



**HAL**  
open science

# Évaluation de la Satisfaction des Femmes ayant reçu une Consultation Prénatale dans Les Formations Sanitaires en République Démocratique du Congo

Patrick Matabaro Ntwali

► **To cite this version:**

Patrick Matabaro Ntwali. Évaluation de la Satisfaction des Femmes ayant reçu une Consultation Prénatale dans Les Formations Sanitaires en République Démocratique du Congo. European Scientific Journal, ESJ, 2022, 18 (21), pp.31-52. 10.19044/esj.2022.v18n21p31 . hal-03751731v3

**HAL Id: hal-03751731**

**<https://hal.science/hal-03751731v3>**

Submitted on 29 Aug 2022

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



ESJ Natural/Life/Medical Sciences

## Évaluation de la Satisfaction des Femmes ayant reçu une Consultation Périnatale dans Les Formations Sanitaires en République Démocratique du Congo

*Ntwali Matabaro Patrick*

Alerte Santé Pour l'Espérance de Vie (ALSEV)

Département des Sciences de la Population et du Développement,  
Université de Kinshasa, RDC

[Doi:10.19044/esj.2022.v18n21p31](https://doi.org/10.19044/esj.2022.v18n21p31)

Submitted: 03 February 2022

Accepted: 04 June 2022

Published: 30 June 2022

Copyright 2022 Author(s)

Under Creative Commons BY-NC-ND

4.0 OPEN ACCESS

*Cite As:*

Ntwali M.P. (2022). *Évaluation de la Satisfaction des Femmes ayant reçu une Consultation Périnatale dans Les Formations Sanitaires en République Démocratique du Congo*. European Scientific Journal, ESJ, 18 (21), 31. <https://doi.org/10.19044/esj.2022.v18n21p31>

### Résumé

Objectif : Cette étude vise à évaluer le degré de satisfaction des femmes ayant reçu une Consultation Périnatale (CPN) et d'examiner les facteurs associés à leur insatisfaction quant à la qualité des services de consultation périnatale dans des formations sanitaires du pays. Méthodes : Les données de la première Enquête nationale d'Évaluation des Prestations des Services de Santé (EPSS) menée entre 2017 et 2018 en République Démocratique du Congo (RDC) ont été utilisées. Cinq mille neuf cent vingt-neuf (5929) femmes âgées de 10 à 49 ans du service de CPN ont été interrogées à la sortie de la formation sanitaire sur la qualité des services reçus pendant la consultation dans 1 412 formations sanitaires du pays sélectionnées par échantillonnage probabiliste. Un modèle de régression logistique multivariée a été appliqué pour examiner les facteurs associés à la non-satisfaction des femmes en CPN. Résultats : Des taux d'insatisfaction de 14% ont été observés en ce qui concerne l'interaction avec le prestataire et l'intimité de la consultation. Le temps d'attente était perçu comme un problème par 30% des femmes. Le risque pour une femme de ne pas être satisfaite de la qualité de services en CPN était plus élevé chez les femmes de 45 ans que chez celles moins âgées. De même, les femmes enquêtées étaient plus susceptibles de se déclarer non satisfaites de la qualité des services de CPN reçus dans les

formations sanitaires publics que dans les formations sanitaires privés. En ce qui concerne le temps d'attente avant la consultation, l'insatisfaction était plus élevée chez les femmes résidant en milieu urbain (34%) que chez celles du milieu rural (28%). L'effet du type de formation sanitaire est apparu statistiquement significatif pour expliquer la non-satisfaction des femmes sur la qualité de l'interaction avec le prestataire et l'intimité de la consultation. En effet, la non-satisfaction des femmes en CPN était plus forte dans les centres de santé que dans les hôpitaux et cliniques. Conclusion: L'étude a permis de montrer que la qualité perçue varie selon le type de formation sanitaire considéré. Les lacunes observées dans les formations sanitaires publics et les centres de santé devraient faire l'objet d'une attention particulière de la part des pouvoirs publics et des planificateurs sanitaires d'autant plus ces établissements restent les principaux prestataires de soins pour la population, en général, et pour les femmes défavorisées, en particulier. Les administrateurs des formations sanitaires devraient mieux organiser leurs services, surtout dans les milieux urbains, cela pour permettre de réduire les temps d'attente et satisfaire au mieux les femmes. Il est impérieux que des recherches complémentaires sur la satisfaction des femmes en CPN soient menées afin de déceler les obstacles socioculturels liés à la satisfaction des femmes quant à la qualité des services.

---

**Mots-clés** : Qualité perçue, services de santé, consultation prénatale, satisfaction

---

## **Evaluation of the Satisfaction of Women who have received an Antenatal Care in Health Facilities in the DRC**

*Ntwali Matabaro Patrick*

Alerte Santé Pour l'Espérance de Vie (ALSEV)

Département des Sciences de la Population et du Développement,  
Université de Kinshasa, RDC

---

### **Abstract**

**Objective:** This study aims to assess the degree of satisfaction of women who received an antenatal care (ANC) and to examine the factors associated with their dissatisfaction with the quality of prenatal consultation services in health facilities in the country. **Methods:** Data from the first National Health Services Evaluation Survey (EPSS) conducted between 2017 and 2018 in the Democratic Republic of Congo (DRC) were used. Five thousand nine hundred and twenty-nine (5,929) women aged 10 to 49 from the ANC department were interviewed on leaving the health facility about the

quality of services received during the consultation in 1,412 health facilities in the country selected by probability sampling. A multivariate logistic regression model was applied to examine factors associated with women's dissatisfaction with ANC. Results: Dissatisfaction rates of 14% were observed regarding the interaction with the provider and the intimacy of the consultation. Waiting time was perceived as a problem by 30% of women. The risk for a woman of not being satisfied with the quality of ANC services was higher among women aged 45 than among those younger. Similarly, the women surveyed were more likely to report being dissatisfied with the quality of ANC services received in public health facilities than in private health facilities. Regarding the waiting time before the consultation, dissatisfaction was higher among women residing in urban areas (34%) than among those in rural areas (28%). The effect of the type of health facility appeared to be statistically significant in explaining the women's dissatisfaction with the quality of the interaction with the provider and the intimacy of the consultation. Indeed, women's dissatisfaction with ANC was higher in health centers than in hospitals and clinics. Conclusion: The study showed that the perceived quality varies according to the type of health facility considered. The shortcomings observed in public health facilities and health centers should be the subject of particular attention on the part of the public authorities and health planners, all the more so these establishments remain the main providers of care for the population, in general, and for disadvantaged women in particular. Administrators of health facilities should better organize their services, especially in urban areas, to help reduce waiting times and better satisfy women. It is imperative that additional research on the satisfaction of women in ANC be carried out in order to detect the socio-cultural obstacles linked to the satisfaction of women with the quality of services.

