

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

THESE

**Evaluation de la satisfaction des patients
du 3^{ème} âge vis-à-vis de la consultation de
médecine générale à Yaoundé**

Rédigée en vue de l'obtention du grade de docteur en médecine générale par :

Ishaaga MOUSSA

Mat N°12M127

Directeur

Pr ESSI Marie-José
Anthropologie médicale
Professeur

Co-directeurs

Dr MOSSUS Tatiana
Santé publique - Promotion de la santé
Assistant

Dr EBODE Marie-Josiane
Médecine interne – Gériatrie
Hôpital Central de Yaoundé

Année académique 2019/2020

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

THESE

**Evaluation de la satisfaction des patients
du 3^{ème} âge vis-à-vis de la consultation de
médecine générale à Yaoundé**

Rédigée en vue de l'obtention du grade de docteur en médecine générale par :

Ishaaga MOUSSA

Mat N°12M127

Jury

Président :

Membres

Direction

Pr ESSI Marie-José

Anthropologie médicale

Professeur

Dr MOSSUS Tatiana

Santé publique - Promotion de la santé

Assistant

Dr EBODE Marie-Josiane

Médecine interne – Gériatrie

Hôpital Central de Yaoundé

Année académique 2019/2020

SOMMAIRE

Préliminaires.....	III
REMERCIEMENTS	V
LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF ET ENSEIGNANT.....	VII
SERMENT D’HIPPOCRATE	XVIII
LISTE DES TABLEAUX.....	XIX
LISTE DES FIGURES.....	XX
ABREVIATIONS ET SIGLES	XXI
RESUME.....	XXII
ABSTRACT	XXIV
Problématique.....	4
REVUE DE LA LITTERATURE.....	9
METHODOLOGIE.....	21
CHAPITRE IV:.....	26
RESULTATS	26
Chapitre V :	41
DISCUSSION	41
REFERENCES.....	51
ANNEXES	56

Préliminaires

DEDICACE

À vous très chers parents :

MOUSSA BOUHARI

et

AISSATOU NOURA BALLA,

*Pour votre amour, la confiance, la patience et surtout le
soutien sans faille dans les bons et mauvais moments !*

REMERCIEMENTS

À ALLAH Le Tout-Puissant, sans qui aucune œuvre humaine n'est possible, et pour Ses bienfaits immenses en tout temps à notre endroit.

- A mon Directeur, le Pr ESSI Marie-José, merci d'avoir accepté de diriger cette thèse, pour votre encadrement sans faille, votre aide inestimable, votre disponibilité constante, votre patience, ainsi que pour l'affection et le soutien moral et physique que vous m'avez apportés.
- A mes co-directeurs, le Dr EBODE Josiane et le Dr MOSSUS Tatiana, pour avoir accepté d'encadrer mon travail malgré vos multiples occupations.
- Au Pr ZE MINKANDE Jacqueline, Doyen de la faculté de médecine et des sciences biomédicales de l'Université de Yaoundé I. Au personnel enseignant et administratif, pour le souci permanent qu'ils ont d'assurer une bonne formation aux étudiants en médecine et pour tous les efforts fournis afin de faire de nous des médecins intègres et compétents.
- Aux différents directeurs des hôpitaux de District : D'Efoulan ; de Biyem-Assi et de Djoungolo pour l'accueil, l'hospitalité et les autorisations obtenues ; aux habitants de Yaoundé, pour l'intérêt que vous portez aux travaux de recherche en nous autorisant d'effectuer cette étude, d'avoir accepté de participer à l'étude et surtout avoir facilité notre collecte des données.
- A ma sœur ASMAOU MOUSSA, pour ses sacrifices, son aide physique, mental et financière et son encouragement tout au long de la rédaction de ce travail.
- A mon frère ABDEL-NASSER MOUSSA pour ses conseils, son soutien moral, matériel et financier et son encouragement tout au long de la rédaction de ce travail.
- A mon frère et sœurs, HADIDJA MOUSSA, DJEINABOU MOUSSA, MOUNIRA MOUSSA, MOHAMADOU BACHIROU, RAHIMATOU et OUMMOUL-KOULTCHOUMI MOUSSA pour la confiance, l'affection, le soutien moral, matériel et financier que vous avez toujours su m'apporter. Ce travail me permet de vous réitérer mon amour.
- À notre oncle SIBAMA et son épouse pour votre affection, vos conseils, votre hospitalité, votre soutien, votre compréhension et le réconfort à notre égard. Nous vous disons merci, qu'Allah vous récompense et vous bénisse. Vous m'avez toujours considéré comme un membre de votre famille. Je n'ai point manqué de votre affection, votre respect et votre compréhension à mon égard.

- A la famille Sali HALIDOU et son épouse merci pour vos encouragements multiformes votre hospitalité, votre soutien, votre compréhension et pour l'esprit de famille.
- A mes oncles BOUHARI, OUBA... et leurs épouses, merci pour vos soutiens, conseils et votre esprit de solidarité familiale.
- A nos oncles, tantes, cousins et cousines pour le respect, l'amour, la confiance, les encouragements et l'affection que vous nous portez.
- Aux aînés académiques, les Docteurs : ABDOUL-AZIZ AHMAD, YAYA AHIDJO, YAYA HADAM, FADIL, DISSI pour vos conseils et encouragements.
- A Ma première marraine Dr OURI BOUKAR pour son aide, son temps, ses précieux conseils et son encouragement.
- A la 44^{ème} promotion TAO, LATIFATOU, MARYAMA, ONGUENE, NOELAR et beaucoup d'autres de mes camarades de la promotion toutes filières confondues, pour votre amitié, ces moments faits de hauts et de bas que nous avons traversés ensemble. Ce périple, ce chemin rempli de stress, d'angoisse et de joie qu'est notre formation, vos encouragements ne m'ont jamais fait défaut. Recevez cette thèse en souvenir des nuits blanches passées ensemble, merci pour tout.
- A ma famille ALCATRAZ : SADJO, SOULEYMANE, TCHOUMO, PETIPA et bien d'autres avec qui j'ai partagé une année pleine de stress, de fou rire, et d'encouragement mutuel. J'espère que cet esprit d'équipe qu'on a développé sera une qualité de fer dans notre futur métier, merci pour tout.
- A mes amis (es) : HAYATOU, HAMDJA, ALBACHIR, ABBO, CHEHOU, ... trouvez ici le témoignage de ma profonde gratitude pour l'amour et soutien pendant ce travail.
- A tous ceux qui ne sont pas mentionnés dans cette liste mais qui, de près ou de loin, ont contribué à ma réussite. Je vous dis merci du fond du cœur !

LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF ET ENSEIGNANT

1. PERSONNEL ADMINISTRATIF

Doyen : Pr ZE MINKANDE Jacqueline

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

Vice-Doyen chargé de la Scolarité, des Statistiques et du Suivi des Etudiants : Pr MAH Evelyn MUNGYEH

Vice- Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération : Pr MOUAFO TAMBO Faustin

Chef de la Division des Affaires Académiques, de la Scolarité et de la Recherche : Dr NSEME ETOUCKEY Eric

Chef de la Division des Affaires Administratives et Financières : Mr MEKA Gaston

Coordonnateur Général du Cycle de Spécialisation : Pr ONGOLO ZOGO Pierre

Chef de Service Financier : M. MPACKO NGOSSO Charles Romuald

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

Chef de Service des Diplômes : Mme ASSAKO Anne DOOBA

Chef de Service de la Scolarité et des Statistiques : M. AMBASSA MBASSI Vincent Ervais

Chef de Service du Matériel et de la Maintenance : M. NNA Etienne Prosper

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

Comptable Matières : M. MOUMEMIE NJOUNDIYIMOUN MAZOU

2. COORDONNATEURS DES CYCLES ET RESPONSABLES DES FILIERES

Coordonnateur Filière Médecine Bucco-Dentaire : Pr BENGONDO MESSANGA Charles

Coordonnateur de la Filière Pharmacie : Pr NTSAMA ESSOMBA Claudine

Coordonnateur Filière Internat : Pr ONGOLO ZOGO Pierre

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Anatomie Pathologique : Pr ESSAME OYONO Jean Louis

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Anesthésie Réanimation : Pr OWONO ETOUNDI Paul

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

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

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

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

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Biologie Clinique : Pr GONSU Hortense

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Radiologie et Imagerie Médicale : Pr NKO'O AMVENE Samuel

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

Responsable Pédagogique CESSI : Pr ANKOUANE ANDOULO Firmin

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 Côme (2012-2015)

3. PERSONNEL ENSEIGNANT

N°	NOMS ET PRENOMS	GRAD	DISCIPLINE
E			
DEPARTEMENT DE CHIRURGIE ET SPECIALITES			
	SOSSO Maurice Aurélien	P	Chirurgie Générale
	ANGWAFO III Fru	P	Chirurgie Urologie
	DJIENCHEU Vincent de Paul	P	Neurochirurgie
	ESSOMBA Arthur (CD par Intérim)	P	Chirurgie Générale
	MOUAFO TAMBO Faustin	P	Chirurgie Pédiatrique
	NGO NONGA Bernadette	P	Chirurgie Générale
	NGOWE NGOWE Marcellin	P	Chirurgie Générale
	ZE MINKANDE Jacqueline	P	Anesthésie-Réanimation
	BAHEBECK Jean	MC	Chirurgie Orthopédique
	BEYIHA Gérard	MC	Anesthésie-Réanimation
	ESIENE Agnès	MC	Anesthésie-Réanimation
	EYENGA Victor Claude	MC	Chirurgie/Neurochirurgie
	FARIKOU Ibrahima	MCA	Chirurgie Orthopédique
	FOUDA Pierre	MC	Chirurgie Urologie
	HANDY EONE Daniel	MCA	Chirurgie Orthopédique
	ONDOBO ANDZE Gervais	MCA	Chirurgie Pédiatrique

OWONO ETOUNDI Paul	MCA	Anesthésie-Réanimation
PISOH Christopher	MC	Chirurgie Générale
AHANDA ASSIGA	CC	Chirurgie Générale
GUIFO Marc Leroy	CC	Chirurgie Générale
TSIAGADIGI Jean Gustave	CC	Chirurgie Orthopédique
AMENGLE Albert Ludovic	CC	Anesthésie-Réanimation
BANG GUY Aristide	CC	Chirurgie Générale
BENGONO BENGONO Roddy Stéphan	MA	Anesthésie-Réanimation
BWELE Georges	CC	Chirurgie Générale
JEMEA Bonaventure	MA	Anesthésie-Réanimation
NGO YAMBEN Marie Ange	CC	Chirurgie Orthopédique
BELLO FIGUIM	AS	Neurochirurgien
BIKONO ATANGANA Ernestine Renée	AS	Neurochirurgien
BIWOLE BIWOLE Daniel Claude Patrick	AS	Chirurgie Générale
FONKOUÉ Loïc	AS	Chirurgie Orthopédique
IROUME Cristella Raïssa BIFOUNA épouse NTYO'O NKOUMOU	AS	Anesthésie-Réanimation
KONA NGONDO François Stéphan	AS	Anesthésie-Réanimation
MBOUCHE Landry Oriole	AS	Urologie
MEKEME MEKEME Junior Barthelemy	AS	Urologie
MULUEM Olivier Kennedy	AS	Orthopédie-Traumatologie
MWAHA MAKON Axel Stéphan	AS	Urologie
NDIKONTAR KWANJI Raymond	AS	Anesthésie-Réanimation
NGOUATNA DJEUMAKOU Serge Rawlings	AS	Anesthésie-Réanimation
NYANIT BOB Dorcas	AS	Chirurgie Pédiatrique
SAVOM Eric Patrick	AS	Chirurgie Générale

DEPARTEMENT DE MEDECINE INTERNE ET SPECIALITES

NJOYA OUDOU (CD)	P	Médecine Interne/Gastro-Entérologie
AFANE ZE Emmanuel	P	Médecine Interne/Pneumologie
ASHUNTANTANG Gloria Enow	P	Médecine Interne/Néphrologie

BIWOLE SIDA Magloire	P	Médecine Interne/ Hépatogastro-Entéro.
KINGUE Samuel	P	Médecine Interne/Cardiologie
MBANYA Jean Claude	P	Médecine Interne/Endocrinologie
NDJITOYAP NDAM Elie Claude	P	Médecine Interne/ Hépatogastro-Entéro.
NDOM Paul	P	Medecine Interne/Oncologie
NJAMNSHI Alfred K.	P	Médecine Interne/Neurologie
NOUEDOUI Christophe	P	Médecine Interne/Endocrinologie
SINGWE Madeleine épouse NGANDEU	P	Médecine Interne/Rhumatologie
SOBNGWI Eugène	P	Médecine Interne/Endocrinologie
ANKOUANE ANDOULO	MCA	Médecine Interne/ Hépatogastro-Entéro.
BISSEK Anne Cécile	MC	Médecine Interne/Dermatologie
KAZE FOLEFACK François	MCA	Médecine Interne/Néphrologie
KOUOTOU Emmanuel Armand	MCA	Médecine Interne/Dermatologie
KUATE TEGUEU Calixte	MC	Médecine Interne/Neurologie
MENANGA Alain Patrick	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
YONE PEFURA	MCA	Médecine Interne/Pneumologie
FOUDA MENYE Hermine Danielle	MA	Médecine Interne/Néphrologie
HAMADOU BA	MA	Médecine Interne/Cardiologie
KAMGA OLEN Jean Pierre Olivier	cc	Médecine Interne/Psychiatrie
KOWO Mathurin Pierre	MA	Médecine Interne/ Hépatogastro-Entéro.
NDONGO AMOUGOU Sylvie	MA	Médecine Interne/Cardiologie
NTONE ENYIME Félicien	CC	Médecine Interne/Psychiatrie
BOOMBHI Jérôme	CC	Médecine Interne/Cardiologie
KUATE née MFEUKEU KWA Liliane Claudine	CC	Médecine Interne/Cardiologie
NGANOUE Chris Nadège	CC	Médecine Interne/Cardiologie
ZE Jean Jacques	CC	Médecine Interne/Pneumologie
ANABA MELINGUI Victor Yves	AS	Médecine Interne/Rhumatologie

ATENGUENA OBALEMBA Etienne	AS	Médecine Interne/Cancérologie Médicale
DEHAYEM YEFOU Mesmin	AS	Médecine Interne/Endocrinologie
ESSON MAPOKO Berthe Sabine épouse PAAMBOG	AS	Médecine Interne/Oncologie Médicale
FOJO TALONGONG Baudelaire Léonard NGARKA	AS	Médecine Interne/Rhumatologie
MAÏMOUNA MAHAMAT	AS	Médecine Interne/Neurologie
MASSONGO MASSONGO	AS	Néphrologie
MBONDA CHIMI Paul-Cédric	AS	Médecine Interne/Pneumologie
MENDANE MEKOBE Francine épouse EKOBEA	AS	Médecine Interne/Neurologie
MINTOM MEDJO Pierre Didier	AS	Médecine Interne/Endocrinologie
NDJITTOYAP NDAM Antonin Wilson	AS	Médecine Interne/Cardiologie
NDOBO épouse KOE Juliette Valérie Danielle	AS	Médecine Interne/Gastroentérologie
NGAH KOMO Elisabeth	AS	Médecine Interne/Cardiologie
NKORO OMBEDE Grâce Anita	AS	Médecine Interne/Pneumologie
NTSAMA ESSOMBA Marie Josiane épouse EBODE	AS	Médecine Interne/Dermatologue
OLEMBE MAGA Hélène Josiane	AS	Médecine Interne/Gériatrie
OWONO NGABEDE Amalia Ariane	AS	Psychiatrie
	AS	Médecine Interne/Cardiologie Interventionnelle

DEPARTEMENT D'IMAGERIE MEDICALE ET RADIOLOGIE

ZEH Odile Fernande (CD)	P	Radiologie/Imagerie Médicale
GONSU Joseph	P	Radiologie/Imagerie Médicale
MOUELLE SONE	P	Radiothérapie
NKO'O AMVENE Samuel	P	Radiologie/Imagerie Médicale
GUEGANG GOUJOU. E.	P	Imagerie Médicale/Neuroradiologie
MOIFO Boniface	P	Radiologie/Imagerie Médicale
ONGOLO ZOGO Pierre	MCA	Radiologie/Imagerie Médicale
MBEDE Maggy	AS	Radiologie/Imagerie Médicale
MEKA'H MAPENYA Ruth-Rosine	AS	Radiothérapie

DEPARTEMENT DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

KASIA Jean Marie	(CD)	P	Gynécologie Obstétrique
BELLEY PRISO Eugène		P	Gynécologie Obstétrique
MBOUDOU Émile		P	Gynécologie Obstétrique
MBU ENOW Robinson		P	Gynécologie Obstétrique
FOUMANE Pascal		P	Gynécologie Obstétrique
DOHBIT Julius SAMA		MC	Gynécologie Obstétrique
KEMFANG NGOWA J.D.		MCA	Gynécologie Obstétrique
NKWABONG Elie		MC	Gynécologie Obstétrique
TEBEU Pierre Marie		MCA	Gynécologie Obstétrique
BELINGA Etienne		MA	Gynécologie Obstétrique
FOUEDJIO Jeanne H.		MA	Gynécologie Obstétrique
ESSIBEN Félix		MA	Gynécologie Obstétrique
MVE KOH Valère Salomon		MC	Gynécologie Obstétrique
NGO UM Esther Juliette épouse MEKA		MA	Gynécologie Obstétrique
NOA NDOUA Claude Cyrille		MA	Gynécologie Obstétrique
EBONG Cliford EBONTANE		AS	Gynécologie Obstétrique
MBOUA BATOUM Véronique Sophie		AS	Gynécologie Obstétrique
MENDOUA Michèle Florence épouse		AS	Gynécologie Obstétrique
NKODO			
METOGO NTSAMA Junie Annick		AS	Gynécologie Obstétrique
NSAHLAI Christiane JIVIR FOMU		AS	Gynécologie Obstétrique
NYADA Serge Robert		AS	Gynécologie Obstétrique

DEPARTEMENT D'OPHTALMOLOGIE, D'ORL ET DE STOMATOLOGIE

Pr DJOMOU François (CD)		MC	ORL
BELLA Assumpta Lucienne		P	Ophtalmologie
EBANA MVOGO Côme			Ophtalmologie
NDJOLO Alexis		P	ORL
NJOCK Richard		P	ORL
OMGBWA EBALE André		P	Ophtalmologie
EBANA MVOGO Côme		P	Ophtalmologie
ELLONG Augustin		MC	Ophtalmologie
ÉPÉE Émilienne		MC	Ophtalmologie

KAGMENI Gilles	MCA	Ophtalmologie
BILLONG Yannick	MA	Ophtalmologie
DOHVOMA Andin Viola	MA	Ophtalmologie
EBANA MVOGO Stève Robert	MA	Ophtalmologie
KOKI Godefroy	MA	Ophtalmologie
NGABA Olive	CC	ORL
ANDJOCK NKOOUO Yves Christian	AS	ORL
ASMAOU BOUBA Dalil	AS	ORL
BOLA SIAFA Antoine	AS	ORL
ATANGA Léonel Christophe	AS	ORL-CCF
AKONO ZOUA épouse ETEME Marie Evodie	AS	Ophtalmologie
MENGONG épouse MONEBOULOU Hortense Perpétue	AS	Odontologie Pédiatrique
MEVA'A BIOUELE Roger Christian	AS	ORL-CCF
MOSSUS Yannick	AS	ORL-CCF
MVILONGO TSIMI épouse BENGONO Caroline	AS	Ophtalmologie
NANFACK NGOUNE Chantal	AS	Ophtalmologie
NGO NYEKI Adèle-Rose épouse	AS	ORL-CCF
MOUAHA-BELL		
NOMO Arlette Francine	AS	Ophtalmologie

