

Analyse de la satisfaction des usagers aux soins de santé en milieu urbain dans une région ouest de Madagascar en 2019

Analysis of user satisfaction with healthcare services in urban areas in a western region of Madagascar in 2019

Jean Florent Rafamantanantsoa^{1,2*}, Benjarizafy Tambiniaina Niandofaniry Rasabotsindrainy², Andriamiadana Luc Rakotova², Aimée Olivat Rakoto Alson², Julio Rakotonirina^{1,2}

DOI : [10.53318/msp.v15i1.32890](https://doi.org/10.53318/msp.v15i1.32890)

1 : Centre Hospitalier Universitaire de Soins et de Santé Publique Analakely

2 : Faculté de Médecine, Université d'Antananarivo

Auteur correspondant : Rafamantanantsoa Jean Florent, Centre Hospitalier Universitaire de Soins et de Santé Publique Analakely, +261 34 71 441 11, rafamantanantsoa@gmail.com

RESUME

Introduction : Bénéficier d'une meilleure qualité de soins constitue une satisfaction pour les usagers. Cette étude a pour objectif d'évaluer la qualité de l'offre et des soins dans un centre de santé de base urbain implanté dans une région ouest de Madagascar. **Méthodes :** Il s'agissait d'une étude transversale auprès du personnel de santé et des patients vus en consultation externe pendant la période du 01^{er} septembre au 30 de décembre 2019. Les personnels de santé ayant travaillé dans le centre de santé de base urbain et les patients vus en consultation externe pendant cette période ont été recrutés d'une manière exhaustive. Les données ont été collectées de façon individuelle, puis nettoyées et analysées par le logiciel Epi Info. **Résultats :** Au total, 09 personnels de santé et 130 usagers ont été recrutés. L'âge moyen des prestataires de soins a été 46,89 ($\pm 7,17$) ans. Et l'âge médian des usagers a été de 31 ans, avec un minimum de 17 ans et un maximum de 71 ans. La majorité des usagers apprécient la bonne qualité de l'accueil (89,2%), une meilleure prise en charge (80,8%), une bonne qualité des soins attribués (85,4%) et un comportement responsable du personnel (92,3%). **Conclusion :** La majorité des usagers, mais pas la totalité, ont satisfait de la qualité des soins offerts. Un aménagement du centre ainsi qu'un renforcement des compétences des personnels de santé s'avèreraient être nécessaire pour améliorer la qualité de soins et pour réduire les lacunes existantes entre usagers et personnel de santé.

Mots-clés : Centre local de santé ; Madagascar ; Qualité de soins de santé ; Satisfaction des patients

ABSTRACT

Introduction: Benefiting from a better quality of care constitutes satisfaction for users. This study aims to evaluate the quality of the offer and of the care in an urban basic health center located in a western region of Madagascar. **Methods:** This was a cross-sectional study of health personnel and patients seen in outpatient consultation during the period from September 1 to December 30, 2019. Health personnel who worked in the urban basic health center and patients seen in outpatient clinics during this period were recruited exhaustively. The data was collected individually, then cleaned and analyzed by Epi Info software. **Results:** In total, 09 health personnel and 130 users were recruited. The average age of

healthcare providers is 46.89 (± 7.17) years. And the median age of users was 31, with a minimum of 17 and a maximum of 71. The majority of users appreciate the good quality of reception (89.2%), better care (80.8%), good quality of care provided (85.4%) and responsible behavior of staff (92.3%). **Conclusion:** The majority of users, but not all, were satisfied with the quality of care offered. A development of the center as well as strengthening the skills of health personnel would prove to be necessary to improve the quality of care and to reduce the existing gaps between users and health personnel.

Keywords: Neighborhood Health Center ; Malagasy Republic ; Health Care Quality ; Satisfaction Patient

INTRODUCTION

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « tout système de santé a pour mission d'améliorer l'état de santé de la population et surtout de le satisfaire à travers la prestation de soins de qualité ». La satisfaction des patients et la qualité des soins sont intimement liées. Soins, souci, coûts et incompréhension sont autant de difficultés que rencontrent les patients lors de leur hospitalisation.

De ce fait, la mesure de la satisfaction des patients s'inscrit dans le contexte mondial et dans l'organisation de l'écosystème de santé (1). En outre, les soins devraient répondre à la fois aux besoins médicaux et psychologiques, mais l'offre et l'accessibilité aux soins sont confrontées à des problèmes de communication. En Asie, dans la périphérie du Bangladesh, les soignants ne donnent un conseil qu'à 53,5% des patients, et une certaine explication du problème de santé dans 48,9% des cas seulement (2).

