

RAPPORT DE SYNTHÈSE

SESSION EXPERT N°1

Qualité des soins dans les hôpitaux camerounais : quel est le principal frein ?

Synthèse des contributions du groupe
de dialogue professionnel de la
Fédération Hospitalière du Cameroun (FHC)

Date du débat :
lundi 21 septembre 2026

Rubrique :
Session Expert
premier rendez-vous du programme
hebdomadaire de la FHC

Diffusion :
**membres du groupe de dialogue
professionnel de la FHC**



Sommaire

- 1. Contexte et méthodologie
- 2. Résumé exécutif
- 3. Constat d'ensemble
- 4. Thèmes identifiés par les membres
- 5. Expériences pratiques partagées
- 6. Éclairage international — apport de la Fédération Hospitalière de France (FHF)
- 7. Pistes de réflexion et question ouverte
- 8. Conclusion
- Annexe — Sources citées

1. Contexte et méthodologie

La Fédération Hospitalière du Cameroun (FHC) anime un groupe de dialogue professionnel réunissant médecins, directeurs d'hôpitaux, pharmaciens, professionnels de santé publique, épidémiologistes, enseignants, chercheurs et acteurs de la société civile. Ce rapport restitue, de manière enrichie, l'ensemble des échanges de la première « Session Expert », consacrée à la question suivante :

« Selon vous, quel est le principal frein à l'amélioration continue de la qualité des soins dans nos hôpitaux camerounais : le manque de ressources, la formation du personnel, ou l'organisation interne ? »

Neuf contributions structurées ont été partagées par les membres au cours de la journée, complétées par deux témoignages d'expérience pratique et par un éclairage documenté sur la Fédération Hospitalière de France (FHF), partagé par la modératrice pour nourrir la réflexion collective. La présente version reprend l'intégralité de ces apports, y compris les détails, sources et chiffres cités, afin de constituer une base de référence complète pour les travaux ultérieurs de la Fédération.

2. Résumé exécutif

Les contributions convergent vers un constat central, exprimé explicitement par un membre : « il n'y a pas UN principal frein, car le problème est multifactoriel » — plusieurs causes sont liées et s'imbriquent. Quatre grands thèmes structurent les échanges : les ressources humaines et financières, la formation et les compétences, l'organisation et la gouvernance de la qualité, ainsi que les valeurs et les conditions de travail.

Deux expériences pratiques illustrent des leviers d'action concrets : une démarche de dialogue interne (« réunion de famille ») pour restaurer un climat de travail dégradé, et une approche renouvelée de la supervision au niveau du district, fondée sur l'échange et le suivi des actions correctives.

Un apport particulièrement riche a été partagé par la modératrice en clôture des échanges : trois axes documentés de la Fédération Hospitalière de France (FHF), assortis de leurs sources vérifiées et de pistes de transposition explicites « pour le Cameroun » — détaillés intégralement en section 6 du présent rapport.

3. Constat d'ensemble

Plusieurs contributions soulignent qu'aucun facteur ne suffit à expliquer, à lui seul, les insuffisances observées dans la qualité des soins.

« Il n'y a pas UN principal frein car le problème est multifactoriel. Plusieurs causes sont liées et s'imbriquent. »

Un autre membre précise que le manque de ressources est certes important, mais « n'explique pas tout », car des ressources et du personnel formé ne garantissent pas toujours de bons résultats :

« Nous avons parfois des ressources et du personnel formé, mais les résultats ne suivent pas toujours. Le véritable défi est souvent notre capacité à mieux organiser ce que nous avons. »

La qualité des soins est également décrite comme étroitement liée à l'environnement de travail :

« La qualité de soin est extrêmement liée à l'environnement de travail. [...] une mauvaise organisation interne d'une structure de santé même avec des gros moyens financiers et humains constitue pour ma part un vrai problème pour la qualité des soins de nos hôpitaux. »

