

Facteurs associés à la satisfaction des usagers 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 Harenamaminiaina 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

[Doi:10.19044/esj.2026.v22n27p163](https://doi.org/10.19044/esj.2026.v22n27p163)

Submitted: 14 May 2026

Accepted: 28 August 2026

Published: 30 September 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.N., Andrianasolo, N., & Ravaoarisoa, L. (2026). *Facteurs associés à la satisfaction des usagers au Centre Hospitalier de Référence Régional de Maevatanana en 2025*. European Scientific Journal, ESJ, 22 (27), 163. <https://doi.org/10.19044/esj.2026.v22n27p163>

Résumé

Objectif : Analyser les facteurs associés à la satisfaction des patients et des accompagnateurs concernant 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, exclusivement bivariée, a reposé sur le calcul des odds ratios (OR) avec leurs intervalles de confiance à 95%, ainsi que sur les tests

du Chi-carré ou exact de Fisher. **Résultats :** Globalement, 70,97% des participants étaient satisfaits. L'insatisfaction liée à l'accueil était significativement associée aux admissions en week-end (OR=3,16 [1,25-7,79]), au non-confort des chambres (OR=2,37 [1,07-5,26]), à l'absence d'amabilité du personnel (OR=4,40 [1,71-11,36]) et à la lenteur du premier soin (OR=5,06 [1,38-18,58]). Concernant le 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]) étaient 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 ; Facteurs associés ; Madagascar ; Satisfaction des usagers ; Suivi hospitalier

Factors Associated With User Satisfaction at the Maevatanana Regional Reference Hospital in 2025

Andriamifidison Niaina Zakaria Rodolphe

Faculty of Medicine, Antananarivo, Madagascar

Rakotovoangy Safidy Marotia

National Institute of Public and Community Health,
Antananarivo, Madagascar

Rajaonarison Harenamaminiaina Nathalie

Faculty of Medicine, Antananarivo, Madagascar

Andrianasolo Nomenjanahary

National Institute of Public and Community Health,
Antananarivo, Madagascar

Ravaoarisoa Lantonirina

Faculty of Medicine, Antananarivo, Madagascar
National Institute of Public and Community Health,
Antananarivo, Madagascar

Abstract

Objective: This study aims to analyze the factors associated with the satisfaction of patients and accompanying persons regarding 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 was exclusively bivariate and included odds ratios (OR) with 95% confidence intervals and Chi-square or Fisher's exact tests. **Results:** Overall, 70.97% of participants were satisfied. Dissatisfaction with reception was significantly associated with weekend admissions (OR=3.16 [1.25–7.79]), lack of comfort in hospital rooms (OR=2.37 [1.07–5.26]), lack of staff courtesy (OR=4.40 [1.71–11.36]), and delays in receiving initial care (OR=5.06 [1.38–18.58]). 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: Associated factors; 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, elle repose sur la capacité des services de santé à offrir des soins efficaces, sûrs, centrés sur la personne, accessibles en temps opportun, équitables, intégrés et efficaces (Quality of care, s. d.). 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, une étape primordiale qui contribue à instaurer la confiance du patient. Il se poursuit jusqu'au suivi post-thérapeutique, garantissant ainsi la continuité des soins. L'accueil et le suivi apparaissent donc comme des composantes clés de l'expérience du patient et influencent directement sa perception de la prise en charge (Cadel et al., 2022; Santana et al., 2018). 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 rapportent des niveaux variables de satisfaction selon les systèmes de santé. En France, le score national de satisfaction atteignait 73,6%. Sur le continent africain, un taux de

satisfaction de 78,30% a été rapporté au Burkina Faso, contre 41,70% en Tunisie (Chebil et al., 2022; Gloanec et al., 2021; Yameogo et al., 2017).

