



Les facteurs entravant l'élaboration d'un plan d'accouchement par les gestantes fréquentant un hôpital de la MIFI (Région de Ouest, Cameroun)

Linjouom abdou¹, Henri Lucien kamba², Enoka Patrice³

¹Délégation régional de la santé publique du littoral (CERPLE)

²Faculté de médecine Université de Yaoundé

³IPSAS de BAFIA

Correspondence Email, Telephone : abdoukarim256@yahoo.fr, 694999876 ;

Résumé

La grossesse est un état physiologique chez la femme, durant la période qui s'étend de la fécondation à l'accouchement. Elle est vécue en Afrique comme un événement qui permet à la femme de se valoriser, de s'affirmer, de garder ou de conforter sa place au sein de la famille en donnant naissance à un nouveau-né qui est accueilli avec joie et allégresse dans la société. Mais au cours de la grossesse ou de l'accouchement beaucoup de femmes perdent la vie ou le fruit de leur conception. En effet, dans le but de réduire le taux de décès maternel et néonatal, une étude sur ce thème « facteurs entravant l'élaboration du plan d'accouchement par les gestantes fréquentant le service de consultation prénatale de l'hôpital de district de la Mifi » a été faite.

Cette recherche nous a projetés dans une étude analytique à viser transversale menée sur une période de 11 mois avec un mois de collecte de données au service de consultation prénatale de l'hôpital de district de la Mifi donc l'objectif générale de la recherche était d'identifier les facteurs entravant l'élaboration du plan d'accouchement par les gestantes fréquentant le service CPN de l'hôpital de district de la MIFI. Ont été incluses toutes femmes enceintes présentent au service de consultation prénatale de l'hôpital de district de la MIFI. La méthode d'échantillonnage était non probabiliste par convenance. La taille d'échantillon était de 138 selon la formule de Cochran. L'instrument de collecte de données ici était un questionnaire constitué de 25 questions. Les outils informatiques étaient constituées d'un logiciel Word 2013, logiciel Excel et le logiciel Standard Statistical Package for Social Science version Windows 20.

C'est ainsi que, le constat a été fait selon lequel répondantes soit 9,42% (13/138) ayant un niveau supérieur avaient déjà fait leur plan d'accouchement, des 20 répondantes mariées, 13 (donc 6 soient 30% avec pour régime matrimonial monogamie et 7 soient 35% polygamie) avaient déjà élaboré leur plan d'accouchement. 13 enquêtées sur 138 enquêtées soient 9,42% ayant une profession nécessitant un salaire mensuel avaient déjà élaboré leur plan d'accouchement. De même, des 138 enquêtés, 13 gestantes soit 9,42% appartenant à la religion catholique avait déjà élaboré leur plan d'accouchement. Face à ces résultats, nous interpellons ainsi tous les acteurs de la lutte contre le décès maternel et néonatal de mettre sur pied une technique de sensibilisation qui touchera tous les domaines d'activité.

Mots clés : Plan d'accouchement, facteurs entravant, consultations prénatales

Abstract

Pregnancy is a physiological condition in women during the period from fertilization to childbirth. It is experienced in Africa as an event that allows women to value themselves, to assert oneself, to keep or to strengthen one's place within the family by giving birth to a newborn who is welcomed with joy and joy in society. But during pregnancy or childbirth many women lose life or the fruit of their conception. Indeed, in order to reduce the rate of maternal and neonatal deaths, a study on this theme "factors preventing the preparation of the delivery plan by pregnant women attending the Mifi District Hospital Prenatal Consultation Service" was done.

This research projected us into a cross-sectional analytical study conducted over an 11-month period with one month of data collection at the Mifi District Hospital prenatal consultation service. Were included all pregnant women present at the prenatal consultation service of the HDM. The sampling method was non-probability for convenience. The sampling method was non-probability by convenience. The sample size was 138 using the Cochran formula. The data collection instrument here was a questionnaire consisting of 25 questions. The computer tools consisted of Word 2013 software, Excel software and the Standard Statistical package for Social Science software version Windows 20.

Thus, the observation was made that 9.42% (13/138) with a higher level had already made their delivery plan, of the 20 married respondents, 13 (so 6 are 30% with monogamy matrimonial regime and 7 are 35% polygamy) had already developed their access plan. 13 out of 138 respondents or 9.42% with a profession requiring a monthly salary had already developed their delivery plan. Similarly, of the 138 respondents, 13 or 9.42% belonging to the Catholic religion had already developed their AP. In light of these results, we are calling on all those involved in the fight against maternal and neonatal deaths to develop an awareness-raising technique that will affect all areas of activity.

