

# Facteurs de faible utilisation des consultations postnatales dans un District de santé à l'Ouest du Cameroun

## Factors of low utilization of postnatal consultations in a Health District in West Cameroon

Nguefack. F <sup>(1, &)</sup>, Tchudjin Nzokou . A <sup>(2)</sup>, Kago. D <sup>(2)</sup>, Dongmo Tsopfack . F.C <sup>(3)</sup>, Fodoung Wamba.D.S <sup>(4)</sup>

<sup>(1)</sup> Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I, BP. 1364, Yaoundé-Cameroun

<sup>(2)</sup> Institut Supérieur des Sciences de la Santé, Université des Montagnes-Bangangté-Cameroun

<sup>(3)</sup> School of Health and Medical Sciences of the Catholic University of Cameroon

<sup>(4)</sup> Hôpital de District de Biyem-Assi, Yaoundé-Cameroun

### ABSTRACT

**Contexte :** L'attention faite aux mères et aux nouveau-nés durant les premières heures et semaines suivant l'accouchement est déterminante pour le repérage des problèmes de santé. Les auteurs analysent le taux de fréquentation des consultations postnatales (CPoN) dans le district de santé de la Mifi-Ouest-Cameroun.

**Méthodologie :** Etude transversale conduite auprès des mères reçues dans six centres de vaccination entre la sixième semaine et le douzième mois après l'accouchement. La mère avait réalisé la CPoN lorsqu'elle avait revisité les services de santé pour le suivi et reçu des soins d'un personnel de santé dans la sixième semaine après l'accouchement. Les auteurs ont recherché les facteurs associés au faible taux d'utilisation des CPoN. Les variables qui semblaient l'influencer après les analyses bivariées ont fait l'objet d'une régression logistique en considérant le seuil de probabilité  $P < 0,05$ .

**Résultats :** Sur 1056 mères enquêtées, seules 17,0% avaient réalisé au moins une CPoN. La majorité (59,4%) avait fait des études secondaires de même que leur conjoint (52,8%). La faible fréquentation des services de CPoN par les mères était influencée par le défaut de leur sensibilisation ( $p=0,000$ ). Elles étaient plus enclines à faire les CPoN lorsqu'elles avaient un véhicule personnel ( $P=0,003$ ) ou se déplaçaient vers la formation sanitaire moyennant un véhicule de transport en commun ( $P=0,008$ ).

**Conclusion :** Il est important de mettre en place un système de mobilisation sociale en plus de celui implémenté par les agents de santé communautaire en vue de renforcer la recherche des soins postnatals. L'amélioration des services offerts en routine dans les formations sanitaires constituerait l'un des défis importants.

**Mots clés :** Fréquentation, services, consultation postnatale, mère, facteurs.

### INTRODUCTION

La lutte contre la mortalité maternelle et néonatale reste un véritable défi pour les pays en voie de développement où au moins 33% à 40% des mères expérimentent des complications postnatales [1]. Ces complications occasionnent des décès dans

les suites immédiates et ce jusqu'à 42 jours après l'accouchement. La consultation postnatale (CPoN) constitue l'une des stratégies importantes dans le continuum des soins [2], notamment durant les premières six à 48 heures qui suivent la naissance et avant la sortie de la maternité. Trois autres visites postnatales servent de suivi ; elles sont recommandées

---

(&) Auteur correspondant :

**Félicitée Nguefack**

Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I, BP. 1364, Yaoundé - Cameroun: Département de Pédiatrie

