

ARTICLE ORIGINAL /RESEARCH PAPER

QUALITE DU SUIVI PRENATAL CHEZ LES JEUNES FEMMES A BAFIA AU CAMEROUN

NGANAWARA Didier

Enseignant-Chercheur

Institut de Formation et de Recherche Démographiques (IFORD), B.P. 1556, Yaoundé - Cameroun

Received on: 02-January-2017; Revised on: 21-April-2017; Accepted on: 20-May-2017; Published on: 30-June-2017.

Corresponding author: Email: ngdidier@hotmail.com Tél : +237 696 910 503

ABSTRACT

The situation of the maternal health lives a problem of public health in Cameroon. Indeed, the rate of maternal mortality which was 669 deaths for 100 000 alive births in 2004 passed in 782 deaths as 100 000 alive births in 2011. Besides, the appeal to the prenatal care which establishes a strategy of prevention of the maternal mortality is insufficient in Cameroon. Indeed, among the women in 2011 having had an alive birth during five last ones, 62 % made at least four prenatal visits, only 34 % paid their first visit before the fourth month of pregnancy, 64 % benefited from the assistance of health workers, and 61 % took place in an establishment of health (BUCREP, 2011). The prenatal follow-up is not thus adequate in Cameroon, in consideration in recommendations of the World Health Organization (WHO). This is why this study is interested in the quality of the prenatal follow-up at the women belonging to the troops 15-24 years and 25-34 years and living to Bafia, a city was situated in the region of the center in Cameroon. It is exactly a question of describing the quality of the prenatal follow-up according to their characteristics and of identifying the associated factors, from the data of a bibliographic survey realized in 2010. The results show that the age, the standard of living of the household, the religion and the academic level are the determiners of the quality of the prenatal follow-up. The effect of the marital status passes by the academic level of the woman.

Keys words : quality, prenatal follow-up, troop, Bafia.

RESUME

La situation de la santé maternelle demeure un problème de santé publique au Cameroun. En effet, le taux de mortalité maternelle qui était de 669 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2004 est passé à 782 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2011. Par ailleurs, le recours aux soins prénatals qui constitue une stratégie de prévention de la mortalité maternelle est insuffisante au Cameroun. En effet, parmi les femmes en 2011 ayant eu une naissance vivante au cours des cinq dernières, 62 % ont effectué au moins quatre visites prénatales, seulement 34 % ont fait leur première visite avant le quatrième mois de grossesse, 64 % ont bénéficié de l'assistance de personnel de santé, et 61 % ont eu lieu dans un établissement de santé (BUCREP, 2011). Le suivi prénatal n'est donc pas adéquat au Cameroun, eu égard aux recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). C'est pour cette raison que cette étude s'intéresse à la qualité du suivi prénatal chez les femmes appartenant aux cohortes 15-24 ans et 25-34 ans et vivant à Bafia, une ville située dans la région du centre au Cameroun. Il s'agit précisément de décrire la qualité du suivi prénatal selon leurs caractéristiques et d'identifier les facteurs associés, à partir des données d'une enquête biographique réalisée en 2010. Les résultats montrent que l'âge, le niveau de vie du ménage, la religion et le niveau d'instruction sont les déterminants de la qualité du suivi prénatal. L'effet du statut matrimonial passe par le niveau d'instruction de la femme.

Mots clés : Qualité, suivi prénatal, cohorte, Bafia.

