



## Assessment of quality of care and patient satisfaction in public and private hospitals in Lubumbashi, Democratic Republic of the Congo

Evaluation de la qualité des soins et satisfaction des malades dans les hôpitaux publics et privés à Lubumbashi en République Démocratique du Congo

Malandj Kes Adrien<sup>1,3</sup>, Henri Mundongo Tshamba<sup>2,4\*</sup>, Mukeng-A-Kaut Clarence<sup>3</sup>, Mwang Chikez Dimercia<sup>3</sup>, Mujinga Kashala<sup>4</sup>, Kayemb Mbay Yanick<sup>3</sup>, Yav Mbang Jean de la paix<sup>3</sup>, André Ndala Nyongonyi<sup>1</sup>, Mutombo Tshiund Eddy<sup>3</sup>, Hervé Mutombu Kabwit<sup>4</sup>, Makan Mawaw Paul<sup>1,2</sup>, Françoise Malonga Kaj<sup>1,2</sup>, Kakoma Sakatolo Zambèze Jean Baptiste<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Université de Lubumbashi, Ecole de santé publique, Lubumbashi, RDC

<sup>2</sup>Université de Lubumbashi, Faculté de Médecine, Lubumbashi, RDC

<sup>3</sup>Université de Kolwezi, Ecole de santé publique, Kolwezi, RDC

<sup>4</sup>Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kolwezi, Kolwezi, RDC

Received 01 Feb 2026, Accepted 08 March 2026, Available online 09 Mar 2026, Vol.14, No.2 (Mar/Apr 2026)

### Abstract

**Introduction:** In the Democratic Republic of Congo, the healthcare system faces the major challenge of providing quality healthcare for its steadily growing population. The study assesses the quality of healthcare in the city of Lubumbashi, determines the rate of overall patient satisfaction, the availability and usability of medical equipment, and equipment shortages. It also analyses the factors associated with overall satisfaction.

**Methods:** A cross-sectional, observational, descriptive study coupled with a quality-of-care assessment was conducted. A three-stage cluster random sampling of 1396 patients was used. For medical equipment management indicators, 18 respondents were managers or resource persons from selected centroid health facilities. Face-to-face interviews were conducted from January 25, 2025, to April 25, 2025. Data were processed using Excel 2013, SPSS v.26, and R-4.5.2-win software.

**Results:** The study revealed that 54.4% of patients were overall satisfied, with a significant difference between the public and private sectors ( $p=0.020$ ). Satisfaction rates were significantly higher for private centroid health facilities than for public ones ( $p<0.001$ ). From the patients' perspective, the quality of care reflects a perception of the functional quality of structures and care procedures, despite information asymmetry. The private sector shows a high medical equipment Availability Rate (AR) of approximately 85%, compared to a critical level of nearly 30% in the public sector ( $p<0.0001$ ); the coefficient of variation (CV) is 13.7%, indicating moderate dispersion (IQR: [57.1–70.3]). Both sectors showed positive and relatively high Usability Rates (UR); unlike availability, the gap was less pronounced. Equipment present in public facilities is generally usable; the UR showed the lowest variability (CV: 9.6%), indicating regular equipment use across different centroid health facilities (IQR: [87.1–100.0]). However, the private sector maintains a lead at 82.6% compared to 77.6% for the state-run type ( $p=0.10$ ). The public sector has a significantly higher Deficit Rate (DR) than the private sector: 70.7% (state) vs. 13.0% (private) (CV: 24.1%; IQR: [29.7–42.9]). Several patient expectations, notably the availability of specialists and medications, the provider-patient relationship, staff dedication, respect for privacy/confidentiality, and the organization of care, are better met in private facilities ( $p<0.001$ ). Factors associated with overall satisfaction include: Status ( $aPR=0.82$ ; 95% CI: [0.68–0.99];  $p=0.040$ ); In-hospital hygiene ( $aPR=0.82$ ; 95% CI: [0.69–0.97];  $p=0.020$ ) and Respect for privacy/precautions taken ( $aPR=1.40$ ; 95% CI: [1.20–1.65];  $p<0.001$ ).

**Conclusion:** The city of Lubumbashi shows a low overall satisfaction rate. Private health facilities achieved very high satisfaction scores, reflecting their investment in quality of care to meet patient demands. Continuous quality improvement is a strategy that offers a competitive and operational advantage to private structures in this environment. The study highlights the need to implement a quality culture in the public sector in order to improve patient satisfaction, which is one of the levers of hospital performance.

**Keywords:** Quality of care, Patient satisfaction, Lubumbashi, Democratic Republic of the Congo

\*Correspondant Author's ORCID ID: 0000-0001-5575-2435, Phone: +243995254649, DOI: <https://doi.org/10.14741/ijmcr/v.14.2.3>

## Résumé

**Introduction :** En République Démocratique du Congo, le système de santé fait face à un défi majeur d'assurer les soins de santé de qualité pour une population qui augmente graduellement. L'étude évalue la qualité des soins de santé dans la ville de Lubumbashi, détermine la proportion de la satisfaction globale des malades, de disponibilité d'équipements médicaux, d'utilisabilité, de déficit d'équipements et analyse les facteurs associés à la satisfaction globale.

**Méthodes :** Une étude descriptive transversale, observationnelle et couplée à une évaluation de la qualité des soins a été réalisée auprès des 1396 malades, issus d'un échantillon aléatoire, en grappes à trois degrés. Pour les indicateurs de la gestion de parc d'équipements médicaux, 18 répondants étaient des gestionnaires ou personnes ressources des structures sanitaires centroïdes sélectionnés. Les entretiens étaient réalisés en face-à-face, du 25 Janvier 2025 au 25 Avril 2025. Les données étaient traitées avec les logiciels Excel 2013, SPSS v.26 et R-4.5.2-win.

**Résultats :** L'étude a montré que seulement 54,4% des malades étaient satisfaits globalement avec une différence significative entre le secteur public et privé ( $p=0,020$ ). La satisfaction était hautement meilleure pour les structures sanitaires privées que publiques ( $p<0,001$ ). Le secteur privé affiche une proportion de disponibilité d'équipements médicaux élevée (85%) contre un niveau critique pour le public, proche de 30% ( $p<0,0001$ ), le coefficient de variation est de 13,7%, indiquant une dispersion modérée (IQR : 57,1-70,3). Les deux secteurs ont présenté des scores positifs et relativement élevés des proportions d'utilisabilité. Les structures publiques utilisent l'équipements disponibles, les résultats présentent une faible variabilité, avec un coefficient de variation de 9,6%, indiquant une utilisation régularisée d'équipements (IQR : 87,1-100,0). Le secteur privé conserve une longueur d'avance de 82,6% contre 77,6% pour le secteur étatique ( $p=0,10$ ). Le secteur public présente une proportion de déficit nettement supérieur à celui du privé, 70,7% (étatique) contre 13,0% (privé). Les attentes des malades, à savoir, la disponibilité des médecins spécialistes, la disponibilité des médicaments, la qualité de la relation soignant-soigné, le dévouement du personnel, le respect de l'intimité du malade et la confidentialité, l'organisation des activités des soins et les procédures de traitement, sont satisfaites dans les structures privées plus que dans les structures publiques ( $p < 0,001$ ). Les facteurs associés à la satisfaction globale sont le statut du patient (RPa = 0,82 ; IC95% : 0,68 - 0,99 ;  $p = 0,040$ ), les conditions d'hygiène intra hospitalière (RPa = 0,82 ; IC95% : 0,69 - 0,97 ;  $p = 0,020$ ) et le respect de l'intimité (RPa = 1,40 ; IC95% : 1,20 - 1,65 ;  $p < 0,001$ ).