**Tel. :** 00 (237) 99 59 14 08

**Email:** dongfel@yahoo.fr

entre le 6e-7e jour et à la 6e semaine de vie [3,4]. L'intérêt de la CPoN réside non seulement dans le dépistage des signes de danger et des affections nécessitant une prise en charge spécifique de la mère, mais aussi dans l'implémentation de la planification familiale [5,6]. Chez les nourrissons, les CPoN permettent de renforcer le soutien de l'allaitement, le suivi de la croissance et le repérage des événements de santé en rapport ou non avec les facteurs de risque pour sa santé [3]. Les avantages des CPoN sont bien établis, par exemple, les mères qui bénéficient des services de CPoN allaitement plus leurs enfants et appliquent les méthodes de contraception [7]. A cet effet, les CPoN impliquent non seulement l'engagement des familles, mais également l'accès à un personnel de santé, dans une formation sanitaire ou dans la communauté [2]. Les enquêtes ont cependant montré que moins de la moitié des mères (40%) utilisent les services de santé pour les CPoN [8]. Les barrières à l'utilisation des services postnatals sont diverses [10]. L'importance y accordée varie selon le contexte [11,12]. La plupart des études s'accordent sur les déterminants de l'utilisation des CPoN relevant des familles, notamment de leur: niveau d'instruction, profession, pouvoir d'achat, milieu de résidence urbaine ou rurale et lieu d'accouchement des mères. Une proportion non négligeable des déterminants de l'utilisation des CPoN est liée à la qualité, l'accessibilité, et le coût des soins [11,13,14]. Ces déterminants dénotent du caractère multifactoriel de l'utilisation des services de santé maternelle. Au Cameroun, de faibles taux de CPoN sont enregistrés et varient selon les régions. En effet, 41% de mères et leur nouveau-né ne reçoivent pas les soins les deux premiers jours postnatals [9]. Comme décrit ailleurs, il y a une iniquité dans l'utilisation des services maternels et infantiles [9], bien que les taux de CPoN soient en progression de 46,3% en 2004 [15], à 59% en 2011 [16], notamment avec les campagnes d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et infantile [9]. En 2018, la région de l'Ouest s'est distinguée par le pourcentage le plus élevé (85%) de femmes ayant reçu des soins postnatals dans les 48 heures postnatales [9]. L'étude visait à décrire les facteurs associés à l'utilisation des services de CPoN dans un District Santé de cette région.

**Méthodologie :** L'étude transversale était conduite dans les services de vaccination dans le district de santé de la Mifi-Ouest Cameroun. Ce district comptait près de 266988 habitants avec 13349 femmes en âge de procréer. On y dénombrait 20 aires de santé, dont la majorité urbaines et certaines semi-rurales ; 64 formations sanitaires (FOSA) parmi lesquelles un hôpital de district, 4 centres médicaux d'arrondissement, 18 centres de santé intégrés (CSI) publics, 5 FOSA confessionnelles, et 26 FOSA privées laïques. Nous avons sélectionné 6 FOSA qui offrent les Soins de Santé Maternelle Néonatale et Infantile (SMNI). Les critères de choix étaient la

localisation soit rurale ou semi-urbaine et la forte fréquentation. Nous avons ainsi retenu 3 formations urbaines et 3 semi-rurales. L'échantillonnage était consécutif et intéressait les mères des nourrissons âgés de six semaines à 12 mois. Elles devraient avoir conduit toutes leurs consultations prénatales (CPN) jusqu'à l'accouchement dans ledit district. Nous avons considéré que la mère avait réalisé la CPoN lorsqu'elle avait revisité au moins une fois les services de SMNI pour son suivi et/ou celui de son nourrisson et reçu les soins d'un personnel de santé entre la période de l'accouchement et la sixième semaine conformément aux recommandations de l'OMS [17]. Durant ces soins, le personnel met l'accent sur les composantes: allaitement, vaccination, planning familial, conseils sur la reprise de rapports sexuels et éventuellement la réalisation d'un frottis cervico-vaginal. Nous n'avons inclus dans la présente étude que celles ayant visité les services pour la recherche des composantes des CPoN. Celles reçues uniquement pour des faits d'état civil ou pour le suivi des complications de l'accouchement ou encore pour une pathologie intercurrente n'ont pas été considérées comme tel. Les données collectées portaient sur les caractéristiques sociodémographiques des mères et leurs conjoints, les données obstétricales et également les soins postnatals.

**Analyse statistique :** Dans un premier temps une analyse univariée a permis de décrire, les fréquences des CPoN et les paramètres étudiées. Les variables catégorielles étaient décrites en proportion. Certains facteurs sociodémographiques, économiques et obstétricaux supposés contribuer au défaut de réalisation des CPoN ont été testés à partir d'une analyse bivariée. Celles l'ayant influencé significativement ont fait l'objet d'un test multivarié permettant d'établir une relation entre la réalisation de la CPoN et la variable considérée en considérant la valeur de  $P < 0,05$ .

**Considérations éthiques :** Notre étude a obtenu l'approbation du comité national d'éthique de l'Université de Douala.

## RESULTATS

### Données générales sur la population d'étude

Au total, 1056 mères étaient enquêtées. La plupart (46,4%) avait moins de 25 ans et 62,0% étaient mariées. Il y avait 40,2% de femmes au foyer, plus de la moitié (59,4%) avaient le niveau d'étude secondaire de même que leur conjoint (52,8%). Ces conjoints (38,4%) exerçaient dans le petit commerce ou étaient (36,5%) des employés du secteur privé. La plupart des mères (68,3%) avaient un revenu inférieur à 36270 francs CFA soit 234 \$ US (tableau 1).

