

Déterminants de la satisfaction des usagers liés à l'accueil et au suivi au Centre Hospitalier de Référence Régional de Maevatanana en 2025

Andriamifidison Niaina Zakaria Rodolphe

Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

Rakotovoangy Safidy Marotia

Institut National de santé Publique et Communautaire,
Antananarivo, Madagascar

Rajaonarison Harena Maminiaina Nathalie

Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

Andrianasolo Nomenjanahary

Institut National de santé Publique et Communautaire,
Antananarivo, Madagascar

Ravaoarisoa Lantonirina

Faculté de Médecine, Antananarivo, Madagascar
Institut National de santé Publique et Communautaire,
Antananarivo, Madagascar

Approved: 19 May 2026

Posted: 21 May 2026

Copyright 2026 Author(s)

Under Creative Commons CC-BY 4.0

OPEN ACCESS

Cite As:

Andriamifidison, N.Z.R., Rakotovoangy, S.M., Rajaonarison, H.M.N., Andrianasolo, N., & Ravaoarisoa, L. (2026). *Déterminants de la satisfaction des usagers liés à l'accueil et au suivi au Centre Hospitalier de Référence Régional de Maevatanana en 2025*. ESI Preprints. <https://doi.org/10.19044/esipreprint.5.2026.p778>

Résumé

Objectif : Identifier les déterminants de la satisfaction des usagers liés à la qualité de l'accueil et du suivi. **Méthode :** il s'agit d'une étude transversale, descriptive et analytique au Centre Hospitalier de Référence Régional (CHRR) de Maevatanana, Madagascar. Elle s'est déroulée du 2 au 30 juillet 2025, auprès de 124 participants (87 patients et 37 accompagnateurs) hospitalisés dans les différents services du centre. Les données ont été collectées par entretien direct à l'aide d'un questionnaire préétabli, inspiré du modèle de Donabedian. L'analyse statistique a porté sur les Odds ratios (OR) avec intervalles de confiance à 95 % et le test du Chi-

carré. Les résultats montrent que 70,97 % des participants se sont déclarés globalement satisfaits. **Résultats :** Concernant les facteurs liés à l'accueil : les admissions en week-end (OR=3,16 [1,25-7,79]), le non-confort des chambres (OR=2,37 [1,07-5,26]), l'absence d'amabilité du personnel (OR=4,40 [1,71-11,36]) et la lenteur du premier soin (OR=5,06 [1,38-18,58]) sont significativement associés à l'insatisfaction. Concernant les facteurs liés au suivi, la mauvaise communication soignant-patient (OR=6,38 [2,00-20,37]), la faible réactivité du personnel (OR=7,30 [2,32-23,02]), le manque d'information sur l'état de santé (OR=6,83 [1,66-28,20]), la rupture de continuité des soins (OR=3,00 [1,12-8,01]), les coûts élevés (OR=2,74 [1,16-6,49]) et une durée d'hospitalisation de 8 jours et plus (OR=4,00 [1,18-13,61]) sont significativement associés à l'insatisfaction. **Conclusion :** Ces résultats soulignent la nécessité d'améliorer l'organisation hospitalière, la communication et les ressources humaines pour optimiser la satisfaction des usagers dans ce contexte à ressources limitées.

Mots-clés : Accueil ; Déterminants ; Madagascar ; Satisfaction des usagers ; Suivi hospitalier

Determinants of User Satisfaction Related to Reception and Follow-Up at the Maevatanana Regional Reference Hospital in 2025

Andriamifidison Niaina Zakaria Rodolphe

Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

Rakotovoangy Safidy Marotia

Institut National de santé Publique et Communautaire,
Antananarivo, Madagascar

Rajaonarison Harena Maminiana Nathalie

Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

Andrianasolo Nomenjanahary

Institut National de santé Publique et Communautaire,
Antananarivo, Madagascar

Ravaoarisoa Lantonirina

Faculté de Médecine, Antananarivo, Madagascar
Institut National de santé Publique et Communautaire,
Antananarivo, Madagascar

Abstract

Objective: This study aims to identify the determinants of user satisfaction related to the quality of reception and follow-up care. **Methods:**

