

Perception communautaire et satisfaction des usagers d'un Poste de Santé Avancé en contexte humanitaire à Ouargaye, Burkina Faso, 2026

Morou NIKIEMA*¹, Lendé TOUGRI²,
Simon SANOU³, Virginie OUEDRAOGO⁴,
Boureima WEMINGA¹, Roland NOUKTARA⁵,
Ali SOURABIE¹

Résumé

Introduction

Dans les zones à contexte sécuritaire précaire, avec fermeture de formations sanitaires, les postes de santé avancés (PSA) constituent une alternative d'offre de soins. Notre étude vise à décrire la perception et à mesurer le niveau de satisfaction des usagers du PSA de Lerghin dans la commune de Ouargaye.

Méthode

Il s'est agi d'une étude transversale menée d'octobre 2025 à février 2026 auprès des personnes âgées d'au moins 15 ans. Le PSA est une structure de santé temporaire faite de tentes médicalisées. Une enquête communautaire a été réalisée grâce à un formulaire électronique Kobocollect. Le niveau de satisfaction a été mesuré grâce à une échelle de Likert à 5 modalités. L'analyse des données a été faite grâce au logiciel R.

Résultats

Au total, 778 personnes ont été enquêtées. Parmi elles, 70,2 % avaient déjà fréquenté le PSA. La majorité des répondants considéraient le PSA comme accessible (96,8 %) et estimaient qu'il contribuait au renforcement de la cohésion entre personnes déplacées internes et populations hôtes (92,3 %). La satisfaction globale des usagers était de 97,64 %. Les scores de satisfaction étaient supérieurs à 97 % pour la plupart des dimensions évaluées, notamment l'accueil, le respect, l'empathie, la confidentialité, la qualité perçue des soins et la disponibilité du personnel. Les scores les plus faibles concernaient la disponibilité des médicaments (86,22 %) et l'accessibilité financière (89,57 %).

Conclusion

¹ District sanitaire de Ouargaye, Ouargaye, Burkina Faso

² Direction régionale de la santé du Nakambé, Tenkodogo, Burkina Faso

³ Cabinet du ministre de la Santé, Ouagadougou, Burkina Faso

⁴ Project lead, Ouagadougou, Burkina Faso

⁵ Direction Générale de l'Offre des Soins, Ouagadougou, Burkina Faso

*Auteur correspondant : Morou NIKIEMA, nikiemamorou@yahoo.fr
<https://orcid.org/0000-0002-2149-3364>

Les usagers sont très satisfaits de l'offre de soins au PSA de Lerghin. Un renforcement de la disponibilité des médicaments et une amélioration de l'accessibilité financière est indispensable.

Mots clés : accès, soins, humanitaire, satisfaction

Community perceptions and user satisfaction with an Advanced Health Post in a humanitarian context in Ouargaye, Burkina Faso, 2026

Abstract

Introduction

In areas facing security challenges, where health facilities have been closed, the establishment of advanced health posts (AHPs) provides an alternative means of delivering care. Our study aims to describe the perceptions of and measure the satisfaction levels among users of the Lerghin AHP in the municipality of Ouargaye.

Method

This was a cross-sectional study conducted from October 2025 to February 2026 among individuals aged 15 and older. The AHP is a temporary health facility consisting of medical tents. A community survey was conducted using a Kobocollect electronic form. The level of satisfaction was measured using a 5-point Likert scale. Data analysis was performed using the R software package.

Results

A total of 778 people were surveyed. Of these, 70.2% had previously visited the AHP. The majority of respondents considered the AHP to be accessible (96.8%) and believed that it helped strengthen cohesion between internally displaced people and host communities (92.3%). Overall user satisfaction was 97.64%. Satisfaction scores exceeded 97% for most of the dimensions assessed, including welcome, respect, empathy, confidentiality, perceived quality of care, and staff availability. The lowest scores were for the availability of medications (86.22%) and affordability (89.57%).

Conclusion

Users are very satisfied with the healthcare services provided at the Lerghin's Advanced Health Post. It is essential to increase the availability of medications and improve affordability.

Keywords: access, healthcare, humanitarian, satisfaction

Introduction

L'accès équitable à des soins de santé de qualité reste un défi majeur des gouvernants et des organisations intervenant dans le domaine de la santé (1). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), en 2017, la moitié de la population mondiale n'avait pas accès aux services de santé essentiels (2). La situation reste plus alarmante dans les pays en voie de développement. Plusieurs déterminants de l'accès aux soins de

santé peuvent être énumérés : insuffisance d'infrastructures sanitaires, l'insuffisances en ressources humaines qualifiées, l'insuffisances en équipement, une mauvaise organisation du système de santé mais surtout la barrière financière d'accès aux soins (3,4). Cette situation est aggravée par les crises sanitaires, sécuritaires et humanitaires (5).

Le Burkina Faso fait face à une crise sécuritaire et humanitaire depuis 2015 touchant plusieurs districts sanitaires (6). Cette situation a occasionné un déplacement de population et une réduction partielle ou totale de l'offre des soins dans plusieurs formations sanitaires (6,7).