DEPARTEMENT DE PEDIATRIE

MONEBENIMP Francisca (CD)	P	Pédiatrie
KOKI NDOMBO Paul	P	Pédiatre
ABENA OBAMA Marie Thérèse	P	Pédiatrie
CHIABI Andreas	P	Pédiatrie
CHELO David	MCA	Pédiatrie
MBASSI AWA	MC	Pédiatrie
MAH Evelyn	MC	Pédiatrie
NGUEFACK épouse DONGMO Félicitée	MCA	Pédiatrie
NGUEFACK Séraphin	MCA	Pédiatrie

KALLA Ginette Claude épouse MBOPI KEOU	MA	Pédiatrie
NGO UM KINJEL Suzanne épouse SAP	MA	Pédiatrie
NOUBI N. épouse KAMGAING M.	CC	Pédiatrie
ONGOTSOYI Angèle H.	MC	Pédiatrie
EPEE épouse NGOUE Jeannette	AS	Pédiatrie
KAGO TAGUE Daniel Armand	AS	Pédiatrie
MEGUIEZE Claude-Audrey	AS	Pédiatrie
MEKONE NKWELE Isabelle	AS	Pédiatre
TONY NENGOM Jocelyn	AS	Pédiatrie

**DEPARTEMENT DE MICROBIOLOGIE, PARASITOLOGIE, HEMATOLOGIE ET
MALADIES INFECTIEUSES**

MBOPI KEOU François-Xavier(CD)	P	Bactériologie/ Virologie
ADIOGO Dieudonné	P	Microbiologie/Virologie
LUMA Henry	P	Bactériologie/ Virologie
MBANYA Dora	P	Hématologie
NKOA Thérèse	MC	Microbiologie /Hématologie
OKOMO ASSOUMOU Marie C.	MC	Bactériologie/ Virologie
GONSU née KAMGA Hortense	P	Bactériologie
TAYOU TAGNY Claude	MC	Microbiologie/Hématologie
TOUKAM Michel	MC	Microbiologie
CHETCHA CHEMEGNI Bernard	MA	Microbiologie/Hématologie
KINGE Thomson Njie	CC	Maladies Infectieuses
LYONGA Emilia ENJEMA	CC	Microbiologie Médicale
NDOUMBA NKENGUE Annick épouse MINTYA	CC	Hématologie
BEYELA Frédérique	AS	Maladies Infectieuses
VOUNDI VOUNDI Esther	CC	Virologie
ESSOMBA René Ghislain	AS	Immunologie et Maladies Infectieuses
NGANDO Laure épouse MOUDOUTE	AS	Parasitologie

DEPARTEMENT DE SANTE PUBLIQUE

KAMGNO Joseph (CD)	P	Santé Publique /Epidémiologie
--------------------	---	-------------------------------

TAKOUGANG Innocent	MC	Santé Publique
TANYA née NGUTI K. A.	MC	Nutrition
ESSI Marie Josée	P	Santé Publique/Anthropologie Médicale
NGUEFACK TSAGUE	MC	Santé Publique /Biostatistique
BILLONG Serges Clotaire	CC	Santé Publique
BEDIANG Georges Wylfred	CC	Informatique Médicale/Santé Publique
KEMBE ASSAH Félix	CC	Epidémiologie
KWEDI JIPPE Anne Sylvie	CC	Epidémiologie
NJOUMEMI ZAKARIAOU	CC	Santé Publique/Economie de la Santé
ABBA-KABIR HAAMIT-M	AS	Pharmacien
EYEBE EYEBE Serge Bertrand	AS	Santé Publique/Epidémiologie
MBA MAADJHOU Berjauline Camille	AS	Santé Publique/Epidémiologie Nutritionnelle
MOSSUS Tatiana née ETOUNOU AKONO	AS	Expert en Promotion de la Santé
NGUIPDOP DJOMO Patrick	AS	Santé Publique/Epidémiologie

**DEPARTEMENT DES SCIENCES MORPHOLOGIQUES-ANATOMIE
PATHOLOGIQUE**

SANDO Zacharie(CD)	P	Anatomie Pathologie
ESSAME OYONO	P	Anatomie Pathologie
FEWOU Amadou	P	Anatomie Pathologie
MENDIMI NKODO Joseph	MC	Anatomie Pathologie
AKABA Désiré	CC	Anatomie Humaine
BISSOU MAHOP	CC	Médecine de Sport
KABEYENE OKONO Angèle	CC	Histologie/Embryologie
NSEME Eric	CC	Médecine légale
NGONGANG Gilbert Frank Olivier	AS	Médecine Légale-Expertise

DEPARTEMENT DE BIOCHIMIE

NDONGO EMBOLA épouse TORIMIRO Judith(CD)	MC	Physiologie/Biologie Moléculaire
MBACHAM Wilfried	P	Biochimie

AMA MOOR Vicky Joceline	MCA	Biologie Clinique/Biochimie
PIEME Constant Anatole	MC	Biochimie
BONGHAM BERINYUI	AS	Biochimie
GUEWO FOKENG Magellan	AS	Biochimie
MBONO SAMBA ELOUMBA Esther Astrid	AS	Biochimie

DEPARTEMENT DE PHYSIOLOGIE

ETOUNDI NGOA Laurent Serges(CD)	P	Physiologie
ASSOMO NDEMBA Peguy Brice	CC	Physiologie
AZABJI KENFACK Marcel	CC	Physiologie
DZUDIE TAMDJIA Anastase	CC	Physiologie
EBELLA DALLE Ernest Remy Hervé	AS	Physiologie humaine

DEPARTEMENT DE PHARMACOLOGIE ET DE MEDECINE TRADITIONNELLE

NGONO MBALLA Rose ABONDO (CD)	CC	Pharmaco-thérapeutique africaine
NGADJUI CHALEU Bonaventure	P	Pharmacie/Phytochimie
NDIKUM Valentine	CC	Pharmacologie
ONDOUA NGUELE Marc Olivier	AS	Pharmacologie

DEPARTEMENT DE CHIRURGIE BUCCALE, MAXILLO-FACIALE ET PARODONTOLOGIE

BENGONDO MESSANGA Charles(CD)	P	Stomatologie
MINDJA EKO David	CC	ORL/Chirurgie Maxillo-Faciale
NOKAM TAGUEMNE M.E.	CC	Médecine Dentaire
BITHA BEYIDI Thècle Rose Claire	AS	Chirurgie Maxillo Faciale
GAMGNE GUIADEM C.M	AS	Chirurgie Dentaire
EDOUMA BOHIMBO Jacques Gérard	AS	Stomatologie et Chirurgie
LOWE NANTCHOUANG Jacqueline Michèle épouse ABISSEGUE	AS	Odontologie Pédiatrique
Jules Julien NDJOH	AS	Chirurgien Dentiste
MBEDE NGA MVONDO Rose	AS	Médecine Bucco-Dentaire

DEPARTEMENT DE PHARMACOGNOSIE ET CHIMIE PHARMACEUTIQUE

NTSAMA ESSOMBA Claudine (CD)	P	Pharmacognosie/Chimie pharmaceutique
------------------------------	---	---

GUEDJE Nicole Marie	MC	Ethnopharmacologie/Biologie végétale
NGAMENI Barthélémy	MC	Phytochimie/ Chimie Organique
NGOUPAYO Joseph	MC	Phytochimie/Chimie Générale

DEPARTEMENT DE PHARMACOTOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE

NGUIDJOE Evrard Marcel(CD)	CC	Pharmacologie
FOKUNANG Charles	P	Biologie Moléculaire
MPONDO MPONDO Emmanuel	P	Pharmacie
TEMBE Estella épouse FOKUNANG	MC	Pharmacologie Clinique
TABI OMGBA	CC	Pharmacie

DEPARTEMENT DE PHARMACIE GALENIQUE ET LEGISLATION

PHARMACEUTIQUE

NNANGA NGA Emmanuel (CD)	MC	Pharmacie Galénique
MBOLE Jeanne Mauricette épouse MVONDO M.	CC	Management de la qualité, Contrôle qualité des produits de santé et des aliments
SOPPO LOBE Charlotte Vanessa	CC	Contrôle qualité médicaments
BAYAGA Hervé Narcisse	AS	Pharmacie
NYANGONO NDONGO Martin	AS	Pharmacie

P= Professeur

MCA= Maître de Conférences Agrégé

MC= Maître de Conférences

MA= Maître Assistant

CC = Chargé de Cours

AS = Assistant

SERMENT D'HIPPOCRATE

Je prends l'engagement solennel de consacrer ma vie au service de l'humanité ;

Je témoignerai à mes maîtres le respect et la reconnaissance qui leur sont dus ;

J'exercerai ma profession avec conscience et dignité ;

Je considérerai la santé de mon patient comme mon premier souci ;

Je respecterai les secrets qui me seront confiés, même après la mort du patient ;

Je maintiendrai, dans toute la mesure de mes moyens, l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale ;

Mes collègues seront mes sœurs et mes frères ;

Je ne permettrai pas que des considérations d'âge, de maladie ou d'infirmité, de croyance, d'origine ethnique, de sexe, de nationalité, d'affiliation politique, de race, d'inclinaison sexuelle, de statut social ou tout autre critère s'interposent entre mon devoir et mon patient ;

Je garderai le respect absolu de la vie humaine ;

Je n'utiliserai pas mes connaissances médicales pour enfreindre les droits de l'homme et les libertés civiques, même sous la menace ;

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Déroulement des activités	25
Tableau 2: Budgétisation	25
Tableau 3: Profil sociodémographique	28
Tableau 4: Fréquentation hospitalière	29
Tableau 5: Environnement physique	30
Tableau 6: Environnement socio-culturel et relationnel	31
Tableau 7: Délai d'attente	32
Tableau 8: Accessibilité financière	33
Tableau 9: Accessibilité socio-culturelle	34
Tableau 10: Prévention	35
Tableau 11: Promotion de la santé	36
Tableau 12: Disponibilité des personnels soignants	37
Tableau 13 : Satisfaction exprimée	38
Tableau 14: satisfaction générale estimée	39
Tableau 15: Attente des participants	40

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Schéma conceptuel.....	6
Figure 2 : Schéma du recrutement	27
Figure 3 : Disponibilité des personnels.....	37
Figure 4: Satisfaction globale perçue par les participants	38

ABREVIATIONS ET SIGLES

CMA :	Centre Médical d'Arrondissement
CSI :	Centre de Santé Intégré
FMSB :	Faculté de Médecine et de Sciences Biomédicales
HD :	Hôpital de District
HDB :	Hôpital de District de Biyem-assi
HDE :	Hôpital de District d'Efoulan
HDD :	Hôpital de District Djoungolo
IBM :	International Business Machine
INS :	Institut National de la Statistique
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
SPSS :	Statistical Package for the Social Sciences
USB :	Universal Serial Bus
PEC :	Prise En Charge
WONCA :	World Organization of National Colleges Academies

RESUME

Contexte : La satisfaction peut être définie comme l'appréciation, la mesure subjective de la qualité. Elle constitue un indicateur incontournable de la qualité d'un système de santé. Les mesures de la satisfaction apportent une information complémentaire à d'autres évaluations de l'accès aux soins. Elles permettent d'évaluer des aspects pour lesquels le patient est la meilleure (voire l'unique) source d'information ou pour lesquels son point de vue est différent de celui de ceux qui dispensent les soins. En Afrique et plus particulièrement au Cameroun peu d'études sur l'évaluation de la satisfaction des personnes âgées vis-à-vis de l'accès aux soins ont été menées.

Objectif : Evaluer la satisfaction des patients du 3^{ème} âge vis-à-vis de la consultation de médecine générale. De manière spécifique, il s'agissait de : (i) Décrire le niveau de satisfaction des patients du 3^{ème} âge vis-à-vis de l'environnement physique, socio-culturel et relationnel après une consultation de médecine générale à Yaoundé ; (ii) Evaluer le niveau de la satisfaction quant à l'accessibilité des patients du 3^{ème} âge au généraliste ; (iii) Evaluer l'appréciation de la prise en charge des patients du 3^{ème} âge.

Méthodologie : Une étude transversale descriptive a été réalisée dans trois hôpitaux (Hôpitaux de district de Biyem-assi, d'Efoulan et de Djoungolo) de la ville de Yaoundé du 18 février au 3 avril 2020, des peuples autochtones. Les données ont été recueillies au moyen d'un questionnaire qui comportait 33 questions réparties en cinq parties. L'analyse des données a été réalisée grâce au logiciel d'analyse statistique IBM-SPSS version 25.0.

Résultats : Au total 107 participants (36 participants à l'hôpital de Biyem-assi, 36 participants d'Efoulan et 35 participants à Djoungolo) avaient été recrutés. Le sex-ratio était de 1,44 avec une moyenne d'âge de 65 ans et un écart-type de 7. L'âge minimal était de 60 ans et l'âge maximal était de 85 ans. La satisfaction vis-à-vis de l'accessibilité aux soins était de 59,1% et le taux de satisfaction maximal était observé chez les participants de l'Hôpital de district de Biyem-assi (24,2%). En termes de fréquentation hospitalière, les participants fréquentaient globalement l'hôpital la plus proche (85,7%) de chez eux.

Seul 10,2% le trouvait à faible coût. Plus de la moitié (60,8%) des personnes interrogées avaient déclaré être satisfaites de l'espace d'accueil des patients. Cet aspect fait partie des rares aspects qui avaient suscité la satisfaction des participants. Près de la moitié des participants (41,1%) n'était pas satisfaite du confort de l'espace d'accueil. Quant à la satisfaction vis-à-vis de l'accessibilité, 49,5% des participants ont manifesté leur insatisfaction par rapport au délai d'attente en salle d'attente et de même 48,5 % des participants trouvaient les coûts des produits élevés.

Ces résultats indiqueraient les longues durées d'attentes de ces patients polypathologiques et les coûts des produits qui étaient élevés.

Plus de la moitié des participants (59,8%) avait dit ne pas être impliqué dans les prises de décisions sur leur santé. De même jusqu'à 68,2% n'était pas informé de la prévention des maladies liées à l'âge.

Ceci montre le caractère routinier et le temps restreint accordés à ces personnes âgées lors de la consultation malgré l'importance de ces aspects.

En ce qui concerne la satisfaction globale perçue par les participants, 40,9% des sujets interrogés avaient dit être satisfaits.

Conclusion : Il ressort de cette étude que plus de la moitié de la population de cette étude n'était pas satisfaite tant de leur que de la manière que leur prise en charge a été faite. En revanche, près de la moitié des participants était satisfaite de l'environnement physique et socio-culturel et relationnel dans les points de dispensation dans le. Au vu des résultats, l'étude recommande donc au

Ministère de la santé publique de mettre en place une politique pharmaceutique qui permettrait même aux peuples autochtones d'avoir accès aux médicaments sans se soucier de ses moyens.

Mots clés : Satisfaction, personnes du 3^{ème} âge, médecine générale, Yaoundé-Cameroun

ABSTRACT

INTRODUCTION

Le médecin généraliste est, du fait de son exercice spécifique de proximité et de terrain, au centre des réseaux de soins. Il est un partenaire privilégié des actions de santé publique : prévention, dépistage, éducation sanitaire et sociale. Son rôle est essentiel dans la coordination de la prise en charge des personnes âgées et des personnes en situation de précarité. Le généraliste est un médecin qui prend en charge la santé au quotidien, sans se limiter à un type de maladie, une zone du corps ou une partie de la population. Il est souvent la première personne vers qui l'on se tourne lorsqu'on a un problème de santé, c'est pourquoi son rôle est crucial et sa tâche délicate: recueillir et analyser un maximum d'informations, avancer un diagnostic et prendre des décisions, le tout en seulement quelques minutes. Dans un contexte de vieillissement de la population où le risque de maladies chroniques s'accroît, la prise en charge des personnes âgées, qui mobilise près d'un quart des dépenses de santé, apparaît comme un enjeu majeur. Pour autant, le niveau de connaissance de la qualité de prise en charge des patients âgés, de leurs attentes et de leur satisfaction, demeure limité. La notion de qualité des soins, bien développée au niveau international, recouvre à la fois la pertinence, la sécurité, l'accessibilité des soins et l'expérience des patients. L'expérience du patient, en tant que mesure des dimensions de la qualité de la prise en charge médicale, est de plus en plus intégrée dans les systèmes d'information. Une manière d'évaluer la satisfaction du patient repose sur la compréhension de son expérience du système de soins[1].

Une enquête d'opinion européenne en 2007, a révélé que la qualité des médecins généralistes est généralement perçue comme très bonne (30%) ou assez bonne (54%). Il existe un consensus dans la plupart des Etats-membres où la large majorité de la population est satisfaite de la qualité des services fournis par le médecin généraliste habituel. Les questions portaient sur la disponibilité, l'accessibilité du médecin et le coût des consultations [2]. Aux Etats-Unis, dans les pays nordiques et en Europe, l'on a montré que la satisfaction des patients suite à une consultation avaient un taux compris entre 68 et 98% en 2004 [3].

En Afrique, les études sont moins nombreuses. La Tunisie notait un taux de satisfaction de 51% en 2005 [4]. En Afrique de l'Ouest, elles sont encore plus rares. Au Burkina Faso quelques études ont noté des taux de satisfaction compris entre 52.7 et 94.12%. Néanmoins, il n'existe pas un système de suivi de la satisfaction des patients, ni un texte réglementaire imposant sa mesure au niveau des structures sanitaires [5]. Ainsi donc on s'attèlera sur la personne 3ème âge dans ce contexte de vieillissement de la population.

Le vieillissement de la population affecte à la fois les pays à revenu élevé et les pays à faible revenu, bien que les défis spécifiques auxquels chaque pays soit confronté dépendent de ses ressources économiques ainsi que de la structure et de la fonction de ses systèmes de soins de santé, d'assurance sociale et de retraite et de facteurs culturels, y compris l'âge avancé. Les changements sont actuellement les plus profonds au Japon, en Europe et en Amérique du Nord. D'ici 2050, les Nations Unies estiment que les personnes âgées constitueront plus d'un tiers de la population en Europe; environ un quart en Amérique du Nord, en Amérique latine, dans les Caraïbes, en Asie et en Océanie; et 9% en Afrique [6].

Au cours du siècle dernier, l'espérance de vie a presque doublé dans le monde, augmentant de plus d'années qu'au cours des millénaires précédents. Aujourd'hui, 617 millions de personnes ont 65 ans ou plus; à l'horizon 2050, ce nombre atteindra 1,6 milliard, soit près de 20% de la population mondiale, et la population des «plus vieux» âgés de 80 ans ou plus triplera pour passer de 126 millions à 447 millions [6]. Ainsi, avec le vieillissement de la population, satisfaire ces personnes du 3^{ème} âge reste notre souci majeur.