It is a cross-sectional descriptive and analytical study at the Regional Reference Hospital (CHRR) of Maevatanana, Madagascar. Conducted from July 2 to 30, 2025, with 124 participants (87 patients and 37 companions), data were collected through direct interviews using a pre-established questionnaire inspired by Donabedian's model. Statistical analysis included odds ratios (OR) with 95% confidence intervals and Chi-square tests. Results indicate that 70.97% of participants reported overall satisfaction. **Results:** Regarding reception factors, weekend admissions (OR=3.16 [1.25-7.79]), room discomfort (OR=2.37 [1.07-5.26]), unfriendly staff (OR=4.40 [1.71-11.36]) and slow initial care (OR=5.06 [1.38-18.58]), were significantly associated with dissatisfaction. Regarding follow-up factors, poor patient-caregiver communication (OR=6.38 [2.00-20.37]), low staff responsiveness (OR=7.30 [2.32-23.02]), lack of health status information (OR=6.83 [1.66-28.20]), care continuity disruption (OR=3.00 [1.12-8.01]), high costs (OR=2.74 [1.16-6.49]), and hospitalization of 8 days or more (OR=4.00 [1.18-13.61]) were significantly associated with dissatisfaction. **Conclusion:** These findings highlight the need to improve hospital organization, communication, and human resources to optimize user satisfaction in resource-limited settings.

Keywords: Determinants; Hospital Reception; Madagascar; User satisfaction; Follow-up care

Introduction

La qualité des soins constitue un enjeu fondamental dans l'organisation des systèmes de santé. Définie par des normes et standards internationaux visant à garantir la sécurité, l'efficacité, le centrage sur la personne, la rapidité d'intervention, l'équité et l'efficience (OMS., 2018). Cette approche englobe une prise en charge centrée sur le patient, intégrant des dimensions relationnelles, organisationnelles et communicationnelles (Santana et al., 2018).

Le parcours de soins commence dès l'accueil initial, étape primordiale qui conditionne la confiance du patient, et se poursuit jusqu'au suivi post-thérapeutique, garantissant la continuité des soins. L'accueil et le suivi apparaissent ainsi comme des composantes clés de l'expérience patient, influençant directement sa perception de la prise en charge (Cadel et Marcinow., 2022). La satisfaction des usagers représente un indicateur de performance essentiel, évaluant l'adéquation entre les services offerts et les expériences vécues (Manzoor et al., 2019).

À l'échelle internationale, les enquêtes affichent des niveaux variables selon les systèmes de santé. En France, la satisfaction globale des patients hospitalisés atteint 73,60 % en 2020, avec 82,40 % pour l'accueil (Haute

Autorité de Santé., 2021). En Belgique (2021), 93,00 % des patients se déclarent satisfaits. Sur le continent africain, cette hétérogénéité est marquée : 94,00 % de satisfaction en Guinée (2023), 78,30 % au Burkina Faso (2017), mais 41,70 % d'insatisfaction en Tunisie (2022) (Tigalekou et al., 2025) (Chebil et al., 2022).

À Madagascar, les enquêtes menées dans les 22 CHU par la Direction Générale des Fournitures de Soins (DGFS) en 2019 ont révélé un taux d'insatisfaction de 17,00 % concernant l'accueil et de 32,00 % pour l'humanisation des soins (Ministère de la Santé Publique., 2020). Une étude réalisée dans cinq CHU d'Antananarivo en 2020 a montré que 23,70 % des usagers expriment leur insatisfaction (Rakotomalala., 2020). Bien que cette situation soit documentée en milieu urbain, elle reste méconnue dans les Centres Hospitaliers de Référence Régionaux (CHRR).

Le CHRR Maevatanana reflète particulièrement cette réalité. Les données d'activités révèlent une sous-utilisation des capacités du centre, avec un taux de fréquentation de 0,55 % et un taux d'occupation moyen des lits de 32,32 % (CHRR Maevatanana., 2024). Ce faible usage interpelle directement la qualité de l'expérience vécue par les usagers. Cette étude formule l'hypothèse que les facteurs liés à la qualité de l'accueil et du suivi influencent la satisfaction des usagers. Les objectifs visent à : décrire le profil social de la population étudiée, identifier les facteurs liés à la qualité de l'accueil et du suivi hospitaliers, déterminer les associations entre ces facteurs et la satisfaction des usagers, et émettre des suggestions.

