

Satisfaction des patients et qualité des soins dans des zones rurales du Bangladesh

Jorge Mendoza Aldana,¹ Helga Piechulek² et Ahmed Al-Sabir³

Objectif Evaluer les attentes des usagers et leur degré de satisfaction ainsi que la qualité des soins dispensés dans des zones rurales du Bangladesh.

Méthodes Un total de 1913 personnes, choisies par échantillonnage aléatoire systématique ont été interrogées avec succès immédiatement après avoir reçu des soins dans des formations sanitaires du secteur public.

Résultats Le meilleur facteur prédictif du degré de satisfaction des patients quant aux soins assurés par le secteur public était le comportement des soignants, notamment le respect et la politesse ; cet aspect revêtait aux yeux des malades beaucoup plus d'importance que la compétence technique. Une réduction du temps d'attente (30 minutes en moyenne) était en outre plus importante pour les patients qu'un allongement de la durée, assez brève (du point de vue médical), des consultations (2 min 22s en moyenne), 75 % des patients se déclarant satisfaits. L'attente, environ deux fois plus longue dans les formations périphériques que dans les formations fixes, était le seul sujet de mécontentement chez les usagers des formations périphériques.

Conclusion L'étude confirme que la satisfaction des patients est fonction du contexte culturel. Idéalement, les soins devraient répondre à la fois aux besoins médicaux et psychologiques, mais l'étude montre qu'en réalité des soins qui satisfont tous les besoins médicaux ne répondent pas forcément aux besoins affectifs ou sociaux des patients, et que l'on se trouve donc devant un dilemme. A l'inverse, des soins qui répondent aux besoins psychologiques des patients peuvent les laisser médicalement en danger. Il apparaît important que les pays en développement qui privilégient les services de santé axés sur les malades entreprennent des recherches plus approfondies sur les déterminants de la satisfaction des patients dans leurs cultures respectives.

Mots clés Satisfaction consommateur ; Mœurs ; Qualité soins ; Délivrance soins ; Garantie qualité soins ; Attitude du personnel soignant ; Service santé milieu rural ; Bangladesh (*source : INSERM*).

Article publié en anglais dans *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, **79** (6) : 512-517.

Introduction

Ces dernières années, fortement influencés par le constat dressé dans les pays industrialisés, les pays en développement ont marqué de plus en plus d'intérêt pour l'évaluation de la qualité des soins offerts par leur système de santé. Ce faisant, ils se sont tout spécialement attachés aux résultats en tant que mesure de la qualité. Evaluer des résultats présente le double intérêt de fournir un indicateur de l'efficacité des différentes interventions tout en s'inscrivant dans un système d'observation qui vise à améliorer la qualité des soins ainsi qu'à déceler leur détérioration (1, 2).

Habituellement, les études d'évaluation de la qualité mesurent un des trois types de résultats : les résultats médicaux, les dépenses ou la satisfaction du

patient. Dans ce dernier cas, il est demandé aux patients d'évaluer non pas leur état de santé après avoir été soignés, mais leur satisfaction quant aux soins qu'ils ont reçus (3-5).

Ces dernières années, la Banque mondiale et d'autres donateurs ont conseillé aux pays en développement de faire en sorte que leurs moyens limités aient non seulement un effet optimal sur la santé de la population tout en demeurant d'un coût abordable, mais aussi que les services de santé soient davantage axés sur les malades (6-9).

Les efforts faits au Bangladesh pour améliorer le système médico-sanitaire ont de plus en plus insisté sur la qualité des soins. Se conformant aux suggestions de la Banque mondiale, le nouveau Programme Population et Santé du Ministère de la Santé et de la Protection familiale (MOHFW), dont les activités ont débuté en juillet 1998, recommande une restructuration complète de l'ensemble du secteur en vue de mettre en place des services de santé qui soient plus durables et plus rentables, tout en répondant mieux aux besoins des patients.

Les précédentes évaluations de la satisfaction des patients quant aux prestations fournies par le personnel des services de santé publics du Bangladesh n'ont généralement constitué qu'un élément marginal dans les analyses de la performance (10-17).