**Conclusion :** Les structures sanitaires privées ont obtenu des scores de satisfaction très élevés, indiquant l'investissement de ces dernières sur la qualité des soins en réponse aux exigences des malades. Cette stratégie présente un avantage compétitif et opérationnel dans cet environnement concurrentiel. L'étude met en évidence la nécessité d'implémenter dans le secteur public la culture qualité afin d'améliorer le niveau de satisfaction des malades, qui est l'un des leviers de la performance des hôpitaux.

**Mots-clés :** Qualité des soins, Satisfaction des malades, Lubumbashi, République Démocratique du Congo

## Introduction

En République Démocratique du Congo, le système de santé fait face à un défi majeur d'assurer les soins de santé de qualité pour une population dans un contexte des ressources très limitées et une augmentation exponentielle de la densité démographique. Son système de santé est moins résilient, la défaillance de ce système est très préoccupante, particulièrement dans la ville de Lubumbashi, dans laquelle la qualité des soins dans les structures sanitaires privées et étatiques est mitigée et la satisfaction des malades demeure un mythe légendaire. Cette situation est un véritable obstacle pour la dispensation des soins de santé de qualité et la satisfaction des malades, alors que les hôpitaux doivent rendre compte de la rationalité des soins pour satisfaire la clientèle et de mobiliser les acteurs en faveur de l'auditabilité de la qualité des soins [1 ; 2 ; 3]. De ce fait, les attentes des malades en matière de prestation des soins de santé et leur satisfaction deviennent de plus en plus

une considération cruciale et nécessite une approche collaborative plus étroite, holistique, qui intègre des nouveaux modèles de pratique professionnelle favorisant le décloisonnement et l'unicité d'interventions [4 ; 5 ; 6 ; 7]. Actuellement, le consumérisme, l'adhérence aux normes, aux référentiels, la certification, l'accréditation des hôpitaux constituent une voie vers l'excellence et le management de la qualité des services de santé [7 ; 8 ; 9 ; 10 ; 11 ; 12 ; 13]. La performance organisationnelle et la qualité des services sont absolument liées et se situent entre les attentes des malades, vis-à-vis, des services de santé [14 ; 15] et les obligations des professionnels de santé. Le respect des besoins et des souhaits des malades est central dans toute structure sanitaire et leur satisfaction est de plus en plus utilisée comme une mesure de la qualité des soins [16 ; 17 ; 18 ; 19 ; 20 ; 21]. En Suisse, une étude révèle une satisfaction autour de 76% dans 53 hôpitaux enquêtés. Les hôpitaux universitaires, avec en moyenne 70%, se placent

significativement moins bien que les petits hôpitaux. Les plus satisfaits étaient les patients des petits hôpitaux (HGR), avec 80% qui dispensent des soins de base ; les femmes et les seniors étaient davantage satisfaits à 81% dans ces structures de santé [22]. En Haïti, 87,8% des malades hospitalisés étaient satisfaits de l'accueil et 80,2% satisfaits de la communication et la majorité (80,4%) des enquêtés étaient de sexe féminin. L'âge des personnes interrogées se situait entre 15 ans et 60 ans. La satisfaction globale dans le groupe des malades ambulatoires était de 81,5%. Cependant, une insatisfaction avait été noté en rapport avec l'accueil : en Salle d'urgence 40% ; en Salle d'hospitalisation 20% ; et pour la dimension communication : en Salle d'hospitalisation 12,5% et en Salle d'urgence 12,5% [23]. Globalement, plus de 80% des malades étaient satisfaits des services fournis par l'Hôpital Saint Damien [23]. Au Pérou, la satisfaction globale des malades face à la qualité des soins était de 60,3% dont les dimensions sécurité et empathie comptaient respectivement 86,8% et 80,3%. La dimension réactivité des services de santé avec 55,5% d'insatisfaction [24]. En France, une moyenne de 83±9% d'enfants hospitalisés étaient satisfaits de la relation soigné-soignant, 84±10% satisfaits des interventions thérapeutiques et 88±8% satisfaits du fonctionnement du service, avec une satisfaction globale de 69% ; 92±8% satisfaits du fonctionnement du service et 93±7% satisfaits de la relation soigné-soignant [25]. Le confort du séjour hospitalier avec une satisfaction de 64,5% ; l'organisation de la sortie 57,4% ; Pour le confort des chambres, le niveau de satisfaction variait de 15% à 50% selon les établissements hospitaliers. L'appréciation globale était de 90% ; dans presque 100% des cas, les malades estimaient avoir été accueillis aimablement [16]. En outre, 70% des usagers hospitaliers étaient très satisfaits, 22% assez satisfaits, 4% peu satisfaits et 3% pas du tout satisfaits [26]. En Australie, 84% des malades avaient classé la prise en charge globale comme très bonne ou excellente, 13% bonne, et seulement 3% avaient évalué leurs soins comme équitables. L'âge médian des patients était de 36 ans (25-46 ans). 61% étaient de sexe masculin et 78% pouvaient identifier un médecin de famille. La file d'attente était associée significativement à la satisfaction globale ( $p < 0,0001$ ) [27]. En République Démocratique du Congo (RDC), 14% des gestantes ayant reçu une consultation prénatale étaient insatisfaites de l'interaction avec les prestataires et l'intimité de la consultation ; 34% des gestantes résidant en milieu urbain et 28% en milieu rural étaient insatisfaites [28]. Les malades des services du centre de santé Afia Katindo de Goma, avaient affiché une satisfaction quant à l'accueil, l'hygiène, la qualité des soins et le tarif des soins abordable [29]. A l'Hôpital Général de Référence (HGR) Tshiamala de Mwene Ditu, le niveau de satisfaction globale des bénéficiaires était de 62,3% et que plusieurs facteurs l'influencent négativement notamment : Un mauvais accueil, la lenteur de la procédure administrative, le mauvais comportement