---

**Keywords:** Perceived quality, Health services, ANC, Satisfaction

## **Introduction**

Malgré des avancées considérables en termes de couverture sanitaire mises en lumière lors de l'évaluation du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2011-2014, notamment l'augmentation de la proportion des centres de santé offrant un paquet minimum d'activités (PMA), la faible couverture sanitaire et la qualité des services offerts demeurent l'un des problèmes prioritaires de prestation des services de santé en République Démocratique du Congo, RDC (Ministère de la Santé Publique, 2020). Si la problématique de l'augmentation de la proportion des centres de santé a été au cœur de l'action de l'État et de ses partenaires ces dernières années (OMS, 2019a), la seconde préoccupation, tout aussi importante, est souvent reléguée au second plan. Cela empêche que les progrès de la couverture sanitaire se

traduisent automatiquement par une amélioration de la santé de la population (OMS, 2019a).

Par ailleurs, la qualité des services et de soins de santé est trop souvent appréhendée sous le seul angle de la formation technique et de la compétence des prestataires. La prise en compte de l'appréciation des services de soins par l'utilisateur est un élément qui reste encore trop négligé par les praticiens et les politiques publiques (Vanninouse, 2004). En effet, même les enquêtes démographiques et de santé ne collectent pas les données relatives à l'appréciation des services par les usagers. La considération de l'avis des usagers comme composante de l'évaluation de la qualité de services de santé s'inscrit dans un contexte global de valorisation de la place de l'utilisateur dans l'organisation du système de santé. Une telle démarche est incontournable pour permettre l'amélioration continue de l'offre et de l'efficacité des services et soins de santé mais aussi d'accroître l'utilisation des services par la population (Cote et McNeil, 1995 ; Lopez et al., 2007).

Le résultat d'un service de santé rendu à un patient ne peut pas être défini seulement par le prestataire dont l'avis autorisé serait le seul pertinent. La satisfaction de l'utilisateur doit être considérée comme faisant partie de ce résultat. D'ailleurs, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), dans sa définition de l'évaluation de la qualité des soins a consacré cette position<sup>1</sup>. En plus, l'essor des technologies de l'information et d'internet fait que les gens sont de plus en plus informés sur les sujets qui touchent à la santé, cela les rend très regardant sur la qualité des services de santé offerts (Bovier et al., 2004). C'est ainsi que l'OMS appelle à « un engagement vigoureux en faveur du développement de services de santé de haute qualité centrés sur la personne ». Cette institution recommande au personnel de santé de « considérer les patients comme des partenaires dans la délivrance des soins », car les Objectifs du Développement Durable (ODD) qui concernent la santé ne pourront être atteints uniquement grâce aux résultats obtenus au regard de certaines maladies ou à des réformes financières (OMS, 2019a).

En Afrique, le taux de recours à la consultation prénatale demeure faible (45%) comparativement aux autres continents tels que l'Europe (97%) et les Amériques (95%) (OMS, 2012). En 2016, ce taux était seulement de 48% en RDC (Ministère de la Santé, 2016). A l'inverse, le niveau de mortalité

---

<sup>1</sup> « L'évaluation de la qualité des soins doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogénique **et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains** à l'intérieur du système de soins...c'est une procédure scientifique et systématique. ». Cité par Ecole nationale de la santé publique de Rennes (2002), la qualité des soins : une affaire de point de vue. Module interprofessionnel de santé publique.p.6

maternelle est très élevé en RDC, soit 846 décès pour 100 000 naissances (Ministère de la Santé Publique, 2015). Selon certains auteurs, ce taux de mortalité maternelle élevé dans les pays en développement (OMS, 2019b) pourrait aussi se justifier par le fait que certains facteurs relatifs à l'offre, notamment la qualification du personnel sanitaire influencent directement le risque de décès de la mère pendant l'accouchement ou quelques jours après, en cas de complications (Pruhal et al., 2004 ; Aka et al., 2016).

Or, les ménages constituent la seconde source de financement des soins de santé en RDC à hauteur de 40% des fonds, derrière l'aide étrangère (50%), et loin devant l'État qui n'apporte que 10% (PNDS 2015-2020). Cela constitue un lourd fardeau pour une population qui subit déjà de nombreux problèmes d'ordre socio-économique et qui, devient de plus en plus exigeant en termes de qualité de services reçus (Kes et al., 2018). La prise en compte de la satisfaction de l'utilisateur dans l'évaluation des services de santé est d'autant plus nécessaire que plusieurs auteurs ont démontré le lien entre l'insatisfaction par rapport à la qualité des services reçus et la non utilisation des services de santé (Fournier & Haddad, 1995 ; De-Banguirys et al., 2015 ; Niang et al., 2015).

D'où l'intérêt d'évaluer la qualité de l'offre de soins prénataux en analysant aussi bien le point de vue des prestataires que celui des femmes en CPN. C'est en ce sens que cette étude se propose d'évaluer le degré de satisfaction des femmes en CPN pendant le processus de soins et d'identifier les facteurs associés à leur insatisfaction.

## **Méthodologie**

### **➤ Type d'étude**

C'est une étude descriptive transversale basée sur l'exploitation secondaire des données de l'Enquête sur les Prestations des Services de Santé (EPSS).

### **➤ Cadre et période de l'étude**

L'EPSS a été menée du 16 octobre 2017 au 20 avril 2018 dans les 26 provinces de la RDC. Cette enquête est la première du genre en RDC. Elle a été conduite par l'Ecole de Santé Publique de l'Université de Kinshasa avec pour objectif général de collecter des informations sur la qualité des prestations des services de soins de santé en RDC y compris dans les services de consultation prénatale. Pour l'EPSS RDC 2017-2018, quatre types de questionnaires ont été utilisés pour la collecte des données. Pour la présente étude, C'est le questionnaire pour les interviews des femmes à la sortie des consultations qui a servi de base.