**Tableau 1 :** Caractéristiques sociodémographiques

Variabes	Modalités	Fréquence	Pourcentage (%)
Résidence	Rurale	638	60,4
	Urbaine	418	39,6
Age (années)	< 25	490	46,4
	25-30	301	28,5
	30 - 35	171	16,2
	>35	94	8,9
Statut matrimonial des mères	Mariée	655	62,0
	Union libre	211	20,0
	Célibataire	172	16,3
	Divorcée/veuve	18	1,7
Niveau d'instruction de la mère	Aucun	44	4,2
	Primaire	253	24,0
	Secondaire	627	59,4
	Supérieure	132	12,5
d'instruction de la mère	Chrétien	956	90,5
	Animiste	53	5,0
	Musulman	43	4,1
	Athée	4	0,4
Profession de la mère	Femme au foyer	424	40,2
	Petit commerce	213	20,2
	Elève et étudiant	179	17,0
	Salarié non fonctionnaire	161	15,2
	Salarié fonctionnaire	79	7,5
Profession du conjoint	Petit commerce	405	38,4
	Elève et étudiant	44	4,2
	Salarié non fonctionnaire	385	36,5
	Salarié fonctionnaire	222	21,0
Revenu mensuel de la mère (FCFA)	< 36270	721	68,3
	36270-50000	157	14,9
	50000-100000	96	9,1
	>100000	82	7,8
Revenu mensuel du conjoint (FCFA)	< 36270	289	27,4
	36270-50000	237	22,4
	50000-100000	258	24,4
	>100000	272	25,8

Les primipares étaient les plus nombreuses (50,5%) ; elles étaient suivies par les paucipares (32,0%). Près de la moitié des mères (47,3%) avaient eu au moins 5 consultations prénatales (CPN) et 43,8% accouchaient dans une FOSA de premier échelon. La résidence était un peu éloignée, c'est-à-dire située à moins de 5 Km de la FOSA chez 52,9% des mères (tableau 2).

**Tableau 2 :** antécédents obstétricaux et recours aux soins antépartum, perpartum et postpartum

Variabes	Fréquence	Pourcentage (%)
<b>Parité</b>		
1-2	531	50,5
3-4	339	32,0
5-10	174	16,5
>10	12	1
<b>Nombre de consultations prénatales</b>		
A < 3	174	16,5
3 – 5	382	36,2
> 5	500	47,3
<b>Lieu d'accouchement</b>		
Domicile	14	1,3
Centre privé	278	26,3
Hôpital Régional de Bafoussam	301	28,5
Hôpital de District/CMA/CSI	463	43,8
<b>Durée de séjour à la maternité (jours)</b>		
1	340	32,2
1	178	16,9
2	118	11,2
<b>Mère examinée après l'accouchement avant la sortie de la maternité (N =1042)</b>		
Non	275	26,0
Oui	767	72,6
<b>Distance entre le domicile et la formation sanitaire</b>		
Un peu éloigné	559	52,9
Proche	260	24,6
Très éloigné	237	22,4
Transport public	694	65,7
A pied	300	28,4
Véhicule personnel	62	5,9
<b>Pratiques des soins traditionnels chez la femme ou à l'enfant</b>		
Oui	684	64,8
Non	372	35,2
<b>CMA/CSI*=Centre Médical d'Arrondissement /Centre de Santé Intégré</b>		

## Facteurs influençant l'utilisation des CPoN

Le taux de réalisation des CPoN était de 17,0%. D'après le tableau 3, les mères qui avaient un niveau d'étude secondaire effectuaient plus les CPoN que celles qui n'en avaient aucun ( $P = 0,000$ ).

