

République du Cameroun
Paix-Travail-Patrie

Ministère de la Santé Publique
Secrétariat Général
Direction des Ressources Humaines



Republic of Cameroon
Peace-Work-Fatherland

Ministry of the Public Health
General Secretariat
Human Resources Department

Délégation Régionale de la Santé Publique du Nord

BP : 55 Guider
Tel : 698197958/695678319
EMAIL : glopiag@yahoo.com

Nord Régional Public Health

Guider Health Professionnel Training School

Créée et ouverte par décision N° 2821D/MINSANTE /SG/DRH du 08 Avril 2022

FACTEURS INFLUENCANT LA SATISFACTION DE GESTANTE SUR LA QUALITE DE SOINS EN CONSULTATION PRENATALE : CAS DU CSI DE POUMPOUMRE

**Mémoire de fin de formation en vue de l'obtention du diplôme du Bachelor of
Midwifery**

**Rédigé et soutenu par
NGOSSAYE SILVIE**

Elève Sage-Femme/ maïeuticien

Matricule: 23IDESF-1480

**Sous les directions de
Mme NAFACK CARELLE
et M. TCHINDA BASILE**

*Master en en Sciences Infirmières,
option Santé de la Reproduction*

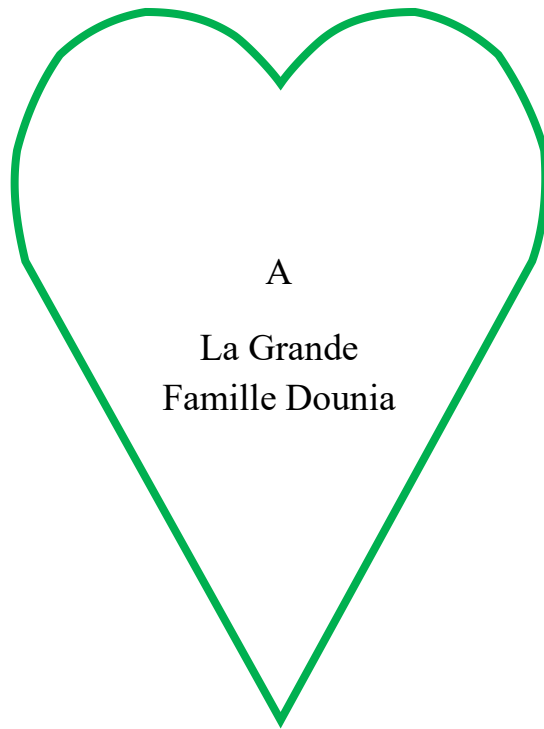
Année académique : 2025-2026

1^{er}PROMOTION :2023-2026

SOMMAIRE

DÉDICACE	ii
REMERCIEMENTS	iii
LISTE DES SIGLES ET ABBREVIATIONS	iv
LISTE DES FIGURES	vi
LISTE DES ANNEXES	vii
RESUME	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I : PROBLEMATIQUE	3
CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTÉRATURE	16
CHAPITRE III : MÉTHODOLOGIE	28
CHAPITRE IV : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS	34
CHAPITRE V : DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS	45
CONCLUSION	56
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	56
ANNEXES	xiv
TABLE DES MATIÈRES	i

DÉDICACE



REMERCIEMENTS

Nous remercions tout d'abord, le Dieu tout-puissant pour le souffle de vie, sa grâce, qui durant notre formation nous a accordé la santé, le courage, la détermination, les moyens financiers et nous a éclairé le chemin du savoir dans la réalisation de ce travail.

Nos remerciements s'adressent tout particulièrement à :

Mme NAFACK CARELLE et **M. TCHINDA BASILE**, respectivement, Directrice et Co-Directeur de ce travail, pour la disponibilité, la patience et les conseils avisés; mais aussi et surtout pour leurs accompagnements rigoureux tout au long de l'élaboration de ce mémoire.

M. NGANDAÏ ZAMBA notre promoteur pour la création de cette école, sa présence et son soutien.

M.KIRKABAÏ KOSKOBAB Abel directeur de l'école de formation des personnels de la Santé de GUIDER qui durant ces dernières années a donné le meilleur de lui-même pour nous donner une formation de qualité.

L'ensemble du corps enseignant et de l'administration de l'EFOPSAG, pour la qualité de la formation dispensée et pour le cadre propice offert à notre apprentissage tout au long de ce cursus. Plus, particulièrement à **Mme NANI SALOMÉ** notre coordinatrice, **Mme MAIJAMASSOU épse MATNA** notre CES, **Mme NAOLASSA** pour l'organisation des cours et mise en stage et **M. NGANAYE Benjamin** pour leurs soutient techniques dans l'accomplissement de ce travail.

L'équipe du Centre de Santé Intégré de Poumpoumré, pour leur accueil chaleureux, leur collaboration et leur disponibilité tout au long de notre stage et de la collecte de nos données.

Mon grand frère, **Abbé RAPHAËL SANDA REVAD** pour son soutien émotionnel, financier et moral

Mes parents, en mémoire de **REVED ROBERT DOUNIA** et **HEDEKAI MARTINE**, pour leur soutien moral, encouragement, conseils et le réconfort qu'ils ont toujours su me donner.

La sœur **BOLANNE ADELIN** et la sœur **DAIDOUWE JEANETTE** pour leurs conseils et encouragement

Mes amies **KONAI NINA** et **LAPEUBE EDITH** pour leurs présences et loyautés.

Enfin, à toutes les personnes ayant contribué, d'une manière ou d'une autre, à l'aboutissement de ce travail trouvent ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

LISTE DES SIGLES ET ABBREVIATIONS

CCC :	Communication pour le Changement de Comportement
CPNR :	Consultation prénatale Recentrée
CSI :	Centre de Santé Intégré
DDR :	Date de Derniers Règles
DPA :	Date Probable d'accouchement
EFOPSAG :	Ecole Formation de Personnels de Santé de Guider
EDS :	Enquête Démographique et Santé
FOSA :	Formation Sanitaire
IEC :	Information Education Communication
MN :	Mortalité Néonatale
MSR :	Maternité Sans Risque
NV :	Naissance Vivante
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONU :	Organisation des Nations Unies
PPA :	Plan de Préparation à l'accouchement
PTME :	Prévention de la Transmission Mère Enfant
SA :	Semaine d'aménorrhée
SF/M :	Sage- Femme Maïeuticien
SR :	Santé de Reproduction
TD :	Tétanos Diphtérie
VIH :	Virus Immunodéficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Modèle d'analyse du modèle conceptuel	25
Tableau II : chronogramme des activités	26
Tableau III : Répartition des gestantes selon la satisfaction relative au « Temps d'attente » ...	37
Tableau IV : Répartition des gestantes selon la satisfaction relative au « Accessibilité géographique »	38
Tableau V : Répartition des gestantes selon la satisfaction relative au « Disponibilité du personnel »	38
Tableau VI : Répartition des gestantes selon la satisfaction relative au « Propreté des locaux »	39
Tableau VII: Répartition des gestantes selon la satisfaction relative au « Confidentialité » ...	39
Tableau VIII: Répartition des gestantes selon la satisfaction relative au « Disponibilité des médicaments »	39
Tableau IX: Répartition des gestantes selon la satisfaction relative au « Organisation des services »	40
Tableau X : Recommandation	53

LISTE DES FIGURES

Figures 1: Schema du model conceptuel	Erreur ! Signet non défini.
Figure 2: Répartition des gestantes selon l'âge	35
Figure 3: Répartition des gestantes selon la situation matrimoniale	35
Figure 4: répartition des gestantes selon le niveau d'étude	36
Figure 5: Répartition des gestantes selon la profession	36
Figure 6 : Répartition des gestantes selon le trimestre de grossesse	37
Figure 7: Répartition des gestantes selon la satisfaction relative au « Qualité de l'accueil » ...	40
Figure 8: Répartition des gestantes selon la satisfaction relative au « Courtoisie du personnel »	41
Figure 9: Répartition des gestantes selon la satisfaction relative au « Courtoisie du personnel »	41
Figure 10: Répartition des gestantes selon la satisfaction relative au « Écoute des préoccupations»	42
Figure 11: Répartition des gestantes selon la satisfaction relative au « Clarté des explications »	42
Figure 12 : Répartition des gestantes selon la satisfaction relative au « Disponibilité à répondre aux questions »	43
Figure13: Répartition des gestantes selon la satisfaction globale des soins reçus	43
Figure 14: Répartition des gestantes selon l'intention de recommander le CSI à une autre femme enceinte	44

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1: Authorisation d'enquête	xiv
Annexe 2: Consentement éclairé	xvi
Annexe 3: Outils de collecte des données	xvi

RESUME

Cette étude s'intéresse aux facteurs qui influencent la satisfaction des gestantes reçues en consultation prénatale au Centre de Santé Intégré (CSI) de Poumpoumré sur la qualité des soins . Ancrée dans le modèle conceptuel de Donabedian, la recherche adopte une approche quantitative descriptive et transversale auprès de 119 gestantes, selon quatre objectifs spécifiques. S'agissant du profil sociodémographique et obstétrical, l'enquête révèle que la tranche d'âge de 25 à 29 ans est la plus représentée (40 %) et que près des trois quarts des gestantes (73,1%) n'ont qu'un niveau d'instruction primaire. Concernant les facteurs organisationnels, les résultats montrent un contraste marqué : si l'accessibilité géographique (88,3% de satisfaction) et la confidentialité (89,9%) sont très bien perçues, la disponibilité des médicaments constitue le point le plus critique de l'étude, avec 68,9% d'insatisfaction, et le temps d'attente recueille 80,7% d'opinions défavorables. Sur le plan relationnel, la clarté des explications reçues est l'indicateur le plus défavorablement évalué, avec 66,3% de gestantes insatisfaites, et la qualité de l'accueil est jugée insatisfaisante par 56,3% des répondantes. La satisfaction globale des gestantes s'avère modeste (40,3% d'insatisfaction) et l'intention de recommander le service, bien que majoritaire, reste partagée (54 % contre 46%). Enfin, s'agissant des stratégies d'amélioration, l'étude retient prioritairement la réorganisation du circuit patient et la sécurisation de la chaîne d'approvisionnement en médicaments, ainsi que le renforcement des compétences relationnelles et communicationnelles du personnel soignant. Ces constats confirment que la qualité perçue des soins prénatals dépend autant de la capacité organisationnelle du service que de la qualité de la relation soignant-soignée. L'étude débouche sur des recommandations concrètes adressées au CSI, au district de santé et aux instances régionales d'approvisionnement pharmaceutique.

Mots clés : **Qualité de soin, satisfaction des gestantes, consultation prénatale**

ABSTRACT

This study examines the factors influencing pregnant women's satisfaction with the quality of antenatal care received at the Integrated Health Center (CSI) of Poumpoumré. Grounded in Donabedian's conceptual model, the research follows a quantitative, descriptive, cross-sectional design among 119 pregnant women, structured around four specific objectives. Regarding the sociodemographic and obstetric profile, the survey shows that the 25-29 age group is the most represented (40%) and that nearly three-quarters of the women (73.1%) have only a primary level of education. Regarding organizational factors, the findings reveal a marked contrast: while geographic accessibility (88.3% satisfaction) and confidentiality (89.9%) are very well rated, medicine availability is the most critical issue of the study, with 68.9% dissatisfaction, and waiting time draws 80.7% unfavorable opinions. On the relational dimension, clarity of explanations received is the most poorly rated indicator, with 66.3% of women dissatisfied, and the quality of reception is judged unsatisfactory by 56.3% of respondents. Overall satisfaction proves modest (40.3% dissatisfaction), and the intention to recommend the service, though a majority, remains divided (54% versus 46%). Finally, regarding improvement strategies, the study prioritizes reorganizing the patient flow and securing the medicine supply chain, as well as strengthening staff relational and communication skills. These findings confirm that the perceived quality of antenatal care depends as much on the service's organizational capacity as on the quality of the provider-patient relationship. The study concludes with concrete recommendations directed at the health center, the health district, and regional pharmaceutical supply bodies.

Keywords: quality of care, pregnant women's satisfaction, antenatal care.

INTRODUCTION

La grossesse constitue une période déterminante dans la vie d'une femme. La qualité des soins reçus durant cette période influence non seulement l'état de santé de la mère et du fœtus, mais également le recours aux services de santé et l'adhésion au suivi prénatal. Selon l'organisation Mondiale de la Santé (OMS), la qualité des soins de santé maternelle ne se limite pas aux compétences techniques du personnel soignant, mais inclut également le respect, la dignité, la communication, l'écoute et l'attitude bienveillante envers les femmes enceintes (OMS, 2016). Donabedian (1988), dans son modèle d'évaluation de la qualité des soins, souligne que la satisfaction des patients est un indicateur clé de la qualité, reflétant la manière dont les soins sont effectivement perçus par les bénéficiaires. Des études récentes confirment que l'insatisfaction liée à un mauvais accueil (attente prolongée, manque de respect, communication insuffisante) constitue un frein majeur à la fréquentation des services de consultation prénatale, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire. En Afrique subsaharienne, et notamment au Cameroun, des travaux menés au Sénégal, au Bénin et au Cameroun révèlent que de nombreuses gestantes expriment une insatisfaction liée à l'attitude du personnel et au manque d'information (Faye et al. 2019 ; Tchouaket et les autres. 2020 ; Mbu et les autres. 2018). Dans ce contexte, l'évaluation de la satisfaction des gestantes apparaît comme un outil indispensable pour identifier les forces et les faiblesses de l'accueil offert dans les structures sanitaires de base. C'est 'est dans cette optique que s'inscrit la présente étude, qui vise à évaluer la satisfaction des gestantes sur la qualité des soins en consultation prénatale au CSI de Poumpoumré. Pour répondre à cet objectif, le présent travail s'articule autour de cinq chapitres. Le premier chapitre expose la problématique de l'étude, son contexte, sa justification, ainsi que les questions, objectifs et hypothèses de recherche. Le deuxième chapitre présente la revue de la littérature et le cadre de référence conceptuel retenu, à savoir le modèle de Donabedian. Le troisième chapitre décrit la méthodologie adoptée, notamment le type d'étude, la population, l'échantillonnage et les outils de collecte des données. Le quatrième chapitre présente et analyse les résultats obtenus auprès des gestantes enquêtées. Enfin, le cinquième chapitre discute ces résultats à la lumière de la littérature existante et formule des recommandations à l'intention du CSI, du district de santé et des instances régionales concernées.

CHAPITRE I : PROBLEMATIQUE

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

La grossesse et l'accouchement constituent des événements physiologiques majeurs dans la vie d'une femme, mais demeurent associés, dans de nombreuses régions du monde, à des risques considérables de morbidité et de mortalité maternelle et néonatale. La consultation prénatale (CPN) représente l'une des interventions de santé publique les plus efficaces pour réduire ces risques. Elle permet la détection précoce des complications, la mise en place d'interventions fondées sur des données probantes et l'éducation des femmes sur leur santé reproductive. Cependant, la simple disponibilité des services de CPN ne suffit pas ; c'est la qualité des soins offerts et la satisfaction des gestantes qui conditionnent l'utilisation régulière et continue de ces services (OMS, 2016). La satisfaction des gestantes vis-à-vis de la qualité des soins prénatals est aujourd'hui reconnue comme un indicateur stratégique de la performance des systèmes de santé. Elle constitue un déterminant majeur de la continuité du suivi prénatal, de l'adhésion aux recommandations médicales et, en définitive, des résultats périnataux. Une gestante satisfaite est plus susceptible d'effectuer le nombre de visites prénatales recommandées, d'accoucher dans un établissement de santé qualifié et de revenir pour les soins postnatals (Bohren et al. 2015 ; Afulani et al., 2018). À l'inverse, une expérience négative marquée par un accueil défaillant, un manque de respect ou une communication insuffisante constitue un frein majeur à la fréquentation des structures sanitaires.

À l'échelle mondiale, la mortalité maternelle reste un problème de santé publique préoccupant. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2023), environ 287 000 femmes sont décédées de causes liées à la grossesse ou à l'accouchement en 2020, dont plus de 95 % dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. La quasi-totalité de ces décès aurait pu être évitée grâce à un suivi prénatal de qualité et accessible. C'est dans ce contexte que l'OMS a révisé ses recommandations en 2016, passant du modèle des quatre CPN ciblées à un modèle de huit contacts prénatals minimum, afin d'augmenter les opportunités de détection et de prise en charge des complications.

En Asie, malgré des progrès notables, de profondes disparités persistent dans la qualité des soins prénatals. Une étude de grande envergure menée en Asie du Sud incluant le Bangladesh, l'Inde, le Népal, le Pakistan et le Sri Lanka a montré que seulement 66,9 % des femmes bénéficient d'une consultation prénatale de qualité adéquate (Anik et al, 2024). En Inde, pays le plus peuplé du monde, une étude nationale couvrant la période 1999–2021 a

révélé que la prévalence de soins prénatals inadéquats a diminué de 84,8% à 28,8% sur cette période, mais que d'importantes inégalités socioéconomiques persistent entre les États et au sein des groupes de population défavorisés (Dandona et al. 2021).