[1] INTRODUCTION

Dans le monde, 800 femmes meurent chaque jour pendant leur grossesse ou en accouchant (OMS et al., 2013). La plupart de ces décès maternels (99%) ont lieu dans les pays en développement dont 62% en Afrique subsaharienne. Deux tiers de ces décès sont directement imputables à cinq causes (hémorragies, la dystocie d'obstacle, l'éclampsie, la septicémie et l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions d'hygiène) et le tiers restant à des causes indirectes (existence de maladies aggravées par la grossesse telles que le paludisme, le diabète, l'hépatite et l'anémie). Au Cameroun, la mortalité maternelle a augmenté de façon significative, passant de 669 à 782 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes entre 2004 et 2011 (BUCREP, 2011). Les décès maternels représentent 22 % de tous les décès de femmes âgées de 15 à 49 ans en 2011. La plupart de ces décès peuvent être évités par la planification des grossesses, la prévention des complications grâce aux soins prénatals et la fourniture de services de maternité sûrs, y compris la présence de personnel qualifié pendant l'accouchement. En effet, la planification familiale réduit le risque de décès et d'invalidité maternels en diminuant l'exposition d'une femme à une grossesse, en particulier les grossesses non désirées. Mais seulement 24% de femmes en âge de procréer utilisent une méthode contraceptive et 8% de naissances sont non désirées. Il est important de s'intéresser à l'évolution et à l'issue des grossesses dans ce contexte où la prévalence contraceptive est faible. Ainsi, les soins prénatals permettent non seulement de repérer les femmes qui risquent d'avoir un accouchement difficile et de leur apporter l'assistance nécessaire, mais aussi représentent le point de départ pour des programmes axés sur la prévention de la santé maternelle et infantile.

Pour éviter les décès maternels, l'Organisation Mondiale de la Santé préconise un meilleur suivi de la grossesse, c'est-à-dire au moins quatre visites prénatales par des professionnels de la santé dont la première avant trois mois et deux doses d'anatoxine tétanique durant la grossesse en cours ou une seule dose si la femme avait été vaccinée lors de la grossesse précédente (OMS, 2009). Les accouchements doivent être assistés par du personnel qualifié et notamment de médecins, d'infirmières et de

sage-femmes, à l'exclusion des accoucheuses traditionnelles.

Les données de l'Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples de 2011 montrent que parmi les femmes ayant eu une naissance vivante au cours des cinq dernières années au Cameroun, 62 % ont effectué au moins les quatre visites recommandées, mais seulement 34 % ont fait leur première visite avant le quatrième mois de grossesse. Dans l'ensemble, 59 % des femmes ont reçu au moins deux injections de vaccin antitétanique au cours de leur dernière grossesse. Cependant, du fait des injections antérieures, dans 73 % de cas, la dernière naissance a été protégée contre le tétanos néonatal. Parmi les naissances survenues au cours des cinq dernières années, 64 % ont bénéficié de l'assistance de personnel de santé, et 61 % ont eu lieu dans un établissement de santé. Par ailleurs, parmi les femmes ayant reçu des soins prénatals pour la naissance la plus récente, 49 % ont été informées des signes de complication de la grossesse et plus de la moitié (58 %) n'ont reçu aucun soin postnatal. En outre, 27% des femmes ont eu au moins une grossesse improductive (l'issue est un avortement provoqué, une fausse couche ou un mort-né) au cours de leur vie génésique.

Par ailleurs, au Cameroun à l'instar des autres pays, les adolescents et les jeunes constituent un groupe particulièrement vulnérable à plusieurs égards spécifiquement en matière de la Santé Reproductive. Ils sont souvent mal informés sur la sexualité, la contraception, les signes de complications d'une grossesse et les infections sexuellement transmissibles. Ajouter à cela une insuffisance de l'accès à des soins qualifiés de santé maternelle (Rwenge 2007 ; Sawadogo et al. 2012). Si plus de 90% des jeunes femmes enceintes de 15 à 24 ans ont recours à des soins prénatals, on estime que 65% d'entre elles n'ont pas bénéficié d'information et d'éducation sur les complications de la grossesse durant ces visites prénatales (BUCREP, 2011). On relève également une inadéquation entre l'offre de services de santé reproductive et les besoins des adolescents et jeunes (Evina 1998 ; Beninguisse et al. 2003).

Ces statistiques montrent que de nombreuses femmes ne bénéficient pas de soins dont elles ont besoin

avant, pendant et après l'accouchement. Les raisons sont diverses : soit parce que les services de maternité n'existent pas là où elles vivent, qu'elles n'ont pas les moyens d'assurer le transport ou les services ou qu'elles ne connaissent pas les complications ou les symptômes qui nécessiteraient une attention particulière; soit parce qu'elles n'apprécient pas la façon dont les soins sont dispensés ou parce que ces services ne sont pas de qualité (Fournier et al., 1995, Rwenge, 2007).

