

Perception De La Qualité Des Soins Par Les Usagers Du Centre Hospitalier Universitaire De Kara Au Togo

[Patients' Perceptions Of The Quality Of Care At Kara University Hospital In Togo]

Dr Abasse TCHAGBELE¹, Wiyao GNANGBA^{2*}

Laboratoire de Recherche et d'Études en Linguistique, en Psychologie et Sociétés (LaRELIPS)

¹Maître de Conférences de sociologie du développement, Département de sociologie, Université de Kara, Togo

²Doctorant en sociologie de la santé, Département de sociologie, Université de Kara, Togo

* Auteur Correspondant : Wiyao GNANGBA. E-mail : gnangba@gmail.com, gnangba@yahoo.com,
Cel. +228 90 31 81 25



Résumé: Face aux difficultés que connaît le système de santé togolais, notamment en ce qui concerne la gestion des hôpitaux, une nouvelle approche de gestion a été proposée pour améliorer la qualité des prestations hospitalières. Désignée sous le terme d'approche contractuelle (contractualisation), elle visait à améliorer la qualité des soins en modifiant les modalités de gestion des établissements de santé publics. Ainsi, plusieurs hôpitaux ont été intégrés au dispositif après une phase pilote menée en 2017 au CHR d'Atakpamé et au CHP de Blitta. La finalité était d'améliorer la qualité des soins grâce à une amélioration de la performance financière. En effet, cette étude analyse la manière dont les usagers perçoivent l'évolution de la qualité des soins depuis la mise en place de la contractualisation au CHU-Kara. Pour y parvenir, une étude mixte a été menée auprès des usagers du CHU-Kara. Elle a consisté à interroger 202 usagers du CHU-Kara, enquêtés dans la commune de Kozah 1, sur leur perception de la qualité des soins qu'ils y ont reçus depuis la mise en œuvre de la contractualisation.

Mots-clés : contractualisation, qualité des soins, satisfaction des patients, CHU-Kara, Togo, approche mixte, système de santé, Afrique subsaharienne

Abstract: Given the challenges facing the Togolese healthcare system, particularly in hospital management, a new management approach has been proposed to improve hospital operations and service quality. Known as the contractual approach, it aims to enhance care quality by changing management methods in public health facilities. As a result, several hospitals were integrated into the system following a pilot phase launched in 2017 at the Atakpamé Regional Hospital and the Blitta District Hospital. The goal was to improve the quality of care, supported by better financial performance. This study examines how patients perceive changes in the quality of care since the implementation of the contractual approach at CHU-Kara. To do this, a mixed-methods study was conducted with patients at CHU-Kara. It involved interviewing 202 users of CHU-Kara in the Kozah 1 commune about their perceptions of the quality of care received at CHU-Kara to date, since the implementation of the contracting system.

Keywords: contracting, quality of care, patient satisfaction, CHU-Kara, Togo, mixed approach, health system, sub-Saharan Africa

1. Introduction

Afin d'offrir des soins de santé de qualité à sa population et de relever les défis de l'heure en matière de santé, le Togo, à travers son ministère de la Santé, a exploré plusieurs pistes de solution afin de renforcer son système de santé. L'approche contractuelle mise en œuvre depuis 2017 en est une (Banque mondiale, 2024). Les défis sanitaires auxquels le Togo est confronté sont les suivants : le financement de la santé, le déficit et la répartition des ressources humaines, les inégalités d'accès aux soins, l'amélioration de la qualité des soins, les ruptures de médicaments, ainsi que l'insuffisance des infrastructures, de la gouvernance, de la surveillance et des données (PNDS, 2017-2023).

En effet, avant la mise en œuvre effective de l'approche contractuelle, cette réforme a été expérimentée au CHR d'Atakpamé, au CHP de Blitta et dans quatre services ciblés du CHU Sylvanus Olympio de Lomé (la pharmacie, le laboratoire, la radiologie et la morgue), avant son extension à plusieurs autres formations sanitaires en 2018, dont le CHU-Kara. Elle consiste à confier la gestion d'établissements hospitaliers, dont le CHU-Kara, à des organismes privés. Cette approche, inspirée du New Public Management et visant à l'origine à impulser une nouvelle gouvernance par une meilleure mobilisation des recettes (Banque mondiale, 2024), soulève une question centrale : une meilleure gestion financière garantit-elle de facto une amélioration de l'efficacité des prestations de soins ? Il convient donc de considérer que la qualité des soins est un construit multidimensionnel qui associe non seulement l'efficacité des soins, mais aussi la sécurité, la temporalité, l'équité, la centration sur la personne, l'intégration et l'efficience (OMS).

Le présent article se propose donc d'analyser les perceptions des usagers concernant l'évolution de la qualité des soins depuis la mise en place de la contractualisation. La question n'est donc pas seulement de savoir si les indicateurs institutionnels se sont améliorés, mais de déterminer comment ces transformations sont vécues par les usagers dans leurs interactions avec l'hôpital. Une organisation peut améliorer ses ressources, ses procédures ou ses performances financières sans que ces changements soient nécessairement perçus de la même manière par les patients. La qualité des soins doit ainsi être appréhendée à la fois à travers les conditions de leur production et à travers l'expérience de ceux qui les reçoivent.

La question centrale devient dès lors : comment les usagers du CHU-Kara perçoivent-ils les transformations de la qualité des soins depuis la mise en œuvre de la contractualisation, et quelles limites persistent dans leur expérience de la prise en charge ?

2. Méthodologie

L'étude s'inscrit dans une démarche exploratoire, descriptive et analytique, associant une phase qualitative et une phase quantitative. Nous avons opté pour une recherche mixte combinant une enquête quantitative et des entretiens qualitatifs. L'analyse quantitative des résultats de la contractualisation a été complétée par une phase qualitative interrogeant les perceptions des acteurs pour expliquer les dynamiques subjectives observées.

La population d'étude est constituée des responsables administratifs du CHU-Kara, de son personnel soignant et des usagers du CHU-Kara. Pour des raisons de faisabilité et de budget, nous avons utilisé un échantillonnage raisonné. Cette méthode d'échantillonnage consiste en une sélection délibérée de cas jugés riches en informations et pertinents pour l'objet d'étude.

- Volet quantitatif : Un questionnaire a été administré à un échantillon de 202 usagers dans la commune de Kozah 1.
- Volet qualitatif : sur les 25 entretiens prévus, 12 ont été réalisés (quatre (04) responsables administratifs, cinq (05) surveillants de service et trois (03) usagers).

Quatre outils principaux ont été mobilisés :

- L'observation vise à suivre les mouvements des patients à l'admission, aux urgences et en hospitalisation, afin de noter les pratiques réelles de prise en charge.
- La revue documentaire a porté sur les rapports d'activité du CHU-Kara (2015-2024) et sur les documents stratégiques nationaux.

- Le questionnaire a été structuré à partir de la littérature sur la qualité des soins et organisé selon les dimensions « structure, processus et résultats » proposées par Donabedian (1988).
- L'entretien semi-directif, à l'aide d'un guide, permet d'approfondir les thèmes de l'efficacité et de la réactivité.

Les données quantitatives ont été traitées à l'aide du logiciel SPSS v24, ce qui a permis d'effectuer des analyses bivariées croisant les variables sociodémographiques (revenu, niveau d'instruction) avec les indicateurs d'efficacité. Les données qualitatives ont fait l'objet d'une analyse de contenu. Sur le plan éthique, le consentement éclairé des enquêtés a été systématiquement sollicité, et l'anonymat a été garanti.