Méthodes

L'étude a été réalisée au CHRR de Betsiboka à Maevatanana. Il s'agit d'une étude transversale descriptive et analytique, conduite du 2 au 30 juillet 2025, auprès de 124 participants, recrutés de manière exhaustive parmi les patients hospitalisés depuis plus de 24 heures et leurs accompagnateurs âgés de 18 ans et plus. Les données ont été collectées par entretien direct, à l'aide d'un questionnaire préétabli inspiré du modèle de Donabedian, couvrant le profil social, les facteurs d'accueil et de suivi, avec une mesure de satisfaction dichotomique basée sur une échelle de Likert à cinq niveaux (Donabedian., 1988). L'analyse a été réalisée sous Epi Info 7.2.7.0, avec calcul des odds ratios (OR) à IC 95 % pour mesurer l'association. Le test du Chi-carré a été appliqué lorsque les effectifs étaient ≥ 5 , le test de Fisher dans le cas contraire, et un seuil de significativité fixé à 0,05 (Aly-Abbara A., 2026). Concernant la considération éthique, cette étude n'a pas été soumise au comité d'éthique institutionnelle, toutefois, une autorisation auprès du médecin chef d'établissement a été obtenue avant de démarrer l'interview. Le consentement libre et éclairé de chaque participant a été obtenu également avant d'entamer l'enquête. L'anonymat, la confidentialité,

la sécurité des données, le secret professionnel ont été rigoureusement garantis.

Résultats

L'âge médian des participants a été de 33 ans (extrêmes : 18-70 ans). D'après ce tableau I, la tranche d'âge 25-44 ans a été la plus représentée (62,10 %), une légère prédominance féminine a été observée (54,84 %), avec un sex-ratio H/F de 0,82. La majorité des participants n'était pas mariée (79,84 %), avait un niveau d'instruction bas (65,32 %), résidait en milieu rural (75,81 %) et disposait d'une couverture sociale autonome (79,84 %).

Tableau I : Répartition des participants selon le profil social

Profil social	Effectif (n=124)	Proportion (%)
Âge		
18-24 ans	11	8,87
25-44 ans	77	62,10
45-64 ans	31	25,00
65 ans et plus	5	4,03
Genre		
Masculin	56	45,16
Féminin	68	54,84
Niveau d'instruction		
Bas	81	65,32
Élevé	43	34,68
Lieu de résidence		
Urbain	30	24,19
Rural	94	75,81
Couverture sociale		
Aide sociale	25	20,16
Autonome	99	79,84

Facteurs associés à la satisfaction des usagers

Le tableau II illustre le profil social et satisfaction des participants. Parmi les variables sociales, seul l'âge présente une association significative avec la satisfaction. Les usagers âgés de 45-64 ans expriment moins fréquemment leur insatisfaction (OR=0,33 [0,11-0,97], p=0,03). Aucune association significative n'a été observée entre le genre, le niveau d'instruction, la profession, le lieu de résidence, la couverture sociale et la satisfaction.

Tableau II : Profil social et satisfaction des participants

Profil social	Non satisfait (n=36)	Satisfait (n=88)	OR [IC95%]	p
Âge				
18-24 ans	2	9	0,39 [0,08-1,93]	0,23
25-44 ans (réf.)	28	49	1	
45-64 ans	5	26	0,33 [0,11-0,97]	0,03
65 ans et plus	1	4	0,44 [0,05-4,11]	0,65
Genre				

Masculin	18	38	1,31 [0,60-2,86]	0,48
Féminin	18	50	1	
Niveau d'instruction				
Bas	28	53	2,31 [0,94-5,65]	0,06
Élevé	8	35	1	

Facteurs liés à la qualité de l'accueil

Ce tableau III a mis en évidence que le jour d'admission en week-end (OR=3,16 [1,25-7,79]), le non-confort de la chambre (OR=2,37 [1,07-5,26]), l'absence d'amabilité du personnel (OR=4,40 [1,71-11,36]), la lenteur du premier soin (OR=5,06 [1,38-18,58]) sont significativement associés à l'insatisfaction. Tous les usagers n'ayant pas perçu de respect ni de courtoisie ont exprimé leur insatisfaction ($p < 0,01$).

