



4th Biennial Scientific Conference  
of the African Health Economics & Policy Association  
(AfHEA)

The Sustainable Development Goals (SDGs), the Grand  
Convergence and Health in Africa

Morocco, Rabat, Sofitel Hotel. September 26-29, 2016



## Analyse exploratoire des facteurs de satisfaction des usagers des établissements de santé du Sénégal

Aboubakry Gollock, Ph.D.

[abgollock@yahoo.fr](mailto:abgollock@yahoo.fr)

[aboubakry.gollock@umontreal.ca](mailto:aboubakry.gollock@umontreal.ca)



FASEG-UCAD



## Plan

- Introduction
- Méthodes
- Résultats
- Conclusion

## Introduction

Afrique de l'Ouest

- une des régions du monde qui affiche les plus faibles indicateurs du développement et de santé. des systèmes de santé nationaux sont dysfonctionnels.
- 14 de ses 15 pays membres ont un ratio de mortalité maternelle d'au moins 300 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (OMS (2012))
- Le taux élevé de mortalité maternelle et infantile est dû au faible recours des femmes aux établissements de santé durant la grossesse, pendant l'accouchement et après la naissance de leur bébé (Fournier et al; 2009; Gage et al; 2007, Witter et al., 2010).
- La réticence à utiliser ces services serait fortement liée à la faible qualité des soins pré et postnataux. Cette dernière serait une des principales causes de l'insatisfaction des usagers dans les structures de santé.

## Introduction

**Politique d'ajustement structurel puis initiative de Bamako:** entre autres à faire participer les patients au financement (paiements directs aux points service) et à la gestion des établissements de santé, a eu pour conséquence de restreindre le recours des populations pauvres et vulnérables aux soins de santé moderne (Ridde et Girard, 2004, Ridde, 2004, Ridde, 2003).

Développement d'une médecine à double vitesse, la défiance des populations envers les structures et le personnel de santé et l'augmentation des inégalités dans l'accès aux soins.

**Démocratisation, des pressions** de plus en plus fortes des populations et des organisations de la société civile pour l'accès à des soins de qualité, les États ont mis en place des politiques d'exemption totale ou partielle aux paiements de soins de santé.

L'objectif était de baisser les barrières financières à l'accès et trouver des solutions aux dysfonctionnements en vue de favoriser l'utilisation des services de santé par les populations les plus vulnérables.



Queuille, L, Ridde, V. et Glez, D. (2014)

## Introduction

### Politique d'exemption universelle et catégorielle de paiement des soins

Ces initiatives malheureusement accompagnées par une augmentation sensible de l'offre de services de santé (recrutement de personnel de santé suffisant, construction de nouvelles infrastructures).

Engorgement dans les établissements de santé, le développement de paiements informels et de multiples pratiques corrupives.

Impact négatif sur les relations entre les usagers de services de santé et les professionnels de santé et subséquemment sur la satisfaction par rapport aux services reçus (Lagarde et Palmer, 2008).



## Introduction

De même, la revue de la littérature sur l'adhésion et la fidélisation dans les mutuelles de santé montre que leur pérennité financière et organisationnelle est fortement reliées à la qualité des prestations offertes aux membres autant dans le mutuelles de santé que dans les structures de santé avec qui celles-ci ont signé des conventions (Waelkens et Criel, 2004).



Queuille, L., Ridde, V. et Glez, D. (2014)



Queuille, L., Ridde, V. et Glez, D. (2014)

## Introduction

En définitive:

La satisfaction des usagers serait un préalable à la mobilisation des financements pour le système de santé et un accélérateur du processus pour l'atteinte de CSU au Sénégal.

Elle favoriserait l'adhésion aux traitements et améliorer des indicateurs de santé. En effet, selon Weinerman (1964), plus le patient est satisfait des services et soins de santé, plus il a tendance à suivre les conseils et instructions du médecin soignant.

## Objectifs de la recherche

Explorer ses principales dimensions en répondant à la question suivante: quels sont les principaux facteurs qui influencent la satisfaction des usagers dans les établissements de santé du Sénégal?

# Méthodologie

## Analyse factorielle (AF)

### Justification du choix méthodologique

L'AF appropriée pour une analyse exploratoire de la satisfaction des usagers dans le contexte de l'étude.