4. Thèmes identifiés par les membres

4.1 Ressources humaines et financières

- Manque de personnel dans les formations sanitaires en périphérie, malgré le nombre de facultés de médecine et de centres de formation des paramédicaux : « malgré les multiples facultés de médecine et centres de formation des paramédicaux, il manque cruellement de personnel dans les formations sanitaires en périphérie ».
- Plateau technique limité, cité comme frein direct à la qualité de la prise en charge.
- Un déficit de ressources peut entraîner des « adaptations » et l'acceptation d'un niveau de soins médiocre.
- Motivation du personnel identifiée comme facteur de ressources humaines à part entière, distinct de la seule question des effectifs.
- La Couverture Santé Universelle (CSU) revient dans au moins trois contributions distinctes, avec des nuances :
 - Le financement reste en grande partie porté par les patients : « le problème de ressources financières devrait être réglé normalement par la CSU mais la réalité est autre chose. Les patients doivent sortir de leur poche, et en plus l'hôpital doit gérer le personnel, en majorité des personnels d'appui. »
 - Une autre contribution souligne son potentiel : la CSU permettrait « d'améliorer les ressources dans les hôpitaux tout en protégeant les populations face aux dépenses de santé catastrophiques ».
 - Une troisième cite simplement « l'absence de couverture santé universelle » parmi les facteurs structurels du déficit de qualité.

4.2 Formation et compétences

- La formation continue est jugée indispensable à une qualité de soins durable ; selon une contribution, elle ne serait pleinement assurée que dans les hôpitaux de 1ère et 2ème catégorie.
- La formation du personnel sur la démarche qualité elle-même est identifiée comme un besoin spécifique, distinct de la formation clinique générale.
- Un plateau technique performant ne suffit pas si les professionnels ne sont pas préparés à la complexité de leur métier : « un plateau technique performant ne peut produire de bons soins si les professionnels ne sont pas préparés à la complexité de leur métier. »

Cette contribution développe deux questions structurantes pour la formation :

- Quelles compétences développer ? Prise en charge, sécurité du patient et prévention des infections, communication et éthique, travail interprofessionnel, leadership et gestion des services — des besoins à identifier à partir de l'analyse du travail réel, avec les professionnels eux-mêmes.
- Quelle ingénierie de formation mettre en œuvre ? Un référentiel de compétences issu de situations réelles, une articulation entre formation initiale et continue, des méthodes actives (simulation, analyse de pratiques), et les apports possibles de l'intelligence artificielle, en tenant compte des contextes sociaux et professionnels locaux.

Un dispositif concret a été proposé : les communautés de pratiques professionnelles, présentées comme l'un des outils les plus adaptés au contexte camerounais. Objectif : améliorer et renouveler les pratiques à partir d'un partage entre professionnels expérimentés et jeunes professionnels.

Exemple donné : les hôpitaux d'un département peuvent créer une communauté des pratiques professionnelles regroupant tous les acteurs du secteur hospitalier, avec pour principal objectif d'améliorer la qualité des soins.

Deux dispositifs concrets ont été proposés : (1) produire des enregistrements vidéoscopiques d'une pratique professionnelle pour l'analyser entre pairs ; (2) simuler une pratique lors d'une rencontre entre pairs puis procéder à son analyse collective.

4.3 Organisation et gouvernance de la qualité

- L'absence d'institutionnalisation de la démarche qualité est identifiée comme la faiblesse transversale qui réunit tous les points précédents :

« La réelle faiblesse qui réunit tout ce qui a été cité est le manque d'institutionnalisation de la démarche qualité. On n'a pas de référentiel commun de qualité, chacun fait comme il peut, pour ceux qui savent qu'ils doivent faire. L'enjeu est donc celui de la gouvernance et du management de la qualité : passer d'actions ponctuelles à un cycle permanent mesurer → analyser → corriger → réévaluer. C'est à ce niveau qu'interviennent les médecins de santé publique (plaidoyer, recherche de ressources, mise en place d'un référentiel...). »