Le district sanitaire de Ouargaye dans la région du Nakambé fait partie des districts à défi sécuritaire avec plus de la moitié des formations sanitaires fermées et une partie de sa population déplacée en 2025 (8). Les populations déguerpies se sont réinstallées dans des sites spontanés ou hébergées par des familles hôtes, avec un accès limité aux soins de santé de base.

Dans ce contexte, afin de faciliter l'offre des soins, le district a mis en place des postes de santé avancé (PSA) dans les zones d'accueil des personnes déplacées internes. Le PSA de Lerghin, a été mis en place avec l'accompagnement de l'OMS et de Jhpiego dans le cadre du projet « Réponse d'urgence en santé intégrée des personnes déplacées internes et personnes hôtes (RUSI-PDI-PH) ».

Le PSA est une structure de première ligne assurant des prestations essentielles telles que les soins curatifs de base, la santé maternelle et infantile, la vaccination, la promotion de la santé et la prévention des maladies. La performance et l'efficacité de ce type de structure ne dépendent pas uniquement des ressources matérielles et humaines disponibles, mais également de la perception qu'ont les bénéficiaires et de leur niveau de satisfaction vis-à-vis des services offerts. La littérature sur la satisfaction des usagers des structures de santé en contexte humanitaire demeure limitée. Bien que des études menées par Islam et al. au Bangladesh ainsi que par Salim et al. et Bockey et al. auprès de populations déplacées aient rapporté une satisfaction globalement élevée (9–11), les données relatives aux structures temporaires de soins en Afrique de l'Ouest restent peu documentées. Dans le contexte burkinabé, quelques travaux scientifiques ont évalué l'offre de soins offerts dans les PSA (6). Cependant, la satisfaction des bénéficiaires y est abordée de manière accessoire et limitée à quelques dimensions. Aussi, le volet perception des populations et l'identification des déterminants de la satisfaction n'ont pas été décrits. Notre étude comble

ce gap à travers une évaluation multidimensionnelle plus élargie de la satisfaction, une description de la perception et une identification des facteurs associés à la satisfaction des populations vis-à-vis d'un PSA.

I. Matériels et Méthodes

1. Cadre de l'étude

Notre étude s'est déroulée au district sanitaire de Ouargaye, dans les villages de Naboudin, Tissoanghin, Tampané I, II et Lerghin, tous de la commune de Ouargaye. L'accès aux soins dans ces villages étaient assurés par le Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) de Lerghin qui a fermé ses portes en 2022 à la suite d'une attaque terroriste. Avec l'accompagnement des partenaires, un PSA a été mis en place en 2025 dans un des villages jugés plus ou moins stable.

Le PSA compte trois tentes médicalisées fournies par l'OMS, des blocs de toilettes pour hommes et femmes et une fosse à incinérer pour la destruction des déchets. L'infrastructure est délimitée par du grillage. La prise en charge, entièrement gratuite pour tous (pour une période de 5 mois), a débuté le 15 octobre 2025. Cette prise en charge est assurée par 4 agents de santé dont un infirmier affecté par l'administration publique appuyée par une sage-femme, une technicienne d'hygiène hospitalière et une animatrice recrutée par le projet (RUSI-PDI-PH). Le PSA est ouvert 7/7, de 7h à 17 heures. Les médicaments du PSA sont fournis par le projet.

2. Type et période d'étude

Il s'est agi d'une étude transversale descriptive et analytique couvrant les périodes du 15 octobre 2025 au 28 février 2026.

3. Population d'étude

Les populations hôtes et les personnes déplacées internes (PDI) de plus de 15 ans, des villages concernés ont constitué notre population d'études.

4. Critères d'inclusion

Les personnes âgées d'au moins 15 ans, résidant dans l'un des villages ci-dessus cités, ayant déjà utilisé les services du PSA ou non et ayant consenti librement à participer à l'étude ont été incluses dans notre étude.

5. Echantillonnage

• Type d'échantillonnage

En l'absence d'une base de sondage actualisée, liée aux déplacements de population et au contexte sécuritaire, l'étude a utilisé une stratégie d'échantillonnage organisée en trois étapes.

Premièrement, les cinq villages desservis par le Poste de Santé Avancé de Lerghin (Naboudin, Tissoanghin, Tampané I, Tampané II et Lerghin) ont été inclus de façon exhaustive afin de couvrir l'ensemble de l'aire de desserte du PSA.

Deuxièmement, les ménages ont été sélectionnés dans chaque village selon une procédure de terrain visant une dispersion minimale, en retenant approximativement un ménage sur deux à partir d'un point de départ défini par les enquêteurs.

Troisièmement, au sein des ménages retenus, les personnes âgées d'au moins 15 ans et ayant donné leur consentement libre et éclairé étaient éligibles. Un maximum de deux personnes par ménage a été interrogé, incluant, lorsque possible, le chef de ménage ou son représentant.

La taille de l'échantillon a été répartie de manière égale entre les cinq villages, faute de données fiables sur leurs effectifs respectifs. Cette approche a permis d'assurer une couverture minimale de chaque localité, mais l'absence de base de sondage actualisée doit être prise en compte dans l'interprétation et la généralisation des résultats.