des infirmiers et médecins, le manque de communication du diagnostic aux malades, le non-respect des heures prévues pour les soins, le coût élevé des soins, l'indisponibilité du personnel, le manque d'eau potable, le mauvais état des salles d'hospitalisation et des douches [30]. Aux Cliniques Universitaires de Kinshasa (CUK), le niveau global de satisfaction était élevé ; 75% des patients avaient déclaré être prêts à revenir consulter et 77% y recommanderaient leurs proches en cas de besoin [31]. A l'HGR de Kanda-Kanda de Lomami, environ 66% des malades étaient insatisfaits de la qualité des soins reçus [32]. Aux Cliniques Universitaires de Lubumbashi (CUL), 6% des malades hospitalisés étaient très satisfaits et 47% des patients satisfaits. Les malades qui avaient estimé qu'ils étaient bien accueillis, étaient satisfaits de manière globale à 56% ; 47% des patients ayant jugés l'accueil et le confort des chambres de mauvaise qualité au premier contact avaient déclaré une insatisfaction. Plus de 70% des patients étaient satisfaits des aspects organisationnels, notamment, la gestion de la file d'attente réduisant le temps d'attente, la communication de la démarche thérapeutique, la participation du patient dans la décision relative aux soins et l'individualisation des soins [33]. A cet effet, malgré la prestation des soins, la qualité dans les hôpitaux de la ville de Lubumbashi est un défi majeur. Les hôpitaux font toujours face à une insatisfaction grandissante des malades/clients [23 ; 34 ; 35 ; 36]. Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, on estime qu'entre 4,9 à 8,4 millions de personnes meurent chaque année en raison de la mauvaise qualité des soins de santé, ce qui représente jusqu'à 15% de l'ensemble des décès enregistrés dans ces pays et la RDC est du coup classé parmi les dix derniers des 195 pays au monde en termes de performance d'accès et de qualité des soins de santé [36].

L'étude avait pour objectifs d'évaluer la qualité des soins de santé dans la ville de Lubumbashi ; de déterminer la proportion de la satisfaction globale des malades ; de calculer le taux de disponibilité d'équipements médicaux, taux d'utilisabilité, taux de déficit, d'analyser les facteurs associés à la satisfaction globale et proposer des axes prioritaires pour une stratégie d'amélioration continue de la qualité, d'Empowerment et d'autonomisation des malades basée sur les déterminants identifiés de la satisfaction.

## 2. Méthodes

L'étude s'est déroulée au sein des aires de collecte des données (ACD), dans les ménages et les structures sanitaires centroïdes étatiques et privées de la ville de Lubumbashi. Une structure sanitaire centroïde est un centre géographique de référence de l'aire de collecte des données. C'était une étude descriptive transversale, observationnelle et couplée à une évaluation de la qualité des soins réalisée auprès des malades issus d'un échantillon aléatoire, en grappes à trois degrés. La liste des structures sanitaires était disponible et avait permis la

sélection aléatoire au premier degré de 24 structures sanitaires centroïdes privées et 12 publiques de manière exhaustive. Au deuxième degré, la sélection des ménages au sein de l'ACD. Au troisième degré, au sein du ménage, la sélection du répondant ayant suivi les soins (traitement) au cours de 36 derniers mois. La collecte des données a été effective dans 35 ACD sur les 36 prévues étant donné que 1 autre ACD était inaccessible au moment de l'enquête. Les entretiens étaient réalisés du 25 Janvier 2025 au 25 Avril 2025. La population d'étude était constituée des malades, garde-malades et tuteurs des malades mineurs non émancipés. Les données ont été collectées par une interview structurée en face-à-face, au moyen d'un questionnaire préalablement préétabli et pré-testé, adressé aux malades. Le questionnaire a été élaboré selon le modèle CCECOA (Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine) et COMPAQH (Coordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière), à la suite d'un test de fiabilité du questionnaire [33]. Le test U de Mann-Whitney et le test de Chi<sup>2</sup> avaient permis respectivement la comparaison entre deux médianes et entre les proportions. Le rapport de prévalence a été calculé et le seuil de signification fixé à  $p < 0,05$  et IC à 95 %. L'analyse de la validité et de la fiabilité du questionnaire a été faite par le calcul du coefficient  $\alpha$  de Cronbach, le nombre de dimensions du questionnaire avec une analyse de composantes principales (ACP), le coefficient de corrélation, le test de Bartlett et la mesure de précision de l'échantillon de Kaiser-Meyer-Olkin ont été calculés [33]. Le questionnaire au format de l'échelle de Likert, la liste des centroïdes et ACD idoines étaient configurées et paramétrées avec le logiciel Kobocollect sur les tablettes et les téléphones mobiles smartphones. Le premier ménage qui se trouvait en face dudit centroïde était sélectionné comme porte d'entrée dans l'aire de collecte des données, avec un pas d'incrément de 10 structures ou parcelles et sélectionner le deuxième ménage, poursuivre systématiquement dans un rayon de 350m autour du centroïde. La taille de l'échantillon (n), calculée avec la formule de Cochran pour les onze strates (Zones de santé) dont 36 grappes (ACD) était estimée à 1.396 malades. Pour chaque aire de collecte des données (ACD), sept (7) intervieweurs y étaient affectés, en raison de 5 interviews à réaliser par enquêteur au sein des ménages se trouvant dans un rayon de 350m autour du centroïde [37]. Une seule interview était réalisée dans un ménage et par structure (parcelle), après consentement éclairé verbal, affirmatif ou assentiment. Quant aux malades trouvés au sein des structures sanitaires centroïdes étatiques et privées l'enquête était exhaustive. Les répondants avec déficience cognitive ou intellectuelle, les mineurs non émancipés et les participants dont la règle de 3 tentatives des visites s'était soldée à un échec étaient exclus de l'étude [37]. Pour les indicateurs d'équipements médicaux, les répondants étaient des gestionnaires ou personnes ressources des centroïdes

sélectionnés. Les logiciels : Excel 2013 avait servi à la gestion des données ; SPSS v.26 et R-4.5.2-win avaient permis d'importer la base des données Excel afin de réaliser les analyses descriptives et analytiques. Le logiciel XMind 8 avait servi pour l'élaboration du modèle d'approche d'amélioration continue de la qualité des soins. Les données manquantes et/ou incomplètes n'ont pas été considérées lors des analyses, pour les tests bivariés (Khi-deux, Mann-Whitney) et les modèles multivariés. Les variables explicatives et celle expliquée étaient comparées et stratifiées par type de structure sanitaire public et privé. Le test de khi-carré a été utilisé pour tester l'indépendance entre deux variables qualitatives, avec l'estimation des Rapports de Prévalence (RP) et leurs intervalles de confiance à 95%. Les Rapports de Prévalence ont été ajustés (RPa) au moyen de la régression Log-binomiale.