Les patients sont aujourd'hui des partenaires actifs des soins qui leur sont proposés. La qualité de cette nouvelle relation entre le patient et son médecin et la satisfaction qu'en exprime le sujet doit être évaluée. Ainsi donc au-delà de l'aspect légal, l'évaluation de la satisfaction des patients est d'autant plus justifiée que de hauts niveaux de satisfaction ont été rapportés comme des indicateurs pertinents d'une meilleure compréhension et mémorisation des informations médicales reçues et «in fine» d'une plus grande compliance aux traitements proposés. Cette évaluation contribue par ailleurs à l'évaluation de la qualité des soins même si elle ne doit pas s'y substituer [7].

Aussi la présente étude a-t-elle pour ambition d'évaluer la satisfaction des patients du 3^{ème} âge vis-à-vis de la consultation de médecine générale à Yaoundé. De manière spécifique, il s'agira de : (i) Evaluer la satisfaction par rapport à l'environnement physique et socio-économique, (ii) Evaluer la satisfaction de la qualité de relation entre le médecin et le patient (iii) Evaluer leur satisfaction vis-à-vis de l'offre de soins.

Chapitre I : **Problématique**

1- JUSTIFICATION

Les personnes âgées constituent une population spécifique en raison de la survenue fréquente de maladies chroniques (polypathologies), et, pour les plus âgées d'entre elles, de l'existence d'une fragilité physique, psychique ou socio-économique et d'un risque de perte d'autonomie et de dépendance. Les patients polypathologiques sont la règle en médecine générale [8]. Afin de contribuer à l'amélioration de la qualité des services, cette étude avait pour objectif d'étudier la satisfaction de la relation soignant soigné après la consultation de médecine générale. Le taux de satisfaction permet de mesurer une évaluation personnelle de la qualité des services reçus. Sa mesure est ainsi importante pour avoir une idée sur la qualité des services prodigués et orienter les actions d'amélioration.

2- QUESTION(S) DE RECHERCHE

- Question principale

Quel est le niveau de satisfaction des patients du 3^{ème} âge après une consultation de médecine générale à Yaoundé?

- Questions secondaires

1. Quel est le niveau de satisfaction des patients du 3^{ème} âge quant à l'environnement physique et socio-culturel et relationnel vis-à-vis de la consultation de médecine générale à Yaoundé?
2. Quel est leur satisfaction quant à l'accessibilité des personnes du 3^{ème} âge au généraliste?
3. Quel niveau de satisfaction ont-ils par rapport à la prise en charge ?

3- HYPOTHESES

- Hypothèse principale

Le faible niveau de satisfaction des patients du 3^{ème} âge après une consultation de médecine générale à Yaoundé.

Hypothèses secondaires

1. Un environnement physique non adapté, un mauvais accueil, premier contact avec les personnes âgées et l'absence des d'informations sur les maladies liées à l'âge, signe les services que le patient reçoit ;
2. L'accès difficile aux soins du fait des coûts élevés des services et du délai d'attente donne une perception négative de la qualité de services.
3. La prise en charge est peu adaptée, ne répond pas au volet promotionnel et de disponibilité de service vis-à-vis des patients du 3^{ème} âge.

4- OBJECTIFS

- Objectif général

Evaluer la satisfaction des patients du 3^{ème} âge après une consultation de médecine générale.

- Objectifs spécifiques

1. Décrire l'environnement physique, socio-culturel et relationnel tel que perçu par des patients du 3^{ème} âge ;
2. Evaluer le niveau de la satisfaction quant à l'accessibilité des patients du 3^{ème} âge au généraliste ;
3. Evaluer l'appréciation de la prise en charge des patients du 3^{ème} âge.

5- CADRE CONCEPTUEL

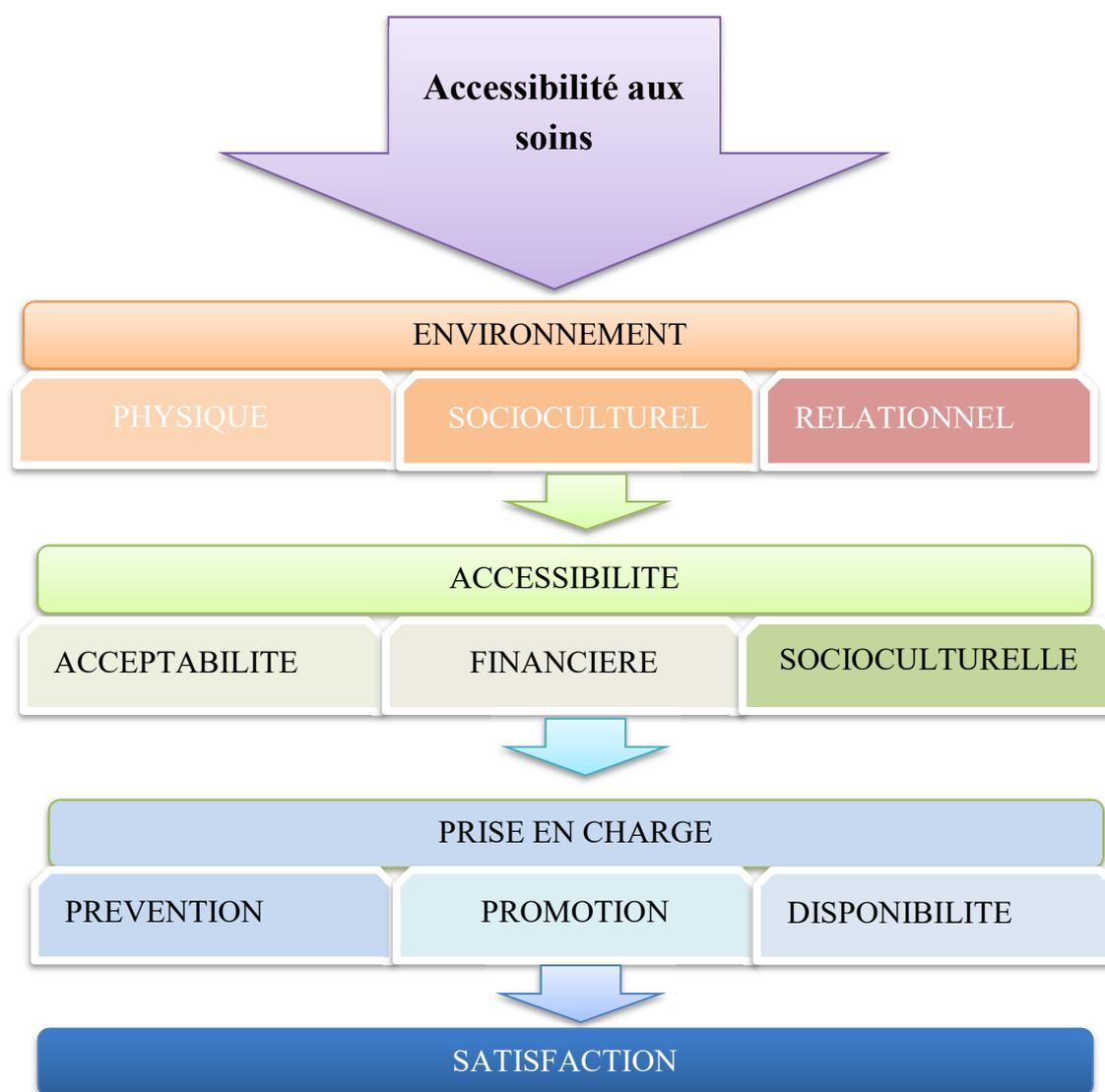


Figure 1 : Schéma conceptuel

6- LISTE DES VARIABLES

Données sociodémographiques: Age, sexe, Profession, Statut matrimonial, Niveau d'étude, Religion, Résidence.

Environnement : Physique (l'accueil, le confort, hygiène, la transmission de l'information, l'intimité) ; Socio-culturel (respect, intimité, attention des professionnels)

Accessibilité: Acceptabilité (délai d'attente en salle d'attente, délai d'obtention d'un rendez-vous, Confiance)

Prise en charge : Prévention (Information sur la prise en charge, information sur les maladies liées à l'âge, accompagnement psychosocial) ; Promotion de la santé: (habitude de vie, accès aux soins, éducation sanitaire) Disponibilité des personnels (Paramédicaux, médecins, infirmiers) ;

Attentes : Au gouvernement, aux hôpitaux, aux soignants, aux populations ;

7- DEFINITIONS OPERATIONNELLES

Accompagnement psychosocial : L'accompagnement psychosocial a pour objectif d'assurer le soutien et le rétablissement de la personne à travers une approche multidimensionnelle centrée sur la connaissance des besoins fondamentaux de l'individu son développement psychologique et son interaction dans un environnement social ;

Promotion de la santé : selon l'OMS, La promotion de la santé permet aux gens d'améliorer la maîtrise de leur propre santé. Elle couvre une vaste gamme d'interventions sociales et environnementales conçues pour favoriser et protéger la santé et la qualité de vie au niveau individuel en luttant contre les principales causes de la mauvaise santé, notamment par la prévention, et en ne s'intéressant pas seulement au traitement et à la guérison ;

Recommandations : c'est un conseil au regard des règles et bonnes pratiques, en vue d'apporter une solution à un problème ;

Polypathologie : La co-occurrence de plusieurs maladies chroniques (au moins 2) chez le même individu sur la même période

Acceptabilité : c'est un risque considéré comme acceptable (ou tolérable) par une personne ou une collectivité lorsqu'elle peut en supporter les conséquences, les dommages, au regard d'une circonstance ;

Attentes des usagers : Action d'attendre quelqu'un, quelque chose, de compter sur quelqu'un, sur quelque chose ; temps pendant lequel on attend qu'ont les utilisateurs des hôpitaux ;

Qualité d'écoute : Manifester une certaine aptitude à pouvoir écouter les autres ;

Offre de soins : ensemble des services et des soins mis à la disposition de la population par les professionnels et les systèmes de soins de santé. Par "offre de soins", il faut comprendre ici les infrastructures, les équipements, et les ressources humaines ;

Accueil : réception que l'on fait à quelqu'un ;

Intimité : Vie intérieure profonde, nature essentielle (de quelqu'un); ce qui reste généralement caché sous les apparences ;

Accessibilité : possibilité d'obtenir quelque chose ;

Prévention : Actions visant à réduire l'impact des déterminants des maladies ou des problèmes de santé, à éviter la survenue des maladies ou des problèmes de santé, à arrêter leur progression ou à imiter leurs conséquences. Les mesures préventives peuvent consister en une intervention médicale, un contrôle de l'environnement, des mesures législatives, financières ou comportementales.

Habitude de vie : est une activité courante ou un rôle social valorisé par la personne ou son contexte socioculturel selon ses caractéristiques (l'âge, le sexe, l'identité socioculturelle, etc.)

8- INTERET DE LA RECHERCHE

Les résultats de la présente recherche permettront de faire l'état de lieu de la satisfaction des patients du 3ème âge vis-à-vis de la consultation de médecine générale à Yaoundé. En outre il s'agissait d'évaluer la satisfaction des patients de ce tranche d'âge du point de vu environnement physique, socioculturel et relationnel, d'évaluer la satisfaction de l'accessibilité et enfin d'évaluer leur satisfaction sur les différents axes de leur prise en charge. Ceci pourra donc outiller les décideurs pour l'amélioration de la qualité de prises en charge bien sur le point de vu relationnel que de l'offre hospitalière vis-à-vis de ces personnes vulnérables dans notre société.

9 – CADRE THEORIQUE

Notre étude s'inscrit dans trois domaines essentiels : La santé publique, la gériatrie et l'anthropologie. En santé publique, elle entre dans l'organisation des systèmes de santé. En anthropologie, il est question d'évaluer la satisfaction de la relation soignant-soigné vis-à-vis de la qualité des services reçus dans les formations hospitalières. En gériatrie, la satisfaction des patients âgés occupe une place importante dans la mesure où l'installation d'une fragilité physique, psychique ou socio-économique et d'un risque de perte d'autonomie et de dépendance les rendent vulnérables.

Chapitre II :
REVUE DE LA LITTERATURE

I. – RAPPEL DES CONNAISSANCES

1. Généralités

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé: « L'évaluation de la qualité des soins est une démarche qui permet de garantir à chaque patient des actes diagnostiques et thérapeutiques assurant le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour le meilleur résultat, et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ». La satisfaction du patient résulte d'une évaluation cognitive et émotionnelle que le patient fait des structures, des procédures et des résultats des services. Ainsi, le patient juge aussi bien l'aspect technique d'un traitement ou d'une procédure, que la façon dont il a été accueilli, le temps d'attente, l'information qu'il a ou non reçue, la disponibilité du personnel, le coût, l'environnement, etc [5].

L'enquête de satisfaction des patients s'inscrit dans une démarche continue d'évaluation de la qualité des services offerts à ceux-ci. Elle est dans certains pays une obligation réglementaire pour les établissements hospitaliers. L'opinion des patients étant alors considérée comme un indicateur de qualité des soins et permettant d'évaluer la prise en charge du point de vue du patient [9].

Les patients sont aujourd'hui des partenaires actifs des soins qui leur sont proposés et leur satisfaction est considérée comme un indicateur de la qualité des soins. Le recueil de leur point de vue est nécessaire pour évaluer la qualité d'un système de soins au même titre que les considérations techniques que pourront livrer les professionnels de santé. La qualité de cette nouvelle relation entre le patient et son médecin et de la satisfaction qu'en exprime le patient doit être évaluée afin d'apporter une amélioration continue. L'intérêt porté à la qualité des soins n'a cessé de croître ces dernières années. La majorité des établissements de santé la place au cœur de leurs priorités notamment avec la création des réseaux de soins où les patients sont des acteurs de leur prise en charge. Les raisons en sont multiples: l'évolution constante et rapide de la médecine grâce aux progrès scientifiques, des revendications de plus en plus nombreuses concernant l'accessibilité ainsi que la qualité des soins et les nouvelles technologies, tout en exigeant des garanties de sécurité [4, 8 ,9].

Toutes ces raisons conduisent à prendre en compte les sentiments de satisfaction exprimée par le patient. Elles prennent d'autant plus de poids, dans le contexte du plus grand degré d'information des personnes sur les maladies et les possibilités de traitement ou de prévention existantes [10]. La mesure de la satisfaction s'appuie sur des moyens multiples: les plaintes, les questionnaires de sortie mais aussi des enquêtes spécifiques ou générales menées à l'initiative

des établissements de santé [10]. Bien qu'elle soit présente dans les textes réglementaires un peu partout dans le monde, la satisfaction du patient est un élément qui reste encore trop négligé par les praticiens [11]. La mesure de la satisfaction des patients permet de décrire la prise en charge du point de vue patient, d'identifier les problèmes et d'y apporter dans le cas échéant des solutions [12].

2- Satisfaction

La satisfaction est définie par un « contentement, plaisir que nous éprouvons quand les choses sont telles que nous pouvons les souhaiter ». Dans une relation entre individus, une personne est satisfaite lorsqu'elle trouve un interlocuteur qui sait répondre à sa demande. La satisfaction est variable d'un individu à l'autre en fonction de ses attentes et de ses besoins. Elle est influencée par des éléments subjectifs tels que l'expérience antérieure, les habitudes de vie, les valeurs de référence personnelles et la perception de la réalité [2].

En médecine la satisfaction peut être utilisée comme une mesure de la performance des professionnels de santé et des structures qui les regroupent ; la performance peut être décrite en termes de résultat médical et de résultat non médical correspondant aux besoins ressentis du patient. Elle est aussi un facteur prédictif de la poursuite de la relation thérapeutique et de l'observance des traitements proposés car un patient insuffisamment satisfait est un patient qui sera moins participatif au traitement et comprendra moins bien les informations reçues. L'évaluation du point de vue du patient constitue un élément central de la démarche qualité en soins de médecine générale. Il a été montré que les attentes des patients reposent surtout sur la relation entre le médecin et le patient autour de l'information et le partage, la qualité clinique et la coordination des soins. En revanche la principale source d'insatisfaction exprimée verbalement concerne le temps d'attente et la durée de la consultation [2].

Selon P. Kotler et B. Dubois, la satisfaction peut être vue comme : l'état d'un client résultant d'un jugement comparant les performances d'un produit au niveau de ses attentes. Pour Howard et Hunt, la satisfaction est l'impression d'être convenablement ou non récompensée pour les sacrifices supportés lors d'une situation d'achat. Le Réseau Circum la définit comme un sentiment qui résulte de la comparaison entre les attentes des clients et les perceptions que les clients ont retenues du service qu'ils ont reçu. L'OMS met la satisfaction des usagers au cœur de sa définition de l'évaluation de la qualité de prise en charge. Pour l'OMS, l'évaluation est une démarche qui permet de garantir à chaque patient des actes diagnostiques et thérapeutiques assurant le meilleur résultat en termes de santé conformément à l'état actuel de la science

médicale [...] et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins[3,11].

3- Vieillesse de la population

3.1- Personnes du troisième âge

La définition d'une personne âgée dépend du contexte. Le vieillissement est un processus progressif, et une personne ne devient pas âgée du jour au lendemain. D'après le « Robert » la personne du troisième âge est une personne fragile dont la constitution est faible et le fonctionnement délicat, sujet à détérioration rapide et pouvant être facilement malade. C'est aussi défini comme un état caractérisé par des limitations fonctionnelles diminuant ses capacités à accomplir les actes de la vie quotidienne.

La personne âgée a pour sens commun, une personne dont l'âge est avancé et qui présente les attributs physiologiques et sociaux de la vieillesse tels que la société les présente.

La personne âgée est une personne qui évolue en fonction des normes que se donne la société. Pour lui l'âge est « rajeuni » du fait de l'augmentation de l'espérance de vie et de l'amélioration de la santé et de la formation française des plus de 60 ans.

L'OMS décrit la personne âgée à partir de 60 ans. Dans la réglementation française, c'est aussi cet âge qui a été retenu pour certaines prestations ou disposition concernant les personnes âgées. Pour nous la personne du troisième âge peut être définie comme une personne ayant un affaiblissement naturel des facultés physiques et psychiques dû à l'âge.

Ces personnes du troisième âge sont confrontées à de nombreux problèmes liés à leurs âges [7].

Dans notre contexte on parlera des personnes du 3ème âge à partir de 50 ans.

3.2- Cause du vieillissement

Comme dans la plupart des pays développés, la proportion de personnes âgées dans la population va croître: les 65 ans et plus représentaient 16 % de la population en 2000, ils représenteront 20,9 % en 2020, et 28 % en 2040. Ces prévisions tiennent compte de trois phénomènes Parmi ces trois causes, l'effet transitoire dû au baby-boom est de loin le plus important : un scénario à mortalité haute et fécondité haute (qui n'enregistre donc que l'effet transitoire) conduit à 25,6 % de 65 ans et plus en 2040, soit 80 % de la hausse prévue. L'effet longévité (différence entre le scénario central et le scénario à mortalité haute) n'explique que 7 % de la hausse de la proportion des personnes âgées, l'effet fécondité prévue (différence entre le scénario central et le scénario à fécondité haute) n'expliquant donc que les 13 % restant.

Ainsi, l'accroissement démographique des personnes âgées entraîne une augmentation très importante de la demande en soins hospitaliers qui nécessite une modification des pratiques pour promouvoir la prévention et l'éducation thérapeutique et une adaptation de l'organisation des soins en développant des alternatives de prise en charge tels que les soins ambulatoires.