• Taille de l'échantillon

La formule suivante a été utilisée pour le calcul de la taille de l'échantillon :

$n = (z^2 \cdot p \cdot q) / i^2$ avec : n = taille de l'échantillon initial; $z=1,96$ (niveau de confiance à 95 %); $p=0,5$ (nous n'avons pas de données sur le niveau de satisfaction attendue); $q=1-p=0,5$; $i=0,05$ (précision).

$$n = ((1,96)^2 \times 0,5 \times 0,5) / (0,05)^2 = 385$$

Nous avons considéré un taux de 10 % de non-réponse, ce qui donne une taille minimale de notre échantillon estimée à 428 personnes.

6. Définition des variables

Nos variables d'études sont les suivantes :

- Variables dépendantes : satisfaction globale

- Variables indépendantes : elles sont résumées dans le tableau I ci-dessous.

Les variables du niveau de satisfaction ont été mesurées suivant une échelle de Likert à 5 modalités : très insatisfait, insatisfait, ni satisfait ni insatisfait, satisfait, très satisfait (12).

7. Sources, outils et techniques de collecte des données

Les personnes de plus de 15 ans des ménages échantillonnés ont constitué nos sources d’informations. Les informations ont été collectées grâce à un questionnaire qui a été administré par des enquêteurs.

8. Tableau de cohérence de la démarche méthodologique

Le tableau I ci-dessous montre la relation entre les objectifs, les différentes variables, la technique et outils de collecte des données et l’indicateur.

Tableau I : Répartition des différentes variables de l’étude selon leurs modalités et leurs indicateurs, Ouargaye, 2026

Objectifs	Variables	Modalités	Indicateurs/Statistiques calculés
Décrire les caractéristiques sociodémographiques des populations	Age (en année)	[15- 20[[20-30[[30-45[[45-60[60 et plus	Moyenne
	Sexe	M/F	Sex ratio
	Résidence	Lerghin Naboudin Tissoanghin Tampané I Tampané II	Proportion
	Niveau d’instruction	Aucun Primaire Secondaire Supérieur	
	Statut PDI	Oui Non	
	Distance domicile PSA	Moins de 5km Plus de 5km	
	Profession	Cultivateur FAF Commerçant Etudiant Elève Autres	
	Statut matrimonial	Célibataire Monogame Polygame Divorcé/Séparé Veuf/veuve	
	Nombre de personnes du ménage	Chiffre	Moyenne
	Revenu mensuel moyen	Moins de 25000 25000-50000 50000-1 00000	Proportion

Objectifs	Variables	Modalités	Indicateurs/Statistiques calculés
		Supérieur à 100.000	
Analyser la perception des populations locales vis-à-vis du PSA de Lerghin	Connaissance de l'existence du PSA Source de connaissance du PSA Utilité Accessibilité géographique Sécurité Site d'implantation Cohésion entre PDI et hôte Qualité perçue des soins Avez-vous déjà fréquenté le PSA Fréquence d'utilisation Prestation offerte Motif de fréquentation Horaires de fonctionnement : vous conviennent ils Recommandation du PSA à d'autres personnes	Oui Non Nsp Par la communauté Par un agent de santé Par les médias Simple observation de la présence des infrastructures Autre : Oui Non Nsp Souvent Parfois Rarement Consultations curatives Vaccination Accouchement Planification familiale Autres (préciser) : Maladie Vaccination Consultation prénatale Accouchement Juste une visite des locaux Autres : Oui Non Nsp	Proportion
Mesurer le niveau de satisfaction des usagers du PSA	Accueil Respect Empathie Confidentialité Propreté des locaux Compétence du personnel Qualité perçue Temps d'attente Confort Disponibilité des prestations Disponibilité du personnel Disponibilité des médicaments Accessibilité géographique Accessibilité temporelle Accessibilité financière Accessibilité socio-culturelle Satisfaction globale	Très insatisfait Insatisfait Ni satisfait, ni insatisfait Satisfait Très satisfait Satisfait/ Insatisfait	Score de satisfaction
Identifier les facteurs associés à la satisfaction	Satisfaction globale et les autres variables	-	Odds ratio, p value,

9. Mode de collecte des données

Notre questionnaire physique a été importé sur Kobocollect. La collecte des données a été réalisée par dix enquêteurs, préalablement formés, en français et en mooré. Avant le déploiement des enquêteurs sur le terrain, l'approche traduction-retraduction nous a permis d'harmoniser la compréhension du questionnaire en mooré. Ils ont été supervisés lors de la collecte. Un test a été réalisé dans un autre village et a permis de réajuster les questions à réponses obligatoires.

10. Traitement et analyse des données

Les données collectées ont été traitées et importées sur le Logiciel R suivi de la codification et de l'analyse.

Pour le calcul des scores de satisfaction, les modalités ont été cotées ainsi qu'il suit :

1 : « très insatisfait » ; 2 : « insatisfait » ; 3 : « ni satisfait ni insatisfait » ; 4 : « satisfait » ;
5 : « très satisfait ».