**Tableau 3 :** caractéristiques sociodémographiques et CPoN : analyse bivariée

Variables	Modalités	Total	CPoN réalisée		Chi²	P
Tranche d'âge (Année)	< 25	490	87 (47,5)	403 (46,2)	2,33	0,506
	25 - 30	301	55 (30,1)	246 (28,2)		
	30 - 35	171	30 (16,4)	141 (16,2)		
	> 35	94	11 (6,0)	83 (9,5)		
Statut matrimonial	Mariée	655	533 (61,1)	122 (66,7)	5,46	0,243
	Union libre	211	184 (21,1)	27 (14,8)		
	Célibataire	172	140 (16,0)	32 (17,5)		
	Divorcée/Veuve	18	16 (1,8)	2 (1,1)		
Niveau d'instruction de la mère	Aucun	44	38 (4,4)	6 (3,3)	50,54	0,000
	Primaire	253	237 (27,1)	16 (8,7)		
	Secondaire	627	512 (58,6)	115 (62,8)		
	Supérieur	132	86 (9,9)	46 (25,1)		
Niveau d'instruction du conjoint	Aucun	39	35 (4,0)	4 (2,2)	47,70	0,000
	Primaire	230	209 (23,9)	21 (11,5)		
	Secondaire	558	473 (54,2)	85 (46,4)		
	Supérieur	229	156 (17,9)	73 (39,9)		
Religion	Chrétien	956	783 (89,7)	173 (94,5)	7,39	0,061
	Animiste	53	51 (5,8)	2 (1,1)		
	Musulman	43	36 (4,1)	7 (3,8)		
	Athée	4	3 (0,3)	1 (0,5)		
Profession de la mère	Femme au foyer	424	368 (42,2)	56 (30,6)	32,26	0,000
	Petit commerce	213	187 (21,4)	26 (14,2)		
	Elève/étudiante	179	134 (15,3)	45 (24,6)		
	Autres salariées	161	132 (15,1)	29 (15,8)		
	Fonctionnaire	79	52 (6,0)	27 (14,8)		
Profession du conjoint	Petit commerce	405	342 (39,2)	63 (34,4)	56,89	0,000
	Fonctionnaire	222	148 (17,0)	74 (40,4)		
	Elève ou étudiant	44	35 (4,0)	9 (4,9)		
Revenu mensuel de la mère (FCFA)	< 36270	721	616 (70,6)	105 (57,4)	17,85	0,001
	36270 - 50 000	157	128 (14,7)	29 (15,8)		
	50 000 - 100 000	96	72 (8,2)	24 (13,1)		
	> 100 000	82	57 (6,5)	25 (13,7)		
	< 36270	289	259 (29,7)	30 (16,4)		
36270-50000	237	195 (22,3)	42 (23,0)			
50000-100000	258	220 (25,2)	38 (20,8)			
>100000	272	199 (22,8)	73 (39,9)			

Le niveau d'instruction du conjoint influençait également l'utilisation des CPoN ( $P=0,000$ ). Il en était de même lorsqu'elles étaient salariées ou gagnaient plus de 100000 FCFA mensuellement ( $P=0,000$ ), ainsi que leur conjoint ( $P=0,001$ ). Les mères qui avaient accouché dans une FOSA, celles dont la résidence était un peu éloignée ou qui utilisaient un véhicule personnel (tableau 4) étaient plus enclines à réaliser la CPoN ( $P=0,000$ ).

**Tableau 4 :** Caractéristiques obstétricales, recours aux soins et CPoN: analyses bivariées

Variables	Modalités	Effectif	CPoN réalisée		Chi²	P
			Oui N (%)	Non N (%)		
CPN (N = 1056)	A ≤ 3	174	152 (17,4)	22 (12,0)	3,20	0,202
	3 - 5	382	70 (38,3)	312 (35,7)		
	≥ 5	500	409 (46,8)	91 (49,7)		
Lieu accouchement	Domicile	14	14 (1,6)	0(0,0)	13,40	0,004
	Hôpital régional de Bafoussam	301 (28,5)	231 (26,5)	70 (38,3)		
	Centre privé	278 (26,0)	231 (26,5)	47 (25,7)		
	HD/CMA/CSI	463 (25,0)	397 (45,5)	66 (36,1)		
Distance entre le domicile et la formation sanitaire	Un peu éloignée	559 (52,9)	444 (50,9)	115 (52,9)	9,90	0,007
	Proche	260 (24,6)	229 (26,2)	31 (16,9)		
	Très éloigné	237 (22,4)	200 (22,9)	37 (20,2)		
Moyen de transport pour la FOSA	Transport public	694 (65,7)	556 (63,7)	138 (75,4)	26,55	0,000
	A pied	300 (28,4)	274 (31,4)	26 (14,2)		
	Véhicule privé	62 (5,9)	43 (4,9)	19 (10,4)		

D'après les résultats de la régression logistique (tableau 5), la faible fréquentation des services de CPoN était influencée par le défaut de sensibilisation des mères ( $p=0,000$ ).