3.2- Poly-pathologie et la prise en charge sanitaire et sociale des personnes âgées

Le vieillissement physiologique est source d'une diminution des réserves fonctionnelles de l'organisme aboutissant au développement de nombreuses maladies qui lors d'une agression aigue ou d'un stress peut basculer dans un état de décompensation. Ceci définit le concept de fragilité de la personne âgée. La quasi-totalité des personnes âgées de 70 ans et plus souffre de poly pathologie. Seulement 3 % des personnes de cet âge ne déclarent pas de maladie, et 4 % en déclarent 1 seule. Ce sont donc 93 % des personnes de plus de 70 ans qui souffrent de poly pathologie, la moitié de ces personnes déclarant au moins 6 maladies.

Selon les projections d'experts, les cinq motifs d'hospitalisation à l'origine des plus grands nombres d'hospitalisation en 2030 seraient les maladies de l'appareil circulatoire, les tumeurs, les maladies ostéo-articulaires, les maladies de l'appareil digestif et les traumatismes et empoisonnements. Cette dernière catégorie est importante car la prévention et la diffusion de bonnes pratiques médicales peuvent en diminuer l'occurrence. En effet, les chutes constituent la première cause de mortalité accidentelle pour les personnes âgées et une cause de morbidité importante. Une personne sur quatre, entre 65 et 75 ans vivant au domicile tombe au moins une fois dans l'année. Ce risque augmente ensuite avec l'âge. La prise en charge de ce problème de santé publique nécessite un aménagement du domicile et la lutte contre la poly-médicamentation et/ou la surconsommation de médicaments. En effet, la majorité de ces pathologies sont traitées. On remarque que plus une personne a de maladies, plus la proportion de maladies traitées est importante. Ainsi, les personnes ayant une ou 2 maladies traitent en moyenne 65 % de ces maladies. Lorsqu'elles en ont 3 ou 4, elles en traitent 75 %. Au-delà de 5 maladies, le pourcentage de maladies traitées est proche de 80 %. Ces pratiques ont pour conséquences un risque de poly-médicamentation qui peut induire, à lui seul, des hospitalisations. L'association du vieillissement physiologique, des pathologies associées et du risque médicamenteux aboutit souvent à une perte d'autonomie de la personne âgée dans les activités de la vie quotidienne.

4- Médecine Générale

La médecine générale est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires [14]. C'est une discipline en pleine mutation devenue depuis peu une spécialité reconnue à part entière, la médecine générale est spécifique car elle couvre les soins primaires et a un rôle essentiel dans la coordination des soins. La relation du patient et de son médecin traitant est en constante évolution du fait des avancées techniques et technologiques. Les caractéristiques de la médecine générale sont de mieux en mieux définies. Les soins centrés sur la personne (3ème caractéristique de la définition de la World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of general practitioners/family physicians WONCA) en constituent une compétence essentielle [15].

Les médecins généralistes selon la WONCA sont des médecins spécialistes formés, ils sont médecins traitants de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus indépendamment de l'âge, du sexe ou de la maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Ils ont une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté et leur activité comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative [13].

La WONCA Europe, branche régionale de l'organisation mondiale des médecins de famille (WONCA) a proposé en 2002 une définition qui puisse s'appliquer aux pays membres, quel que soit le système de santé qu'ils ont adopté, au moins en ce qui concerne les pays développés.

Selon cette définition la médecine générale comporte :

- onze caractéristiques
- six compétences fondamentales issues des onze caractéristiques
- trois champs d'activité pour appliquer ces compétences
- trois dimensions spécifiques fondamentales

4.1. Les onze caractéristiques de la médecine générale

- Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, en prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.

- Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.
- Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales et communautaires
- Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.
- Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.
- Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.
- Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.
- Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.
- Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.
- Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.
- Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

4.2. Les six compétences fondamentales

Les onze caractéristiques de la médecine générale déterminent les compétences que doivent maîtriser les médecins de famille.

-La gestion des soins de santé primaire. Il s'agit de la capacité à gérer le premier contact avec le patient. Il faut savoir prendre en compte l'étendue des problèmes de santé, orienter le patient vers les services adéquats du système de santé et assurer la coordination des soins avec les autres professionnels de santé, en assumant un rôle de défenseur du patient quand cela est nécessaire.

-Les soins centrés sur la personne. L'approche doit être centrée sur la personne dans ses dimensions individuelle, familiale et communautaire en créant une bonne relation médecin-patient basée sur une communication appropriée et un travail en partenariat. Il faut assurer des soins continus et adaptés aux besoins du patient.

-L'aptitude spécifique à la résolution des problèmes. La médecine de ville a recours à des processus décisionnels spécifiques à l'incidence et la prévalence des maladies en soins

primaires. Il faut gérer des situations au stade précoce, adopter des principes de travail appropriés, comme par exemple une approche par étapes qui utilise le temps comme outils et qui tolère l'incertitude. La gestion des situations d'urgence est également indispensable.

-L'approche globale. Les problèmes aigus et chroniques doivent être gérés simultanément pour un même patient. Il faut promouvoir l'éducation pour la santé.

-L'orientation communautaire. Il s'agit de réconcilier les besoins en soins médicaux des patients individuels avec les besoins en soins médicaux de la communauté.

-L'adoption d'un modèle holistique. La prise en charge des patients doit se faire dans la dimension physique, psychique, sociale et culturelle des problèmes de santé.

4.3. Trois champs d'activité

Pour exercer sa spécialité; le médecin généraliste applique ses compétences dans trois champs d'activité.

- La démarche clinique. Il faut équilibrer les preuves scientifiques et l'expérience clinique pour gérer un éventail de plaintes et de maladie dans le cadre d'une gestion à long terme.

- La communication avec le patient. Il faut être à l'écoute du patient, savoir lui expliquer de façon claire et appropriée les différentes investigations et leurs résultats. Les émotions du patient doivent être prises en compte de façon adéquate.

- La gestion du cabinet médical. Le cabinet médical doit être organisé et équipé. Les finances du cabinet doivent être gérées.

Il faut assurer une accessibilité et une disponibilité pour les patients et coopérer avec d'autres professionnels en soins de santé primaire ou spécialistes

5. Qualité de relation entre le médecin et le patient

Elle repose sur les qualités humaines du médecin généraliste consulté, retrace les différentes parties de la consultation (accueil, interrogatoire, examen clinique, diagnostic, traitement).

Ce sont les dimensions « vécues » et relationnelles d'une consultation médicale qui placent le patient au centre de cette problématique, comme élément primordial de la « réussite » de la consultation [2]. Les dimensions de la qualité des soins les plus fréquemment décrites sont les suivantes, sans classement hiérarchique:

- Efficacité : les soins prodigués permettent de restaurer et de maintenir la santé des individus.
- Adéquation : les professionnels s'appuient sur les dernières connaissances scientifiques disponibles pour prodiguer des soins appropriés à la situation clinique du patient.

- Sécurité : les professionnels prévoient et mettent en place des mesures afin de protéger les patients d'évènements indésirables associés aux soins, ou d'en réduire les conséquences.
- Efficience : les professionnels prodiguent les meilleurs soins, pour obtenir les meilleurs résultats, au meilleur coût.
- Equité : les soins sont donnés de façon appropriée et impartiale à chaque patient. D'après la convention européenne de bioéthique, « tout individu doit pouvoir bénéficier d'un accès équitable aux soins de santé réclamés par son état »
- Accessibilité : les usagers doivent avoir accès aux soins dont ils ont besoin, au moment opportun, quels que soient leur lieu d'habitation, leur handicap ou leurs ressources financières.
- Prise en compte des besoins exprimés par les patients : les soins proposés tiennent compte des préférences, des attentes, des besoins et des valeurs du patient, et lui sont expliqués.
- Continuité : les soins sont coordonnés entre les différents professionnels, permettant une prise en charge continue.

En outre, la qualité globale des soins distingue trois champs d'investigation :

- La qualité structurelle : s'intéresse aux ressources employées dans les structures de soins, notamment aux normes des établissements et des équipements (accréditation).
- La qualité du processus de soin : se concentre sur l'interaction entre les professionnels de santé et les patients.
- La mesure des résultats finaux : fournit le meilleur reflet de la qualité des soins.

6. Caractéristiques de l'offre sanitaire au Cameroun

L'offre sanitaire au Cameroun est sous la responsabilité du Ministère de la Santé Publique, qui met en place les stratégies de déploiement du système sanitaire, et pour cela, il doit élaborer une politique sanitaire et la mettre en action [16].

6.1- Offre de soins

L'offre de soins est diverse, elle varie de l'existence des grands hôpitaux, à celle des centres de santé intégrés, les premiers, fonctionnent de manière autonome, toutefois, pour mieux comprendre le système entier, nous allons dans cette section, explorer l'offre des établissements de santé de catégorie inférieure. La dernière enquête de l'Institut National de la Statistique (INS) sur les dépenses du secteur de la santé et de l'éducation réalisée en 2003, montre à partir d'un échantillon représentatif, les caractéristiques de l'offre de soins au Cameroun.

L'enquête a porté sur un échantillon de 143 formations sanitaires, dont 26,7% des hôpitaux de District (HD), 22,9% des centres Médicaux d'arrondissement (CMA), et 51,4% des centres de

Thèse de doctorat en médecine générale rédigée par **Ishaaga MOUSSA**

santé intégrée (CSI), et 34 formations du secteur privé. Les caractéristiques portent sur les infrastructures de base, la disponibilité de certains équipements, la qualité du personnel en service et leurs conditions de travail, la disponibilité des médicaments essentiels [16].

6.2. Disponibilité des équipements

En ce qui concerne les équipements médicaux, 66,4% des formations sanitaires possèdent au moins une boîte d'accouchement; 90% environ possèdent un équipement de vaccination. Les matériels de stérilisation à sec sont détenus par 51,7% des formations sanitaires contre 37,8% pour la stérilisation à eau. La logistique de transport est assez rare dans l'ensemble des formations sanitaires enquêtées, 85,1% de l'échantillon ne possède pas d'ambulances en état de marche [17].

6.3. Disponibilité du personnel

L'effectif du personnel de l'échantillon n'a pas varié au cours des années, ainsi, on retrouve en termes de personnel, environ 37,4 employés dans les HD, 13 dans les CMA et 7,2 dans les CSI. Parmi les patients rencontrés lors de l'enquête, 28,8% déclarent avoir été consultés par un médecin, 32,9% par un infirmier chef et 37,5% par un infirmier ou sage-femme. Ceci traduit une réelle indisponibilité ou une insuffisance de médecins dans les hôpitaux. Toutefois la consultation d'un personnel est fonction du niveau de la formation sanitaire, de ce fait, il est plus fréquent d'être directement pris en charge par un médecin dans un HD que dans un CMA ou encore un CSI. La durée moyenne de consultation varie de 18 à 24minutes dans les formations sanitaires, avec un pic de 32 minutes pour la région de l'Ouest, et 10 minutes pour le Nord [17].

6.4. Disponibilité des médicaments essentiels

L'enquête a relevé qu'une grande partie des HD détiennent les médicaments essentiels pour la guérison des maladies courantes, notamment le paludisme, la fièvre typhoïde, les maladies infantiles, néanmoins, seuls quelques CMA et CSI possèdent en leur sein une pharmacie bien fournie, les patients sont le plus souvent redirigés vers les pharmacies de la ville, malgré le fait que leur grille de prix n'est pas toujours à la portée de tout citoyen d'où l'existence du secteur informel avec les « médicaments de la rue ». L'offre de soins au Cameroun est bien plus importante comparée aux autres pays de la sous-région, néanmoins, elle connaît plusieurs autres problèmes tels que la couverture de l'ensemble du territoire, (en effet, plusieurs localités se trouvent encore isolées de l'accès aux soins), la qualité des soins pratiqués, le coût élevé pour la population, la gestion des ressources hospitalières. Pour apporter une réponse à tous ces

problèmes, une réforme du système hospitalier a été initiée par le Ministère de la Santé Publique en Mai 2003, sa présentation fera l'objet de la section suivante [17].

II- ETAT DE LA QUESTION

Dans le monde,

La satisfaction du patient est d'une importance capitale comme une mesure de la qualité des soins car elle permet de donner des informations sur la capacité des professionnels de santé à répondre aux attentes des patients. C'est ainsi au Vietnam, le taux de satisfaction le plus élevé est celui des soins fournis par les médecins généralistes avec un pourcentage de 90,7% alors que le niveau d'insatisfaction le plus bas était de 0,4% [18]. Une enquête d'opinion européenne a été menée sur les soins de santé. Les résultats montrent que la qualité des médecins généralistes est généralement perçue comme très bonne (30%) ou assez bonne (54%). Il existe un consensus dans la plupart des Etats-membres où la large majorité de la population est satisfaite de la qualité des services fournis par le médecin généraliste habituel [2]. L'analyse de la littérature a montré que les études réalisées sur la satisfaction des patients aux Etats-Unis, dans les pays nordiques et en Europe avaient un taux compris entre 68 et 98% en 2004 [3].

En Afrique,

Les études sont moins nombreuses. La Tunisie notait un taux de satisfaction de 51% en 2005 [4]. En Afrique de l'Ouest, elles sont encore plus rares. Au Burkina Faso quelques études ont noté des taux de satisfaction compris entre 52.7 et 94.12%. Néanmoins, il n'existe pas un système de suivi de la satisfaction des patients, ni un texte réglementaire imposant sa mesure au niveau des structures sanitaires [5]. Au Mali, à la Maison des Aînés, l'âge à partir duquel on est considéré comme une personne âgée est 60 ans. Ces dernières années se caractérisent par une augmentation du nombre des personnes âgées dans la population générale. Cette tendance se voit aussi bien dans les pays développés que les pays en voie de développement comme le Mali. Ceci est dû à une augmentation de l'espérance de vie consécutive à l'amélioration de la qualité de vie. On estime de nos jours à près de 600 millions le nombre de personnes âgées vivantes dans le monde, ce chiffre doublera en 2025 et atteindra 2 milliards en 2050 dont plus de la moitié dans les pays en développement [19].

Au Cameroun,

L'existence de peu d'étude sur la satisfaction des personnes âgées attire notre attention mais néanmoins une étude sur la satisfaction des patients au service de radiologie de l'Hôpital

Général de Douala a été faite en 2014 qui retrouvait la satisfaction maximale envers l'aménagement de 90%, la propreté des salles 89,2%, et la disponibilité du personnel 87%. La principale raison d'insatisfaction était la durée d'attente avant la réalisation de l'examen 45% et le prix élevé des examens 21% [9]. De même, dans l'étude de Yaya A en 2018 [20] retrouve la satisfaction vis-à-vis de l'accessibilité aux médicaments était de 38,3%. Concernant l'environnement physique et psychosocial, 49,2% de la population générale étaient satisfaits. Ainsi donc les personnes âgées de nature polypathologiques vont attirer notre attention.

Dans les pays en développement, 42 % de décès d'adultes surviennent chez des personnes de plus de 60 ans. Au plan mondial, une personne âgée de plus de 60 ans à 55 % de risque de mourir avant son quatre-vingtième anniversaire. Ce risque de décès est de 70 % en Afrique. En riposte à cette problématique, l'OMS a élaboré en 2002 un document intitulé "Vieillir en restant actif - Cadre d'orientation", qui définit sa politique en faveur d'un vieillissement en bonne santé dans une perspective globale de la vie [19].

**Chapitre III:
METHODOLOGIE**

1 - TYPE D'ETUDE

Il s'agissait d'une étude transversale et descriptive.

2 - SITE

L'étude s'était déroulée dans la ville de Yaoundé à cause de son caractère cosmopolite. La collecte s'était effectuée plus précisément dans 03 hôpitaux de la ville à savoir l'hôpital de district de Biyem-assi, l'hôpital de district d'Efoulan et l'hôpital de district de Djoungolo

3 - POPULATION D'ETUDE

Population cible

Toute personne âgée de plus de 50 ans.

Population source

Toute personne résidante dans la ville de Yaoundé.

Critères d'inclusion

Toutes personnes s'exprimant en Anglais ou Français et acceptant de participer à l'étude.
Toutes personnes en bonne santé mentale et physique

Critères d'exclusion

Les entretiens inachevés

Calcul de la taille de l'échantillon de base

Echantillonnage selon la formule de Schwartz. Dans cette formule :

n : taille de l'échantillon

z : écart type (1,65)

p : taux de prévalence de la satisfaction (51,7%)

i : risque d'erreur (10%)

$$n = \frac{z^2 p(1-p)}{i^2}$$

$$= \frac{1,65^2 \cdot 0,517(1-0,517)}{0,1^2}$$

$$n=67,983$$

Echantillon minimale de 67,983

Pour avoir un échantillon de taille assez substantielle, la taille minimale de l'échantillon a été arrondie à 100.

4- OUTILS DE COLLECTE

Les données sont recueillies au moyen d'un questionnaire établi sur la base des objectifs de l'étude. Ce questionnaire comportait 34 questions réparties en cinq parties (annexe 1) :

Le profil sociodémographique : 9 questions (Age, Profession, Statut matrimonial, Niveau d'étude, Religion, lieu de résidence)

Environnement: 9 questions (L'accueil, le confort, l'hygiène, le respect l'intimité l'attention des professionnels de santé, la qualité d'écoute, le dialogue, la disponibilité)

Accessibilité : 9 questions (Le délai d'attente en salle d'attente, le délai d'obtention d'un rendez-vous, la confiance, le coût de transport, le coût de consultation, le coût des produits, la possibilité de s'exprimer et d'être écouté, l'implication dans les décisions, la transmission de l'information)

Prise en charge : 9 questions (L'information sur la PEC, l'information sur les maladies liées à l'âge, l'accompagnement psychosocial, l'habitude de vie, l'accès aux soins, l'éducation sanitaire, les médecins, les paramédicaux, le nursing)

Les recommandations et satisfaction globale : 4 questions

Les personnes recensées seront abordées par l'investigateur puis répondront aux questions qui leurs seront posées par ce dernier après information et obtention de leur consentement. Les éléments de réponse seront recueillis sur le questionnaire.

5 – PROCEDURE

- Considérations administratives et éthiques

Après rédaction intégrale du protocole de recherche, il a été soumis au comité institutionnel d'éthique et de la recherche de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'université (FMSB) de Yaoundé I en vue d'obtention d'une clairance éthique. Cette recherche ne procédait à aucune manipulation humaine et les informations recueillies sont protégées par l'anonymat des réponses. Les informations sont tenues secrètes par l'investigateur pour le respect de la confidentialité des données recueillies au cours de l'étude. Avant l'administration de ce questionnaire à chaque participant, un entretien a été fait avec celui-ci en lui expliquant les bénéfices et les inconvénients de cette étude, tout en lui garantissant le respect de sa dignité, son intégrité et son droit à l'auto-détermination. Des demandes d'autorisations de recrutement ont été déposées auprès des responsables des hôpitaux de district (Hôpital de district de Biyem-assi ; hôpital de district d'Efoulan et l'hôpital de district de Djoungolo) de la ville de Yaoundé. Après validation de la demande, les sujets remplissant les critères d'inclusion seront verbalement invités à prendre part à l'étude après une consultation chez le médecin généraliste.

- Collecte

La collecte des données s'est réalisée par l'investigateur principal lui-même à Yaoundé à l'aide d'un questionnaire. Après un consentement éclairé, le questionnaire a été administré aux participants. Cette fiche a été signée par le participant avant son inclusion dans cette étude. Le

patient participait volontairement et librement sans aucune contrainte. Ce questionnaire a été administré directement aux patients répondants aux critères d'inclusion.