### ➤ **Présentation des données exploitées**

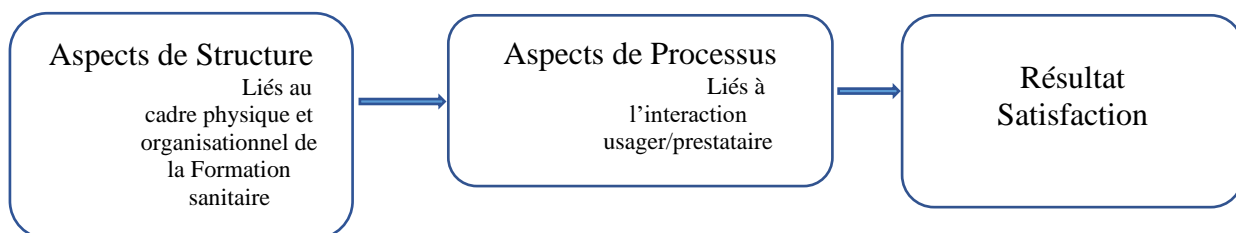
Les données collectées sont de type quantitatif. Au total, 1 380 formations sanitaires ont été sélectionnées par échantillonnage probabiliste à raison d'environ 50 formations sanitaires en moyenne par province. La répartition du nombre exact des formations sanitaires (FOSA) par province était fonction du poids de la province en nombre total de formations sanitaires. Globalement, 5 929 femmes ayant reçu un service de CPN ont été interrogées à l'aide d'un questionnaire à la sortie de la formation sanitaire sur la qualité des services reçus pendant la consultation. Les questions posées portaient sur leur perception des conditions dans lesquelles s'était déroulée la consultation et sur leur niveau de satisfaction. Ces interviews de sortie étaient réalisées par des enquêteurs autres que le personnel qui avait mené la CPN des femmes.

**Tableau 1** : Répartition de l'échantillon des femmes interrogées à la sortie de la CPN

Type de formation sanitaire	CPN	N	Pourcentage
	Hôpital tertiaire / provincial	47	0,8
	Hôpital général de référence	2211	37,3
	Hôpital / centre hospitalier / clinique	525	8,9
	Centre de santé de référence	1003	16,9
	Centre de santé	2143	36,1
	Total	5929	100,0
Mode de gestion de la formation sanitaire	Publique	3704	62,5
	ONG/ Privé sans but lucratif	193	3,3
	Privé lucratif	613	10,3
	Privé confessionnel	1418	23,9
	Total	5928	100,0
	Missing	1	0,0
	Total	5929	100,0

### ➤ **Variables de l'étude**

En se référant au modèle conceptuel de Donabedian (1980), la qualité de services a été mesurée en termes de résultat de prestation à travers la satisfaction de la femme. En effet, l'auteur soutient que la satisfaction de l'utilisateur d'un service de santé est influencée par son appréciation des aspects liés à la structure et au processus de soins.



**Figure 1** : Modèle de Donabedian (1980)

Dans cette étude, seule la dimension de la qualité des services liée aux interactions entre la femme et le prestataire (aspects de processus) est analysée, car cet aspect revêt beaucoup plus d'importance aux yeux des femmes que les aspects de structure (Fesseha et al., 2014 ; Njong et Tchouapi, 2020).

Cette dimension est constituée des trois variables suivantes :

1. **L'interaction de la femme avec le prestataire** : cette variable rend compte de la satisfaction de la femme quant à la bonne disposition du prestataire à discuter des problèmes ou des préoccupations concernant sa grossesse ;
2. **L'intimité au cours de la consultation** : il est question de la satisfaction de la femme sur le respect du cadre intime de la consultation ;
3. **Le temps d'attente avant la consultation** : il s'agit de la satisfaction de la femme quant au temps qu'elle a passé avant d'être reçue en consultation par le prestataire.

Ces variables ont été mesurées via une échelle d'appréciation allant de 1 à 3, avec 1= Très insatisfaite, 2= Pas vraiment satisfaite et 3= Très satisfaite. Pour le besoin de l'étude et pour palier le problème de sous-effectif de la dernière catégorie, elles ont été rendues dichotomiques.

Le tableau 2 présente les variables qui ont permis la collecte des données exploitées dans cette recherche selon leurs rôles dans l'analyse de données.

**Tableau 2** : Les variables de l'étude

Variables	Définition	Modalités
	Variables dépendantes	
1. Interaction femme/prestataire(X202\$02)	Satisfaction de la femme quant à la bonne disposition du prestataire à discuter des problèmes ou des préoccupations liés à sa grossesse.	1. Oui 2. Non
2. Respect de l'intimité en consultation (X202\$04)	Satisfaction de la femme par rapport au cadre intime de la consultation.	1. Oui 2. Non
3. Temps d'attente avant la consultation (X202\$01)	Satisfaction de la femme sur le temps passé avant d'être reçu en consultation par le prestataire.	1. Oui 2. Non
	Variables indépendantes	
Autorité de gestion de la formation sanitaire (MGA)	L'autorité de gestion de la FOSA	1. Privé 2. Public



Type de formation sanitaire (FACTYPE)	Type de FOSA selon la hiérarchie du système de santé de la RDC	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Centre de santé</li> <li>2. Hôpitaux/cliniques</li> </ol>
Milieu de résidence (FTYPE)	Milieu de résidence de la femme	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Urbain</li> <li>2. Rural</li> </ol>
Age des femmes (X302)	L'âge au dernier anniversaire déclaré par la femme	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 15 -19 ans</li> <li>2. 20-24 ans</li> <li>3. 25-29 ans</li> <li>4. 30-34 ans</li> <li>5. 35-39 ans</li> <li>6. 40-44 ans</li> <li>7. 45 ans et plus</li> </ol>
Niveau d'instruction des femmes (X304)	Dernier diplôme déclaré au moment de l'EPSS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sans instruction</li> <li>2. Primaire</li> <li>3. Secondaire</li> <li>4. Universitaire</li> </ol>

La variable « type de formation sanitaire » a été originellement mesurée en 5 modalités : 1. Centre de santé, 2. Centre de santé de référence, 3. Hôpital général de référence, 4. Hôpital/centre hospitalier/clinique, 5. Hôpital tertiaire. Celles-ci ont été regroupés en centres de santé et Hôpitaux/cliniques, selon la hiérarchie du système de santé de la RDC. De même pour la variable « autorité de gestion » dont les modalités : ONG/ Privé sans but lucratif, Privé lucratif, et Privé confessionnel ont été regroupé pour constituer la modalité des formations privés.