Nous cherchons à réduire un nombre important d'informations sur la satisfaction des usagers des ES à quelques grandes dimensions (Durand, 2003)

L'AFE est appropriée pour à certains types de questions auxquelles nous voulons apporter des réponses: combien de facteurs sont nécessaires pour donner une représentation juste et parcimonieuse des données collectées sur la satisfaction lors de cette enquête? Quelle est la nature de ces facteurs, comment peut-on les interpréter? (Tabachnik et Fidell, 1989).

De même, cette méthode nous permet de savoir si la structure factorielle du concept est la même si on prend les établissements de santé dans leur totalité et si on fait la même analyse en ne prenant en compte que certaines catégories (établissement de santé publiques versus ES privés, hôpitaux versus centres et cases de santé).

En fin, parmi les objectifs de l'AFE énumérés par Thompson (2004), il y a le développement de construits ou de concepts, la validité d'échelles ou d'outils de mesures (par exemple questionnaires) la réduction du nombre d'observables par facteurs (s) en vue de refléter l'essence d'un construit.

Le dernier objectif (loi de parcimonie) nous semble particulièrement adapté pour notre étude dans la mesure où nous ne visons qu'à expliquer une partie de la réalité globale et complexe.

# Méthodologie

## Population, échantillon et éthique

**Base de données:** enquête nationale réalisée en 2015 par une équipe de recherche de la Faculté des Sciences Économiques et de Gestion (FASEG) de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar (Sénégal) dans le cadre d'un projet de recherche plus large portant sur le financement, équité et gouvernance du système de santé sénégalais.

**Le volet satisfaction:** porte sur un échantillon aléatoire et représentatif des établissements de santé publics et privés (hôpitaux, centre de santé et case de santé) des 69 districts sanitaires et des 44 départements que compte le Sénégal.

**Échantillon:** aléatoire est composé de 2122 usagers des services de santé dont 1177 hospitalisés et 945 consultations externes. Les usagers de toutes les tranches d'âge ont été interrogés par les enquêteurs à la sortie des établissements de santé.

**Questionnaires:** administrés aux usagers des structures de santé : les patients (hospitalisés ou en consultation externe). Dans les cas où l'utilisateur ne pouvait pas répondre aux questions (enfants, personnes âgées etc.), ce sont les accompagnants qui ont été interrogés.

**Formation des enquêteurs :** Les enquêteurs avaient au préalable reçu une formation pour l'enquête.

**Tests: Pré-tests** ont été réalisés avant le déploiement de l'enquête à l'échelle nationale.

**Éthique :** L'étude a obtenu l'approbation du comité national d'éthique du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) du Sénégal. Un consentement éclairé a été obtenu auprès des usagers après explication du but de l'étude. La signature d'un formulaire de consentement a été demandée aux répondants avant le début de chaque collecte.

## Méthodologie

### Mesures et variables

Définition de Pascoe (1983) de la satisfaction du patient: la satisfaction du patient serait définie comme étant sa réaction à son expérience personnelle dans les services. La satisfaction est appréhendée comme une évaluation cognitive (notion de connaissance) et une réaction émotionnelle (domaine affectif) aux structures, procédures et résultats des services de santé.

C'est une représentation qui est fonction des expériences passées du patient, des valeurs collectives et de l'image personnelle de la santé que se fait le patient, de ses caractéristiques socio-économiques, etc.

C'est un phénomène cognitif et psychologique complexe. C'est pourquoi, certains considèrent que mesurer la satisfaction globale est peu informatif, car cela reflète mal la satisfaction réelle avec les différents aspects des soins (Ampélas, 2004).

## Méthodologie

Les principales dimensions de la satisfaction renseignées dans le questionnaire : le contact avec le personnel de santé, la perception de la qualité des relations avec les autres patients, la qualité des infrastructures, l'accessibilité de l'établissement, temps d'attente, paiements informels, la raison de la visite, le respect de l'intimité, l'écoute et l'information et permissions etc. Il faut noter que certaines questions ne concernaient que les patients admis en hospitalisation (mode d'hospitalisation, préparation de sortie, repas, etc.).