6 – ANALYSE DES DONNEES

Les données sont analysées à l'aide du logiciel SPSS (Statistical Package of Social Science) version 25.0. Les paramètres descriptifs étaient les pourcentages et les moyennes (écart types). Toutes les variables étaient réparties en des modalités suivantes : très satisfait, satisfait, peu satisfait, insatisfait et déçu. Une échelle analogique de 0 à 10 y était associée de la manière suivante : très satisfait (10;9), satisfait (8;7), assez satisfait (6;5), insatisfait (4;3), déçu (2;0). La variable concernant la satisfaction globale était rendue dichotomique par regroupement des modalités « très satisfait » et « satisfait » en oui, et « peu satisfait », « insatisfait » et « déçu » en non. L'environnement physique, socioculturel et relationnel, l'accessibilité, la prise en charge et la satisfaction globale ayant des caractères multidimensionnels, pour les cerner, il a fallu créer des indicateurs agrégés par le biais de la méthode d'échelle de fiabilité ou échelle de Likert implémenté sous ce logiciel. Ainsi, les modalités ou items compris dans ce module ont été recodées en : 1= déçu ; 2= insatisfait ; 3= peu satisfait ; 4= satisfait ; 5=Très satisfait. Cet ordre de recodage était important dans l'implémentation de la méthode susmentionnée.

Pour ce faire, nous avons construit un score à l'aide des différents degrés d'appréciation (1 à 5) de l'échelle de Likert. La démarche consistait à utiliser dans un premier temps l'indice Alpha de Cronbach pour mesurer la cohérence interne des items relatifs à chaque aspect de la satisfaction. Cet indice permet de dire si les questions /items permettent de traduire le même phénomène. Un indice Alpha de Cronbach supérieur à 0,60 permet de considérer la cohérence interne des items acceptable. Lorsqu'il est supérieur à 0,70 la cohérence est dite excellente. A la suite pour chaque aspect de la satisfaction (environnement physique, socioculturel et relationnel, l'accessibilité, la prise en charge et la satisfaction globale), la valeur moyenne obtenue a été calculé pour chaque participant sur l'ensemble des questions/items y relatifs. Les résultats étaient présentés sous forme de tableaux et des figures à l'aide du logiciel Microsoft Excel 2013. Ces résultats étaient par la suite discutés, discussion au terme de laquelle nous avons tiré des conclusions et formulé des recommandations.

7. CONSIDERATIONS ETHIQUES ET ADMINISTRATIVES

Après rédaction intégrale du protocole de recherche, il a été soumis au comité institutionnel d'éthique et de la recherche de la FMSB de l'université de Yaoundé I ayant permis l'obtention d'une clairance éthique (annexe 1). Cette recherche ne procédait à aucune manipulation

humaine et les informations recueillies sont protégées par l'anonymat des réponses. Les informations sont tenues secrètes par l'enquêteur pour le respect de la confidentialité des données recueillies au cours de l'étude. Avant l'administration de ce questionnaire à chaque participant, un entretien a été fait avec celui-ci en lui expliquant l'intérêt de cette étude, tout en lui garantissant le respect de sa dignité, son intégrité et son droit à l'auto-détermination. Le consentement éclairé de chaque informateur a été obtenu dans le strict respect de l'anonymat et de la confidentialité avant sa participation à l'étude. Ensuite une copie du résumé du protocole et une demande de l'autorisation de recherche ont été déposée dans les trois différents hôpitaux de district de Yaoundé avant de débiter l'étude (annexe 3 et 4).

8. CHRONOGRAMME

Les détails du déroulement de ladite étude est présenté dans le tableau ci-après :

Tableau 1: Déroulement des activités

	Période	Responsable
Rédaction protocole	Novembre-Décembre 2019	Ishaaga M
Validation protocole	Janvier 2020	Directeur
Obtention des autorisations	Février 2020	FMSB
Collecte et analyse des données	Février -Mars 2020	Ishaaga M
Production du Draft 0 de la thèse	Avril 2020	Ishaaga + Directeur
Rédaction et correction de thèse	Mai- juillet 2020	Ishaaga M
Dépôt de la thèse	Août 2020	Ishaaga M
Soutenance de la thèse	Août 2020	FMSB

9. BUDGET

Ladite thèse a été réalisée après une estimation d'un budget. Les détails des dépenses sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 2: Budgétisation

N°	Désignation	Montant en francs CFA
1	Documentation en ligne	150 000
2	Impression du protocole	25 000
3	Transport	200 000
4	Clé USB + modem	50 000
5	Impression des fiches de collecte des données	50 000
6	Motivation des enquêteurs	120 000
7	Achat du logiciel SPSS	400 000
8	Impression de la thèse	50 000
9	Imprévus	100 000
10	Connexion internet et téléphone	100 000
TOTAL		1 245 000

**CHAPITRE IV:
RESULTATS**

IV.1. RECRUTEMENT

L'échantillon était composé de 142 participants collectés auprès des patients ayant été consulté en médecine générale dans les hôpitaux de District (HD) à Yaoundé.

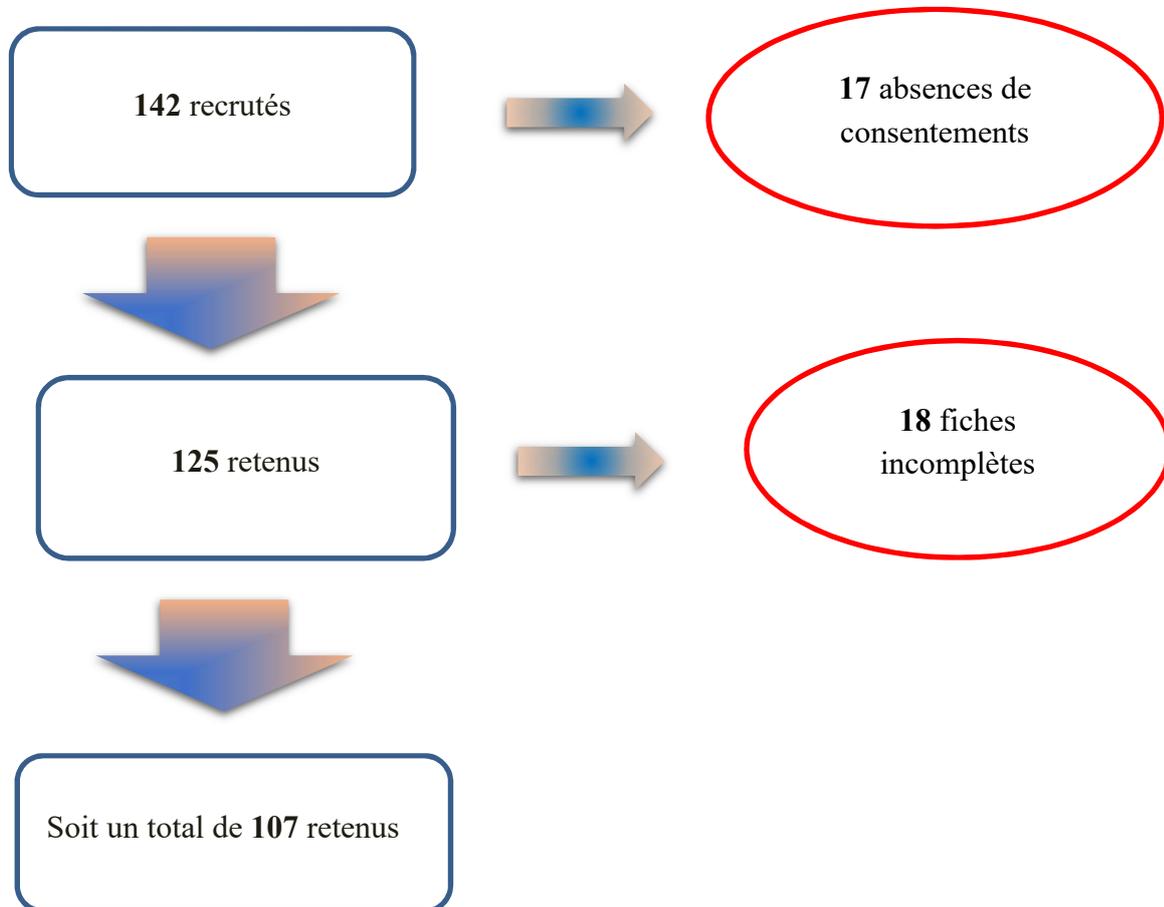


Figure 2 : Schéma du recrutement

IV.2. DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

La sex-ratio était de 1,44 avec une moyenne d'âge de 65 ans et un écart-type de 7 ans. L'âge minimal était de 50 ans et l'âge maximal était de 85 ans. Les détails sont mentionnés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 3: Profil sociodémographique

		n=107
		n (%)
Sexe	Féminin	63 (58,9)
	Masculin	44 (41,1)
Age	[50 ; 59[35 (32,7)
	[60 ; 69[57 (53,3)
	[70 ; 79[9 (8,4)
	80 et plus	6 (5,6)
Aire culturelle	Côtière	20 (18,7)
	Forestière	21 (19,6)
	Grass Field	28 (26,2)
	Sahélienne	11 (10,2)
	Autochtone	18(16,8)
	Savane	9 (8,9)
Religion	Athée	6 (5,6)
	Christianisme	81 (75,7)
	Islam	19 (17,8)
	Autres	1(0,9)
Statut matrimonial	Célibataire	28 (26,2)
	Marié(e)	51 (47,7)
	Divorcé(e)	5 (4,7)
	Veuf (ve)	22(20,6)
	Union libre	1(0,9)
Profession	Sans	11 (10,3)
	Fonctionnaire	26 (24,3)
	Retraité	40(37,4)
	Secteur informel	25(23,4)
	Secteur privé	5 (4,7)
Niveau d'étude	Sans	9 (8,4)
	Primaire	11 (10,3)
	Premier cycle	6 (5,6)
	Second cycle	25 (23,4)
	Supérieur	56 (52,3)
Niveau de revenu	Inférieur à 100 000frcs	65 (70,1)
	[100 000 ; 200 000frcs [27 (25,2)
	[200 000 ; 400 000frcs [4 (3,7)
	Supérieur à 400 000frcs	1 (0,9)

Plus la moitié des informateurs avaient plus de 60 ans (53,3%). Presque la moitié de la population générale était mariée (47,7%) et était retraité (37,4%) du point de vu professionnel.

La majorité des informateurs (52,3%) avait fait des études supérieures, environ un quart (23,4%) ont fait l'étude secondaire, seul un petit nombre (5,6%) ont fait l'étude primaire, quelques-uns (10,3%) également ont fait les études primaires et une petite partie (8,4%) n'ayant fait aucune étude ont été retrouvés. Egalement la majorité de la population d'étude (65%) avait un revenu inférieur à 100 000frs. Après détail des données sociodémographiques, la satisfaction d'environnement physique et socio-économique a été abordée.

IV.3. ENVIRONNEMENT

Concernant la fréquentation hospitalière, jusqu'à 85,7% fréquentaient l'hôpital parce qu'il était le plus proche, 46,6% le trouvaient accueillant, 15,8% le trouvaient propre et 10,2% le trouvaient à faible coût. Les détails sont dans la figure ci-dessous.

Tableau 4: Fréquentation hospitalière

		HDB	HDE	HDD	Tous=107
		n(%)	n(%)	n(%)	n (%)
Fréquentation Hospitalière	Proche	10(9,3)	5(4,6)	6(5,6)	21(19,6)
	Accueillant	3(2,8)	1(0,9)	2(1,8)	6(5,6)
	Propre	1(0,9)	0(0)	1(0,9)	2(1,9)
	Faible coût	2(1,8)	3(2,8)	1(0,9)	7(6,5)
	Proche et faible coût	7(6,5)	4(3,7)	5(4,6)	16(15)
	Proche et accueillante	9(8,4)	3(2,8)	6(5,6)	18(16,8)
	Proche et propre	8(7,4)	0(0)	3(2,8)	11(10,3)
	Propre et accueillante	2(1,8)	1(0,9)	1(0,9)	4(3,7)
	Proche, propre et Accueillante	8(6,5)	2(1,8)	8(7,4)	18(16,8)
	Tout	1(0,9)	1(0,9)	2(1,8)	4(3,7)

Par ailleurs 15% l'avaient fréquenté parce qu'il était à la fois proche et à faible coût, (16,8%) l'ont trouvé proche et accueillante, (10,3%) l'ont trouvé proche et propre, seulement (3,5%) ont trouvé propre et accueillante et (16,8%) l'ont trouvé propre, proche et accueillante

Concernant l'environnement physique, l'espace d'accueil 39,2% (12,9% HDB, 12,1% HDE et 13,9% HDD) des informateurs avaient déclaré être assez satisfait ou insatisfaits ou déçu. Le tableau ci-dessous présente les détails.

Tableau 5: Environnement physique

		HDB n(%)	HDE n(%)	HDD n(%)	Total=107 n (%)
Espace d'accueil	Très satisfait	11(10,2)	8(7,4)	5(4,6)	24(22,4)
	Satisfait	17(15,8)	13(12,1)	11(10,2)	41(38,3)
	Assez satisfait	8(7,4)	6(5,6)	4(3,7)	18(16,8)
	Insatisfait	5(4,6)	7(6,5)	8(7,4)	20(18,7)
	Déçu	1(0,9)	0(0)	3(2,8)	4(3,7)
Confort	Très satisfait	8(7,4)	5(4,6)	4(3,7)	17(15,9)
	Satisfait	23(21,5)	30(28)	21(19,6)	74(69,2)
	Assez satisfait	6(5,6)	3(2,8)	5(4,6)	14(13,1)
	Insatisfait	0(0)	1(0,9)	1(0,9)	2(1,9)
	Déçu	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
Hygiène du Service	Très satisfait	9(8,4)	9(8,4)	9(8,4)	27(25,2)
	Satisfait	18(16,8)	12(11,2)	6(5,6)	36(33,6)
	Assez satisfait	7(6,5)	5(4,6)	11(10,2)	23(21,5)
	Insatisfait	5(4,6)	6(5,6)	7(6,5)	18(16,8)
	Déçu	0(0)	1(1,8)	2(1,8)	3(2,8)

Pour ce qui est du confort 85,1%(28,9% HDB, 32,6 % HDE et 23,3% HDD), étaient très satisfaits ou satisfaits. De même que l'hygiène du service 58,8% (soit 25,2% à l'HDB, 19,6% à l'HDE et 14% à l'HDD) des informateurs étaient satisfaits.

En ce qui concerne l'environnement socio-culturel et relationnel, le respect par le médecin, représente plus de la moitié 86,9%(21,5% HDB, 14% HDE et 17,7% HDD) des informateurs étaient très satisfaits ou satisfaits. Les détails se trouvent dans le tableau ci-dessous.

Tableau 6: Environnement socio-culturel et relationnel

		HDB n(%)	HDE n(%)	HDD n(%)	Total=107 n (%)
Respect	Très satisfait	11(9,3)	15(14)	10(9,3)	36(33,6)
	Satisfait	23(21,5)	15(14)	19(17,7)	57(53,3)
	Assez satisfait	3(2,8)	4(3,7)	3(2,8)	10(9,3)
	Insatisfait	3(2,8)	1(0,9)	0(0)	4(3,7)
	Déçu	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
Intimité	Très satisfait	11(10,2)	8(7,4)	12(11,2)	31(29)
	Satisfait	30(28)	19(17,7)	22(20,5)	71(66,4)
	Assez satisfait	1(0,9)	1(0,9)	3(2,8)	5(4,5)
	Insatisfait	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
	Déçu	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
Attention	Très satisfait	14(13)	8(7,4)	10(8,4)	32(29,9)
	Satisfait	20(18,7)	25(23,3)	17(15,8)	62(57,9)
	Assez satisfait	4(3,7)	5(4,6)	4(3,7)	13(12,1)
	Insatisfait	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
	Déçu	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
Accueil	Très satisfait	17(15,8)	8(7,4)	9(8,4)	34(31,8)
	Satisfait	27(25,2)	20(18,6)	16(15)	63(58,9)
	Assez satisfait	2(1,8)	2(1,8)	4(3,7)	8(7,5)
	Insatisfait	0(0)	1(0,9)	1(0,9)	2(1,9)
	Déçu	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
Ecoute	Très satisfait	7(6,5)	15(14)	11(10,2)	33(30,8)
	Satisfait	19(17,7)	18(16,8)	25(23,3)	62(57,9)
	Assez satisfait	3(2,8)	3(2,8)	3(2,8)	9(8,4)
	Insatisfait	2(1,8)	1(0,9)	1(0,9)	3(2,8)
	Déçu	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
Dialogue	Très satisfait	9(8,4)	7(6,5)	5(4,6)	21(19,6)
	Satisfait	16(15)	21(19,6)	20(18,7)	57(53,2)
	Assez satisfait	6(5,6)	4(3,7)	5(4,6)	15(14)
	Insatisfait	2(1,8)	3(2,8)	5(4,6)	10(18,6)
	Déçu	1(0,9)	1(0,9)	2(1,8)	4(3,7)

Jusqu'à 95%(38,2% HDB, 25,1% HDE, 21,7% HDD) des enquêteurs étaient très satisfaits ou satisfaits de l'intimité et de la confidentialité accordées. En ce qui concerne l'attention, 87,8%(31,7% HDB, 30,7% HDE et 24,2% HDD) des enquêteurs étaient très satisfaites ou satisfaites. Sur le plan accueil, 90,7%%(41% HDB, 26% HDE et 23,4% HDD) étaient très satisfaits ou satisfaits. En parlant de l'écoute, 88,7%(24,2% HDB, 30,8% HDE et 23,5% HDD) d'enquêteurs étaient très satisfaits ou satisfaits. Plus de la moitié 63,7%(23,4% HDB, 26,1% HDE et 23,3% HDD) des enquêteurs étaient très satisfaits ou satisfaits du dialogue.

IV.4. ACCESSIBILITE

Concernant l'accessibilité, le délai d'attente en salle d'attente, représente près de la moitié 46,7%(9,2% HDB, 13% HDE et 24,3% HDD) d'enquêteurs étaient peu satisfaits ou insatisfaits. Le tableau ci-dessous présente les détails.

Tableau 7: Délai d'attente

		HDB n(%)	HDE n(%)	HDD n(%)	Total=107 n (%)
En salle d'attente	Très satisfait	6(5,6)	9(8,4)	2(1,8)	17(15,9)
	Satisfait	12(11,2)	15(14)	10(9,3)	37(34,5)
	Assez satisfait	8(7,4)	12(11,2)	23(21,5)	43(40,2)
	Insatisfait	2(1,8)	2(1,8)	3(2,8)	7(6,5)
	Déçu	1(0,9)	0(0)	2(1,8)	3(2,8)
Obtention d'un rendez-vous	Très satisfait	12(11,2)	21(19,6)	10(9,3)	43(40,1)
	Satisfait	13(12,14)	10(9,3)	12(11,2)	35(32,8)
	Assez satisfait	8(7,4)	7(6,5)	6(5,6)	21(19,6)
	Insatisfait	2(1,8)	4(3,7)	2(1,8)	8(7,4)
	Déçu	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)

Pour l'obtention d'un rendez-vous, plus d'un quart 27% d'enquêteurs étaient peu satisfaits ou insatisfaits. En ce qui concerne le transport, 87,8% (34,5% HDB, 21,4% HDE et 31,7% HDD) d'enquêteurs étaient très satisfaits ou satisfaits.