Les réponses des enquêtés pour chaque variable ont été dichotomisées comme suit :

0 correspond à « insatisfait » regroupant les réponses « très insatisfait », « insatisfait » et ;

1 correspond à « satisfait » regroupant les réponses « satisfait » et « très satisfait ».

Le score de satisfaction pour chaque variable était le rapport de la somme des réponses positives aux questions la composant sur le nombre de questions répondues et ramené à 100. Le score de satisfaction globale est le rapport de la somme des réponses positives aux questions de l'ensemble des variables sur le nombre de questions répondues de l'ensemble des variables et ramené à 100.

Les scores de satisfaction ont été répartis de 0 à 100 selon les seuils suivants (13) :

- Le score était considéré « très satisfait » lorsque le pourcentage de réponses positives était $\geq 80\%$;
- Le score était considéré « satisfait » lorsque le pourcentage de réponses positives était $\geq 60\%$ et $< 80\%$
- Le score était considéré « pas satisfait » lorsque le pourcentage de réponses positives était $< 60\%$.

Des analyses uni-variée et multivariée par une régression logistique ont été effectuées entre la satisfaction globale et les variables indépendantes. L'Odds ratio ajusté, l'intervalle de confiance à 95% et la p-value avec comme seuil de significativité inférieur à 0,05 ont été considérés. La satisfaction des personnes n'ayant jamais fréquentés le PSA n'a pas été pris en compte dans le calcul des niveaux de satisfaction. Les refus de réponse et les données manquantes n'ont pas été pris en compte dans l'analyse ; ce qui explique la variation de la taille « n » selon les variables

11. Aspects administratifs et déontologiques

Les considérations administratives ont été strictement respectées à travers l'obtention d'une autorisation administrative des autorités locales et une participation volontaire à l'étude fondée sur la signature d'un formulaire de consentement éclairé. Les participants avaient la possibilité de se retirer à tout moment, sans conséquence. Toutes les données ont été anonymisées afin de garantir la confidentialité.

II. Résultats

1. Les caractéristiques socio-démographiques

Au total, 778 personnes issues de 522 ménages ont été interviewés. Le nombre moyen de personnes par ménage était de 5,96 (IC95 % = [5,72-6,20]) avec un écart type de 3,33.

L'âge moyen est de 41,93 (IC95 % = [40,62 ; 43,24]) avec un écart type de 18,63. Le sex ratio (H/F) est de 0,82 (352/426). Les personnes déplacées internes représentaient 34,7% (270/778) et 86,38 % (672/778) déclarent être à moins de 5km de PSA. Le tableau II repartit les enquêtés selon certaines variables.

2. La perception des populations vis-à-vis du PSA de Lerghin

Environ 98, 32 % (n=778 ; IC95 % = [97,2–99]) des enquêtés ont connaissance de l'existence du PSA ; 98,3 % (n=776 ; IC95 % = [97,2–99]) trouvent le PSA très important pour la santé de la population ; 96,8 % (n=775 ; IC95 % = [95,3–97,8]) jugent le PSA accessible et 93,2 % (n=777 ; IC95 % = [91,2–94,7]) sont satisfaits du site d'implantation du PSA.

Tableau II : Répartition des enquêtés selon le niveau d’instruction, le statut matrimonial et le niveau de revenu, Ouargaye, février 2026

Variables	Fréquence absolue (n=778)	Fréquence relative (%)
Niveau d’instruction		
Aucun	602	77,38
Primaire	128	16,45
Secondaire	45	5,78
Supérieur	3	0,39
Profession		
Cultivateur	467	60,03
FAF	217	27,89
Commerçant	50	6,43
Autres	33	4,24
Elèves	10	1,29
Étudiants	1	0,12
Statut matrimonial		
Monogame	430	55,27
Polygame	274	35,22
Veuve/veuf	49	6,3
Célibataire	24	3,08
Divorcé	1	0,13

Aussi, 92,3 % (n=778 ; IC95 % = [90,2–94]) affirment que le PSA a favorisé une meilleure cohésion entre PDIs et les populations hôtes ; 70,2 % (n=765 ; IC95 % = [66–72,4]) ont déjà fréquenté le PSA ; 65,16 % (n=778 ; IC95 % = [61,8–68,4]) apprécient positivement les heures de fonctionnement du PSA ; 95,90 % (n=775 ; IC95 % = [93,7–97,1]) des personnes ayant déjà fréquenté le PSA le recommanderaient à d’autres personnes. Le tableau III ci-dessous fait la répartition des enquêtés selon certaines variables.