3. Résultats

Cette section présente les principaux résultats de notre enquête menée auprès de 202 usagers du CHU-Kara (patients et accompagnants). Les données quantitatives issues des questionnaires sont complétées par des extraits d'entretiens semi-directifs menés auprès des patients et des responsables du CHU-Kara, permettant une analyse approfondie de la perception de la prise en charge médicale avant et après la mise en œuvre de l'approche contractuelle en 2017.

3.1. Caractéristiques socio-économiques et évaluation de la première prise en charge

Le tableau 1 présente la répartition de l'évaluation de la première prise en charge selon le revenu mensuel déclaré au CHU-Kara.

Tableau 1 : Niveau de revenu et évaluation de la première prise en charge (n=202)

Revenu mensuel (F CFA)	Incomplète et imprécise	Incomplète, mais précise	Complète et précise	Très complète et précise	Total
Moins de 150 000	8	16	31	1	56
151 000 à 250 000	3	3	10	3	19
251 000 à 350 000	1	1	1	3	6
351 000 à 450 000	0	1	1	1	3
451 000 et plus	0	1	3	1	5
Revenu variable	19	27	30	7	83
Ne souhaite pas répondre	3	7	18	2	30
Total	34	56	94	18	202

Source : enquête de terrain, 2025

Les résultats montrent que 112 enquêtés sur 202 (55,4 %) affirment avoir reçu une évaluation complète ou très complète de leur état de santé lors de leur première prise en charge au CHU-Kara. Parmi eux, 32 ont un revenu inférieur à 150 000 F CFA par mois, 37 ont un revenu variable et 18 n'ont pas souhaité répondre à cette question. Ces données suggèrent que la fragilité financière des patients n'a pas influencé négativement la complétude de l'évaluation clinique initiale.

Cependant, les entretiens révèlent des nuances importantes concernant la qualité perçue de ces premiers soins. Un interviewé se souvient des soins qu'il a reçus au CHU-Kara en ces termes : « Mes premiers soins au CHU-Kara ont été une expérience, car les soignants, à ce moment-là, étaient des assistants médicaux (techniciens supérieurs de santé). » Un autre interviewé pointe les limites de cette prise en charge initiale en ces termes : « Les soins reçus étaient inappropriés en raison du manque de certains produits pharmaceutiques au sein du CHU-Kara. »

D'autres patients reconnaissent une qualité d'accueil satisfaisante, mais soulignent la présence de contraintes organisationnelles : « J'avais été bien reçu, mais après un long temps d'attente. » Dans certains services spécifiques, comme la stomatologie, des aménagements ont été observés : « J'ai été reçu en stomatologie un jour ouvrable et traité avant les formalités. C'est la disponibilité de tous les médicaments à la pharmacie qui a manqué ; sinon, j'aurais été satisfait. »

Cette évaluation relativement complète perçue par les enquêtés pourrait s'expliquer par plusieurs facteurs, notamment la disponibilité du personnel médical, favorisée par la présence d'étudiants en médecine en fin de formation, ou encore la capacité variable des patients à respecter les prescriptions médicales. Toutefois, les entretiens suggèrent que la qualité technique de l'évaluation ne garantit pas toujours une satisfaction globale, en raison des délais d'attente et des ruptures de stock de médicaments.

3.2. Régularité du suivi médical avant la contractualisation (avant 2017)

Le tableau 2 présente la perception de la régularité du suivi médical des patients avant le démarrage de la mise en œuvre de la contractualisation.

Tableau 2 : Régularité du suivi médical au cours du séjour d'hospitalisation avant 2017 (n=190)

Fréquence des visites	Non	Oui une seule fois	Oui quelques fois	Oui de nombreuses fois	Total
J'ai été régulièrement visité	32	13	14	10	69
J'ai été parfois visité, mais pas de manière régulière	47	16	13	3	79
J'ai été rarement visité	22	6	9	1	38
Je n'ai reçu aucune visite	4	0	0	0	4
Total	105	35	36	14	190

Source : enquête de terrain, 2025

Parmi les 190 répondants, 105 (55,3 %) déclarent ne pas avoir reçu de soins au CHU-Kara avant la mise en œuvre de l'approche contractuelle. Seuls 85 enquêtés (44,7%) rapportent avoir bénéficié d'au moins une prise en charge sur cette période. Parmi ces derniers, 37 ont été régulièrement visités durant leur hospitalisation et 32 ont été visités de manière irrégulière.

Les entretiens confirment cette perception d'une qualité de soins inférieure avant la contractualisation. Un interviewé compare l'accueil et les soins d'avant et d'après 2017 : « *L'accueil et les soins n'étaient pas de la qualité qu'ils sont aujourd'hui.* »

Cette amélioration perçue est corroborée par les données quantitatives, qui montrent une meilleure régularité du suivi médical après la contractualisation. La fréquence des visites constitue ici un indicateur de la continuité perçue de la prise en charge hospitalière, permettant au personnel soignant de s'assurer de l'adhésion thérapeutique du patient et d'effectuer les ajustements nécessaires à un rétablissement complet.

3.3. Efficacité perçue du traitement après la contractualisation (après 2017)

Le tableau 3 présente la perception de l'efficacité du traitement reçu par les patients après le démarrage de la mise en œuvre de la contractualisation.

Tableau 3 : Efficacité du traitement reçu par les patients après 2017 (n=199)

Appréciation de l'efficacité	Non	Oui, une seule fois	Oui quelquefois	Oui de nombreuses fois	Total
Oui, très efficace	5	12	18	9	44
Plutôt efficace	10	17	36	8	71
Peu efficace	20	12	30	13	75
Pas du tout efficace	0	2	2	0	4
J'ai eu recours à un traitement alternatif	1	3	0	1	5
Total	36	46	86	31	199

Source : enquête de terrain, 2025

Parmi les 199 répondants, 163 (81,9 %) déclarent avoir reçu des soins au CHU-Kara après la contractualisation. Parmi les 163 usagers ayant reçu un traitement après 2017, 115 (70,6 %) le jugent « très efficace » ou « plutôt efficace », tandis que 79 (48,5 %) le jugent « peu efficace » ou « pas du tout efficace ». Ces catégories ne s'excluent pas dans le calcul ci-dessus si le dénominateur est mal défini ; il faut donc reprendre le calcul directement à partir des catégories du tableau et présenter une distribution exclusive sur n = 163.

Les entretiens permettent de comprendre les raisons de cette perception nuancée. Trois catégories d'opinions se dégagent concernant l'efficacité des soins : celles de ceux qui sont satisfaits, celles de ceux qui sont satisfaits mais estiment que des améliorations doivent être apportées, et celles de ceux qui ne sont pas du tout satisfaits.

Ceux qui reconnaissent des progrès soulignent notamment l'amélioration des ressources humaines : « Bien sûr, il y a eu des progrès, car il y a actuellement assez de médecins. » Un autre interviewé abonde dans le même sens : « Il y a une amélioration de la qualité des soins. »

Ceux qui sont satisfaits mais nuancés insistent sur les limites persistantes : « Oui, il y a certainement eu des progrès louables avec la contractualisation, mais il reste beaucoup à faire. » Cette opinion signifie que, malgré la présence de l'approche contractuelle, des efforts restent à fournir en matière de qualité des soins. Un interviewé précise : « Le début de l'approche contractuelle a été une réussite, mais au fil du temps, les choses se sont encore dégradées. » Pour ces patients, « beaucoup de choses restent encore à faire au CHU-Kara », notamment le renforcement du « plateau technique et du personnel ».