### ➤ **Analyse statistique des données**

Toutes les analyses statistiques ont été faites en utilisant le logiciel SPSS version 26.0. Aussi, nous avons réalisé une analyse bivariée afin d'évaluer la satisfaction des femmes en CPN selon quelques caractéristiques des formations sanitaires et des femmes. Un test de Khi-deux de Pearson a été utilisé pour inférer les résultats. En outre, un modèle de régression logistique multivariée a été appliqué à ces données pour rendre compte des facteurs associés à la non-satisfaction des femmes de la CPN. A cet effet, les variables indépendantes retenues comme facteurs susceptibles d'expliquer l'insatisfaction des femmes en CPN étaient, d'une part, les caractéristiques institutionnelles, à savoir : « le type de formation sanitaire » et « l'autorité de gestion de la formation sanitaire », et d'autre part, les caractéristiques sociodémographiques des femmes, notamment « l'âge », « le milieu de résidence » et « le niveau d'instruction ». Ces Variables indépendantes ont été introduites dans le modèle pour chacune des trois variables dépendantes par la méthode sélective descendante de Wald (1945). Il s'agit d'une démarche dit pas à pas qui consiste à éliminer les variables du modèle de façon progressive

en se basant sur la probabilité statistique d'Abraham Wald (1947). Le critère d'entrée pour une variable est de 0,05 et le critère de sortie est de 0,10. Il est à noter que les femmes âgées de 10 à 14 ans ont été exclues des analyses car elles ne représentaient que 19 observations. Seules les observations n'ayant pas de réponses manquantes sur toutes les variables de l'étude ont été considérées pour les analyses.

## Résultats

### Évaluation de l'insatisfaction des femmes en CPN

Le tableau 3 présente le niveau de satisfaction des femmes sur le plan de leur interaction avec le prestataire de service. Au total 14% des femmes se sont déclarées insatisfaites de leur interaction avec le prestataire. Toutefois, des variations significatives selon l'âge et le milieu de résidence des femmes et selon le type de formation sanitaire ont été observées. En effet, la non-satisfaction était plus forte chez les femmes de jeune âge (15-19 ans) et celles d'âge de fin de vie féconde (45 ans et plus), avec respectivement 14% et 26% ( $P < 0,001$ ). Par ailleurs, les résultats présentés dans le tableau 3 mettent en évidence que ce sont les femmes reçues dans les formations sanitaires publiques (16%) qui se déclaraient plus insatisfaites quant à l'interaction avec leur prestataire que celles consultées dans les formations privées (10%). Cette disparité était significative au seuil de 0.001.

**Tableau 3** : Proportion des femmes en CPN non satisfaites de leur interaction avec le prestataire

Caractéristiques des femmes et des formations sanitaires		Interaction femme/prestataire			P-value
		Effectif total	Effectif des non satisfaites	Pourcentage (%)	
Age (ans)	15-19	884	126	14,3	0,001
	20-24	1127	159	14,1	
	25-29	962	126	13,1	
	30-34	753	92	12,2	
	35-39	354	40	11,3	
	40-44	112	12	10,7	
	≥ 45	293	75	25,6	
Niveau d'instruction	Sans instruction	811	105	12,9	0,552
	Primaire	1330	187	14,1	
	Secondaire	2100	308	14,7	
	Supérieur/Universitaire	244	30	12,3	
	Urbain	1372	168	12,2	0,021

Milieu de résidence	Rural	3113	462	14,8	
Autorité de gestion de la FOSA	Publique	2834	454	16,0	0,000
	Privée	1651	176	10,7	
Type de formation sanitaire	Centres de santé	2361	375	15,9	0,000
	Hôpitaux/Cliniques	2124	255	12,0	
Total		<b>4485</b>	<b>630</b>	<b>14,0</b>	

L'analyse du tableau 4 révèle que près de 14% des femmes se disaient non satisfaites de l'intimité lors de la consultation quand la conversation avait eu lieu. Comme pour l'interaction avec le prestataire, la non-satisfaction était plus forte chez les femmes plus âgées. Il est également ressorti que les femmes reçues dans les hôpitaux et cliniques étaient plus insatisfaites (16%) que les femmes reçues dans les centres de santé (13%). Cette variation de la satisfaction était significative au seuil de 0,001.

**Tableau 4 :** Proportion des femmes en CPN non satisfaites de l'intimité au cours de la consultation

Caractéristiques des femmes et des formations sanitaires		Effectif total	Intimité de la consultation Effectif des non satisfaites	Pourcentage (%)	P-value
Age (ans)	15-19	888	127	14,3	0,000
	20-24	1129	143	12,7	
	25-29	962	140	14,6	
	30-34	752	100	13,3	
	35-39	354	39	11,0	
	40-44	112	10	8,9	
	≥ 45	293	76	25,9	
Niveau d'instruction	Sans instruction	810	113	14,0	0,994
	Primaire	1333	191	14,3	
	Secondaire	2103	296	14,1	
	Supérieur/Universitaire	244	35	14,1	
	Urbain	1376	165	12,0	0,006

Milieu de résidence	Rural	3114	470	15,1	
Autorité de gestion de la FOSA	Publique	2835	464	16,4	0,000
	Privée	1655	171	10,3	
Type de formation sanitaire	Centres de santé	2365	368	15,6	0,004
	Hôpitaux/Cliniques	2125	267	12,6	
<b>Total</b>		<b>4490</b>	<b>635</b>	<b>14,1</b>	

En ce qui concerne la satisfaction de la femme par rapport au temps d'attente avant la consultation, les résultats du tableau 5 indiquent qu'environ 30% des femmes en CPN se déclaraient insatisfaites de ce temps d'attente. Entre ces différentes femmes, les femmes du milieu urbain étaient encore plus insatisfaites (34%) que celles du milieu rural (28%). Cette variation était significative au seuil de 0,001.