Au vu de ce qui précède, cette étude examine la qualité du suivi prénatal des femmes âgées de 15 à 34 ans résidant dans la ville de Bafia, située dans la région du Centre du Cameroun. Elle a pour objectif principal de cerner la qualité du suivi prénatal à travers les trois composantes suivantes : la précocité de la première consultation prénatale, le nombre de consultations prénatales et la qualité du prestataire de service. De manière spécifique, il s'agit de :

- examiner les aspects différentiels de la qualité du suivi prénatal de deux cohortes de femmes (15-24 ans et 25-34 ans) selon leurs caractéristiques ;
- identifier les facteurs associés à la qualité du suivi prénatal.

Après avoir présenté les données et la méthodologie dans la section suivante, nous présenterons ensuite les résultats de l'étude et les commentaires s'y afférents conformément aux objectifs assignés à ce travail.

[II] CADRE METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE

Les données sont issues de l'histoire génésique des jeunes femmes de 15-34 ans recueillies au cours de l'enquête biographique intitulée « Pauvreté et besoins non satisfaits en santé de la reproduction chez les adolescents et les jeunes à Bafia » réalisée en 2010 par l'Institut de Formation et de Recherche Démographiques dans le cadre du stage de terrain des étudiants de la première année de Master de Démographie.

Cette collecte a saisi les différentes grossesses de l'enquêtée, leur prise en charge et leur issue. Une série de

questions sur les consultations prénatales, les signes de complications de grossesse, le personnel consulté, le lieu des soins prénatales, etc. permettait d'apprécier la qualité de la prise en charge. L'issue de chaque grossesse est aussi identifiée (naissance vivante, mort-né, fausse couche, avortement provoqué ou grossesse en cours). Pour les accouchements, on demandait le type de personnel ayant assisté à l'accouchement, le lieu de l'accouchement et si l'enquêtée avait suivi des visites postnatales.

Ces biographies sont collectées depuis l'âge de dix ans jusqu'au moment de l'enquête en 2010. Pour des raisons organisationnelle et financière, l'enquête biographique a couvert 21 Zones de Dénombrement (ZD) sur 42 que compte la ville de Bafia. Ces ZD ont été tirées proportionnellement à leur taille en ménages. Dans chacune des ZD sélectionnées, on a procédé au dénombrement de tous les ménages et les personnes âgées de 15 à 34 ans résidant de façon permanente dans les ménages ou encore présentes dans les ménages la nuit précédant le passage des enquêteurs, éligibles à l'enquête ont été identifiées. Au total, 580 femmes ayant contracté au moins une grossesse sont concernées par ce module sur l'histoire génésique.

Les méthodes d'analyse utilisées dans cette étude sont à la fois descriptive et explicative. Du point de vue descriptif, il s'agit de décrire les variations par groupe d'âges de la proportion des femmes bénéficiant d'un meilleur suivi prénatal selon quelques caractéristiques et notamment le niveau de vie du ménage, le niveau d'instruction, l'état matrimonial et la religion. Au niveau explicatif, le modèle de régression logistique binaire est utilisé pour mesurer les effets de ces variables sur ce phénomène.

En outre, la variable dépendante est le type du suivi prénatal. C'est une variable composite construite à partir des variables suivantes : précocité de la première consultation prénatale, nombre de consultations prénatales et la qualité du prestataire de service.

Il faut noter que l'Organisation Mondiale de la Santé recommande de tenir aussi compte du nombre de vaccin antitétanique (VAT) afin d'éviter le tétanos néonatal au futur bébé. Mais cette variable est absente de notre base de données. Ce qui constitue une limite de cet indicateur.