Ceux qui ne sont pas satisfaits n'ont pas donné de raisons particulières lors des entretiens, mais les données quantitatives montrent que 75 patients (46,0 %) jugent le traitement « peu efficace », ce qui suggère des insatisfactions probablement liées à l'accessibilité financière des médicaments ou aux délais d'attente.

Ce niveau relativement faible d'efficacité perçue pourrait s'expliquer par la persistance d'insuffisances dans la prise en charge des patients, ce qui suggère que la contractualisation n'a pas résolu l'ensemble des problèmes structurels auxquels le CHU-Kara est confronté.

3.4. Résultats des soins à court terme selon l'âge

Tableau 4 : Résultats des soins administrés au CHU-Kara à court terme par tranche d'âge (n=199)

Tranche d'âge	Amélioration très rapide	Amélioration progressive	Pas d'amélioration notable	Aggravation de l'état de santé	Total
Moins de 18 ans	3	1	0	0	4
18 à 24 ans	4	54	7	3	68
25 à 34 ans	10	32	5	0	47
35 à 44 ans	8	21	2	0	31
45 à 54 ans	3	21	2	2	28
55 à 65 ans	2	10	0	0	12
65 ans et plus	0	8	1	0	9
Total	30	147	17	5	199

Source : enquête de terrain, 2025

Parmi les 199 patients interrogés sur leur état de santé à court terme après les soins reçus en période de contractualisation, 147 (73,9 %) affirment avoir connu une amélioration progressive, tandis que 30 (15,1 %) rapportent une amélioration très rapide.

Parmi ceux ayant connu une amélioration progressive, 54 ont un âge compris entre 18 et 24 ans, 32 entre 25 et 34 ans et 21 entre 35 et 44 ans, représentant ainsi une population relativement jeune. Les entretiens révèlent que cette amélioration perçue s'accompagne toutefois de critiques sur les conditions d'hospitalisation. Un interviewé note : « Il y a quelques améliorations, mais il faudrait beaucoup revoir du côté de la propreté du centre en enlevant les ordures et les appareils hors d'usage laissés partout dans les couloirs du centre. » D'autres patients pointent du doigt les lacunes dans l'organisation des espaces de soins : « Il est difficile de trouver les cabines. » Le suivi post-traitement est également remis en cause : « Après le traitement, il n'y a pas de suivi des patients en tant que tel, si ce n'est le jour du rendez-vous. » À l'inverse, certains interviewés apprécient les améliorations apportées au niveau matériel : « Oui, l'environnement s'est amélioré, les lits jadis usés et rouillés sont neufs aujourd'hui, le centre est plus propre. » Les résultats indiquent une amélioration de l'état de santé déclaré par les répondants. Ils indiquent qu'une majorité de répondants déclarent une amélioration de leur état de santé à court terme. La distribution observée est plus importante dans les groupes d'âge jeunes, mais cette différence ne peut être interprétée comme une différence d'efficacité selon l'âge sans test statistique.

Cette satisfaction pourrait s'expliquer par l'amélioration du plateau technique du CHU-Kara, favorisée par l'arrivée de nouveaux médecins spécialistes et le développement des activités de la faculté des sciences de la santé, même si des lacunes persistent en matière d'hygiène et de suivi post-traitement.

3.5. Répartition du délai de communication des résultats d'examens selon le revenu mensuel

Le tableau 5 présente la répartition du délai de communication des résultats d'examens médicaux selon le niveau de revenu des usagers.

Tableau 5 : Revenu des enquêtés et délai de communication des résultats des examens médicaux (n=201)

Revenu mensuel (F CFA)	Immédiatement	En fin de journée	Dans un délai raisonnable	Après une longue attente	Après une très longue attente	Total
Moins de 150 000	2	21	19	10	4	56
151 000 à 250 000	2	6	10	0	1	19
251 000 à 350 000	0	5	1	0	0	6
351 000 à 450 000	0	1	2	0	0	3
451 000 et plus	1	2	1	1	0	5
Revenu variable	13	25	29	14	2	83
Ne souhaite pas répondre	3	8	14	4	0	29
Total	21	68	76	29	7	201

Source : enquête de terrain, 2025

Concernant le délai de communication des résultats d'examens effectués par les patients, 21 répondants (10,4 %) ont reçu leurs résultats immédiatement, 68 (33,8 %) en fin de journée et 76 (37,8 %) dans un délai raisonnable, soit un total de 165 répondants (82,1 %) ayant bénéficié d'un délai relativement satisfaisant. Les entretiens réalisés confirment que les délais d'attente restent une source d'insatisfaction, même si des progrès ont été enregistrés dans certains services. Un interviewé note : « Les soins sont satisfaisants, mais il y avait une lenteur dans les formalités administratives à cause de la longue queue. » Cette lenteur des démarches administratives est un sujet récurrent lors des entretiens, ce qui corrobore les données quantitatives montrant que 36 patients (17,9 %) ont attendu « après une longue attente » ou « après une très longue attente » pour obtenir leurs résultats.

Les résultats montrent que 82,1 % des répondants ont déclaré avoir reçu leurs résultats immédiatement, en fin de journée ou dans un délai qu'ils ont eux-mêmes qualifié de raisonnable. Ces données indiquent que le CHU-Kara communique les résultats des examens dans des délais globalement satisfaisants pour la majorité des usagers, bien que des disparités subsistent selon le profil socio-économique et que les délais administratifs restent perçus comme excessifs par une partie des patients.

3.6. Implication du patient dans la prise de décision médicale

Le tableau 6 évalue la perception de la prise en compte des préoccupations des patients lors de la contractualisation, selon la profession.

Tableau 6 : Évaluation de l'approche de soins des agents de santé selon la profession (n=194)

Profession	Oui, mes préoccupations ont été prises en compte	Oui, mais pas toujours	Non, je n'ai pas été suffisamment impliqué	Non, pas du tout	Total
Paysan, artisan, commerçant	12	24	12	3	51
Ouvrier(e) / employé(e)	10	12	2	6	30
Cadre	10	3	1	3	17
Entrepreneur	7	9	2	0	18
Autre	14	32	14	6	66
Ne souhaite pas répondre	5	6	0	1	12
Total	58	86	31	19	194

Source : enquête de terrain, 2025

La perception de la prise en compte des préoccupations des patients par les professionnels de santé est globalement positive, mais nuancée. La prise en compte des préoccupations des patients apparaît globalement positive, mais demeure inégale.

Au total, 144 répondants (74,2 %) déclarent que leurs préoccupations ont été prises en compte, totalement (58) ou partiellement (86). La modalité « Oui, mais pas toujours » est la plus dominante, avec 86 répondants (44,3 %), ce qui révèle un sentiment

d'écoute irrégulier, particulièrement chez les artisans et commerçants (24) et dans la catégorie « Autre » (32). Les entretiens éclairent cette perception en demi-teinte. Certains patients reconnaissent des progrès dans la qualité de l'accueil et des soins, comme en témoigne cet extrait : « L'accueil et les soins n'étaient pas de la qualité comme de nos jours. »

Cependant, d'autres interviewés soulignent que des améliorations restent nécessaires, notamment en ce qui concerne la participation des patients aux décisions thérapeutiques les concernant. Un interviewé résume cette opinion nuancée : « *Oui, il y a eu certainement des progrès louables avec la contractualisation, mais il reste encore beaucoup à faire.* »

Les cadres semblent proportionnellement plus nombreux à estimer que leurs préoccupations ne sont pas totalement prises en compte (10 sur 17, soit 58,8 %), ce qui peut s'interpréter comme une attente plus élevée en matière de participation décisionnelle. Le sentiment d'exclusion totale (« Non, pas du tout ») reste minoritaire, avec 19 répondants (9,8 %), mais concerne davantage les ouvriers/employés (6 sur 30, soit 20,0 %) et la catégorie « Autre » (6 sur 66, soit 9,1 %), ce qui reflète possiblement des inégalités sociales dans la relation thérapeutique.