**Tableau 5 :** Proportion des femmes en CPN non satisfaites du temps d'attente avant la consultation

Caractéristiques des femmes et des formations sanitaires		Effectif total	Temps d'attente avant d'être reçu Effectif des non satisfaites	Pourcentage	P-value
Age (ans)	15-19	887	274	30,9	0,016
	20-24	1129	325	28,8	
	25-29	962	287	29,8	
	30-34	713	236	31,3	
	35-39	353	89	25,2	
	40-44	112	26	23,2	
	≥ 45	292	109	37,3	
Niveau d'instruction	Sans instruction	810	235	29,0	0,062
	Primaire	1331	372	27,9	
	Secondaire	2103	653	31,1	
	Supérieur/Universitaire	244	86	35,2	
Milieu de résidence	Urbain	1377	464	33,7	0,000
	Rural	3111	882	28,4	

Autorité de gestion de la FOSA	Publique	2832	882	31,1	0,027
	Privée	1656	464	28,0	
Type de formation sanitaire	Centres de santé	2364	688	29,1	0,171
	Hôpitaux/Cliniques	2124	658	31,0	
Total		<b>4488</b>	<b>1352</b>	<b>30,0</b>	

### Facteurs associés à l'insatisfaction des femmes quant à l'interaction avec le prestataire

Pour la compréhension des facteurs associées à l'insatisfaction des femmes quant à l'interaction avec le prestataire, les analyses faites montrent que les femmes de 45 ans et plus étaient près de deux fois plus susceptibles d'être insatisfaites de la qualité de leur interaction avec le prestataire que celles de moins de 35 ans ( $P < 0,01$ ) (Tableau 6). Le niveau d'insatisfaction tendait à augmenter avec le niveau d'instruction car les femmes de niveau primaire et secondaire avaient 1,3 et 1,6 fois plus de chance de se déclarer non satisfaites de leur interaction avec le prestataire que les femmes qui étaient sans instruction ( $P < 0,05$ ). Enfin, les résultats du tableau attestent que les femmes étaient 0,6 fois moins susceptibles de se déclarer non satisfaites de leur interaction avec le prestataire dans les formations privées que dans les formations publiques ( $P < 0,01$ ).

**Tableau 6 :** Facteurs associés à l'insatisfaction des femmes par rapport à l'interaction avec le prestataire

Variables	Modalités	B	P-value	Odds ratio
Age (ans)	15-19	-0,08	0,949	0,992
	20-24			Référence
	25-29	-0,046	0,724	0,955
	30-34	-0,138	0,328	0,871
	35-39	-0,197	0,300	1,821
	40-44	-235	0,461	0,790
	≥ 45	0,833	0,000	2,299***
Niveau d'instruction	Sans instruction			Référence
	Primaire	0,276	0,043	1,318**
	Secondaire	0,487	0,000	1,628***
	Supérieur	0,396	0,09	1,485
Milieu de résidence	Urbain			Référence
	Rural	0,104	0,330	1,109

Type de FOSA	Centres de santé			Référence
	Hôpitaux/Cliniques	-0,302	0,001	0,739***
Autorité de gestion de la FOSA	Publique			Référence
	Privée	-0,445	0,000	0,641***

\*\*\* = significatif à 1 % ; \*\* = significatif à 5 %

### Facteurs associés à l'insatisfaction des femmes quant à l'intimité de la consultation

Pour ce qui est de l'intimité de la consultation, les résultats obtenus (Tableau 7) indiquent comme dans le cas de l'interaction femme/prestataire, que ce sont les femmes de 45 ans et plus qui étaient plus susceptibles d'être insatisfaites de l'intimité au cours de la consultation. Par ailleurs, les femmes en CPN étaient 0,7 fois moins susceptibles de se déclarer non satisfaites de l'intimité de leur consultation dans les hôpitaux et cliniques que dans les centres de santé ( $P < 0,05$ ) (Tableau 7).

**Tableau 7 :** Facteurs associés à l'insatisfaction des femmes quant à l'intimité de la consultation

Variables	Modalités	B	P-value	Odds ratio
Age (ans)	15-19	0,126	0,338	1,135
	20-24			Référence
	25-29	0,184	0,154	1,203
	30-34	0,070	0,619	1,073
	35-39	-0,131	0,500	0,878
	40-44	-0,337	0,328	0,714
	≥ 45	0,915	0,000	2,497***
Niveau d'instruction	Sans instruction			Référence
	Primaire	0,206	0,123	1,228
	Secondaire	0,331	0,012	1,392**
	Supérieur	0,414	0,061	1,513
Milieu de résidence	Urbain			Référence
	Rural	0,151	0,159	1,163
Type de FOSA	Centres de santé			Référence
	Hôpitaux/Cliniques	-0,217	0,017	0,805**
	Publique			Référence

Autorité de gestion de la FOSA	Privée	-0,501	0,000	0,6061***
--------------------------------	--------	--------	-------	-----------

### Facteurs associés à l'insatisfaction des femmes quant au temps d'attente avant la consultation

Après l'analyse du tableau 8, il ressort que la non satisfaction des femmes étaient associée à l'âge des femmes, au milieu de résidence et à l'autorité de gestion de la formation sanitaire fréquentée. De plus, les femmes fréquentant les formations sanitaires privées avaient 0,8 fois moins de chance d'être insatisfaites du temps d'attente avant consultation que celles qui fréquentaient les formations publiques ( $P < 0,01$ ). De même, les femmes du milieu rural étaient 0,7 fois moins susceptibles de se déclarer non satisfaites quant au temps d'attente que celles du milieu urbain ( $P < 0,01$ ).

**Tableau 8 :** Facteurs associés à la non satisfaction des femmes par rapport au temps d'attente avant la consultation

Variables	Modalités	B	P-value	Odds ratio
Age (ans)	15-19	0,116	0,237	1,123
	20-24			Référence
	25-29	0,040	0,681	1,041
	30-34	0,114	0,266	1,121
	35-39	-0,196	0,160	0,822
	40-44	-0,298	0,202	0,742
	≥ 45	0,438	0,002	1,550***
Niveau d'instruction	Sans instruction			Référence
	Primaire	-0,027	0,792	0,974
	Secondaire	0,110	0,264	1,117
	Supérieur	0,234	0,158	1,264
Milieu de résidence	Urbain			Référence
	Rural	-0,330	0,000	0,719***
Type de FOSA	Centres de santé			Référence
	Hôpitaux/Cliniques	0,054	0,425	1,056
Autorité de gestion de la FOSA	Publique			Référence
	Privée	-0,195	0,005	0,823***