II.1. Précocité de la première consultation prénatale

La première consultation prénatale est mesurée à partir de l'âge de la grossesse à la première consultation prénatale. Cette variable a deux modalités :

- 1, consultation précoce pour les femmes ayant effectué leur première CPN avant la fin du premier trimestre ;
- 0, consultation tardive pour toutes celles qui ont effectué leur première CPN après le premier trimestre (à partir du 4^{ème} mois).

II.2. Nombre de consultations prénatales

Le calendrier des visites prénatales se présente comme suit :

- Première CPN dans le premier trimestre de la grossesse ;
- Deuxième CPN, vers le sixième mois ;
- Troisième CPN, dans le huitième mois ;
- Quatrième CPN, dans le neuvième mois.

Le bon suivi de la grossesse exige au moins quatre consultations prénatales. La précocité de la première consultation n'est pas nécessairement un indicateur du meilleur suivi de la grossesse dans la mesure où il existe une discontinuité dans le suivi des soins prénatals. Une femme pourrait satisfaire à la précocité de la CPN et ne plus avoir de visites jusqu'à l'accouchement. Cette variable a également deux modalités:

- 1, si la femme a effectué au moins quatre CPN ;
- 0, si elle a effectué moins de quatre visites prénatales.

II.3. La qualité du prestataire de service

La qualification du personnel consulté est aussi un indicateur de la qualité du suivi de la grossesse. En effet, plus le prestataire est qualifié, plus la grossesse est mieux suivie. Le personnel de santé reste le mieux indiqué. Les données de cette enquête ne permettent pas de savoir si la grossesse a été suivie par le même prestataire service. En

effet, il est possible que la femme alterne entre le personnel de santé qualifié et le praticien traditionnel. Ainsi, nous supposons que la grossesse a été suivie par le même prestataire. Cette variable prend la valeur 1, si le prestataire de service est médecin, infirmière ou sage femme, 0 sinon.

La prise en compte combinée de ces trois variables nous permet d'obtenir un indicateur de qualité du recours à la prise en charge médicale de la grossesse dont les valeurs s'étendent de 0 à 3. Ainsi définie, la qualité du recours est un indicateur composite de l'intensité et du calendrier de la prise en charge de la grossesse. Plus la valeur de l'indicateur tend vers 3, plus la qualité de la prise en charge de la grossesse est adéquate. Il est important de noter que cet indicateur n'appréhende nullement la qualité des soins reçus, les variables pertinentes sur ce sujet ne sont pas saisies par cette collecte.

Ainsi, la variable qualité du recours aux soins prénatals est dichotomique et elle prend la valeur :

- 1, si la femme a satisfait à toutes les exigences d'une prise en charge de la grossesse (le score de celle-ci étant 3 sur les 3 points possibles). Dans ce cas, la qualité de la prise en charge de la grossesse est dite adéquate.
- 0, si la femme n'a respecté qu'au plus 2 conditions (le score de celle-ci étant situé entre 0 et 2). D'où la qualité de la prise en charge de la grossesse est dite inadéquate.

Le taux de couverture de la variable dépendante ainsi créée est satisfaisant (cf. tableau 1). On constate que sur 580 femmes ayant au moins une grossesse lors de cette collecte, 38,1% de celles âgées de 15 à 24 ans ont bénéficié d'un meilleur suivi prénatal, contre 48,5% de celles de 25-34 ans.

Tableau 1 : Répartition des femmes par groupe d'âges selon la qualité du suivi des soins prénatals

Suivi prénatal adéquat	Groupe d'âges	
	15-24	25-34
Oui	38,1	48,5
Non	61,9	51,5
Total	100,0	100,0
Effectif	236	344