3.7. Amélioration de l'état de santé à la sortie de l'hôpital selon le statut matrimonial

Le tableau évalue la perception de l'amélioration de l'état de santé des patients à la sortie de l'hôpital selon le statut matrimonial.

Tableau 7 : Amélioration de l'état de santé à la sortie de l'hôpital selon le statut matrimonial (n=197)

Statut matrimonial	Oui, amélioration continue	Oui, mais avec difficultés	Non, pas d'amélioration	Aggravation de l'état	Total
Célibataire	49	33	7	1	90
Concubinage	13	7	0	0	20
Marié(e)	29	24	7	0	60
Divorcé(e)	3	2	0	0	5
Veuf (ve)	8	11	3	0	22
Total	102	77	17	1	197

Source : enquête de terrain, 2025

La quasi-totalité des 197 répondants (179, soit 90,9 %) note une amélioration de son état de santé à la sortie de l'hôpital, qu'elle soit continue (102) ou entrecoupée de difficultés (77). Les célibataires constituent la catégorie la plus importante de l'échantillon, avec 90 répondants (45,7 %). Une observation nuancée est relevée chez les personnes veuves, où l'amélioration avec difficultés (11) est plus fréquente que l'amélioration continue (8). L'aggravation de l'état de santé reste marginale, avec un seul cas (célibataire). Ces données quantitatives sont cohérentes avec les entretiens, qui reconnaissent des progrès dans la qualité des soins, même si des limites persistent. Un interviewé affirme : « Il y a une amélioration de la qualité des soins. »

Cette amélioration perçue de la qualité des soins pourrait expliquer le taux élevé de patients rapportant une amélioration de leur état de santé à la sortie de l'hôpital, malgré les difficultés rencontrées durant le séjour (délais d'attente, problèmes d'hygiène, suivi post-traitement limité).

3.8. Effets indésirables des soins à long terme selon l'âge

Le tableau 8 analyse les effets indésirables chez les usagers du CHU-Kara selon l'âge, au moment de la contractualisation.

Tableau 8 : Âge et effets indésirables à long terme (n=198)

Tranche d'âge	Aucun effet indésirable	Effets pris en charge	Effets non pris en charge	Total
Moins de 18 ans	3	1	0	4
18 à 24 ans	44	15	9	68
25 à 34 ans	35	8	4	47
35 à 44 ans	17	7	7	31
45 à 54 ans	19	5	3	27
55 à 65 ans	7	1	4	12
65 ans et plus	5	3	1	9
Total	130	40	28	198

Source : enquête de terrain, 2025

Une majorité des répondants (130, soit 65,7 %) déclarent ne pas avoir ressenti d'effets indésirables à long terme, ce qui constitue une tendance positive notable. Parmi les 68 patients ayant rapporté des effets secondaires, 40 (58,8 %) indiquent que ces effets ont été pris en charge par l'équipe médicale, tandis que 28 (41,2 %) signalent une absence de prise en charge. Les entretiens révèlent que le suivi post-traitement reste une lacune importante dans la prise en charge au CHU-Kara. Un interviewé déplore : « Après le traitement, il n'y a pas de suivi des patients en tant que tel, si ce n'est le jour du rendez-vous. » Cette absence de suivi systématique pourrait expliquer pourquoi 28 patients (41,2 %) rapportent des effets indésirables non pris en charge, particulièrement dans les tranches d'âge de 35 à 44 ans et de 55 à 65 ans, où le ratio de cas non pris en charge est plus élevé. La tranche d'âge des 18 à 24 ans (68 répondants) ne compte que 6 cas d'effets non pris en charge. En revanche, les tranches d'âge de 35 à 44 ans et de 55 à 65 ans affichent un ratio plus préoccupant : chez les 35 à 44 ans, autant de cas sont pris en charge que non pris en charge (7 chacun) ; chez les 55 à 65 ans, 4 des 5 patients ayant présenté des effets signalent une absence de prise en charge.

Cette observation est cohérente avec les propos recueillis sur les limites du suivi post-traitement, sans permettre d'établir un lien de causalité entre les deux phénomènes.

3.9. Accessibilité à l'information sur le traitement selon la profession

Le tableau 09 évalue la facilité d'accès des usagers à l'information sur le traitement selon la profession.

Tableau 9 : Accessibilité à l'information sur le traitement selon la profession (n=193)

Profession	Oui, très facilement	Oui, mais avec difficultés	Non, difficilement	Total
Paysan, artisan, commerçant	16	20	14	50
Ouvrier(e) / employé(e)	5	14	11	30
Cadre	11	2	4	17
Entrepreneur	6	7	5	18
Autre	16	27	24	67
Ne souhaite pas répondre	8	2	1	11
Total	62	72	59	193

Source : enquête de terrain, 2025

Bien que 134 répondants (69,4 %) parviennent à obtenir des informations sur leur traitement, une partie importante rencontre des obstacles. Les réponses « Oui, très facilement » (62) et « Non, difficilement » (59) représentent ensemble 62,7 % de l'échantillon, révélant un enjeu majeur de communication et de transparence.

Les entretiens soulignent que l'information des patients reste un défi, même si des progrès ont été enregistrés. Un interviewé note que la contractualisation a contribué à améliorer la transparence : « *Cette approche offre plus de transparence dans la gestion et une présence effective du personnel au poste.* »

Cependant, d'autres personnes interrogées pointent du doigt des lacunes persistantes, notamment en ce qui concerne le suivi et l'information post-traitement : « Après le traitement, il n'y a pas de suivi des patients en tant que tel, si ce n'est le jour du rendez-vous. » Les cadres se distinguent nettement : 64,7 % d'entre eux (11 sur 17) ont un accès facile aux informations, contre seulement 16,7 % pour les ouvriers/employés (5 sur 30). Les barrières sont particulièrement marquées chez les classes populaires : 25 ouvriers/employés sur 30 (83,3 %) et 34 paysans/artisans/commerçants sur 50 (68,0 %) signalent des difficultés d'accès à l'information sur leur état de santé. Ces écarts suggèrent l'existence d'inégalités sociales dans l'accès à l'information médicale, liées au capital culturel et à la capacité de ces derniers à interroger le personnel soignant.

3.10. Satisfaction globale des patients selon le genre

Le tableau 10 évalue le niveau de satisfaction globale des soins offerts au CHU-Kara selon le genre.