À Madagascar, les enquêtes menées par la Direction Générale des Fournitures de Soins (DGFS) dans les 22 Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) en 2019 ont révélé un taux d'insatisfaction de 17,00% concernant l'accueil et de 32,00% pour l'humanisation des soins (Plan de développement du secteur de la santé à Madagascar, 2020-2024 | GPC, s. d.). 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 peu étudiée au niveau des Centres Hospitaliers de Référence Régionaux (CHRR).

Le CHRR Maevatanana illustre 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). Cette faible utilisation soulève la question de la qualité de l'expérience vécue par les usagers. Cette étude repose sur l'hypothèse que les facteurs liés à la qualité de l'accueil et du suivi sont associés à la satisfaction des usagers. Elle vise à : décrire le profil social de la population étudiée, analyser 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 analytique, conduite du 2 au 30 juillet 2025 auprès de 124 participants. Aucun calcul de la taille de l'échantillon n'a été réalisé, l'étude ayant reposé sur l'inclusion exhaustive de tous les participants éligibles durant la période d'étude. Ont été inclus tous les patients hospitalisés depuis plus de 24 heures répondant aux critères d'inclusion, ainsi que leurs accompagnateurs âgés de 18 ans et plus. Dans la suite de cet article, le terme « usagers » désigne collectivement les patients et les accompagnateurs inclus dans l'étude. Les données ont été collectées par entretien direct, à l'aide d'un questionnaire préétabli inspiré du modèle de Donabedian, couvrant le profil social ainsi que les facteurs liés à l'accueil et au suivi. Le questionnaire a fait l'objet d'un prétest auprès de 5 personnes répondant aux mêmes critères que la population d'étude, mais non incluses dans l'enquête finale, afin d'évaluer la compréhension, la pertinence et la clarté des items. Les ajustements nécessaires ont été apportés à l'issue de ce prétest. La satisfaction a été mesurée à l'aide d'une échelle de Likert à cinq niveaux, puis dichotomisée pour l'analyse. Une analyse exclusivement bivariée a été réalisée sous Epi Info 7.2.7.0, avec le calcul des odds ratios (OR) et de leurs intervalles de confiance à 95%. Le test du Chi-carré a été appliqué lorsque les effectifs étaient ≥ 5 et le

test exact de Fisher dans le cas contraire, avec un seuil de significativité fixé à 0,05. Sur le plan éthique, cette étude n'a pas été soumise à un comité d'éthique institutionnel. Toutefois, l'autorisation du médecin-chef de l'établissement a été obtenue avant le début de la collecte des données. Le consentement libre et éclairé de chaque participant a également été recueilli avant sa participation à l'enquête. L'anonymat, la confidentialité, la sécurité des données et le secret professionnel ont été rigoureusement garantis.

Résultats

L'âge médian des participants était de 33 ans (extrêmes : 18-70 ans). D'après le tableau I, la tranche d'âge de 25-44 ans était la plus représentée (62,10%). Une légère prédominance féminine était également observée (54,84%), avec un sex-ratio H/F de 0,82.

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 des participants et son association avec leur satisfaction. Parmi les variables sociales étudiées, seul l'âge était significativement associé à la satisfaction. Les usagers âgés de 45 à 64 ans étaient moins susceptibles d'exprimer une insatisfaction (OR = 0,33 [0,11-0,97] ; p = 0,03).

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

Le tableau III met en évidence une association significative entre plusieurs facteurs liés à l'accueil et l'insatisfaction des usagers, notamment l'admission pendant le week-end, le manque de confort de la chambre, l'absence d'amabilité du personnel et la lenteur du premier soin. De manière inattendue, les usagers non informés sur les droits des patients présentaient des odds d'insatisfaction plus faibles que les usagers informés.

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 sur les droits des 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 le tableau IV, plusieurs facteurs liés au suivi étaient significativement associés à l'insatisfaction des usagers, notamment la mauvaise communication soignant-patient, la faible réactivité du personnel, le

manque d'information sur l'état de santé, la rupture de continuité des soins), les coûts élevés et une durée d'hospitalisation de 8 jours ou plus. L'absence de visites médicales quotidiennes était également significativement associée à l'insatisfaction ($p = 0,02$).