[III] RESULTATS ET COMMENTAIRES

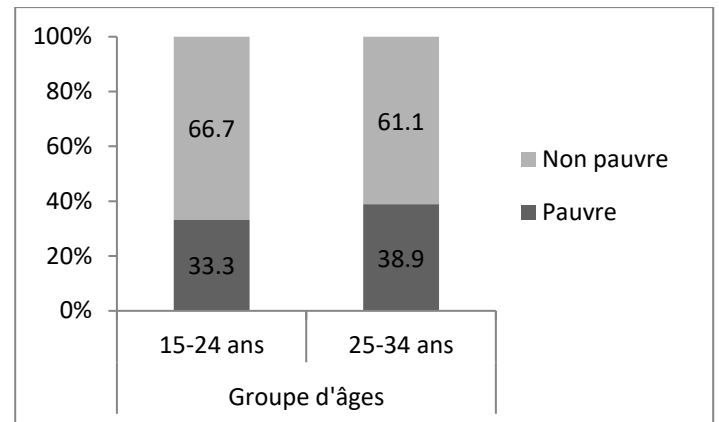
III.1. Description du suivi prénatal adéquat selon quelques caractéristiques des femmes

L'objectif de cette section est d'explorer le lien entre le suivi prénatal adéquat et certaines caractéristiques des femmes et notamment le niveau de vie du ménage, le niveau d'instruction, le statut matrimonial et la religion. Cette description est faite en fonction des deux groupes d'âges des femmes (15-24 ans et 25-34 ans).

III.1.1. Niveau de vie du ménage et suivi prénatal adéquat

Il ressort du graphique 1 que les femmes vivant dans les ménages de niveau de vie élevé sont proportionnellement plus nombreuses à suivre de manière adéquate les consultations prénatales que celles des ménages de niveau de vie faible. Leur proportion est plus élevée chez les femmes du groupe d'âges 15-24 ans (66,7%) que chez celles du groupe 25-34 ans (61,1%).

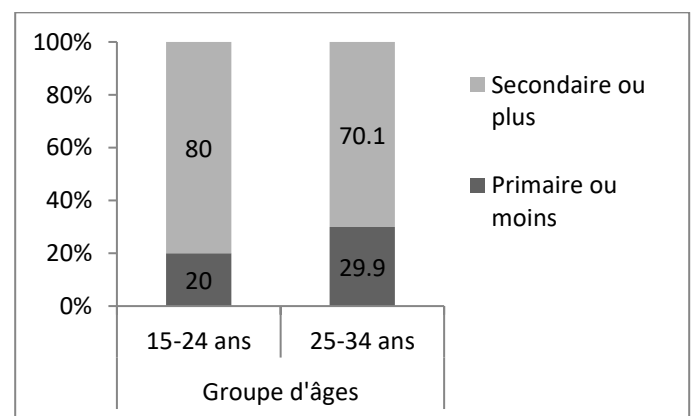
Graphique 1 : Répartition (en %) des femmes suivant de manière adéquate leurs grossesses par groupe d'âges selon le niveau de vie du ménage



III.1.2. Niveau d'instruction et suivi prénatal adéquat

Quel que soit le groupe d'âges, les femmes du niveau d'instruction secondaire ou plus ont un meilleur suivi de leurs grossesses que celles du niveau d'instruction primaire ou moins (cf. graphique 2). Les femmes du groupe d'âges 15-24 ans sont plus concernées que celles du groupe d'âges 25-34 ans, soit 80% contre 70,1%.

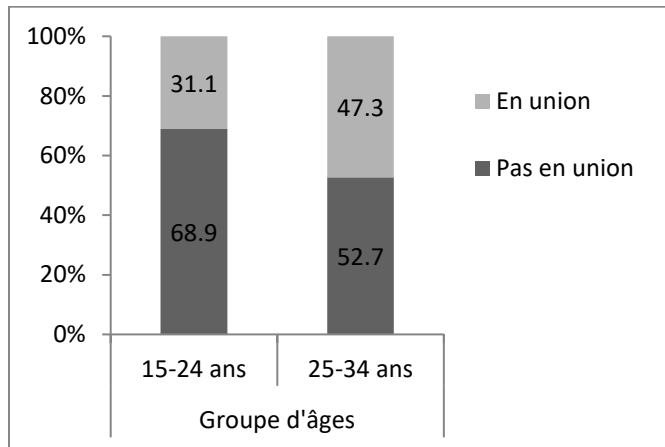
Graphique 2 : Répartition (en %) des femmes suivant de manière adéquate leurs grossesses par groupe d'âges selon leur niveau d'instruction