Keywords: Childbirth plan, impediments, prenatal consultation

1- Introduction

Une grossesse n'est certes pas une maladie mais elle doit faire l'objet d'un suivi régulier sous les soins d'un professionnel de santé. Vivre sa grossesse en toute sécurité telle est la préoccupation majeure des futures mamans, néanmoins des accidents parfois graves interviennent, donc beaucoup peuvent être évités par des actions relativement simples à l'instar de l'éducation pour le changement de comportement aux femmes enceintes. Pour assurer la mission de la CPN (Consultation prénatale) et pour être à même de remplir complètement son rôle, la sage-femme est appelée à réaliser certaines tâches essentielles concernant la surveillance d'une grossesse. Parmi ces tâches, certaines doivent être accompagnées par la femme enceinte : le plan d'accouchement.

Ainsi, L'importance accordée à ce sujet est motivée par la fréquence et la gravité des problèmes de santé dont souffrent la mère et l'enfant et les taux élevés de mortalité maternelle et infantile qui sont respectivement de 464 pour 100 000 naissances et 96 pour 1000 enfants dans le monde (Decam et al,1996). Au Cameroun, la mortalité maternelle est une tueuse silencieuse, mais à grande échelle : une femme meurt toutes les deux heures en donnant la vie (ATCHOUMI, 2010). Soit 12 femmes qui décèdent chaque jour qui passe juste parce qu'elles ont voulu donner la vie. Selon des statistiques, en moyenne 7000 cas de décès sont enregistrés au Cameroun chaque année, en raison notamment de l'insuffisance d'une prise en charge obstétrique de qualité et l'accès difficile aux soins de santé. Sur une population globale d'environ 19.060.382 habitants au Cameroun (2009), les femmes enceintes représentent 5% dont 903.019 qui devraient recevoir les soins prénataux. Dans le même ordre d'idée, A. Hortense ATCHOUMIE stipule qu'au Cameroun, il y a 100 décès maternels pour 1000 naissances vivantes et ceci serait dû à la faible utilisation des services de CPN [8]. L'utilisation des services de consultation prénatale recentrée (CPNR) concerne les 970.306 femmes enceintes attendues chaque année au Cameroun et les familles des 4500 femmes qui décèdent par an des suites de couches. 61,8% des accouchements sont assistés par un soignant qualifié. En 2009 et 2010, si 83,3% à 85% des parturientes ont effectué en moyenne une visite prénatale, 60% en ont eu au moins quatre et seulement 35% celle du premier trimestre [9]. Le recours optimal à la CPN

est associé au pouvoir d'achat du ménage et la cartographie nationale de l'utilisation non optimale de la CPN se superpose à celle de la pauvreté monétaire.

La région de l'Ouest Cameroun est la deuxième région après le Nord avec un taux de natalités élevées, et un taux de mortalité maternelle et infantile estimé à 65 décès maternels sur 100000 accouchements (ATCHOUMIE,10). Le taux de mortalité et infantile est élevé ce qui reste toujours un drame car une femme ne devrait pas perdre la vie en mettant au monde un bébé (ATCHOUMI ,10). Ainsi les Consultations prénatales qui ont été recentrées par l'OMS dont une au premier trimestre (douzième semaine), une autre au deuxième trimestre (vingt quatrième semaine) et les deux dernières au troisième trimestre (trente deuxième semaine et trente sixième semaine) ont pour objectif de suivre la grossesse afin de déceler d'éventuels problèmes et y remédier. C'est au cours de la première CPN que le plan d'accouchement sera établi par la femme enceinte avec l'aide de la Sage-femme ou d'un personnel soignant qualifié (OMS UNICEF, 2011)

C'est dans cette optique que nous avons décidé de mener une étude sur le thème : facteurs entravant l'élaboration du plan d'accouchement par les gestantes fréquentant le service de CPN de l'hôpital de district de la Mifi (HDM);

L'objectif générale de ce travail était de déterminer les facteurs entravant l'élaboration du plan d'accouchement par les gestantes fréquentant le service de CPN de l'hôpital de district de la Mifi.

Intérêts de la recherche

Cette recherche nous permettra de mieux comprendre l'importance du plan d'accouchement en général et plus précisément de cerner les facteurs de risque qui favorisent les complications en salle d'accouchement. Elle nous permettra également à travers des nombreuses lectures d'améliorer nos connaissances sur les facteurs socio-économiques, sociodémographiques, socioculturels qui pourraient avoir une influence sur l'élaboration d'un plan d'accouchement par les gestantes.

Cette étude va contribuer à l'identification des facteurs entravant l'élaboration du plan d'accouchement et ce qui facilitera ainsi la réduction de la mortalité maternelle en Afrique en générale et au Cameroun en particulier .