L'accessibilité financière, le transport représente 86,8% (34,5% HDB, 21,4% HDE et 31,7% HDD) étaient satisfaits ou très satisfaits. Les détails se trouvent dans le tableau ci-dessous.

Tableau 8: Accessibilité financière

		HDB n(%)	HDE n(%)	HDD n(%)	Total=107 n (%)
Transport	Très satisfait	9(8,4)	10(9,3)	15(14)	34(31,8)
	Satisfait	28(26,1)	13(12,1)	19(17,7)	60(56)
	Assez satisfait	2(1,8)	4(3,7)	3(2,8)	9(8,4)
	Insatisfait	0(0)	0(0)	2(1,8)	2(1,8)
	Déçu	0(0)	1(0,9)	1(0,9)	2(1,8)
Consultation	Très satisfait	7(6,5)	5(4,6)	5(4,6)	17(15,9)
	Satisfait	24(22,4)	21(19,6)	25(23,3)	70(64,4)
	Assez satisfait	4(3,7)	8(7,4)	5(4,6)	17(15,9)
	Insatisfait	1(0,9)	1(0,9)	1(0,9)	3(2,8)
	Déçu	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
Produits	Très satisfait	5(4,6)	5(4,6)	8(7,4)	18(16,8)
	Satisfait	15(14)	10(9,3)	12(11,2)	37(34,5)
	Assez satisfait	12(11,2)	11(10,2)	13(12,1)	36(33,6)
	Insatisfait	5(4,6)	3(2,8)	4(3,7)	12(11,2)
	Déçu	0(0)	2(1,8)	2(1,8)	4(3,7)

Concernant la consultation 80,3% (28,9% HDB, 25,2% HDE et 27,9% HDD) des enquêteurs étaient très satisfaits ou satisfaits.

Plus de la moitié 51,5% (18,6% HDB, 13,9% HDE et 18,6% HDD) d'enquêteurs étaient assez satisfaits ou insatisfaits du prix des produits.

Concernant l'accessibilité socio-culturelle, la possibilité de s'exprimer et d'être écouté, plus de la moitié 81,2% (19,5% HDB, 30,8% HDE et 30,7% HDD) d'enquêteurs étaient satisfaits ou très satisfaits. Le tableau ci-dessous présente les détails.

Tableau 9: Accessibilité socio-culturelle

		HDB	HDE	HDD	Total=107
		n(%)	n(%)	n(%)	n (%)
Exprimer et être écouter	Très satisfait	8(7,4)	15(14)	13(12,1)	36(33,6)
	Satisfait	13(12,1)	18(16,8)	20(18,6)	51(47,6)
	Assez satisfait	3(2,8)	5(4,6)	2(1,8)	10(9,3)
	Insatisfait	3(2,8)	2(1,8)	3(2,8)	8(7,5)
	Déçu	0(0)	1(0,9)	1(0,9)	2(1,8)
Implication	Toujours	4(3,7)	5(4,6)	4(3,7)	13(12,1)
	Souvent	2(1,8)	5(4,6)	6(5,6)	13(12,1)
	Parfois	7(6,5)	4(3,7)	6(5,6)	17(15,9)
	Rarement	2(1,8)	6(5,6)	5(4,6)	13(12,1)
	Jamais	22(20,5)	11(9,3)	18(16,8)	51(47,7)
Transmission d'information	Très satisfait	6(5,6)	11(10,2)	8(7,4)	25(23,3)
	Satisfait	11(10,2)	13(12,1)	17(15,8)	41(38,3)
	Assez satisfait	5(4,6)	8(7,4)	8(7,4)	21(19,6)
	Insatisfait	4(3,7)	5(4,6)	9(8,4)	18(16,8)
	Déçu	0(0)	1(0,9)	1(0,9)	2(1,8)
Confiance	Très satisfait	12(11,2)	9(8,4)	11(10,2)	32(30)
	Satisfait	20(18,7)	20(18,7)	26(24,3)	66(61,6)
	Assez satisfait	3(2,8)	2(1,8)	2(1,8)	7(6,5)
	Insatisfait	1(0,9)	0(0)	1(0,9)	2(1,8)
	Déçu	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)

Plus de la moitié 59,8% (22,3% HDB, 14,9% HDE et 20,4% HDD) d'enquêteurs étaient jamais ou rarement impliqués dans la prise de décision concernant leur traitement. Par ailleurs, jusqu'à 61,6% (15,8% HDB, 22,3% HDE et 23,3% HDD) d'enquêteurs étaient satisfaits ou très satisfaits par rapport à la transmission d'information sur leur santé. Plus de la moitié 81,6%(29,9% HDB, 27,1% HDE et 34,5% HDD) des informateurs étaient satisfaits ou très satisfaits et accordaient la confiance à leur médecin.

IV.5. PRISE EN CHARGE

En ce qui concerne l'information sur la PEC, presque la moitié 45,8%(12,3% HDB, 12% HDE et 20,5%HDD) d'enquêteurs étaient insatisfaits. Les détails se trouvent dans le tableau ci-dessous.

Tableau 10: Prévention

		HDB	HDE	HDD	Total=107
		n(%)	n(%)	n(%)	n (%)
PEC	Oui	12(11,2)	9(8,4)	9(8,4)	30(28)
	Non	10(9,3)	8(7,4)	13(12,1)	31(29)
	De fois	12(11,2)	8(7,4)	8(7,4)	28(26,2)
	Jamais	4(3,7)	5(4,6)	9(8,4)	18(16,8)
Maladies lié à l'âge	Toujours	3(2,8)	1(0,9)	2(1,8)	6(5,6)
	Souvent	11(10,28)	7(6,5)	10(9,3)	28(26,2)
	Parfois	6(5,6)	6(5,6)	4(3,7)	16(15)
	Rarement	8(6,5)	11(10,2)	11(10,2)	30(28)
	Jamais	6(5,6)	10(9,3)	11(10,2)	27(25,2)
Accompagnement Psychosocial	Très satisfait	8(7,4)	8(7,4)	7(6,5)	23(21,5)
	Satisfait	17(15,8)	11(10,2)	16(15)	44(41,1)
	Assez satisfait	5(4,6)	4(3,7)	10(9,3)	19(17,7)
	Insatisfait	3(2,8)	4(3,7)	4(3,7)	11(10,2)
	Déçu	3(2,8)	4(3,7)	3(2,8)	10(9,3)

De même quant à la prévention des maladies lié à l'âge jusqu'à 68,2%%(17,7% HDB, 26% HDE et 23,8%HDD) des informateurs ont manifesté leur insatisfaction. Sur le plan d'accompagnement psychosocial, plus de la moitié 62,6%(16,7% HDB, 14,8% HDE et 20,5%HDD) d'enquêteurs étaient satisfaits.

Tableau 11: Promotion de la santé

		HDB	HDE	HDD	Total=107
		n(%)	n(%)	n(%)	n (%)
Habitude de vie	Très satisfait	5(4,6)	7(6,5)	2(1,8)	14(13)
	Satisfait	11(10,2)	21(19,6)	10(9,3)	42(39,2)
	Assez satisfait	3(2,8)	8(7,4)	7(6,5)	18(16,8)
	Insatisfait	3(2,8)	5(4,6)	4(3,7)	12(11,2)
	Déçu	8(7,4)	4(3,7)	9(8,4)	21(19,6)
Accès aux soins	Oui	7(6,5)	6(5,6)	7(6,5)	20(18,7)
	Non	19(17,7)	25(23,3)	17(15,8)	61(59,8)
	De fois	6(5,6)	10(9,3)	7(6,5)	23(21,5)
	Jamais	1(0,9)	1(0,9)	1(0,9)	3(2,8)
Education sanitaire	Très satisfait	8(7,4)	10(9,3)	10(9,3)	28(26,1)
	Satisfait	13(12,1)	10(9,3)	14(13)	37(34,5)
	Assez satisfait	12(11,2)	11(10,2)	13(12,1)	36(33,6)
	Insatisfait	1(0,9)	1(0,9)	3(2,8)	5(4,6)
	Déçu	0(0)	0(0)	1(0,9)	1(0,9)

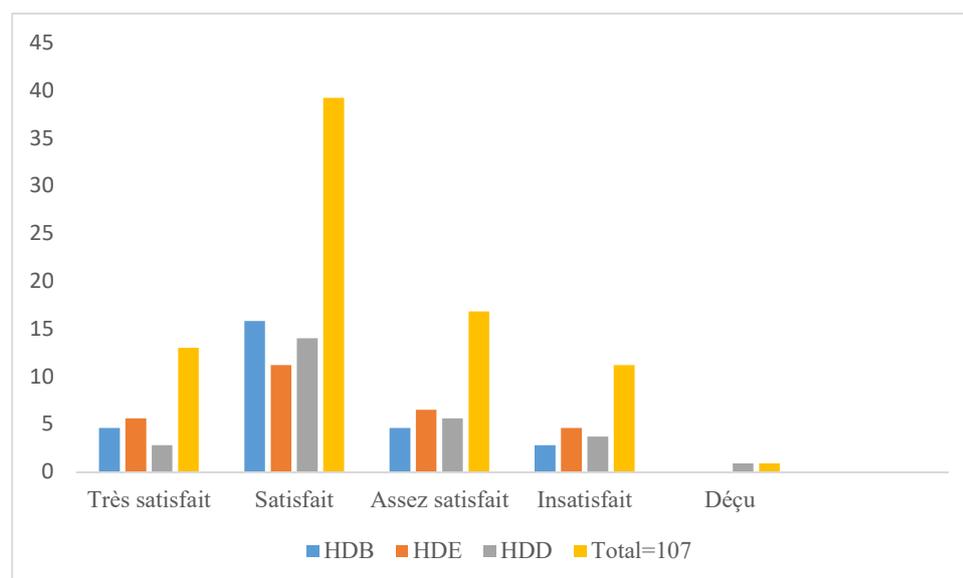
Concernant leur habitude et mode de vie, plus de la moitié 52,3%(23,2% HDB, 17,6% HDE et 21,5%HDD) étaient très satisfaits ou satisfaits. Dans le même sens, plus de 59,8%%(12,1% HDB, 14,9% HDE et 13%HDD) étaient satisfaits de leur accès aux soins. En ce qui concerne l'éducation à la santé, 60,6%(14,8% HDB, 26,1% HDE et 11,1%HDD) étaient très satisfaits ou satisfaits.

Concernant la disponibilité, plus de la moitié 52,2% (20,4% HDB, 16,8% HDE et 16,8% HDD) étaient très satisfaits ou satisfait de la disponibilité des personnels

Tableau 12: Disponibilité des personnels soignants

		HDB n(%)	HDE n(%)	HDD n(%)	Total=107 n (%)
Disponibilité des Personnels	Très satisfait	5(4,6)	6(5,6)	3(2,8)	14(13)
	Satisfait	17(15,8)	12(11,2)	15(14)	42(39,2)
	Assez satisfait	5(4,6)	7(6,5)	6(5,6)	18(16,8)
	Insatisfait	3(2,8)	5(4,6)	4(3,7)	12(11,2)
	Déçu	0(0)	0(0)	1(0,9)	1(0,9)

Presque la moitié de (39,2%) la population était satisfaite de la disponibilité des personnels soignants.

**Figure 3 : Disponibilité des personnels**

IV.6. SATISFACTION GLOBALE

Presque la moitié de l'échantillon 40,9% (10,1% HDB, 13,9% HDE et 16,6% HDD) avait dit être insatisfaite vis-à-vis de la consultation de médecine générale. Le reste des résultats est mentionné sur la figure ci-dessous.

Tableau 13 : Satisfaction exprimée

		HDB	HDE	HDD	Total=107
		n(%)	n(%)	n(%)	n (%)
Satisfaction Exprimée	Très satisfait	6(5,6)	6(5,6)	4(3,7)	16(14,9)
	Satisfait	20(18,6)	16(14,9)	11(10,2)	47(43,9)
	Assez satisfait	5(4,6)	7(6,5)	5(4,6)	17(15,8)
	Insatisfait	4(3,7)	5(4,6)	8(7,4)	17(15,8)
	Déçu	2(1,8)	3(2,8)	5(4,6)	10(9,3)

Près de la moitié 44% des participants était satisfait globalement des services reçus.

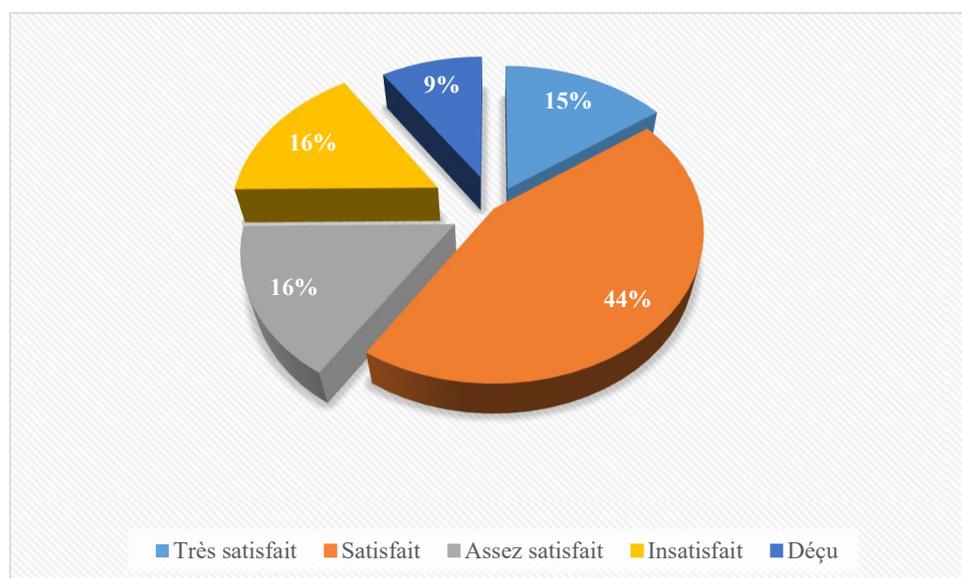


Figure 4: Satisfaction globale perçue par les participants

Analyse générale de la satisfaction

L'indice Alpha de Cronbach permet de dire si les questions/items permettent de traduire le même phénomène.

Tableau 14: satisfaction générale estimée

		HDB n(%)	HDE n(%)	HDD n(%)	Total=107 n (%)	Alpha de Cronbach
Environnement	Satisfait	16 (14,9)	14(13)	10(9,3)	40(37,3)	0,755
	Insatisfait	20(18,6)	22(20,5)	25(23,3)	67(62,6)	
Accessibilité	Satisfait	18(16,8)	17(15,8)	14(6,5)	49(45,7)	0,742
	Insatisfait	18(16,8)	20(18,6)	20(18,6)	58(54,2)	
Prise en charge	Satisfait	14(13)	13(12,1)	17(15,8)	44(41,1)	0,709
	Insatisfait	22(20,5)	24(22,4)	17(15,8)	63(58,8)	

L'analyse du tableau ci-dessus, montre la cohérence interne des items/questions acceptables, car les valeurs de l'alpha de Cronbach supérieur à 0,6 démontrent une significativité de ces résultats. Ainsi les taux de satisfaction de l'environnement physique, socioculturel et relationnel, de l'accessibilité, et de la prise en charge étaient respectivement : 37,3% (14,9% HDB, 13% HDE et 9,3% HDD), 45,7% (16,8% HDB, 15,8% HDE et 6,5% HDD) et 41,1% (13% HDB, 12,1%HDE et 15,8% HDD).

IV.7. ATTENTES DES POPULATION

Les participants ont émis des recommandations en vue d'améliorer la satisfaction des personnes du 3^{ème} âge vis-à-vis de la consultation de médecine générale: au département ministériel en charge de la santé publique, les patients ont formulé des recommandations pour l'amélioration des situations des personnes du 3^{ème} âge.

Le détail de ces attentes est représenté dans le tableau suivant.

Tableau 15: Attente des participants

		HDB	HDE	HDD	Total=107
		n(%)	n(%)	n(%)	n (%)
Au gouvernement	Subventionner le prix des médicaments et des examens	45(14)	60(18,6)	56(17,4)	161(50,1)
	Plus de personnel	23(7,1)	15(4,6)	17(5,3)	55(17,1)
	Plus de nombre de service	30(9,3)	19(5,9)	28(8,7)	77(16,8)
	Plus d'équipement	9(2,8)	13(4)	6(1,8)	28(8,7)
A la formation sanitaire	Agrandir le service	12(3,7)	21(6,5)	14(4,3)	47(14,6)
	Privilégier les personnes âgées	45(14)	36(11,2)	20(6,2)	101(31,4)
	Plus de place assise	31(9,6)	24(7,4)	46(14,3)	101(31,4)
	Sensibilisation sur les maladies liées à l'âge	19(5,9)	26(8)	27(8,4)	72(22,4)

Pour la population d'étude, jusqu'à la moitié (50,1%) recommande la subvention du prix des médicaments et des examens.

Chapitre V :
DISCUSSION

1. LIMITES DE L'ETUDE

Ce travail présentait des limites qui méritent d'être soulignées. L'étude portait sur l'évaluation de la satisfaction des patients du 3^{ème} âge vis-à-vis de la consultation de médecine générale, elle était déclarative, il se posait donc une interrogation sur la fiabilité des réponses malgré l'attention que l'enquêteur avait porté aux participants. De même que la proximité entre la salle d'attente et la salle de consultation du généraliste aurait pu influencer les réponses des participants à l'hôpital et entraîner un biais d'information. Aussi certains responsables des différentes structures avaient refusé de collaborer pour la réussite de cette étude.

2. POPULATION D'ETUDE

La population d'étude était constituée de 107 informateurs soit 36 à l'Hôpital de District (HD) de Biyem-assi, 36 à l'HD d'Efoulan et 35 à l'HD de Djoungolo.

La sex-ratio était de 1,44 avec une moyenne d'âge de 60 ans et un écart-type de 7 ans. L'âge minimal était de 50 ans et l'âge maximal était de 85 ans. Ces résultats indiquent l'importance de la population féminine 58,9%, contrairement à 41,1% d'hommes dans l'étude au Burkina Faso. Ceci pourrait s'expliquer par la proportion des femmes venant en consultations hospitalières en général[21].

La présence de toutes les aires culturelles du pays : Autochtone (16,8%), Côtier (18,7%), Forêt (19,6%), Gras Field(26,2%), Sahélienne (10,2%) et Savane (8,9%) dans l'échantillon confirme le caractère cosmopolite de la ville de Yaoundé et de l'intégration nationale prônée par le gouvernement pour que chaque camerounais se sente chez lui partout où il se trouve sur l'étendue du territoire national. La présence d'une diversité culturelle prouve belle et bien la répartition quasi moyenne de toute les aires culturelles de la ville de Yaoundé. Néanmoins, On observe une légère majorité (26,2%) d'aire culturelle « Gras Field » c'est à dire originaire de la région de l'ouest et Nord-ouest du pays.