**Tableau 5 :** facteurs influençant la réalisation des CPoN : résultats de la régression logistique

Variables	Effectifs N(%)	CPoN réalisée		RC	IC à 95%	Valeur p
		Oui N(%)	Non N(%)			
<b>Informations sur la CPoN</b>						
Oui	160 (15)	77 (48)	83 (52)	1		
Non	896 (85)	799 (89)	97 (11)	8,32	[5,56-12,45]	0,000*
<b>Niveau d'instruction de la mère</b>						
Aucun	44 (4,1)	98 (86)	6 (14)	1	1	1
Primaire	253 (24)	237 (94)	16 (6)	2,59	[0,89-7,50]	0,078
Secondaire	627 (59,4)	511 (81)	116 (19)	1,31	[0,50-3,44]	0,581
Supérieur	132 (12,5)	86 (65)	46 (35)	1,04	[0,35-3,11]	0,934
<b>Profession de la mère</b>						
Femme au foyer	424 (40,2)	368 (87)	56 (13)	1	1	1
Petit commerce	213 (20,1)	187 (88)	26 (12)	1,18	[0,67-2,07]	0,559
Fonctionnaire	79 (7,5)	52 (66)	27 (34)	0,87	[0,39-1,93]	0,747
Elève/étudiant	179 (17,0)	134 (75)	45 (25)	0,68	[0,39-1,2]	0,186
Employé du privé	161 (15,2)	131 (81)	30 (19)	0,8	[0,47-1,49]	0,567
<b>Niveau d'instruction du conjoint</b>						
Aucun	39 (3,5)	35 (90)	4 (10)	1	1	1
Primaire	330 (22)	209 (91)	21 (9)	1,28	[0,40-4,12]	0,672
Secondaire	558 (53)	473 (85)	85 (15)	0,87	[0,29-2,61]	0,808
Supérieur	229 (21,5)	155 (66)	74 (32)	0,54	[0,17-1,68]	0,292
<b>Profession du conjoint</b>						
Petit commerce	405 (38,4)	340 (84)	65 (16)	1		
Fonctionnaire	222 (21)	147 (66)	75 (34)	0,49	[0,32-0,76]	0,101
Elève/étudiant	44 (4,1)	35 (80)	9 (20)	1,001	[0,44-2,29]	0,998
Employé du privé	385 (36,5)	320 (83)	65 (17)	1,768	[1,13-2,77]	0,13
<b>Revenu mensuel de la mère (FCFA)</b>						
<36270	721 (68,3)	616 (85)	105 (15)	1	1	1
[36270-50000]	157 (14,9)	128 (82)	29 (18)	0,81	[0,48-1,36]	0,430
[50001-100000]	96 (9,0)	71 (74)	25 (26)	0,61	[0,33-1,13]	0,119
>100000	82 (7,8)	57 (70)	25 (30)	0,52	[0,25-1,07]	0,078
<b>Moyen de transport</b>						
A pied	300 (28,4)	274 (91)	26 (9)	1	1	1
Véhicule personnel	62 (5,9)	43 (69)	19 (31)	0,29	[0,13-0,60]	0,003
Transport public	694 (65,7)	555 (80)	139 (20)	0,50	[0,30-0,83]	0,008
<b>Lieu d'accouchement</b>						
Domicile	14 (1,5)	14 (100)	0 (0)	1	1	1
HRB	301(28,5)	231(77)	70 (23)	0,73	[0,45-1,18]	0,209
Hôpital de District	197 (19)	148 (75)	49 (25)	1,11	[0,67-1,81]	0,457
CMA/CSI	266 (25)	137 (89)	29 (11)	1,2	[0,78-1,99]	0,351
Centre privé	278 (26)	230 (83)	48 (17)	1		

Celles plus enclines à faire les CPoN avaient un véhicule personnel ( $P=0,003$ ) ou se déplaçaient pour la formation sanitaire moyennant un véhicule de transport en commun ( $P=0,008$ ).