¹ Consultant, Programme élargi de Vaccination (EPI) de l'OMS, EPI Baban, Mohakhali, Dhaka 1212 (Bangladesh) (mél. : jorhel@gmx.net). (Correspondance)

² Chef d'équipe, Programme intégré de développement sanitaire familial et communautaire (ICFHD) mené au Bangladesh pour le compte de la Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), Dhaka (Bangladesh).

³ Directeur (Recherche), National Institute of Population Research and Training (NIPORT), Azimpur, Dhaka (Bangladesh).

Réf. : 99-0158

Ces études se sont limitées le plus souvent à la planification familiale, mais l'une des observations qui méritent d'être mentionnées est que la qualité des soins n'était pas toujours linéairement associée au niveau de satisfaction manifesté par les patients.

Etant donné que plus de 80 % des 125 millions d'habitants du Bangladesh vivent en milieu rural, le principal objectif de la présente étude était d'évaluer en détail les attentes en matière de qualité des soins et le niveau de satisfaction des patients qui se rendent dans les formations sanitaires publiques installées en milieu rural.

Une meilleure compréhension des motifs de satisfaction des patients devrait aider les responsables et les décideurs à mettre sur pied des programmes répondant aux besoins des patients tels que patients et soignants les perçoivent.

Méthodes

L'étude a été menée dans le cadre du Programme intégré de développement sanitaire familial et communautaire, conjointement entrepris par le Ministère de la Santé et de la Protection familiale du Bangladesh et la Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), dans le district de Bogra, dans le nord du pays. Les 55 formations fixes (services offerts dans un bâtiment prévu à cet effet) ont toutes été étudiées, et on a procédé à un échantillonnage aléatoire simple pour choisir les 42 formations périphériques (services offerts par une équipe sanitaire itinérante au domicile d'un membre de la communauté). Ces services sont généralement fournis par deux infirmières.

Dans chacun de ces lieux de soins, on a sélectionné des patients par échantillonnage aléatoire systématique. Des enquêteurs ont été choisis et toutes les personnes associées à l'étude ont suivi un cycle de formation intensive. On a tout particulièrement insisté sur l'adéquation et l'exactitude des renseignements qui seraient recueillis au cours des entretiens à la sortie de la formation sanitaire. Aucun agent des services de santé n'a été associé à la collecte des données. La fiabilité et la validité des renseignements réunis grâce à des questionnaires semi-structurés, ainsi que la fiabilité de l'ensemble du processus de collecte des données, ont été contrôlées hors de la zone du projet avant le début de l'étude.

Les données relatives aux heures d'ouverture et de fermeture des formations sanitaires ainsi que sur les délais d'attente et les temps de consultation n'ont pas été recueillies par les personnes chargées des entretiens. Ces entretiens ont eu lieu à l'extérieur du périmètre de la formation sanitaire ou de la maison abritant l'équipe itinérante, et la confidentialité des renseignements recueillis a été garantie. De la sorte, des données ont été réunies sur les services fournis et sur la satisfaction des patients.

Les services sollicités par les patients ont été divisés en cinq catégories : planification familiale, santé maternelle, santé de la femme, santé de l'enfant, maladies courantes.

Il était demandé aux patients de fournir sur eux-mêmes les renseignements suivants : âge, sexe, nombre d'enfants, situation matrimoniale, profession, niveau d'instruction, distance entre l'habitation et la formation sanitaire, moyen de transport, préférences dans la recherche des soins, et attentes et degré de satisfaction quant au temps d'attente et de consultation ainsi qu'au comportement des soignants. Un certain nombre de questions ont également été posées aux patients portant sur différents aspects de la compétence technique des soignants au cours des consultations. Il s'agissait notamment de savoir si le soignant avait ou non interrogé le patient sur le motif de sa visite, si le patient avait ou non décrit la nature de son problème de santé, si l'intimité du patient avait été respectée, si l'on avait procédé à un examen somatique et, finalement, si un conseil avait été prodigué.