Tableau III : Répartition des personnes enquêtées selon la source de connaissance de l’existence du PSA, les prestations offertes, le rythme et le motif de fréquentation, Ouargaye, février 2026

Variables	Fréquence absolue	Fréquence relative (%)	IC95 %
Source de connaissance de l’existence du PSA (n=765)			
Un représentant de la commune	340	44,44	[40,92–47,96]
Une simple observation de la présence des infrastructures	191	24,97	[21,90–28,04]
Un agent de santé à base communautaire	155	20,26	[17,40–23,12]
Un leader communautaire	33	4,32	[2,88–5,76]
Un agent de santé	33	4,31	[2,88–5,76]
Autres	13	1,7	[0,79–2,61]
Prestations offertes au PSA (n=537)			
Consultation curative	515	95,9	[94,23–97,57]
Accouchement	322	59,96	[55,82–64,10]
Vaccination	202	37,61	[33,51–41,71]
Planification familiale	182	33,89	[29,89–37,89]
Suivi de grossesse	28	5,21	[3,34–7,08]
Dépistage de pathologie chronique	1	0,19	[0,00–0,55]
Fréquence de fréquentation du PSA (n=537)			
Souvent	232	43,2	[39,01–47,39]
Parfois	179	33,33	[29,35–37,31]
Rarement	126	23,47	[19,88–27,06]
Motif de fréquentation (n=537)			
Consultation pour maladie	512	95,34	[93,57–97,11]
Suivi de grossesse	91	16,95	[13,79–20,11]
Accouchement	32	5,96	[3,96–7,96]
Vaccination	14	2,6	[1,27–3,93]
Juste une visite des locaux	10	1,86	[0,72–3,00]
Planification familiale	5	0,93	[0,12–1,74]
Contrôle de la pression artérielle	5	0,93	[0,12–1,74]
Visiter un malade	4	0,75	[0,02–1,48]

3. Le niveau de satisfaction

Le tableau IV ci-dessous présente le niveau de satisfaction par dimension puis le niveau de satisfaction globale.

Tableau IV : Synthèse du niveau de satisfaction des enquêtés par dimension, Ouargaye, février 2026

Dimensions	Nombre de répondants (n=537)	satisfaits	Niveau de satisfaction (%)	IC95 %
Accueil	531		98,88	[97,99–99,77]
Respect	530		98,70	[97,74–99,66]
Empathie	530		98,70	[97,74–99,66]
Confidentialité	528		98,32	[97,24–99,41]
Propreté des locaux	537		100	[99,3–100,00]
Compétence du personnel	536		99,81	[99,45–100,00]
Qualité perçue	526		97,95	[96,75–99,15]
Temps d’attente	532		99,07	[98,26–99,88]
Confort	530		98,70	[97,74–99,66]
Disponibilité des prestations	534		99,44	[98,81–100,00]
Disponibilité du personnel	536		99,81	[99,45–100,00]
Disponibilité des médicaments	463		86,22	[83,30–89,14]
Accessibilité géographique	535		99,63	[99,11–100,00]
Accessibilité temporelle	536		99,81	[99,45–100,00]
Accessibilité financière	481		89,57	[86,99–92,16]
Accessibilité socio-culturelle	524		97,58	[96,28–98,88]
Satisfaction globale			97,64	[97,4–98]

4. Les facteurs associés à la satisfaction

La profession commerçant (OR=0,12 ; p=0,003) et cultivateur (OR=0,14 ; p <0,001) étaient significativement associés à la satisfaction globale des usagers du PSA. Le test de Hosmer-Lemeshow était non significatif ($\chi^2 = 1,00$; ddl = 3 ; p = 0,800), suggérant un ajustement acceptable du modèle, avec un AIC de 618,29. Le tableau V ci-dessous présente la possibilité d’association entre les variables et la satisfaction globale.

Tableau V : Facteurs associés à la satisfaction globale des usagers du PSA de Lerghin, février 2026

Variables	Modalités	N	Univarié			Multivarié		
			OR (IC95 %)	p	P global		p	P global
Âge	Inf. à 20ans	21	Référence	—	0.301			
	20–30 ans	115	0.53 (0.03–2.98)	0.5				
	30–45 ans	179	0.42 (0.02–2.21)	0.4				
	45–60 ans	174	0.35 (0.02–1.79)	0.3				
	≥60 ans	50	1.20 (0.05–13.22)	0.9				
Fonctionnement	Non	149	Référence	—	0.981			
	Ne sais pas	27	0.90 (0.27–4.07)	0.9				
	Oui	363	1.02 (0.52–1.88)	1.0				
Implantation	Non	13	Référence	—	0.776			
	Ne sais pas	14	2.36 (0.20–55.01)	0.5				
	Oui	512	1.64 (0.25–6.34)	0.5				
Revenu mensuel	25000–50000	40	Référence	—	0.567			
	Inf à 25000	499	0.71 (0.17–2.06)	0.6				
Statut matrimonial	C/V/D	44	Référence	—	0.790			
	Monogame	293	1.08 (0.35–2.74)	0.9				
	Polygame	202	1.31 (0.41–3.52)	0.6				
Profession	FAF	146	Référence	—	<0.001	Référence		<0.001
	Commerçant	39	0.12 (0.02–0.46)	0.003		0.11 [0.02 – 0.45]	0.003	
	Cultivateur	321	0.14 (0.03–0.38)	<0.001		0.13 [0.03 – 0.38]	0.001	
	Libérale	26	0.25 (0.04–1.99)	0.142		0.24 [0.04 – 1.93]	0.134	
Distance	5km	456	Référence	—	0.594			
	>5 km	83	1.25 (0.58–3.12)	0.6				
Statut	Hôte (réf)	359	Référence	—	0.372			
	PDI	180	0.77 (0.43–1.39)	0.4				
Instruction	Aucun (réf)	416	Référence	—	0.665			
	Primaire	87	0.74 (0.37–1.56)	0.4				
	Second/sup	36	1.17 (0.40–5.01)	0.8				
Sexe	Féminin (réf)	308	Référence	—	0.091	Référence		0.671
	Masculin	231	0.62 (0.35–1.08)	0.09		1.14 [0.62 – 2.08]	0.671	