En réalité, les soins offerts et les besoins médicaux ne répondent pas forcément aux besoins affectifs ou sociaux des patients, qui restent souvent insuffisants dans les milieux démunis et ruraux. Au Cameroun, une étude transversale a été réalisée dans trois hôpitaux publics de référence de la ville de Douala qui expose ce problème face au patient et réalise une débâcle d'idée dont la non-satisfaction des soignés par leur soin et leur qualité de prise en charge (3). L'enquête de la qualité de l'offre de soin reste un sujet à discuter à Madagascar. Malgré un effort d'élargissement de la couverture sanitaire et d'établissement d'une politique nationale en matière de santé, le secteur sanitaire endure un faible taux

d'utilisation de consultation externe, 30,2% en 2014 (4). L'offre de soins au niveau de centre de santé dépend de nombre des personnels de santé ainsi que les ressources existantes (5). Selon l'enregistrement au niveau du service de district de la santé publique de Morondava, au sein du centre de santé de base niveau II (CSB2) Morondava, de l'année 2017 et 2018, le taux de fréquentation du centre a chuté de près de 7%. Face à cette situation, cette étude avait pour objectif d'évaluer la satisfaction des usagers, la qualité de l'offre et des soins selon les usagers de centre de santé urbain dans une Région Ouest de Madagascar.

METHODES

Cette étude transversale descriptive a été réalisée dans une région ouest de Madagascar, plus précisément dans le centre de santé de base (CSB2) urbain niveau II implanté dans le chef-lieu de région de Morondava. Ce centre de santé de base urbain est nommé CSB2 Morondava. Cette étude concerne une période de quatre mois, allant du 01^{er} septembre jusqu'au 30 décembre 2019. En 2019, le CSB2 Morondava desservant 20 Fokontany et abritant 69 255 habitants, dispose de neuf salles dont un laboratoire, trois bureaux des médecins pour les consultations externes, une salle de soins, une salle pour la pharmacie, une salle pour la santé de la mère et de l'enfant, une salle pour la planification familiale et une salle pour les soins en odontostomatologie.

La population de cette étude concerne les patients consultants et les prestataires du CSB2 Morondava durant la période étudiée. Ont été inclus, les utilisateurs et les individus accompagnant un enfant malade du service de la consultation externe, ayant donné leur consentement durant la période de collecte de données, fréquentant et demeurant dans le secteur du CSB2 depuis 2 ans et plus, ainsi que le personnel de santé exerçant dans le service depuis plus de 2 ans. N'ont pas été inclus les utilisateurs autres que ceux du service de la consultation externe, les nouveaux consultants c'est-à-dire les nouveaux patients qui utilisent le service de la consultation externe ; les utilisateurs âgés de moins de 15 ans et les individus présentant des handicaps sensoriels et mentaux. Il s'agissait d'un échantillonnage exhaustif des usagers et du personnel de santé répondant à nos critères d'inclusion c'est-à-dire que tous les patients et les prestataires de soins répondant à nos critères d'inclusion ont été recrutés. Les variables suivantes ont été collectées, pour le personnel de santé : les caractéristiques personnelles (âge, sexe, catégorie professionnelle), les attitudes (horaire de travail, relation entre usagers et personnel de santé) et organisation et compétence (formation reçue après l'obtention du diplôme, connaissance de la responsabilité et du paquet minimum d'activités, mécanisme de circulation de l'information, référence des patients). Pour les usagers : les caractéristiques sociodémographiques (âge, niveau d'instruction, situation matrimoniale, secteur professionnel), la distance entre domicile et CSB2 (en kilomètre), le moyen de locomotion pour arriver au CSB2, le temps d'attente, la disponibilité

des médicaments, le prix des médicaments, l'appréciation de l'accueil, l'appréciation de la prise en charge reçue, l'appréciation des soins reçus et l'appréciation des comportements du personnel de santé.

Les données ont été collectées à partir d'une fiche individuelle et collectées sous forme d'interview. Les données recueillies manuellement ont été saisies avec l'office Excel® 2013, puis nettoyées, importées et analysées avec le logiciel Epi Info® 7.1.3. Le test Chi carré de Pearson et le test Exact de Fisher ont été utilisés selon leur convenance pour la comparaison des proportions observées. Le seuil de signification statistique est fixé à $p = 0,05$. Avant l'interview, le consentement verbal ; libre et éclairé de chaque participant a été obtenu. La confidentialité et l'anonymat ont été mis en considération tout au long de l'enquête et le traitement des données, tout en respectant la dignité humaine et le secret professionnel et personnel.

RESULTATS

Au total, pendant cette période, 9 personnels de santé et 130 usagers ont été recrutés.