- Un management jugé dysfonctionnel, pour ne pas dire toxique, et l'absence de règles claires (organigramme, règlement intérieur, fiches de poste), assortis d'un sentiment d'impunité, sont présentés comme des sources de désordre dans l'organisation des services et la gestion des ressources humaines.
- Une expérience de coordination au niveau du district met l'accent sur la clarté des responsabilités, la coordination entre services, le respect des procédures et l'analyse régulière des données :

« Le véritable défi est souvent notre capacité à mieux organiser ce que nous avons : définir clairement les responsabilités, améliorer la coordination entre les services, respecter les procédures, analyser régulièrement nos données, corriger nos insuffisances et surtout instaurer une vraie culture de la qualité. Pour moi, l'amélioration continue commence lorsque chaque problème identifié entraîne une action corrective, puis un suivi pour vérifier si cette action a réellement changé quelque chose. La qualité des soins ne dépend donc pas seulement de ce que nous avons, mais aussi de ce que nous faisons avec ce que nous avons. »

4.4 Valeurs, culture et conditions de travail

- Sont cités : les dysfonctionnements du système, le poids de certaines pesanteurs culturelles et traditionnelles, et l'insuffisance de certaines valeurs professionnelles (éthique, travail bien fait, honnêteté).
- Les souffrances vécues par les ressources humaines sont peu prises en compte ; un cadre de travail intégrant le bien-être du personnel est présenté comme un facteur de motivation et, indirectement, de qualité des soins.
- Une bioéthique africaine, selon une contribution attribuée au Dr Basile Ngono, ne consiste ni à rejeter les principes universels de la bioéthique, ni à reproduire mécaniquement des modèles élaborés ailleurs :

« Elle consiste à reconstruire, à partir des expériences, des philosophies et des réalités africaines, une éthique de la personne qui articule dignité, autonomie relationnelle, responsabilité, solidarité, justice et humanité. » — Dr Basile Ngono

5. Expériences pratiques partagées

Cette section a été introduite par une relance de la modératrice invitant les membres à partager une situation vécue : un problème de qualité rencontré, la réponse apportée, et ce qui a fonctionné ou bloqué.

5.1 Restaurer le climat de travail : la « réunion de famille »

Un membre a partagé l'expérience d'une réunion de dialogue interne, organisée face à une ambiance de travail exécrable marquée par des comportements violents entre soignants (violences verbales), avec un impact direct sur la qualité du service rendu.

Au cours de cette assise, la parole a été donnée à chaque collaborateur. Chacun a « vidé son sac » — un exercice décrit comme « assez dur » — sans qu'aucune personne ne soit nommée ni désignée, ce qui a permis à chacun de se reconnaître avec honnêteté dans les comportements décrits.

Résolutions adoptées :

- Commencer, la prochaine fois, par lister les bonnes pratiques et les points positifs avant d'aborder les points négatifs (« avant de se flageller »).
- S'engager collectivement à faire un effort au sortir de la réunion.
- Présenter des excuses lorsque nécessaire — certains se sont excusés auprès des personnes qu'ils avaient offensées.
- Renouveler l'exercice régulièrement, y compris sur une base trimestrielle.

Résultats observés : un climat de travail assaini, une motivation renforcée et un retour à la ponctualité des équipes. Le membre souligne toutefois que ces effets peuvent s'estomper avec le temps si l'exercice n'est pas répété : « même si ça ne va durer qu'un petit temps avant que les vieilles vilaines habitudes reprennent ».

Il relève enfin que les soignants, en raison du respect de la confidentialité, n'ont pas souvent d'espaces pour exprimer leur trop-plein et leurs frustrations, et suggère de transposer cette approche à d'autres types de collectifs — cellule familiale parents-enfants, cellule du couple, grande famille, associations de village ou de quartier — car « cet exercice contribue à assainir l'ambiance et à rendre l'espace de soins plus humain ».