En Asie du Sud-Est, une analyse publiée dans *The Lancet Regional Health* (2024) portant sur plusieurs pays de la région a mis en évidence que les progrès réalisés en matière de couverture des soins prénatals ne se sont pas traduits par une réduction proportionnelle de la mortalité maternelle. Les auteurs identifient la mauvaise qualité des services notamment l'insuffisance de la relation soignant-soigné et le manque de respect de la dignité des femmes comme le facteur principal responsable de ces résultats insuffisants. En Chine, Li et al. (2022) ont montré, dans une étude transversale portant sur 3 200 femmes enceintes dans cinq provinces, que 78,3% exprimaient une satisfaction globale à l'égard des soins prénatals, mais que cette satisfaction était significativement plus faible dans les zones rurales et parmi les femmes ayant un niveau d'instruction bas, en raison principalement de la qualité de la communication avec le personnel soignant.

En Amérique du Nord, le Canada et les États-Unis affichent des taux de couverture prénatale parmi les plus élevés au monde, avec plus de 97% des femmes enceintes bénéficiant d'au moins un contact prénatal qualifié. Cependant, des inégalités persistent, notamment au sein des populations afro-américaines, autochtones et à faibles revenus. Aux États-Unis, une méta-analyse de Vedam et al. (2019) portant sur 2 700 femmes a montré que 17,3% des femmes noires et amérindiennes rapportaient avoir subi des traitements irrespectueux ou discriminatoires lors de leurs consultations prénatales, contre 8,4% chez les femmes blanches.

En Amérique latine, Bohren et al. (2015), dans une revue systématique de la littérature analysant 65 études qualitatives issues de 34 pays, ont identifié des comportements irrespectueux et abusifs lors des soins maternels comme une réalité répandue, incluant : les abus physiques, les traitements humiliants, le manque de consentement éclairé, le refus de soins et la détention dans les structures de santé. Cette revue fondatrice a constitué le socle scientifique de nombreuses études ultérieures sur la satisfaction des gestantes. Au Brésil, Domingues et al. (2018) ont montré que 22,6% des femmes rapportaient des interactions négatives avec le personnel soignant lors de leurs CPN.

En Europe, la qualité des soins prénatals est globalement élevée, soutenue par des systèmes de santé bien structurés et des ressources humaines qualifiées. Cependant, la question de la satisfaction des femmes enceintes s'est imposée comme une priorité dans la politique de santé maternelle. En France, l'Enquête Nationale Périnatale (ENP) de 2021 a

révélé que 92% des femmes déclaraient avoir été satisfaites ou très satisfaites de leur suivi prénatal, mais que les femmes issues de milieux précaires et les femmes étrangères exprimaient significativement plus d'insatisfaction, notamment concernant la qualité de l'information reçue et le respect de leurs choix (Saurel-Cubizolles et al. 2021).

Au Royaume-Uni, une étude de Sandall et al. (2016) portant sur 17 280 femmes a démontré que le modèle de sage-femme référente (continuité des soins) était significativement associé à une plus grande satisfaction des femmes, à une réduction des complications obstétricales et à de meilleurs résultats néonataux. Cette étude, publiée dans la Cochrane Data base of Systematic Reviews, est considérée comme une référence mondiale en matière de modèles de soins prénatals centrés sur la femme. En Suède, Hildingsson et al. (2019) ont montré que la satisfaction des femmes était étroitement liée à la qualité de la relation avec le personnel soignant, au respect de l'autonomie et à la qualité de la communication.

En Afrique subsaharienne, la situation de la santé maternelle reste préoccupante malgré des progrès enregistrés depuis les années 2000. Cette région concentre à elle seule environ 66% des décès maternels mondiaux, soit plus de 200 000 femmes par an (OMS, 2023). L'Afrique subsaharienne présente également les taux de mortalité néonatale les plus élevés du monde. Si la couverture de la CPN a progressé avec plus de 73% des femmes enceintes effectuant au moins un contact prénatal qualifié, la qualité de ces soins et la satisfaction des gestantes demeurent insuffisantes dans de nombreux pays de la région.

En Éthiopie, une étude transversale d'envergure menée par Hussen et Worku (2022) auprès de 1 016 femmes enceintes dans les formations sanitaires publiques du district de Bele Gasgar a montré que 75% des gestantes étaient globalement satisfaites des soins prénatals reçus. Cependant, les facteurs les plus déterminants de la satisfaction étaient : la disponibilité des médicaments et des équipements (OR = 3,8 ; IC95% : 2,1–6,9), l'attitude respectueuse du personnel (OR = 2,9 ; IC95% : 1,7–5,0) et la confidentialité lors des consultations (OR = 2,4 ; IC95% : 1,3–4,4). Les facteurs d'insatisfaction principaux étaient le temps d'attente prolongé et l'insuffisance de la communication.

En Tanzanie, une étude de Kyei-Onanjiri et al. (2018) menée auprès de 1 200 femmes dans trois régions aux caractéristiques socioéconomiques contrastées a révélé que près de 38 % des gestantes exprimaient une insatisfaction liée à l'attitude irrespectueuse du personnel soignant, et que cette insatisfaction était significativement associée à un risque accru d'abandon du suivi prénatal (OR = 3,2 ; $p < 0,001$). Les auteurs ont conclu que l'amélioration

de la qualité relationnelle des soins constituait un levier prioritaire pour améliorer la continuité du suivi prénatal en Afrique subsaharienne.

Au Sénégal, Faye et al. (2019) ont conduit une étude évaluative dans plusieurs districts sanitaires ayant mis en évidence que les principaux facteurs d'insatisfaction des gestantes étaient : les longues files d'attente (signalées par 67% des enquêtées), l'attitude peu courtoise du personnel (48%), l'insuffisance des explications données lors de la consultation (54%) et la rupture fréquente de médicaments et de consommables (43%). Ces résultats ont conduit les auteurs à recommander une réforme organisationnelle profonde des services de CPN, centrée sur la formation du personnel à la communication interpersonnelle et sur l'amélioration de la gestion des approvisionnements.

Au Bénin, Hounkpatin et al. (2020) ont mené une étude évaluative dans un hôpital de district sanitaire portant sur 80 gestantes. Les résultats ont montré que la performance globale des services prénatals était jugée satisfaisante, mais que des lacunes importantes existaient dans les domaines de l'information donnée aux gestantes, de la confidentialité et du respect de la dignité. Ces auteurs ont souligné l'importance d'une évaluation périodique de la satisfaction des usagers pour guider l'amélioration continue de la qualité des soins prénatals en Afrique francophone.

À Zanzibar, une étude transversale récente menée par Kimaro et al. (2021) auprès de 393 femmes enceintes dans des formations sanitaires publiques a évalué le niveau de satisfaction à l'égard des soins prénatals. Les résultats ont montré une satisfaction globale de 68,7%, avec des variations significatives selon les établissements et les catégories socioéconomiques. Les facteurs les plus fortement associés à la satisfaction étaient : la qualité de l'accueil (AOR = 4,2 ; IC95% : 2,3–7,7), la compétence perçue du personnel (AOR = 3,1 ; IC95% : 1,8–5,4) et la disponibilité des équipements (AOR = 2,8 ; IC95% : 1,5–5,2).

Au Cameroun, la santé maternelle demeure une priorité de santé publique. Selon l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) 2018, le ratio de mortalité maternelle est estimé à 407 décès pour 100 000 naissances vivantes, ce qui place le pays parmi ceux présentant les taux les plus élevés d'Afrique centrale. Ce chiffre, bien qu'en diminution par rapport aux 782 décès pour 100 000 naissances vivantes enregistrés en 2011 (EDS, 2011), reste très éloigné de l'objectif fixé par les Objectifs de Développement Durable (ODD) de réduire le ratio de mortalité maternelle à moins de 70 décès pour 100 000 naissances vivantes d'ici 2030.

La couverture en soins prénatals par un prestataire qualifié a progressé, passant de 80% en 2004 à 87% en 2018 selon l'EDS (INS, 2018). Cependant, ce taux de couverture

masque d'importantes disparités régionales et ne reflète pas la qualité des soins dispensés. Mbu et al. (2018) ont mené une étude dans plusieurs districts sanitaires du Cameroun portant sur les déterminants de la satisfaction des gestantes. Leurs résultats ont montré que les facteurs socioéconomiques niveau d'instruction, statut matrimonial, accès aux ressources influençaient significativement la satisfaction des femmes vis-à-vis des soins prénatals, indépendamment des caractéristiques techniques des soins eux-mêmes.

Une étude menée par Tchouaket et al. (2020) dans plusieurs formations sanitaires camerounaises a mis en évidence que 54,3% des gestantes exprimaient une insatisfaction liée à la qualité de l'accueil, principalement en raison du comportement du personnel soignant. Les auteurs ont identifié cinq dimensions clés de la qualité des soins prénatals : la dimension technique (compétence clinique), la dimension interpersonnelle (relation soignant-soignée), la dimension organisationnelle (accessibilité, temps d'attente), la dimension informationnelle (qualité des informations reçues) et la dimension environnementale (propreté et confort des locaux). Parmi ces dimensions, c'est la dimension interpersonnelle qui était la plus fortement corrélée à la satisfaction globale.

Dans les régions septentrionales du Cameroun, la situation est particulièrement préoccupante. Le taux d'accouchement en formation sanitaire n'est que de 37% dans la région du Nord, 38% dans la région de l'Extrême-Nord et 46% dans la région de l'Adamaoua, contre une moyenne nationale de 67% (EDS, 2018). Une étude menée par Ndikum et al. (2023) dans les hôpitaux de district de Guider et Mayo-Oulo au nord du Cameroun a évalué l'impact du programme Chèque Santé sur la santé maternelle. Les résultats ont montré que les femmes bénéficiaires du chèque santé avaient un accès plus régulier aux CPN (42,8% effectuaient 4 CPN ou plus, contre 0,8% chez les non-bénéficiaires), suggérant que les barrières financières constituaient un frein majeur à l'utilisation des services prénatals dans cette région.

Afulani et al. (2018) ont développé et validé l'échelle PCMC (Person-Centered Maternity Care) pour mesurer la satisfaction des femmes enceintes dans les pays à faibles ressources, en tenant compte des spécificités culturelles des femmes africaines. Cette échelle, adaptée au contexte camerounais par plusieurs auteurs, explore trois dimensions : le respect et la dignité, la communication et l'autonomie, et le soutien émotionnel. Son application dans des études camerounaises a confirmé que la qualité de la relation soignant-soigné est le prédicteur le plus puissant de la satisfaction globale des gestantes.

Le Centre de Santé Intégré (CSI) de Poumpoumré est une structure sanitaire de premier niveau située dans la ville de Garoua, chef-lieu de la région du Nord du Cameroun. Il

constitue l'un des premiers points de contact entre les femmes enceintes et le système de santé formel dans sa zone de desserte. À ce titre, il joue un rôle fondamental dans la prise en charge prénatale des gestantes de la communauté, en assurant les consultations prénatales recentrées (CPNR), les soins préventifs (vaccination antitétanique, supplémentation en fer et acide folique, prévention du paludisme), ainsi que le dépistage et la prise en charge des grossesses à risque.

La région du Nord du Cameroun, dans laquelle s'inscrit le CSI de Poumpoumré, présente des indicateurs de santé maternelle parmi les plus défavorables du pays. Selon les données de l'EDS 2018, le taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié est de 37% dans cette région, contre une moyenne nationale de 67%. Une étude de Wouri et al. (2025) menée à l'Hôpital Régional de Garoua sur les issues de l'accouchement chez les adolescentes a révélé une mortalité périnatale de 9,27% et a identifié l'insuffisance du suivi prénatal comme l'un des facteurs contributifs principaux, soulignant l'urgence d'améliorer la qualité et l'attractivité des services de CPN dans toute la région.

Malgré l'importance stratégique du CSI de Poumpoumré dans le dispositif de santé maternelle local, aucune étude formelle et documentée n'avait, à ce jour, évalué de manière systématique le niveau de satisfaction des gestantes vis-à-vis de la qualité des soins offerts lors des consultations prénatales. Des observations informelles et des rapports d'activité ont cependant mis en évidence certaines difficultés récurrentes : temps d'attente prolongés, insuffisance des explications données aux gestantes, ruptures périodiques de médicaments essentiels et insatisfaction liée à l'accueil. Ces constats, bien que non quantifiés, suggèrent l'existence d'un écart significatif entre les soins effectivement dispensés et les attentes des femmes enceintes. Par ailleurs, la population desservie par le CSI de Poumpoumré présente des caractéristiques socioéconomiques et culturelles spécifiques qui peuvent influencer les attentes et la perception de la qualité des soins : prédominance de femmes peu instruites, pratiques culturelles liées à la grossesse, influence de l'entourage familial sur le recours aux soins, et barrières économiques persistantes. Dans ce contexte, comprendre les facteurs qui influencent la satisfaction des gestantes constitue une étape indispensable pour orienter les interventions visant à améliorer la qualité des soins prénatals et, in fine, réduire la mortalité maternelle et néonatale dans la zone de Poumpoumré. La présente étude se justifie à plusieurs niveaux, qu'ils soient scientifiques, programmatiques ou opérationnels.

Sur le plan scientifique, la satisfaction des gestantes constitue un indicateur multidimensionnel dont l'évaluation rigoureuse est indispensable pour identifier les forces et les faiblesses des systèmes de soins prénatals. Le modèle conceptuel de Donabedian (1988)

qui articule la qualité des soins autour de trois composantes interdépendantes (structure, processus et résultats) place la satisfaction des usagères au cœur de l'évaluation des résultats des soins. Dans ce cadre, la satisfaction n'est pas un indicateur accessoire mais un marqueur fondamental de la qualité perçue des soins, reflétant la manière dont les ressources disponibles, les pratiques cliniques et les interactions humaines se combinent pour produire une expérience de soin positive ou négative (Donabedian, 1988).

Par ailleurs, les modèles SERVQUAL (Parasuraman et al. 1985) et PCMC (Afulani et al. 2018), validés internationalement pour l'évaluation de la satisfaction dans les services de santé, offrent des cadres méthodologiques robustes pour mesurer les dimensions de la qualité perçue des soins prénatals. L'application de ces modèles dans le contexte du CSI de Poupoumoumé permettra de produire des données empiriques inédites, contribuant ainsi à l'enrichissement de la littérature scientifique sur la satisfaction des gestantes en Afrique centrale francophone.

Sur le plan programmatique, la présente étude s'inscrit dans le cadre des politiques nationales de santé du Cameroun, notamment la Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) 2016-2027 et le Plan d'Action Opérationnel (PAO) du Ministère de la Santé Publique, qui font de la réduction de la mortalité maternelle et l'amélioration de la qualité des soins prénatals des priorités nationales. Elle répond également aux recommandations de l'OMS (2016) qui souligne que l'amélioration de l'expérience des soins incluant la satisfaction des femmes est aussi importante que l'amélioration de la couverture pour réduire la mortalité maternelle.

Sur le plan opérationnel, les résultats de cette étude fourniront aux responsables du CSI de Poupoumoumé et aux autorités du District de Santé des données empiriques objectives sur le niveau de satisfaction des gestantes et les facteurs qui l'influencent. Ces informations constituent une base indispensable pour : (1) cibler les interventions d'amélioration de la qualité des soins sur les dimensions les plus défaillantes, (2) concevoir des programmes de formation du personnel soignant adaptés aux besoins identifiés, (3) améliorer l'organisation des services de CPN et (4) renforcer la relation soignant-soigné pour fidéliser les gestantes au suivi prénatal et réduire les abandons.

En définitive, l'absence de données locales sur la satisfaction des gestantes au CSI de Poupoumoumé constitue en elle-même une lacune informationnelle majeure qui compromet la planification rationnelle des interventions de santé maternelle dans cette zone. La présente étude se propose de combler cette lacune en apportant des éléments de réponse concrets et opérationnels aux décideurs, aux gestionnaires et aux professionnels

de santé engagés dans l'amélioration de la qualité des soins prénatals au CSI de Poumpoumré et, plus largement, dans la région du Nord du Cameroun.