Tableau 10 : Niveau de satisfaction globale des soins reçus selon le genre (n=200)

Satisfaction / Genre	Hommes	Femmes	Total
1 : Très insatisfait	6	7	13
2-3 : Insatisfait	13	8	21
4-5 : Moyennement satisfait	39	47	86
6-7 : Satisfait	30	31	61
8-9 : Très satisfait	11	3	14
10 : Parfaitement satisfait	2	3	5
Total	101	99	200

Source : enquête de terrain, 2025

La majorité des répondants se concentre sur les notes centrales (4-7), avec 86 personnes (43,0 %) « moyennement satisfaites » et 61 (30,5 %) « satisfaites ». L'insatisfaction (1-3) concerne 34 répondants (17,0 %), répartis de façon quasi équivalente entre les hommes (19) et les femmes (15). Les entretiens permettent de comprendre les nuances de cette satisfaction modérée. Un interviewé résume cette opinion partagée : « Les soins sont satisfaisants, mais il y avait un allongement des formalités administratives en raison de la longue file d'attente. » Un autre interviewé exprime une satisfaction conditionnelle : « Un jour ouvrable, j'ai reçu des soins en stomatologie et j'ai été pris en charge avant d'effectuer les formalités. Ce qui a manqué, c'est la disponibilité de tous les médicaments en pharmacie ; sinon, j'en étais satisfait. »

Ces témoignages illustrent bien la satisfaction en demi-teinte révélée par les données quantitatives : les patients reconnaissent la qualité technique des soins, mais déplorent les contraintes organisationnelles (délais d'attente, ruptures de médicaments) qui limitent leur satisfaction globale. Une nuance intéressante apparaît pour la satisfaction maximale (8-10) : les hommes sont nettement plus nombreux parmi les « très satisfaits » (11 contre 3 femmes), tandis que le niveau « parfaitement satisfait » (note 10) reste marginal pour tous (5 cas au total).

3.11. Recommandation du CHU-Kara selon la profession

Le tableau 11 évalue le désir des usagers de recommander la fréquentation du CHU-Kara aux autres usagers selon la profession.

Tableau 11 : Désir de recommandation du CHU-Kara selon la profession (n=193)

Profession	Oui, sans hésiter	Oui, mais avec réserves	Non	Total
Paysan, artisan, commerçant	21	20	9	50
Ouvrier(e) / employé(e)	7	18	4	29
Cadre	10	6	1	17
Entrepreneur	5	13	0	18
Autre	19	38	10	67
Ne souhaite pas répondre	7	4	1	12
Total	69	99	25	193

Source : enquête de terrain, 2025

Environ 168 répondants (87,0 %) déclarent recommander le CHU-Kara aux autres usagers, malgré les insuffisances relevées, ce qui témoigne d'un fort attachement aux prestations de soins du CHU-Kara. La modalité « Oui, mais avec certaines réserves » est dominante, avec 99 répondants (51,3 %), ce qui indique une conviction quant à la qualité des soins, assortie d'une vigilance à l'égard des lacunes persistantes constatées.

Les entretiens éclairent cette recommandation nuancée. À la question de savoir s'ils recommanderaient l'extension de l'approche contractuelle aux autres établissements de santé, plusieurs personnes interrogées ont répondu par l'affirmative. Pour eux, « l'approche contractuelle est un partenaire de veille ». Un autre interviewé ajoute : « La contractualisation sert d'élément de contrôle de gestion. » Cette extension devra se poursuivre avec « le personnel de l'administration qui détient les compétences nécessaires au même titre que le personnel de la société contractante ». Un interviewé souligne : « Cette approche offre plus de transparence dans la gestion et une présence effective du personnel au poste. » Il soutient que l'approche contractuelle a mis en place plusieurs initiatives qui ont contribué à l'amélioration de la qualité des soins. Un autre interviewé affirme : « La qualité des soins à tous les niveaux a progressé au CHU-Kara. D'énormes changements positifs grâce à cette approche ont été observés. »

Cependant, une minorité d'interviewés ne voit pas dans l'extension de la contractualisation une nécessité, en raison de l'absence de résultats concrets à la suite de cette approche. Un interviewé précise : « Il faut avant tout recruter le personnel technique en nombre suffisant pour assurer une qualité de soins et acquérir le matériel de diagnostic nécessaire, ce qui ne fait pas partie du cahier des charges de l'approche contractuelle. » Un autre met en garde contre les risques à long terme : « Au fil du temps, l'approche contractuelle devient inefficace, avec le risque d'être corrompue. » Les cadres et les entrepreneurs affichent un désir plus élevé de recommander sans hésiter, ce qui est cohérent avec leurs réponses précédentes (accès facile à l'information, prise en compte de leurs besoins). Le refus de recommandation concerne principalement les paysans, artisans et commerçants (9) et la catégorie « Autre » (10), ce qui reflète possiblement des expériences plus difficiles, liées à des contraintes financières et à un accès plus limité à l'information.

3.12. Attribution des améliorations : le rôle de la contractualisation

Cette section supplémentaire synthétise les perceptions des personnes interrogées concernant l'attribution des améliorations enregistrées au CHU-Kara à la contractualisation.

Il a été demandé aux personnes interrogées s'il était possible d'attribuer les progrès enregistrés au CHU-Kara dans le cadre de la contractualisation aux seules initiatives de l'approche contractuelle. La réponse a été majoritairement négative. Pour certains, il faut prendre en compte les « actions collégiales des acteurs du niveau central ». D'autres ont relevé qu'« il y a une prise de conscience des différents acteurs du CHU-Kara » qui a contribué à l'obtention de ces améliorations en dehors des apports de la contractualisation.

Un interviewé souligne le rôle du leadership : « Il faut souligner qu'il y a aussi la volonté du personnel de l'hôpital et le dévouement du directeur en fonction au lancement et durant la période de l'approche contractuelle. » Cette volonté partagée, sous l'impulsion de ce directeur, a également été à l'origine des améliorations observées au CHU-Kara. Un autre interviewé abonde dans le même sens : « Ce n'est pas l'approche contractuelle seule, mais il y a aussi le leadership de la Direction qui a concouru à ces améliorations. »

Bien d'autres raisons ont été évoquées pour ne pas attribuer à la seule contractualisation l'origine des améliorations enregistrées au CHU-Kara. Certains interviewés ont estimé que ces résultats auraient pu être obtenus à un rythme plus lent sans la contractualisation. La contractualisation a servi d'accélérateur pour l'atteinte de ces résultats, comme en témoignent les propos suivants : « La contractualisation a accéléré la mise en œuvre et l'amélioration des pratiques de soins. » Un autre interviewé ajoute : « La contractualisation a entraîné de nombreuses innovations et a contribué à l'amélioration des soins. »

En revanche, d'autres personnes interrogées pensent que le CHU-Kara aurait pu connaître toutes ces améliorations sans la contractualisation. Pour elles, le niveau de performance atteint par le CHU-Kara aurait été possible sans la contractualisation. Certaines pensent que « la contractualisation doit aller au-delà du contrôle mis en place par la contractualisation » ; on note par ailleurs qu'« il y a une prise de conscience des dirigeants et des chefs de service du CHU-Kara ».

À la question de savoir si les améliorations enregistrées pouvaient être obtenues sans contractualisation, des avis variés ont été exprimés. Un interviewé affirme que, même avec la contractualisation, sans une prise de conscience effective des acteurs du CHU-Kara, il n'était pas possible d'obtenir ces améliorations : « Pas du tout sans une prise de conscience des acteurs. » Une autre interviewée pense « qu'un accompagnement accru de la tutelle et un nouveau leadership » ont été nécessaires, en plus de la contractualisation, pour obtenir ces améliorations. Seuls deux interviewés ont déclaré attribuer ces améliorations à la contractualisation seule, tandis que la majorité reconnaît une synergie entre la contractualisation, le leadership de la direction, la prise de conscience des acteurs et la volonté du personnel.

