

Facteurs influençant la qualité de la prise en charge des patients dans les hôpitaux publics en Afrique subsaharienne : revue systématique de la littérature

Abdel N. Amoukou Issaka¹, Amadou B. Traoré Hassane², Nouhou D. Adam³, Roukayatou Issaka³, Laminou Laouali⁴, Abba Kaka³, Amza Abdou³

¹ Caisse Nationale de Sécurité Sociale d'Agadez, Niger.

² Université Dan Dicko Dan Koulodo, Maradi, Niger.

³ Université Abdou Moumouni de Niamey, Faculté des Sciences de la Santé, Niamey, Niger.

⁴ Université André Salifou de Zinder, Niger.

Résumé

Introduction. La qualité des soins constitue un déterminant majeur de la performance des systèmes de santé et de la confiance des populations envers les institutions hospitalières. En Afrique subsaharienne, l'extension de l'offre de soins n'a pas toujours été accompagnée d'une amélioration équivalente de la qualité technique, relationnelle et organisationnelle des prises en charge. L'objectif est de synthétiser les facteurs influençant la qualité de la prise en charge des patients dans les hôpitaux publics d'Afrique subsaharienne et proposer une lecture critique des leviers d'amélioration utiles aux politiques hospitalières.

Matériel et Méthodes. Une revue systématique narrative a été réalisée à partir du manuscrit source selon la logique de reporting PRISMA 2020. Les bases PubMed, Scopus, Web of Science et Google Scholar ont été interrogées pour la période janvier 2000-avril 2025. Les études quantitatives, qualitatives et mixtes portant sur la qualité des soins dans les hôpitaux publics d'Afrique subsaharienne ont été éligibles. Le processus d'extraction a été mené par deux relecteurs et la qualité méthodologique a été appréciée par l'outil CASP.

Résultats. Quarante-deux études ont été retenues après sélection. Les travaux provenaient principalement du Nigeria (n = 10), de l'Ethiopie (n = 8), de l'Afrique du Sud (n = 7), du Kenya (n = 6) et de l'Ouganda (n = 4), avec une prédominance d'études transversales (65%). Les déterminants les plus fréquemment rapportés étaient le sous-financement chronique, la pénurie de personnel qualifié, l'insuffisance des infrastructures, les ruptures de stocks de médicaments essentiels, les temps d'attente prolongés, les faiblesses de communication soignant-patient et les déficits de sécurité des soins. Les données du manuscrit source signalaient également une intégration encore inégale des outils numériques à l'échelle hospitalière.

Conclusion. La qualité de la prise en charge dans les hôpitaux publics d'Afrique subsaharienne dépend d'une interaction entre facteurs structurels, organisationnels, professionnels et relationnels. Les réformes utiles doivent associer financement orienté vers les fonctions essentielles, renforcement des ressources humaines, dispositifs de mesure de la qualité, sécurisation des parcours de soins et digitalisation progressive des processus cliniques.

Mots-clés : Qualité des soins, Afrique subsaharienne, Hôpitaux publics, sécurité des patients, gouvernance hospitalière, revue systématique.

Correspondance:

Abdel N. Amoukou Issaka. Caisse Nationale de Sécurité Sociale d'Agadez, Niger.

Téléphone: +227 99 95 03 00 -Email: abdelnacer90@gmail.com

Article reçu: 25-04-2026 Accepté: 01-06-2026

Publié: 08-06-2026



Copyright © 2026. Abdel N. Amoukou Issaka *et al.* This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Pour citer cet article: Amoukou Issaka AN, Traoré Hassane AB, Adam ND, Issaka R, Laouali L, Kaka A, Abdou A. Facteurs influençant la qualité de la prise en charge des patients dans les hôpitaux publics en Afrique subsaharienne : revue systématique de la littérature. Revue de l'Infirmier Congolais. 2026;10(1):11-17. <https://doi.org/10.62126/zqrx.20261013>

Introduction

La qualité des soins est aujourd'hui reconnue comme une condition indispensable de la couverture sanitaire universelle. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, des services de santé de qualité doivent être efficaces, sûrs, centrés sur la personne, fournis en temps opportun, équitables, intégrés et efficaces [1]. Les travaux internationaux montrent également que l'amélioration de la qualité produit des gains directs sur la mortalité évitable, l'expérience des patients, l'utilisation appropriée des ressources et la légitimité des institutions sanitaires [2,3].