II- ÉNONCÉ DU PROBLÈME

La santé maternelle demeure un enjeu majeur de santé publique, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire où les femmes enceintes continuent de faire face à de multiples risques tout au long de la grossesse et de l'accouchement. Malgré les avancées observées en matière d'accès aux services de santé, la persistance d'indicateurs défavorables de santé maternelle souligne l'existence de faiblesses non seulement dans la disponibilité des soins, mais également dans leur qualité globale. Les consultations prénatales constituent une stratégie essentielle de prévention et de promotion de la santé maternelle et néonatale. Elles permettent le suivi régulier de la grossesse, la détection précoce des complications, l'éducation sanitaire des gestantes et la préparation à l'accouchement. Toutefois, l'efficacité de ces consultations dépend en grande partie de l'expérience vécue par les femmes enceintes lors de leur fréquentation des formations sanitaires. Parmi les éléments influençant cette expérience, la qualité de l'accueil occupe une place déterminante. Dans de nombreuses structures de santé, l'accueil des gestantes reste marqué par des insuffisances telles que des temps d'attente prolongés, un manque de communication, une attitude parfois peu bienveillante du personnel soignant, une insuffisance d'informations fournies aux femmes enceintes ainsi qu'une faible prise en compte de leurs besoins émotionnels et psychosociaux. Ces insuffisances contribuent à une insatisfaction des gestantes, susceptible d'entraîner une baisse de la fréquentation des consultations prénatales ou un suivi irrégulier de la grossesse. Plusieurs études ont démontré que l'insatisfaction des femmes enceintes vis-à-vis de l'accueil reçu dans les formations sanitaires constitue un obstacle majeur à l'utilisation continue des services de santé maternelle. Une gestante qui se sent mal accueillie, incomprise ou non respectée peut développer une méfiance à l'égard du système de santé, préférer retarder ses consultations ou recourir à des alternatives non médicalisées, augmentant ainsi les risques de complications maternelles et néonatales. Au Cameroun, bien que des efforts considérables aient été consentis pour promouvoir la fréquentation des consultations prénatales, la qualité de l'accueil demeure une préoccupation récurrente. Les structures de santé de base, en particulier les centres de santé intégrés, sont souvent confrontés à des contraintes organisationnelles, à

une surcharge de travail du personnel, à des ressources matérielles limitées et à une insuffisance de formation continue en matière de communication et de relation soignant-soignée. Ces facteurs peuvent influencer négativement la qualité de l'accueil offert aux gestantes. Dans le contexte local du centre de santé de Poumpoumré, ces réalités ne sont pas suffisamment documentées. Aucune étude spécifique n'a, à ce jour, permis d'évaluer de manière systématique la satisfaction des gestantes concernant la qualité de l'accueil qui leur est réservé lors des consultations prénatales. Cette absence de données empiriques constitue un frein à l'amélioration des services, car elle ne permet pas d'identifier clairement les attentes des gestantes, les insuffisances perçues ni les aspects positifs à renforcer.

Par ailleurs, la perception qu'ont les gestantes de la qualité de l'accueil peut varier en fonction de plusieurs facteurs tels que l'âge, le niveau d'instruction, la parité, la fréquence des consultations prénatales, ainsi que les expériences antérieures vécues dans les structures de santé. Ne pas tenir compte de ces perceptions revient à négliger un indicateur essentiel de la qualité des soins et à limiter l'efficacité des interventions visant à améliorer la santé maternelle. Ainsi, le problème central réside dans le manque d'informations fiables et actualisées sur le niveau de satisfaction des gestantes vis-à-vis de la qualité de l'accueil au centre de santé de Poumpoumré. Cette situation soulève des interrogations quant à l'adéquation entre les services offerts et les attentes réelles des femmes enceintes, ainsi qu'à l'impact de la qualité de l'accueil sur leur adhésion au suivi prénatal. Face à ces constats, il apparaît indispensable de mener une étude visant à évaluer la satisfaction des gestantes sur la qualité de l'accueil qui leur est offert au centre de santé de Poumpoumré. Une telle évaluation permettra d'identifier les insuffisances, de comprendre les perceptions des gestantes et de proposer des actions d'amélioration adaptées, contribuant ainsi à l'amélioration continue de la qualité des soins maternels et à la promotion d'un suivi prénatal efficace et respectueux.

III -QUESTIONS DE RECHERCHE

1. Question principale

Quels sont les facteurs influençant la satisfaction des gestantes sur la qualité des soins en consultation prénatale au CSI de Poumpoumré ?

2. Questions secondaires / spécifiques

QS1 : Quelles sont les caractéristiques sociodémographiques des gestantes fréquentant le CSI de Poupoumoumé ?

QS2 : Quel sont les facteurs organisationnels influençant la satisfaction des gestantes en CPN ?

QS3 : Quels sont les facteurs relationnels (communication, accueil, attitude du personnel) ?

QS4 : Quelles stratégies pourraient on mettre en place pour améliorer la satisfaction des gestantes sur la qualité des soins en consultation prénatale au CSI de Poupoumoumé ?

IV - HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

2 Hypothèse principale

Les caractéristiques socio-démographiques des gestantes, les facteurs organisationnels et les facteurs relationnels, pourraient influencer la satisfaction des gestantes concernant la qualité des soins en consultation prénatale au CSI de Poupoumoumé.

3 Hypothèses secondaires

1: Les caractéristiques socio-démographiques des gestantes pourraient influencer la satisfaction des gestantes sur la qualité des soins en CPN.

2: Un temps d'attente prolongé, le manque de matériel et la désorganisation des services pourraient influencer la satisfaction des gestantes en CPN.

3: Une communication insuffisante et une attitude non bienveillante du personnel soignant pourraient influencer la satisfaction des gestantes en CPN.

V - OBJECTIFS

2. Objectif général

Déterminer les facteurs influençant la satisfaction des gestantes concernant la qualité des soins en consultation prénatale au CSI de Poupoumoumé.

2. Objectifs spécifiques

1: Ressortir les caractéristiques socio-démographiques des gestantes fréquentant le CSI de Poupoumoumé.

2: Déterminer les facteurs organisationnels influençant la satisfaction des gestantes en CPN au CSI de Poupoumoumé.

3: Décrire les facteurs relationnels influençant la satisfaction des gestantes en CPN au CSI de Poupoumoumé.

4: Déterminer les stratégies visant à améliorer la satisfaction des gestantes sur la qualité des soins en consultation prénatale au CSI de Poupoumoumé ?

VI - BUT

Contribuer à l'amélioration de la qualité des soins de santé maternelle en identifiant le niveau de satisfaction des gestantes concernant la qualité de l'accueil qui leur est offert au centre de santé de Poupoumoumé, afin de formuler des recommandations susceptibles de renforcer l'accueil, d'améliorer l'expérience des femmes enceintes et de favoriser l'adhésion au suivi prénatal.

CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTÉRATURE

I - DÉFINITION DES CONCEPTS

1. Facteurs influençant

Les facteurs influençant désignent l'ensemble des éléments sociodémographiques, organisationnels, relationnels et environnementaux susceptibles d'agir positivement ou négativement sur un phénomène observé. Dans le cadre de cette étude, il s'agit des variables susceptibles de déterminer, de modifier ou de conditionner le niveau de satisfaction des gestantes vis-à-vis des soins reçus lors des consultations prénatales. Ces facteurs peuvent être intrinsèques à la patiente (âge, parité, niveau d'instruction) ou extrinsèques, liés à l'organisation et au fonctionnement du service de santé (attitude du personnel, temps d'attente, disponibilité des ressources).

2. Satisfaction des gestantes

La satisfaction des gestantes se réfère à l'appréciation globale qu'ont les femmes enceintes des services de santé maternelle qu'elles reçoivent, en particulier lors des consultations prénatales. Elle résulte de la comparaison entre leurs attentes et leur expérience réelle des soins, notamment en ce qui concerne la qualité de l'accueil. Selon Bohren et les autres. (2015), la satisfaction des gestantes est étroitement liée au respect, à la dignité, à la communication et à la qualité de la relation avec le personnel soignant. Une satisfaction élevée contribue à une meilleure utilisation des services de santé, à la réduction des abandons du suivi prénatal et à l'amélioration des résultats maternels et néonataux.

3. Consultation prénatale

La consultation prénatale est un ensemble de soins préventifs, éducatifs et curatifs destinés à assurer le suivi de la grossesse. Elle vise à détecter précocement les complications, à promouvoir des comportements favorables à la santé et à préparer la femme enceinte à l'accouchement. L'OMS recommande un minimum de huit contacts prénatals pour améliorer l'expérience des soins et les résultats de santé. La qualité de l'accueil lors des consultations prénatales joue un rôle déterminant dans la fréquentation régulière de ces services et dans la satisfaction des gestantes.

4. Qualité des soins

La qualité des soins se définit comme le degré auquel les services de santé augmentent la probabilité d'obtenir des résultats de santé souhaités, conformément aux connaissances professionnelles actuelles. Selon Donabedian (1988), la qualité des soins repose sur trois composantes : la structure, le processus et les résultats. Dans cette perspective,

la satisfaction des gestantes représente un indicateur des résultats de la qualité des soins, tandis que la qualité de l'accueil fait partie i

II - RECENSION DES ÉCRITS

2. Écrits empiriques

La littérature empirique consacrée à la satisfaction des gestantes en consultation prénatale met en évidence cinq grandes catégories de déterminants récurrents à travers les études menées en Afrique subsaharienne et ailleurs : les caractéristiques sociodémographiques des gestantes, les facteurs organisationnels liés à la structure de soins, les facteurs relationnels liés à l'interaction soignant-soignée, le niveau de satisfaction globale rapporté, ainsi que les observations et suggestions formulées par les auteurs pour l'amélioration des pratiques.

1.1. Caractéristiques sociodémographiques

Plusieurs études se sont attachées à démontrer le rôle des variables sociodémographiques dans la formation du jugement de satisfaction des gestantes. Faye et al. (2019), dans une étude transversale menée au Sénégal auprès de gestantes fréquentant des centres de santé, ont établi que l'âge, le niveau d'instruction, la parité et le statut matrimonial influencent significativement le niveau de satisfaction exprimé. Les auteurs relèvent que les gestantes les plus jeunes et primipares expriment davantage d'attentes en matière d'information et d'accompagnement psychologique, tandis que les multipares, plus expérimentées, se montrent globalement plus tolérantes vis-à-vis des imperfections organisationnelles.

Mbu et al. (2018), dans leur étude conduite dans la région du Nord-Ouest du Cameroun, confirment que le niveau socio-économique du ménage constitue un déterminant majeur : les gestantes issues de ménages à revenus modestes déclarent des niveaux de satisfaction plus faibles, en lien avec les coûts indirects associés à la consultation (transport, examens complémentaires, médicaments) qui viennent grever leurs attentes initiales. Ces auteurs soulignent également l'influence du milieu de résidence (urbain versus rural), les gestantes rurales rapportant davantage de difficultés d'accès géographique aux formations sanitaires. Dans le même sens, Hounkpatin et al. (2020), au Bénin, ont montré que la profession de la gestante et son niveau d'autonomie décisionnelle au sein du ménage modulent la perception de la qualité des soins reçus, les femmes exerçant une activité rémunératrice se montrant plus critiques et plus exigeantes envers la qualité de la prestation, notamment en matière de respect des délais d'attente.

2.1- Facteurs organisationnels

Les facteurs organisationnels regroupent l'ensemble des éléments liés au fonctionnement structurel de la formation sanitaire : disponibilité du personnel, temps d'attente, disponibilité des intrants et équipements, propreté des locaux, coût des prestations et accessibilité géographique. Afulani et al. (2018), dans une étude menée au Kenya combinant approche quantitative et qualitative, révèlent que le temps d'attente prolongé constitue l'un des principaux motifs d'insatisfaction rapportés par les gestantes, davantage encore que la qualité technique des soins elle-même. Les auteurs notent que des attentes supérieures à deux heures réduisent significativement la probabilité que la gestante exprime une satisfaction globale positive.

Kyei-Onanjiri et al. (2018), au Ghana, ont pour leur part mis en exergue le rôle de la disponibilité des ressources matérielles (tensiomètres, bandelettes urinaires, fer-acide folique, vaccins antitétaniques) dans la perception de la qualité : les ruptures fréquentes d'intrants contraignent les gestantes à des achats externes onéreux, ce qui détériore leur satisfaction, y compris lorsque l'accueil et la compétence du personnel sont jugés satisfaisants. Ces auteurs soulignent également l'importance de l'aménagement des espaces d'attente et de consultation, la promiscuité et le manque de confidentialité physique des lieux étant cités comme sources récurrentes de mécontentement.

1.3. Facteurs relationnels

La dimension relationnelle, correspondant à la qualité de l'interaction entre la gestante et le personnel soignant, apparaît dans la littérature comme l'un des déterminants les plus puissants de la satisfaction. Bohren et al. (2015) définissent le concept de « mauvais traitement » (mistreatment) en salle de consultation et d'accouchement, incluant les négligences, les propos irrespectueux, le manque d'empathie et l'absence de consentement éclairé, et démontrent que ces comportements sont associés à une insatisfaction marquée et à une réticence des femmes à revenir consulter dans la même structure lors des grossesses ultérieures. Afulani et al. (2018) développent le concept de « soins centrés sur la personne » (person-centered care), articulé autour de trois dimensions : la communication et l'échange d'informations, le respect et la dignité, et le soutien émotionnel apporté à la gestante. Leurs résultats montrent une corrélation positive forte entre le score de soins centrés sur la personne et le niveau de satisfaction globale rapporté, la qualité de l'écoute et la capacité du soignant à répondre aux préoccupations de la gestante étant les items les plus discriminants. Faye et al. (2019) rejoignent ce constat en soulignant que l'accueil chaleureux, la courtoisie du personnel et la clarté des explications fournies concernant l'état de la grossesse constituent des attentes

prioritaires des gestantes, souvent plus déterminantes dans le jugement de satisfaction que les aspects strictement techniques de la consultation. Les auteurs relèvent par ailleurs que le sentiment d'être écoutée et prise au sérieux renforce l'adhésion des gestantes au calendrier de suivi prénatal.

1.4. Satisfaction globale

Les niveaux de satisfaction globale rapportés dans la littérature varient sensiblement selon les contextes étudiés. Mbu et al. (2018) rapportent un taux de satisfaction globale de l'ordre de 65% parmi les gestantes enquêtées au Cameroun, avec des disparités notables selon les formations sanitaires visitées. Hounkpatin et al. (2020) obtiennent des résultats comparables au Bénin, avec un taux avoisinant 60%, tandis que les dimensions les moins bien évaluées demeurent systématiquement le temps d'attente et l'information reçue sur les signes de danger de la grossesse.

Kyei-Onanjiri et al. (2018) utilisent une échelle de Likert à cinq points pour mesurer la satisfaction sur plusieurs dimensions (accueil, compétence technique, information, infrastructure, coût), et constatent que la satisfaction n'est pas un phénomène unidimensionnel : une gestante peut se déclarer satisfaite de la compétence technique du personnel tout en exprimant une insatisfaction marquée concernant le coût des prestations ou la durée d'attente, ce qui justifie une approche multidimensionnelle de la mesure de la satisfaction, telle que celle retenue dans la présente étude.

1.5. Observations et suggestions des auteurs

Au terme de leurs travaux respectifs, les auteurs consultés formulent des observations convergentes et des suggestions destinées à améliorer la qualité perçue des soins prénatals : Bohren et al. (2015) recommandent le renforcement de la formation continue du personnel de santé en communication interpersonnelle et en éthique des soins, ainsi que la mise en place de mécanismes de recueil de plaintes accessibles aux usagères. Afulani et al. (2018) suggèrent l'intégration systématique d'indicateurs de soins centrés sur la personne dans les outils de suivi-évaluation des services de santé maternelle, au même titre que les indicateurs cliniques classiques. Faye et al. (2019) préconisent l'amélioration de l'organisation des flux de patientes (système de rendez-vous, réduction du temps d'attente) et le renforcement de l'éducation sanitaire délivrée pendant la CPN. Mbu et al. (2018) insistent sur la nécessité de rapprocher géographiquement les services de santé maternelle des populations rurales et de réduire les coûts indirects liés à la consultation. Hounkpatin et al. (2020) et Kyei-Onanjiri et al. (2018) recommandent un approvisionnement régulier en intrants essentiels et un plaidoyer pour l'affectation d'un personnel qualifié suffisant dans les formations sanitaires périphériques.

Ces observations convergentes constituent un socle de référence pour l'interprétation des résultats attendus de la présente étude menée au CSI de Poumpoumré, et confirment la pertinence du modèle conceptuel de Donabedian (1988), structuré autour des dimensions Structure, Processus et Résultats, retenu pour cadrer notre recherche.