Tableau III : Facteurs de l'accueil et satisfaction

Facteurs de l'accueil	Non satisfait (n=36)	Satisfait (n=88)	OR [IC95%]	p
Admission				
Week-end	12	12	3,16 [1,25-7,79]	0,01
Jour ouvrable	24	76	1	
Confort de la chambre				
Non confort	22	35	2,37 [1,07-5,26]	0,03
Confort	14	53	1	
Amabilité du personnel				
Non aimable	13	10	4,40 [1,71-11,36]	<0,01
Aimable	23	78	1	
Rapidité du premier soin				
Lent	7	4	5,06 [1,38-18,58]	<0,01
Rapide	29	84	1	
Information des droits aux patients				
Non informé	26	79	0,29 [0,10-0,80]	0,01
Informé	10	9	1	
Respect et courtoisie				
Non	8	0	—	<0,01
Oui	28	88	1	

Facteurs liés à la qualité du suivi

D'après ce tableau IV, la mauvaise communication soignant-patient (OR=6,38 [2,00-20,37]), la faible réactivité du personnel (OR=7,30 [2,32-23,02]), le manque d'information sur l'état de santé (OR=6,83 [1,66-28,20]), la rupture de continuité des soins (OR=3,00 [1,12-8,01]), les coûts élevés (OR=2,74 [1,16-6,49]), la durée d'hospitalisation de 8 jours et plus (OR=4,00 [1,18-13,61]) et l'absence de visites médicales quotidiennes ($p=0,02$) sont tous significativement associés à l'insatisfaction.

Tableau IV : Facteurs du suivi et satisfaction

Facteurs du suivi	Non satisfait (n=36)	Satisfait (n=88)	OR [IC95%]	p
Communication soignant-patient				
Mauvaise	10	5	6,38 [2,00-20,37]	<0,01
Bonne	26	83	1	
Réactivité du personnel				
Non réactif	11	5	7,30 [2,32-23,02]	<0,01
Réactif	25	83	1	
Information sur l'état de santé				
Non	7	3	6,83 [1,66-28,20]	<0,01
Oui	29	85	1	
Continuité des soins				
Non	10	10	3,00 [1,12-8,01]	0,02
Oui	26	78	1	
Coût d'hospitalisation				
Non abordable	27	46	2,74 [1,16-6,49]	0,01
Abordable	9	42	1	
Durée d'hospitalisation				
≥ 8 jours	7	5	4,00 [1,18-13,61]	0,01
2-7 jours	29	83	1	
Visites médicales quotidiennes				
Non	3	0	—	0,02
Oui	33	88	1	

Discussion

Le taux de satisfaction globale de 70,97 % observé dans cette étude se situe dans la moyenne africaine subsaharienne. Ce résultat est comparable à celui rapporté au Gabon (78,30 %) (Tigalekou et al., 2025). et supérieur à celui enregistré en Tunisie (58,30 %) (Chebil et al., 2022). Cependant, il reste inférieur aux standards européens, notamment la France (73,60 %) et la Belgique (93,00 %) (Haute Autorité de Santé., 2021). Cette disparité reflète probablement les contraintes structurelles et organisationnelles propres aux hôpitaux de référence régionaux dans les pays à ressources limitées.

Parmi les caractéristiques sociales étudiées, seul l'âge présente une association significative avec la satisfaction. Les participants âgés de 45 à 64 ans expriment moins fréquemment leur insatisfaction comparativement aux autres tranches d'âge (OR=0,33 [0,11-0,97], p=0,03). Cette association s'explique par des facteurs contextuels propres au CHRR Maevatanana. Cette population possède généralement une meilleure compréhension du système de santé et des contraintes institutionnelles. Leur expérience antérieure de soins et leur maturité émotionnelle les rendent plus tolérants face aux difficultés rencontrées. Ces résultats corroborent des études africaines. Une

étude menée par Kagura en Afrique du Sud, auprès de 2 429 patients dans 80 centres de soins primaires à Johannesburg, a démontré que les patients âgés de 51 ans et plus présentent une probabilité significativement plus élevée de satisfaction (Kagura J et al., 2023). De même, une étude réalisée par Amporfro au Ghana a révélé que les patients de 36 à 49 ans présentent une satisfaction significativement plus élevée (Amporfro et al., 2021).

L'étude a relevé que les patients admis le week-end sont significativement plus susceptibles d'être insatisfaits que ceux admis en jours ouvrables (OR=3,16 [1,25-7,79], p=0,01). Ces résultats démontrent que les différences organisationnelles impactent négativement la satisfaction des patients admis en week-end. Le sous-effectif de personnel constitue le principal facteur explicatif au centre. Durant le week-end, la réduction des effectifs du personnel soignant et administratif, ainsi que l'indisponibilité de certains services (laboratoire, imagerie) compromettent la qualité de la prise en charge et de l'accueil des patients. Cette organisation réduite crée une rupture dans la continuité et l'accessibilité des soins, amplifiant le sentiment d'abandon chez les usagers.