Les caractéristiques socio-économiques des usagers: Revenu, âge, niveau d'éducation, région, département de résidence)

Hormis les questions portant sur les aspects socio-économiques et sanitaires des usagers, les répondants pouvaient donner leurs avis sur les services en les qualifiant d'excellent, très bon, bon, mauvais et très mauvais. Pour certaines des autres questions, ils pouvaient juste répondre par l'affirmative ou la négative.

## Méthodologie

### Processus

Pour réaliser l'analyse factorielle, nous avons procédé en trois étapes (Corbiere, 2014, Durand, 2003).

**Dans un premier temps**, nous avons vérifié si les conditions d'utilisation d'AFE étaient respectées.

Pour ce faire, nous avons fait un tri à plat de l'ensemble des variables de la base de données pour sortir les statistiques descriptives. Ce qui nous a permis d'analyser les tableaux des fréquences, de déceler les données manquantes ou aberrantes (outliers) (Tabachnick et Fidell, 2007).

Nous avons aussi vérifié si les conditions relatives à la taille de l'échantillon et la nature des variables étaient respectées. En ce qui concerne la taille de l'échantillon requise, les critères de Thompson (2004) (ratio observables/individus de 1 pour 10), de Norusis et SPSS Inc (2005), Tabaschnick et Fidell (2001) (échantillon supérieur à 300 individus) et Beavers et al. (2013) (échantillon d'au moins 150 sujets pré-requis des analyses factorielles initiales) sont tous respectés pour notre échantillon principal (N= 1222) mais aussi pour ceux de nos sous échantillons (filtrage en fonction type structure ou type d'usagers).

## Méthodologie

**Dans un deuxième temps**, lors de l'utilisation et l'interprétation des AFE, nous avons retenu le *Bartlett's Test of Sphericity* (Test de Barlett) et le *Kaiser-Meyer-Olkin of Sampling Adequacy* (Mesure KMO) (Thompson, 2004).

Pour la détermination du nombre de facteurs à extraire des AFE initiales, nous avons considéré les valeurs propres des facteurs, le test d'Eboulis (*scree plot*), la variance cumulée pour l'ensemble des facteurs (Cattell, 1966, Guttman 1954, Thompson, 2004).

Pour les AFE proprement dites, nous avons utilisé une rotation oblique des axes (c'est à dire un corrélation entre les facteurs attendue). Une valeur égale ou supérieure à 0,30 pour les indices de saturation a été retenue comme seuil critique de saturation.

## Méthodologie

**Dans un troisième temps**, en fonction de différents critères (tests d'éboullis, variance cumulée, valeurs propres des facteurs), nous avons fixé le nombre de facteurs à extraire et réalisé une nouvelle analyse factorielle.

### Traitement des données

Les résultats présentés pour les analyses des statistiques descriptives ont été obtenus à partir du tri à plat fait sur de l'ensemble des variables de la base de données avec le logiciel Stata 11. Le logiciel SPSS 23 a été utilisé pour faire les analyses factorielles exploratoires.

## Résultats

### Statistiques descriptives

L'échantillon est constitué de 2122 usagers.

Il est composé majoritairement de femmes 1341 (63,20%); les 781 hommes ne constituant que (36,80%).

Les usagers des hôpitaux représentent 1038 (48,92%) et les 1084 (51,18%) autres sont ceux des centres et postes de santé qui sont des établissements de santé de niveau inférieur dans la pyramide sanitaire du Sénégal. Les hospitalisations représentent 1177 (55,47%) et les consultations externes 945 (44,53%).

La répartition des usagers selon les différents types de structures montre que 90,29 % (n= 1916) d'entre eux ont été reçus dans les établissements publics de santé et les 9,71% (n= 206) dans les structures privées.

Ceux qui n'ont eu aucune scolarisation (école française) sont au nombre de 1219 soit 57,47%. Les scolarisés représentent 42,53 des usagers répartis comme suit: 21,11 % pour le niveau primaire, 16,49% au secondaire et seulement environ 5% au niveau supérieur. Néanmoins, il faut souligner que si on prend en compte l'alphabétisation en arabe et dans les langues nationales, le taux des non alphabétisés est ramené à 46,56%.