### 3. Résultats

La validité interne du questionnaire de satisfaction était excellente ; calculée par l'indice  $\alpha$  de Cronbach = 0,924. Les malades de sexe féminin 56,9% ont répondu à l'enquête contre 43,1% des malades de sexe masculin.

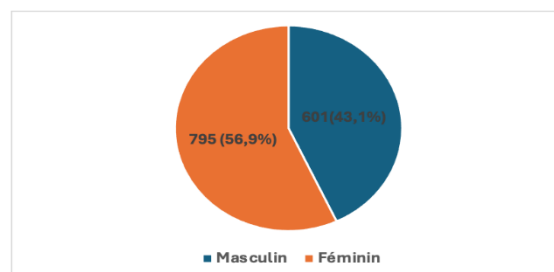


Figure 1 : Distribution des malades par rapport au genre

Globalement, 54,4% des répondants ont exprimés une satisfaction globale sur la qualité des soins de santé contre 45,6% des malades globalement insatisfaits.

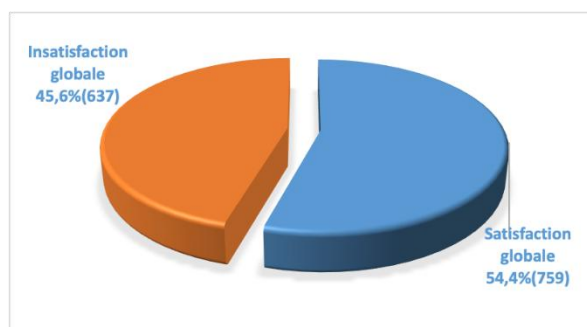
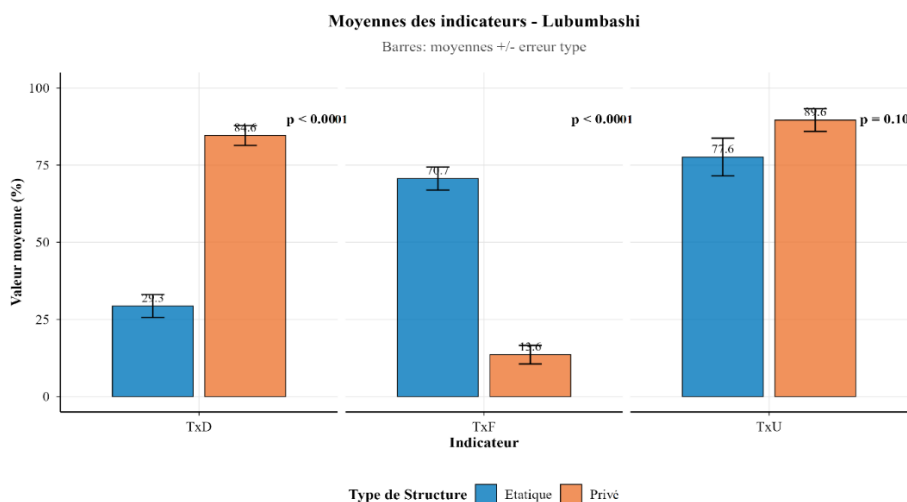


Figure 2 : Distribution des malades par rapport à la satisfaction globale

Le recours aux structures privées versus publiques varie significativement dans la ville de Lubumbashi, qui compte proportionnellement plus de patients dans le secteur privé.

L'étude indique une grande disparité pour les indicateurs de la gestion de parc d'équipements médicaux. Le secteur privé a affiché une proportion de disponibilité d'équipements médicaux élevé, tournant autour de 85% contre un niveau critique pour le public, proche de 30% ( $p < 0,0001$  ; le coefficient de variation (CV) était de 13,7%, indiquant une dispersion modérée, avec toutes les valeurs comprises dans un intervalle relativement étroit (IQR : [57,1-70,3]).

Les deux secteurs ont présenté des scores positifs et relativement élevés des proportions d'utilisabilité ; contrairement à la disponibilité, l'écart est moins plausible. Les équipements présents dans les structures publiques sont utilisés avec la plus faible variabilité, le coefficient de variation (CV) était de 9,6%, indiquant une utilisation régularisée des équipements à travers les différentes structures (IQR : 87,1-100,0).



**Figure 3 :** Moyennes de la distribution de proportion de disponibilité d'équipements médicaux (TxD), d'utilisabilité (TxU) et de déficit (TxF) par type de structure

**Tableau I :** Coefficient de variation (CV) des indicateurs d'équipements médicaux

Indicateur	Moyenne	Médiane	Ecart-type	CV(%)	Min	Max	IQR
Proportion Utilisabilité	92,75	96,53	8,93	9,6	75,00	100,00	[87,1-100,0]
Proportion Disponibilité	63,76	64,31	8,75	13,7	50,00	75,00	[57,1-70,3]
Proportion Déficit Global	36,24	35,69	8,75	24,1	25,00	50,00	[29,7-42,9]

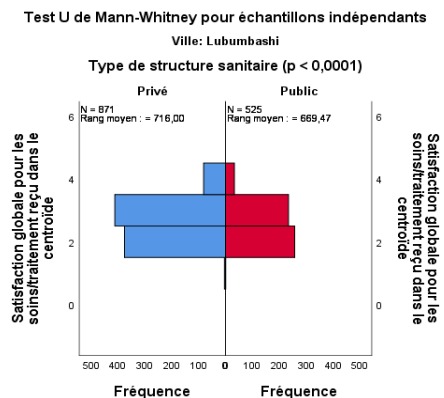
**Tableau II :** Inventaire des équipements médicaux et performance des centroïdes de Lubumbashi

Equipement	Nombre	Utilisabilité (%)	Disponibilité (%)	Déficit Global (%)	Performance
Appareil de radiologie	10	75.0	61.7	38.3	Acceptable
Automate de laboratoire	12	93.1	71.5	28.5	Acceptable
Échographie cardiaque	5	90.0	63.3	36.7	Acceptable
Électrocardiogramme	6	86.1	65.3	34.7	Acceptable
Lecteur ELISA	2	100.0	75.0	25.0	Acceptable
Machine PCR	2	100.0	66.7	33.3	Acceptable
Réfrigérateur banque de sang	2	100.0	75.0	25.0	Acceptable
Réfrigérateur pour vaccin	14	100.0	53.6	46.4	Insuffisant
ECG Holter	1	100.0	50.0	50.0	Insuffisant
Scanner	3	83.3	55.6	44.4	Insuffisant

Toutefois, le privé conserve une longueur d'avance de 82,6% et 77,6% pour le type étatique ( $p=0,10$ ) ; L'analyse de ces deux indicateurs suggèrent que le secteur public présente une proportion de déficit nettement supérieure à celui du privé, 70,7% (étatique) contre 13,0% (privé). Le CV était de 24,1% ; IQR : [29,7-42,9]. La proportion de déficit en ECG Holter, le réfrigérateur pour les vaccins, le

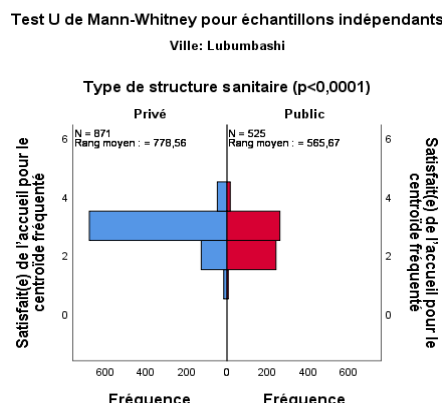
Scanner/IRM, révèle un niveau de performance insuffisant à Lubumbashi par rapport aux besoins essentiels.