Une étude française menée par Dubost en 2022 dans un service d'urgences a démontré une association significative entre le jour d'admission et la satisfaction des patients, les admissions en week-end étant associées à une insatisfaction accrue (OR=2,10 [1,15-3,82]) (Dubost et al., 2022).

Le non-confort des chambres constitue un déterminant majeur de l'insatisfaction (OR=2,37 [1,07-5,26], p=0,03). Le confort physique, incluant la qualité de la literie, l'ambiance sonore et la propreté, constitue un élément fondamental du bien-être du patient. L'analyse du confort au CHRR Maevatanana révèle un écart important entre les normes nationales et les conditions réelles d'hospitalisation. Les normes officielles (Arrêté MSANP 2017) prévoient des infrastructures aux standards précis : 10 m² par lit, revêtements lavables, et systèmes d'approvisionnement en eau et en électricité continus (Ministère de la Santé Publique de Madagascar., 2017). L'insatisfaction observée trouve son origine dans trois défaillances structurelles : l'insuffisance des fonds alloués à l'entretien des bâtiments, les coupures fréquentes d'électricité et d'eau perturbant les conditions d'hygiène et compromettant le confort thermique, et le manque d'entretien régulier des chambres accentuant la dégradation de l'environnement hospitalier.

Une étude menée en Jamaïque par Buchanan en 2020 a rapporté une association presque identique (OR=2,38 [1,76-3,21], p<0,001) entre le confort des chambres et la satisfaction (Buchanan al., 2020). De même, une méta-analyse de Batbaatar portant sur 61 études, identifie l'environnement physique comme déterminant majeur de la satisfaction (OR ajusté=2,15 [1,96-2,37]) (Batbaatar et al., 2017).

L'absence d'amabilité du personnel (OR=4,40 [1,71-11,36], $p<0,01$) et le manque de respect et de courtoisie ($p<0,01$) constituent des déterminants puissants de l'insatisfaction. Au CHRR Maevatanana, les soignants adoptent naturellement des attitudes respectueuses et valorisent les relations humaines. Cependant, l'organisation du service fragilise cette bienveillance. Dans l'ensemble des services, hormis la chirurgie, les paramédicaux assurent des gardes de 48 heures. Cette charge de travail excessive conduit progressivement au burnout, qui érode la capacité à maintenir des attitudes bienveillantes. Le stress élevé, la surcharge de travail et l'épuisement professionnel réduisent la capacité à maintenir un comportement empathique et respectueux. La pression inhérente à certains services, notamment les urgences, peut provoquer un stress supplémentaire difficile à gérer, se répercutant inévitablement sur les usagers et déshumanisant les interactions. Ces résultats corroborent la méta-analyse d'Ali en 2022 et la recherche de Saleh F en 2025, qui démontrent que l'amabilité et la communication empathique du personnel hospitalier exercent un impact puissant sur la satisfaction des patients (OR=4,2 [3,7-4,8]) (Ali S et al., 2022) (Saleh F et al., 2025). Par ailleurs, une étude menée par Ouattara en 2023 au CHU de Cocody, en Côte d'Ivoire, a observé que la courtoisie du personnel soignant est fortement liée à la satisfaction des accompagnants, ceux ayant perçu un comportement agressif du personnel ayant exprimé leur insatisfaction ($p<0,001$) (Ouattara et al., 2023).

La lenteur du premier soin multiplie par 5 la probabilité d'insatisfaction (OR=5,06 [1,38-18,58]). La lenteur dans la prise en charge au CHRR Maevatanana trouve son origine dans des défaillances organisationnelles profondes. Selon les normes officielles, un CHRR devrait disposer de 22 médecins, dont 5 spécialistes, permettant d'assurer une continuité des soins sans surcharge excessive (Ministère de la Santé Publique de Madagascar., 2017). Or, au CHRR Maevatanana, un médecin de garde gère simultanément trois services et doit superviser 18 à 30 lits, un ratio patient-médecin incompatible avec une prise en charge rapide et personnalisée. Par ailleurs, la situation financière précaire des patients constitue un frein supplémentaire : la majorité paie directement ses soins, ce qui retarde la prise en charge en raison des difficultés administratives liées à la gestion des paiements.