2. Écrits théoriques

La consultation prénatale (CPN) constitue l'un des piliers fondamentaux de la santé maternelle et néonatale. Recommandée par l'Organisation Mondiale de la Santé, elle vise à assurer une surveillance régulière de la grossesse afin de prévenir, dépister et prendre en charge précocement toute complication susceptible de compromettre le pronostic maternel et fœtal. Cet exposé présente les généralités relatives à la consultation prénatale : ses définitions, ses objectifs, son calendrier, son contenu, ainsi que son importance dans la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

2.1- Définition et fondements de la CPN

La consultation prénatale se définit comme l'ensemble des soins médicaux et des actions préventives dispensés à la femme enceinte tout au long de sa grossesse, par un personnel de santé qualifié (sage-femme, médecin, infirmier accoucheur), dans le but de suivre l'évolution normale de la grossesse et de dépister précocement toute anomalie. Elle repose sur le principe selon lequel une grossesse, même apparemment normale, comporte un risque potentiel qui ne peut être écarté qu'à travers une surveillance médicale régulière et rigoureuse. Face aux limites de l'approche classique fondée sur la stratification systématique des grossesses en « à risque » ou « à bas risque », l'OMS a promu depuis 2016 le modèle de CPN dit « recentré » (Focused Antenatal Care), fondé sur l'idée que toute grossesse peut potentiellement développer des complications, indépendamment des facteurs de risque identifiés initialement. Ce modèle recommande un minimum de huit contacts entre la gestante et le système de santé au cours de la grossesse, contre les quatre visites précédemment préconisées, afin de renforcer la détection précoce des complications et d'améliorer l'expérience globale de la grossesse.

2.2- Objectifs de la consultation prénatale

La CPN poursuit plusieurs objectifs complémentaires, qui peuvent être regroupés en objectifs préventifs, curatifs, éducatifs et psychosociaux :

Confirmer la grossesse, en préciser le terme et en assurer le suivi évolutif régulier (*croissance utérine, présentation fœtale, bruits du cœur fœtal*).

Dépister et prendre en charge précocement les pathologies associées à la grossesse (hypertension artérielle gravidique, pré-éclampsie, diabète gestationnel, anémie, infections sexuellement transmissibles, VIH). Assurer la prévention par la vaccination antitétanique, la supplémentation en fer et acide folique, la prévention du paludisme (*traitement préventif intermittent*) et la prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Préparer la gestante et son entourage à l'accouchement, à travers l'élaboration d'un plan d'accouchement et la reconnaissance des signes de danger nécessitant une consultation d'urgence. Assurer l'éducation sanitaire de la gestante en matière de nutrition, d'hygiène, d'allaitement maternel exclusif et de planification familiale du post-partum.

Offrir un soutien psychosocial à la gestante, notamment face à l'anxiété liée à la grossesse et aux violences basées sur le genre.

2.3. Calendrier et contenu des contacts prénatals

Selon les directives de l'OMS (2016), le modèle de CPN recentré recommande huit contacts répartis comme suit : un premier contact avant la douzième semaine d'aménorrhée, deux contacts au deuxième trimestre (autour des vingtième et vingt-sixième semaines) et cinq contacts au troisième trimestre (autour des trentième, trente-quatrième, trente-sixième, trente-huitième et quarantième semaines). Chaque contact comprend un ensemble d'actes standardisés : interrogatoire, examen clinique général et obstétrical, mesure de la hauteur suppléments et vaccins requis, ainsi qu'une séance d'éducation sanitaire individualisée. Le premier contact revêt une importance particulière puisqu'il permet d'établir la relation de confiance entre la gestante et le personnel soignant, de réaliser le bilan initial complet et d'identifier d'emblée les facteurs de risque nécessitant une orientation vers un niveau de soins spécialisé.

2.4-Acteurs et cadre institutionnel de la CPN

La consultation prénatale est assurée principalement par les sages-femmes, en collaboration avec les médecins généralistes et les gynécologues-obstétriciens pour les grossesses à risque élevé. Au Cameroun, elle est intégrée dans le paquet minimum d'activités des centres de santé intégrés (CSI), conformément à la politique nationale de santé de la reproduction, et s'inscrit dans le cadre plus large de la stratégie nationale de réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile. Les formations sanitaires de premier échelon, à l'instar du CSI de Poumpoumré, constituent le point d'entrée privilégié des gestantes dans le système de soins, ce qui confère à la qualité de l'accueil et de la prise en charge à ce niveau une importance stratégique majeure.

2.5-Importance de la CPN dans la santé maternelle et néonatale

La littérature s'accorde à reconnaître que la fréquentation régulière et précoce de la CPN est associée à une réduction significative de la morbidité et de la mortalité maternelles et périnatales. Elle permet la détection et la prise en charge précoce des complications hypertensives et infectieuses de la grossesse, la préparation adéquate de l'accouchement, notamment par l'identification des grossesses nécessitant une référence vers une structure de niveau supérieur, et l'amélioration des issues néonatales grâce à la prévention des pathologies maternités fœtales. Au-delà de sa dimension clinique, la CPN constitue également un espace privilégié d'éducation sanitaire et d'autonomisation de la femme enceinte, renforçant sa capacité à reconnaître les signes de danger et à recourir en temps opportun aux services de santé.

La consultation prénatale se présente ainsi comme un processus continu, structuré et multidimensionnel, dont la qualité perçue par la gestante dépend étroitement des conditions structurelles et organisationnelles de son déroulement, ainsi que de la qualité de la relation établie avec le personnel soignant. Ces éléments théoriques, combinés aux résultats des études empiriques présentées précédemment, fondent le cadre conceptuel de la présente étude, structuré selon le modèle de Donabedian (1988) et orienté par les objectifs spécifiques OS1, OS2 et OS3 relatifs respectivement aux facteurs sociodémographiques, organisationnels et relationnels influençant la satisfaction des gestantes au CSI de Poumpoumré.

III - CADRE DE RÉFÉRENCE

1. Modèle conceptuel

Le cadre de référence de cette étude repose principalement sur le modèle d'évaluation de la qualité des soins de Donabedian (1988), complété par l'approche des soins centrés sur la personne recommandée par l'organisation mondiale de la Santé (OMS). Selon Donabedian, la qualité des soins peut être analysée à travers trois composantes interdépendantes :

- La structure : elle concerne les ressources humaines, matérielles et organisationnelles de la formation sanitaire.
- Le processus : il renvoie à la manière dont les soins sont délivrés, incluant les interactions entre le personnel soignant et les usagers.
- Les résultats : ils correspondent aux effets des soins sur la santé et à la satisfaction des usagers.

Dans le cadre de la présente étude, l'accent est mis sur le processus de soins, plus précisément sur la qualité de l'accueil, considérée comme un élément central de l'interaction entre les gestantes et le personnel soignant. La qualité de l'accueil influence directement la satisfaction des gestantes, qui constitue le principal résultat étudié. La satisfaction des gestantes est perçue comme une variable dépendante résultant de plusieurs dimensions de la qualité de l'accueil, notamment :

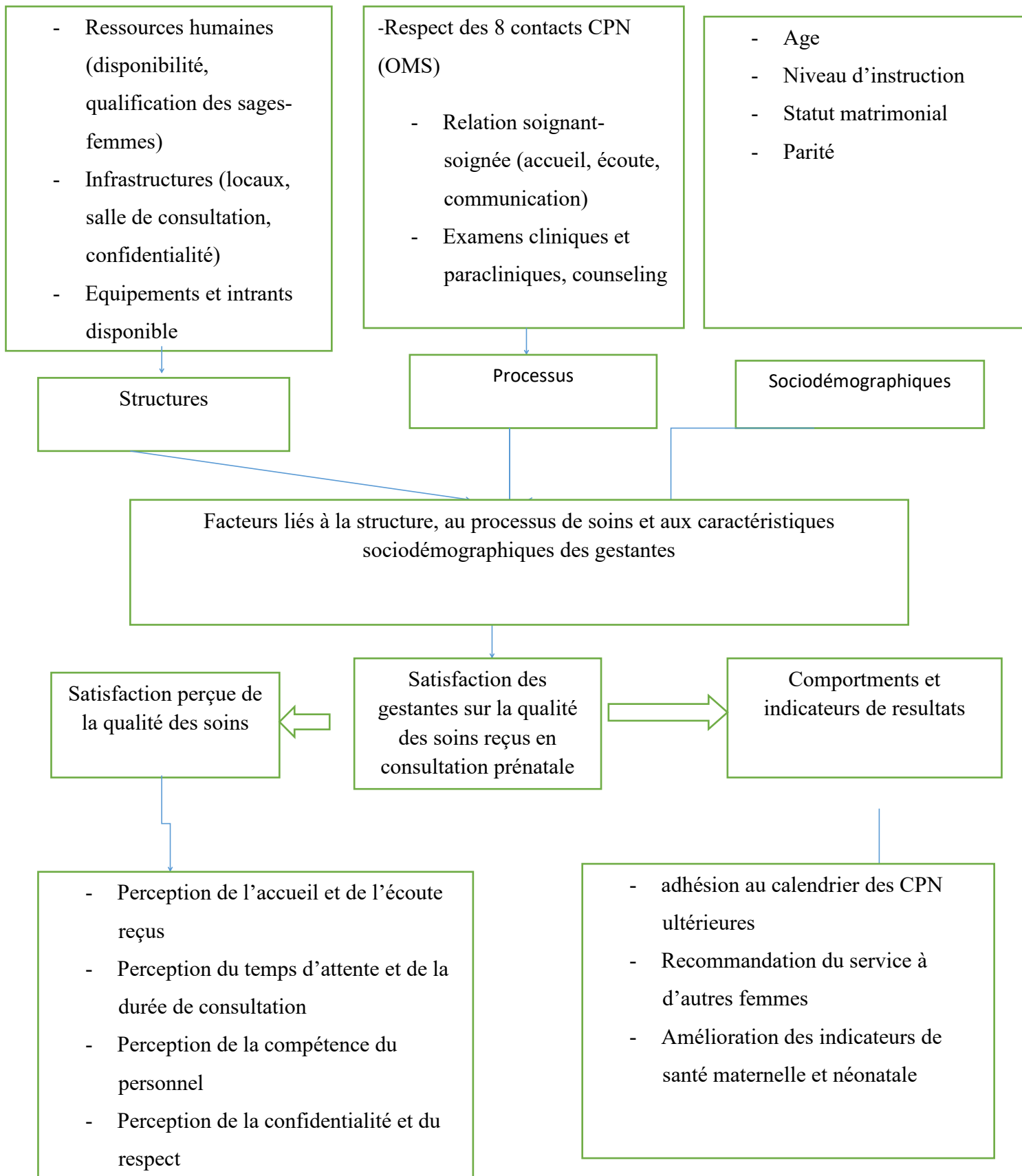
- L'attitude et le comportement du personnel soignant ;
- La qualité de la communication et de l'information ;
- Le temps d'attente et l'organisation des services ;
- L'environnement d'accueil (propreté, confidentialité, confort).

Par ailleurs, certaines caractéristiques sociodémographiques des gestantes (âge, niveau d'instruction, parité) peuvent agir comme des facteurs modérateurs influençant leur perception de la qualité de l'accueil et leur niveau de satisfaction. Ainsi, le modèle conceptuel de cette étude postule que la qualité de l'accueil offerte au centre de santé de Poumpoumré influence de manière significative la satisfaction des gestantes, laquelle peut à son tour favoriser l'adhésion au suivi prénatal et la fréquentation régulière des services de santé.

Tableau I: Modèle d'analyse du modèle conceptuel

Concepts	Dimensions	Composantes	Indicateurs
Satisfaction des gestantes	Accueil et relation soignant-soignée	Qualité de l'accueil; Attitude du personnel; Respect et dignité	Amabilité du personnel; Disponibilité; Respect de l'intimité; Absence de discrimination
	Accessibilité des soins	Accessibilité géographique; financière; temporelle	Distance; Coût; Temps d'attentes; Horaires
	Qualité technique des soins	Compétence; Examen clinique; Suivi de grossesse	Qualification; Examens réalisés; Respect protocoles
	Communication et information	Information; Éducation sanitaire; Consentement	Clarté des explications; Conseils; Possibilité de poser des questions
	Environnement et organisation	Propreté; Confort; Organisation	Propreté des locaux; Disponibilité matériel; Organisation des files
	Disponibilité des ressources	Médicaments; Équipements; Personnel	Disponibilité médicaments; Matériel adéquat; Personnel suffisant
	Résultats perçus	Amélioration santé; Confiance	Sentiment de sécurité; Satisfaction globale; Intention de revenir

1- Schématisation du modèle conceptuel



Lecture du modèle :

Les caractéristiques sociodémographiques des gestantes influencent leur perception de la qualité de l'accueil. La qualité de l'accueil, à travers ses différentes dimensions, détermine le niveau de satisfaction des gestantes. Une satisfaction élevée favorise l'adhésion au suivi prénatal et l'utilisation continue des services de santé maternelle.

CHAPITRE III : MÉTHODOLOGIE

I- JUSTIFICATION DU LIEU DE L'ETUDE

Le choix du Centre de santé de Poumpoumré comme site d'étude se justifie par plusieurs raisons :

Il constitue une structure de premier niveau de soins offrant des services de consultation prénatale (CPN), d'accouchement et de suivi postnatal. Il reçoit un nombre important de gestantes provenant de Poumpoumré et des localités environnantes. La qualité de l'accueil dans ce type de formation sanitaire influence directement la fréquentation des services prénatals et l'adhésion des femmes au suivi de grossesse. Aucune étude récente n'a été menée dans cette structure sur la satisfaction des gestantes concernant l'accueil. Ainsi, cette étude permettra d'apporter des données locales utiles pour l'amélioration de la qualité des soins maternels.

II- PRESENTATION CSI DE POUMPOUMRE

1- Description du CSI de poumpoumré

Notre étude s'est déroulée au Cameroun dans la région du nord, dans le département de la Bénoué, plus précisément dans l'arrondissement de Garoua 2^{ème} au centre de santé de poumpoumré. En effet, le CSI de poumpmouré est situé dans l'aire du district de santé de Garoua II. Il a été créé en 1991 et inauguré le 30 septembre 1991 en portant nom de « Dispensaire municipal de poumpoumré ». Au fil du temps, vu l'augmentation du besoin de service de personnel, cette structure de santé connaîtra une extension d'où je le nom de « Centre de santé de poumpoumré » depuis le 21 juin 1999, avec pour chef un infirmier nommé.

2- Données administratives

Grades	Effectifs
Infirmier supérieur en sciences infirmières (épidémiologiste de base) : chef centre	01
IDEP	04
SF	03
ASG	03
ASC	05
ATMS	04
ATMS option PHARMACIE	01
COMMIS DES PHARMACIE	01
AGENTS DES SAISIES	03
AGENT D'ENTRETIEN	02
GARDIEN DE NUIT	01

3- Données démographiques

Le CSI de poumpoumré est situé dans l'arrondissement de Garoua 2^{ème} et délimité comme suit :

- Au nord par la Bénoué
- Au sud par le stade omnisport de Roundé-Adjia
- A l'Est par la direction de la SODECOTON
- A l'Ouest par l'antenne régional ELECAM

4- Données socio-économiques

- Salaire payé par l'État
- Recettes propres de la fosa.
- Paiement des subsides (cheque sante, CSU...)
- Primes de performance et gratification
- Bip- crédit de l'État (en cas d'échéance)
- Dons des partenaires

III- TYPE DE L'ETUDE

Il s'agit d'une étude quantitative descriptive transversale.

IV- DUREE ET PERIODE DE L'ETUDE

Notre étude s'étend sur 10 mois : de Novembre 2025 au Septembre 2026.

Notre période de collecte des données sera de six semaines allant du: 04 Mai au 12 Juin 2026

V- METHODE D'ECHANTILLONNAGE

1- Population d'étude : Femmes enceintes

Cible : la population d'étude est constituée de toutes les femmes enceintes venues en consultation prénatale au Centre de santé de Poumpoumré pendant la période de l'étude.

2- Technique d'échantillonnage

Pour notre étude un échantillonnage non probabiliste de type accidentel sera utilisé. Toutes les femmes enceintes répondant aux critères d'inclusion et se présentant pendant la période d'étude seront recrutées jusqu'à atteindre la taille de l'échantillon.

3- Taille de l'échantillon

Un échantillon est destiné à fournir les informations qu'on pourrait généraliser à la population mère. Il est représenté et déterminé le nombre de personne correspondant à nos critères d'inclusion ayant accepté de participer à notre étude. Selon cette étude nous avons opté une taille de 119 femmes comme échantillons.

4- Critères d'inclusion

Seront incluses : Toutes les femmes enceintes venues en consultation prénatale, ayant donné un consentement libre et éclairé.

5- Critères d'exclusion

Seront exclus toutes femmes enceintes présente n'ayant pas acceptée de participer à l'étude.

6- Critères de non inclusion

Ne seront pas inclus toutes femmes enceintes en état d'urgence médicale ou femme enceinte présentant un trouble empêchant la communication.

VI- VARIABLES DE L'ETUDE

1- Variable dépendante

Qualité de satisfaction des gestantes concernant la qualité de l'accueil (satisfaite / non satisfaite).