Personnel de santé

L'âge moyen du personnel de santé a été de 46,89 ans, avec un écart-type à 7,17 ans. Quant à la catégorie professionnelle, 33,3% sont des médecins, 44,4% des paramédicaux et 22,2% des agents d'appui. Après l'obtention de leur diplôme, 77,8% du personnel de santé ont reçu des renforcements de compétence. Tous les prestataires ont le même horaire de travail qui est de 7 h 30 à 12 h la matinée et de 14 h 30 à 17 h 00 l'après-midi. Selon le personnel de santé, la source de conflit avec les usagers a été la différence entre le niveau d'étude et la méconnaissance du dialecte locale qui a constitué une faille dans l'information. Selon le personnel de santé, certains usagers ne savent pas faire la différence entre médecins et autres personnels du centre de santé du fait des tenues vestimentaires. En absence de documents, seuls les médecins ont des connaissances exactes en ce qui concerne le paquet minimum d'activités du CSB2. Le mode d'information dans le centre a été la réunion, mais cela variait en fonction des circonstances. Devant des cas cliniques graves, le CSB2 réfère immédiatement au centre hospitalier de référence.

Usagers

L'âge médian des usagers a été de 31 ans avec un minimum de 17 ans et un maximum de 71 ans. Le sex-ratio a été de 0,38. Presque deux sur trois des usagers ont un niveau d'étude primaire, soit 59,2% et plus de la moitié (56,9%) sont mariés. Plus de deux usagers sur trois, soit 68,5% ont travaillé dans le secteur d'activités primaire et 46,2% ont déclaré percevoir un revenu mensuel supérieur à 100 000 Ariary (soit 25 \$ dollar américain). Deux usagers sur trois ont habité à moins de 5 km du CSB2 et 61,5% ont déclaré marcher à pied pour y arriver. Concernant le temps d'attente au niveau du CSB2, la majorité des usagers (86,2%) ont un temps d'attente de plus de 15 min. Dans 75,0% des cas, les médicaments

étaient disponibles au niveau du centre et 60,8% ont déclaré que les médicaments étaient abordables.

L'appréciation des usagers des offres au niveau du centre de santé de base urbain est présentée dans la figure 1. Selon Cette figure montre que la majorité des usagers ont une bonne appréciation des offres existants au niveau du CSB2.

L'appréciation de la qualité d'accueil ainsi que la prise en charge selon les caractéristiques personnelles des usagers est présentée dans le tableau I.

Ce tableau montre que la tranche d'âge et le revenu mensuel ont une association statistique significative avec l'appréciation de l'accueil et aucune variable n'associe significativement la qualité de la prise en charge.

Le tableau II illustre la répartition selon la distance entre le domicile des usagers et le CSB2, le moyen de transport, le temps d'attente, les médicaments et l'appréciation de la qualité d'accueil ainsi que la prise en charge.

Le tableau II nous a montré qu'aucune variable n'est associée significativement à l'appréciation de la qualité de l'accueil et la prise en charge.

L'appréciation de la qualité des soins reçus ainsi que le comportement du personnel de santé selon les caractéristiques personnelles des usagers est présenté dans le tableau III.

Il ressort du tableau III que la tranche d'âge, le sexe et le niveau d'instruction sont associés significativement à l'appréciation de la qualité des soins reçus. Et le sexe et le niveau d'instruction sont associés significativement au comportement de personnel de santé.

La répartition selon la distance entre le domicile des usagers et le CSB2, le moyen de transport, le temps d'attente, les médicaments et l'appréciation des soins reçus ainsi que le comportement de personnel de santé sont présentés dans le tableau IV.

Le tableau IV montre que seule la variable distance entre le domicile et CSB2 est associée significativement à l'appréciation du comportement du personnel de santé.

DISCUSSION

Personnel de santé

Le personnel de santé, avec un âge moyen à 46,89 ans $\pm$ 7,17 ans. Les femmes repressentaient 67% des cas. Au cours de notre étude, 33,3% de personnel étaient des médecins, 44,4% paramédicaux et 22,2% des personnels d'appuis. En outre, le plan de développement du secteur santé (PDSS) 2015 – 2019 montre que l'âge moyen, toutes catégories confondues du personnel est de 50,5 ans, montrant ainsi, un vieillissement préoccupant (6). Au Burundi, avant l'âge de la retraite, les facteurs de contexte organisationnel interne et externe sont associés à l'intention de départ volontaire des médecins qui travaillent dans le secteur public (7). Cette similarité s'expliquerait par le déséquilibre entre les entrées et les sorties des ressources humaines dans le système de santé. En général, lors de notre enquête et d'après les renseignements des usagers, c'est l'incompréhension dans la communication et la difficulté de la traduction du

langage médical en dialecte local qui sont la source du désarroi entre soignant et soigné.

Pareillement à une enquête effectuée à travers la compréhension des patientes sur les termes utilisés par les chirurgiens du sein, dans cette étude, seulement 21% des patients ont correctement défini les termes utilisés par la réunion de l'équipe multidisciplinaire (8). Dans notre étude, le personnel de santé a suivi des formations après l'obtention du diplôme professionnel. Plus de 77,8% ont affirmé qu'ils ont été formés dans le cadre du développement de la santé publique qui dépend du financement des bailleurs de fonds.