Réduire considérablement la mortalité maternelle, par diverses stratégies de prévention, campagne de sensibilisation des jeunes filles en âge de procréer les complications qui peuvent survenir en salle d'accouchement en cas de non élaboration d'un plan d'accouchement.

Selon Nkoum(2012), la méthodologie peut être définie comme le discours sur la méthode choisie, c'est-à-dire quelle est la méthode que j'emploie pour mener cette recherche? Il est question dans la partie suivante de préciser la façon donc nous allons procéder pour aboutir aux résultats escomptés.

2-Methodologie

I.1. choix et justification du lieu de la recherche

Cette étude s'est effectuée à l'hôpital de district de la Mifi plus précisément au service de consultation prénatale Le choix de l'HDM comme lieu d'étude repose sur plusieurs critères : L'HDM a été un terrain de stage, c'est là qu'est venue notre irritation. Il est un hôpital de deuxième référence situé au centre-ville de Bafoussam, il est beaucoup sollicité pour les accouchements, le plan d'accouchement est encore embryonnaire dans cet hôpital, son accès est facile, les personnels sont accueillants et disposés à nous aider durant toute la période de notre étude.

Construite par la commune urbaine de Bafoussam il y a un peu plus de 36 années cette formation sanitaire a d'abord été dispensaire de Famla fonctionnait à l'époque sur des fonds exclusifs de la commune. En juillet 1995 pour répondre aux nouvelles exigences de la politique sanitaire, le ministre chargé de la santé publique par arrêté érigea le dispensaire en CSI de Famla qui deviendra l'année suivante le CMA de Famla avec l'affectation du premier médecin et autres fonctionnaires, et depuis le 23 aout 2005 est devenu l'HDM.

Situé dans la région de l'Ouest Cameroun, département de la Mifi, arrondissement de Bafoussam 1er et plus précisément dans le quartier Famla de la ville de Bafoussam, l'HDM est un hôpital de deuxième référence délimité au nord par le marché A de Bafoussam, à l'est par le palais de justice, au sud par l'entreprise Fokou, et l'ouest par l'entreprise Belgocam

La route qui y mène est bitumée et étroite.

Le service de CPN de l'HDM se trouve dans un bâtiment divisé en quatre pièces bien précises : salles d'accueil, salle de vaccination, le bureau du major de service et la salle de consultation avec une capacité d'un lit de consultation. Dans la salle d'accueil, on trouve 12 tables bancs destinées pour les gestantes venues en CPN. La salle de consultation est dotée d'un lit de consultation et d'une table sur laquelle nous pouvons trouver le sthescopie de pinard, un doppler, un tensiomètre,

trois alaises deux seaux de poubelle, trois bassins de lits, deux lampes chauffantes, des plateaux et haricots.

Pour ce qui est de ressource humaine, le service de CPN de l'HDM est composé de quatre (04) personnels repartir comme suit : la major qui s'occupe des consultations, un personnel chargé d'accueillir les gestantes et de prendre leur paramètres, un autre est chargé de faire l'IEC aux gestantes et le dernier est chargé des examens gynécologiques

I.2. Méthodologie de la recherche

Cette étude était transversale a visée analytique. qui avait débuté depuis la troisième année de thèse a couvert une période allant d'Octobre 2020 à Aout 2021 soit 11 mois. L'enquête proprement s'est faite après l'obtention de la clairance éthique c'est à dire du 7juillet au 23 juillet 2021.

Dans le cadre de cette étude, la population cible était constituée de toutes les gestantes fréquentant l'HDM et respectant les critères de sélection .Etaient incluses dans cette étude toutes les femmes enceintes présentes au service de CPN de l'HDM .Etaient exclues de cette étude, toutes les gestantes qui avaient refusé de remplir le questionnaire ou l'avaient fait de manière incomplète. Toutes les gestantes qui étaient présentes lors de la collecte mais étaient dépourvues de leur capacité mentale.