## DISCUSSION

La période allant de l'accouchement jusqu'à 42 jours s'avère à risque élevé de complications chez la mère et le nourrisson [17]. Durant cette période l'on enregistre des décès chez ces sujets avec certains évitables moyennant l'implémentation durant les consultations postnatales (CPoN), des interventions simples accessibles [17]. Cependant, nombre de mères n'accèdent pas aux services de santé pour en bénéficier. La présente étude a permis de relever l'insuffisance des CPoN dans un district de santé semi rural de l'Ouest du Cameroun où les taux semblaient s'améliorer d'après les enquêtes nationales [9,18]. Contrairement à ces enquêtes, la fréquence des CPoN était très faible dans la présente étude. La différence proviendrait du fait qu'elles s'appesantissent sur les consultations des mères et des nouveau-nés dans les 48 premières heures postnatales, en général avant la sortie de la maternité. Nous avons par contre recherché le recours aux services de la santé maternelle et infantile (SMNI) au cours des 6 semaines postnatales. Au Népal, une faible CPoN avait été décrite, notamment avec moins d'un cinquième des mères qui bénéficiaient des soins dans les 48 heures postpartum [19]. Des facteurs sociodémographiques, économiques liés aux familles, ainsi qu'au système et services de santé contribueraient à cette situation. L'utilisation des CPoN serait tributaire du pouvoir d'achat des mères ou de celui de leurs conjoints [20,21]. Les conditions de vie et le bien être des ménages influenceraient la mise en œuvre des consultations selon le moment et le type de personnel de santé qui l'implémente [22]. Les femmes qui ont un faible revenu pourraient recourir peu aux CPoN [22,23]. L'offre des CPoN dépendante des conditions socioéconomiques relevée dans certaines études ne favorise guère l'équité [7,24]. Au Cameroun où le principal mécanisme de paiement des soins est direct et où plus de la moitié de la population vit en dessous du seuil de pauvreté [25], le phénomène serait perceptible. Dans la présente étude en effet, 79,4% des mères étaient femmes au foyer, petites commerçantes ou encore élèves/étudiantes; donc sans salaire. Dans un contexte à revenu limité, le milieu de résidence influenceraient significativement l'utilisation des services de soins postnatals [20,21,24]. Les mères qui résident dans la zone rurale réaliseraient moins les CPoN, des auteurs ont trouvé que même celles qui vivent en ville étaient aussi moins enclines à les implémenter [26]. Cependant, les seuls obstacles financiers liés au paiement des soins ne justifient pas le faible recours aux soins. C'est sans doute pourquoi même dans les contextes où les services sont gratuits, le taux de fréquentation restait faible

[27]. Au Burkina Faso la dotation en carte de gratuité des soins obstétricaux n'a pas été suffisante pour motiver la recherche des soins chez les plus pauvres [28]. D'où l'intérêt d'explorer d'autres facteurs explicatifs du faible recours aux CPoN. Les femmes seraient occupées par les activités de leur ménage ou celles génératrices de revenu plus que les CPoN tant qu'elles ne sont pas conscientes du risque auquel elles sont exposées avec leur nourrisson. En Ouganda par exemple la méconnaissance de l'importance des CPoN était identifiée parmi les facteurs empêchant les CPoN [23]. Le niveau d'éducation des mères l'influencerait également [22,26]. L'utilisation sous-optimale des consultations prénatales (CPN) limiterait l'accès aux autres soins pour la mise en œuvre des mesures visant la réduction de la mortalité maternelle [29]. Il est prouvé que la qualité des soins prénatals offert influence l'utilisation des services obstétricaux [22]. En Tanzanie, le taux des CPoN était de 10,4% et était influencé par le nombre de CPN [30]. Ainsi, les mères qui ont été suivies par un personnel de santé durant la grossesse, ou accouché dans une formation sanitaire seraient plus encline à faire les CPoN [20,22]. Il importe cependant de relever les causes en rapport avec la mauvaise organisation du système de santé, notamment la moindre qualité des prestations offertes durant ces consultations [31]. Les comportements des personnels de santé vis-à-vis des clients ont été également mal appréciés [23]. La fréquentation des services postnatals serait plus importante chez les femmes qui utilisent le secteur privé [7]. Dans notre contexte, les mères sollicitent aisément ce secteur [32]; cependant, beaucoup fonctionnent dans la clandestinité avec un personnel qui n'est pas toujours qualifié pour offrir les soins optimaux [33]. L'insuffisance du personnel de santé dans les structures publiques constitue une autre entrave importante à l'offre des services et soins de santé maternelle [34] et infantile.

## CONCLUSION

Le faible taux de consultation postnatale dans la présente étude nécessite de mettre en place un système de mobilisation sociale en plus de celui implémenté par les agents de santé communautaires en vue de renforcer la recherche des soins par les mères. L'amélioration de l'offre des services de routine dans les formations sanitaires constituerait un préalable.

### Contribution des auteurs

FN a participé à toutes les étapes de la rédaction du présent draft, ATN a collecté les données dans le cadre de sa thèse de doctorat en médecine, KD, FCDT, DSFW ont relu le document. Tous les auteurs ont approuvé la version finale.