Le degré de satisfaction a été évalué en deux temps. D'abord, on a demandé aux patients de dire s'ils étaient ou non satisfaits des soins reçus et, ensuite, d'indiquer le degré de satisfaction ou de mécontentement. L'essai sur le terrain avait montré que cette méthode était de nature à donner des informations plus exactes et plus fiables qu'une évaluation directe des quatre degrés de satisfaction (très satisfait, assez satisfait, assez mécontent, très mécontent).

Résultats

L'échantillon

Un total de 1913 personnes ont été interrogées avec succès (le nombre de personnes a été le même dans chaque formation, fixe ou périphérique). Lorsque les patients étaient des enfants, on interrogeait ceux ou celles qui s'en occupaient. La proportion des patients qui refusaient de répondre a été insignifiante (< 0,5 %). Les erreurs types \pm moyennes sont indiquées plus loin.

Environ 88 % des usagers étaient des femmes, en général nettement plus jeunes que les hommes (âge : $9,3 \pm 0,2$ ans, contre $35,6 \pm 1,2$ ans). La plupart des usagers étaient mariés, et les enfants de moins de 5 ans représentaient 18 % de l'échantillon.

Environ 61 % des personnes interrogées n'étaient jamais allées à l'école, ce qui correspondait grosso modo au profil scolaire national.

Les services

La majorité des patients (87 %) vivaient soit dans le village où les services de santé étaient fournis, soit dans un rayon d'un mille de celui-ci. Bien que les heures d'ouverture soient officiellement de 9 à 17 heures, le public n'avait accès aux soins que pendant une durée médiane d'environ quatre heures. La moitié des formations ouvraient à 9 h 47, mais elles étaient 25 % à n'ouvrir qu'après 10 h 20.

Selon les usages en vigueur dans toutes les formations sanitaires publiques du Bangladesh, les consultants commençaient par se faire inscrire puis attendaient leur tour. Tous les patients étaient vus par

le même agent de santé quelle que soit l'affection pour laquelle ils consultaient. En moyenne, 40 patients consultaient tous les jours, avec un temps d'attente moyen de $30 \pm 2,5$ min. Le temps d'attente médian était de 19 min. La Figure 1 indique les temps d'attente selon la nature des soins reçus. Un temps de consultation suffisant revêt une importance particulière du double point de vue des relations entre le soignant et le soigné ainsi que de la bonne prise en charge médicale des patients. Le temps moyen de consultation était d'environ 2,33 min (temps médian = 1,5 min). En moyenne, les patients venant pour des soins de santé maternelle passaient plus de temps avec le soignant (environ 6 min; temps médian, 4,5 min) que ceux qui sollicitaient d'autres types de soins (Figure 2).

L'étude a examiné en détail le comportement du soignant par rapport aux différents types de services (planification familiale, santé maternelle, santé de la femme, santé de l'enfant, maladies courantes et autres services).

L'intimité était jugée nécessaire par 19,5 % des usagers, qui étaient presque tous des femmes venant solliciter des services entrant dans le cadre de la planification familiale, de la santé maternelle ou de la santé de la femme. Cependant, cette intimité n'était respectée que pour moins de la moitié (45,1 %) de ces patientes.

La proportion des soignants qui voulaient interroger les patients sur les motifs pour lesquels ils consultaient était relativement élevée (82,3 %), mais les soignants ne donnaient un conseil qu'à 53,5 % des patients, et une certaine explication du problème de santé que dans 48,9 % seulement des cas. Seulement 29 % des patients subissaient un examen somatique. Aucune différence importante n'était observée entre les diverses formations, mais les soignants procédaient à un examen somatique sur 81,3 % des patientes sollicitant des soins de santé maternelle, contre respectivement 25,8 % et 16,6 % des patientes consultant pour des problèmes relevant de la planification familiale et de la santé de la femme.

Il est important de noter que les formations périphériques ne se différencient des formations fixes que du point de vue du temps d'attente et de consultation. Dans les formations périphériques, le temps d'attente était, en moyenne, environ deux fois plus long (41 min) que dans les formations fixes (22 min). De même, les soignants des formations périphériques passaient environ 30 secondes de plus avec leurs patients que ceux des formations fixes.

