occlusion intestinale. Adapté de Servier Medical Art, CC BY 4.0.

Planche 12. Péritonite. Adapté de Servier Medical Art, CC BY 4.0.

Planche 13. Lithiase biliaire. Adapté de Servier Medical Art, CC BY 4.0.

Planche 14. Masse du canal hépatobiliaire. Figure originale composée à partir d'éléments de Servier Medical Art, CC BY 4.0.

Planche 15. Événtration. Adapté de Servier Medical Art, CC BY 4.0.

Planche 16. Hernie hiatale. Adapté de Servier Medical Art, CC BY 4.0.

Planche 17. Fistule entérocutanée. Figure originale composée à partir d'éléments de Servier Medical Art, CC BY 4.0.

Planche 18. Fistule rectovaginale. Figure originale composée à partir d'éléments de Servier Medical Art, CC BY 4.0.

Planche 19. Achalasie. Adapté de Servier Medical Art, CC BY 4.0.

Planche 20. Prolapsus anal / rectal. Figure originale composée à partir d'éléments de Servier Medical Art, CC BY 4.0.

Section D : Gestes chirurgicaux

Planche 21. Anastomose digestive. Adapté de Servier Medical Art, CC BY 4.0.

Planche 22. Colectomies. Adapté de Servier Medical Art, CC BY 4.0.

Planche 23. Stomies (colostomies). Adapté de Servier Medical Art, CC BY 4.0.

Planche 24. Dérivation biliodigestive. Figure originale composée à partir d'éléments de Servier Medical Art, CC BY 4.0.

Section E : Voies d'abord

Planche 25. Laparoscopie. Adapté de Servier Medical Art, CC BY 4.0.

Planche 26. Laparotomie (incisions). Figure originale composée à partir d'éléments de Servier Medical Art, CC BY 4.0.

Section F : Conditionnement du patient

Planche 27. Circuit du patient. Figure originale composée à partir d'éléments de Servier Medical Art, CC BY 4.0.

Planche 28. Positionnement du patient. Adapté de Servier Medical Art, CC BY 4.0.

Planche 29. Monitoring. Adapté de Servier Medical Art, CC BY 4.0.

Section G : Type d'anesthésie

Planche 30. Anesthésie locale. Adapté de Servier Medical Art, CC BY 4.0.

Planche 31. Rachianesthésie. Adapté de Servier Medical Art, CC BY 4.0.

Planche 32. Anesthésie générale. Adapté de Servier Medical Art, CC BY 4.0.

Section H : Alternatives

Planche 33 : Alternatives thérapeutiques Adapté de Servier Medical Art, CC BY 4.0.

Section I : Devenir du patient

Planche 34. Bénéfices attendus. Figure originale composée à partir d'éléments de Servier Medical Art, CC BY 4.0 ; contenu médical validé par [Dr Bwelle].

Planche 35. Risques. Figure originale composée à partir d'éléments de Servier Medical Art, CC BY 4.0 ; contenu médical validé par [Dr Bwelle].

Planche 33. Complications postopératoires. Figure originale composée à partir d'éléments de Servier Medical Art, CC BY 4.0 ; contenu médical validé par [Dr Bwelle].

Annexe 6 : Fiche d'enquêtes**QUESTIONNAIRE D'ÉTUDE**

Essai thérapeutique d'un dispositif illustré d'éclairage du consentement par les patients de chirurgie digestive de deux hôpitaux de Yaoundé

Identifiant du patient : _____

Hôpital : ☐ Hôpital Général ☐ Hôpital Central

Groupe : ☐ Groupe témoin ☐ Groupe expérimental

Date : _____

SECTION A : INFORMATIONS SOCIODÉMOGRAPHIQUES

1. Âge (en années): _____
2. Sexe : ☐ Homme ☐ Femme
3. Situation matrimoniale : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Divorcé(e)
4. Niveau d'instruction : ☐ Aucun ☐ Primaire ☐ Secondaire ☐ Supérieur
5. Profession: ☐ Sans emploi ☐ Informel ☐ Fonctionnaire ☐ Privé ☐ Autre : _____
6. Religion: ☐ Christianisme ☐ Islamisme ☐ Aucune ☐ Autre _____
7. Aire culturel : ☐ Côte ☐ Forêt ☐ Grass-Fields ☐ Sahel ☐ Savane
8. Langue parlée habituellement : ☐ Français ☐ Anglais ☐ Langue locale : _____
9. Lieu de résidence : ☐ Urbain ☐ Périurbain ☐ Rural
10. Avez-vous déjà été opéré(e) ? ☐ Oui ☐ Non

SECTION B : CONNAISSANCES (CAP) SUR LA CHIRURGIE**CONNAISSANCES**

11. Pouvez-vous dire, avec vos propres mots, la maladie ou le problème de santé pour lequel vous avez été opéré(e) ?

☐ 0 = Ne sait pas ☐ 1 = Réponse inexacte ☐ 2 = Réponse partiellement correcte ☐ 3 = Réponse correcte

12. Pouvez-vous dire, avec vos propres mots, quelle intervention chirurgicale a été faite chez vous ? _____ ☐ 0 = Ne sait pas ☐ 1 = Réponse inexacte ☐ 2 = Réponse partiellement correcte ☐ 3 = Réponse correcte