### Discussion

Considérant les trois dimensions de la qualité de services de CPN étudiées dans cette recherche, à savoir l'interaction avec le prestataire,

l'intimité de la consultation et le temps d'attente avant la consultation, cette étude a mis en exergue des taux d'insatisfaction faible (14%) pour les deux premières dimensions. Ce résultat tranche avec la mauvaise réputation de la qualité des services de santé en RDC. Au-delà du fait qu'il est établi que les participants à la recherche ont souvent tendance à répondre favorablement aux questions sur la satisfaction (Worthington, 2005), ces taux faibles peuvent signifier que les femmes en CPN ont des attentes d'un niveau faibles en ce qui concerne ces deux dimensions. Le type d'échelle utilisée pour saisir les réponses ainsi que la formulation des questions pourrait également expliquer ces chiffres. Ainsi, dans une étude au Burkina Faso, Drabo et al. (2015) ont trouvé respectivement 60,4% et 29% de taux d'insatisfaction pour la confidentialité au cours de la CPN et la prise en compte des préoccupations de la femme enceinte. De même, Tumasang et al. (2022) ont trouvé que 59 % des femmes en CPN étaient insatisfaites des discussions avec le prestataire concernant les problèmes psychologiques de la grossesse au Cameroun. Ces auteurs soutiennent que ces chiffres très élevés pourraient être corrélée avec les nombreuses récriminations des femmes concernant la capacité du prestataire à répondre à leurs préoccupations, l'absence de rideaux pour isoler la table d'examen, et le volume élevé de la voix du prestataire de service pendant la consultation

En revanche, le temps d'attente avant d'être reçu en consultation était perçu comme long et constitue un problème sérieux selon une proportion importante (30%) des femmes en CPN dans les formations sanitaires en RDC, principalement dans les milieux urbains. En effet, nous avons découvert que c'est dans les milieux urbains que les femmes sont plus promptes à se déclarer non satisfaites du temps d'attente avant la consultation. Les principales causes de cette situation dans les hôpitaux de la RDC seraient d'ordre institutionnel et en lien avec l'organisation des services (Mulinganya et al., 2018). En outre, la lourdeur des services en termes de gestion du flux des patients serait aussi la cause de cette situation. Ce résultat est proche de l'observation de Fesseha et al. (2014) en Ethiopie qui ont trouvé que 32,6% des femmes étaient insatisfaites du temps d'attente dont la plupart étaient des milieux urbains. Notre résultat est toutefois inférieur à celui trouvé par Owigho et Isara (2022) au Nigeria qui ont trouvé une proportion de 43,5% des femmes non satisfaites du temps d'attente. Cet écart peut être dû à une taille d'échantillon plus petite. Do et al. (2017) ont également trouvé que les longs temps d'attente étaient la principale cause de la non satisfaction des femmes en CPN en Namibie et au Kenya.

Les résultats de cette étude ont révélé que les femmes plus âgées et plus instruites sont plus enclines à se déclarer non satisfaites de la qualité des services de CPN que celles plus jeunes et moins instruites. Cela pourrait être dû à l'expérience et à la maturité de celles-ci. En effet, il a été observé que les



expériences passées des femmes dans les services de santé influencent considérablement leur satisfaction quant à la qualité des services, et de surcroît, la fréquentation de la CPN (Moussa, 2003 ; Jaffrey et al., 2009 ; Niang et al., 2015 ; Sanogo, 2020). Cette observation a été aussi faite en Ethiopie par Fesseha et al. (2014) qui ont trouvé que les femmes de 26-35 ans étaient plus susceptibles d'être non satisfaites de la qualité des services de CPN que celles de 17-25 ans. Toutefois, notre résultat diffère avec celui d'Atinga & Baku (2013) au Ghana qui ont démontré que l'insatisfaction était plus forte chez les femmes de 15-19 ans. Selon ces auteurs, les femmes plus âgées et plus instruites examineraient les questions de soins prénataux sous un angle différent de celui des femmes plus jeunes et moins instruites. Par ailleurs, ils ont rapporté des cas de violences symboliques, parfois physiques que subissent les femmes en CPN de la part des prestataires des services, lesquelles revêtent parfois le caractère des violences basées sur le genre.

Cette étude a également montré que les femmes des formations sanitaires privées étaient significativement moins susceptibles de ne pas être satisfaites de la qualité des services de CPN comparativement à celles fréquentant des établissements publics, quel que soit le volet de la qualité de service examinée dans cette étude. Ce résultat peut s'expliquer par le fait que le secteur privé a connu une croissance rapide depuis plus d'une décennie en RDC et nombreux sont ceux qui sont à but lucratif et qui investissent des moyens conséquents pour entre autres recruter du personnel de qualité. Plusieurs études ont rapporté cet état de fait en Afrique (Rwenge, 2007 ; Jallow et al., 2012 ; Atinga et Baku, 2013 ; Do et al., 2017 ; Hatem et al., 2018, De même, ce fait a été confirmé par Gilson et al. (1993 ; 1995) qui ont montré que la qualité des services en Tanzanie est étroitement liée au niveau de formation du personnel de santé. Ainsi, Hussen et al. (2022) ont trouvé que le fait que le prestataire soit à l'initiative des questions pendant la consultation était une des raisons de l'insatisfaction des femmes dans les établissements publics. D'après Boller et al. (2003) et Jallow et al. (2012), la bonne qualification du personnel est l'une des raisons pour lesquelles la qualité est jugée globalement meilleure dans le secteur privé que dans le public.

Sur la question de la qualité du personnel des services de CPN, les résultats de ce travail ont montré que les femmes des centres de santé sont plus susceptibles de ne pas être satisfaites que celles des hôpitaux et cliniques par rapport à leur interaction avec le prestataire et l'intimité de la consultation. Dans la hiérarchie du système de santé en RDC et dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne, le centre de santé constitue le niveau primaire des soins. Dans ces structures de santé, les normes sanitaires ne sont toujours pas respectées rigoureusement (Hatem et al., 2018), comparées à la situation des hôpitaux et cliniques, car ces centres de santé disposent de peu de moyens (Ministère de la santé publique, 2019). Pourtant, le centre de santé est la

structure sanitaire de proximité pour la population congolaise mais aussi le cœur de la stratégie visant à accroître la couverture sanitaire en RDC. Ce résultat a également été observé par Hatem et al. (2018) qui ont montré que l'insatisfaction des femmes sur les aspects interpersonnels avec les prestataires était plus forte dans les formations sanitaires de niveau communautaire (Centre medico-sanitaire) que dans celles de niveau régional et central (Centre hospitalier régional et Centre hospitalier universitaire). Pour expliquer cela, les auteurs mettent en avant le fait que plusieurs femmes avaient rapporté qu'elles n'étaient pas autorisées à poser des questions durant les consultations prénatales. La communication de bouche à oreille étant très développée en Afrique et en RDC en particulier (Jaffré, 2003), Ces lacunes pourraient amener les femmes à informer plusieurs autres de ses paires qui seront réticentes à se rendre dans les formations sanitaires ou bien décideront de ne s'y rendre qu'en cas de force majeure (Dujardin et al., 1995 ; Bamba, 2021).