2- Variables indépendantes

Variables sociodémographiques :

- Âge
- Niveau d'instruction
- Parité
- Situation matrimoniale
- Profession / activité

Variables organisationnelles :

- Temps d'attente avant la consultation
- Disponibilité du personnel
- Organisation et fluidité des services
- Propreté et confort de l'environnement d'accueil
- Confidentialité lors de la consultation

Variables relationnelles :

- Attitude et amabilité du personnel soignant
- Qualité de la communication et de l'écoute
- Respect et dignité
- Quantité et clarté des informations fournies
- Sentiment d'être prise en charge

VII- METHODOLOGIE DE COLLECTE DES DONNEES**1- Instrument de collecte des données**

Nous utiliserons un questionnaire structuré administré en face-à-face, comprenant : données sociodémographiques, questions sur l'accueil (amabilité, respect, information reçue, délai d'attente, confort), échelle de satisfaction (type Likert).

2- Technique de collecte des données

Afin de mieux collecter nos données et permettre à la cible de mieux s'exprimer, nous avons opté pour la technique de l'observation indirecte. Pour le faire, les données seront collectées par des questionnaires qui seront remis aux femmes pour qu'elles les remplissent.

VIII- RESPECT DE L'ETHIQUE DE LA RECHERCHE

Afin de préserver le droit des patients et la confidentialité des informations, nous solliciterons une clairance éthique auprès des autorités administrative (hiérarchie de l'école/délégation régional de la santé publique). Nous nous engageons également dans le cadre du respect de la propriété intellectuelle à citer toutes les sources citées de notre travail.

IX- CHRONOGRAMME DES ACTIVITES

Tableau II : chronogramme des activités

ACTIVITE S	JUILL ET 2025	AOU T 2025	SEP T 2025	OCT 2025	NO V 2025	DEC 2025	JAN V 2026	FEV 2026	MAR S 2026	AVRI L 2026	MA I 2026	JUIN 2026	JUILLE T 2026	AOU T 2026	SEPT 2026	OCT 2026
Choix du thème																
Validation																
Rédaction du protocole																
Collecte des données																
Rédaction du mémoire																
Soutenance																
Dépôt du mémoire corrigé																

X- DIFFICULTES RENCONTREES

- La réticence et la méfiance de certaines gestantes à répondre au questionnaire. Beaucoup craignaient que leurs réponses, notamment celles portant sur l'accueil et la qualité des soins reçus, ne soient rapportées au personnel soignant du centre et n'influencent négativement leur prise en charge future.
- Barriere linguistiques avec certaines femmes enceintes
- Les données étaient basées sur un questionnaire limitant la profondeur de l'analyse

CHAPITRE IV : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS

IV.1- Caractéristiques sociodémographiques et obstétricales de l'échantillon

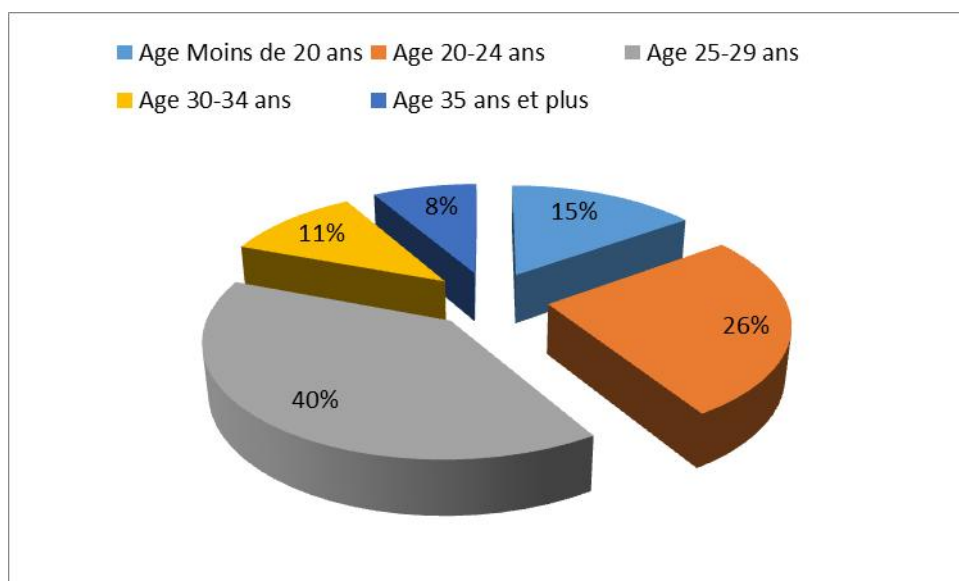


Figure 2: Répartition des gestantes selon l'âge

Il ressort de la figure 2 que sur 119 enquêtées, la tranche d'âge de 25 à 29 ans est la plus représentée avec 40 % des gestantes, suivie de la tranche 20-24 ans (26,1 %).

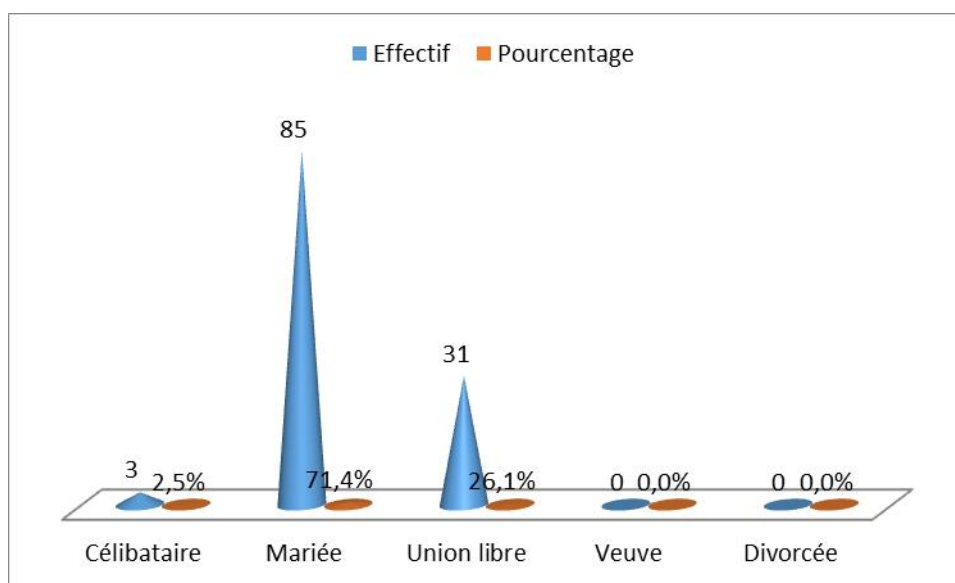


Figure 3: Répartition des gestantes selon la situation matrimoniale

Il ressort de la figure 3 que 119 enquêtées, plus de la moitié 71,4% sont mariées, tandis que 26,1% vivent en union libre.

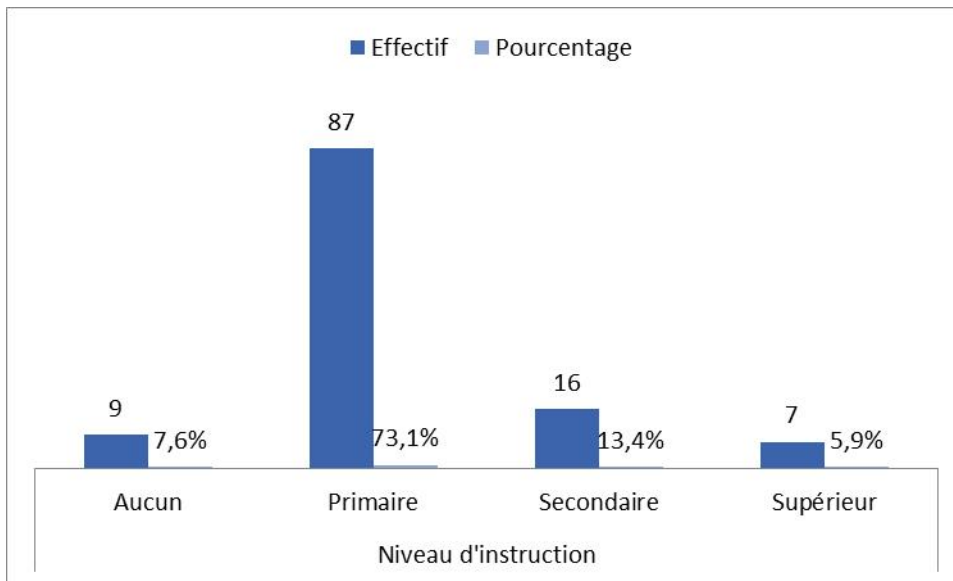


Figure 4: répartition des gestantes selon le niveau d'étude

La figure 4 montre que près des trois quarts des gestantes (73,1 %) ont un niveau d'instruction primaire, tandis que seulement 5,9 % ont atteint le niveau supérieur.

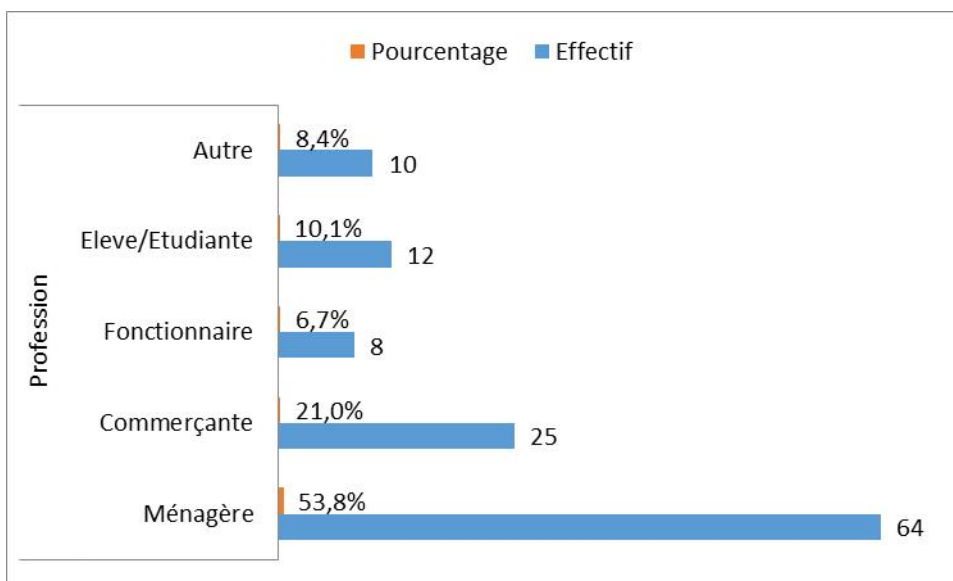


Figure 5: Répartition des gestantes selon la profession

D'après la figure 5 les ménagères constituent plus de la moitié de l'échantillon (53,8 %), suivies des commerçantes (21,0 %).

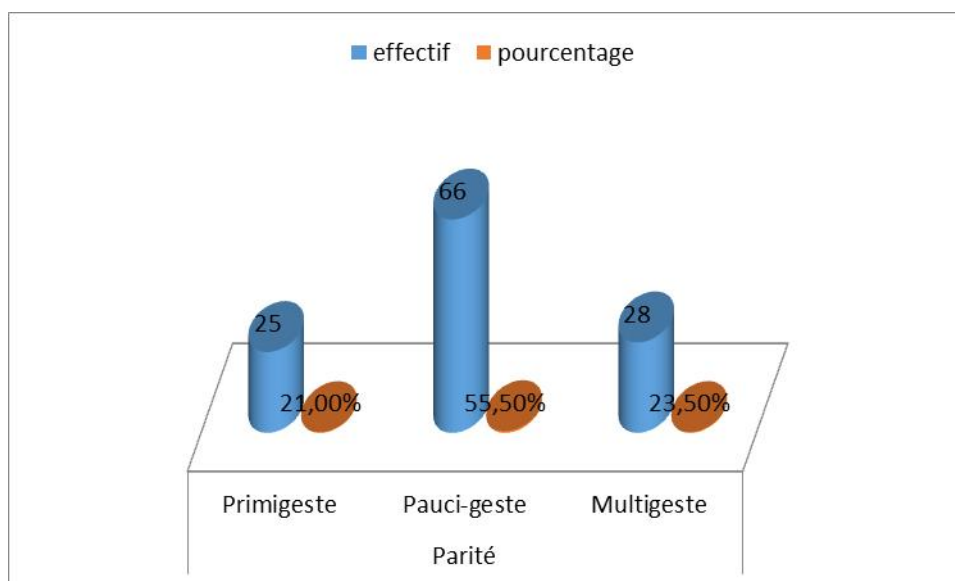


Figure 6 : Répartition des gestantes selon le trimestre de grossesse

Il ressort de la figure 6 que la majorité des gestantes interrogées se trouvaient au deuxième trimestre de grossesse (54,6 %) au moment de l'enquête, suivies de celles au troisième trimestre (41,2 %).

IV.2. SATISFACTION RELATIVE AUX ELEMENTS DE STRUCTURE ET DE PROCESSUS ORGANISATIONNEL DES SOINS (OS1)

Tableau III : Répartition des gestantes selon la satisfaction relative au « Temps d'attente »

Gestantes	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Très satisfaite	9	7,60%
Satisfaite	14	11,80%
Peu satisfaite	35	29,40%
Insatisfaite	61	51,30%
Total	119	100%

D'après le tableau III nous constatons sur 119 enquêtées, 51,3 % des gestantes se déclarent insatisfaites au temps d'attente et 29,4 % peu satisfaites, soit un cumul de 80,7 % d'opinions défavorables.

Tableau IV : Répartition des gestantes selon la satisfaction relative au «Accessibilité géographique»

Gestantes	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Très satisfaite	74	62,20%
Satisfaite	31	26,10%
Peu satisfaite	9	7,60%
Insatisfaite	5	4,20%
Total	119	100%

D'après le tableau IV, sur l'ensemble des 119 enquêtées, 62,20% des gestantes se déclarent très satisfaites sur l'accessibilité géographique du CSI de Poumpouré.

Tableau V : Répartition des gestantes selon la satisfaction relative au « Disponibilité du personnel »

Gestantes	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Très satisfaite	38	31,9
Satisfaite	45	37,8
Peu satisfaite	26	21,8
Insatisfaite	10	8,4
Total	119	100

Il ressort de ce tableau V que Concernant la disponibilité du personnel, 69,7 % des gestantes expriment une satisfaction globale (très satisfaite ou satisfaite), contre 30,2 % d'opinions défavorables.

Tableau VI : Répartition des gestantes selon la satisfaction relative au « Propreté des locaux »

Gestantes	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Très satisfaite	63	52,90%
Satisfaite	37	31,10%
Peu satisfaite	12	10,10%
Insatisfaite	7	5,90%
Total	119	100%

Le tableau VI montre que, la propreté des locaux recueille un niveau de satisfaction élevé, avec 84,0 % de gestantes très satisfaites.

Tableau VII: Répartition des gestantes selon la satisfaction relative au « Confidentialité »

Gestantes	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Très satisfaite	81	68,1%
Satisfaite	26	21%
Peu satisfaite	8	6,7%
Insatisfaite	4	3,4%
Total	119	100%

Selon le tableau VII, la confidentialité pendant la consultation est l'indicateur le mieux perçu de cette section, avec 68,1% de gestantes très satisfaites.

Tableau VIII: Répartition des gestantes selon la satisfaction relative au « Disponibilité des médicaments »

Gestantes	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Très satisfaite	11	9,20%
Satisfaite	9	7,60%
Peu satisfaite	17	14,30%
Insatisfaite	82	68,90%
Total	119	100%

Il ressort de ce tableau VIII que, la disponibilité des médicaments constitue le point le plus critique de l'ensemble de l'enquête : 68,9 % des gestantes se déclarent insatisfaites, et le cumul des opinions défavorables atteint 83,2 %.

Tableau IX: Répartition des gestantes selon la satisfaction relative au « Organisation des services »

Gestantes	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Très satisfaite	51	42,90%
Satisfaite	48	40,30%
Peu satisfaite	9	7,60%
Insatisfaite	11	9,20%
Total	119	100%

Le tableau IX, montre que l'organisation des services est globalement bien appréciée, avec 42 % de gestantes très satisfaites.