III. Discussion

1. Les limites de l'étude

Les limites et biais possibles de notre étude sont relatives à la non prise en compte de la taille réelle de chaque village dans l'échantillonnage et au biais de mémoire. Aussi, à l'arrêt de la gratuité de la prise en charge, une possible modification de la satisfaction des usagers pourraient être observées. Au regard du contexte humanitaire, nous devront prendre en compte le biais de désirabilité (14).

L'absence de base de sondage actualisée limite la généralisabilité de l'étude, malgré la grande taille de l'échantillon.

2. De la perception des populations

Les populations ont une perception favorable du PSA de Lerghin. Cette situation peut se justifier par la satisfaction d'un besoin ressenti, la proximité géographique du PSA avec les populations mais également à la forte implication de la population à toutes les étapes d'implémentation du PSA. Selon l'OMS, la proximité des formations sanitaires avec les populations a un impact positif sur l'utilisation des services de santé et accroît leur confiance vis-à-vis des systèmes de santé (15). Le même constat a été fait par Roger AA et al. (16).

La perception positive observée pourrait être liée à l'amélioration de l'accès aux soins de santé. Dans un contexte, marqué par une fermeture des CSPS, la mise en place d'un service de santé même temporaire constitue un facteur déterminant d'utilisation des services et de satisfaction des populations.

La mobilisation sociale réalisée autour de la mise en place du PSA aurait également été déterminant dans la perception des communautés. Il est prouvé que l'implication des communautés à toutes les étapes d'une intervention est essentielle pour sa réussite (17,18).

Parallèlement à la mise en place du PSA, des activités génératrices de revenus notamment la production de savon liquide ont été organisées au PSA au profit des groupements féminins. Toutes ces activités ont facilité l'adhésion de la population au projet et donc à la mise en place PSA.

Dans un contexte de crise humanitaire, une perception favorable des populations aux structures de santé est toujours bénéfique au système de santé. Elle facilite l'utilisation des services de santé réduisant ainsi la morbi mortalité. En dehors des avantages sanitaires, la mise en place

d'un PSA dans un contexte humanitaire peut contribuer à renforcer la cohésion sociale entre populations hôtes et PDI, comme l'ont mentionné 92,3 % des enquêtées. Plusieurs études montrent que la présence des PDI n'occasionne pas forcément une dégradation de la cohésion sociale. Cependant, un accès équitable aux services sociaux de base dont les soins de santé renforce significativement cette cohésion (19–21).

3. Du niveau de satisfaction des usagers

Le niveau de satisfaction globale des enquêtés est très satisfaisant et estimé à 97,64 %. La satisfaction des usagers est un élément phare de qualité des soins. Elle est le reflet de l'adéquation entre les besoins en santé des populations et l'offre de santé (22). Le contexte, le professionnalisme des agents de santé du PSA et l'appui des acteurs humanitaires pourraient expliquer cette bonne performance. En effet dans les contextes humanitaires, compte tenu des difficultés d'accès aux soins de santé, les populations pourraient revoir à la baisse leurs exigences en matière de satisfaction. Cette explication corrobore les résultats de Raisul Islam et al qui ont mis en évidence un niveau de satisfaction de 90 % dans leur étude portant sur la satisfaction des patients dans le camp des réfugiés Rohingyas (11).

Parmi les seize (16) dimensions de la satisfaction qui ont été évaluées, l'accueil, le respect, l'empathie, la confidentialité, la propreté des locaux, la confiance aux compétences du personnels, la qualité perçue, le délai d'attente, le confort, la disponibilité des prestations, la disponibilité du personnel, l'accessibilité géographique temporelle et socio-culturelle ont enregistré chacune un niveau de satisfaction supérieur à 97 %. Un niveau de satisfaction acceptable sur un ensemble aussi large de dimensions prouve une fois de plus la performance du dispositif mis en place. En dehors des infrastructures, le professionnalisme des agents de santé a contribué à rehausser le niveau de satisfaction. Selon l'OMS, des soins centrés sur la personne sont déterminants pour la satisfaction des patients (23). La revue réalisée par M. Craquelin et al a mis en évidence l'effet bénéfique d'une bonne relation soignant-soigné dans la satisfaction des usagers des centres de santé (24).

La satisfaction des enquêtés était totale en matière de propreté des locaux du PSA. Les facteurs contributifs sont : la clôture du terrain avec du grillage, l'exécution des tâches quotidiennes de l'hygiéniste et

l'organisation mensuelle des journées de salubrité au PSA par les populations.

Dans les structures de santé, la propreté des locaux réduit le risque d'infections et participe fortement à la sécurité des patients.