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 est proche de celui rapporté au Burkina Faso (78,30%) (Yameogo et al., 2017) et supérieur à celui observé en Tunisie (41,70%) (Chebil et al., 2022). Il est également comparable au score national de satisfaction de 73,6/100 rapporté en France (Gloanec et al. 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 était significativement associé à la satisfaction. Les participants âgés de 45 à 64 ans étaient moins susceptibles d'exprimer une insatisfaction que ceux des autres tranches d'âge (OR=0,33 [0,11-0,97], $p=0,03$). Cette association pourrait être

liée à des attentes différentes ou à une plus grande expérience du système de santé chez les participants plus âgés. Toutefois, ces éléments n'ayant pas été directement mesurés dans notre étude, cette interprétation demeure hypothétique et doit être considérée avec prudence. Ces résultats corroborent des études africaines. Une étude menée par Kagura et al. (2023) 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 avaient une probabilité significativement plus élevée d'être satisfaits. De même, une étude réalisée par Amporfro DA et al. (2021) au Ghana a révélé que les patients de 36 à 49 ans présentaient un niveau de satisfaction significativement plus élevé.

L'étude a montré que les patients admis le week-end étaient 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.

Le manque de confort des chambres figurait parmi les facteurs significativement associés à l'insatisfaction des usagers (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. Au CHRR de Maevatanana, les conditions d'hospitalisation pourraient présenter certains écarts par rapport aux normes nationales en vigueur. Les normes officielles prévoient des infrastructures répondant à des standards précis : 10 m² par lit, des revêtements lavables, ainsi qu'un approvisionnement continu en eau et en électricité (Ministère de la Santé Publique de Madagascar [MSANP], 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 et al. (2015) a rapporté une association presque identique (OR=2,38 [1,76-3,21], $p<0,001$) entre le confort des chambres et la satisfaction. De même, une méta-analyse de Batbaatar et al. (2017), portant sur 61 études, identifie l'environnement physique comme facteur majeur associé à la satisfaction (OR ajusté=2,15 [1,96-2,37]).

L'absence d'amabilité du personnel (OR=4,40 [1,71-11,36], $p<0,01$) et le manque de respect et de courtoisie ($p<0,01$) étaient significativement associés à l'insatisfaction des usagers. Au CHRR de Maevatanana, la qualité des relations humaines peut être mise à l'épreuve par certaines contraintes organisationnelles. Dans l'ensemble des services, hormis la chirurgie, les paramédicaux assurent des gardes de 48 heures. Cette organisation pourrait favoriser la fatigue, le stress et l'épuisement professionnel, susceptibles d'altérer la disponibilité relationnelle du personnel et la qualité des interactions avec les usagers. La surcharge de travail et la pression inhérente à certains services, notamment aux urgences, peuvent également limiter la capacité des soignants à maintenir une communication empathique, respectueuse et bienveillante. Ces résultats corroborent la recherche de Saleh et al. (2025), qui met en évidence une association importante entre l'amabilité, la communication empathique du personnel hospitalier et la satisfaction des patients (OR=4,2 [3,7-4,8]). Par ailleurs, une étude menée par Ouattara et al. (2023) au CHU de Cocody, en Côte d'Ivoire, a montré que la courtoisie du personnel soignant était significativement associée à la satisfaction des accompagnants ; ceux ayant perçu un comportement agressif du personnel étaient plus fréquemment insatisfaits ($p<0,001$).