En Afrique subsaharienne, les hôpitaux publics occupent une position stratégique dans le fonctionnement des systèmes de santé. Ils assument la prise en charge des pathologies aiguës et chroniques, la référence des cas complexes, la formation des professionnels et une part importante des services maternels, chirurgicaux et de médecine interne. Pourtant, ces établissements exercent souvent dans des contextes marqués par le sous-financement, les ruptures d'approvisionnement, l'insuffisance des ressources humaines et la faiblesse des systèmes d'information. Dans un tel environnement, l'augmentation de l'accès aux soins ne garantit pas à elle seule une amélioration des résultats cliniques ni de l'expérience patient [1-4]. La littérature disponible sur la qualité en Afrique subsaharienne reste éparse. Certaines synthèses privilégient la perception des patients, d'autres la performance des établissements, la gouvernance du système ou encore la comparaison entre secteurs public et privé [5-8]. Il demeure donc utile de disposer d'une synthèse centrée sur les hôpitaux publics, afin d'identifier les déterminants récurrents de la qualité de la prise en charge et d'éclairer les priorités de réforme hospitalière. L'objectif de cette revue systématique est d'identifier et de synthétiser les facteurs influençant la qualité de la prise en charge des patients dans les hôpitaux publics d'Afrique subsaharienne, puis d'en discuter les implications pour l'organisation hospitalière, la gouvernance et les politiques de santé.

Matériel et Methodes

Type d'étude et cadre de reporting

La présente revue systématique narrative a été rédigée selon les recommandations PRISMA 2020 pour l'identification, la sélection, l'appréciation critique et la synthèse des études [9]. Le manuscrit source mentionnait une conduite conforme à PRISMA mais ne fournissait pas de numéro de protocole vérifiable. Par souci de transparence, cette version révisée ne revendique donc pas d'enregistrement prospectif documenté.

Sources de données et stratégie de recherche

Les bases PubMed, Scopus, Web of Science et Google Scholar ont été interrogées pour la période comprise entre janvier 2000 et avril 2025. La stratégie de recherche a combiné des descripteurs en anglais et en français relatifs à la qualité des soins, aux hôpitaux publics et à l'Afrique subsaharienne. A titre illustratif, l'équation de recherche principale associait les termes suivants : ("quality of care" OR "patient safety" OR "patient satisfaction" OR "health service quality") AND (hospital* OR "public hospital") AND ("sub-Saharan Africa" OR Africa south of the Sahara). La recherche a été complétée par l'examen des bibliographies des articles retenus.

Critères d'inclusion et d'exclusion

Étaient éligibles les études originales quantitatives, qualitatives ou mixtes portant sur la qualité de la prise en charge dans les hôpitaux publics d'Afrique subsaharienne. Les études devaient rapporter au moins un déterminant ou un indicateur de qualité clinique, organisationnelle, relationnelle ou perçue. Ont été exclus les éditoriaux, articles d'opinion, articles de presse, études exclusivement centrées sur le secteur privé non conventionné et textes intégralement inaccessibles.

Processus de sélection des études

Le manuscrit source rapportait l'identification de 1 450 références. Après suppression des doublons, 890 titres et résumés ont été examinés. Cent vingt articles ont ensuite été appréciés en texte intégral et 42 études ont finalement été incluses dans la synthèse. Les motifs d'exclusion au stade du texte intégral étaient principalement une faible robustesse méthodologique et une inadéquation avec la question de recherche.

Extraction des données et évaluation de la qualité

L'extraction a été réalisée par deux relecteurs à l'aide d'une grille standardisée couvrant l'auteur, l'année, le pays, le devis, la taille de l'échantillon, les déterminants de qualité et les principaux résultats. La qualité méthodologique des études incluses a été appréciée au moyen de l'outil CASP, avec une classification en niveau élevé, moyen ou faible selon la clarté des objectifs, la pertinence du devis, la robustesse de la collecte des données et la crédibilité des résultats.

Méthode de synthèse

Compte tenu de l'hétérogénéité des contextes nationaux, des devis d'étude, des populations et des indicateurs utilisés, aucune méta-analyse n'a été retenue. Les

résultats ont été synthétisés de façon narrative en regroupant les facteurs de qualité en domaines structurels, professionnels, organisationnels, relationnels et cliniques.