5.2 Repenser la supervision au niveau du district

Une seconde expérience porte sur la supervision des formations sanitaires au niveau du district. Malgré des supervisions régulières, certains problèmes de qualité persistaient : dossiers incomplets, protocoles pas toujours respectés, données parfois peu exploitées pour corriger les pratiques.

Les équipes ont progressivement fait évoluer la supervision d'un exercice de « contrôle » vers un moment d'échange avec les équipes : identifier ensemble les écarts, proposer des actions correctives simples et revenir dessus lors de la supervision suivante.

- Facteur de succès : l'implication directe des équipes lorsqu'elles participaient elles-mêmes à la recherche des solutions.
- Point de blocage : l'absence de vérification systématique de la mise en œuvre des corrections — « on identifie facilement les problèmes, mais si personne ne vérifie après si les corrections ont été appliquées, on retrouve les mêmes difficultés quelques mois plus tard ».
- Enseignement retenu : privilégier moins de recommandations à la fois, mais des actions précises, chacune assortie d'un responsable désigné, d'un délai et d'un suivi effectif — condition, selon ce témoignage, du démarrage réel de l'amélioration continue.

6. Éclairage international — apport de la Fédération Hospitalière de France (FHF)

En clôture de cette première Session Expert, la modératrice a partagé avec l'ensemble du groupe trois axes documentés par la Fédération Hospitalière de France (FHF), accompagnés de leurs sources vérifiées et, pour chacun, d'une piste explicite de transposition au contexte camerounais. Ce partage, salué comme une contribution majeure à la richesse des échanges de la journée, est restitué ici dans son intégralité.

6.1 La sécurité des soins passe par la Qualité de Vie au Travail (QVT)

La Fédération Hospitalière de France a publié en 2018 un rapport formulant 20 préconisations pour améliorer la qualité de vie au travail (QVT) des équipes hospitalières, soulignant le lien direct entre le bien-être des équipes et la sécurité des prises en charge.

Source : fhf.fr, « Qualité de vie au travail et qualité des soins » — www.fhf.fr/offre-de-soins-qualite-archive/qualite-de-vie-au-travail-et-qualite-des-soins

Pour le Cameroun : face à la fuite des compétences et à la pénurie de spécialistes en zone rurale, fidéliser et protéger le personnel de nos formations sanitaires (FOSA) reste un levier essentiel pour la sécurité des patients.

6.2 Une démarche qualité centrée sur le parcours du patient

Avec l'outil « Destination Qualité », la FHF accompagne les établissements pour structurer la qualité de la prise en charge tout au long du parcours du patient, de son entrée à sa sortie.

Source : destinationqualite.fhf.fr, « La démarche » — destinationqualite.fhf.fr/la-demarche

Pour le Cameroun : dans le cadre du déploiement de la Couverture Santé Universelle (CSU), une approche similaire — centrée sur le parcours et l'expérience du patient plutôt que sur le seul volume d'actes — pourrait guider nos futurs mécanismes d'évaluation de la qualité.

6.3 Le recours aux urgences, révélateur d'un cloisonnement des soins

Le 3ème Baromètre FHF x Ipsos BVA sur l'accès aux soins (mars 2026) révèle qu'un Français sur deux s'est déjà rendu aux urgences sans être en situation d'urgence médicale, faute d'alternative de prise en charge.

Source : fhf.fr, communiqué de presse officiel — www.fhf.fr — [Depuis 2019, la dégradation continue de l'accès aux soins conduit un nombre croissant de Français...](http://www.fhf.fr)

Pour le Cameroun : ce constat fait écho à nos propres défis de filière de soins. Renforcer la confiance envers les Centres de Santé Intégrés (CSI) et les Centres Médicaux d'Arrondissement (CMA) pourrait permettre à nos hôpitaux généraux et centraux de se concentrer sur les cas complexes.

La modératrice a explicitement encadré la portée de cet apport, en précisant que ces éléments sont présentés à titre de référence pour enrichir le débat local, et que les parallèles avec le contexte camerounais restent des pistes de réflexion à approfondir collectivement — sans transposition automatique.