Attentes et degré de satisfaction des usagers

Une forte proportion des usagers (34,2 %) n'était pas satisfaite du laps de temps pendant lequel les formations sanitaires étaient ouvertes au public. Un peu moins d'un tiers (28,2 %) de l'ensemble des usagers n'étaient pas satisfaits du délai d'attente avant de recevoir des soins. Pour ces usagers, le temps moyen d'attente était de $57,1 \pm 4,2$ min contre 21,4

Fig. 1. Diagramme en boîtes indiquant les temps d'attente des patients selon la nature des soins reçus. Les boîtes indiquent les limites de distribution à 95 % et, les barres, les limites de distribution à 97,5 %. Les lignes horizontales traversant les boîtes indiquent les valeurs médianes. Les largeurs des boîtes correspondent à la taille de l'échantillon prélevé dans les différentes catégories.

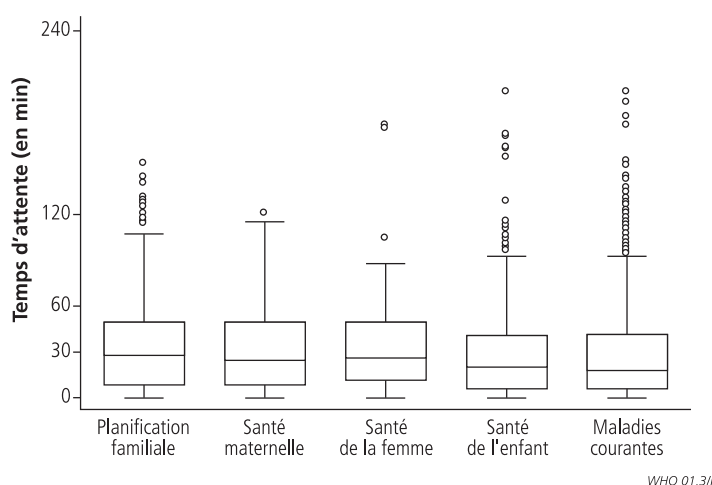
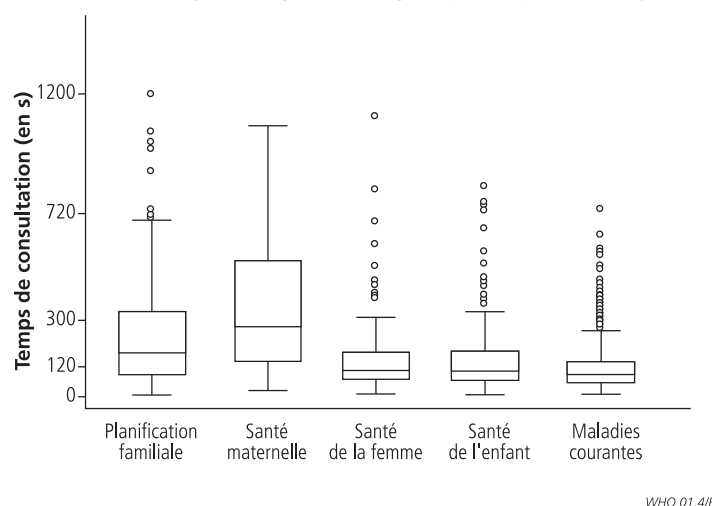


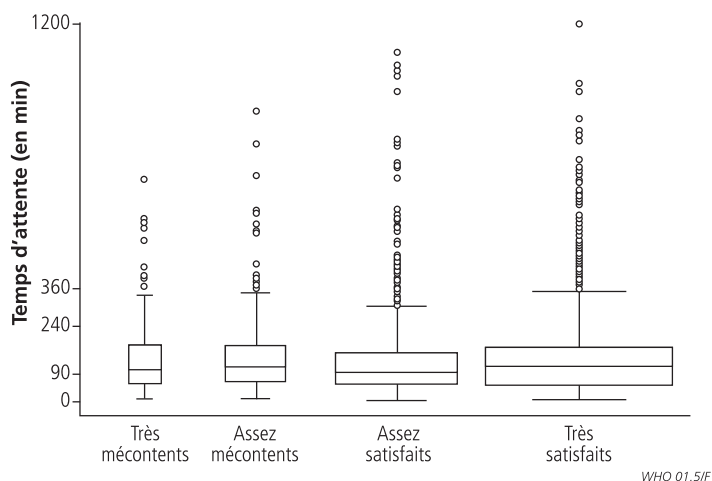
Fig. 2. Diagramme en boîtes indiquant les temps de consultation selon la nature des soins reçus. Voir légende de la Figure 1 pour l'explication des symboles.