Le niveau d'instruction s'est globalement amélioré dans l'ensemble du pays, comme l'a confirmé l'Institut National de la Statistique en 2012[22]. Globalement, plus de la moitié 64,5% des participants à l'étude avait au moins un niveau du premier cycle du secondaire. Cependant, il faut tout de même noter que 8,4% des informateurs n'ont fait aucune étude. Ces résultats s'expliqueraient par le fait que cette étude a été menée dans une zone urbaine fortement nourrit en intellectuel, une ville représentant la cité politique du pays.

Jusqu'à 37,4% de l'échantillon était des retraités, et 52,4% de l'échantillon global était des salariés soit du secteur public, du secteur informel ou du secteur privé. De même 10,3% des participants étaient sans emploi. Ceci pourrait expliquer le fait qu'une partie considérable (70,1%) de l'échantillon avait un revenu mensuel inférieur cent mille francs. Leur faible revenu expliquerait donc le choix des hôpitaux de 3ème catégorie de niveau périphérique.

La Constitution camerounaise garantit la liberté de religion. Au plan national, les chrétiens représentent 69% de la population, contre 14% pour les musulmans et 16% pour les animistes selon une étude menée au Cameroun en 2008[23]. Dans cette étude, 75,7% des chrétiens, 17,8% des musulmans et 5,6% des animistes ont été retrouvés. Malgré la laïcité du pays, la population était plus chrétienne. Ceci pourrait être lié à l'histoire et à la colonisation de la région du Centre par les missionnaires chrétiens faisant ainsi des régions du Centre les zones à prédominance chrétiennes du pays [23].

3. ENVIRONNEMENT

3.1. Fréquentation hospitalière

Concernant la fréquentation hospitalière, jusqu'à 87,5% fréquentait l'hôpital la plus proche. Du point de vue de l'accueil, 46,6% le trouvait également accueillant, mais seul 15,8% le trouvait propre et 10,2% le trouvait à faible coût. Une étude faite à Douala par Moifo B et al [9] retrouvait la proximité géographique comme un facteur important pour la fréquentation du service d'imagerie avec 72% de patients ayant consulté à l'HGD. De même 89,2% le fréquentait pour sa propreté.

3.2. Environnement physique

L'environnement physique était composé de l'espace d'accueil, de l'hygiène du service et du confort. En effet, 90,7% des personnes interrogées avaient déclaré être satisfaites de l'espace d'accueil dans les hôpitaux. Le confort n'étant pas directement lié aux services pourrait être l'espace d'accueil, l'hygiène du service. Dans cette étude près de la moitié (40%) des participants n'était pas satisfaites de l'espace d'accueil. Ceci pourrait s'expliquer par l'espace étroite de la salle d'accueil et le nombre limité des places assises surtout pour la personne âgée polypathologiques. Ces résultats corroboraient avec celui retrouvés en 2018 à Yaoundé[20] où 52,5 % des participants étaient satisfaits.

Le confort est une situation qui aide le patient à supporter les soins quelle que soit la durée. Ainsi, le siège où il est installé doit être suffisamment confortable pour atténuer la souffrance liée aux soins surtout avec l'avancée en âge, la présence simultanée de plusieurs maladies

chroniques. Près de 85,1% des patients exprimaient leur satisfaction par rapport au confort. Ces résultats se rapprochent de ceux retrouvés à Dakar où 80% exprimaient leur satisfaction par rapport au confort[24].

L'hygiène du service, le confort et l'espace d'accueil pourraient être les éléments motivant les patients à fréquenter un hôpital précis. Nous retrouvons dans notre étude 86,9% des participants qui étaient satisfaits. Ceci s'explique par le fait que Les conditions d'hygiène et de propreté, d'asepsie et d'antisepsie qui font partie des critères d'appréciation de la sécurité des soins, semblent négligées, puisque seuls 58,8% des patients expriment leur satisfaction en ce domaine. Dans le même lancé, on retrouve dans une étude similaire de Diouf M et al à Dakar une concordance ils ont retrouvé environ 55,1% de patients satisfaits de l'hygiène du service[24].

Une des plus fortes attentes des personnes interrogées s'exprime dans le fait d'être traitées avec respect, particulièrement dans les échanges avec le personnel soignant et dans les soins apportés. Ainsi donc jusqu'à 86,9% des participants étaient satisfaits. Ceci pourrait s'expliquer par les petites marques d'attention et la gentillesse qui sont particulièrement appréciées. Un sourire, le fait de dire « Bonjour » ou de s'adresser directement à la personne, des gestes de considération sont perçus comme des qualités importantes. On retrouve dans une étude faite à Tunisie[4] en 2011 92,1% de satisfaction vis-à-vis du respect.

L'intimité c'est cet espace privé qui peut être partagé par un autre uniquement avec l'accord de la personne. Pour certains, les soignants s'interrogent peu sur le respect de l'intimité, surtout lorsqu'il s'agit d'un enfant, d'un adolescent ou d'une personne âgée. On note que 95% des patients étaient satisfaits. On retrouve dans une autre étude[24] faite au Dakar 93,3% de satisfaction.

La relation efficace entre le praticien et le patient découle d'abord de l'attention, de l'écoute, que le praticien accorde aux propos du patient et ensuite des réponses, des informations et des conseils, qu'il lui apportera. Ainsi dans notre étude, 57,9% de participants étaient très satisfaits et 29,9% étaient satisfaits.

Concernant l'accueil des patients, 58,9% le trouvaient satisfaisant contre 31,8% qui le trouvaient très satisfaisants. Ceci pourrait s'expliquer par la prise en compte du facteur primordial de l'accueil du patient et de sa famille surtout avec les vieux et leur état polypathologique avec parfois une mauvaise odeur ou odeur dite de « pipi ». C'est pour lui un temps fort, un moment d'imprégnation où il est sensible et vulnérable et où il a besoin de se raccrocher à quelqu'un.

La satisfaction du dialogue avec les soignants était retrouvée dans 87,9% de notre population d'étude. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les personnes âgées ont plusieurs affections

chroniques à la fois et reste une personne vulnérable qui a besoin d'un soutien en permanent de son entourage. Par ailleurs la qualité d'écoute des personnes âgées et leurs aidants s'accordent à dire que des gestes de considération peuvent énormément améliorer la qualité de la relation avec les professionnels et donc leur expérience de prise en charge ainsi que celle de leurs aidants. Dans notre étude nous retrouvons jusqu'à 36,3% de participants qui ont manifesté leur insatisfaction par rapport à la qualité d'écoute. Une étude semblable a été faite à Dakar par Diouf M qui retrouvait 21,4% de satisfaction.

4. ACCESSIBILITE

La proportion de patients qui avait éprouvé de l'insatisfaction était presque proportionnelle en ce qui concerne le délai d'attente en salle d'attente 49,5% (10,1% HDB, 13% HDE et 26,1% HDD) mettant ainsi la lumière sur les longues durées d'attente en salle d'attente. Ces résultats corroboraient avec ceux retrouvés en 2014 à l'hôpital général de Douala [9] où 45% des patients étaient insatisfaits de la durée d'attente. En 2013, au CHU de Nancy l'attente se trouvait être le deuxième motif d'insatisfaction avec 17% des patients insatisfaits[25].

Le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous chez les professionnels de santé n'est pas considéré comme une source d'insatisfaction par les personnes âgées. Dans notre étude on retrouve jusqu'à 72,9%(23,3% HDB, 28,9% HDE et 20,5% HDD) de satisfaction. Ceci pourrait s'expliquer par le suivi des maladies chroniques, les rendez-vous sont généralement pris d'une fois sur l'autre chez les généraliste et anticipés suffisamment à l'avance pour la visite souvent trimestrielle chez le généraliste. Les patients âgés ont moins de contraintes sur les horaires. A l'inverse, les durées et les conditions d'attente en cabinet de médecins ou à l'hôpital, sont une source de stress et d'insatisfaction importante. Dans le même lancé, une étude menée à France en janvier 2020 retrouve 54% de satisfaction.

En ce qui concerne le coût de transport, jusqu'à 87,8%(24,5% HDB, 21,4% HDE et 31,7% HDD) était satisfait. Cela s'explique par le fait que les hôpitaux ne sont pas loin de leur maison malgré leur âge et leur état polypathologique et l'accessibilité facile au moyen de transport. De même le coût de consultation était également trouvé abordable chez environ 80,3%(28,9% HDB, 24,2% HDE et 27,9% HDD). Ceci pourrait être justifié par le fait que plusieurs participants avaient jugé les prix de consultation peu coutant dans les hôpitaux de district malgré le faible revenu de certains. Ainsi donc, une étude faite à Burkina Faso[26] par Nana.W.F et al. en 2018 avait retrouvé également 70,8% de satisfaction. La proportion de patient qui avait éprouvé de l'insatisfaction était presque égal à la proportion des satisfaits en ce qui concerne les coûts des produits (48,5% dont 33,6% de peu satisfaits; 11,2% d'insatisfaits et 3,7 % de déçus)

mettant ainsi en lumière le coût élevé des médicaments et examens de laboratoires dans ces services par rapport au faible revenu de cette population. De même Mezones-Holguín et al. avait trouvé 30,6% des participants qui avaient un accès inefficace au Pérou dû à l'institution prestataire, à la pauvreté et à la raison de la consultation médicale[27]. Contrairement à Nana.W.F et al. en 2018 à Burkina Faso [26] avait retrouvé jusqu'à 66,9% de satisfaction du coût des médicaments. Concernant les examens paracliniques, Moifo B et al en 2014 estime que 52% trouvaient les examens chers ou très chers et le prix élevé des examens constituait 21% des principales causes d'insatisfaction.

Concernant la possibilité de s'exprimer et d'être écouté, 91,2% était satisfait. En revanche, une étude faite par Diouf M au Mali [24] en 2010 retrouve moins de satisfaits à l'écoute du personnel soignant (21,4 %). Dans bien des cas, des marques de politesse, une écoute attentive ou une explication précise de la part des professionnels de santé répondront au besoin de respect de la personne âgée et permettront d'améliorer sa satisfaction. L'implication dans la prise de décision vise à prendre en compte les besoins du patient, son degré d'autonomie, mais aussi à le faire participer à la prise de décision en respectant ses valeurs et préférences. Ceux qui sont informés et consultés sur les soins qui vont leur être prodigués ont de meilleurs résultats en termes de guérison. Dans notre étude jusqu'à 47,7% déclare être jamais impliqué dans la prise de décision. Ce taux important pourrait s'expliquer du fait que ces personnes âgées, ont un caractère routinier, renouvellement d'une prescription, attachement du patient. Dans ce contexte, l'ordonnance du patient polypathologique ancien et stabilisé est renouvelée sans impliquer de questionnement [8]. Par ailleurs, le droit à l'information sur leur état de santé et leur traitement est clairement revendiqué par les personnes interrogées qui sont attachées à être impliquées dans les décisions les concernant[1]. En ce qui concerne la transmission de l'information, 61,6% était satisfait dans notre étude. Une étude semblable a été retrouvée au Mali par Diouf M [24] en 2010, 53,2% de satisfaction.

5. PRISE EN CHARGE

Au regard des évolutions sociodémographiques et d'état de santé de notre société vieillissante, l'ajustement du système de santé s'avère nécessaire pour améliorer la prise en charge des patients âgés, souvent polypathologiques. Dans ce sens, recueillir et intégrer le vécu et les préférences des patients âgés et de leurs aidants concernant leur prise en charge est indispensable à plusieurs titres. Il s'agit non seulement d'améliorer la qualité de leurs soins et de leur parcours mais aussi de renforcer leur position en tant que personnes actives et autonomes. Il est donc d'une grande importance de transmettre l'information sur la prise en

charge du patient pour la réussite du traitement. Dans notre étude, l'information sur la prise en charge représente 68,2%. On retrouve jusqu'à 31,8% d'insatisfaction. Cela pourrait donc s'expliquer par le caractère routinier des consultations des patients âgés avec les pathologies chroniques. Les personnes âgées constituent une population spécifique en raison de la survenue fréquente de polyopathologies, et, pour les plus âgées d'entre elles, de l'existence d'une fragilité physique, psychique ou socio-économique et d'un risque de perte d'autonomie et de dépendance. En ce qui concerne les maladies liées à l'âge, plus de la moitié (68,2%) de notre population d'étude était insatisfaite. Cela pourrait s'expliquer par le fait que peu de temps est accordé aux patients lors de la consultation et les caractères routiniers de ces consultations. Avec l'avancée en âge, la présence simultanée de plusieurs maladies chroniques expose les personnes âgées à une polymédication avec risque accru d'effets indésirables et a été associée à une moins bonne qualité de vie, un risque augmenté de dépendance fonctionnelle et d'utilisation du système de soins. La polypathologie était fortement liée à l'âge et au faible niveau socio-économique. Les personnes polypathologiques avaient des taux de consultation plus élevés et une moins bonne continuité des soins par rapport aux personnes sans polypathologie. Dans une étude publiée par Haute Autorité de Santé de France[8] en 2015 retrouve 9 patients sur 10 avaient plus de l'affection chronique, 58 % des personnes avaient une polypathologie et ils représentaient 78 % des consultations. Le premier déterminant de la polymédication est la polypathologie, elle-même fortement liée à l'âge. Plus de 10 % des personnes âgées de 75 ans ou plus en France prennent quotidiennement entre 8 à 10 médicaments. Les patients polypathologiques se sentent souvent dépassés car ils doivent gérer leurs maladies et les traitements, expliquant ainsi les notions de fardeau de la maladie, mais aussi de fardeau du traitement. Ainsi donc, l'accompagnement psychosocial, représente 62,6 % (16,7% HDB, 14,8 % HDE et 20,5% HDD).

La prévalence des maladies chroniques augmente régulièrement en raison de l'allongement de l'espérance de vie. En ce qui concerne l'habitude et mode de vie, plus de la moitié (52,3%) était satisfait. Cela pourrait s'expliquer par l'impact de la polypathologie, le faible niveau d'éducation, le faible niveau de revenu, incapacité fonctionnel, altération de la qualité de vie et la dépression. Les usagers doivent avoir accès aux soins dont ils ont besoin, au moment opportun, quel que soit leur lieu d'habitation, leur handicap ou leurs ressources financières. Dans notre étude seul 59,8% était satisfait de leur accès aux soins. Cela pourrait s'expliquer par le revenu bas de la majorité de notre population d'étude qui serait responsable de certaine notion d'automédication. Le vieillissement s'associe à une augmentation de la prévalence des maladies chroniques [28]. Chez les personnes âgées de plus de 70 ans, le nombre moyen de

maladies prévalentes est de 5,7 par personne [29]. La fréquence des maladies traitées est également élevée. La polymédication, souvent légitime, augmente le risque d'accident iatrogène [30] et de mauvaise observance [31]. Les soins médicaux engendrés sont importants et ils ont un impact économique[32]. En ce qui concerne l'éducation sanitaire, 60,6% était satisfaite. La disponibilité des personnels était retrouvée dans 52,2% de nos participants De même que Bougmiza et al [4] en 2011 retrouve 54,6% en Tunisie. Plusieurs patients se sont plaints du manque de disponibilité des médecins. Saultz a montré que la satisfaction augmente proportionnellement avec le temps de contact passé avec le médecin [33].

6. SATISFACTION GLOBALE

La satisfaction des patients constituait un aspect important dans le domaine de l'accès aux soins dont le but était de savoir dans quelle mesure l'accès rencontrait les besoins (subjectifs et objectifs) du patient. Dans cette étude, concernant la satisfaction globale il en ressort que plus de la moitié de l'échantillon 40,9 % (soit 10,1% HDB, 13,9% HDE et 16,6% HDD) avait dit être insatisfaite de l'accès aux soins alors que lorsqu'on évaluait la satisfaction. Cette différence entre la satisfaction exprimée et la satisfaction calculée pourrait s'expliquer soit par des réponses fantaisistes données par les participants ou la proximité des salles d'attente des salles de consultation qui pourrait entraîner un biais d'information. Ce résultat se diffère de celui trouvé par Yameogo et al en 2017 à Burkina Faso [5] qui retrouve 78,3% de satisfaction globale.

7. ATTENTES

Avec ce taux de satisfaction, les attentes des patients étaient nombreuses d'abord vis-à-vis des responsables des formations sanitaires où ils souhaitaient que le gouvernement subventionne les prix des examens et de médicaments pour les personnes âgées dans nos hôpitaux. Ceci est dû au difficile accès aux soins du point de vue financière. Environ le quart de la population avait un revenu inférieur à cent milles. De même la présence de plusieurs maladies chroniques avec différents comorbidités renvoie aux dépenses quotidiennes quasi lourdes de la polymédication et de plus la fragilité liée à l'âge avancé.

RECOMMANDATIONS

Au Ministère de la santé publique

- Créer plusieurs hôpitaux gériatriques ou de créer plusieurs services de gériatrie ;
- Mettre en œuvre une politique permettant l'accès facile aux soins et à moindre coût pour les personnes du 3^{ème} âge ;
- Promouvoir les enquêtes de satisfaction des personnes du troisième âge.

Aux hôpitaux

- De recruter plus de personnel soignant en consultation ;
- Baisser les prix des examens et des médicaments dans les hôpitaux ;
- Planifier une bonne suivie des malades avec comorbidités ;
- Veiller à la transmission de l'information sur la santé des patients et les impliqués dans la prise en charge.

Aux chercheurs :

- Réaliser des enquêtes de satisfaction des personnes âgées vis-à-vis de l'accès aux soins à l'échelle nationale

REFERENCES

1. Z. O. Stéphanie Guillaume, La satisfaction des personnes âgées en termes de prise en charge médicale et de coordination des soins: une approche qualitative exploratoire, n° 214, janv. 2016, [En ligne]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/214-la-satisfaction-des-personnes-agees-en-termes-de-prise-en-charge-medicale-et-de-coordination-des-soins>.
2. E. Thouny. Satisfaction des patients consultant un médecin généraliste aux centres de santé pluridisciplinaires de la ville de Gennevilliers, PhD Thesis, Université paris diderot, Paris 7, 2013.
3. Gasquet I. Satisfaction des patients et performance hospitalière. Presse Med. 1996; 28(29): 1610-3
4. Bougmiza I, Ghardallou ME, Zedini C et al. Evaluation de la satisfaction des patientes hospitalisées au service de gynécologie obstétrique de Sousse, Tunisie. Pan Afr Med J. 2011; 8: 44. PubMed | Google Scholar
5. A. R. Yameogo et al. Évaluation de la satisfaction des patients dans le service de cardiologie du CHU Yalgado Ouedraogo, Pan Afr. Med. J., vol. 28, 2017.
6. V. J. Dzau, S. K. Inouye, J. W. Rowe, E. Finkelman, et T. Yamada, Enabling Healthful Aging for All-The National Academy of Medicine Grand Challenge in Healthy Longevity. N. Engl. J. Med., 2019.
7. T. MAKOUGOUM, Satisfaction suite au traitement de kinésithérapie des personnes du troisième âge ayant des troubles moteurs à l'hopital, 2010. [En ligne]. Disponible sur: https://www.memoireonline.com/04/11/4464/m_Satisfaction-suite-au-traitement-de-kinesitherapie-des-personnes-du-troisieme-ge-ayant-des-trou.
8. Haute Autorité de Santé. Note méthodologique et de synthèse documentaire Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires. HAS; 2015 [Internet] Disponible sur: <https://www.has>-

sante.fr/portail/jcms/c_202819/fr/prendre-en-charge-une-personne-agee-polypathologique-en-soins-primaires

9. B. MOIFO et al. Enquête de satisfaction des patients au service de radiologie de l'hôpital général de Douala–Cameroun. *J. Afr. Imag. Médicale*, vol. 6, n° 1, p. 53, 2014.
10. Inspection Générale des Affaires Sociales. La mesure de la satisfaction des usagers des établissements de santé. Paris: IGAS. 2007
11. A. Vannineuse, La satisfaction du patient en orthopédie-traumatologie, *E-Mém. Académie Natl. Chir.*, vol. 3, n° 4, p. 9–13, 2004.
12. Barlési F, Chabert-Greillier L, Loundou A et al. Validation de la version française du Princess Margaret Hospital Patient Satisfaction with Doctor Questionnaire (PMH/PSQ-MD): le F- PMH/PSQ MD. *Rev Mal Respir.* 2006; 23(3): 227- 36
13. S. McGivern, Patient satisfaction with quality of care in a hospital system in Qatar, *J. Healthc. Qual.*, vol. 21, n° 1, p. 28–41, 1999.
14. W. Europe, La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille, Coord. Rédactionnelle Trad. En Fr. Prof Pestaiux Cent. Univ. Médecine Générale UCL Brux. Belg., vol. 8, 2002.
15. C.-L. Lacombe, Enquête de satisfaction des patients vis-à-vis de leur médecin traitant et de la prise en charge coordonnée avec les autres professionnels de santé à l'île de La Réunion en 2014, p. 7, 2015.
16. Charlotte MOUTO NSIA. Université catholique d'Afrique centrale, Master en administration des entreprises 2011[Internet]. Available from:https://www.memoireonline.com/01/14/8492/m_Contribution-du-contrle-de-gestion--la-performance-des-hpitaux-publics-au-Cameroun13.html
17. Institut National de la Santé, PETS 2003, Rapport Principal, Juillet 2006.