Effectuer des soins est une formation continue, car les soignants apprennent et évoluent continuellement tout au long de leur carrière, il faut remettre en question sa pratique professionnelle, car les choses évoluent. En dépit de très longues études, le médecin est soumis à une modification permanente de son outil de travail, rendant très rapidement obsolète ou insuffisante les connaissances acquises en Faculté.

Usagers

Le résultat de cette étude a montré une fréquence de la population jeune, avec un âge médian à 31 ans où la tranche d'âge de 25 à 34 ans est le plus effectif à consulter le centre avec une proportion 33,1%. Le sexe féminin est plus nombreux (71,5%) que le sexe masculin (28,5%). Une étude menée au Togo a mentionné le même résultat concernant la caractéristique sociodémographique au service de consultation externe.

Le sexe féminin représentait 68,7% des usagers. La proportion d'âge à fréquenter le centre constitue les jeunes de 20 à 39 ans (68,2%) (9). Cette similarité pourrait s'expliquer par le fait que les adultes ont tendance à migrer dans d'autres villes pour chercher du travail ou pour continuer leur étude. La prédominance du sexe féminin est liée au fait que les hommes ne se soucient de leur état de santé qu'en cas de maladie grave ou devant des IST. Concernant le statut matrimonial, 43,1% des cas des patients enquêtés ne sont pas mariés et 56,9 % sont mariés. Dans certaines zones de la grande île, les normes sociales imposent encore que les rôles des femmes dans le couple soient de servir les hommes en tant que ménagère. Ainsi, ces femmes dépendent plus financièrement de leurs conjoints. En plus, les femmes étaient plus susceptibles de consulter un personnel de santé en cas de nouveau problème de santé, tandis que les hommes étaient susceptibles pour les maladies connues ou chroniques (10).

Dans notre étude, 61,5% des usagers viennent à pied pour se rendre au centre. Cette situation est due au fait que 65,4% des usagers vivent à proximité du centre. L'attrait des patients vers l'hôpital dépend de plusieurs facteurs, à savoir : la réputation de l'hôpital sur la qualité des soins, leur perception de l'hôpital, l'attitude amicale de l'équipe médicale, la proximité de l'hôpital pour les patients et leurs familles (11). L'accessibilité géographique des services qui est analysée à travers les moyens de déplacement utilisés n'affecte pas la qualité de soins.

Notre étude a montré que plus de 80,0% des usagers apprécient leur consultation dans chacun des soins offerts du CSB2 (accueil, prise en charge, soins reçus, comportement du personnel de santé). En revanche, les usagers ont déclaré une insatisfaction sur le retard des prestataires, la durée d'attente trop longue pendant plus de 15 minutes, 86,2% des usagers jugent ce temps d'attente excessif. Une étude effectuée sur l'évaluation du temps d'attente sur la satisfaction des patients en orthopédie a montré une relation statistique significative entre le temps d'attente et la satisfaction des patients (12). Ces résultats pourraient être expliqués par la mauvaise gestion de temps, le non-respect de l'heure et l'absence d'égalité de soins entre patients qui nuisent la qualité des soins [13,14]. En dépit de tout ceci, les usagers ont globalement besoin d'être rassurés, d'être reconnus en tant qu'être humain, surtout vis-à-vis du « pouvoir médical » devant lequel les patients n'osent pas s'exprimer, les médecins sont encore vénérés (14). Le coût de médicament n'est pas cher pour les usagers (60,8%). Normalement, le tarif des médicaments doit être affiché, mais ce n'est pas le cas du CSB2 Morondava. Les prix des 20 médicaments essentiels les plus utilisés vont de 35,1 Ar à 1500 Ar. Notre étude est similaire à une enquête de satisfaction auprès des patients effectuée par De Labrouhe qui a montré que 70% des patients sont satisfaits de leur soin pour l'achat des médicaments avec un prix abordable (15). Concernant l'analyse de la qualité de l'accueil, la prise en charge, les soins reçus et les comportements du personnel de santé selon le profil social des usagers dans cette étude, une plus forte proportion des individus âgés de 35 à 44 ans ayant soulevé la mauvaise qualité de l'accueil, avec une proportion de 35,7%. Selon une étude de Couillerot-Peyronnet et ses équipes, les personnes de plus de 50 ans ont une probabilité quatre fois plus importante que ceux de moins de 50 ans de juger l'accueil comme excellents plutôt qu'insatisfaisants. Cette probabilité est deux fois plus importante lorsqu'il s'agit d'une femme (16). Ces résultats pourraient être liés à la présence en majorité des jeunes à fréquenter les établissements sanitaires par rapport au plus âgée. Ainsi une relation se forgerait, entraînant une bonne ou une mauvaise qualité d'accueil. Selon le niveau de vie des usagers : la proportion des usagers qui ont un revenu mensuel supérieur à 100 000 Ar perçoit mal la qualité de l'accueil (71,4 %) par rapport à ceux qui ont un revenu mensuel inférieur ou égale à 100 000 Ar (28,6%). Cette proportion peut s'expliquer du fait que les personnes qui ont des salaires plus élevés exigent une qualité d'accueil selon leur niveau de vie.