Ce résultat présente une similitude remarquable avec ceux de Dembele au Mali en 2023, qui ont identifié l'association entre rapidité des soins (moins de 30 minutes) et satisfaction globale dans un service d'urgences universitaire à Bamako, avec un OR ajusté de 4,78 [2,16-9,42] pour le retard (Dembele et al., 2023).

Concernant les facteurs liés à la qualité du suivi, la mauvaise communication soignant-patient multiplie par plus de 6 la probabilité

d'insatisfaction (OR=6,38 [2,00-20,37], $p<0,01$). Cette association s'explique par des facteurs organisationnels et sociodémographiques spécifiques au centre. La communication soignant-patient s'inscrit au cœur du concept de soins centrés sur le patient, qui place la personne au centre des pratiques médicales en favorisant des échanges ouverts et collaboratifs. Au CHRR Maevatanana, le manque de compétences en communication interpersonnelle engendre des échanges inégaux et parfois incomplets. De plus, le faible niveau d'instruction des patients (65,32 % de niveau bas) influence leur compréhension des informations et leur capacité à exprimer leurs besoins, créant un fossé communicationnel. Par ailleurs, Çakmak en 2024 a démontré, auprès de patients atteints de cancer en Turquie en 2024, une relation positive entre la communication centrée sur le patient et la satisfaction ($p<0,001$) (Çakmak et al., 2024).

La faible réactivité du personnel représente le déterminant le plus puissant de l'insatisfaction dans cette étude (OR=7,30 [2,32-23,02], $p<0,01$). Cette association s'explique principalement par les contraintes opérationnelles du centre. La surcharge de travail constitue un facteur majeur de retard dans la réponse aux appels des patients. Le personnel, confronté à une charge importante et un manque de ressources, peine à réagir promptement, générant stress, fatigue et un cercle vicieux de burnout et de déshumanisation. Ces résultats valident la dimension « réactivité » du modèle SERVQUAL, qui figure parmi les cinq dimensions essentielles de la qualité de service (Parasuraman A et al., 1988).

Ils rejoignent les observations de Tessougé S. (2019) au Mali, qui a rapporté une association significative entre la rapidité de réponse et la satisfaction globale des accompagnants au CHU du Point-G ($p<0,001$) (Tessougé S., 2019). De même, Hussain A. et al. (2019), dans une enquête dans les hôpitaux publics de Karachi, identifient la réactivité du personnel comme facteur clé de satisfaction ($p<0,01$), avec 38 % des patients insatisfaits de la promptitude des soins (Hussain et al., 2019).

Le manque d'information sur l'état de santé est fortement associé à l'insatisfaction (OR=6,83 [1,66-28,20], $p<0,01$). Ce résultat s'inscrit au cœur du concept de soins centrés sur le patient selon l'OMS. Au CHRR Maevatanana, l'insatisfaction provient d'une mauvaise compréhension des termes techniques médicaux, créant un écart entre la communication du personnel soignant et la perception des usagers ruraux, exacerbé par les barrières liées au faible niveau d'instruction. Ce manque de clarté entraîne un désengagement communicationnel, où le patient cesse de poser des questions par sentiment d'incompétence. L'ensemble de ces facteurs affaiblit la confiance mutuelle, l'alliance thérapeutique et l'adhésion aux soins. Ce résultat concorde avec la recherche de Çakmak en 2024, qui démontre une

relation positive entre la communication centrée sur le patient incluant l'information médicale et la satisfaction ($p<0,001$) (Çakmak et al., 2024).

Une durée d'hospitalisation de 8 jours et plus est significativement associée à l'insatisfaction (OR=4,00 [1,18-13,61], $p=0,01$). Un séjour hospitalier prolongé génère une insatisfaction cumulative à travers plusieurs mécanismes : la surcharge financière qui s'accumule avec la durée du séjour pour les patients en paiement direct, les désagréments liés au confort insuffisant des chambres amplifiées par les coupures fréquentes d'eau et d'électricité, et les ruptures de continuité dans le suivi médical qui fragmentent la relation thérapeutique. Ces éléments se cumulent pour créer un sentiment de détresse et d'abandon chez le patient hospitalisé au long cours.