18. P. N. Thi, T. G. Lê, F. Empereur, et S. Briançon, Satisfaction des patients hospitalisés à Hô Chi Minh-Ville, Viet Nam, *Santé Publique*, vol. 14, n° 4, p. 345–360, 2002.
19. A.T. Kébé, Les causes d'hospitalisation et de décès des personnes du Troisième âge dans le service de médecine de l'hôpital Régional de Tombouctou, 2015.
20. Yaya A. Satisfaction des peuples autochtones du Sud Cameroun vis-à-vis de l'accès aux médicaments. [unpublished dissertation]. Université de Youndé I Cameroun; 2018
21. O. Diallo et al. Evaluation de la satisfaction des patients en imagerie médicale dans la ville de ouagadougou, Burkina faso, *J. Afr. Imag. Médicale*, vol. 3, n° 8, 2014.
22. Institut National de la Statistique. Femmes et Hommes au Cameroun en 2012. Cameroun; 2012 Mar. p. 1-41.
23. Molle J, Baessler F. Traditions et religions au Cameroun. 2008. p. 1-14.
24. Diouf, M et al. Évaluation de la satisfaction des patients admis en service d'odontologie à Dakar. *Prat Organ Soins*. 2010;3(41):225.
25. B. Finance, Fréquentation et satisfaction des patients du Service d'Odontologie du CHU de Nancy au cours des mois d'avril et mai 2012, PhD Thesis, Université de Lorraine, 2013.
26. W. NANA, S. MEDA, H. HERVÉ, P. PODA, et M. DRABO, Enquête de satisfaction des usagers du centre hospitalier régional de koudougou au burkina faso, *Rev. Bio-Afr.-N*, vol. 18, p. 30–35, 2018.
27. Mezones-Holguín E, Solis-Cóndor R, Benites-Zapata VA, Garnica Pinazo G, Marquez-Bobadilla E, Tantaleán-Del-Águila M, et al. Institutional differences in the ineffective access to prescription medication in health care centers in Peru: analysis of the National Survey on User Satisfaction of Health Services. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2016 Jun;33(2):205–14.

28. Robine J-M, Cambois E. Les espérances de vie en bonne santé des Européens. *Popul Soc.* 2013;(499).
29. Le Pape A, Sermet A. La polypathologie des personnes âgées quelle prise en charge à domicile. CREDES. Congrès “Soigner à domicile”: 11 et 12/10/1996; Paris : SCRIPTA Diffusion; Août 1997.
30. Field TS, Gurwitz JH, Harrold LR, Rothschild J, De Bellis KR, Seger AC, et al. Risk factors for adverse drug events among older adults in the ambulatory setting. *J Am Geriatr Soc.* 2004;52(8):1349-54.
31. Petermans J, Samalea Suarez A, Van Hees T. Observance thérapeutique en gériatrie. *Rev Medicale Liège.* 2010;65:5-6.
32. Field TS, Gurwitz JH, Avorn J, McCormick D, Jain S, Eckler M, et al. Risk factors for adverse drug events among nursing home residents. *Arch Intern Med.* 2001;161(13):1629-34.
- 33 Saultz J, Albedaiwi W. Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: a critical review. *Ann Fam Med.* 2004;2:445-51.

ANNEXES

Annexe 1 : Clairance éthique

Annexe 2 : Autorisation de recherche à HDB

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

 Paix –Travail – Patrie

 MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

 DELEGATION REGIONALE DU CENTRE

 DISTRICT DE SANTE DE BIYEM-ASSI

 HOPITAL DE DISTRICT DE BIYEM-ASSI

 BP : 31 350 Ydé .Tél./Fax 22.31.64.05



REPUBLIC OF CAMEROON

 Peace-Work-Fatherland

 MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

 CENTER REGIONAL DELEGATION

 BIYEM-ASSI HEALTH DISTRICT

 BIYEM-ASSI DISTRICT HOSPITAL

 E-mail:hospital_biyemassi@yahoo.fr

N° 217 /AR/MINSANTE/DRSPC/DSBA/HDBA.

AUTORISATION DE RECHERCHE

Le Directeur de l'Hôpital de District de Biyem-Assi à Yaoundé soussigné, donne autorisation de recherche à ISHAAGA Moussa, étudiant de 7^{ème} année à la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales dont l'étude porte sur : « *Evaluation de la satisfaction des patients du 3^{ème} âge vis-à-vis de la consultation de Médecine Générale*»

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

Yaoundé, le 24 FEB 2020



Le Directeur

Dr Daniel Ekoua
 Médecin - Cardiologue

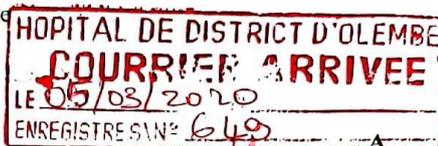
Annexe 3 : Autorisation de recherche à l'HDD

ISHAAGA MOUSSA

Yaoundé, le 05 mars 2020

Etudiant en 7^{ème} année de médecineFACULTE DE MEDECINE ET
DES SCIENCES BIOMEDICALES
UNIVERSITE DE YAOUNDE IE-mail: ishaagamoussa@gmail.com

Tel: 699 78 26 67/ 677 43 76 77

Monsieur le Directeur de
l'Hôpital de District de
Djougolo**Objet** : Demande d'autorisation de recherche

Monsieur,

Je viens très respectueusement auprès de votre haute personnalité solliciter par la présente lettre, l'obtention d'une autorisation de recherche au sein de votre structure.

En effet, je suis étudiant en 7^{ème} année de médecine générale à la Faculté de Médecine et de Science Biomédicales (FMSB) de l'Université de Yaoundé I, et j'effectue une étude sur : «**Evaluation de la satisfaction des patients du 3^{ème} âge vis-à-vis de la consultation de médecine générale à Yaoundé**». Ce travail est dirigé par le **Professeur ESSI Marie-José, le Docteur MOSSUS Tatiana et le Docteur EBODE Marie-Josiane**. Le recrutement sera fait à partir du mois de mars et ceci dans le strict respect de l'éthique.

Dans l'attente d'une suite favorable, veuillez agréer Monsieur le Directeur, l'expression de ma très haute considération.

Pièce jointe:

- Copie du protocole de recherche

Le postulant: ISHAAGA MOUSSA

Act
Prof. André Omgoua Eballe
Agrégé d'Ophtalmologie
07/3/2020

Quif

Annexe 4 : Autorisation de recherche à HDE

ISHAAGA MOUSSA
 Etudiant en 7^{ème} année
 FACULTE DE MEDECINE
 DES SCIENCES BIOMEDICALE
 UNIVERSITE DE YAOUNDE I
 E-mail: ishaagamoussa@gmail.com
 Tel: 699 78 26 67/ 677 43 76 77



Yaoundé, le 17 février 2020

A
 Monsieur le Directeur de
 l'Hôpital de District d'Efoulan

Objet : Demande d'autorisation de recherche

Monsieur,

Je viens très respectueusement auprès de votre haute personnalité solliciter par la présente lettre, l'obtention d'une autorisation de recherche au sein de votre structure.

En effet, je suis étudiant en 7^{ème} année de médecine générale à la Faculté de Médecine et de Science Biomédicales (FMSB) de l'Université de Yaoundé I, et j'effectue une étude sur : «Evaluation de la satisfaction des patients du 3^{ème} âge vis-à-vis de la consultation de médecine générale à Yaoundé». Ce travail est dirigé par le Professeur ESSI Marie-José, le Docteur MOSSUS Tatiana et le Docteur EBODE Marie-Josiane. Le recrutement sera fait à partir du mois de février et ceci dans le strict respect de l'éthique.

Dans l'attente d'une suite favorable, veuillez agréer Monsieur le Directeur, l'expression de ma très haute considération.

Pièce jointe:

- Copie du protocole de recherche

Le postulant: ISHAAGA MOUSSA

Annexe 5 : Fiche d'information

**FACULTE DE MEDECINE ET DES
SCIENCES BIOMEDICALES - UNIVERSITE DE YAOUNDE 1**



FICHE D'INFORMATION

- **SUJET** : Evaluation de la satisfaction des patients du 3ème âge vis-à-vis de la consultation de médecine générale à Yaoundé.
- **Investigateur principal** : Ishaaga MOUSSA étudiante en 7^{ème} année médecine générale à la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I. Tel : 699 78 26 67 Email : ishaagamoussa@gmail.com
- **But de l'étude** : L'étude menée s'évertuera non seulement à attirer l'attention des autorités concernées sur l'importance de la satisfaction des patients du 3ème âge vis-à-vis de la consultation de médecine générale à Yaoundé; mais aussi à apporter des éléments supplémentaires qui permettront de mieux aider ces personnes vulnérable à accéder facilement à un soins de qualité.
- **Période de l'étude** : l'étude se déroulera à partir du mois de janvier
- **Procédure** : si vous acceptez de participer à cette étude, vous répondrez à un questionnaire en relation avec la satisfaction des patients du 3^{ème} âge consultant en médecine générale.
- **Risque pour cette étude** : le risque encouru au cours de l'étude par les participants est très faible voire quasi nul.
- **Bénéfices liés à l'étude** : les résultats seront communiqués à la communauté ainsi qu'aux autorités compétentes.
- **Considération éthique et confidentialité** : tous les renseignements obtenus resteront strictement confidentiels. Nos questionnaires seront anonymes afin de préserver l'intégrité des participants. Vous êtes libres de quitter cette étude à tout moment lorsque vous l'aurez décidé.

- **Valeur sociale** : cette étude permettra d'évaluer la satisfaction des patients du 3ème âge vis-à-vis de la consultation de médecine générale dans la population de Yaoundé et d'en comprendre les méandres.
- **Valeur scientifique** : Cette étude nous permettra de savoir si la population vulnérable (3ème âge) est vraiment satisfaite après être consultée chez un médecin généraliste.

Annexe 6 : Fiche de consentement**FICHE DE CONSENTEMENT**

En signant ce formulaire, je déclare que je consens à participer à l'étude intitulée «**Evaluation de la satisfaction des patients du 3ème âge vis-à-vis de la consultation de médecine générale à Yaoundé**» dont le projet a été approuvé par les responsables de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'université de Yaoundé 1. J'ai par ailleurs pris connaissance de toutes les informations données aux participants de la recherche et portant sur : le but et la période de l'étude, la procédure, le risque qui y est lié, bénéfices, les mesures de confidentialité et enfin les valeurs sociale et scientifique.

Ma participation est volontaire. J'ai compris que je peux suspendre à tout moment ma participation à l'étude sans aucune autre forme de procédure.

Toutes les données me concernant seront gardées confidentielles. A tout moment je pourrais demander plus d'amples informations à l'étudiant chargée de l'étude et répondant à au numéro ci-dessus.

Par le présent accord, j'accepte de participer à l'étude. Une copie signé de ce consentement éclairé me sera donné pour servir et valoir ce que de droit.

Nom du participant : _____

Fait à _____, le _____

Signature de l'investigateur

Signature du participant

Annexe 7 : Outils de collecte

Etude sur : «Evaluation de la satisfaction des patients du 3^{ème} âge vis-à-vis de la consultation de médecine générale à Yaoundé. »

Questionnaire

Date : __ / __ / 2020

Fiche N° ____

1-Profil socio sanitaire		
	Questions et propositions de réponse	Réponses
1	Ages : 1= [50 ; 59[2= [60 ; 69[3= [70 ; 79[4= 80 et plus	
2	Sexe : 1=Féminin 2=Masculin	
3	Religion : 1=Athée 2=Témoin de Jéhovah 3=Catholique 4=Musulman(e) 5=Protestant 6=Autre.....	
4	Aire culturelle : 1=Autochtone 2=côtière 3=Forestière 4=Grass Field 5=Sahélienne 6=Savane	
5	Statut matrimonial : 1=Célibataire 2= Marié(e) 3=Divorcé(e) 4=Veuf (ve) 5=Union libre	
6	Profession : 1=Sans 2=Commerçant 3=Fonctionnaire 4=Retraité 5= Secteur informel 6=Secteur privé	
7	Niveau d'étude : 1=sans 2=Primaire 3=Premier cycle 4=Second cycle 5=Supérieur 6=Autre.....	
2- Environnement		
8	Pourquoi fréquentez-vous cette structure sanitaire ? parce qu'elle est : 1=Proche 2=Propre 3=Accueillante 4= A des faibles coûts 5=Autre.....	
9	Quel est votre degré de satisfaction concernant la salle d'accueil ? 1=Très satisfait 2=Satisfait 3=Assez satisfait 4=Insatisfait 5=Déçu	
10	Etes-vous satisfait du confort ? 1=Très satisfait 2=Satisfait 3=Assez satisfait 4=Insatisfait 5=Déçu	
11	Quel est votre degré de satisfaction concernant l'hygiène du service ? 1=Très satisfait 2=Satisfait 3=Assez satisfait 4=Insatisfait 5=Déçu	
12	Quel est votre degré de satisfaction concernant le respect du médecin? 1=Très satisfait 2=Satisfait 3=Assez satisfait 4=Insatisfait 5=Déçu	
13	Quel est votre degré de satisfaction concernant votre intimité ? 1=Très satisfait 2=Satisfait 3=Assez satisfait 4=Insatisfait 5=Déçu	
14	Etes-vous satisfait de l'attention que portent les professionnels de santé à votre égard ? 1=Très satisfait 2=Satisfait 3=Assez satisfait 4=Insatisfait 5=Déçu	

15	Quel est votre degré de satisfaction concernant la qualité d'écoute ? <i>1=Très satisfait 2=Satisfait 3=Assez satisfait</i> <i>4=Insatisfait 5=Déçu</i>	
16	Etes-vous satisfait du dialogue avec votre généraliste ? <i>1=Très satisfait 2=Satisfait 3=Assez satisfait</i> <i>4=Insatisfait 5=Déçu</i>	
3- Accessibilité		
17	Etes-vous satisfait du délai d'attente en salle d'attente? <i>1=Très satisfait</i> <i>2=Satisfait 3=Assez satisfait</i> <i>4=Insatisfait 5=Déçu</i>	
18	Etes-vous satisfait du délai d'obtention des rendez-vous ? <i>1=Très satisfait 2=Satisfait 3=Assez satisfait</i> <i>4=Insatisfait 5=Déçu</i>	
19	Etes-vous satisfait de la confiance accordée à votre égard ? <i>1=Très satisfait 2=Satisfait 3=Assez satisfait</i> <i>4=Insatisfait 5=Déçu</i>	
20	Quel est votre degré de satisfaction concernant le coût de transport ? <i>1=Très satisfait 2=Satisfait 3=Assez satisfait</i> <i>4=Insatisfait 5=Déçu</i>	
21	Quel est votre degré de satisfaction concernant le coût de consultation ? <i>1=Très satisfait 2=Satisfait 3=Assez satisfait</i> <i>4=Insatisfait 5=Déçu</i>	
22	Quel est votre degré de satisfaction concernant le coût des produits ? <i>1=Très satisfait 2=Satisfait 3=Assez satisfait</i> <i>4=Insatisfait 5=Déçu</i>	
23	Etes-vous satisfait par rapport à la possibilité de s'exprimer et d'être écouté par le médecin ? <i>1=Très satisfait 2=Satisfait 3=Assez satisfait</i> <i>4=Insatisfait 5=Déçu</i>	
24	Etes-vous impliqué dans les prises de décisions par rapport à votre santé ? <i>1=Toujours 2=Souvent 3=Parfois 4=Rarement 5=Jamais</i>	
25	Quel est votre degré de satisfaction concernant la transmission de l'information sur votre santé ? <i>1=Très satisfait 2=Satisfait 3=Assez satisfait</i> <i>4=Insatisfait 5=Déçu</i>	
4- Prise en charge		
26	Etes-vous informé de votre prise en charge ? <i>1=Oui 2= Non 3=De fois</i> <i>4=Jamais</i>	
27	Etes-vous informé sur les maladies liées à votre âge ? <i>1=Toujours 2=Souvent 3=Parfois 4=Rarement 5=Jamais</i>	
28	Quel est votre degré de satisfaction par rapport à l'accompagnement psychosocial ? <i>1=Très satisfait 2=Satisfait 3=Assez satisfait</i> <i>4=Insatisfait 5=Déçu</i>	
29	Quel est votre degré de satisfaction concernant les informations de votre habitude de vie ? <i>1=Très satisfait 2=Satisfait 3=Assez satisfait</i> <i>4=Insatisfait 5=Déçu</i>	
30	Etes-vous satisfait de votre accès aux soins ? <i>1=Oui 2= Non 3=De fois</i> <i>4=Jamais</i>	

	Etes-vous satisfait de l'éducation sanitaire ? <i>1=Très satisfait</i> <i>2=Satisfait</i> <i>3=Assez satisfait</i> <i>4=Insatisfait</i> <i>5=Déçu</i>	
31	Etes-vous satisfait de la disponibilité des personnels soignants (médecin généraliste, infirmier, aide-soignant...) <i>1=Très satisfait</i> <i>2=Satisfait</i> <i>3=Assez satisfait</i> <i>4=Insatisfait</i> <i>5=Déçu</i>	
32	Sur une échelle de 0 à 10, à combien évaluez-vous votre degré de satisfaction globale ?	
5-RECOMMANDATIONS		
33	Qu'est-ce que le gouvernement peut faire pour améliorer cette situation ? ----- -----	
34	A votre avis, que peut faire cet hôpital pour améliorer la qualité des services aux personnes du 3 ^{ème} âge ? ----- -----	
35	Qu'est-ce que vous-même pourriez faire pour contribuer à améliorer la qualité de service dans cette formation sanitaire ? ----- -----	

Je vous remercie !