$\pm 1,6$ min pour ceux qui étaient satisfaits (Figure 3). En outre, les patientes qui consultaient pour des soins de santé maternelle étaient nettement plus mécontentes (37,6 %) que celles et ceux qui sollicitaient d'autres types de services.

En ce qui concerne le temps d'attente, les aspirations des usagers étaient loin de la réalité. Ainsi, le temps d'attente moyen qui aurait satisfait les patients était de $10,6 \pm 0,3$ min. La moitié des patients chiffrerait à 8 minutes le délai d'attente maximal pour pouvoir être satisfaits, alors que 25 % seulement auraient accepté ≥ 12 min. A cet égard, les aspirations des patients ne variaient pas beaucoup en fonction de la nature des soins sollicités ou selon qu'il s'agissait de formations fixes ou périphériques. En outre, les variables individuelles telles que le sexe, la situation matrimoniale, le niveau d'instruction, le nombre d'enfants et la profession n'avaient guère d'effet.

Fig. 3. Diagramme en boîtes indiquant les temps d'attente selon le degré de satisfaction qu'ils suscitent. Voir légende de la Figure 1 pour l'explication des symboles.



Seulement 8,3 % des usagers n'étaient pas satisfaits du temps de la consultation. Les patientes qui consultaient pour des problèmes relevant de la santé de la femme avaient nettement plus tendance à être mécontentes. Le temps moyen de consultation parmi les patients satisfaits était de $147,4 \pm 6,2$ s (soit 2,5 min) contre $87 \pm 7,4$ s (1,5 min) parmi les mécontents (Figure 4). Cette tendance était la même pour les formations fixes et périphériques.

Selon 68,9 % des patients, le comportement habituel du soignant donnait satisfaction. Presque tous attendaient du soignant respect et politesse, qu'ils se présentent à une formation fixe ou périphérique. Seule une faible proportion des patients faisaient allusion à certains traits de compétence du soignant et s'attendaient, par exemple, à subir un examen somatique, ou à recevoir des renseignements, voire un conseil, au sujet de leur problème de santé.

Au total, 68 % des malades se disaient satisfaits des services habituellement rendus, mais près de la

moitié (45 %) des patientes qui se présentaient pour des soins relevant de la santé de la femme n'étaient pas satisfaites du tout. Une analyse multivariée a révélé que la satisfaction des patients à l'égard de l'ensemble des soins se calquait sur les différentes variables individuelles telles que le temps de consultation, le respect de l'intimité lorsqu'il s'impose, l'examen somatique, les renseignements donnés sur le problème de santé, les conseils prodigués par le soignant, autant d'éléments positivement associés à la satisfaction des usagers, alors que la corrélation avec le temps d'attente était négative.

Dans le droit-fil des constatations dont il a été question plus haut (à la section intitulée Les services), l'étude a montré que les usagers des formations périphériques avaient davantage tendance à être mécontents ($p < 0,001$) des délais d'attente que leurs homologues des formations fixes. En revanche, ils étaient aussi satisfaits que leurs homologues pour ce qui était des temps de consultation et de la façon dont les services étaient habituellement fournis.

En supposant que la satisfaction du patient face à l'ensemble des services fournis soit fonction du niveau de satisfaction à l'égard de chacune des variables évaluées, une analyse multivariée a effectivement montré que la satisfaction quant à la politesse du soignant était la variable prédictive la plus puissante, suivie de la satisfaction quant au respect de l'intimité par le soignant, du temps d'attente et du temps de consultation.