3.13. Synthèse des résultats

Les résultats de cette enquête mixte révèlent une perception globalement positive, mais nuancée, de la prise en charge au CHU-Kara en période de contractualisation. Les données quantitatives montrent que :

- 55,4 % des patients ont reçu une évaluation complète ou très complète lors de leur première prise en charge.
- 73,9 % ont connu une amélioration progressive de leur état de santé à court terme.
- 90,9 % rapportent une amélioration de leur état de santé à la sortie de l'hôpital.
- 87,0 % recommanderaient le CHU-Kara aux autres usagers, bien que 51,3 % émettent des réserves.

Les entretiens permettent de comprendre les raisons de cette satisfaction modérée. Les patients reconnaissent des progrès dans la qualité des soins, la disponibilité des médecins et l'environnement matériel. Cependant, ils déplorent des lacunes persistantes : délais d'attente, ruptures de stock de médicaments, hygiène insuffisante, suivi post-traitement limité et inégalités d'accès à l'information selon le profil socioprofessionnel.

Concernant l'attribution des améliorations, la majorité des personnes interrogées ne tient pas uniquement à la contractualisation, mais reconnaît une synergie entre cette approche, le leadership de la direction, la prise de conscience des acteurs et la volonté du personnel. La contractualisation est perçue comme un accélérateur des améliorations plutôt que comme leur cause exclusive.

4. Discussion

Cette étude avait pour objectif d'analyser la perception de la qualité des soins au CHU-Kara avant et après la mise en œuvre de l'approche contractuelle en 2017, à partir de la combinaison des données quantitatives issues d'une enquête auprès de 202 usagers et des entretiens qualitatifs avec des patients et des acteurs du CHU-Kara. Les résultats révèlent une amélioration perçue de la qualité des soins, mais également des limites persistantes qui nuancent l'impact de la contractualisation sur la qualité des soins au CHU-Kara. Cette section discute de ces résultats à la lumière de la littérature sur la contractualisation dans les systèmes de santé en Afrique subsaharienne, la satisfaction des patients et les inégalités sociales d'accès aux soins.

4.1. Une amélioration perçue de la qualité des soins, cohérente avec les études sur la contractualisation

Les résultats de cette étude montrent que 55,4 % des patients ont reçu une évaluation complète ou très complète lors de leur première prise en charge, 73,9 % ont connu une amélioration progressive de leur état de santé à court terme, et 90,9 % rapportent une amélioration de leur état de santé à la sortie de l'hôpital. Ces données suggèrent une perception globalement positive de la qualité des soins en période de contractualisation, corroborée par les entretiens qui reconnaissent des progrès dans la disponibilité des médecins, la qualité des traitements et l'environnement matériel de l'hôpital.

Ces résultats sont cohérents avec les études menées dans d'autres contextes africains sur la contractualisation comme outil de gestion de la performance hospitalière. Au Sénégal, Gueye et Kopp (2009) ont montré que le contrat de performance hospitalière a contribué à améliorer la gestion des ressources et la qualité des soins dans les hôpitaux publics. De même, au Togo, Djore (2025) rapporte que l'approche contractuelle contribue à une gestion efficace des ressources allouées aux établissements de santé, améliorant ainsi l'accès aux soins de santé.

L'amélioration perçue de la disponibilité des médecins (« Bien sûr, il y a eu des progrès car il y a actuellement assez de médecins ») rejoint les observations de Chougrani et Kaddar (2010) en Algérie, qui soulignent que la contractualisation peut favoriser une meilleure organisation du personnel soignant et une présence plus effective au poste. Cette amélioration des ressources humaines constitue un facteur clé de la satisfaction des patients, comme le montrent plusieurs études en Afrique subsaharienne.

4.2. Des limites persistantes : délais d'attente, ruptures de médicaments et inégalités d'accès à l'information

Malgré ces améliorations, les résultats de cette étude révèlent des limites importantes. Seuls 43,6 % des patients jugent le traitement « plutôt efficace » ou « très efficace », tandis que 46,0 % le considèrent « peu efficace ». Les entretiens mettent en évidence plusieurs facteurs explicatifs : les délais d'attente dans les démarches administratives, les ruptures de stock de médicaments à la pharmacie de l'hôpital et les inégalités d'accès à l'information selon le profil socioprofessionnel.

Ces constats rejoignent les conclusions d'une revue systématique sur la qualité des soins de santé primaires en Afrique subsaharienne, qui rapporte un taux moyen de satisfaction des patients de 62 à 66 %, avec des variations importantes selon les contextes. Les facteurs les plus fréquemment associés à l'insatisfaction incluent les délais d'attente, le manque de médicaments et l'insuffisance d'information fournie aux patients.

La question des ruptures de médicaments est particulièrement critique. Comme le souligne un interviewé : « C'est la disponibilité de tous les médicaments en pharmacie qui a manqué, sinon j'aurais été satisfait. » Cette situation reflète un problème structurel des systèmes de santé en Afrique subsaharienne, où les chaînes d'approvisionnement en médicaments essentiels restent fragiles, même dans les établissements ayant bénéficié de réformes de gestion. La contractualisation, bien qu'elle améliore la gestion administrative, ne résout pas automatiquement les problèmes d'approvisionnement en intrants médicaux, qui dépendent de facteurs exogènes (financement, logistique, politiques nationales d'achat de médicaments) (Dionko M., 2007).

Les inégalités d'accès à l'information selon le profil socioprofessionnel constituent un autre résultat marquant de cette étude. Les cadres ont un accès facile aux informations dans 64,7 % des cas, contre seulement 16,7 % pour les ouvriers et les employés. Ces

écarts suggèrent l'existence d'inégalités sociales dans la relation thérapeutique, liées au capital culturel et à la capacité à interroger le personnel soignant. Ce résultat est cohérent avec les travaux d'Okeny et al. (2024) sur les dimensions des soins centrés sur le patient en Afrique subsaharienne, qui identifient la communication et l'autonomie du patient comme des éléments clés, mais inégalement répartis selon le statut socio-économique.

4.3. La contractualisation comme accélérateur, mais non comme cause exclusive des améliorations

Un résultat important de cette étude concerne l'attribution des améliorations enregistrées au CHU-Kara. La majorité des personnes interrogées n'attribue pas ces améliorations à la seule contractualisation, mais reconnaît une synergie entre cette approche, le leadership de la direction, la prise de conscience des acteurs et la volonté du personnel de l'hôpital. Comme le résume un interviewé : « La contractualisation a accéléré la mise en œuvre et l'amélioration des pratiques de soins. »

Cette perception rejoint les analyses de plusieurs auteurs sur les limites de la contractualisation comme outil isolé d'amélioration de la performance. Au Tchad, une thèse sur la contractualisation et la performance du système de santé conclut que « la contractualisation a été avant tout conçue comme un outil de gestion en vue d'améliorer la performance du système de santé », mais qu'elle « ne saurait s'affranchir d'un certain nombre de dispositions fondamentales qui définissent le caractère public de son action ». En d'autres termes, la contractualisation ne peut produire des effets durables que si elle s'inscrit dans un cadre institutionnel favorable, avec un leadership fort et l'adhésion du personnel (Dionko M., 2007).

L'importance du leadership est également soulignée par les interviewés, qui évoquent « le dévouement du directeur du CHU-Kara en poste au démarrage de la mise en œuvre » comme un facteur clé des améliorations enregistrées. Ce résultat corrobore les travaux sur la gestion axée sur les résultats (GAR) au Togo, qui montrent que la performance des établissements de santé sous contractualisation dépend fortement de la qualité du leadership et de l'engagement des gestionnaires (Buaka, K. et al., 2023).