Les malades perçoivent la satisfaction globale hautement meilleure dans les structures privées (N=871 ; Rang moyen = 716,00) comparée aux structures publiques (N=525 ; Rang moyen =669,47 ;  $p < 0,05$ ).



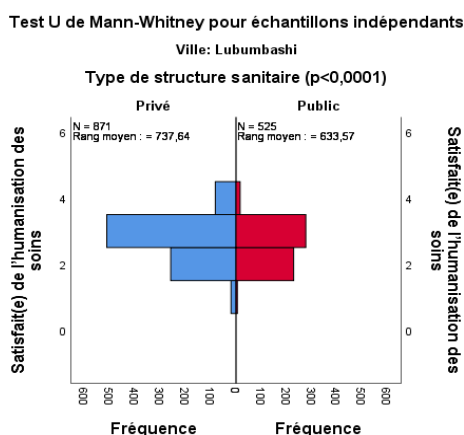
**Figure 4 :** La satisfaction globale des malades par rapport aux soins et traitement reçus stratifiée entre type de structure sanitaire centroïde

Les malades des structures privées (rang moyen = 778,56) étaient plus satisfaits de l'accueil comparés à ceux des structures publiques (Rang moyen = 565,67).



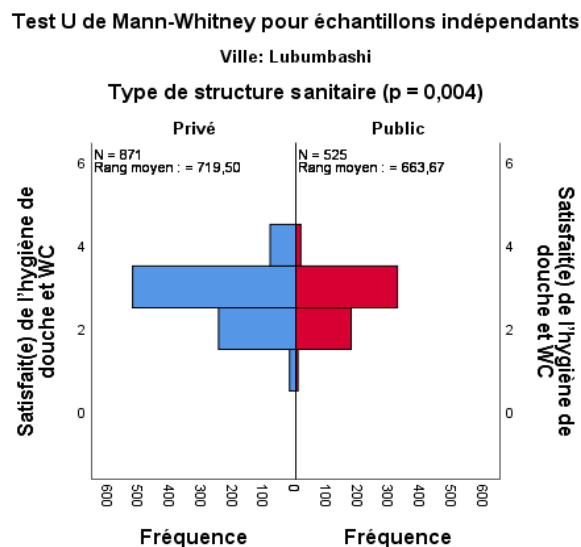
**Figure 5 :** La satisfaction des malades par rapport à l'accueil stratifiée entre type de structure sanitaire centroïde

Les malades perçoivent l'humanisation des soins comme hautement meilleure dans les structures privées (Rang moyen = 737,64) comparée aux structures publiques (Rang moyen = 633,57 ; p < 0,001).



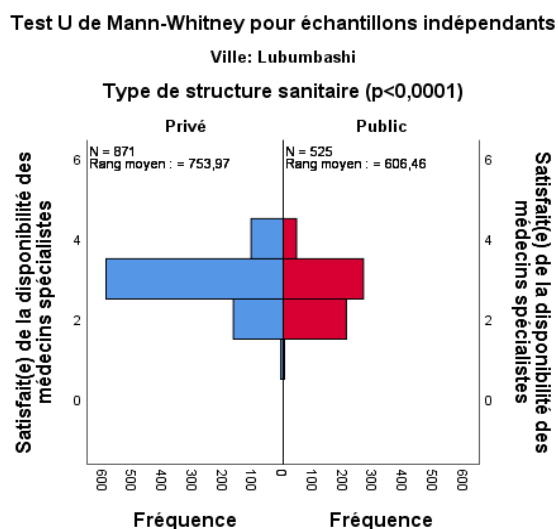
**Figure 6 :** La satisfaction des malades par rapport à l'humanisation des soins/traitement reçu stratifiée entre type de structure sanitaire

Les malades perçoivent les conditions d'hygiène intra hospitalière comme hautement satisfaisante dans les structures privées (Rang moyen = 719,50) comparée aux structures publiques (Rang moyen = 663,67 ; p = 0,004).



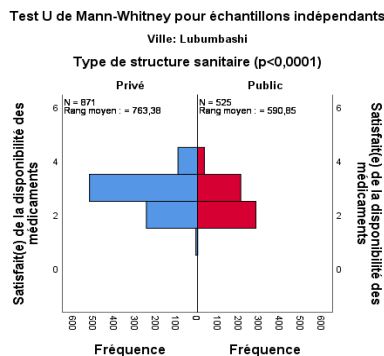
**Figure 7 :** La satisfaction des malades par rapport à l'hygiène des douches et installations sanitaires stratifiée entre type de structure sanitaire centroïde

Les malades perçoivent la disponibilité des médecins spécialistes comme hautement meilleure dans les structures privées (Rang moyen = 753,97) comparée aux structures publiques (Rang moyen 606,46 ; p < 0,001).



**Figure 8 :** La satisfaction des malades par rapport à la disponibilité des médecins spécialistes stratifiée entre type de structure sanitaire centroïde

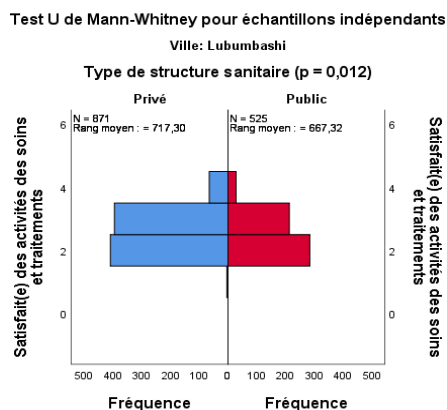
Les malades perçoivent la disponibilité des médicaments comme hautement meilleure dans les structures privées (Rang moyen = 763,38) comparée aux structures publiques (Rang moyen = 590,85) ; p < 0,001).