Pour les soins reçus, les usagers de la tranche d'âge de 25 à 34 ans ont remarqué une bonne qualité des soins (36%) venant des personnels de santé par rapport aux autres tranches d'âge, surtout l'âge supérieur à 55 ans (9%). Ces résultats corroborent avec les données de la littérature internationale, De Labrouche a pu établir un lien entre la durée du traitement et la satisfaction des personnes âgées. Plus le traitement est de longue durée, plus la personne âgée concernée (61%) n'est pas

satisfaite (15). Les usagers du sexe féminin (89,3%) n'apprécient pas la qualité des soins reçus par rapport au sexe masculin (10,5%). Par ailleurs, ceux du niveau primaire (68,4%) jugent mauvaise la qualité des soins reçus par rapport aux autres niveaux (secondaire et primaire : 15,8% chacun). D'autres travaux ont montré que 47% des usagers souffraient d'une psychopathologie modifiant leur perception de la qualité de leurs soins selon leur sexe et selon leur niveau d'instruction (13). Selon le niveau de vie des usagers : le niveau de vie a un impact sur la qualité des soins reçus par les usagers (13). Les usagers affirmant la disponibilité des médicaments trouvent meilleure la qualité des soins reçus dans 72,1% des cas. Une étude réalisée dans un centre de santé dans une zone urbaine en République Démocratique du Congo a démontré que les usagers du services de santé sont satisfaits par rapport à l'accueil, à l'hygiène, à la qualité des soins ainsi qu'au tarif des soins abordables (17).

Selon les comportements des prestataires, les usagers de sexe masculin ont une bonne appréciation du comportement des prestataires (30,8% des cas). Les usagers du niveau primaire ont remarqué un bon comportement des prestataires par rapport aux usagers qui ont poursuivi les études secondaire et Universitaire (58,3% versus 12,5%). Les résultats de notre étude sont contradictoires par rapport à des études antérieures réalisées dans les pays développés comme la France ou la Suisse, car 59,5% des usagers sont satisfaits du comportement des prestataires (18). Le moyen de transport, la distance et le temps d'attente sont interdépendants et confère un jugement par les usagers concernant le comportement des prestataires. Les usagers à proximité du centre apprécient le bon comportement des prestataires (67,5%) par rapport à ceux qui sont éloignés du centre (10,0%). Ce résultat est identique par rapport à une étude en Côte d'Ivoire par le fait que les usagers éloignés (72,3%) sont plus fatigués et plus énervés face au comportement du personnel de santé (19).

Cette étude sur l'analyse de la qualité de l'offre et du service dans le CSB2 Morondava a de limites. C'est une étude monocentrique qui ne représente pas la totalité du district.

CONCLUSION

La qualité des soins est un concept dynamique qui progresse selon l'évolution des soins, de la science, de la technologie et des attentes de la population. Cette étude nous a permis d'évaluer la qualité de l'offre des soins reçus selon les usagers dans un centre de santé de base urbain de la Région de Morondava, région Ouest de Madagascar. De nombreux facteurs influencent la qualité de l'offre et du service dans le CSB2 Morondava comme l'insuffisance de formation continue régulière, le problème de communication à cause du dialecte locale. Cependant, même si certains usagers n'apprécient pas la qualité de l'accueil, de la prise en charge, des soins reçus et du comportement des prestataires, elles sont considérées bonnes dans son ensemble. Toutefois, la disponibilité des

médicaments cédés selon la réglementation en vigueur et la disposition d'un laboratoire biologique sont des atouts pour le centre. Pour améliorer la qualité des soins, un aménagement du centre ainsi qu'une formation continue s'avèreraient être nécessaire pour réduire les lacunes existantes entre usagers et personnel de santé. Les normes établies par la politique nationale de santé doivent être respectées.