III.1.3. Statut matrimonial et suivi prénatal adéquat

L'examen de la répartition des femmes ayant un meilleur suivi de leurs grossesses selon leur statut matrimonial (graphique 3) montre que les femmes qui ne sont pas en union sont plus concernées que celles qui sont en union, quel que soit leur groupe d'âges, et les plus jeunes sont majoritaires. Ainsi, chez les 15-24 ans, 68,9% des femmes qui ne sont pas en union se trouvent dans ce cas contre 31,1% de celles qui sont en union. Les proportions de celles âgées de 25 à 34 ans sont respectivement de 52,7% contre 47,3%.

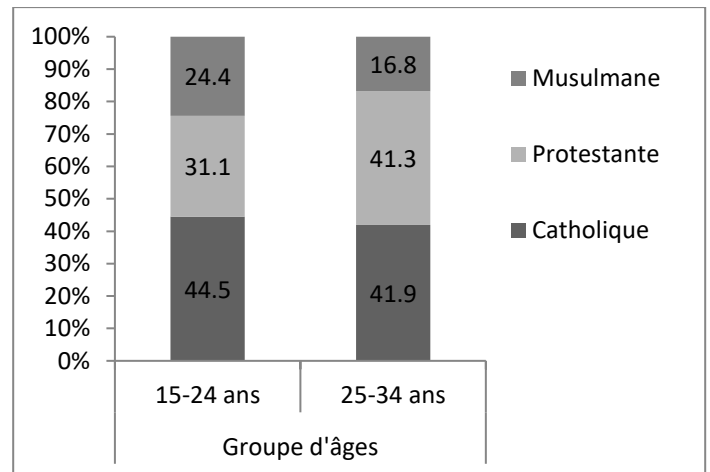
Graphique 3 : Répartition (en %) des femmes suivant de manière adéquate leurs grossesses par groupe d'âges selon leur statut matrimonial



III.1.4. Religion et suivi prénatal adéquat

Le graphique 4 présente la répartition des femmes suivant de manière adéquate leurs grossesses selon la religion. Il en ressort que, tant chez les 15-24 ans que chez les 25-34 ans, la religion catholique vient en première position. Elle est suivie, par ordre d'importance, des religions protestante et musulmane. Ainsi, les jeunes femmes de 15-24 ans qui se sont déclarées catholiques, protestantes et musulmanes représentent respectivement 44,5%, 31,1% et 24,4% contre 41,9%, 41,3% et 16,8% chez les 25-34 ans.

Graphique 4 : Répartition (en %) des femmes suivant de manière adéquate leurs grossesses par groupe d'âges selon leur religion



III.2. Essai d'explication du suivi prénatal adéquat

Les analyses dans cette section s'intéressent aux rapports de chance associés au suivi adéquat des soins prénatals chez les jeunes femmes à Bafia. Il s'agit d'examiner les facteurs susceptibles d'influencer ce type de suivi, de contrôler leur possible interférence, et enfin de faire un diagnostic sur ceux qui comptent. Les analyses sont basées sur la régression logistique binaire et la variable à expliquer est le type de suivi prénatal. Les variables explicatives sont introduites progressivement dans les modèles de régression selon un ordre raisonné. La variable groupe d'âges a été introduite en premier et ensuite, les effets de la région d'origine, du niveau de vie du ménage, de la religion, du statut matrimonial et du niveau d'études sont contrôlés.

D'après le tableau 2, l'effet de la variable groupe d'âges est pratiquement constant, direct et significatif au seuil de 5% dans tous les modèles. Dans le modèle saturé, les femmes âgées de 15 à 24 ans ont 38% moins de chance de suivre de manière adéquate les soins prénatals que celles appartenant au groupe d'âges 25 - 34 ans. Le contrôle de la variable statut matrimonial fait baisser les rapports de chance passant de 0,66 à 0,62. Ainsi, une partie de

l'influence du groupe d'âges passe par le statut matrimonial des femmes.