IV.3. Satisfaction relative à la dimension relationnelle et interpersonnelle des soins (OS2)

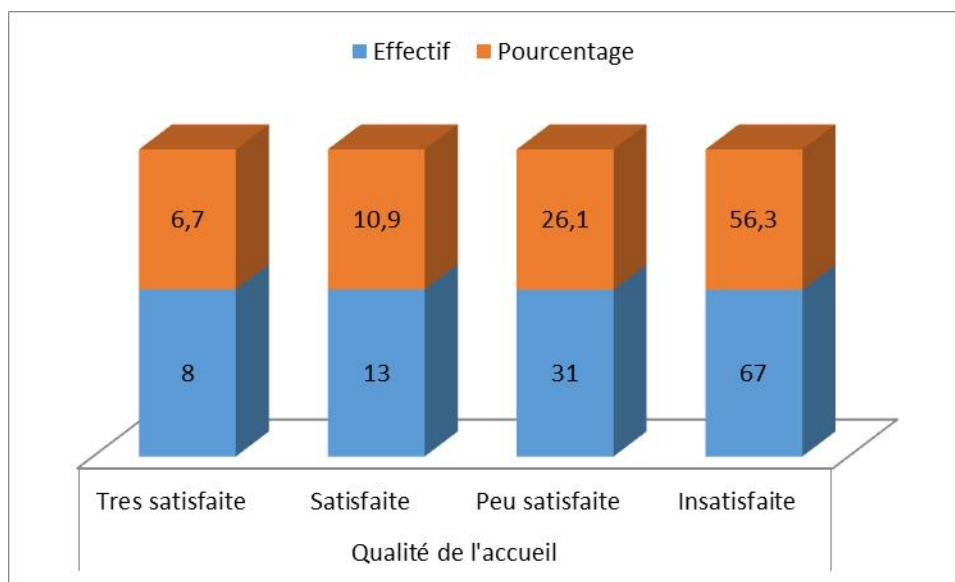


Figure 7: Répartition des gestantes selon la satisfaction relative au « Qualité de l'accueil»

La figure 7 montre que la qualité de l'accueil est très défavorablement perçue, dont plus de la moitié (56,3 %) des gestantes sont insatisfaites.

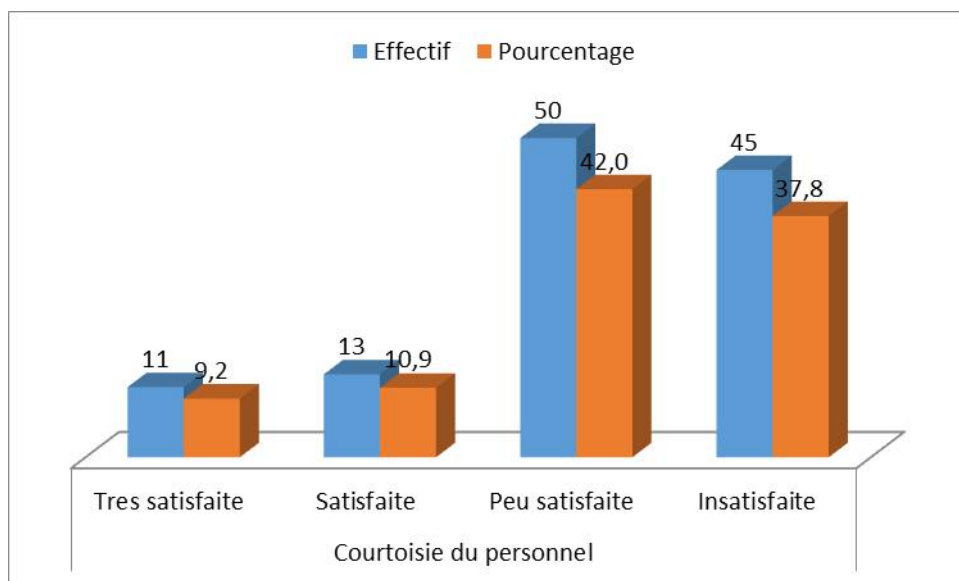


Figure 8: Répartition des gestantes selon la satisfaction relative au « Courtoisie du personnel »

Selon la figure 8, la courtoisie du personnel recueille également un niveau de satisfaction faible, avec 42 % d'opinions défavorables peu satisfaite.

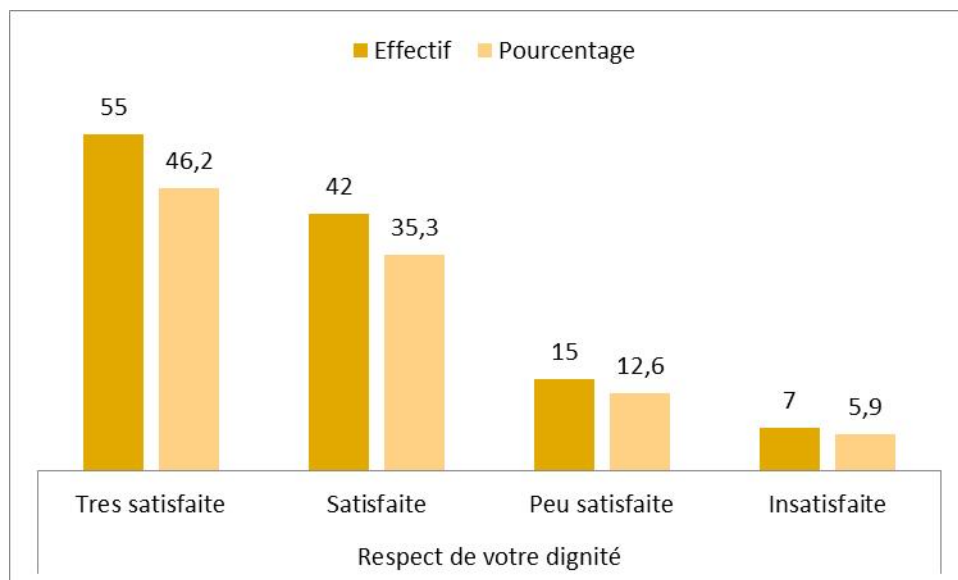


Figure 9: Répartition des gestantes selon la satisfaction relative au « Courtoisie du personnel »

D'après la figure 9, le respect de la dignité est perçu positivement par une large majorité des gestantes 46,2% sont très satisfaites.

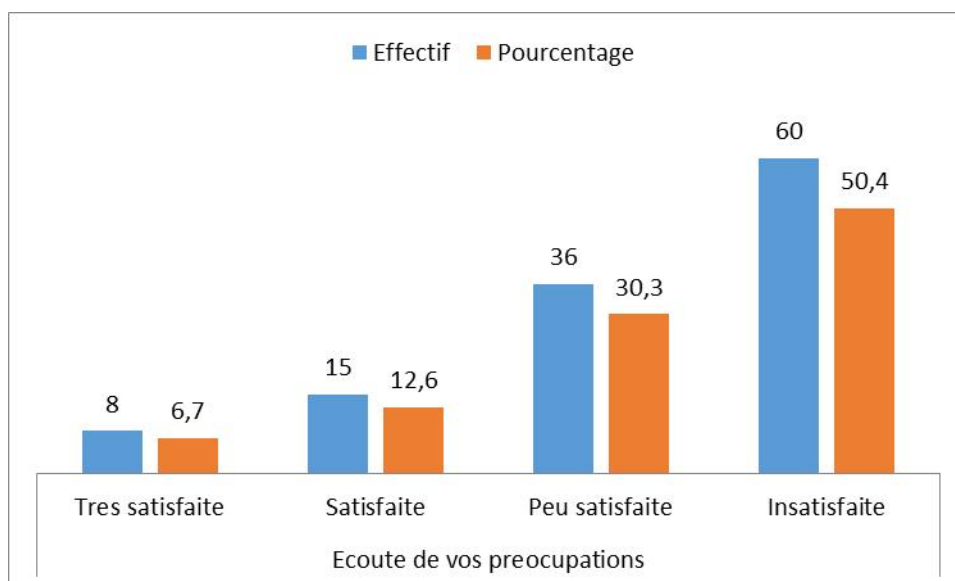


Figure 10: Répartition des gestantes selon la satisfaction relative au « Écoute des préoccupations »

Selon la figure 10, sur 119 enquêtées 60 soit 50,4% expriment une insatisfaction de gestantes à l'écoute des préoccupations.

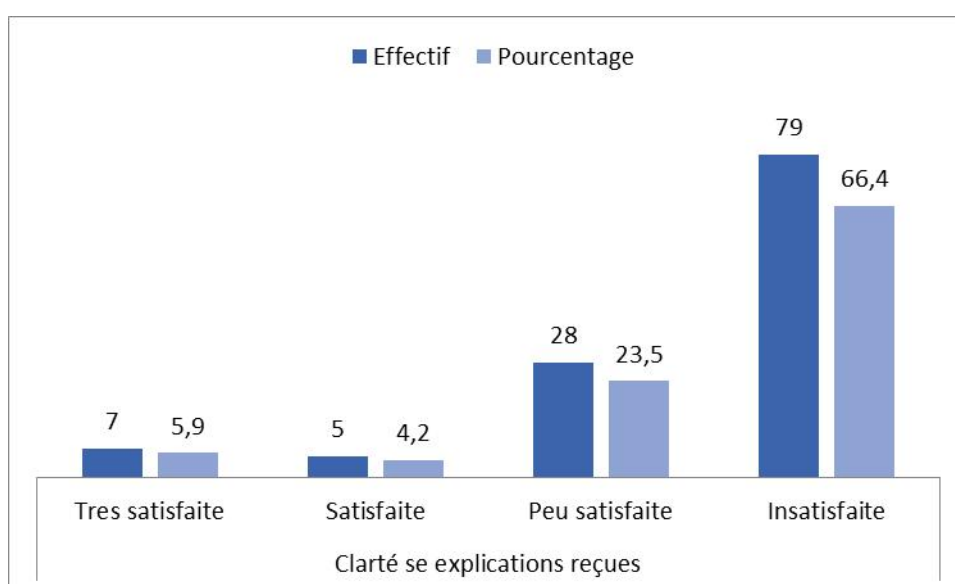


Figure 11: Répartition des gestantes selon la satisfaction relative au « Clarté des explications »

La clarté des explications reçues est l'indicateur relationnel le plus défavorablement évalué dans la figure 11 dont 66,4% de gestantes sont franchement insatisfaites.

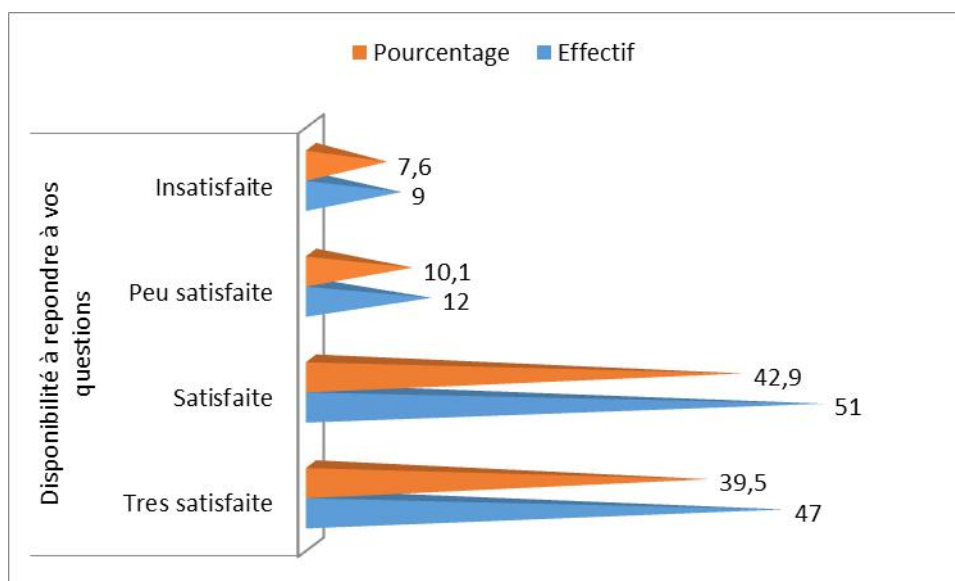


Figure 12 : Répartition des gestantes selon la satisfaction relative au « Disponibilité à répondre aux questions »

À l'inverse, la figure 12, montre la disponibilité du personnel à répondre aux questions est perçue positivement par 39,5 % des gestantes très satisfaites.

IV.4. Satisfaction globale des gestantes et intention de recommandation (OS3)

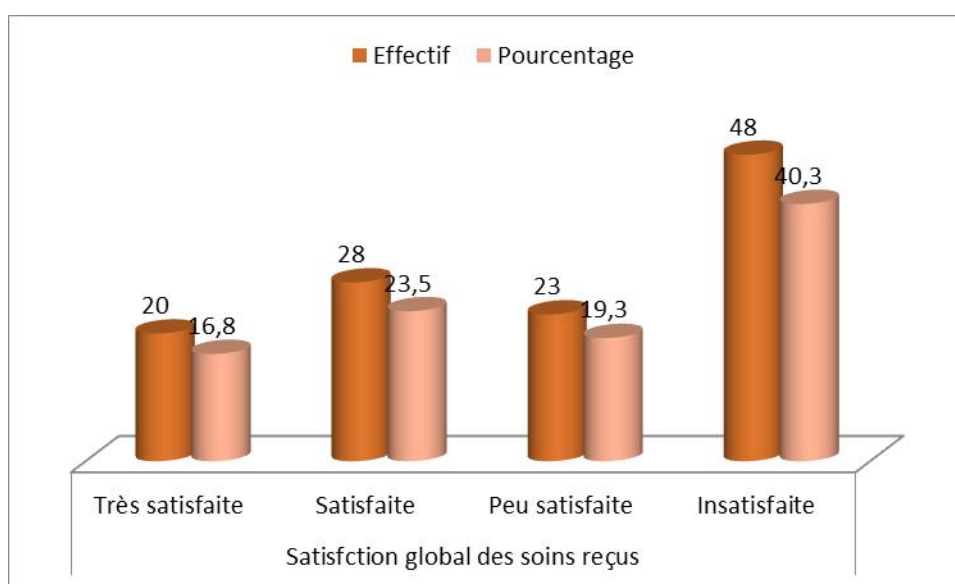


Figure13: Répartition des gestantes selon la satisfaction globale des soins reçus

La figure 13 révèle que sur 119 enquêtées 40,3% de gestantes sont insatisfaites par de soins reçus d'une manière globale.



Figure 14: Répartition des gestantes selon l'intention de recommander le CSI à une autre femme enceinte

D'après la figure 14, 54 % des enquêtées ont répondu OUI quant à la recommandation de CSI autres femmes enceintes et 46% ont répondu NON.

CHAPITRE V : DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

I. Discussion par point

La discussion est organisée point par point, en suivant les quatre objectifs spécifiques de l'étude : le profil sociodémographique et obstétrical des gestantes, la satisfaction relative à la structure et au processus organisationnel des soins, la satisfaction relative à la dimension relationnelle des soins, et enfin les stratégies visant à améliorer la satisfaction des gestantes. Pour chaque indicateur, les résultats obtenus sont interprétés puis confrontés aux données disponibles dans la littérature.

I.1. Profil sociodémographique et obstétrical des gestantes

La tranche d'âge la plus représentée dans notre étude est celle des 25-29 ans (39,5%), suivie de la tranche 20-24 ans (26,1%). Cela pourrait s'expliquer par une prédominance des femmes en âge de procréer optimal, correspondant à une population en pleine capacité reproductive et socialement active. Nos résultats sont en accord avec les travaux de Faye et al. (2019) qui, lors de leur étude portant sur la satisfaction des femmes vis-à-vis des soins prénatals au Sénégal, ont trouvé que la tranche d'âge 25-29 ans constituaient également le groupe le plus représenté parmi les gestantes consultantes.

La répartition des gestantes selon la situation matrimoniale révèle que 71,4% sont mariées, contre 26,1% en union libre et seulement 2,5% de célibataires, cette prédominance de femmes mariées ou en union pourrait s'expliquer par le contexte socioculturel de la région du Nord-Cameroun, où la grossesse hors union reste socialement peu valorisée. Nos résultats sont en accord avec ceux de Mbu et al. (2018) qui, lors de leur étude sur la satisfaction des soins maternels au Cameroun, ont trouvé une proportion de femmes mariées de 68,4%.

Pour ce qui est du niveau d'instruction, 73,1% des gestantes ont un niveau primaire, contre seulement 5,9% de niveau supérieur, ce faible niveau d'instruction pourrait s'expliquer par un accès encore limité des femmes à l'enseignement secondaire et supérieur dans les zones semi-urbaines du Nord-Cameroun. Ce résultat pourrait également influencer la compréhension des explications médicales et la capacité des gestantes à formuler leurs préoccupations durant la consultation. Nos résultats sont en désaccord avec ceux de Kyei-Onanjiri et al. (2018) qui, au Ghana, ont trouvé une proportion plus élevée de gestantes de niveau secondaire (46%), ce qui pourrait s'expliquer par des différences de couverture scolaire entre les deux contextes nationaux.