Tableau 1. Processus de sélection des études selon les informations du manuscrit source

Etape	Effectif
Références identifiées	1 450
Références après suppression des doublons	890
Articles évalués sur texte intégral	120
Études incluses dans la synthèse	42

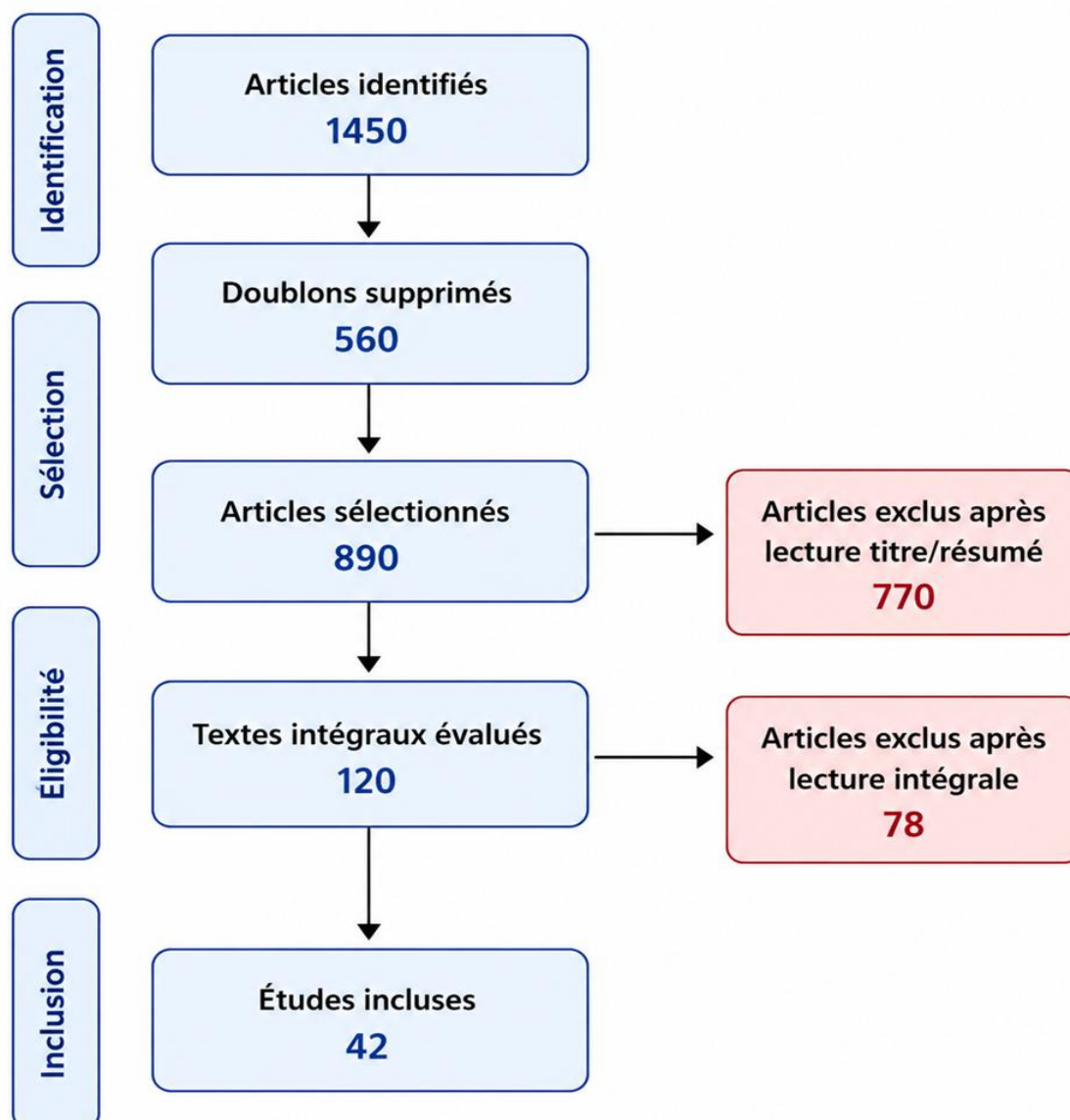


Figure 1. Processus de sélection des études selon PRISMA

Résultats

Caractéristiques générales des études incluses

Les 42 études incluses provenaient majoritairement de cinq pays : Nigeria (n = 10), Ethiopie (n = 8), Afrique du

Sud (n = 7), Kenya (n = 6) et Ouganda (n = 4). Les autres études concernaient des analyses multicentriques regionales ou d'autres pays d'Afrique subsaharienne. Les devis transversaux etaient predominants (65%), suivis d'etudes qualitatives et de quelques revues regionales. Les themes les plus souvent explores etaient la

disponibilité des ressources, la satisfaction des patients, l'organisation du travail, la sécurité des soins et la gouvernance hospitalière.