## **Conclusion**

Cette étude s'est intéressée à l'insatisfaction des femmes dans trois dimensions de la qualité des services de CPN dans les formations sanitaires de la RDC, l'interaction de la femme avec le prestataire, l'intimité de la consultation et le temps d'attente avant la consultation. C'est la première étude à traiter de l'insatisfaction des femmes en CPN au niveau national dans les établissements de santé en RDC. Son objectif était double, à savoir évaluer la satisfaction des femmes en CPN et examiner les facteurs associés à l'insatisfaction des femmes dans les formations sanitaires du pays. Pour tous les trois dimensions étudiés, l'étude a permis de montrer que la qualité perçue varie selon le type de formation sanitaire considéré. Les lacunes observées dans les formations sanitaires publics et les centres de santé devraient faire l'objet d'une attention particulière de la part des pouvoirs publics et des planificateurs sanitaires d'autant plus ces établissements restent les principaux prestataires de soins pour la population, en général, et pour les femmes défavorisées, en particulier.

Une meilleure gestion des structures publiques et une meilleure formation aux compétences en communication avec les femmes pour les prestataires peuvent aider à retenir les patientes et à améliorer la qualité des soins prénatals dans le secteur public. Les administrateurs des formations sanitaires devraient mieux organiser leurs services, surtout dans les milieux urbains, cela pour permettre de réduire les temps d'attente et satisfaire au mieux les femmes. A l'heure de la mobilisation pour l'atteinte des objectifs de développement durable en RDC, les conclusions de cette recherche peuvent aider à orienter les décisions.

L'étude comporte certaines limites, telles que l'absence des variables socioculturelles non mesurées pendant l'enquête et qui sont également

susceptibles d'influencer la satisfaction des femmes car la satisfaction des femmes sur les services de soins prénatals peut varier selon leurs croyances sociales et culturelles. Ainsi, une femme qui subit des violences sexistes pendant la consultation pourrait trouver cela non problématique du fait de certaines coutumes ou traditions qui la contraignent dans son milieu. De plus, la nature quantitative de notre étude constitue aussi une limite en ce sens. Il est impérieux que des recherches complémentaires sur la satisfaction des femmes en CPN soient menées afin de déceler les obstacles socioculturels liés à la satisfaction des femmes quant à la qualité des services.

### References:

1. AKA, K. E., HORO, G. A., KOFFI, A., FOMBA, A., & KONE, M. (2016). Politique de gratuité des soins obstétricaux et indicateurs de santé maternelle et infantile: Résultats et impact dans une maternité de niveau tertiaire à Abidjan (Côte d'Ivoire).
2. ALDANA, J. M., PIECHULEK, H., & AL-SABIR, A. (2001). Client satisfaction and quality of health care in rural Bangladesh. *Bulletin of the World Health Organization*, 79, 512-517.
3. ATINGA, R. A., & BAKU, A. A. (2013). Determinants of antenatal care quality in Ghana. *International Journal of Social Economics*, Vol.40 N°.10,2013, pp.852-865
4. BAMBA, O. (2021). Évaluation de la satisfaction des femmes à la CPN au CSCom U de Banconi. Mémoire de DES. Université des Sciences des Techniques et des technologies de Bamako.
5. BOLLER, C., WYSS, K., MTASIWA, D., et TANNER, M. (2003). Quality and comparison of antenatal care in public and private providers in the United Republic of Tanzania. *Bulletin of the World Health Organization*, 81, 116-122.
6. BOVIER, P., HALLER, D., & LEFEBVRE, D. (2004). Mesurer la qualité des soins en médecine de premier recours: difficultés et solutions: Médecine ambulatoire. *Médecine et hygiène*, 62(2497), 1833-1836.
7. COTE ET MCNEIL (1995), Programme d'amélioration continue de la qualité des services et de la satisfaction des usagers. *Régie régionale de la Santé et Services Sociaux de Montréal*
8. DE-BANGUIRYS, S. L., DANSOU, J., & BENINGUISSE, G. (2015). Analyse des facteurs de non recours en première Consultation Périnatale lors des premières grossesses des adolescentes/jeunes à Yaoundé. In 7th African Population Conference, Pretoria, South Africa, 18p.
9. DRABO, K. M., HIEN, H., KONFE, S., NANA, F., LY, A., & OUEDRAOGO, T. (2015). Perceptions des femmes enceintes

- fréquentant la consultation prénatale dans les centres de santé de premier échelon du District sanitaire de Do et Dafra au Burkina Faso: Pregnant women perception at antenatal care in the first line health services of Do and Dafra districts. *Sciences de la Santé*, 38(1 et 2).
10. DO, M., WANG, W., HEMBLING, J., & AMETEPI, P. (2017). Quality of antenatal care and client satisfaction in Kenya and Namibia. *International Journal for Quality in Health Care*, 29(2), 183-193.
  11. DUJARDIN, B., CLARYSSE, G., CRIEL, B., DE BROUWERE, V., & WANGATA, N. (1995). *The strategy of risk approach in antenatal care: evaluation of the referral compliance. Social Science & Medicine*, 40(4), 529-535.
  12. DONABEDIAN A. (1980). The definition of quality and approaches to its assessment, *Health Administration Press, Ann Arbor*
  13. FESSEHA, G., ALEMAYEHU, M., ETANA, B., HAILESLASSIE, K., & ZEMENE, A. (2014). Perceived quality of antenatal care service by pregnant women in public and private health facilities in Northern Ethiopia. *American Journal of Health Research*, 2(4), 146-151.
  14. FOURNIER P. et HADDAD S. (1995), Les facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en développement, in GERARD H et V. PICHE, *La sociologie des populations*, Montréal, PUM.
  15. GARNERIN, P., BOVIER, P., CHAMOT, E., CHASTONAY, P., CHOPARD, P., HERRMANN, F., & PERNEGER, T. (2001). Qualité des soins. *Bulletin des médecins suisses*, 82(38), 2020-4.
  16. GILSON, L., KITANGE, H., & TEUSCHER, T. (1993). Assessment of process quality in Tanzanian primary care. *Health Policy*, 26(2), 119-139.
  17. GILSON, L., MAGOMI, M., & MKANGAA, E. (1995). The structural quality of Tanzanian primary health facilities. *Bulletin of the World Health Organization*, 73(1), 105.
  18. HATEM, M., HALABI-NASSIF, H. & MAROUN, M. (2018). Évaluation de la qualité des services de santé maternelle et néonatale en Guinée-Conakry et au Togo. *Santé Publique*, S(HS), 101-111. <https://doi.org/10.3917/spub.180.0101>
  19. HUSSEN, M. A., & WORKU, B. T. (2022). Quality of Antenatal Care Service and Factors Associated with Client Satisfaction at Public Health Facilities of Bele Gasgar District. *Journal of Patient Experience*, 9, 23743735221083163.
  20. JALLOW, I. K., CHOU, Y. J., LIU, T. L., & HUANG, N. (2012). Women's perception of antenatal care services in public and private clinics in the Gambia. *International journal for quality in health care*, 24(6), 595-600.