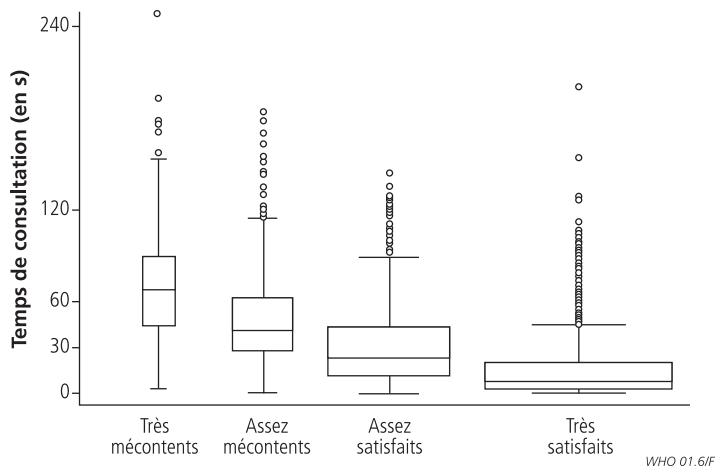
Discussion et conclusion

L'intérêt de plus en plus vif accordé, dans des études récentes, à l'évaluation des prestations de santé par les usagers eux-mêmes a été motivé soit par un besoin de « démocratiser les services de santé » en contrant ainsi « les puissants intérêts du corps médical et de l'Etat », soit par un désir de privilégier les intérêts du patient-consommateur, en affirmant ainsi la souveraineté du consommateur. Selon certains travaux, la fourniture de soins est censée répondre directement aux exigences et aux préférences des patients (18). Toutefois, ce concept risque de faire abstraction de résultats d'études qui montrent que le concept du patient assimilé à un consommateur n'englobe pas toutes les caractéristiques importantes d'un patient et que tous les patients ne souhaitent pas être traités comme des consommateurs (19).

Par ailleurs, une plus grande satisfaction du patient est de nature à renforcer l'efficacité du traitement médical (18, 20). La satisfaction du patient a donc incontestablement son utilité et, dans la mesure où cette satisfaction se fonde sur des évaluations exactes du patient, elle peut être un indicateur direct de soins de qualité.

Notre étude se limite aux points de vue exprimés par des usagers de formations sanitaires. Néanmoins, elle a révélé des goulets d'étranglement dans le système de fourniture des services de santé dont il convient de se préoccuper si l'on veut

Fig. 4. Diagramme en boîtes indiquant les temps de consultation selon le degré de satisfaction qu'ils suscitent. Voir légende de la Figure 1 pour l'explication des symboles.



améliorer la qualité technique et psycho-sociale des services de santé et de planification familiale relevant du secteur public. Cela conduira à une meilleure gestion des problèmes de santé et à un moins grand nombre de patients mécontents.

Par ailleurs, cette étude met en évidence le fossé qui existe entre la notion de satisfaction du patient en tant qu'élément représentatif de la qualité des soins et celle de soins de grande qualité telle que les spécialistes la conçoivent. Ainsi, le plus puissant facteur prédictif de la satisfaction du patient quant aux services de santé publics a été le comportement du soignant vis-à-vis du patient, en particulier le respect et la politesse. Cet aspect était beaucoup plus important que la compétence technique du soignant (caractérisée par des éléments consistant notamment à expliquer la nature du problème, à faire subir un examen somatique et à donner un conseil). Le deuxième facteur prédictif de satisfaction était le respect de l'intimité, suivi des brefs temps d'attente. Pour être satisfaits, les patients espéraient attendre moins de 11 min en moyenne – délai qu'on ne peut s'empêcher de comparer à la situation habituelle dans les pays développés où les délais d'attente, même en ayant pris rendez-vous, sont rarement inférieurs à 15 minutes.