Déterminants structurels et de gouvernance

Le sous-financement était le déterminant le plus fréquemment rapporté et concernait environ 85% des études incluses. Dans le manuscrit source, ce sous-financement était associé à des défaillances d'infrastructures essentielles, notamment l'irrégularité de l'alimentation en eau et en électricité, l'insuffisance des équipements et la fragilité de la chaîne d'approvisionnement en intrants. Les études rapportaient également des déficits de gouvernance, caractérisés par une centralisation excessive des décisions, une faible autonomie des structures hospitalières et des mécanismes limités de reddition de comptes.

Ressources humaines pour la santé

La pénurie de personnel qualifié ressortait comme un constat récurrent. Dans la synthèse source, la plupart des pays étudiés, hors Afrique du Sud, affichaient une densité inférieure à 1,0 personnel de santé pour 1 000 habitants. Les études décrivaient également une surcharge de travail, un épuisement professionnel, une offre de formation continue insuffisante et des déséquilibres dans la répartition du personnel entre niveaux de soins et zones géographiques.

Facteurs organisationnels et continuité des soins

Les facteurs organisationnels identifiés comprenaient les ruptures de stocks de médicaments essentiels, l'indisponibilité intermittente des consommables, des temps d'attente prolongés et des parcours de soins peu coordonnés. Le manuscrit source rapportait des délais supérieurs à quatre heures pour la consultation initiale dans plusieurs contextes. Les patients étaient parfois amenés à acheter eux-mêmes des médicaments ou des

fournitures, ce qui retardait la prise en charge et majorait les dépenses directes.

Expérience patient et facteurs relationnels

L'accueil, la communication et le respect de la dignité des patients constituaient des dimensions fréquemment décrites. Plusieurs études qualitatives résumées dans le manuscrit source rapportaient des comportements perçus comme irrespectueux ou peu empathiques, en particulier dans les services de maternité. Les niveaux socio-économiques et d'instruction semblaient également influencer la perception de la qualité et la capacité des patients à faire valoir leurs attentes vis-à-vis des services hospitaliers.

Qualité clinique et sécurité des patients

Les résultats faisaient apparaître des faiblesses persistantes en matière de prévention des infections, de respect des protocoles et de sécurité des soins. Le manuscrit source signalait des taux d'infections associées aux soins pouvant dépasser 15% dans certains services chirurgicaux ou de soins intensifs. Des lacunes étaient également rapportées dans l'application des protocoles obstétricaux, malgré une augmentation du recours aux accouchements assistés en structure de santé.

Digitalisation et systèmes d'information

Les informations disponibles dans le manuscrit source suggéraient une montée en puissance de la santé numérique comme levier potentiel d'amélioration de la qualité. Toutefois, la mise en œuvre des dossiers patients informatisés, des outils de traçabilité clinique et des dispositifs de téléexpertise demeurait hétérogène entre les pays et entre les hôpitaux. Les obstacles rapportés concernaient surtout l'infrastructure numérique, la maintenance, les compétences du personnel et la gouvernance des données.

Tableau 2. Caractéristiques synthèse des études incluses

Dimension	Synthèse
Période couverte	Janvier 2000 - avril 2025
Nombre d'études incluses	42
Pays les plus représentés	Nigeria (10), Ethiopie (8), Afrique du Sud (7), Kenya (6), Ouganda (4)
Devis dominant	Études transversales (65%), puis études qualitatives et synthèses régionales
Domaines analysés	Financement, ressources humaines, organisation des soins, expérience patient, sécurité des soins, digitalisation

Tableau 3. Domaines de déterminants rapportés et effets observés

Domaine	Manifestations rapportées	Effets observés sur la prise en charge
Structure et financement	Sous-financement, infrastructures défectueuses, ruptures d'approvisionnement	Retards de prise en charge, insuffisance des équipements, instabilité des services
Ressources humaines	Pénurie de personnel, surcharge de travail, formation continue insuffisante	Baisse de disponibilité du personnel, risque accru d'erreurs, diminution du temps relationnel
Organisation des soins	Temps d'attente élevés, coordination insuffisante, achats directs par les patients	Parcours fragmentés, retard thérapeutique, coûts directs accrus
Expérience patient	Communication insuffisante, accueil peu respectueux, inégalités socio-économiques	Insatisfaction, faible confiance, renoncement ou recours à des alternatives non formelles
Qualité clinique et information	Prévention des infections insuffisante, adhérence variable aux protocoles, systèmes numériques peu matures	Sécurité des soins compromise, traçabilité limitée, difficultés de suivi clinique