### Conflit d'intérêt

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt

## REFERENCES

- [1] Elkhoudri N, Amor H, Baali A. Self-reported postpartum morbidity: prevalence and determinants among women in Marrakesh, Morocco. *Reprod Health*. 25 août 2015;12:75.
- [2] Kerber KJ, de Graft-Johnson JE, Bhutta ZA, Okong P, Starrs A, Lawn JE. Continuum of care for maternal, newborn, and child health: from slogan to service delivery. *The Lancet*. 19 oct 2007;370(9595):1358-69.
- [3] Warren C, Daly P, Toure L, Mongi P. Postnatal care. *Oppor Afr Newborns Cape Town South Afr Partnersh Matern Newborn Child Health*. 2006;79-90.
- [4] World Health Organization. WHO technical consultation on postpartum and postnatal care. 2010;
- [5] Lown J. Saving mothers and newborn lives - the crucial first days after birth [Internet]. 2009 [cité 2 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.doc88.com/p-518461714942.html>
- [6] Macdonald C, Sharma S, Kallioinen M, Jewell D. Postnatal care: new NICE guideline for the 'Cinderella service'. *Br J Gen Pract*. 1 sept 2021;71(710):394-5.
- [7] Matijasevich A, Santos IS, Silveira MF, Domingues MR, Barros AJ, Marco PL, et al. Inequities in maternal postnatal visits among public and private patients: 2004 Pelotas cohort study. *BMC Public Health*. 14 sept 2009;9:335.
- [8] Khanal V, Adhikari M, Karkee R, Gavidia T. Factors associated with the utilisation of postnatal care services among the mothers of Nepal: analysis of Nepal demographic and health survey 2011. *BMC Womens Health*. 31 janv 2014;14:19.
- [9] Institut National de la Statistique (INS) - MINEPAT. Cameroun - Cinquième Enquête Démographique et de Santé au Cameroun 2018 [Internet]. 2019 [cité 2 nov 2019]. Disponible sur: <http://nada.stat.cm/index.php/catalog/137>
- [10] Agho KE, Ezech OK, Issaka AI, Enoma AI, Baines S, Renzaho AMN. Population attributable risk estimates for factors associated with non-use of postnatal care services among women in Nigeria. *BMJ Open* [Internet]. 1 juill 2016 [cité 17 mai 2017];6(7). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4947753/>
- [11] Sserwanja Q, Nuwabaine L, Kamara K, Musaba MW. Prevalence and factors associated with utilisation of postnatal care in Sierra Leone: a 2019 national survey. *BMC Public Health*. 14 janv 2022;22(1):102.
- [12] Balde MD, Diallo A, Soumah AM, Sall AO, Diallo BA, Barry F, et al. Barriers to Utilization of Postnatal Care: A Qualitative Study in Guinea. *Open J Obstet Gynecol*. 25 avr 2021;11(04):391.
- [13] Singh R, Neogi SB, Hazra A, Irani L, Ruducha J, Ahmad D, et al. Utilization of maternal health services and its determinants: a cross-sectional study among women in rural Uttar Pradesh, India. *J Health Popul Nutr*. 27 mai 2019;38(1):13.
- [14] Sharma S, Sarathi Mohanty P, Omar R, Viramgami AP, Sharma N. Determinants and Utilization of Maternal Health Care Services in Urban Slums of an Industrialized City, in Western India. *J Fam Reprod Health*. juin 2020;14(2):95-101.
- [15] Institut National de la Statistique (INS) et ORC Macro. Cameroun - Enquête Démographique et de Santé du Cameroun 2004. Calverton, Maryland, USA : INS et ORC [Internet]. 2004 [cité 25 juill 2015]. Disponible sur: <http://nada.stat.cm/index.php/catalog/34>
- [16] Direction de la Statistique et de la Comptabilité Nationale - Cameroun - Ministère de l'Economie et des Finances. Cameroun- Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (2000) [Internet]. 2001 [cité 23 juill 2016]. Disponible sur: <http://slmp-550-104.slc.westdc.net/~stat54/nada/index.php/catalog/2>
- [17] WHO. WHO technical consultation on postpartum and postnatal care [Internet]. [cité 27 janv 2017]. Disponible sur: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/WHO\\_MPS\\_10\\_03/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/WHO_MPS_10_03/en/)
- [18] Institut National de la Statistique (INS) - Ministère de l'Economie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire. Cameroun- Enquête Démographique et de Santé et l'Enquête par grappe à Indicateurs Multiples (2011) [Internet]. 2011 [cité 21 juill 2016]. Disponible sur: <http://nada.stat.cm/index.php/catalog/34>
- [19] Dhakal S, Chapman GN, Simkhada PP, van Teijlingen ER, Stephens J, Raja AE. Utilisation of postnatal care among rural women in Nepal. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2007;7:19.
- [20] Khanal V, Adhikari M, Karkee R, Gavidia T. Factors associated with the utilisation of postnatal care services among the mothers of Nepal: analysis of Nepal demographic and health survey 2011. *BMC Womens Health*. 2014;14:19.
- [21] Tarekegn SM, Lieberman LS, Giedraitis V. Determinants of maternal health service utilization in Ethiopia: analysis of the 2011 Ethiopian Demographic and Health Survey. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:161.