L'effet de la région d'origine n'est pas significatif dans tous les modèles. Les femmes originaires de la région du centre suivent les soins prénatals de la même manière que celles issues d'autres régions.

Par ailleurs, le niveau de vie du ménage influence significativement (au seuil de 5%) la qualité du suivi prénatal. Le modèle brut (M0) montre que les femmes vivant dans les ménages pauvres ont 43% moins de chance de suivre adéquatement les soins prénatals que leurs consœurs vivant dans les ménages riches. L'écart entre les femmes issues des ménages pauvres et celles des ménages riches reste à l'avantage de ces dernières dans tous les modèles. Toutefois, la prise en compte du statut matrimonial des femmes entraîne une baisse des rapports de chance des femmes de ménages pauvres et une augmentation du seuil de significativité de ces rapports passant respectivement de 0,55 à 0,53 et de 5% à 1%. Par contre, l'introduction dans le modèle de la variable niveau d'instruction fait augmenter les rapports de chance des femmes pauvres passant de 0,53 à 0,57. Par conséquent, une partie de l'effet du niveau de vie du ménage sur la qualité du suivi prénatal est médiatisée par le statut matrimonial et le niveau d'instruction.

Quant à la religion, les femmes musulmanes n'ont pas un meilleur suivi prénatal que les femmes catholiques. Elles ont 59% moins de chance de recourir à un suivi prénatal adéquat et ce résultat est significatif au seuil de 5%. Il ressort de la littérature que les femmes chrétiennes ont plus recours aux services de santé que les musulmanes. Le christianisme étant une "religion occidentale", prédispose la femme à accepter les normes médicales de la prise en charge de la grossesse.

En outre, les femmes qui sont en union ont 1,27 fois plus de chance d'avoir un meilleur suivi prénatal que celles qui ne sont pas en union (M0). Cet effet est significatif au seuil de 5% dans le modèle brut jusque dans le modèle 5. Mais l'introduction de la variable niveau d'instruction dans le dernier modèle annule cet effet. Ce résultat montre que l'effet du statut matrimonial passe par le niveau d'instruction de la femme. Ce dernier apparaît dans tous les modèles

comme un déterminant majeur du suivi prénatal. Ainsi, dans le modèle global, l'effet du niveau d'instruction de la femme est significatif au seuil de 1 %. Les femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus ont 1,55 fois plus de chance d'avoir un meilleur suivi prénatal que celles du niveau d'instruction primaire ou moins. Le niveau d'instruction de la femme est un facteur qui détermine la qualité du suivi prénatal. Il permet à la femme d'être réceptive aux normes médicales de la prise en charge de la grossesse, et facilite les rapports interpersonnels entre elle et le personnel médical.

Tableau 2 : Rapports de chance associés au suivi adéquat des soins prénatals chez les jeunes femmes à Bafia

Variables explicatives	Effets bruts	Effets net					
	M ₀	1	2	3	4	5	6
Groupe d'âges							
15-24 ans	0,65**	0,65**	0,65**	0,64**	0,64**	0,66**	0,62**
25-34 ans	[réf.]	[réf.]	[réf.]	[réf.]	[réf.]	[réf.]	[réf.]
Région d'origine							
Centre	[réf.]		[réf.]	[réf.]	[réf.]	[réf.]	[réf.]
Autre	1,02		1,02	1,01	0,99	0,96	0,92
Niveau de vie du ménage							
Non pauvre	[réf.]			[réf.]	[réf.]	[réf.]	[réf.]
Pauvre	0,57**			0,56**	0,55**	0,53***	0,57**
Religion							
Catholique	[réf.]				[réf.]	[réf.]	[réf.]
Protestante	1,17				1,21	1,21	1,23
Musulmane	0,41**				0,43**	0,40**	0,41**
Statut matrimonial							
Pas en union	[réf.]					[réf.]	[réf.]
En union	1,27**					1,31**	1,40
Niveau d'instruction							
Primaire ou moins	[réf.]						[réf.]
Secondaire ou plus	1,58**						1,55**
Nombre		580					

Note : (***, **, *) = respectivement significatif à 1%, 5% ou 10%

[IV] CONCLUSION

Cette étude a eu pour objectif principal de faire une analyse différentielle de la qualité du suivi prénatal chez les femmes de 15 à 34 ans et d'en cerner les déterminants, à partir des données de l'enquête biographique portant sur les besoins non satisfaits en santé de la reproduction des adolescents et jeunes réalisée à Bafia en 2010. Une telle analyse est susceptible d'aider à identifier certains groupes et permettre aux décideurs d'orienter leurs actions en matière de la santé maternelle et infantile.