Discussion

Lecture d'ensemble des résultats

Cette revue met en évidence une configuration dans laquelle la qualité de la prise en charge hospitalière dépend moins d'un facteur isolé que d'une accumulation de contraintes structurelles, professionnelles et organisationnelles. Cette lecture est cohérente avec le cadre de Donabedian, selon lequel la qualité émerge de l'interaction entre structures, processus et résultats [4]. Dans les hôpitaux publics d'Afrique subsaharienne, l'insuffisance des ressources et la faiblesse de la gouvernance compromettent la capacité à standardiser les processus cliniques, à sécuriser les parcours et à produire des résultats fiables pour les patients. Les constats de la présente synthèse rejoignent les analyses internationales qui montrent que l'enjeu central n'est plus seulement d'élargir l'accès, mais de garantir des soins effectivement utiles, sûrs et dignes [1-3].

Les rapports de la Commission sur les systèmes de santé de haute qualité soulignent qu'une couverture sanitaire universelle sans exigence de qualité risque d'entretenir des soins inefficaces et une mortalité évitable [2].

Gouvernance, organisation hospitalière et expérience patient

Le poids des déterminants de gouvernance et d'organisation ressort fortement dans cette revue. Les faiblesses d'autonomie managériale, la centralisation des décisions et la fragilité des mécanismes de suivi de la performance convergent avec les analyses menées sur les

blocs constitutifs des systèmes de santé en Ethiopie et avec les revues critiques réalisées en Afrique du Sud [6,7]. De même, la place de l'expérience patient dans l'appréciation de la qualité confirme que les dimensions relationnelles ne sont pas accessoires mais constitutives de la performance hospitalière. La revue d'Ogaji *et al.* a déjà montré que la perception des patients en Afrique subsaharienne est particulièrement sensible à l'accueil, au respect et à l'accès effectif aux services [5].

Ressources humaines et sécurité des soins

La pénurie de personnel, la surcharge de travail et la faiblesse de la formation continue apparaissent comme des mécanismes plausibles expliquant la variabilité de la qualité observée. Ces constats sont en accord avec la synthèse de Rowe *et al.*, qui montre que la performance des professionnels en contexte de ressources limitées dépend à la fois des effectifs, de la supervision, des incitations, des outils disponibles et de l'environnement organisationnel [10]. L'importance des déficits de sécurité des soins et de prévention des infections suggère en outre que l'amélioration de la qualité ne peut pas être dissociée d'un investissement de base dans les fonctions hospitalières essentielles : hygiène, stérilisation, approvisionnement, protocoles et audit clinique.

Efficacité, équité et transformations futures

Les résultats relatifs aux ruptures de stocks, aux achats directs par les patients et aux temps d'attente prolongés indiquent que l'insuffisance de qualité se traduit aussi par une perte d'efficacité et par une inéquité accrue pour les ménages. Ces observations prolongent les travaux sur

l'efficacité des établissements de santé en Afrique subsaharienne et sur les écarts de qualité entre secteurs de soins dans les pays à revenu faible ou intermédiaire [8,11]. Au niveau systémique, l'amélioration de la qualité hospitalière doit être pensée en cohérence avec les agendas de couverture sanitaire universelle, de sécurité sanitaire et de promotion de la santé [12]. La digitalisation peut jouer un rôle structurant dans cette dynamique, à condition d'être intégrée dans une stratégie plus large de renforcement des systèmes d'information, de gouvernance des données et de formation des équipes [13].

Limites

Plusieurs limites doivent être considérées dans l'interprétation de cette synthèse. D'abord, les études incluses étaient fortement concentrées dans quelques pays, en particulier anglophones, ce qui réduit la représentativité régionale des résultats. Ensuite, l'hétérogénéité des devis, des indicateurs et des contextes a empêché toute agrégation quantitative robuste. Par ailleurs, une partie des données reposait sur des perceptions autodéterminées des patients ou des professionnels, exposant la synthèse à des biais de désirabilité sociale et de mémorisation.

Enfin, le manuscrit source ne fournissait pas de numéro de protocole prospectif ni l'ensemble des descripteurs bibliographiques complets de chaque étude incluse, ce qui limite la vérification externe exhaustive au niveau étude par étude.