En ce qui concerne la profession, les ménagères représentent la catégorie majoritaire (53,8%), suivies des commerçantes (21%), ce résultat pourrait s'expliquer par une faible

autonomie financière d'une majorité des gestantes, susceptible d'influencer leur accès aux soins et leur capacité à honorer les prescriptions médicamenteuses. Nos résultats sont similaires à ceux de Bohren et al. (2015) qui, dans leur revue portant sur l'expérience des femmes lors de l'accouchement en Afrique et en Asie, notent une forte représentation des femmes sans activité professionnelle rémunérée parmi les usagères des services de santé maternelle.

S'agissant de la parité, les pauci-gestes (2 à 4 grossesses) sont majoritaires (55,5%), contre 21,0% de primigestes, ceci pourrait s'expliquer par le fait que la majorité des gestantes disposent déjà d'une expérience antérieure de grossesse et de suivi prénatal, ce qui aiguise généralement leur niveau d'exigence vis-à-vis de la qualité des soins. Nos résultats corroborent ceux de Tchouaket et al. (2020) qui soulignent que les femmes multipares, disposant de points de comparaison entre plusieurs expériences de soins, tendent à exprimer un jugement plus critique sur la qualité perçue des services de santé maternelle.

Enfin, la répartition selon le trimestre de grossesse montre que la majorité des gestantes se trouvaient au deuxième trimestre (54,6%) au moment de l'enquête, contre seulement 3,4% au premier trimestre, ce qui pourrait s'expliquer par le fait que les premières consultations prénatales interviennent généralement après le premier trimestre dans le contexte local, en raison notamment de délais de reconnaissance de la grossesse ou de contraintes d'accès géographique. Nos résultats sont en accord avec ceux de Kyei-Onanjiri et al. (2018) qui ont également trouvé une sous-représentation des femmes au premier trimestre parmi les consultantes prénatales en Afrique de l'Ouest.

I.2. Satisfaction relative aux éléments de structure et de processus organisationnel des soins

L'accessibilité géographique du CSI est perçue de façon très favorable, avec 88,3% de gestantes satisfaites ou très satisfaites, ce résultat pourrait s'expliquer par la localisation du centre au sein même de l'agglomération de Poumpoumré, limitant les contraintes de déplacement pour la majorité des usagères. Nos résultats sont en accord avec ceux de Faye et al. (2019) qui ont trouvé un taux de satisfaction de 85,2 % concernant l'accessibilité des structures de santé de premier niveau au Sénégal.

Concernant la propreté des locaux, 84,0% des gestantes se disent satisfaites ou très satisfaites, ce taux élevé pourrait s'expliquer par un respect relativement rigoureux des normes d'hygiène environnementale au sein du centre. Ce résultat est en accord avec les travaux de Tchouaket et al. (2020) qui ont trouvé un taux de satisfaction de 81,6% relatif à la propreté des locaux dans les centres de santé intégrés du Bénin.

Pour ce qui est de la confidentialité pendant la consultation, notre étude révèle un taux de satisfaction de 89,9%, ce qui pourrait s'expliquer par un respect globalement satisfaisant du secret professionnel et de l'intimité des échanges entre soignants et gestantes. Nos résultats sont supérieurs à ceux de Mbu et al. (2018) qui, lors de leur étude menée dans des formations sanitaires camerounaises, ont trouvé un taux de satisfaction de 74% relatif à la confidentialité, cet écart pourrait s'expliquer par un espace de consultation plus individualisé au CSI de Poupoumoumé.

En ce qui concerne l'organisation des services, 83,2% des gestantes se déclarent satisfaites ou très satisfaites, ce résultat pourrait s'expliquer par un circuit de prise en charge globalement cohérent, malgré les difficultés relevées par ailleurs sur le temps d'attente. Nos résultats sont en accord avec ceux de Hounkpatin et al. (2020) qui ont trouvé un taux de satisfaction de 79,4 % relatif à l'organisation des services de consultation prénatale au Bénin.

La disponibilité du personnel soignant recueille un taux de satisfaction plus mitigé de 69,7%, contre 30,2% d'opinions défavorables, ce résultat pourrait s'expliquer par un ratio défavorable entre le nombre de personnel qualifié disponible et le volume de gestantes reçues quotidiennement. Nos résultats sont en désaccord avec ceux d'Afulani et al. (2018) qui, au Kenya, ont trouvé un taux de satisfaction plus élevé de 78,3% concernant la disponibilité du personnel, cette différence pourrait s'expliquer par un sous-effectif plus marqué dans les formations sanitaires de premier niveau du Nord-Cameroun.

Le temps d'attente avant la consultation constitue l'un des points les plus critiques relevés par l'enquête, avec 80,7% d'opinions défavorables (peu satisfaite ou insatisfaite), ce résultat pourrait s'expliquer par une pression manifeste sur le temps d'accueil, probablement liée à l'affluence des consultations rapportée au nombre de personnel disponible. Nos résultats sont en accord avec ceux de Tchouaket et al. (2020) qui ont trouvé un taux d'insatisfaction de 76,8 % relatif au temps d'attente dans les formations sanitaires de premier échelon au Bénin.

La disponibilité des médicaments constitue le point le plus critique de l'ensemble de l'enquête, avec 68,9% de gestantes insatisfaites et un cumul d'opinions défavorables de 83,2%, ceci pourrait s'expliquer par des ruptures fréquentes de stocks pharmaceutiques liées à des contraintes logistiques et d'approvisionnement en amont, qui dépassent le seul niveau du CSI. Nos résultats sont en accord avec ceux de Hounkpatin et al. (2020) qui ont identifié la rupture de médicaments comme le déterminant le plus fréquent de l'insatisfaction des gestantes dans les centres de santé communaux du Bénin, avec un taux d'insatisfaction de 71,5%.

I.3. Satisfaction relative à la dimension relationnelle et interpersonnelle des soins

La qualité de l'accueil est très défavorablement perçue par les gestantes, avec 82,4% d'opinions défavorables, dont 56,3% franchement insatisfaites, ce résultat pourrait s'expliquer par une charge de travail élevée du personnel, limitant le temps et la disposition d'esprit consacrés à l'accueil de chaque gestante. Nos résultats sont en désaccord avec ceux de Faye et al. (2019) qui ont trouvé un taux de satisfaction de 61,7% relatif à la qualité de l'accueil au Sénégal, cet écart pourrait traduire une pression d'affluence plus forte au CSI de Poupoumou.

La courtoisie du personnel recueille également un niveau de satisfaction faible, avec 79,8% d'opinions défavorables, ce résultat pourrait s'expliquer par un manque de formation continue en communication interpersonnelle, conjugué à une pression liée au nombre important de gestantes à recevoir dans un temps limité. Nos résultats sont en accord avec ceux de Bohren et al. (2015) qui, dans leur revue systématique sur les mauvais traitements subis par les femmes lors des soins de maternité, identifient le manque de courtoisie du personnel comme l'une des formes les plus fréquemment rapportées de mauvaise qualité relationnelle des soins en Afrique subsaharienne.

Contrairement aux deux items précédents, le respect de la dignité est perçu positivement par 81,5% des gestantes, ceci pourrait s'expliquer par le fait que le personnel du CSI, malgré un accueil et une courtoisie jugés insuffisants, ne se livre pas à des comportements de maltraitance ou d'humiliation envers les gestantes. Nos résultats sont en accord avec ceux d'Afulani et al. (2018), pour qui le respect de la dignité constitue généralement la dimension la mieux préservée du modèle PCMC, y compris dans les structures où l'accueil et la communication demeurent déficients.

L'écoute des préoccupations des gestantes constitue un point faible majeur, avec 80,7 % d'opinions défavorables dont la moitié franchement insatisfaite, ce résultat pourrait s'expliquer par un déficit de communication centrée sur la patiente durant la consultation prénatale. Nos résultats sont similaires à ceux de Kyei-Onanjiri et al. (2018) qui ont trouvé un taux d'insatisfaction de 74,6% relatif à l'écoute des préoccupations des gestantes au Ghana.

La clarté des explications reçues est l'indicateur relationnel le plus défavorablement évalué de l'enquête, avec 89,9% d'opinions défavorables dont 66,4% franchement insatisfaites, ce résultat pourrait s'expliquer par le faible niveau d'instruction d'une majorité des gestantes, combiné à un temps de consultation restreint qui limite la possibilité pour le personnel de reformuler ou de vulgariser les explications médicales. Nos résultats sont en accord avec ceux de Bohren et al. (2015) qui soulignent que le manque d'information et d'explications adaptées

demeure l'une des lacunes les plus fréquemment rapportées par les femmes lors des soins de maternité dans les pays à ressources limitées.

À l'inverse, la disponibilité du personnel à répondre aux questions est perçue positivement par 82,4% des gestantes, ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que le personnel se montre globalement disponible sur la forme, même si le contenu et la qualité pédagogique des explications fournies restent insuffisants. Nos résultats sont en désaccord avec ceux de Mbu et al. (2018) qui, au Cameroun, ont trouvé un taux plus faible de 58,3% pour cet indicateur, cette différence pourrait s'expliquer par des pratiques locales plus favorables à l'écoute ponctuelle des questions, sans pour autant garantir une explication complète.

I.4. Stratégies visant à améliorer la satisfaction des gestantes

Le quatrième objectif spécifique de cette étude visait à déterminer les stratégies susceptibles d'améliorer la satisfaction des gestantes concernant la qualité des soins en consultation prénatale au CSI de Poumpoumré. Les résultats précédents, croisés avec les données de la littérature, permettent de dégager plusieurs axes d'intervention prioritaires, cohérents avec le cadre de Donabedian (1988) qui appelle à agir simultanément sur la structure, le processus et les résultats des soins.

S'agissant de la dimension organisationnelle, la réduction du temps d'attente et la sécurisation de la disponibilité des médicaments ressortent comme des leviers prioritaires. Tchouaket et al. (2020) montrent qu'une réorganisation du circuit de la patiente, associée à un renforcement ponctuel des effectifs aux heures de forte affluence, permet de réduire significativement les délais perçus par les usagères sans investissement matériel majeur. De même, Hounkpatin et al. (2020) soulignent que l'amélioration de la chaîne d'approvisionnement pharmaceutique au niveau des districts de santé constitue un déterminant clé de la satisfaction des gestantes en Afrique de l'Ouest, une observation transposable au contexte du district de santé de Garoua II.

Concernant la dimension relationnelle, qui constitue le point le plus critique révélé par cette étude, le modèle PCMC d'Afulani et al. (2018) préconise le renforcement des compétences en communication interpersonnelle du personnel soignant à travers des formations continues courtes et régulières, centrées sur l'écoute active, l'explication systématique des gestes et le respect de la dignité des patientes. Bohren et al. (2015) recommandent par ailleurs l'instauration de mécanismes de retour d'expérience des usagères,

tels que des boîtes à suggestions ou des entretiens de sortie, permettant au personnel de santé d'ajuster ses pratiques relationnelles sur la base d'un retour direct et continu.

Enfin, Kyei-Onanjiri et al. (2018) insistent sur l'importance d'une supervision formative régulière des agents de santé, combinée à un suivi périodique des indicateurs de satisfaction, comme outil de pérennisation des améliorations obtenues. Mbu et al. (2018) ajoutent que l'implication des comités de santé communautaires dans le suivi de la qualité des services de CPN favorise une appropriation locale des réformes et renforce la confiance des gestantes envers la structure de soins. L'articulation de ces différentes stratégies, organisationnelles, relationnelles et communautaires, apparaît ainsi comme la voie la plus prometteuse pour améliorer durablement la satisfaction des gestantes au CSI de Poumpoumré.

II. LIMITES DE L'ÉTUDE

Comme toute recherche en sciences de la santé, cette étude comporte un certain nombre de limites méthodologiques qu'il convient de souligner afin de situer la portée de ses résultats.

- **Taille et représentativité de l'échantillon** : l'étude a porté sur 119 gestantes recrutées de façon consécutive et non probabiliste au sein d'un seul CSI. Bien que cet effectif permette une analyse descriptive pertinente, il ne permet pas une généralisation des résultats à l'ensemble des gestantes de la région ou du pays, dans la mesure où le CSI de Poumpoumré présente des caractéristiques organisationnelles et un contexte géographique qui lui sont propres.
- **Design transversal** : le caractère transversal de l'étude ne permet de capter la satisfaction des gestantes qu'à un instant précis de leur grossesse. Il ne permet pas de suivre l'évolution de cette satisfaction au fil des consultations successives, ni d'établir un lien de causalité formel entre les facteurs étudiés et le niveau de satisfaction observé.
- **Biais de désirabilité sociale** : les données ayant été recueillies par questionnaire administré au sein même de la structure de soins, certaines gestantes ont pu minimiser leur insatisfaction par crainte de répercussions sur la qualité de leur prise en charge future, ce qui peut avoir conduit à une sous-estimation du niveau réel d'insatisfaction.
- **Outil de mesure** : l'échelle de satisfaction à quatre modalités utilisée, bien qu'adaptée au contexte et à la compréhension des enquêtées, reste une mesure subjective et déclarative de la satisfaction, qui ne rend pas compte des indicateurs objectifs de qualité des soins (respect des protocoles cliniques, compétence technique du personnel, issues obstétricales).
- **Anomalie de saisie ponctuelle** : une valeur de la base de données relative à la modalité « Insatisfaite » de la variable « Organisation des services » a nécessité une vérification et une correction lors du traitement statistique, ce qui invite à la prudence dans l'interprétation fine de cet indicateur particulier.
- **Absence de données qualitatives** : l'étude n'a pas exploré, par des entretiens qualitatifs, les raisons profondes sous-tendant certaines réponses (notamment les

motifs précis d'insatisfaction relative à l'accueil ou à la clarté des explications), ce qui limite la compréhension fine des mécanismes en jeu.

III. Recommandations et suggestions

Au regard des résultats obtenus et de leur discussion, les recommandations suivantes sont formulées à l'intention des différents acteurs impliqués dans l'amélioration de la qualité des soins prénatals au CSI de Poumpoumrés.

Tableau X : Recommandation

Problèmes	Causes	Conséquences	Suggestions	Destinataires
Temps d'attente jugé long avant la consultation (80,7% d'opinions défavorables)	Affluence importante, organisation insuffisante du circuit des patientes, effectif limité aux heures de forte affluence	Fatigue, découragement, insatisfaction et risque de diminution de la fréquentation des CPN	Réorganiser le circuit ; instaurer des rendez-vous ou tickets numérotés ; renforcer le personnel aux heures de forte affluence	Chef du CSI ; District de santé
Ruptures fréquentes de médicaments et intrants (68,9% d'insatisfaites)	Insuffisance de planification des besoins, difficultés d'approvisionnement et de suivi des stocks	Retard ou interruption de la prise en charge, dépenses supplémentaires et insatisfaction	Améliorer la planification des commandes et le suivi des stocks ; renforcer l'approvisionnement en fer, acide folique et TPI	Chef du CSI ; District de santé ; Pharmacie régionale ; Ministère de la Santé Publique
Accueil jugé insatisfaisant (56,3% d'insatisfaites)	Insuffisance de formation en communication centrée sur la patiente, surcharge de travail ou	Mauvaise expérience de soins, perte de confiance et insatisfaction	Organiser des formations continues sur l'accueil et la communication ; mettre en place une charte	Chef du CSI ; Personnel soignant ; Structures de formation

	mauvaises pratiques relationnelles		d'accueil	
Courtoisie du personnel jugée insuffisante (79,8% d'opinions défavorables)	Insuffisance de supervision et de sensibilisation aux bonnes pratiques relationnelles	Sentiment de manque de considération, mauvaise relation soignant-soignée et insatisfaction	Renforcer la supervision formative ; évaluer périodiquement le comportement professionnel ; valoriser les bonnes pratiques	Chef du CSI ; Superviseurs du district ; Personnel soignant
Écoute insuffisante des préoccupations des gestantes (80,7% d'opinions défavorables)	Temps limité consacré aux échanges, surcharge du personnel et insuffisance de l'écoute active	Préoccupations non exprimées ou mal comprises, incompréhension et insatisfaction	Réserver un temps à l'expression des préoccupations à chaque CPN ; sensibiliser à l'écoute active	Personnel soignant ; Sages-femmes/Maïeuticiens ; Chef du CSI
Explications peu claires sur l'état de santé et la grossesse (89,9% d'opinions défavorables)	Communication insuffisamment adaptée au niveau de compréhension et manque de supports éducatifs	Mauvaise compréhension des conseils, faible implication et insatisfaction	Standardiser les messages éducatifs ; utiliser des supports visuels simples ; vérifier la compréhension	Personnel soignant ; Sages-femmes/Maïeuticiens ; Chargés d'éducation pour la santé
Satisfaction globale mitigée (40,3%) et recommandati	Accumulation des difficultés organisationnelles et relationnelles	Adhésion fragile au service et risque de diminution de	Mettre en place une évaluation périodique de la satisfaction : boîte à	Chef du CSI ; Comité de santé ; District de santé

on partagée (52,1%)		la fréquentation des CPN	suggestions, enquêtes courtes et analyse des plaintes	
------------------------	--	--------------------------------	--	--