**Figure 9 :** La satisfaction des malades par rapport à la disponibilité des médicaments stratifiée entre type de structure sanitaire centroïde

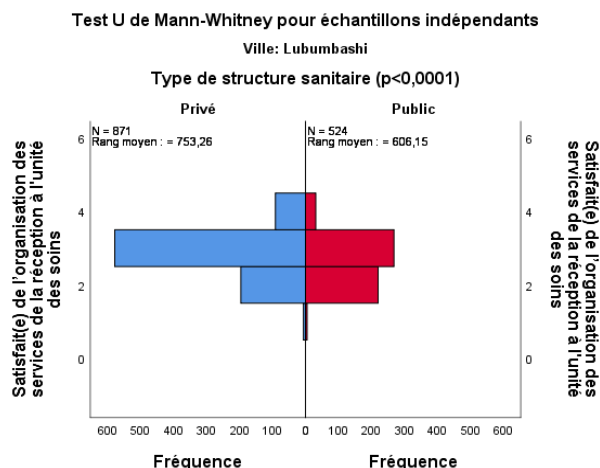
La relation soigné-soignant était perçue comme hautement meilleure dans les structures privées (Rang moyen = 741,21) comparée aux structures publiques (Rang moyen = 627,64) ; p<0,001.

Les activités des soins et traitements étaient perçues comme plus ou moins élevées dans les structures privées (Rang moyen = 717,30) comparées aux structures publiques (Rang moyen = 667,32 ; p<0,05).



**Figure 10 :** La satisfaction des malades par rapport aux activités des soins et traitements stratifiée entre type de structure sanitaire

Cette perception des malades sur la qualité est plutôt fonctionnelle et non technique. Elle reste plus ou moins subjective et reflète uniquement la perception des malades sur la disponibilité, la réactivité, l'équité et le contact avec le personnel soignant. Les malades perçoivent l'organisation des services de la réception à l'unité des soins hautement meilleure dans les structures privées (Rang moyen = 753,26) comparée aux structures publiques (Rang moyen = 606,15 ; p<0,001).



**Figure 11 :** La satisfaction des malades par rapport à l'organisation des services de la réception à l'unité des soins et traitements stratifiée par type de structure sanitaire.

Les facteurs associés à la satisfaction globale par la régression log-binomiale dans la ville de Lubumbashi sont, le statut du patient (RP<sub>a</sub> = 0,82 ; IC95% : [0,68 - 0,99] ; p = 0,040) ; les conditions d'hygiène intra hospitalière (RP<sub>a</sub> = 0,82 ; IC95% : [0,69 - 0,97] ; p = 0,020) ; le respect de l'intimité et les précautions prises (RP<sub>a</sub> = 1,40 ; IC95% : [1,20 - 1,65] ; p<0,001).

**Tableau III :** Estimations des paramètres<sup>a</sup> associés à la satisfaction globale par la régression log-binomiale dans la ville de Lubumbashi

Paramètres	P	RP <sub>a</sub> (IC95% RP <sub>a</sub> ) <sup>b</sup>
(Constante)	0,911	0,96 (0,48 - 1,92)
Groupe d'âges		
< 25	0,550	1,12 (0,78 - 1,61)
25 - 49	0,583	1,09 (0,79 - 1,51)
≥ 50		1
Statut du patient		
Abonné	0,166	0,83 (0,64 - 1,08)
Privé	0,040	0,82 (0,68 - 0,99)
Indigent	0,341	0,79 (0,49 - 1,28)
Membre de famille du personnel	0,524	0,88 (0,58 - 1,32)
Personnel		1
Conditions d'hygiène		
Oui	0,020	0,82 (0,69 - 0,97)
Non		1
Précautions prises pour l'intimité du patient		
Oui	0,000	1,4 (1,2 - 1,65)
Non		1

Variable dépendante : Satisfaction globale. Modèle : (Constante), xsexe, zzage, xTaille Ménage, xTransparence facturation, xinstru, xprofession, xstatut, xpaiement, xChambre occupée, xHygiène, xPrécaution, xÉquité.  $RP_a = \text{Exp}(B)$ ;  $RP_a$  : Rapport de prévalence ajusté; Intervalle de confiance de Wald à 95 % pour  $\text{Exp}(B)$ .<sup>b</sup>

#### 4. Discussions

Les malades de sexe féminin ont répondu à cette enquête d'évaluation de la qualité et de satisfaction dans la proportion de 56,9% contre 43,1% des malades de sexe masculin. Globalement, 54,4% des malades ayant fréquentés les structures sanitaires centroïdes de type public et privé étaient satisfaits de la qualité des soins de santé contre 45,6% des malades globalement insatisfaits. Ce niveau de satisfaction est faible dans le cadre des soins de santé. Il indique autrement la faible adhésion des malades aux processus des soins, ce qui peut entraîner de faibles résultats cliniques et la faible fréquentation de certaines structures des soins de santé.

Le recours aux structures privées versus publiques varie significativement dans la ville de Lubumbashi, qui compte proportionnellement plus de patients dans le secteur privé. Le secteur privé avait affiché une proportion de disponibilité d'équipements médicaux élevé, tournant autour de 85% contre un niveau critique pour le public, proche de 30% ( $p < 0,0001$  ; Figure 3) ; le coefficient de variation (CV) était de 13,7%, indiquant une dispersion modérée, avec toutes les valeurs comprises dans un intervalle relativement étroit (IQR : 57,1-70,3). Les deux secteurs ont présenté des scores positifs et relativement élevés des proportions d'utilisabilité ; contrairement à la disponibilité, l'écart était moins plausible. Les équipements présents dans les structures publiques sont généralement utilisés avec la plus faible variabilité, le coefficient de variation (CV) était de 9,6%, indiquant une utilisation régularisée des équipements à travers les différentes structures (IQR : 87,1-100,0). Toutefois, le privé conserve une longueur d'avance de 82,6% et 77,6% pour le type étatique ( $p = 0,10$ ) ; L'analyse de ces deux indicateurs suggèrent que le secteur public présente une proportion de déficit nettement supérieure à celui du privé, 70,7% (étatique) contre 13,0% (privé). Le CV était de 24,1% ; IQR : 29.7-42.9). Le Déficit en ECG Holter, le réfrigérateur pour les vaccins, le Scanner/IRM, révèle un niveau de performance insuffisant à Lubumbashi.