Note méthodologique : ces références concernant la Fédération Hospitalière de France ont été partagées par un membre du groupe (la modératrice) avec leurs sources ; elles n'ont pas fait l'objet d'une vérification indépendante complémentaire par l'équipe d'animation de la FHC au-delà des liens cités, et sont rapportées ici à titre informatif.

7. Pistes de réflexion et question ouverte

7.1 Pistes qui se dégagent des échanges

- Faire évoluer l'identification des problèmes vers des actions suivies, avec un responsable, un délai et un mécanisme de vérification.
- Installer un cycle permanent de gestion de la qualité (mesurer → analyser → corriger → réévaluer) et se doter d'un référentiel commun.
- Clarifier les rôles et les règles internes aux structures (organigramme, règlement intérieur, fiches de poste) et renforcer la coordination entre services.

- Créer des espaces de dialogue et de partage de pratiques : temps d'échange en équipe, supervisions formatives, communautés de pratiques professionnelles (y compris par vidéoscopie ou simulation entre pairs).
- Ancrer la formation initiale et continue dans l'analyse du travail réel, avec des méthodes actives et les apports possibles de l'IA.
- Renforcer le plaidoyer pour les ressources et le financement, y compris la Couverture Santé Universelle, avec l'implication des médecins de santé publique.
- Explorer, à la lumière de l'expérience française, un renforcement de la fidélisation du personnel en zone rurale, une démarche qualité centrée sur le parcours patient, et un renforcement de la confiance envers les structures de premier niveau (CSI, CMA) pour désengorger les hôpitaux généraux et centraux.

7.2 Question restée ouverte

« Y a-t-il des hôpitaux qui font exception ? » — Cette question, posée par un membre au cours des échanges, invite à documenter des cas de structures où la qualité des soins progresse durablement, afin d'en comprendre les facteurs distinctifs. Elle pourra orienter une prochaine étape de la réflexion collective.

8. Conclusion

Cette première Session Expert confirme que la qualité des soins dans les hôpitaux camerounais ne dépend d'aucun facteur isolé, mais de l'articulation entre les ressources, les compétences, la gouvernance et les conditions de travail. Les échanges ont mis en évidence des leviers d'action concrets et immédiatement mobilisables, illustrés par les deux expériences partagées : le dialogue interne pour restaurer un climat de travail sain, et une supervision repensée comme espace d'échange plutôt que de simple contrôle.

L'éclairage international partagé par la FHF, avec ses sources documentées et ses trois pistes de transposition (fidélisation des équipes, parcours patient, confiance envers le premier niveau de soins), invite à interroger, dans nos contextes respectifs, le lien entre qualité de vie au travail, pertinence des soins et organisation des filières de prise en charge — sans transposition automatique, mais comme matière à débat collectif.

La question restée ouverte — « Y a-t-il des hôpitaux qui font exception ? » — trace une piste naturelle pour une prochaine étape : documenter ces cas et en tirer des enseignements transférables.

Le groupe de dialogue professionnel de la FHC remercie l'ensemble des contributeurs pour la qualité et la diversité des points de vue partagés, et donne rendez-vous lors d'une prochaine Session Expert pour poursuivre cette réflexion collective.

Annexe — Sources citées

- [fhf.fr](https://www.fhf.fr) — [Qualité de vie au travail et qualité des soins](#)
- destinationqualite.fhf.fr — [La démarche « Destination Qualité »](#)
- [fhf.fr](https://www.fhf.fr) — [Communiqué : dégradation continue de l'accès aux soins \(3e Baromètre FHF x Ipsos BVA, mars 2026\)](#)

Ce rapport restitue fidèlement, de manière enrichie et complète, les contributions échangées dans le groupe de dialogue professionnel de la FHC le 21 septembre 2026, sans ajout de données chiffrées autres que celles citées par les membres, ni appréciation sur la validité respective des points de vue exprimés.