De plus, réduire le temps d'attente (à 30 minutes au mieux) apparaissait plus important aux patients que de prolonger le temps de consultation (2 min 22 s en moyenne). Le temps moyen de consultation était deux fois plus long dans la zone du projet que dans d'autres parties du Bangladesh (étude faite par l'UNICEF en 1992), et 75 % des patients s'en satisfaisaient, même si cela peut paraître un peu court d'un point de vue professionnel. Toutefois, on peut prétendre que ce temps de consultation pourrait suffire à condition que l'affection et le motif de la consultation soient assez simples pour permettre de poser un diagnostic à partir des seuls antécédents médicaux. A cet égard, des études visant à évaluer la performance des soignants (10-17) ont confirmé qu'une consultation de courte durée ne permet ni de poser un diagnostic correct, ni de prendre en charge correctement la pathologie pour laquelle le patient est venu consulter. Que la majorité des patients aient été satisfaits pourrait révéler des attentes d'un niveau peu élevé s'expliquant par une longue habitude des contacts de courte durée avec les soignants, ou indiquer que ces attentes s'orientent en priorité vers d'autres éléments des soins (la fourniture de médicaments ou la politesse du soignant, par exemple).

Dans notre étude, la question de l'examen somatique a permis de faire une autre constatation révélatrice d'une nette divergence de vues entre soignés et soignants quant à la notion de qualité. En effet, si 29 % seulement des patients ont subi un examen somatique, seuls 16 (tous des hommes) des 1913 patients interrogés ont indiqué qu'ils s'attendaient à subir un examen somatique complet. Au Bangladesh, soumettre tout le monde à l'examen somatique serait vraisemblablement de nature à faire baisser la satisfaction des patients vu que, dans la

société bangladaise, une femme ne doit pas être touchée, et tout particulièrement par un homme autre que son mari.

Les résultats de cette étude confirment des constatations faites dans des pays développés et dans certains pays en développement qui montrent que la perception de la qualité et le jugement qu'on porte sur elle sont éminemment individualistes et dynamiques, en ce sens que les critères ou les éléments dont on se sert pour évaluer la qualité à un moment donné peuvent ne pas être les mêmes à l'instant suivant et qu'en conséquence la satisfaction du patient ne rend que partiellement compte de la qualité de l'ensemble du processus soignant. Cet aspect ne doit être ni mal compris, ni surestimé, pas plus qu'il ne doit remplacer la notion de soins de qualité (21). Si, idéalement, les soins devraient répondre à la fois aux besoins médicaux et psychologiques, notre étude montre qu'en réalité des soins qui satisfont tous les besoins médicaux peuvent ne pas répondre aux besoins affectifs et sociaux des patients et qu'on se trouve donc en présence d'un dilemme. Inversement, des soins qui répondent aux besoins psychologiques des patients peuvent les laisser médicalement en danger.

En fait, garantir la qualité exige que l'on commence par se poser des questions comme celles-ci: «Quels sont les éléments du processus de fourniture des soins qui influent sur la satisfaction et jusqu'à quel point?»; «Jusqu'à quel point la qualité a-t-elle un sens différent pour les spécialistes et pour les profanes?»; «Dans quelle mesure la satisfaction des patients traduit-elle le niveau réel de la qualité des soins reçus?». En fin de compte, ces considérations conduisent à se demander: «Qu'est-ce que la qualité des soins?» (22-24), question qui appellera des réponses susceptibles de varier selon les pays ou tout au moins selon les cultures. Notre étude répond en partie à cette question dans le contexte du Bangladesh, en montrant que, pour le patient, la qualité technique des soins telle qu'elle est perçue intervient moins dans le degré de satisfaction que la nature interpersonnelle des soins, l'accès aux soins ou la continuité de ceux-ci.

Au Bangladesh, le nouveau Programme national Population et Santé veut améliorer la qualité des services et cela afin d'accroître le recours aux formations sanitaires publiques. C'est dans ce contexte de recherche d'un moyen de rendre le secteur public plus attractif que la polarisation sur la patient s'impose avec une force particulière. Mais patients et profanes peuvent concevoir la qualité d'une façon différente de celle du spécialiste des soins de santé. Aussi faut-il redoubler d'efforts pour clarifier et préciser la signification, la pertinence et les limites de l'idée de satisfaction du patient au Bangladesh. La recherche doit expliciter à quels aspects des soins se rapportent les constatations faites en matière de satisfaction des patients. Les résultats de la recherche permettront aux responsables et aux décideurs d'améliorer valablement la qualité des soins, en maintenant un juste équilibre entre les conceptions que soignants et patients se font de celle-ci. ■