Bien que des progrès aient été faits au cours de ces dernières années en vue de faciliter l'accès aux services de soins prénatals, les inégalités entre les différentes catégories sociales demeurent encore importantes. Les résultats de l'analyse différentielle révèlent des écarts importants relatifs à la qualité du suivi prénatal des femmes âgées de 15-24 ans et 25-34 ans selon leurs caractéristiques. Comme on pouvait s'y attendre, les femmes vivant dans les ménages riches, de niveau d'instruction secondaire ou plus, de religions catholique ou protestante sont proportionnellement plus nombreuses à bénéficier d'un meilleur suivi de leurs grossesses que celles issues des ménages pauvres, de niveau d'instruction primaire ou moins, de religion musulmane. Contre toutes attentes, les femmes qui ne sont pas en union ont une propension plus élevée à suivre de manière adéquate leurs grossesses que celles qui sont en union. Les résultats de l'analyse explicative corroborent ceux de l'analyse descriptive à l'exception de l'effet de l'âge et celui du statut matrimonial qui est médiatisé par le niveau d'instruction. Ils devraient contribuer à une meilleure connaissance de la qualité du suivi prénatal au Cameroun en général, et à Bafia en particulier.

[V] REFERENCES

- [1] Beninguissé, G., Nikiéma, B., Fournier, P., et Haddad, S. (2003) : L'accessibilité culturelle : une exigence de la qualité des services et soins obstétricaux en Afrique, Étude de la population africaine, vol. 19.
- [2] Bureau Central de Recensement et d'Etudes Démographiques (BUCREP), (2011) : Rapport final de l'Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Cameroun, Yaoundé.
- [3] Evina A. (1998) : Vie féconde des adolescentes en milieu urbain Camerounais, Les cahiers de l'IFORD, Yaoundé, 117 p.
- [4] Fournier, P., et Haddad, S. (1995) : Les facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en développement, in H. Gérard et V. Piché, La sociologie des populations, Montréal, PUM.
- [5] Organisation Mondiale de la Santé (OMS), (2009) : Soins liés à la grossesse, à l'accouchement, au post-partum et à la période néonatale : Guide de pratiques essentielles, 2^e édition..
- [6] OMS, UNICEF, UNFPA, Banque Mondiale (2013) : Evolution de la mortalité maternelle dans le monde entre 1990 et 2013.
- [7] Rwengé, M. (2007) : La qualité des soins obstétricaux au Cameroun, Travaux et documents publiés par l'IFORD, N°29, 206p.
- [8] Sawadogo, N. et al. (2012) : Pauvreté et besoins non satisfaits en santé de la reproduction des adolescents et des jeunes en Afrique Centrale, Rapport enquête qualitative-Yaoundé, Cameroun, 58p.

A PROPOS DE L'AUTEUR

NGANAWARA Didier (PH/D)

Docteur en démographie de l'Université de Paris 1-Panthéon-Sorbonne. Chargé de cours à l'Institut de Formation et de Recherche Démographiques (IFORD). Auteur de plusieurs publications traitant de l'interaction entre population et développement.

Publish with Africa Science,

and every scientist working in your field can read your article.

Your paper will be:

- Available to your entire community
- Of little downloading charge
- Fairly and quickly peer reviewed

<http://www.africascience.org>

In collaboration with the Laboratory of Sustainable Development and Territorial Dynamics of the University of Montréal - Canada

Editor-In-Chief: H. Blaise Nguendo Yongsi