La lenteur du premier soin était significativement associée à des odds plus élevées d'insatisfaction (OR=5,06 [1,38-18,58]). Cette relation pourrait s'expliquer par plusieurs contraintes organisationnelles au CHRR de Maevatanana. Selon les normes officielles, un CHRR devrait disposer de 22 médecins, dont 5 spécialistes, permettant d'assurer une continuité des soins tout en limitant la surcharge de travail (MSANP, 2017). Or, au CHRR Maevatanana, un médecin de garde peut être amené à assurer simultanément trois services et à superviser 18 à 30 lits, ce qui peut compromettre la rapidité et la personnalisation des soins. Par ailleurs, les difficultés financières de certains patients pourraient constituer un obstacle supplémentaire à la rapidité de la prise en charge. La majorité des usagers prenant directement en charge le coût de leurs soins, les contraintes liées au paiement peuvent entraîner des délais supplémentaires avant la réalisation de certains actes ou examens.

Ce résultat est concordant avec ceux rapportés par Dembele et al. (2023) au Mali, 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.

Par ailleurs, l'association observée entre l'information sur les droits des patients et l'insatisfaction était contre-intuitive. Les usagers non informés présentaient des odds d'insatisfaction plus faibles que les usagers informés (OR = 0,29 [0,10–0,80] ; $p = 0,01$). Ce résultat ne signifie toutefois pas que l'absence d'information améliore la satisfaction. Il pourrait notamment s'expliquer par des facteurs de confusion non contrôlés, par la faible taille du

groupe des usagers informés ($n = 19$), par une compréhension variable de la question ou par le fait que l'information ait été davantage fournie dans certaines situations de soins complexes. Ces hypothèses n'ayant pas été directement étudiées, cette association doit être interprétée avec prudence et confirmée par des études complémentaires.

Concernant les facteurs liés à la qualité du suivi, la mauvaise communication soignant-patient était significativement associée à des odds plus élevées d'insatisfaction ($OR=6,38$ [$2,00-20,37$], $p<0,01$). Cette relation pourrait être influencée par plusieurs facteurs organisationnels et sociodémographiques propres au centre. La communication soignant-patient constitue un élément central des soins centrés sur la personne, en favorisant des échanges clairs, ouverts et participatifs. Au CHRR de Maevatanana, certaines difficultés de communication interpersonnelle pourraient entraîner des échanges incomplets ou insuffisamment adaptés aux besoins des usagers. De plus, le faible niveau d'instruction observé chez 65,32% des participants pourrait limiter la compréhension des informations reçues et rendre plus difficile l'expression de leurs besoins, renforçant ainsi les difficultés de communication. Par ailleurs, Çakmak et Uğurluoğlu (2024) ont mis en évidence, auprès de patients atteints de cancer en Turquie, une relation positive entre la communication centrée sur le patient et la satisfaction ($p<0,001$).

La faible réactivité du personnel était le facteur le plus fortement lié à 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 peut notamment retarder la réponse aux sollicitations des patients. Confronté à une charge de travail importante et à des ressources limitées, le personnel peut rencontrer des difficultés à répondre rapidement aux besoins des usagers, ce qui peut accroître le stress et la fatigue professionnelle. Ces résultats soulignent l'importance de la « réactivité », l'une des cinq dimensions fondamentales du modèle SERVQUAL évaluant la qualité des services (Parasuraman et al., 1988).

Ils rejoignent les observations de Tessougué S. au Mali, qui a rapporté une association significative entre la rapidité de réponse et la satisfaction globale des accompagnants au CHU du Point-G ($p<0,001$). De même, Hussain 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.

Le manque d'information sur l'état de santé était fortement associé à l'insatisfaction ($OR=6,83$ [$1,66-28,20$], $p<0,01$). Ce résultat s'inscrit dans l'approche des soins centrés sur la personne promue par l'OMS, dans laquelle l'information du patient occupe une place essentielle. Au CHRR Maevatanana, les difficultés de compréhension des termes médicaux pourraient contribuer à créer un décalage entre les informations délivrées par les soignants et leur

compréhension par les usagers, notamment chez ceux ayant un faible niveau d'instruction. Une information insuffisamment claire ou adaptée peut également limiter les échanges et réduire la participation du patient aux décisions concernant sa prise en charge. Ces difficultés peuvent ainsi affecter la confiance, la relation thérapeutique et l'adhésion aux soins. Ce résultat est concordant avec celui de Çakmak et Uğurluoğlu (2024), qui ont mis en évidence une relation positive entre la communication centrée sur le patient, notamment la transmission d'informations médicales, et la satisfaction ($p < 0,001$).