## Résultats

### Analyses factorielles

La mesure de KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) est un indice d'adéquation de la solution factorielle. Il indique jusqu'à quel point l'ensemble des variables retenues est un ensemble cohérent et permet de constituer une mesure adéquate du concept analysé (ici la satisfaction). Les résultats de la sortie du tableau 1 ci-dessous indique que la valeur du KMO est significative puisque son indice est de 0,927 supérieur à 0,90. A ce niveau, ce coefficient peut être qualifié d'excellent selon Kaiser (1974).

Le test de Bartlett (vérification de l'hypothèse nulle selon laquelle toutes les corrélations seraient égales à zéro (sensible au grand nombre de cas) est lui aussi significatif pour une valeur de p inférieure à 0,0001.

Ces deux résultats signifient que nos données se prêtent bien à l'AFE

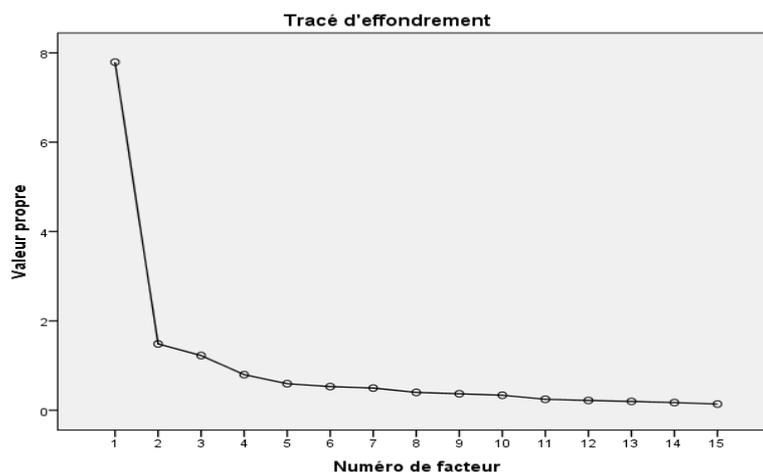
## Résultats

Tableau : Indice KMO et test de Bartlett

Indice KMO et test de Bartlett		
Indice de Kaiser-Meyer-Olkin pour la mesure de la qualité d'échantillonnage.		,927
Test de sphéricité de Bartlett	Khi-deux approx.	22627,563
	ddl	105
	Signification	0,000

## Résultats

Les résultats du test d'éboulis (scree plot) montrent qu'une cassure est présente après le quatrième facteur, et que les autres facteurs suivent sur une ligne relativement horizontale (Graphique 1). Cependant, Hair et al. (2006) suggèrent que le nombre de facteurs à retenir devrait se situer en amont de la cassure qui se dessine sur le test d'éboulis. Dans cette perspective, la solution à trois facteurs nous semble appropriée



## Résultats

En définitive, c'est la solution factorielle à trois facteurs qui a été retenue. Le tableau ci dessous présente les solutions factorielles trouvées dans l'AFE principale initiale. Aussi bien l'AFE initiale que l'AFE après extraction de trois de facteurs montre un regroupement des 15 items en 3 grandes dimensions de la satisfaction.

Le premier facteur regroupe les items reliés à la perception des usagers par rapports aux comportements des médecins à leurs égards (écoute, réactivité, confidentialité, disponibilité, qualité des soins). Le deuxième facteur représente les items reliés à l'aménagement des locaux et à leur entretien. Le troisième facteur représente l'accueil de l'ensemble du personnel de santé (échange d'informations, écoute, attention, intérêt témoigné).

## Conclusion

- Les résultats de l'AFE réalisée suggèrent une solution comprenant trois facteurs inter corrélés: dimensions relatives aux comportements des médecins à l'égard des usagers, la perception par rapport à l'aménagement des locaux et à leur entretien et l'accueil de l'ensemble du personnel de santé. Au vue de ces résultats, la prise en charge de ces aspects nous semble importante pour améliorer la qualité des soins et la satisfaction des usagers.
- Nous avons été surpris par l'absence des paiements notamment informels au point de services de santé et le temps d'attente dans les solutions factorielles. Ce qui semble paradoxal compte tenu du consensus scientifique relativement fort de l'impact négatif de ces deux variables sur la satisfaction des usagers dans les établissements de santé. Des recherches supplémentaires sur les données de l'enquête sont nécessaires pour affiner les analyses et, le cas échéant, expliquer les raisons de cette situation.



**Merci de votre attention**