REFERENCES

1. Lopez A, Remy PL. Mesure de la satisfaction des usagers des établissements santé. Rapport n°RM2007-0450. 2007 : 134p.
2. Iqbal I, Thompson L, Wilson P. Patient satisfaction with general practice in urban and rural areas of Scotland. *Rural Remote Health*. 2021;21:10p.
3. Bassantéa LK, Ogma H. Besoins des malades en fin de vie hospitalisés au Togo : étude qualitative. *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Ethique*. 2016;15(2):96-104.
4. Ministère de la Santé Publique. Annuaire des statistiques du secteur santé de Madagascar. Année 2014.
5. Ministère de la Santé Publique. Politique nationale de la santé. Août 2016.
6. Ministère de la Santé Publique. Plan de développement du secteur santé 2015-2019. Septembre 2019.
7. Ndayirata S, Belghiti-Mahut S, Briole A. Intention de départ volontaire, pratiques de GRH et équipements de travail dans les hôpitaux publics burundais : le rôle médiateur du soutien organisationnel perçu. *Rev Gest Ressour Hum*. 2020;117:26-42.
8. O'Connell RL, Hartridge-Lambert SK, Din N, St John ER, Hitchins C, Johnson T. Patients' understanding of medical terminology used in the breast clinic. *The Breast*. 2013;22:836-8.
9. Agbémélé SKM, Aboudourazak A, Toyi T, Simliwa DK. Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des populations prise en charge aux urgences du CHU CAMPUS (LOME). 2015;30:50-7.
10. Adar T, Levkovich I, Castel OC, Karkabi K. Patient's Utilization of Primary Care: A Profile of Clinical and Administrative Reasons for Visits in Israel. *J Prim Care Community Health*. 2017;8:221-7.
11. Rabotovao SNEC. Evaluation de l'offre hospitalière de soins dans le secteur public : cas du CHUA/HUJRA [Mémoire]. Département Economie : Antananarivo ; 2012:84p.
12. Rane AA, Tyser AR, Kazmers NH. Evaluating the Impact of Wait Time on Orthopaedic Outpatient Satisfaction Using the Press Ganey Survey. *JBJS Open Access*. 2019;4:7p.
13. Chebil D, Belhadj M, Aidi M, Hannachi H, Barhoumi T, Merzougui L. Perception des patients vis-à-vis de la qualité des soins à l'hôpital universitaire Ibn Al Jazzar de Kairouan, Tunisie Patients' perception of the quality of care at the Ibn Al Jazzar University Hospital in Kairouan, Tunisia. *Tunis Med*. 2022;100:618-25.
14. Yameogo AR, Millogo GRC, Palm AF, Bamouni J, Mandi GD, Kologo JK, et al. Évaluation de la satisfaction des patients dans le service de cardiologie du CHU Yalgado Ouedraogo. *Pan Afr Med J*. 2017;28:8p.
15. Labrouhe D, Plancke L, Amad A, Charrel CL, Toutou D, Bodon-Bruzel M et al. Hospitalisation en unité hospitalière spécialement aménagée : enquête de satisfaction auprès des patient. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 2017;65(4):285-94.
16. Couillerot-Peyrondet AL, Midy F, Bruneau C. Perception de la qualité des soins reçus par les personnes atteintes de maladie chronique. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 2011;59(1):23-31.
17. Vincent RH. Evaluation de la satisfaction des usagers des services d'une structure sanitaire soutenue par ULB-coopération. Cas spécifique du centre de sante afia katindo dans la ZS urbaine de Goma. 2020;10:343-54.
18. Or Z, Com-Ruelle L. La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ? *IRDES* 2008;20p.
19. Gobbers D. L'équité dans l'accès aux soins en Afrique de l'Ouest. *Adsp* 2002;38:71-8.