Une durée d'hospitalisation de 8 jours et plus était 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 amplifiés 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 rejoint celui rapporté par Diwan et al. (2020) aux États-Unis, selon lequel une durée de séjour prolongée était liée à une moindre satisfaction des patients et à une plus faible probabilité de recommander l'hôpital. De même, Begum et al. (2022) ont montré qu'une durée d'hospitalisation inférieure à 7 jours était associée à une meilleure satisfaction ($OR = 1,58$ [$1,05-2,37$] ; $p < 0,05$).

Le coût perçu comme élevé ($OR = 2,74$ [$1,16-6,49$]) et la rupture de la continuité des soins ($OR=3,00$ [$1,12-8,01$]) étaient également significativement associés à l'insatisfaction des usagers. Le paiement direct des soins peut représenter une charge financière importante, à laquelle s'ajoutent, pour certains patients, les frais de transport depuis des zones rurales éloignées. En cas de difficultés financières, certains usagers peuvent retarder leur recours aux soins, interrompre leur prise en charge ou renoncer à certains traitements. D'autres facteurs, tels que les croyances culturelles et le recours aux traitements traditionnels, peuvent également contribuer à des ruptures dans le parcours de soins hospitalier.

Ces résultats sont concordants avec ceux rapportés par Nguyen et al. (2021) au Vietnam et Begum et al. (2022) au Bangladesh, qui a mis en évidence une association significative entre des coûts de soins élevés et l'insatisfaction des patients dans des contextes à ressources limitées ($p < 0,05$).

Limites

Cette étude présente certaines limites méthodologiques.

Tout d'abord, son caractère transversal ne permet pas d'établir de relation causale entre les facteurs étudiés et la satisfaction des usagers. De plus, l'étude a été réalisée dans un seul centre hospitalier et sur une période relativement courte, ce qui limite la généralisation des résultats à d'autres établissements et à d'autres périodes de l'année.

Malgré l'inclusion exhaustive des participants éligibles, l'effectif relativement limité de 124 participants a entraîné de faibles effectifs pour certaines modalités et des intervalles de confiance parfois larges, réduisant la précision de certaines estimations. En outre, l'inclusion simultanée de patients et d'accompagnateurs pourrait également introduire une certaine hétérogénéité, leurs attentes et leur perception de la qualité des soins pouvant différer.

Par ailleurs, l'analyse étant essentiellement bivariée, l'absence d'analyse multivariée n'a pas permis de contrôler les facteurs de confusion potentiels ni d'identifier les facteurs indépendamment associés à l'insatisfaction. La satisfaction ayant été recueillie par entretien direct, un biais de désirabilité sociale ou de déclaration ne peut être exclu. La dichotomisation de l'échelle de Likert a pu entraîner une perte d'information sur les différents niveaux de satisfaction.

Conclusion

Cette étude a permis d'analyser les facteurs associés à la satisfaction des usagers en lien avec la qualité de l'accueil et du suivi au CHRR de Maevatanana. Les résultats mettent en évidence plusieurs facteurs significativement liés à la satisfaction des usagers, soutenant ainsi l'hypothèse formulée au départ. Avec un taux de satisfaction globale de 70,97%, plusieurs points forts peuvent être soulignés, notamment l'absence de discrimination et la bonne compréhension des échanges linguistiques.

Les principaux facteurs modifiables associés à l'insatisfaction mis en évidence sont la réactivité du personnel, la qualité de la communication soignant-patient, l'information délivrée sur l'état de santé, la rapidité du premier soin, l'amabilité et le respect du personnel, la continuité des soins, le coût de l'hospitalisation, ainsi que le confort des chambres.