L'accessibilité financière et la disponibilité des médicaments étaient cotées à moins de 90 %. Durant les cinq premiers mois de la mise en œuvre du PSA, l'offre de soins étaient entièrement gratuite. Cependant, les difficultés d'approvisionnement liées au contexte sécuritaire entraînaient de façon régulière des ruptures en intrants essentiels à la prise en charge des patients. Des ordonnances complémentaires étaient délivrées au malade à leurs frais. Dans la littérature, plusieurs séries indexent le coût des soins via les paiements directs des ménages et les ruptures en intrants comme des déterminants clés de la satisfaction des usagers des services de santé(25,26) . En contexte humanitaire, l'existence d'une structure de santé à proximité constitue un motif de satisfaction pour certaines populations quelles que soient les conditions de fonctionnement. Ce qui fait que malgré la faible disponibilité en continue des médicaments, le niveau de satisfaction globale est resté élevé.

Conclusion

Les usagers du PSA de Lerghin se sont déclarés globalement très satisfaits des services reçus. Les résultats suggèrent que les Postes de Santé Avancés constituent une stratégie pertinente pour maintenir l'accès aux soins dans les contextes humanitaires. Toutefois, le renforcement des stocks de sécurité en médicaments essentiels, l'amélioration de l'approvisionnement et la réduction des dépenses supportées par les patients lors des ruptures de stock pourraient contribuer à améliorer davantage la satisfaction des usagers.

Des études complémentaires portant sur la qualité technique des soins et les déterminants du non-recours aux services permettraient une évaluation plus complète du dispositif.

Remerciements

- A l'OMS et à Jhpiego pour l'appui technique et financier ayant permis de mettre en place le poste de santé avancé ;
- A la direction régionale de la santé, à l'équipe cadre du district et aux autorités administratives pour l'accompagnement ;

- A toute la population pour la forte adhésion au projet

Financements

Nous n'avons pas bénéficié d'un financement pour la conduite de cette étude.

Conflits d'intérêts

les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt

Contribution des auteurs

MN a réalisé la conception de l'étude et la rédaction initiale. SA a supervisé la collecte des données. NR a réalisé l'analyse des données. Les autres auteurs ont contribué à la révision critique du manuscrit. Tous les auteurs ont participé à la validation finale du manuscrit.

Références bibliographiques

1. Gancheva V. Aborder les inégalités en santé : stratégies pour un accès universel aux soins. Public Health Spectr Ed Fr [Internet]. 25 oct 2024 [cité 31 janv 2026];1(1). Disponible sur: <https://docentra.com/healthinequitiesfr>
2. Organisation Mondiale de la Santé. La moitié de la population de la planète n'a pas accès aux services de santé essentiels [Internet]. Tokyo; 2017 [cité 31 janv 2026]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/13-12-2017-world-bank-and-who-half-the-world-lacks-access-to-essential-health-services-100-million-still-pushed-into-extreme-poverty-because-of-health-expenses>
3. Heidet M, Tazarourte K, Mermet É, Freyssenge J, Mellouk A, Khellaf M, et al. Accessibilité aux soins en situation d'urgence : des déterminants complexes, un besoin d'outils novateurs. Ann Fr Médecine D'urgence. 2022;12(5):302-12. doi:10.3166/afmu-2022-0426
4. Hassane A, Kamal A. Déterminants des inégalités de santé : Une étude internationale. Int J Res Econ Finance. 14 mai 2025;2(4):146-60. doi:10.71420/ijref.v2i4.88

5. Joséphine LEMOUOGUE. Panorama de quelques déterminants géographiques de la santé et de l'accès aux soins dans les sites de Ngam et Gado-Badzéré [Les Papiers de la Fondation n° 33]. 2020.
6. Ouedraogo HS, Kabore YLB, Sawadogo N, Maiga MH, Sawadogo AG, Salou RP, et al. Évaluation de l'offre de soins en situation d'urgence basée sur la mise en place des postes de santé avancés dans la ville de Djibo, Burkina Faso, avril 2022. *Santé Publique*. 27 juin 2024;36(3):147-58. doi:10.3917/spub.243.0147
7. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. Stratégie de résilience du système de santé en zone de sécurité précaire au Burkina Faso. 2019.
8. Equipe cadre du district sanitaire de Ouargaye_Région du Centre-Est_Burkina Faso. Plan de travail annuel du district sanitaire de Ouargaye 2025. 2025.
9. Salim NA, Meyad SH, Sawair FA, Satterthwaite JD, Sartawi S. Satisfaction with healthcare services among refugees in Zaatari camp in Jordan. *BMC Health Serv Res*. 26 mai 2021;21(1):507. doi:10.1186/s12913-021-06471-8
10. Bockey AJ, Janda A, Braun C, Müller AM, Stete K, Kern WV, et al. Patient satisfaction & use of health care: a cross-sectional study of asylum seekers in the Freiburg initial reception centre. *BMC Health Serv Res*. déc 2020;20(1):709. doi:10.1186/s12913-020-05579-7
11. Islam R, Sadneen T, Rahman MS, Hasan MN, Adnan MA, Nayeem M, et al. Patient satisfaction in outdoor department of primary health care facilities in Rohingya refugee camps in Bangladesh: A cross-sectional study. *PLOS ONE*. 13 janv 2026;21(1):e0336811. doi:10.1371/journal.pone.0336811
12. Roussel P. Chapitre 9. Méthodes de développement d'échelles pour questionnaires d'enquête. *Méthodes Rech*. 2005;245-76. doi:10.3917/dbu.rouss.2005.01.0245
13. Saphora Job©: Mesure de la satisfaction au travail dans les établissements de santé et médico-sociaux. | SRA Occitanie - Structure Régionale d'Appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients [Internet]. [cité 31 janv 2026]. Disponible sur: <https://www.sra-occitanie.fr/ressources/ressources->