CONCLUSION

Au terme de cette étude portant sur les facteurs influençant la satisfaction des gestantes sur la qualité des soins en consultation prénatale au CSI de Poupoumoumé, il ressort que la satisfaction des usagères résulte d'un équilibre complexe entre plusieurs dimensions de la qualité des soins, telles que définies par le modèle conceptuel de Donabedian (1988). L'enquête menée auprès de 119 gestantes a permis de mettre en évidence des points forts réels, notamment en matière d'accessibilité géographique, de propreté des locaux, de confidentialité et de respect de la dignité des patientes, mais également des faiblesses importantes concernant le temps d'attente, la disponibilité des médicaments, ainsi que plusieurs aspects de la relation soignant-soignée, en particulier l'accueil, la courtoisie, l'écoute des préoccupations et la clarté des explications fournies. Ces résultats confirment que la qualité perçue des soins prénatals ne se réduit pas à la seule disponibilité d'une infrastructure sanitaire de proximité, mais dépend fortement de la capacité organisationnelle du service à absorber le flux de patientes dans des délais raisonnables, ainsi que de la qualité de la communication interpersonnelle entre le personnel soignant et les gestantes. Le niveau de satisfaction globale relativement modeste (40,3%) et l'intention de recommandation partagée (52,1%) traduisent une adhésion fragile des usagères au service, qui pourrait être renforcée par des actions ciblées sur les dimensions organisationnelles et relationnelles identifiées comme prioritaires. Les recommandations formulées, adressées tant au niveau du CSI qu'au niveau du district de santé et des instances régionales d'approvisionnement pharmaceutique, visent à améliorer de façon concrète et progressive la qualité perçue des soins prénatals. Leur mise en œuvre effective, associée à un suivi périodique de la satisfaction des gestantes, pourrait contribuer significativement à l'amélioration de la fréquentation et de l'observance des consultations prénatales, avec en corollaire un impact positif attendu sur la santé maternelle et néonatale dans l'aire de santé de Poupoumoumé. Des études complémentaires, notamment à visée qualitative et à plus large échelle, permettraient d'approfondir la compréhension des déterminants de cette satisfaction et de mieux orienter les interventions futures.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Afulani, P. A., Diamond-Smith, N., Golub, G., & Sudhinaraset, M. (2018). Development and validation of the person-centered maternity care scale in Kenya. *Health Expectations*, 21(1), 217–228. <https://doi.org/10.1111/hex.12615>
- Anik, A. I., Ghosh, S., & Rahman, M. M. (2024). Individual and community-level determinants of quality antenatal care in six South Asian countries. *Scientific Reports*, 14. Nature Publishing Group.
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, C., Saraiva Coneglian, F., Diniz, A. L. A., Tunçalp, Ö., Javadi, D., Oladapo, O. T., Khosla, R., Hindin, M. J., & Gülmezoglu, A. M. (2015). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review. *PLoS Medicine*, 12(6), e1001847. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>
- Dandona, R., Kumar, G. A., & Dandona, L. (2021). Trends in the quality of antenatal care in India: Patterns of change across 36 states and union territories, 1999–2021. *PLOS Medicine*.
- Domingues, R. M. S. M., Dias, M. A. B., Nakamura-Pereira, M., Torres, J. A., d’Orsi, E., Pereira, A. P. E., Schilithz, A. O. C., & Leal, M. C. (2018). Process of decision-making regarding the mode of birth in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(4), e00022517.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>
- Faye, A., Diop, A., & Ndiaye, P. (2019). Évaluation de la satisfaction des femmes enceintes lors des consultations prénatales dans les formations sanitaires de premier niveau au Sénégal. *Santé Publique*, 31(2), 225–234.
- Hildingsson, I., Karlström, A., & Rubertsson, C. (2019). Women’s satisfaction with antenatal care: Assessing the congruence of care. *Midwifery*, 78, 26–32. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.07.016>
- Hounkpatin, B., Adjagba, C., & Kpozehouen, A. (2020). Évaluation de la qualité des soins prénataux dans un centre de santé de premier recours au Bénin. *Revue Africaine de Médecine et de Santé Publique*.
- 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. <https://doi.org/10.1177/23743735221083163>

- Institut National de la Statistique (INS), & ICF. (2018). Enquête Démographique et de Santé du Cameroun 2018. INS et ICF.
- Kimaro, A. R., Kimaro, D. N., & Mkumbo, M. (2021). Level of satisfaction with the quality of antenatal care services in public health facilities and associated factors among pregnant women in Unguja, Zanzibar. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21, 749. <https://doi.org/10.1186/s12884-025-07816-5>
- Kyei-Onanjiri, M., Carolan-Olah, M., Awoonor-Williams, J. K., & McCann, T. V. (2018). Review of antenatal care service delivery in sub-Saharan Africa: Factors associated with four or more visits. *Maternal and Child Health Journal*, 22(6), 876–885.
- Li, X., Zhang, Y., & Chen, H. (2022). Satisfaction with antenatal care services in rural China: A cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22, 412.
- Ministère de la Santé Publique du Cameroun. (2016). Stratégie Sectorielle de Santé 2016–2027. MSP.
- Ndikum, V. N., Tsafack, M., & Mballa, G. A. E. (2023). Contribution du Chèque Santé dans l'amélioration de la santé maternelle et néonatale dans la région du Nord au Cameroun. *Health Sciences and Disease*, 24(08), 96–102.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2016). Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive. Organisation Mondiale de la Santé.
- Organisation Mondiale de la Santé, UNICEF, FNUAP, & Banque Mondiale. (2023). Trends in maternal mortality: 2000 to 2020. Organisation Mondiale de la Santé.
- Ouédraogo, A. M., Sawadogo, S., & Bicaba, B. (2020). Acceptabilité et satisfaction de l'utilisation du système PANDA pour les soins prénatals au Burkina Faso. *Pan African Medical Journal*, 37, 361. <https://doi.org/10.11604/pamj.2020.37.361.25167>
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 49(4), 41–50. <https://doi.org/10.1177/002224298504900403>
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(4), CD004667. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>
- Saurel-Cubizolles, M. J., Blondel, B., & Deneux-Tharaux, C. (2021). Enquête Nationale Périnatale 2021 – Les naissances et les établissements : Situation et évolution depuis 2016. Inserm/DREES.

- Tchouaket, E., Yerima, M., & Fusheini, A. (2020). Healthcare quality performance of 22 sub-Saharan African countries: A cross-sectional study. *BMJ Open*, 10(3), e033231. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033231>
- The Lancet Regional Health – Southeast Asia. (2024). Quality of maternal care in the Southeast Asia region. Lancet Publishing Group.
- Vedam, S., Stoll, K., Taiwo, T. K., Rubashkin, N., Cheyney, M., Strauss, N., McLemore, M., Cadena, M., Nethery, E., Rushton, E., Schummers, L., & Declercq, E. (2019). The Giving Voice to Mothers study: Inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. *Reproductive Health*, 16(1), 77. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0729-2>
- Wouri, H., Nguemeni, C., & Foumane, P. (2025). Delivery outcomes among adolescent girls in Garoua, Northern Cameroon: A cross-sectional study of 604 cases. *Health Research in Africa*. <https://doi.org/10.1186/s44263-025-07853>

ANNEXES

Annexe 1: Authorisation d'enquête

REPUBLIQUE DU CAMEROUN Pays : Travail Public MINISTRE DU TRAVAIL DELEGATION REGIONALE DE L'ANANIE PUBLIC BUREAU DE LA FORMATION ET DU PARTENARIAT N° <u>493</u> / 1/26/RN/DRSP/BPF-GRA. /	 Tel : 22-22.11.1111 - 22-22.11.47 Email : drhcamc_mond@yahoofr	REPUBLIQUE DU CAMEROUN Pays : Work : Labourland MINISTRE DU TRAVAIL REGIONAL DELEGATION OF PUBLIC HEALTH PATERNALSHIP AND TRAINING OFFICE Garoua, le <u>20</u> <u>AVR</u> 2026
---	--	--

Réf : N-022/AMINSANTE/DRSPNEFOPSAG
 du 20 avril 2026

LE DÉLÉGUÉ RÉGIONAL
 À
 MONSIEUR LE DIRECTEUR DE ÉCOLE DE
 FORMATION DES PERSONNELS DE
 SANTÉ DE GUIDER (EFOPSAG)
 Contact : (+237 698197958)

Objet : *Autorisation de mise en stage
 de collecte de données de recherche
 de fin de formation.*

Accusant bonne réception de votre correspondance d'objet et de référence
 repris en marge.

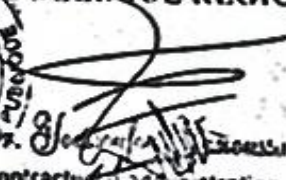
J'ai l'honneur de vous informer que je marque mon accord pour l'accueil en
 stage de collecte de données de recherche de fin de formation des apprenants de
 l'école de formation dont vous avez la responsabilité dans les établissements publics et
 privés de 3^e, 4^e, 5^e et 6^e catégorie de la Région du Nord, de la période allant du 04
 mai au 12 juin 2026, conformément à votre planning de départ en stage.

Les stages se dérouleront sous la coordination des enseignants superviseurs
 ainsi que de la supervision des responsables des services qui veilleront à
 l'accompagnement et à l'évaluation des compétences conformément aux référentiels
 de formation en vigueur.

Je reste disponible à tout concours à tout moment.

COPIE :

- MINSANTE ;
- GVN/Région Nord ;
- DIR/IRG, IRAG
- CDS Concernés ;


LE DÉLÉGUÉ RÉGIONAL

 Contractuel à l'Administration
 PhD Droit Privé

Annexe 2: Consentement éclairé

Engagement du chercheur

Moi, NGOSSAYE SILVIE, m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation des sujets humains.

Consentement du participant

Je soussigne..... Confirme avoir lu et compris la notice d'information au sujet du projet « : **facteurs influençant la satisfaction des gestantes sur la qualité des soins en consultation prénatale : cas du csi de poumpoumre** ». J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. Je dispose suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche.

Date et signature du participant :

Contact du chercheur

Email :

Téléphone :

Date et signature du chercheur :

Annexe 3: Outils de collecte des données

Questionnaires d'enquête

Madame,

Dans le cadre de la réalisation du mémoire de fin de formation en sciences de la santé, nous menons une étude portant sur les facteurs influençant la satisfaction des gestantes sur la qualité des soins en consultation prénatale au CSI de Poumpoumre. Vos réponses resteront strictement confidentielles et seront utilisées uniquement à des fins scientifiques. Votre participation est volontaire et anonyme.

Ce questionnaire est élaboré à partir de l'échelle des Likert standard à quatre modalités permettant d'évaluer différents domaines de la qualité des soins notamment : l'accueil, la prise en charge, l'organisation des services, le respect de la dignité, l'écoute et la communication.

Veuillez cocher la réponse correspondante à votre niveau de satisfaction :

- ☐ Très satisfaite
- ☐ Satisfaite

- Peu satisfaite
- Insatisfaite

Nous vous remercions sincèrement de votre collaboration.

SECTION I : CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

1. Âge : 35 ans
2. Situation matrimoniale : Mariée
3. Niveau d'instruction : Primaire
4. Profession : ☐ Ménagère
5. Parité : ☐ Multi-geste
6. Trimestre de grossesse : ☐ Troisième

SECTION II : FACTEURS ORGANISATIONNELS

7. Temps d'attente avant la consultation : ☐ Insatisfaite
8. Accessibilité géographique du CSI : ☐ Très satisfaite
9. Disponibilité du personnel : ☐ Peu satisfaite
10. Propreté des locaux : Satisfaite
11. Confidentialité pendant la consultation : ☐ Peu satisfaite
12. Disponibilité des médicaments : ☐ Insatisfaite
13. Organisation des services : ☐ Satisfaite

SECTION III : FACTEURS RELATIONNELS

14. Qualité de l'accueil : ☐ Peu satisfaite
15. Courtoisie du personnel : ☐ Satisfaite
16. Respect de votre dignité : Satisfaite
17. Écoute de vos préoccupations : ☐ Satisfaite
18. Clarté des explications reçues : Insatisfaite
19. Disponibilité à répondre à vos questions : ☐ Peu satisfaite

SECTION IV : SATISFACTION GLOBALE

20. Satisfaction globale des soins reçus : ☐ Insatisfaite
21. Recommanderiez-vous ce CSI à une autre femme enceinte ? ☐ Oui

SECTION V : OBSERVATIONS ET SUGGESTIONS

22. Quelles améliorations souhaitez-vous pour les consultations prénatales au CSI de poumpoumré ?

.....

.....

.....

.....

Table des matières

SOMMAIRE	i
DÉDICACE	ii
REMERCIEMENTS	iii
LISTE DES PERSONNELS ADMINISTRATIFS ET ENSEIGNANTS	iii
A. Liste des personnels administratifs	Erreur ! Signet non défini.
LISTE DES SIGLES ET ABBREVIATIONS	iv
LISTE DES FIGURES	vi
LISTE DES ANNEXES	vii
RESUME	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I : PROBLEMATIQUE	3
I- I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION	3
INTÉRÊT DE L'ÉTUDE	Erreur ! Signet non défini.
Intérêt personnel	Erreur ! Signet non défini.
II- ÉNONCÉ DU PROBLÈME	11
III -QUESTIONS DE RECHERCHE	12
1. Question principale	12
2. Questions secondaires / spécifiques	12
IV - HYPOTHÈSES DE RECHERCHE	13
1 Hypothèse principale	13
2 Hypothèses secondaires	13
V - OBJECTIFS DE RECHERCHE	13

1	Objectif général	13
2.	Objectifs spécifiques	14
VI -	BUT DE LA RECHERCHE	14
CHAPITRE II :	REVUE DE LA LITTÉRATURE	16
I -	DÉFINITION DES CONCEPTS	16
1.	Facteurs influençant	17
2.	Satisfaction des gestantes	17
3.	Consultation prénatale	17
4.	Qualité des soins	17
II -	RECENSION DES ÉCRITS	18
1	Écrits empiriques	18
1.2.	Facteurs organisationnels	19
1.3.	Facteurs relationnels	19
1.4.	Satisfaction globale	20
1.5.	Observations et suggestions des auteurs	20
2.	Écrits théoriques	21
	Poumpoumré.	23
III -	CADRE DE RÉFÉRENCE	24
1.	Modèle conceptuel	24
1-	Schématisation du modèle conceptuel	26
I-	JUSTIFICATION DU LIEU DE L'ETUDE	28
CHAPITRE III :	MÉTHODOLOGIE	28
II-	PRESENTATION DU LIEU DE L'ETUDE	29
1-	Description (lieu et site)	29
2-	Données administratives	29
3-	Données démographiques	30
4-	Données socio-économiques	30

III- TYPE DE L'ETUDE	30
IV- DUREE ET PERIODE DE L'ETUDE	30
V- METHODE D'ECHANTILLONNAGE	30
1- Population d'étude	30
2- Technique d'échantillonnage	30
3- Taille de l'échantillon	31
4- Critères d'inclusion	31
5- Critères d'exclusion	31
6- Critères de non inclusion	31
VI- VARIABLES DE L'ETUDE	31
1- Variable dépendante	31
2- Variables indépendantes	31
VII- METHODOLOGIE DE COLLECTE DES DONNEES	32
1- Instrument de collecte des données	32
2- Technique de collecte des données	32
VIII- RESPECT DE L'ETHIQUE DE LA RECHERCHE	32
IX- CHRONOGRAMME DES ACTIVITES	26
X- DIFFICULTES RENCONTREES	33
IV.1- Caractéristiques sociodémographiques et obstétricales de l'échantillon	34
CHAPITRE IV : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS	34
IV.2. SATISFACTION RELATIVE AUX ELEMENTS DE STRUCTURE ET DE PROCESSUS ORGANISATIONNEL DES SOINS (OS1)	37
IV.3. Satisfaction relative à la dimension relationnelle et interpersonnelle des soins (OS2)	40
CHAPITRE V : DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS	45
I. Discussion par point	46
I.1. Profil sociodémographique et obstétrical des gestantes	46

I.2. Satisfaction relative aux éléments de structure et de processus organisationnel des soins	47
I.3. Satisfaction relative à la dimension relationnelle et interpersonnelle des soins	49
I.4. Stratégies visant à améliorer la satisfaction des gestantes	50
II. LIMITES DE L'ÉTUDE	52
III. Recommandations et suggestions	53
CONCLUSION	56
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	56
ANNEXES	xiv
SECTION I : CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES	xvii
SECTION II : FACTEURS ORGANISATIONNELS	xvii
SECTION III : FACTEURS RELATIONNELS	xvii
SECTION IV : SATISFACTION GLOBALE	xvii
Table des matières	xix