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 ; ainsi que le renforcement de la transparence financière. Ces interventions, adaptées au contexte local, pourraient contribuer à améliorer la qualité perçue des soins et à renforcer la confiance des usagers envers le système de santé, notamment dans les contextes 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 : L'étude n'a débuté qu'après l'obtention de l'autorisation du Médecin Chef d'Établissement. Le codage des fiches d'enquête a permis de garantir l'anonymat des participants. Les données recueillies ont été utilisées exclusivement dans le cadre de cette étude. Elles n'ont fait l'objet d'aucune divulgation, afin de garantir la confidentialité et le respect du secret professionnel.

References:

1. Amporfro, D. A., Boah, M., Yingqi, S., Cheteu Wabo, T. M., Zhao, M., Ngo Nkondjock, V. R., & Wu, Q. (2021). Patients satisfaction with healthcare delivery in Ghana. *BMC Health Services Research*, 21(1), 722. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06717-5>
2. Batbaatar, E., Dorjdagva, J., Luvsannyam, A., Savino, M. M., & Amenta, P. (2017). Determinants of patient satisfaction : A systematic review. *Perspectives in Public Health*, 137(2), 89-101. <https://doi.org/10.1177/1757913916634136>
3. Begum, F., Said, J., Hossain, S. Z., & Ali, M. A. (2022). Patient satisfaction level and its determinants after admission in public and private tertiary care hospitals in Bangladesh. *Frontiers in Health Services*, 2. <https://doi.org/10.3389/frhs.2022.952221>
4. Buchanan, J., Dawkins, P., & Lindo, J. L. M. (2015). Satisfaction with nursing care in the emergency department of an urban hospital in the developing world : A pilot study. *International Emergency Nursing*, 23(3), 218-224. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2015.01.001>
5. Cadel, Marcinow, M., Singh, H., & Kuluski, K. (2022). L'utilisation des données sur l'expérience des patients pour l'amélioration de la qualité dans les hôpitaux : Une revue exploratoire. *Patient Experience Journal*, 9(1), 174-188. <https://doi.org/10.35680/2372-0247.1656>
6. Çakmak, C., & Uğurluoğlu, Ö. (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 : A Cross-Sectional Study in Türkiye. *Cancer Control: Journal of the Moffitt Cancer Center*, 31, 10732748241236327. <https://doi.org/10.1177/10732748241236327>