13. Selon vous, cette chirurgie est : ☐ Programmée (élective) ☐ Urgente ☐ Je ne sais pas

ATTITUDES (A du CAP)

(-1pas du tout d'accord-2plutot pas d'accord -3ni d'accord ni pas d'accord -4plutot d'accord - 5tout à fait d'accord)

14. Pensez-vous avoir suffisamment compris les informations concernant votre maladie et l'opération ? 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
15. Vous êtes-vous senti(e) à l'aise pour poser des questions au soignant ? 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
16. Avez-vous ressenti que votre avis comptait réellement dans la décision opératoire ? 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

PRATIQUE

17. Pouvez-vous citer au moins un bénéfice attendu de l'intervention ?
-

☐ 0 = Aucun ☐ 1 = Inexact ☐ 2 = Partiellement exact ☐ 3 = Exact

18. Pouvez-vous citer au moins un risque ou une complication possible ?
-

☐ 0 = Aucun ☐ 1 = Inexact ☐ 2 = Partiellement exact ☐ 3 = Exact

19. Avez-vous été informé(e) de solutions autres que la chirurgie ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Si oui, lesquelles ? _____

☐ 0 = Inexact ☐ 1 = Partiellement exact ☐ 2 = Exact

20. Avez-vous compris que vous pouviez accepter ou refuser l'opération sans conséquence négative sur votre prise en charge ? ☐ Oui ☐ Non

SECTION C : PERCEPTION DU PROCESSUS DE CONSENTEMENT

21. Le langage utilisé était facile à comprendre :
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
22. Les explications étaient claires :
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
23. Le temps d'explication était suffisant :
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
24. Les images ont facilité la compréhension :
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

(-1pas du tout d'accord-2plutot pas d'accord -3ni d'accord ni pas d'accord -4plutot d'accord - 5tout à fait d'accord)

SECTION D : ANXIÉTÉ PRÉOPÉRATOIRE (STAI Y-1)

Instruction : Indiquez comment vous vous sentiez juste avant l'opération.
Échelle : 1 = Pas du tout | 2 = Un peu | 3 = Beaucoup | 4 = Énormément

25. Je me sentais calme : 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
26. Je me sentais en sécurité : 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
27. Je me sentais tendu(e) : 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
28. Je me sentais à l'aise : 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
29. Je me sentais inquiet(e) : 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
30. Je me sentais détendu(e) : 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
31. Je me sentais préoccupé(e) : 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
32. Je me sentais satisfait(e) : 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
33. Je me sentais effrayé(e) : 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
34. Je me sentais confortable : 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
35. Je me sentais sûr(e) de moi : 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
36. Je me sentais nerveux(se) : 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
37. Je me sentais agité(e) : 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
38. Je me sentais confiant(e) : 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
39. Je me sentais anxieux(se) : 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
40. Je me sentais indécis(e) : 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
41. Je me sentais inquiet(e) à propos de l'avenir : 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
42. Je me sentais calme intérieurement : 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
43. Je me sentais troublé(e) : 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
44. Je me sentais bien : 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

SECTION E : DEVENIR POSTOPÉRATOIRE

(À administrer à J+..., en partie par entretien patient et en partie à partir du dossier médical)

45. Avez-vous respecté les consignes données avant l'opération ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Partiellement
46. Avez-vous respecté les consignes données après l'opération ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Partiellement
47. Avez-vous pris les médicaments prescrits comme indiqué par le médecin ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Partiellement
48. Si non ou partiellement, pourquoi ? ☐ Oubli ☐ Manque de compréhension ☐ Effets secondaires ☐ Problème financier ☐ Autre : _____
49. Avez-vous présenté une complication postopératoire ? ☐ Non ☐ Infection ☐ Hémorragie ☐ Occlusion ☐ Fistule ☐ Douleur prolongée ☐ Autre : _____
50. Durée d'hospitalisation (en jours) : jours
51. Avez-vous été réhospitalisé(e) après votre sortie ou a-t-on prolongé la durée d'hospitalisation prévue ? ☐ Oui ☐ Non
52. Comment évaluez-vous votre récupération après l'opération ? ☐ Mauvaise ☐ Moyennement Bonne ☐ Très bonne
53. Avez-vous pu reprendre vos activités habituelles ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Partiellement
54. Avez-vous ressenti une anxiété importante après l'opération ? ☐ Oui ☐ Non
55. Cette anxiété était liée principalement à : ☐ La douleur ☐ La peur des complications ☐ Le manque d'information ☐ Autre : _____

SECTION F: SATISFACTION GLOBALE

56. Êtes-vous satisfait(e) de la prise en charge chirurgicale globale ? ☐ Très insatisfait ☐ Insatisfait ☐ Neutre ☐ Satisfait ☐ Très satisfait
57. L'information reçue vous a aidé à mieux vivre l'intervention ?
☐ Oui ☐ Non
58. Pensez-vous que les informations reçues avant l'opération vous ont aidé à mieux vivre la période postopératoire ? ☐ Oui ☐ Non
59. Recommanderiez-vous cette prise en charge à un proche ? ☐ Oui ☐ Non

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION !!!