Les malades perçoivent la satisfaction globale hautement meilleure dans les structures privées (N=871 ; Rang moyen = 716,00) comparée aux structures publiques (N=525 ; Rang moyen = 669,47 ;  $p < 0,05$ ). Les malades perçoivent la satisfaction globale hautement meilleure dans les structures privées ( $p < 0,05$ ). La satisfaction globale des malades diffère significativement selon le type de structure sanitaire à Lubumbashi. La figure 4 montre clairement que la satisfaction globale des malades est hautement meilleure et plus élevée dans les

structures privées. La barre bleue (privé) est décalée vers la droite, indiquant une perception de la satisfaction globale hautement meilleure et plus élevée dans le secteur privé. L'accueil perçu par les malades était significativement meilleur dans les structures privées que dans les publiques à Lubumbashi. La satisfaction des malades quant à l'accueil dans les formations sanitaires centroïdes diffère significativement selon le type de structure sanitaire à Lubumbashi ( $p < 0,001$ ). La figure 5 montre clairement que les malades des structures privées (Rang moyen = 778,56) étaient plus satisfaits de l'accueil comparés à ceux des structures publiques (Rang moyen = 565,67). Ces résultats sont d'une part largement inférieurs et d'autres part proches à ceux observés en Suisse [22] ; en Haïti [23] ; au Pérou [24] et en France [16 ; 25 ; 26]. Les malades perçoivent l'humanisation des soins comme nettement meilleure dans les structures privées (Rang moyen = 737,64) comparée aux structures publiques (Rang moyen = 633,57 ;  $p < 0,001$ ). Les conditions d'hygiène intra hospitalière était perçue comme hautement satisfaisante dans les structures privées (Rang moyen = 719,50) comparée aux structures publiques (Rang moyen = 633,67 ;  $p < 0,05$ ).

La disponibilité des médecins spécialistes était perçue comme hautement meilleure dans les structures privées ( $p < 0,001$ ). La disponibilité des médicaments était hautement meilleure dans les structures privées ( $p = 0,001$ ). La relation soigné-soignant était hautement meilleure dans les structures privées comparée à celles publiques (Rang moyen = 741,21) comparée aux structures publiques (Rang moyen = 627,64 ;  $p < 0,001$ ). Les malades perçoivent les activités des soins et traitements comme plus ou moins bonnes dans les structures privées (Rang moyen = 717,30) comparée aux structures publiques (Rang moyen = 667,32 ;  $p < 0,05$ ). Cette perception des malades sur la qualité est essentiellement fonctionnelle et non technique. Elle reste plus ou moins subjective et reflète uniquement la perception des malades sur la disponibilité, la réactivité, l'équité et le contact avec le personnel soignant. L'organisation des services de la réception à l'unité des soins était hautement meilleure dans les structures privées (Rang moyen = 753,26) comparée aux structures publiques (Rang moyen = 606,15 ;  $p < 0,001$ ). Les facteurs associés à la satisfaction globale par la régression log-binomiale dans la ville de Lubumbashi sont ; le statut du patient ( $RP_a = 0,82$  ; IC95% : [0,68 - 0,99] ;  $p = 0,040$ ) ; les conditions d'hygiène intra hospitalière ( $RP_a = 0,82$  ; IC95% : [0,69 - 0,97] ;  $p = 0,020$ ) ; le respect de l'intimité et les précautions prises ( $RP_a = 1,40$  ; IC95% : [1,20 - 1,65] ;  $p < 0,001$ ). Ces résultats sont différents à ceux constatés en Australie [27]. Certains rapprochements sont constatés avec les résultats observés en RD Congo [28 ; 29 ; 30 ; 31 ; 32 ; 33]. Ces disparités sont dues à la différence de l'approche méthodologique, type d'étude et population d'étude. Ces évidences scientifiques constituent de jalon pour une approche émancipatrice d'empowerment et d'autonomisation des malades, levier de la performance

des hôpitaux, fondé sur un modèle fédérateur vers l'excellence qui intègre l'approche d'Avedis Donabédian basée sur l'hospitalocentrisme d'une part, et d'autre, l'approche holistique. De l'empowerment et de l'autonomisation des malades émerge l'amélioration continue de la qualité des soins, l'éducation thérapeutique des patients (ETP), le renforcement de partenariat public privé, l'externalisation des services, la privatisation des services gagnant-gagnant, la culture d'usage des référentiels de certification et d'accréditation des structures sanitaires. Ce modèle mixte, d'empowerment et d'autonomisation des malades, s'aligne dans une logique de l'Approche d'Amélioration Continue de la Qualité des Soins (ACQS) :

### 5. Limites de l'étude

L'évaluation de la qualité des soins et la satisfaction des malades est limitée dans cette étude sur une approche comparative pour les structures sanitaires publiques et privées de la ville de Lubumbashi et par les ménages des aires de collecte des données. Pour minimiser le biais de déclaration et de mémoire, les malades ont répondu sur des événements de moins de six mois.

Pour les patients interrogés dans les structures des soins, leurs réponses favorables pourraient être liées à un biais de désirabilité sociale. Le modèle d'estimation des paramètres associés à la satisfaction globale par la régression log-binomiale dans la ville de Lubumbashi n'aborde pas de manière exhaustive tous les facteurs associés à la satisfaction globale des malades.

### Conclusion

La ville de Lubumbashi affiche un faible taux de satisfaction globale. Malgré cette faible proportion de satisfaction globale, les structures sanitaires privées ont obtenu des scores de satisfaction très élevés, indiquant l'investissement de ces dernières sur la qualité des soins en réponse aux exigences des malades. Ces structures adoptent l'amélioration continue de la qualité des soins comme une stratégie qui présente un avantage compétitif et opérationnel dans cet environnement concurrentiel et où les malades deviennent de plus en plus exigeants en matière de qualité des soins de santé. L'étude met en évidence la nécessité d'implémenter dans le secteur public la culture qualité afin d'améliorer le niveau de satisfaction des malades, qui permet l'adhésion au traitement avec un impact sur les résultats cliniques des soins de santé. Elle est l'un des leviers de la performance des hôpitaux.

### Conflit d'intérêt

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

### Références bibliographiques

[1] Marc-Olivier Déplade (2010), Rationaliser le système de soins : les appropriations administratives de l'économie de la

santé, Rennes, Presses universitaires de Rennes, collection, Res Publica.

[2] Hugo Bertillot (2016), des indicateurs pour gouverner la qualité hospitalière. Sociogenèse d'une rationalisation en douceur », *Sociologie du travail*, Vol. 58 - n° 3 | 2016, 227-252.

[3] Mantz J.M. (1999), Paternalisme du médecin ou autonomie du patient, in Mantz J.M., Grandmottet P., Queneau P., *Ethique et Thérapeutique : Témoignages Européens*, Press. Univ. Strasbourg, 532 p.

[4] Frédéric Wacheux et Michèle Kosremelli Asmar, (2007), *Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : cas d'un hôpital universitaire*. CREPA Université Paris Dauphine, 75775 PARIS CEDEX 16, France.

[5] Anne-Chantal Hardy, *Du colloque singulier à l'éthique médicale*, France, 2013.

[6] Mekhaldi, N. : conception et développement des méthodes de prédictions de la durée de séjours hospitalier centrées sur des techniques de "machine Learning", valenciennes nord, 2023.