7. Chebil, D., Belhadj, M., Aidi, M., Hannachi, H., Barhoumi, T., & Merzougui, L. (2022). Perception des patients vis-à-vis de la qualité des soins à l'hôpital universitaire Ibn Al Jazzar de Kairouan, Tunisie. *La Tunisie Médicale*, 100(8-9), 618-625.
8. Dembele, G. M., Diarra, B., Dembele, T., Diawara, K. A., Coulibaly, M. B., & Iknane, A. A. (2023). Évaluation de la Satisfaction des Usagers du Service des Urgences de l'Hôpital Mère-Enfant le Luxembourg de Bamako au Mali, en 2019. *European Scientific Journal, ESJ*, 19, 104-104.
9. Diwan, W., Nakonezny, P. A., & Wells, J. (2020). The Effect of Length of Hospital Stay and Patient Factors on Patient Satisfaction in an Academic Hospital. *Orthopedics*, 43(6), 373-379. <https://doi.org/10.3928/01477447-20200910-02>
10. Gloanec, M., Sitruk, A., & Morin, S. (2021). Mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients : Résultats nationaux 2021 concernant les patients hospitalisés en soins de suite et de réadaptation. Haute Autorité de santé.
11. Hussain, A., Sial, M. S., Usman, S. M., Hwang, J., Jiang, Y., & Shafiq, A. (2019). What Factors Affect Patient Satisfaction in Public Sector Hospitals: Evidence from an Emerging Economy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(6), 994. <https://doi.org/10.3390/ijerph16060994>
12. Kagura, J., Khamisa, N., Matsena Zingoni, Z., Dulaze, N., Awuku-Larbi, Y., & Tshuma, N. (2023). Patient satisfaction with chronic disease care and its associated factors in primary health care facilities in Johannesburg, South Africa. *Frontiers in Health Services*, 3, 967199. <https://doi.org/10.3389/frhs.2023.967199>
13. Manzoor, F., Wei, L., Hussain, A., Asif, M., & Shah, S. I. A. (2019). Patient Satisfaction with Health Care Services; An Application of Physician's Behavior as a Moderator. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(18), 3318. <https://doi.org/10.3390/ijerph16183318>
14. Ministère de la Santé Publique de Madagascar. (2017). Normes et standards des Centres Hospitaliers de Référence Régionale à Madagascar.
15. Nguyen, N. X., Tran, K., & Nguyen, T. A. (2021). Impact of Service Quality on In-Patients' Satisfaction, Perceived Value, and Customer Loyalty: A Mixed-Methods Study from a Developing Country. *Patient Preference and Adherence*, 15, 2523-2538. <https://doi.org/10.2147/PPA.S333586>
16. Ouattara, A., Coulibaly, K. T., Konan, J., Bédié, Y. V., Kakou, K. M., N'Dah, E. S., Ouakouboue, A. J., Nyango, B. A. S., & Gnazebo, A. D.

- (2024). Évaluation de la satisfaction des accompagnants des patients hospitalisés dans le service de réanimation du CHU de Cocody. *Revue Africaine d'Anesthésiologie et de Médecine d'Urgence*, 28(3), 72–78.
17. Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12–40.
18. *Plan de développement du secteur de la santé à Madagascar, 2020-2024 | GPC.* (s. d.). Consulté 20 août 2026, à l'adresse <https://hivpreventioncoalition.unaids.org/fr/resources/madagascar-health-sector-development-plan-2020-2024>
19. *Quality of care.* (s. d.). Consulté 20 août 2026, à l'adresse <https://www.who.int/health-topics/quality-of-care>
20. Saleh, F., Wah, N. C., Ahmed, E., Zaka, F. R., & Hanif, H. M. (2025). How Human Resource Practices Affect Patient Satisfaction Through Paramedical Staff Behavior: A Study on Public and Private Sector Hospitals in Punjab, Pakistan. *Journal of Asian Development Studies*, 14(1), 1334-1350. <https://doi.org/10.62345/jads.2025.14.1.106>
21. Santana, M. J., Manalili, K., Jolley, R. J., Zelinsky, S., Quan, H., & Lu, M. (2018). How to practice person-centred care: A conceptual framework. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 21(2), 429-440. <https://doi.org/10.1111/hex.12640>
22. Souaka, N., Tigalekou Ognaligui, C., Zang Ndong, A., Madjynou Binza, A., Mangombi Mouleka, B., Mickala, D. P., & Nze Bibang, A. D. (2025). Qualité de l'accueil des patients dans deux établissements hospitaliers au Gabon: Une étude descriptive observationnelle. *Recherche et Avancées en Sciences Infirmières*, (1). <https://doi.org/10.25965/reasci.204>
23. Téssougué, S. (2019). Évaluation de la satisfaction des accompagnants des patients admis en réanimation polyvalente du CHU du Point-G [Thèse de doctorat en médecine, Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako]. Bibliothèque Santé.
24. Yameogo, A. R., Millogo, G. R. C., Palm, A. F., Bamouni, J., Mandi, G. D., Kologo, J. K., Samadoulougou, A. K., & Zabsonre, P. (2017). Évaluation de la satisfaction des patients dans le service de cardiologie du CHU Yalgado Ouedraogo. *PAMJ Clinical Medicine*, 28(267). <https://doi.org/10.11604/pamj.2017.28.267.13288>