La technique d'échantillonnage retenue pour cette étude était non probabiliste de convenance. Pour obtenir la taille d'échantillon, la formule de Cochran qui est la suivante avait été utilisée :

$$n = t^2 \times p \times (1-p) / m^2 \text{ avec :}$$

n= taille de l'échantillon minimal pour l'obtention des résultats significatifs

t = niveau de confiance (à 95% on aura 1,96)

p =proportion des gestantes fréquentant le service de CPN de l'hôpital de district de la Mifi estimée à 90%

$$m = \text{marge d'erreur fixée à 5\%}$$

$$n = (1,96)^2 \times 0,9 \times (1-0,9) / (0,05)^2$$

$$n = 3,45 \times 0,1 / 0,0025$$

$$n = 0,345 / 0,0025$$

$$n = 138$$

L'instrument de collecte était un questionnaire qui était élaboré à la lumière du cadre de référence, il était conçu pour collecter les facteurs entravant l'élaboration du PA. Il était comporté au total 26 questions organisées en trois (03) sections. De la question (n°1 à n°6), correspondant aux caractéristiques socio démographiques des répondantes. De la question (n°7 à n°20), relatives aux facteurs cognitifs des répondantes sur le plan d'accouchement de la question (n°21 à n°26)

correspondant aux facteurs socio-économiques et socio culturels des répondantes sur le PA.

Cette étude avait une variable dépendante et une variable indépendante. La variable dépendante était celle qui était manipulée par le chercheur afin d'observer les variations sur la variable indépendante. Elle avait deux modalités : le recours à la CPN, Les éléments du PA

La variable indépendante quant à elle avait cinq modalités : Les caractéristiques sociodémographiques : elle a six indicateurs tels que : l'âge, statut matrimonial, le régime matrimonial, Milieu de résidence, distance qui vous sépare de la formation sanitaire, niveau d'instruction ; Les caractéristiques cognitives : elle a sept indicateurs que sont le niveau de connaissance, le canal d'information, les personnes concernées par le PA, l'importance du PA, l'adhésion au PA, le moment auquel le PA doit se faire et les risques liés à la non pratique du PA. Les caractéristiques socio-économiques : elle a trois indicateurs qui sont l'occupation principale, le revenu mensuel et l'assistance financière de la gestante. Les caractéristiques culturelles : elle a deux indicateurs à savoir : la région d'origine et la religion.

I.5.2. Méthodes de collecte des données

Pour collecter nos données, une présentation au service de CPN de l'HDM avec la clairance éthique et des questionnaires précédés par le consentement éclairé a été faite. Une fois le contact établi, pour recruter les femmes qui feront partir de l'enquête, les questionnaires ont été administrés aux gestantes présentes après avoir obtenu leur consentement. Ensuite, une explication du questionnaire a été faite dans le but de favoriser la compréhension de celui-ci par les enquêtées. Après avoir rempli les questionnaires, ils ont été récupérés et vérifiés par les suites 'ils ont été bien remplis et de la même manière, nous les remercions d'avoir accepté de participer à notre étude.

I.5.3. Méthode de traitement des données

La saisie et le traitement de texte ont été effectués avec le logiciel Microsoft office WORD 2013, les résultats ont été présentés sous formes de figures via le logiciel Microsoft office EXCEL 2013 et l'analyse de celles-ci et l'élaboration des tableaux ont été faits avec le logiciel Standard Statistical Package for Social Science (SSPS) version Windows 20. L'analyse statistique des résultats a été faite à l'aide du test de CHI-2.

I.6. Ethique de la recherche

Parmi les exigences d'un travail scientifique, il y a le respect de l'éthique. Il a pour objectif d'établir un équilibre entre la nécessité de la recherche, considérée comme un engagement moral fondamental visant à améliorer le bien-être de l'humanité et la préservation de la dignité humaine.

Une demande d'autorisation a été déposée à la délégation régionale de la sante publique de l'Ouest. Après l'obtention de la clairance et de l'autorisation de la délégation, une autre demande d'autorisation a été soumise auprès du directeur de l'HDM donc elle a été soldée par un accord.

I.7. Pré-test

Pour identifier les éventuelles difficultés susceptibles d'entraver l'utilisation de cet instrument de collecte, un pré-test a été effectué l'HD de Bandjoun. A la fin de cet exercice, les corrections ont été faites avec l'approbation de l'encadreur.

L'enquête réalisée à l'HDM a abouti à la production des données et la partie suivante nous présente ces différentes données sous forme des tableaux et des figures

3- Résultats et discussions

A l'issue de l'enquête menée, nous présentons dans cette partie des résultats obtenus. Ces résultats sont présentés sous deux grandes thématiques : Le premier est en rapport avec la présentation univariée des données et la deuxième s'intéresse à la présentation bivariée des données.