4.4. Satisfaction modérée et recommandation avec réserves : une confiance conditionnelle

Le taux de recommandation du CHU-Kara (87,0 %) est élevé, mais 51,3 % des répondants émettent des réserves (« Oui, mais avec certaines réserves »). Cette satisfaction en demi-teinte reflète une confiance conditionnelle des usagers : ils reconnaissent la qualité technique des soins, mais restent vigilants face aux lacunes persistantes constatées (délais, médicaments, hygiène, suivi, etc.).

Ce profil de satisfaction modérée est similaire à celui observé dans d'autres études en Afrique subsaharienne. En Éthiopie, une revue systématique rapporte un taux de satisfaction des patients hospitalisés de 57,4 %, avec des variations importantes selon les hôpitaux et les services. Les facteurs les plus fortement associés à la satisfaction incluent la rapidité des services, la disponibilité des médicaments, la qualité de l'information fournie et le respect de la vie privée des patients (Alemu A. T. et al., 2024).

La recommandation avec réserves peut également s'interpréter comme une forme de « loyauté contrainte » : les patients recommandent le CHU-Kara parce qu'il s'agit souvent du seul établissement de référence disponible, mais ils accompagnent cette recommandation de mises en garde sur les contraintes à anticiper (avoir de l'argent, être patient, etc.). Comme le dit un interviewé : « Je vais dire aux gens de venir ici, parce que c'est le seul hôpital qu'on a. Mais je vais aussi leur dire : "Préparez-vous, il faut avoir de l'argent, il faut être patient." »

4.5. Inégalités sociales et soins centrés sur le patient : des défis persistants

Les résultats de cette étude mettent en évidence des inégalités sociales dans l'expérience des soins. Les cadres et les entrepreneurs sont plus susceptibles de recommander le CHU-Kara sans hésiter, d'avoir un accès facile à l'information et de sentir que leurs préoccupations sont prises en compte. À l'inverse, les paysans, artisans, commerçants et ouvriers/employés rapportent davantage de difficultés d'accès à l'information et un sentiment d'exclusion plus marqué.

Ces inégalités rejoignent les conclusions d'Okeny et al. (2024) sur les dimensions des soins centrés sur le patient en Afrique subsaharienne. Leur revue systématique identifie trois dimensions clés : (1) le patient en tant que personne (dignité, respect, communication, autonomie), (2) l'accès aux soins (infrastructures, accès géographique et financier), et (3) les soins intégrés (continuité, orientation dans le système, communication interprofessionnelle). Les résultats de notre étude suggèrent que ces

dimensions sont inégalement distribuées selon le statut socio-économique, les patients les plus favorisés bénéficiant d'une meilleure communication, d'un plus grand respect de leur autonomie et d'un accès plus facile à l'information.

La question du coût des soins, bien que non directement mesurée dans cette étude, apparaît en filigrane dans les entretiens. Plusieurs personnes interrogées évoquent l'incapacité à respecter les ordonnances (« Il m'a donné une ordonnance avec des médicaments que je ne pouvais pas acheter »), ce qui suggère que la précarité financière constitue un obstacle majeur à l'effectivité des soins, même lorsque l'évaluation clinique est complète. Ce résultat est cohérent avec les travaux sur les barrières financières à l'accès aux soins en Afrique subsaharienne, qui montrent que les dépenses directes de santé restent un facteur d'exclusion important, même dans les établissements publics (Ogaji, D. S. et al., 2015).

4.6. Limites de l'étude

Cette étude présente plusieurs limites. Premièrement, le design transversal ne permet pas d'établir une causalité stricte entre la contractualisation et les améliorations perçues, et le fait de limiter l'analyse quantitative à deux cent deux (202) individus peut également poser un problème de représentativité. Deuxièmement, les données reposent sur des déclarations auto-rapportées, susceptibles d'être biaisées par des biais de mémoire et de désirabilité sociale. Troisièmement, l'échantillon n'est pas probabiliste, ce qui limite la généralisation des résultats à l'ensemble des usagers du CHU-Kara. Quatrièmement, les entretiens qualitatifs n'ont pas été systématiquement codés et analysés à l'aide de logiciels dédiés, ce qui peut limiter la rigueur de l'analyse thématique. De plus, limiter les entretiens à onze (11) personnes peut fragiliser la pertinence des conclusions tirées.

Malgré ces limites, cette étude apporte une contribution originale à la littérature sur la contractualisation en Afrique subsaharienne, en combinant des données quantitatives et qualitatives pour analyser la perception des usagers de l'hôpital. Les résultats offrent des pistes concrètes pour améliorer la qualité des soins au CHU-Kara et dans d'autres établissements hospitaliers similaires.

4.7. Implications de l'étude pour la politique de santé et la pratique médicale

Les résultats de cette étude suggèrent plusieurs implications pour la politique de santé et la pratique médicale :

1. **Renforcer l'approvisionnement en médicaments essentiels** : la contractualisation doit s'accompagner de mécanismes de financement et de logistique suffisants pour garantir la disponibilité des médicaments en pharmacie de l'hôpital.
2. **Réduire les délais d'attente administratifs** : des investissements dans la digitalisation et l'informatisation des procédures administratives, ainsi que le renforcement du personnel d'accueil de l'hôpital, pourraient améliorer l'expérience des usagers.
3. **Améliorer l'information des patients** : Des programmes de formation du personnel soignant à la communication thérapeutique et à l'éducation des patients pourraient réduire les inégalités d'accès à l'information indispensable à une prise en charge adéquate des patients.
4. **Renforcer le suivi post-traitement** : la mise en place de consultations de suivi systématiques et de mécanismes de prise en charge des effets indésirables à long terme améliorerait la qualité des soins.
5. **Pérenniser le leadership et l'engagement du personnel** : La contractualisation doit s'inscrire dans une stratégie de gestion des ressources humaines qui valorise le leadership du corps médical et l'engagement du personnel.
6. **Étendre la contractualisation avec des adaptations** : La majorité des personnes interrogées soutient l'extension de l'approche contractuelle à d'autres établissements de santé, tout en soulignant la nécessité de l'adapter aux contextes locaux et de la compléter par d'autres réformes (recrutement du personnel, équipement, leadership).

Conclusion

Cette étude a analysé la perception de la qualité des soins au CHU-Kara avant et après la mise en œuvre de l'approche contractuelle en 2017, en combinant une enquête quantitative auprès de 202 usagers et des entretiens qualitatifs avec des patients et des acteurs du CHU-Kara.

Les résultats montrent une amélioration perçue de la qualité des soins en période de contractualisation : 55,4 % des patients ont reçu une évaluation complète ou très complète lors de leur première prise en charge, 73,9 % ont connu une amélioration progressive de leur état de santé à court terme, et 87,0 % recommanderaient le CHU-Kara aux autres usagers. Les entretiens confirment ces progrès, notamment en matière de disponibilité des médecins, de qualité technique des soins et d'environnement matériel.

Cependant, des limites persistantes nuancent cet impact. Seuls 43,6 % des patients jugent le traitement « plutôt efficace » ou « très efficace », tandis que 46,0 % le considèrent « peu efficace ». Les entretiens mettent en évidence plusieurs facteurs explicatifs : les délais d'attente dans les démarches administratives, les ruptures de stock de médicaments à la pharmacie de l'hôpital, l'hygiène insuffisante dans certains espaces, un suivi post-traitement limité et des inégalités d'accès à l'information selon le profil socioprofessionnel (64,7 % des cadres ont un accès facile à l'information contre 16,7 % des ouvriers/employés).