Ce résultat est cohérent avec l'étude de Diwan en 2020 aux États-Unis, montrant qu'une durée de séjour prolongée est associée à la réduction de la satisfaction des patients et de la probabilité de recommander l'hôpital (Diwan et al., 2020). De même, Begum en 2022 ont démontré qu'un séjour hospitalier court (< 7 jours) est associé à une meilleure satisfaction (OR=1,58 [1,05-2,37], $p<0,05$) (Begum et al., 2022).

Le coût perçu comme élevé (OR=2,74 [1,16-6,49]) et la rupture de continuité des soins (OR=3,00 [1,12-8,01]) constituent également des déterminants significatifs. Le système de paiement direct impose aux patients une double charge financière : d'une part, les frais d'hospitalisation, et d'autre part, les frais de transport depuis les zones rurales éloignées. Les patients peuvent renoncer aux soins ou abandonner leur traitement en cas de difficultés financières liées au paiement direct. Les croyances culturelles et le recours aux traitements traditionnels constituent également des facteurs de rupture dans le parcours de soins hospitalier.

Ces résultats concordent avec l'étude de Nguyen au Vietnam en 2021 avec, qui a rapporté une association significative entre coûts élevés et insatisfaction dans les contextes à ressources limitées ($p<0,05$) (Nguyen et al., 2021). En revanche, ces résultats diffèrent de ceux observés dans des contextes à haute couverture, d'après Amati en Suisse en 2020, où seulement 20 % des patients jugent les coûts excessifs ($p<0,05$), en raison de la couverture d'assurance universelle atténuant la charge perçue (Amati et al., 2020). Quant à la continuité de soins, l'étude de Yoon et al. (2022), menée auprès de 2 384 patients dans un centre hospitalier universitaire de Séoul, a identifié qu'il existe une association significative ($p<0,001$) entre la continuité relationnelle et la satisfaction globale, démontrant que les ruptures dans le parcours de soins réduisent significativement les évaluations positives des patients (Yoon et al., 2022).

Conclusion

Cette étude a permis d'identifier les déterminants de la satisfaction des usagers liés à l'accueil et au suivi au CHRR Maevatanana. L'hypothèse postulant que les facteurs liés à la qualité de l'accueil et du suivi influencent la satisfaction a été statistiquement vérifiée. Avec 70,97 % de satisfaction globale, des points forts sont à valoriser, notamment l'absence de discrimination et la bonne compréhension linguistique.

Les principaux déterminants modifiables identifiés sont : la réactivité du personnel, la communication soignant-patient, l'information sur l'état de santé, la rapidité du premier soin, l'amabilité et le respect du personnel, la continuité des soins, les coûts d'hospitalisation, le confort des chambres et l'information sur les droits des patients.

Un plan d'action articulé autour de quatre axes stratégiques est proposé : le renforcement des ressources humaines et l'optimisation de leur organisation ; l'amélioration des infrastructures et du cadre hospitalier ; le développement des compétences relationnelles du personnel ; et l'établissement d'une plus grande transparence financière. Ces interventions ciblées et contextualisées peuvent avoir un impact significatif sur la qualité perçue des soins et la confiance accordée au système de santé en contexte à ressources limitées.

Conflit d'intérêts : Les auteurs n'ont signalé aucun conflit d'intérêts.

Disponibilité des données : Toutes les données sont incluses dans le contenu de l'article.

Déclaration de financement : Les auteurs n'ont obtenu aucun financement pour cette recherche.

Déclaration pour les participants humains : cette étude n'est pas commencée qu'après avoir obtenu une autorisation auprès du Médecin Chef d'Établissement. Un codage de fiche d'enquête a garanti le respect de l'anonymat. Les données recueillies sont servies uniquement pour la présente étude. Les données ne sont pas divulguées pour respecter la confidentialité et le secret professionnel.

References:

1. World Health Organization. (2018). Quality of care: a practical guide. Geneva: WHO.
2. Santana MJ et al. (2018). How to practice person-centred care. Health Expect, 21(2), 429-440.