3-1. Présentations des résultats

3-1-1. Caractéristiques sociodémographiques des gestantes

Pour ce qui est des caractéristiques sociodémographiques il ressort que la tranche d'âge la plus représentée est 15 ans – 36 ans avec 59,4%, que 38,4% de nos gestantes sont célibataires et de 20 gestantes mariées, 30% sont sous le régime monogamie. Le niveau supérieur est plus représenté avec un pourcentage de 41,3% confère figure 1,2,3 et tableau II

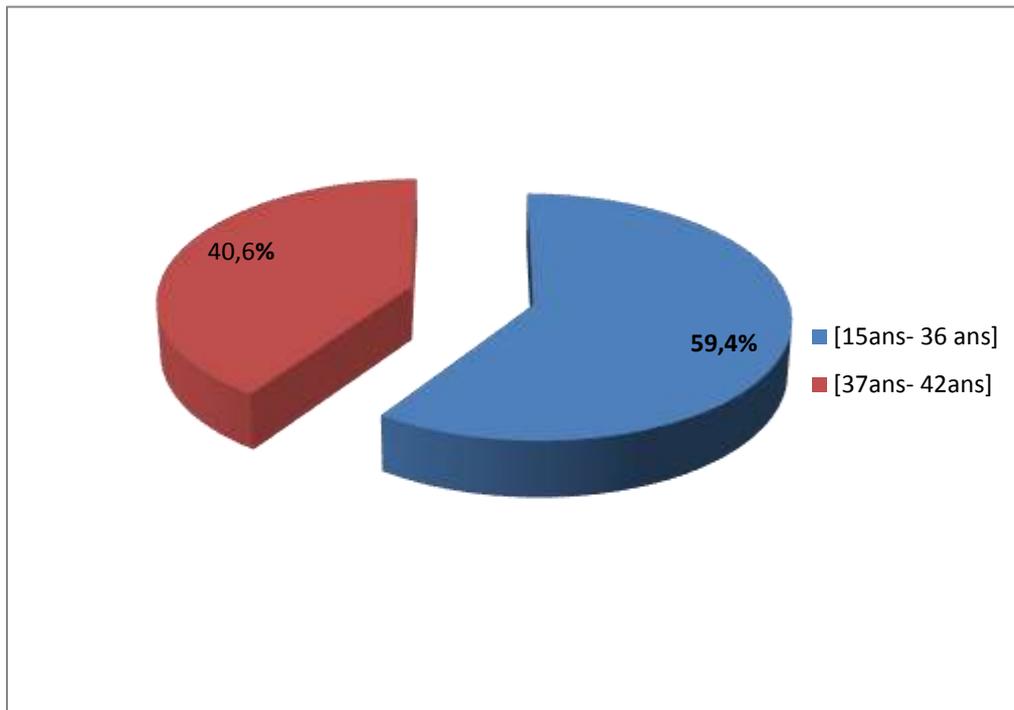


Figure 1 : Relative à la répartition des répondantes selon leur tranche d'âge

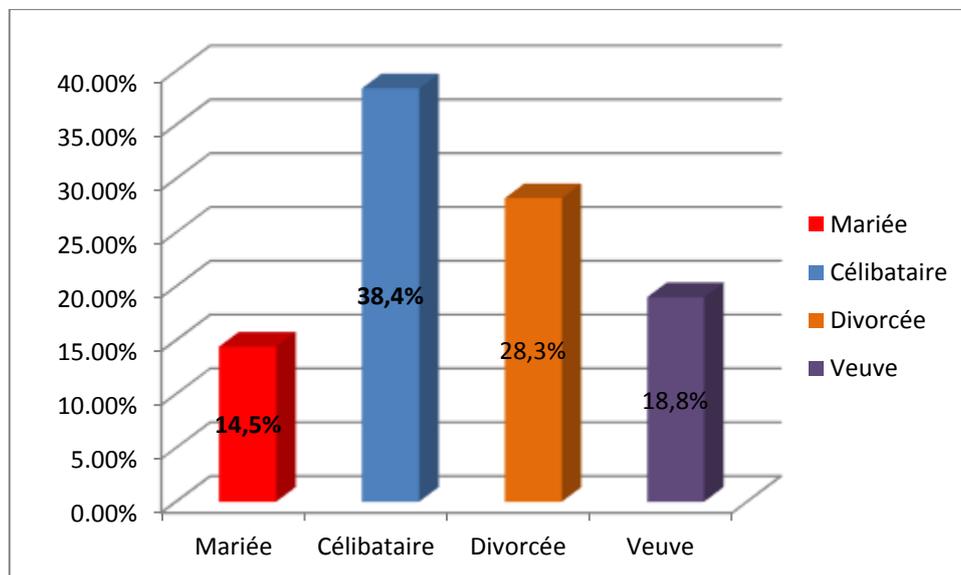


Figure 2: Distribution des gestantes selon leur statut matrimonial