Un résultat marquant concerne l'attribution des améliorations : la majorité des interviewés ne crédite pas la contractualisation seule, mais reconnaît une synergie entre cette approche, le leadership de la direction, la prise de conscience des acteurs et la volonté du personnel. La contractualisation est perçue comme un accélérateur des améliorations plutôt que comme leur cause exclusive.

Ces résultats suggèrent que la contractualisation, pour être efficace, doit s'inscrire dans une réforme plus large du système de santé, incluant le renforcement des ressources humaines, l'amélioration de l'approvisionnement en médicaments, la réduction des inégalités sociales d'accès à l'information et aux soins, et la promotion du leadership interne. La majorité des personnes interrogées soutient d'ailleurs l'extension de l'approche contractuelle à d'autres établissements de santé, mais souligne la nécessité de la compléter par d'autres réformes.

En définitive, cette étude confirme que la contractualisation peut contribuer à améliorer la qualité des soins dans les hôpitaux publics en Afrique subsaharienne, mais qu'elle ne constitue pas une solution miracle. Son efficacité dépend de sa capacité à s'inscrire dans une stratégie globale d'amélioration de la performance, combinant des outils de gestion, le leadership, l'engagement du personnel et des investissements ciblés dans les infrastructures et les intrants médicaux.

Références

- [1] Rai, P.K. (2008). Heavy metal pollution in aquatic ecosystems and its phytoremediation using wetland plants: An ecosustainable approach. *International Journal of Phytoremediation*, 10(2), 133–160.
- [2] Mays, P.A., & Edwards, G.S. (2001). Comparison of heavy metal accumulation in a natural wetland and constructed wetlands receiving acid mine drainage. *Ecological Engineering*, 16(4), 487–500.
- [3] Wu, S., Wallace, S., Brix, H., Kuschik, P., Kirui, W.K., Masi, F., & Dong, R. (2015). Treatment of industrial effluents in constructed wetlands: Challenges, operational strategies and overall performance. *Environmental Pollution*, 201, 107–120.
- [4] Kalandadze, B., & Matchavariani, L. (2019). Soil pollution. In L. Matchavariani (Ed.), *The Soils of Georgia* (pp. 153–166). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-18509-1_8

- [5] Avkopashvili, M., Avkopashvili, G., Avkopashvili, I., Asanidze, L., Matchavariani, L., Gongadze, A., & Gakhokidze, R. (2022). Mining-related metal pollution and ecological risk factors in South-Eastern Georgia. *Sustainability*, 14(9), 5621. <https://doi.org/10.3390/su14095621>
- [6] Avkopashvili, G., Avkopashvili, M., Gongadze, A., Tsulukidze, M., & Shengelia, E. (2017). Determination of Cu, Zn and Cd in soil, water and food products in the vicinity of RMG gold and copper mine, Kazreti, Georgia. *Annals of Agrarian Science*, 15(2), 269–272. <https://doi.org/10.1016/j.aasci.2017.05.001>
- [7] Avkopashvili, M., Gongadze, A., Avkopashvili, G., Matchavariani, L., Asanidze, L., & Lagidze, L. (2020). Metals distribution in soil contaminated by gold and copper mining in Georgia. *Journal of Environmental Biology*, 41(2), 310–317. [https://doi.org/10.22438/jeb/41/2\(SI\)/JEB-05](https://doi.org/10.22438/jeb/41/2(SI)/JEB-05)
- [8] Withanachchi, S.S., Ghambashidze, G., Kunchulia, I., Urushadze, T., & Ploeger, A. (2018). Water quality in surface water: A preliminary assessment of heavy metal contamination of the Mashavera River, Georgia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(4), 621. <https://doi.org/10.3390/ijerph15040621>
- [9] Gventsadze, G., Ghambashidze, G., Chankseliani, Z., Sarjveladze, I., & Blum, W.E.H. (2024). Impacts of crop-specific agricultural practices on the accumulation of heavy metals in soil in Kvemo Kartli region (Georgia): A preliminary assessment. *Sustainability*, 16(10), 4244. <https://doi.org/10.3390/su16104244>
- [10] Kadlec, R.H., & Wallace, S. (2009). *Treatment Wetlands* (2nd ed.). CRC Press.
- [11] Vymazal, J. (2010). Constructed wetlands for wastewater treatment. *Water*, 2(3), 530–549.
- [12] Mitsch, W.J., & Gosselink, J.G. (2015). *Wetlands* (5th ed.). Wiley.
- [13] Weis, J.S., & Weis, P. (2004). Metal uptake, transport and release by wetland plants: Implications for phytoremediation and restoration. *Environment International*, 30(5), 685–700.
- [14] Marchand, L., Mench, M., Jacob, D.L., & Otte, M.L. (2010). Metal and metalloid removal in constructed wetlands, with emphasis on the importance of plants and standardized measurements: A review. *Environmental Pollution*, 158(12), 3447–3461.
- [15] Ye, Z.H., Baker, A.J.M., Wong, M.H., & Willis, A.J. (1997). Zinc, lead and cadmium tolerance, uptake and accumulation by *Typha latifolia*. *New Phytologist*, 136(3), 469–480.
- [16] Vymazal, J. (2013). Emergent plants used in free water surface constructed wetlands: A review. *Ecological Engineering*, 61, 582–592.
- [17] Bonanno, G., & Cirelli, G.L. (2017). Comparative analysis of element concentrations and translocation in three wetland congener plants: *Typha domingensis*, *Typha latifolia* and *Typha angustifolia*. *Ecotoxicology and Environmental Safety*, 143, 92–101. <https://doi.org/10.1016/j.ecoenv.2017.05.021>
- [18] Brisson, J., & Chazarenc, F. (2009). Maximizing pollutant removal in constructed wetlands: Should we pay more attention to macrophyte species selection? *Science of the Total Environment*, 407(13), 3923–3930. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2008.05.047>

- [19] Avkopashvili, G., Gongadze, A., Gakhokidze, R., & Avkopashvili, M. (2015). Phytoremediation of contaminated soils, contaminated with heavy metals from gold mine in Georgia. In Proceedings of the International Conference “Applied Ecology: Problems, Innovations” (pp. 154–157). Tbilisi, Georgia.
- [20] UNEP/IOC/IAEA. (1995). Manual for the geochemical analyses of marine sediments and suspended particulate matter. Reference Methods for Marine Pollution Studies No. 63. United Nations Environment Programme.
- [21] US EPA. (1996). Method 3050B: Acid digestion of sediments, sludges, and soils (Revision 2). United States Environmental Protection Agency, Washington, DC.
- [22] Richardson, J. (2018). Plant processing for trace metal analysis protocol. protocols.io.
- [23] ISO. (1986). ISO 8288:1986 Water quality — Determination of cobalt, nickel, copper, zinc, cadmium and lead — Flame atomic absorption spectrometric methods. International Organization for Standardization, Geneva.
- [24] Salt, D.E., Smith, R.D., & Raskin, I. (1998). Phytoremediation. Annual Review of Plant Physiology and Plant Molecular Biology, 49, 643–668.
- [25] Ali, H., Khan, E., & Sajad, M.A. (2013). Phytoremediation of heavy metals—Concepts and applications. Chemosphere, 91(7), 869–881.
- [26] Batty, L.C., Baker, A.J.M., Wheeler, B.D., & Curtis, C.D. (2000). The effect of pH and plaque on the uptake of Cu and Mn in *Phragmites australis* (Cav.) Trin ex. Steudel. Annals of Botany, 86(3), 647–653.