publiques/saphora-jobc-mesure-de-la-satisfaction-au-travail-dans-les-etablissements-de-sante-et-medico-sociaux

14. Blanchet K, Ramesh A, Frison S, Warren E, Hossain M, Smith J, et al. Evidence on public health interventions in humanitarian crises. *The Lancet*. 18 nov 2017;390(10109):2287-96. doi:10.1016/S0140-6736(16)30768-1 PubMed PMID: 28602563.
15. Organisation Mondiale de la Santé. Mesurer la disponibilité et la capacité opérationnelle des services (SARA) [Manuel de référence] [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2015 [cité 16 mars 2026]. Disponible sur: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/service-availability-and-readinessassessment\(sara\)/sara_reference_manual_chapter1_fr.pdf?sfvrsn=cd21ed3_3&ua=1](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/service-availability-and-readinessassessment(sara)/sara_reference_manual_chapter1_fr.pdf?sfvrsn=cd21ed3_3&ua=1) doi:WHO/HIS/HSI/2014.5 Rev.1
16. Roger AA, Gordon AN, Kwame AD. Managing healthcare quality in Ghana: A necessity of patient satisfaction. Vol. 24. 6 sept 2011;24(7). doi:<https://doi.org/10.1108/09526861111160580>
17. Haldane V, Chuah FLH, Srivastava A, Singh SR, Koh GCH, Seng CK, et al. Community participation in health services development, implementation, and evaluation: A systematic review of empowerment, health, community, and process outcomes. *PLoS ONE*. 10 mai 2019;14(5):e0216112. doi:10.1371/journal.pone.0216112 PubMed PMID: 31075120; PubMed Central PMCID: PMC6510456.
18. O'Mara-Eves A, Brunton G, Oliver S, Kavanagh J, Jamal F, Thomas J. The effectiveness of community engagement in public health interventions for disadvantaged groups: a meta-analysis. *BMC Public Health*. 12 févr 2015;15:129. doi:10.1186/s12889-015-1352-y PubMed PMID: 25885588; PubMed Central PMCID: PMC4374501.
19. Jayakody C, Malalgoda C, Amaratunga D, Haigh R, Liyanage C, Witt E, et al. Approaches to Strengthen the Social Cohesion between Displaced and Host Communities. *Sustainability*. janv 2022;14(6):3413. doi:10.3390/su14063413
20. Emily M, Audrey S, Juan FT, Erik W. Forced displacement, social cohesion, and the state: Evidence from eight new studies. *World Dev*. 1 janv 2024;173:106416. doi:10.1016/j.worlddev.2023.106416

21. Steve Tiwa Fomekong. Why communities hosting internally displaced persons in the Sahel need stronger and more effective legal protection. *Int Rev Red Cross* [Internet]. 24 mai 2022 [cité 16 mars 2026];(IRRC No. 918). Disponible sur: <http://international-review.icrc.org/articles/why-communities-hosting-idps-in-sahel-need-more-effective-legal-protection-918>
22. Organisation Mondiale de la Santé. Services de santé de qualité [Internet]. 2025 [cité 17 mars 2026]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
23. Organisation Mondiale de la Santé. Cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne [Assemblée Mondiale de la Santé] [Internet]. Genève; mai 2016 [cité 17 mars 2026]. p. 3 pages. Assemblée Mondiale de la Santé A69/B/CONF./5. Disponible sur: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/902ec1a4-f8eb-453d-9d2c-20524470a831/content>
24. M. Craquelin, C. Delfosse, J. Idoux, T. Trentesaux, T. Marquillier. Le discours du soignant sur la relation de soin, vers un impact positif? Une revue de la littérature. *Éthique Santé*. 1 mars 2023;20(1):30-8. doi:10.1016/j.etiqe.2022.09.006
25. Goffic CL. L'accès aux médicaments : entre génériques et princeps. *J Droit Santé L'Assurance - Mal JDSAM*. 2017;15(1):30-3. doi:10.3917/jdsam.hs2.0030
26. Nguyen HT, Zombré D, Allegri VR et MD. L'impact de la réduction et de la suppression des paiements directs sur la prestation de services au Burkina Faso [Internet]. 2021 [cité 17 mars 2026]. Disponible sur: <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/cus/chapter/limpact-de-la-reduction-et-de-la-suppression-du-paiement-des-frais-dutilisation-sur-la-prestation-de-services-au-burkina-faso/>