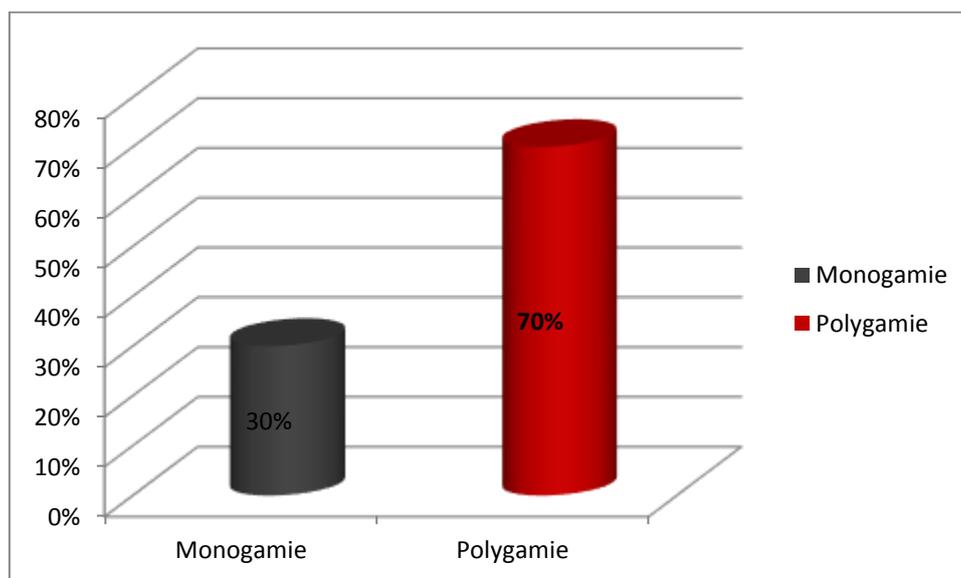


Figure 3: relative au régime matrimonial des répondantes

Tableau I : relatif au niveau d'instruction des gestantes

Niveau d'étude	Effectifs	Pourcentage
Primaire	27	19,6
secondaire	30	21,7
supérieur	57	41,3
Aucun	24	17,4
Total	138	100,0

Pour la question et relative à la définition du plan d'accouchement l'importance du plan

d'accouchement, **34,1%** et, **15%** de nos répondantes avaient choisi la bonne réponse .confer figure 4 et tableau II

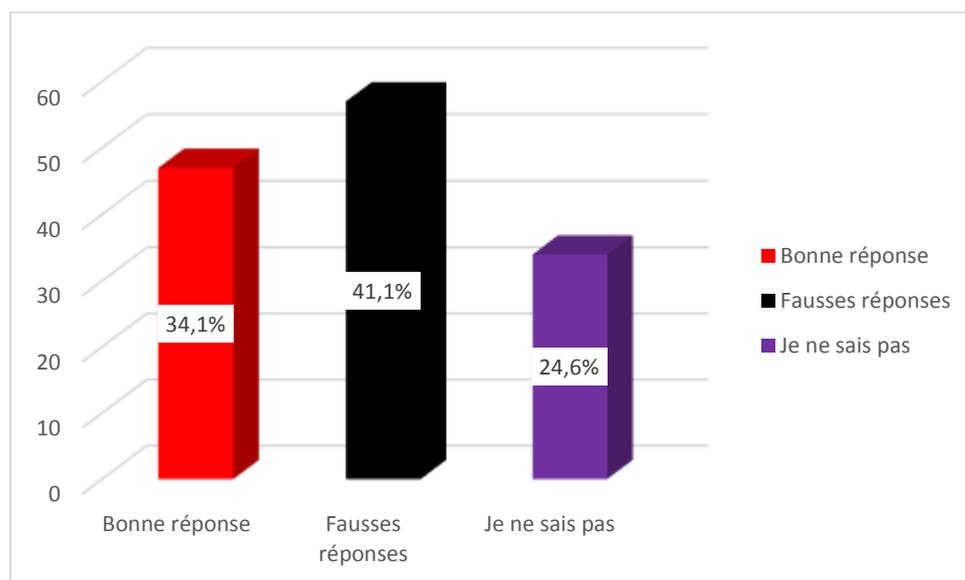


Figure 4 relative à la définition du plan d'accouchement

Tableau II : Relatif à la question 'A quoi sert le PA ?'