[7] Hardy, Z.L. : effets de l'accessibilité aux services de soins de santé sur le niveau d'éducation en RDC, RDC, 2020.

[8] ISO 9000, (2008), Internationale for Standardization Organisation, *Systèmes de management de la qualité — Principes essentiels et vocabulaire*.

[9] ISO 9000 (2015), *Systèmes de management de la qualité — Principes essentiels et vocabulaire*, Genève, Suisse.

[10] ISO 9001, (2019), *Systèmes de management de la qualité-exigences*, Genève, Suisse.

[11] ISO 9004, (2018), *Systèmes de management de la qualité - Lignes directrices pour l'amélioration des performances*.

[12] ISO 9011 (2011), *Lignes directrices pour l'audit des systèmes de management*

[13] ISO 13485, (2018), *Système de management de la qualité pour les dispositifs médicaux (DM)*.

[14] Frédéric Canard, (2012), *Management de la qualité : vers un management durable*, 2<sup>ème</sup> édition, ISBN 978-2-297-02474-7, France.

[15] Brée Joël (2012), *Le comportement du consommateur*, 3<sup>ème</sup> édition, Eco/Gestion, ISBN 978-2-10-058525-0, Dunod, Paris 2012.

[16] Alain Lopez et P. Louis Rémy (2007), *Mesure de la satisfaction des usagers des établissements de santé*, IGAS.

[17] Moukhafi S. (2023), *Conceptualisation de la satisfaction des patients dans les établissements de santé : et identification de ses déterminants*, *Rev. Fr. D'Economie Gest.*, vol. 4, no 5, p. 444-462.

[18] Ware J.E., Snyder M.K., Wright WR, et Davies AR, (1983), *Defining and measuring patient satisfaction with medical care*, *Eval. Program Plann.*, vol. 6, no 3 4, p. 247-263.

[19] McMillan DE., Grantham D., Zenchyshyn N., Rieger K.L., (2016) *Évaluation de la satisfaction des patients concernant l'unité de traitement jour/nuit où l'on soigne les personnes qui reçoivent une greffe de moelle osseuse et qui sont atteintes d'une leucémie aiguë : projet pilote*. *Canadian Oncology Nursing Journal*, can. *Oncol. Nurs. J. Rev. Can. Nurs. Oncol.* 26, 173-174, Canada

[20] Barlési F., Chabert-G.L., Loundou A, et al. (2006), *Validation de la version française du Princess Margaret Hospital Patient Satisfaction with Doctor Questionnaire*, *Rev Mal Respir*, no 23, p. 227-236.

[21] Pawan K., Abdul Majeed Khan (2016), *Development of Job Satisfaction Scale for Health Care Providers*.

[22] Eisler R. (2007): *La satisfaction des patients hospitalisés en Suisse*.

[23] Anna Cassandre Eustache, Anthony Monfiston, Cécile Tamara Georges, Johnny C., Michaëlle Ericka Laforest (2010),

Etude de la satisfaction de la clientèle par rapport à l'Hôpital Saint Damien en Haïti, 2010.

[24] Febres-Ramos R. and Miguel Mercado-Rey, (2020), Patient satisfaction and quality of care of the internal medicine service of Hospital Daniel Alcides Carrión Huancayo - Perú, *Rev. Fac. Med. Humana*, vol. 20, no 3, p. 397 403, Pérou, Amérique du Sud.

[25] Ijaouane Elisabeth (2012). Evaluation de la satisfaction des soins en pédopsychiatrie par les enfants hospitalisés et par leurs parents, France.

[26] Adrian-Lancelle M., Moreau D., Trinh-Duc A., et al., Analyse de la satisfaction des usagers du Samu 47 (Lot-et-Garonne) sur leur prise en charge dans le cadre de l'aide médicale urgente (AMU), *Ann. Fr. Médecine D'urgence*, vol. 12, no 6, p. 355 363, 2022.

[27] Dinh M. M., Enright, N., Walker, A., Parameswaran, A., Chu, M. (2012). Determinants of patient satisfaction in an Australian emergency department fast-track setting.

[28] Matabaro NP, Évaluation de la Satisfaction des Femmes ayant reçu une Consultation Périnatale dans Les Formations Sanitaires en République Démocratique du Congo, *Eur. Sci. J. ESJ*, vol. 18, no 21, p. 31 52, 2022.

[29] Rurahoze HV., Evaluation de la satisfaction des usagers des services d'une structure sanitaire soutenue par ULB-coopération. cas spécifique du Centre de Santé Afia Katindo dans la ZS urbaine de Goma , *Unigom*, no 2, p. 343 354, 2020.

[30] Tshibanda E., Masengu S., Nsulo J., et al., Appréciation de la qualité des soins et niveau de satisfaction des bénéficiaires reçus à l'Hôpital Général de Référence Tshiamala, Zone de Santé de Mwene Ditu, RD Congo, *Glob. Sci. J.*, vol. 10, no 5, p. 336 357, 2022.

[31] Marc K., Kayembe JM., Mashinda DK., et al., Evaluation de la qualité des soins aux Cliniques Universitaires de Kinshasa : étude de satisfaction des patients hospitalisés, *Ann. Afr. Médecine*, vol. 11, no 3, p. 2926 2935, 2018.

[32] Kabongo MJ., Ngoyi KB., et Bukasa TF., (2022), Qualité des prestations des soins de Santé offert dans les hôpitaux publics de la Zone de Santé Rurale de Kanda-Kanda, Province de Lomami, RD Congo, *Int. J. Soc. Sci. Sci. Stud.*, p. 1911 1930, 2022.

[33] Malandj Kes Adrien., Mundongo Tshamba Henri., Malonga Kaj Françoise., et al., Patient satisfaction, one of the levers for the health services performance: Contribution to scientific evidence, Lubumbashi, Democratic Republic of Congo, *Int. J. Multidiscip. Curr. Res.*, vol. 6, no 5, p. 1053 1060, 2018.

[34] Ahanhango YG., Ouédraogo LSL, Saizonou J. ; Performance d'un hôpital de zone sanitaire au Bénin : un exemple de modèle d'évaluation. *Pan Afr Med J*, 2014.

[35] Organisation Mondiale de la Santé, Rapport annuel 2021.

[36] Barber R.M., Fullman N., Sorensen Reed J.D., et al., Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015 , *The Lancet*, vol. 390, p. 231 266, 2017.

[37] ICAP/CDC, ICAP/RDC, Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévoyance Sociale/RDC, Institut National de Santé Publique/RDC, Institut National de Statistique/RDC, PNLS/RDC, PNMLS/RDC, ESP/UNILU, ESP/UNIKIN et ESP/UNIKOL : Protocole de l'évaluation de l'impact du VIH au niveau de la population en République Démocratique du Congo (CODPHIA), version 2.3, 05 Juillet 2024.