21. JAFFRE, Y. (Ed.). (2003). *Une médecine inhospitalière: les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Karthala Editions.
22. JAFFRE, Y. (Ed.). (2009). *La bataille des femmes: analyse anthropologique de la mortalité maternelle dans quelques services d'obstétrique d'Afrique de l'Ouest*. Éditions Faustroll.
23. KES, A. M., KYALUBILE, N. M., KASHALA, M., TSHISAND, K., & MUNDONGO, H. (2018). Patient satisfaction, one of the levers for the health services performance: Contribution to scientific evidence, Lubumbashi, Democratic Republic of Congo. *Int. J. of Multidisciplinary and Current research*, 6.
24. LOPEZ, A., & REMY, P. L. (2007). Mesure de la satisfaction des usagers des établissements de santé. *Inspection Générale des Affaires Sociales - France*.
25. MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE. (2016). Plan National de Développement Sanitaire 2016–2020 : vers la couverture sanitaire universelle.
26. MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE. (2019). Plan National de Développement Sanitaire 2019-2022 : vers la couverture sanitaire universelle.
27. MOUSSA, H. (2003). Devoir de soigner et droit d'exercer la violence: ethnographie des consultations de planification familiale à Niamey/Niger. *Bulletin de l'APAD*, (25).
28. MULINGANYA, V., ASIMA, F., MIRINDI, P., & KAREMERE, H. (2018). Temps d'attente prolongés aux services de consultation médicale : enjeux et perspectives pour des hôpitaux de Bukavu en République Démocratique du Congo. *The Pan African Medical Journal*, 29.
29. NIANG, M., DUPERE, S. & BEDARD, E. (2015). Le non-recours aux soins prénatals au Burkina Faso. *Santé Publique*, 27, 405-414. <https://doi.org/10.3917/spub.153.0405>
30. NJONG, A. M., & TCHOUAPI, R. P. M. (2020). Évaluation de la Satisfaction des Usagers Vis-À-Vis de la Qualité des Services de Santé au Cameroun/Assessing User Satisfaction with the Quality of Healthcare Services in Cameroon.
31. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (2012). Statistiques Sanitaires Mondiale 2012, <https://www.who.int/gho>
32. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (2017). « Maternal, new-born, child and adolescent health: what is quality of care and why is it important? », *Organisation Mondial de la Santé*

33. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (2019a). La qualité des services de santé : un impératif mondial en vue de la couverture santé universelle, *Organisation Mondiale de la Santé*, P.85
34. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (2019b). Évolution de la mortalité maternelle 2000 to 2017 : estimations de l'OMS, de l'UNICEF, de l'UNFPA, du groupe de la banque mondiale et de la division de la population des Nations Unies : résumé d'orientation. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332962>.
35. OWIGHO, O., & ISARA, A. R. (2022). Women's perception of quality and utilization of antenatal care and delivery services in Oshimili South Local Government Area of Delta State, Nigeria. *Journal of Community Medicine and Primary Health Care*, 34(1), 81-98.
36. PRUAL, A. (2004). La réduction de la mortalité maternelle dans les pays en voie de développement : théorie et pratique. *Med Trop*, 64(6), 569.
37. RWENGE, M. (2007). La qualité des soins prénatals selon la perspective des clientes au Cameroun. (Districts de santé de Nkongsamba, Bafang et Mfou). *African population studies*, 22(2).
38. SANOGO, N. A., FANTAYE, A. W., & YAYA, S. (2020). Chapitre 5. Au-delà de la couverture : une étude qualitative explorant l'impact perçu du régime d'assurance maladie obligatoire du Gabon sur la qualité des soins prénatals Published in BMC Health services research. *La couverture sanitaire universelle : Effet de l'assurance maladie obligatoire sur la qualité et l'accessibilité aux soins de santé au Gabon*, 105.
39. TAM, J. L. (2005). Examining the dynamics of consumer expectations in a Chinese context. *Journal of Business Research*, 58(6), 777-786.
40. TSAWE, M., & SUSUMAN, A. S. (2014). Determinants of access to and use of maternal health care services in the Eastern Cape, South Africa: a quantitative and qualitative investigation. *BMC research notes*, 7(1), 1-10.
41. TUMASANG, E. N., KAMANDO, E. N., & MAYIN, K. B. (2022). Women's Satisfaction with the Quality of Antenatal Care Services Being Offered in Bamenda Health District. *Journal of Gynecology and Obstetrics*, 10(2), 131-138.
42. UNION AFRICAINE (2013). Rapport annuel sur la situation de la santé maternelle, néonatale et infantile en Afrique.
43. VANNINNEUSE, A. (2004). La satisfaction du patient en orthopédie-traumatologie. *E Mém Académie Natl Chir*, 3(4), 9-13.

44. VAN DER HOEVEN, M., KRUGER, A., & GREEFF, M. (2012). Differences in health care seeking behaviour between rural and urban communities in South Africa. *International journal for equity in health*, 11(1), 1-9.
45. WORTHINGTON, C. (2005). "Patient satisfaction with health care: recent theoretical developments and implications for evaluation practices", *The Canadian Journal of Program Evaluation*, vol. 20, no 3, p. 41-63.