L'importance du PA	Effectifs	Pourcentage
Bonne réponse	21	15,2
Mauvaises de réponses	93	67,4
Je e sais pas	24	17,4
Total	138	100,0

A la question 'à quel moment une femme doit elle fait son PA et la profession

Il découle que **47,8%** avaient choisi la bonne réponse et 21% seulement des répondants sont salariées .confer figure 5 et 6

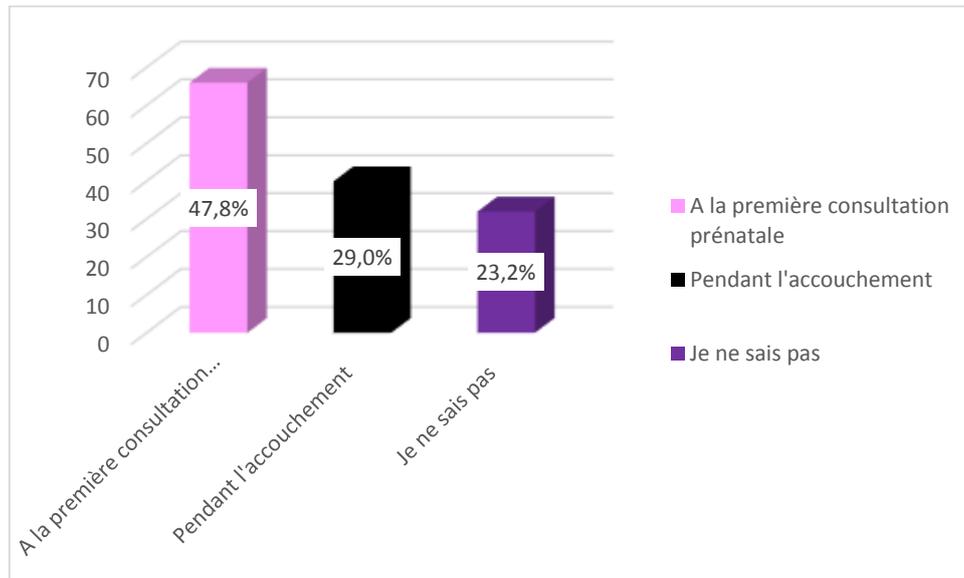


Figure 5 : relative la question ‘à quel moment une femme doit elle fait son PA et la profession

3-1-2. Facteurs socio-économiques des gestantes

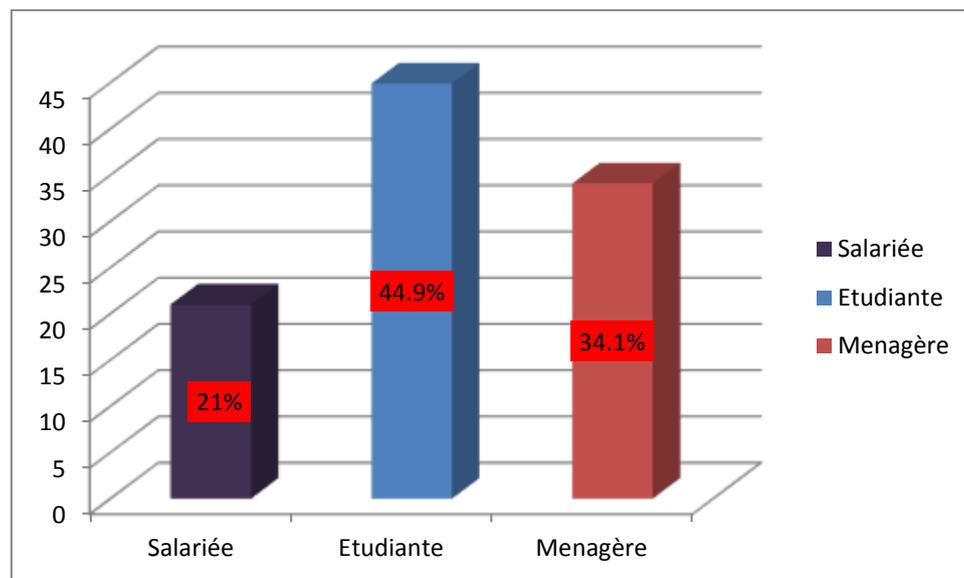


Figure 6 : relative à la profession des répondantes

3-2- Présentations des résultats bi variés

Après l'analyse du tri à plat, va suivre l'analyse du chi carré qui permettra d'identifier les différents facteurs entravant l'élaboration du PA s'ils existent.