3. Cadel, L., Marcinow, M. L. (2022). The use of patient experience data for quality improvement. *Patient Experience Journal*, 9(1), 174-188.
4. Manzoor, F et al (2019). Patient satisfaction with health care services. *Int J Environ Res Public Health*, 16(18), 3318.
5. Haute Autorité de Santé. (2021). *Mesure de la satisfaction des patients hospitalisés*. Saint-Denis La Plaine.
6. Tigalekou, O et al. (2025). Qualité de l'accueil dans deux établissements hospitaliers au Gabon. *ReAScI*, (1), 1-10.
7. Chebil, D et al. (2022). Perception des patients vis-à-vis de la qualité des soins à l'hôpital Ibn Al Jazzar, Kairouan. *Tunis Med*, 100(8), 618-25.
8. Ministère de la Santé Publique. (2020). *Plan de développement du secteur santé 2020-2024*, Antananarivo.
9. Rakotomalala, M. (2020). *Satisfaction des malades hospitalisés dans les CHU d'Antananarivo [Thèse de doctorat en Médecine]*. Antananarivo : Université d'Ankatso, Faculté de Médecine.
10. CHRR Maevatanana. (2024). *Revue régionale annuelle 2023*, Maevatanana.
11. Donabedian, A. (1988). The quality of care: how can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743-8.
12. Aly-Abbara, A. Outil statistique de calcul de Khi carré, risque relatif, Odds ratio. [Consulté le 20 Nov 2025]. Disponible sur: <https://www.aly-abbara.com>.
13. Kagura, J et al. (2023). Patient satisfaction with chronic disease care and its associated factors in primary health care facilities in Johannesburg, South Africa. *Front Health Serv*, 3, 9671-99.
14. Amporfro, DA et al. (2021). Patients' satisfaction with healthcare delivery in Ghana. *BMC Health Serv Res*, 21(1), 722.
15. Dubost, C. (2022). Impact of weekend admission on patient satisfaction in a French emergency department. *Intern Emerg Med*, 17(5), 1341-1349.
16. Ministère de la Santé Publique de Madagascar. (2017). *Normes et standards des Centres Hospitaliers de Référence Régionale à Madagascar*. Antananarivo, MSANP.
17. Buchanan, J et al. (2020). Satisfaction with nursing care in the emergency department. *Int Emerg Nurs*, 48, 1007-80.
18. Batbaatar, E et al. (2017) Determinants of patient satisfaction: a systematic review. *Perspect Public Health*, 137(2), 89-101.
19. Ali, S. (2022). Interpersonal factors driving patient satisfaction: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Qual Saf*, 31(2), 164-175.

20. Saleh, F. (2025). How human resource practices affect patient satisfaction: a Study on Public and Private Sector Hospitals in Punjab, Pakistan. *J Asian Dev Stud*, 14(1), 1334-1351.
21. Ouattara, A. K et al. (2023). Evaluation de la satisfaction des accompagnants des patients au CHU de Cocody, Cote d'Ivoire. *Rev Afr Sante Prod Vet*, 1(2), 123-130.
22. Dembele, G. M et al. (2023). Évaluation de la satisfaction des usagers du service des urgences au CHU Luxembourg, Bamako. *Eur Sci J*, 19(20), 10-26.
23. Cakmak, S. O et al. (2024). The effects of patient-centered communication on patient engagement, health-related quality of life, service quality perception and patient satisfaction in patients with cancer. *Integr Cancer Ther*, 23, 15347354241229847.
24. Parasuraman, A et al. (1988). Servqual. *Retailing J*, 64(1),12-40.
25. Tessougué, S. (2019). Étude sur la satisfaction des accompagnants au CHU du Point-G. Bamako [Thèse de doctorat en Médecine]. Bamako : Université de Bamako, Faculté de Médecine.
26. Hussain, A et al. (2019). What Factors Affect Patient Satisfaction in Public Sector Hospitals: A Study from Pakistan. *J Pak Med Assoc*, 69(3), 407-14.
27. Diwan, W et al. (2020). The effect of length of hospital stays and patient factors on patient satisfaction in an academic hospital. *Orthopedics*, 43(6), 373-9.
28. Begum, F et al. (2022). Patient satisfaction level and its determinants in public and private hospitals in Bangladesh. *Front Health Serv*, 2, 952221.
29. Nguyen, N. X et al. (2021). Impact of service quality on in-patients' satisfaction. *Patient Prefer Adherence*,15, 2523-2538.
30. Amati, R. (2020). Patient satisfaction and its determinants in the Swiss healthcare system. *Front Public Health*, 8, 106.
31. Yoon, J et al. (2022). Impact of relational continuity of care on patient satisfaction in a teaching hospital setting. *J Korean Med Sci*, 37(36), 287.