Liste de figure et des tableaux

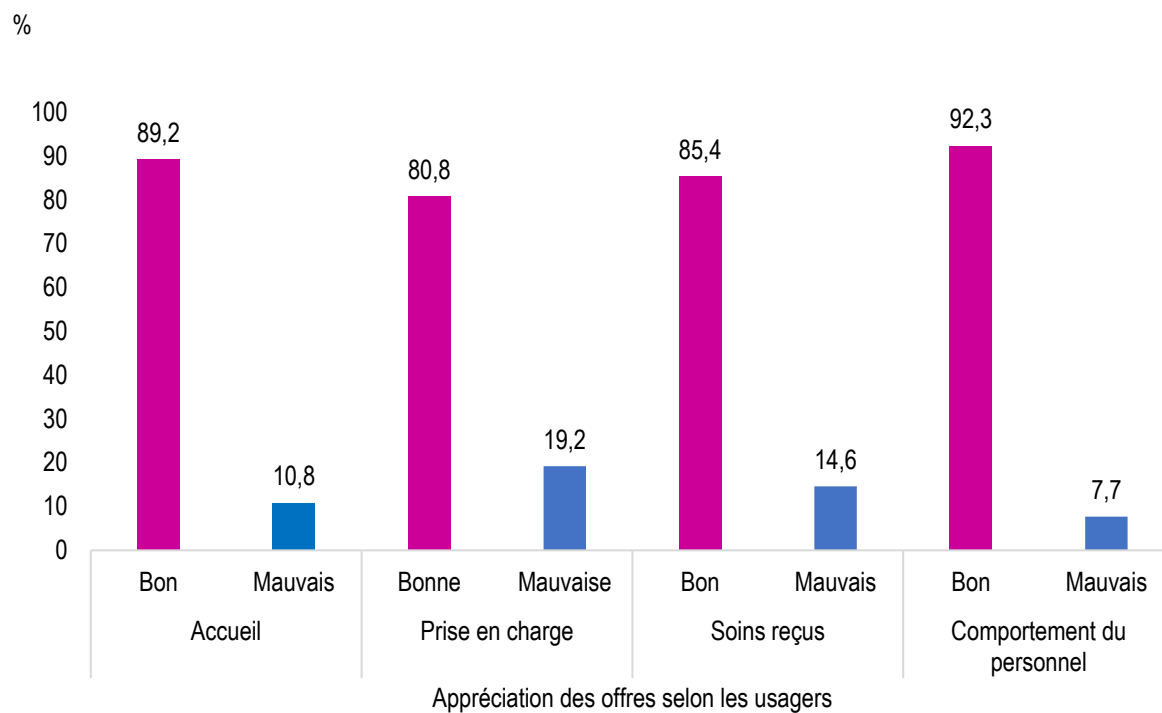


Figure 1 : Répartition de l'appréciation des offres au niveau du CSB2 selon les usagers

Tableau I : Répartition selon les caractéristiques personnelles des usagers et l'appréciation de la qualité de l'accueil ainsi que la prise en charge

	Accueil Mauvais	Bon	p	Prise en charge Mauvaise	Bonne	p
Tranche d'âge (année)						
< 24	1 (7,1)	33 (28,4)	0,031	9 (36,0)	25 (23,8)	0,657
25 – 34	4 (28,6)	39 (33,6)		6 (24,0)	37 (35,2)	
35 – 44	5 (35,7)	21 (18,1)		4 (16,0)	22 (21,0)	
45 – 54	2 (14,3)	13 (11,2)		3 (12,0)	12 (11,4)	
> 55	2 (14,3)	10 (8,6)		3 (12,0)	9 (8,6)	
Sexe						
Masculin	3 (21,4)	34 (29,3)	0,285	7 (28,0)	30 (28,6)	0,486
Féminin	11 (78,6)	82 (70,7)		18 (72,0)	75 (71,4)	
Statut matrimonial						
Non marié	6 (42,9)	50 (43,1)	0,497	11 (44,0)	45 (42,9)	0,457
Marié	8 (57,1)	66 (56,9)		14 (56,0)	60 (57,1)	
Niveau d'instruction						
Primaire	5 (35,7)	72 (62,1)	0,094	15 (60,0)	62 (59,0)	0,836
Secondaire	5 (35,7)	31 (26,7)		6 (24,0)	30 (28,6)	
Universitaire	4 (28,6)	13 (11,2)		4 (16,0)	13 (12,4)	
Secteur professionnel						
Primaire	10 (71,4)	70 (68,1)	0,379	14 (56,0)	75 (71,4)	0,155
Secondaire	3 (21,4)	35 (30,2)		11 (44,0)	27 (25,7)	
Tertiaire	1 (7,1)	2 (1,7)		0 (0,0)	3 (2,9)	
Revenu mensuel (Ar)						
≤ 100 000	4 (28,6)	66 (56,9)	0,041	16 (64,0)	54 (51,4)	0,134
> 100 000	10 (71,4)	50 (43,1)		9 (36,0)	51 (48,6)	

Tableau II : Répartition selon la distance entre domicile – CSB2, le moyen de transport, le temps d'attente, les médicaments et l'appréciation de la qualité d'accueil ainsi que la prise en charge

	Accueil Mauvais	Bon	p	Prise en charge Mauvaise	Bonne	p
Distance entre domicile – CSB2 (km)						
< 5	8 (57,1)	77 (66,4)	0,638	15 (60,0)	70 (66,7)	0,296
5 – 10	5 (35,7)	28 (24,1)		9 (36,0)	24 (22,9)	
> 10	1 (7,1)	11 (9,5)		1 (4,0)	11 (10,5)	
Moyen de transport						
Bajaj	1 (7,1)	3 (2,6)	0,357	1 (4,0)	3 (2,9)	0,934
A pied	8 (57,1)	72 (62,1)		16 (64,0)	64 (61,0)	
Bus	2 (14,3)	30 (25,9)		5 (20,0)	27 (25,7)	
Cyclopousse	3 (21,4)	11 (9,5)		3 (12,0)	11 (10,5)	
Temps d'attente (min)						
≤ 15	2 (14,3)	16 (13,8)	0,610	6 (24,0)	12 (11,5)	0,064
> 15	12 (85,7)	100 (86,2)		19 (76,0)	93 (88,6)	
Prix des médicaments						
Cher	3 (21,4)	8 (6,9)	0,165	2 (8,0)	9 (8,6)	0,819
Pas cher	8 (57,1)	71 (61,2)		14 (56,0)	65 (61,9)	
Abordable	3 (21,4)	37 (21,9)		9 (36,0)	31 (29,5)	
Disponibilité des médicaments						
Non	6 (42,9)	27 (23,3)	0,069	4 (16,0)	29 (27,6)	0,120
Oui	8 (57,1)	89 (76,7)		21 (84,0)	76 (72,4)	