- [ 22 ] Rahman MM, Haque SE, Zahan MS. Factors affecting the utilisation of postpartum care among young mothers in Bangladesh. *Health Soc Care Community*. mars 2011;19(2):138-47.
- [ 23 ] Nabukera SK, Witte K, Muchunguzi C, Bajunirwe F, Batwala VK, Mulogo EM, et al. Use of postpartum health services in rural Uganda: knowledge, attitudes, and barriers. *J Community Health*. avr 2006;31(2):84-93.
- [ 24 ] Langlois ÉV, Miszkurka M, Zunzunegui MV, Ghaffar A, Ziegler D, Karp I. Inequities in postnatal care in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ*. 1 avr 2015;93(4):259-270G.
- [ 25 ] Owoundi JP. The Weight of Health Expenditures on Household Income in Cameroon. *Stat Optim Inf Comput*. 2014;2(1):56-78.
- [ 26 ] Babalola S, Fatusi A. Determinants of use of maternal health services in Nigeria - looking beyond individual and household factors. *BMC Pregnancy Childbirth*. 15 sept 2009;9(1):1.
- [ 27 ] Najnin N, Bennett CM, Luby SP. Inequalities in Care-seeking for Febrile Illness of Under-five Children in Urban Dhaka, Bangladesh. *J Health Popul Nutr*. oct 2011;29(5):523-31.
- [ 28 ] Beaugé Y, De Allegri M, Ouédraogo S, Bonnet E, Kuunibe N, Ridde V. Do Targeted User Fee Exemptions Reach the Ultra-Poor and Increase their Healthcare Utilisation? A Panel Study from Burkina Faso. *Int J Environ Res Public Health*. sept 2020;17(18):6543.
- [ 29 ] Bonono R, Ongolo-Zogo P. Optimiser l'utilisation de la consultation prénatale au Cameroun. Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé-Hôpital Central. Yaoundé, Cameroun. 2012; [http://cdbph.org/documents/PolicyBriefs\\_Optimiser\\_l'utilisation\\_des\\_services\\_de\\_consultation\\_prenatale\\_au\\_Cameroun.pdf.pdf](http://cdbph.org/documents/PolicyBriefs_Optimiser_l'utilisation_des_services_de_consultation_prenatale_au_Cameroun.pdf.pdf).
- [ 30 ] Kanté AM, Chung CE, Larsen AM, Exavery A, Tani K, Phillips JF. Factors associated with compliance with the recommended frequency of postnatal care services in three rural districts of Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:341.
- [ 31 ] Rwenge M. La Qualité des Soins Périnataux selon la Perspective des Clientes au Cameroun. (Districts de santé de Nkongsamba, Bafang et Mfou). 27 févr 2009 [cité 24 août 2015]; Disponible sur: <https://tspace.library.utoronto.ca/handle/1807/49215>
- [ 32 ] Chelo D, Nguéfack F, Ntoudé A, Soh F, Ngou P, Ndombo POK. Verbal autopsy and therapeutic itinerary of children who die before arrival in a paediatric centre in Yaoundé, Cameroon. *Transl Pediatr*. 29 déc 2015;5(1):16-22.
- [ 33 ] Chelo D, Nguéfack F, Mbassi Awa HD, Dongmo R, Nkwonkam Mafotso J, Ngo Um S, et al. Premature death of children aged 2 months to 5 years: the case of the Mother and Child Center of the Chantal Biya Foundation, Yaounde, Cameroon. *Transl Pediatr*. janv 2016;5(1):23-30.
- [ 34 ] Gerein N, Green A, Pearson S. The Implications of Shortages of Health Professionals for Maternal Health in Sub-Saharan Africa. *Reprod Health Matters*. 1 mai 2006;14(27):40-50.