Recommandations

- Prioriser un financement hospitalier protégé pour les fonctions critiques de qualité : approvisionnement en médicaments essentiels, eau, électricité, stérilisation, maintenance des équipements et prévention des infections.
- Renforcer les ressources humaines par des politiques de rétention, une meilleure répartition des effectifs, des dispositifs de supervision formative et une formation continue centrée sur la sécurité des

patients, la communication et le respect des protocoles.

- Mettre en place des tableaux de bord hospitaliers associés à des indicateurs simples et auditables de qualité : délais de prise en charge, ruptures de stocks, infections associées aux soins, satisfaction des patients et événements indésirables.
- Réorganiser les parcours de soins afin de réduire les temps d'attente, fluidifier l'orientation des patients et limiter les dépenses directes liées aux défaillances d'approvisionnement public.
- Investir dans des outils numériques progressivement déployés, interopérables et adaptés aux contextes locaux, en les accompagnant d'une gouvernance des données, d'une maintenance technique et d'une formation adéquate des équipes.
- Intégrer l'expérience patient dans la gouvernance hospitalière par des mécanismes de retour d'information, des comités de qualité et des dispositifs de redevabilité impliquant les usagers.

Conclusion

La présente revue systématique montre que la qualité de la prise en charge dans les hôpitaux publics d'Afrique subsaharienne est déterminée par l'articulation de facteurs structurels, organisationnels, professionnels, relationnels et informationnels. Les résultats soulignent qu'une politique hospitalière centrée uniquement sur l'expansion de l'offre ne suffit pas : l'amélioration durable de la qualité suppose un investissement simultané dans la gouvernance, les ressources humaines, la sécurité des soins, la continuité du parcours et les systèmes d'information.

Pour les décideurs, l'enjeu n'est pas seulement de faire plus, mais de faire mieux, de façon mesurable, équitable et soutenable. Pour les chercheurs, les priorités futures portent sur la production d'études comparatives mieux standardisées, l'évaluation de l'effet des interventions de qualité à l'échelle hospitalière et l'analyse de l'impact réel des outils numériques sur les résultats cliniques dans les contextes à ressources limitées.

Conflits d'intérêt : Aucun.

Références

1. World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development, International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage. Geneva: World Health Organization; 2018.
2. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S, *et al.* High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a

- revolution. *Lancet Glob Health*. 2018;6(11):e1196-e1252. doi:10.1016/S2214-109X(18)30386-3.
3. Akachi Y, Kruk ME. Quality of care: measuring a neglected driver of improved health. *Bull World Health Organ*. 2017;95(6):465-472. doi:10.2471/BLT.16.180190.
 4. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*. 1988;260(12):1743-1748. doi:10.1001/jama.260.12.1743.
 5. Ogaji DS, Giles S, Daker-White G, Bower P. Systematic review of patients' views on the quality of primary health care in sub-Saharan Africa. *SAGE Open Med*. 2015;3:2050312115608338. doi:10.1177/2050312115608338.
 6. Manyazewal T. Using the World Health Organization health system building blocks through survey of healthcare professionals to determine the performance of public healthcare facilities. *Arch Public Health*. 2017;75:50. doi:10.1186/s13690-017-0221-9.
 7. Maphumulo WT, Bhengu BR. Challenges of quality improvement in the healthcare of South Africa post-apartheid: a critical review. *Curationis*. 2019;42(1):e1-e9. doi:10.4102/curationis.v42i1.1901.
 8. Babalola TK, Moodley I. Assessing the efficiency of health-care facilities in Sub-Saharan Africa: a systematic review. *Health Serv Res Manag Epidemiol*. 2020;7:2333392820919604. doi:10.1177/2333392820919604.
 9. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, *et al*. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71. doi:10.1136/bmj.n71.
 10. Rowe AK, de Savigny D, Lanata CF, Victora CG. How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings? *Lancet*. 2005;366(9490):1026-1035. doi:10.1016/S0140-6736(05)67028-6.
 11. Berendes S, Heywood P, Oliver S, Garner P. Quality of private and public ambulatory health care in low and middle income countries: systematic review of comparative studies. *PLoS Med*. 2011;8(4):e1000433. doi:10.1371/journal.pmed.1000433.
 12. Agyepong IA, Spicer N, Ooms G, *et al*. Lancet Commission on synergies between universal health coverage, health security, and health promotion. *Lancet*. 2023;401(10392):1964-2012. doi:10.1016/S0140-6736(22)01930-4.
 13. World Health Organization. Global strategy on digital health 2020-2025. Geneva: World Health Organization; 2021.