Bibliographie

1. **Epstein A.** Sounding board : the outcomes movement, will it get us where we want to go? *New England Journal of Medicine*, 1990, **323** (4) : 266-269.
2. **Blumenfeld SN.** Quality assurance in transition. *Papua New Guinea Medical Journal*, 1993, **36** (2) : 81-89.
3. **Fisher AW.** Patient's evaluation of outpatient medical care. *Journal of Medical Education*, 1971, **46** (3) : 238-244.
4. **Smith WA.** *Consumer demand and satisfaction. The hidden key to successful privatization.* Washington, DC, Academy for Educational Development, HealthCom, Communication for Child Survival, 1989.
5. **Barnett B.** Women's views influence choice. *Network*, 1995, **16** (1) : 14-18.
6. **De Geydnt W.** *Managing the quality of health care in developing countries.* Washington, D.C., Banque mondiale, 1995.
7. **Calnan M et al.** Major determinants of consumer satisfaction with primary care in different health systems. *Family Practice*, 1994, **11** (4) : 468-478.
8. **Kwan M.** When the client is the king. *Planned Parenthood Challenges*, 1994, **2** : 37-39
9. **Williams T, Schutt-Aine J.** Meeting the needs : Client satisfaction studies : a simple, inexpensive way to measure quality. *Forum*, 1995, **11** (1) : 22-24.
10. **Whittaker M et al.** *Rural women's perspectives on quality of family planning services.* Dhaka (Bangladesh), ICDDR/B, 1993 (Working Paper No. 85 MCH-FP Extension Project).
11. **Khanun P et al.** *Service delivery at the union health and family welfare centers : the client's perspective.* Dhaka (Bangladesh), ICDDR/B, 1994 (Working Paper No. 110, MCH-FP Extension Project).
12. **Mabub F, Huq Md N, Rashid MA.** *An assessment of counseling for clinical FP methods in GOB clinics.* Dhaka (Bangladesh), National Institute of Population Research and Training, 1991.
13. **Hashemi S, Hossain Z.** *Evaluation of knowledge and skills of field level workers of health and FP programs, Dhaka, Bangladesh.* Dhaka (Bangladesh), PDEU, Implementation Monitoring and Evaluation Division, Ministry of Planning, 1995.
14. **Al-Sabir A et al.** *Evaluation of FWVs skills as MCH-FP services providers in Bangladesh.* Dhaka (Bangladesh), National Institute of Population Research and Training, 1995.
15. **Hossain MB, Mita R, Haaga JG.** *Quality of care and contraceptive adoption in rural Bangladesh : MCH-FP extension project areas.* Dhaka (Bangladesh), ICDDR/B, 1991 (Working Paper No. 61, MCH-FP Extension Project).
16. **Hasan M et al.** *Accessibility and services in satellite clinics : findings from exit interview.* Dhaka (Bangladesh), ICDDR/B, 1994 (Working Paper No. 98, MCH-FP Extension Project).
17. **Kamal GM et al.** *The quality of NORPLANT services in Bangladesh.* Dhaka (Bangladesh), Associates for Community and Population Research (ACPR), 1991.
18. **Calnan M.** Towards a conceptual framework for lay evaluation of health care. *Social Science and Medicine*, 1988, **27** : 927-933.
19. **Lupton D, Donaldson C, Lloyd P.** Caveat emptor or blissful ignorance? *Social Science and Medicine*, 1991, **33** : 559-568.
20. **Fitzpatrick R.** Surveys of patient satisfaction : I. Important general considerations. *British Medical Journal*, 1991, **302** : 1129-1132.
21. **Brian W.** Patient satisfaction : a valid concept? *Social Science and Medicine*, 1994, **38** : 509-516.
22. **Ware JE et al.** Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning*, 1983, **6** : 247-263.
23. **Palmer RH, Adams MME.** Quality improvement/quality assurance : a framework. In putting research to work in quality improvement and quality assurance. Washington, DC, Agency for Health Care, Policy and Research, 1993, **90-0034.**
24. **Donabedian A.** The quality of care : how can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 1988, **260** : 12.