Tableau III : Répartition selon les caractéristiques personnelles des usagers et l'appréciation de la qualité des soins reçus ainsi que le comportement du personnel de santé

	Soins reçus		p	Comportement de personnel de santé		p
	Mauvais	Bon		Mauvais	Bon	
Tranche d'âge (année)						
< 24	5 (26,3)	29 (26,1)	0,042	3 (30,0)	31 (25,8)	0,443
25 – 34	3 (15,8)	40 (36,0)		1 (10,0)	42 (35,0)	
35 – 44	6 (31,6)	20 (18,0)		3 (30,0)	23 (19,2)	
45 – 54	3 (15,8)	12 (10,8)		1 (10,0)	14 (11,7)	
> 55	2 (10,5)	10 (9,0)		2 (20,0)	10 (8,3)	
Sexe						
Masculin	2 (10,5)	35 (31,5)	0,028	0 (0,0)	37 (30,8)	0,015
Féminin	17 (89,5)	76 (68,5)		10 (100,0)	83 (63,2)	
Statut matrimonial						
Non marié	6 (31,6)	50 (45,0)	0,143	2 (20,0)	54 (45,0)	0,069
Marié	13 (68,4)	61 (55,0)		8 (80,0)	66 (55,0)	
Niveau d'instruction						
Primaire	13 (68,4)	64 (57,7)	0,004	7 (70,0)	70 (58,3)	0,039
Secondaire	3 (15,8)	33 (29,7)		1 (10,0)	35 (29,2)	
Universitaire	3 (15,8)	14 (12,6)		2 (20,0)	15 (12,5)	
Secteur professionnel						
Primaire	12 (63,2)	77 (69,4)	0,614	7 (70,0)	82 (68,3)	0,212
Secondaire	6 (31,6)	32 (28,8)		2 (20,0)	36 (30,0)	
Tertiaire	1 (5,3)	2 (1,8)		1 (10,0)	2 (1,7)	
Revenu mensuel (Ar)						
≤ 100 000	10 (52,6)	60 (54,1)	0,454	4 (40,0)	66 (55,0)	0,192
> 100 000	9 (47,4)	51 (45,9)		6 (60,0)	54 (45,0)	

Tableau IV : Répartition selon la distance entre domicile – CSB2, le moyen de transport, le temps d'attente, les médicaments et l'appréciation des soins reçus ainsi que le comportement du personnel de santé

	Soins reçus		p	Comportement de personnel de santé		p
	Mauvais	Bon		Mauvais	Bon	
Distance entre domicile – CSB2 (km)						
< 5	9 (47,4)	76 (68,5)	0,192	4 (40,0)	81 (67,5)	0,027
5 – 10	7 (36,8)	26 (23,4)		6 (60,0)	27 (22,5)	
> 10	3 (15,8)	9 (8,1)		0 (0,0)	12 (10,0)	
Moyen de transport						
Bajaj	1 (5,3)	3 (2,7)	0,757	1 (10,0)	3 (2,5)	0,561
A pied	10 (52,6)	70 (63,1)		5 (50,0)	75 (62,5)	
Bus	5 (26,3)	27 (24,3)		3 (30,0)	29 (24,2)	
Cyclopousse	3 (5,8)	11 (9,9)		1 (10,0)	13 (10,8)	
Temps d'attente (min)						
≤ 15	3 (21,1)	12 (12,6)	0,253	0 (0,0)	15 (15,0)	0,212
> 15	15 (78,9)	97 (87,4)		10 (100,0)	102 (85,0)	
Prix des médicaments						
Cher	1 (5,3)	10 (9,0)	0,454	1 (10,0)	10 (8,3)	0,983
Pas cher	15 (73,7)	35 (58,6)		6 (60,0)	73 (60,8)	
Abordable	4 (21,1)	36 (32,4)		3 (30,0)	37 (30,8)	
Disponibilité des médicaments						
Non	2 (10,5)	31 (27,9)	0,053	1 (10,0)	32 (26,7)	0,135
Oui	17 (89,5)	80 (72,1)		9 (90,0)	88 (73,3)	