Au regard de la relation entre le niveau d'instruction et la définition du plan d'accouchement il ressort que 21 des 27 répondantes ayant un niveau supérieur, avaient choisi la bonne réponse et 20 des 30 répondantes ayant un niveau secondaire avaient également choisi la bonne réponse concernant la définition du PA. L'analyse de khi carre montre

que le niveau d'instruction des gestantes exerce une très grande influence statistique sur leur connaissance de la définition du PA. Ceci se vérifie à travers le khi carré calculé (**186,855**) qui est largement supérieur au khi carré lu (**5,91**) avec $p=1\%$. Confer tableau III

Tableau III : relation entre le niveau d'instruction des répondantes et la définition du PA

Niveau d'instruction	Définition du PA			Total
	Bonne réponse	Mauvaise réponse	Je ne sais pas	
Supérieur	27	0	0	27
Secondaire	20	10	0	30
Primaire	0	47	10	57
Aucun	0	0	24	24
Total	47	57	34	138

Pour la question relative à l'importance du plan d'accouchement 21 répondants sur 27 ayant un niveau supérieur avaient choisi la bonne réponse

Le niveau d'instruction exerce une influence statistique significative sur le Plan

d'accouchement. Ceci se vérifie à travers le khi carré calculé (238,409) est largement supérieur au khi carré lu (3,65) avec pour $p=1\%$ confer tableau IV

Tableau IV: relation entre le niveau d'instruction et l'importance du PA

Niveau d'instruction	A quoi sert le PA ?			Total
	Bonne réponse	Mauvaise réponse	Je ne sais pas	
Supérieur	21	6	0	27
Secondaire	0	30	0	30
Primaire	0	57	0	57
Aucun	0	0	24	24
Total	21	93	24	138

Pour la relation entre le régime matrimoniale et le fait d'avoir fait le plan d'accouchement Il ressort des 20 répondantes mariées, 13 dont 6 du régime monogamie et 7 de régime polygamie avaient déjà fait leur Plan d'accouchement. Et le calcul de khi carré, le constat est fait selon lequel le régime matrimonial exerce une influence statistique sur le fait d'avoir déjà fait son PA car le khi carré calculé (**4,615**) est supérieur au khi carré lu (**2,10**) avec $p=1\%$. Confer tableau V et VI

Il ressort de l'enquête que 13 gestantes dont 3 ayant un salaire de 201000 ou plus et 10 autres ayant un salaire entre [151000 – 200000] avaient déjà fait leur Plan d'accouchement.

Le calcul de khi carré, on constate que le revenu mensuel exerce une influence statistique significative sur le fait d'avoir fait son Plan d'accouchement car le khi carré calculé (**90,146**) est supérieur au khi carré lu (**38,03**) avec $p=1\%$ confer tableau VI

Tableau V : relation entre le régime matrimonial et le fait d'avoir déjà fait son PA

Régime matrimonial	Avez-vous déjà fait votre PA ?		Total
	Oui	Non	
Monogamie	6	0	6
Polygamie	7	7	14
Total	13	7	20

Tableau VI : Relation entre la profession et le fait d'avoir fait le Plan d'accouchement

Revenu mensuel	Avez-vous déjà fait votre PA ?		Total
	Oui	Non	
201000 et plus	3	1	4
[151000 – 200000]	10	5	15
[100000 – 1500000]	0	38	38
Moins de 37000	0	81	81
Total	13	125	138

3-2-discussions

Cette partie du travail vise à donner un sens aux résultats obtenus, à confronter ceux-ci avec la théorie. Cette synthèse et discussion pour répondre à notre question de recherche se présente en trois parties : les caractéristiques sociodémographiques des répondantes admises, les facteurs cognitifs des répondantes, les facteurs socio-économiques et socio culturels des répondantes.

3-2-1. Analyse uni variées.

3-2-1-1- Caractéristiques socio démographiques des répondantes

Un regard porté sur la tranche d'âge, montre que la majeure partie de l'échantillon était constituée des femmes âgées de 15 à 36 ans : 59,4%. Ce pourcentage pourrait s'expliquer par le fait que c'est la tranche d'âge sexuellement plus actif. Ceci va en droite ligne avec l'étude faite en en 2010 par **Daouda Yaya Koné** qui montrait qu'il y a une prédominance pour la tranche d'âge allant de 15 à 34 ans soient 55% (Decam C, et al 1996) .Concernant le statut matrimonial, la majorité des répondantes 53soit un pourcentage de 38,4% étaient constituées de femmes célibataire ceci pourrait s'expliquer que le célibat pour une femme serait un facteur favorisant pour les recours aux soins obstétricaux. Ce résultat

contredire celui de KAMDEM R en 2010 chez qui les femmes mariées étaient les plus représentées au service de CPN ceci se justifiant par le fait que soutien moral et financier du conjoint était un atout pour ces dernières (CHEM V et al, 2010). Cependant, la majorité de ces répondantes mariées avaient pour régime matrimonial polygamie soit 70%.

Les résultats de cette étude ont également révélé que 57 femmes sur 138 enquêtées soient 41,3% avaient un niveau d'étude supérieur ; toutefois, le nombre de femmes ayant le niveau secondaire n'était pas négligeable : 30 soient 24,2% ce qui n'est que normale car de plus en plus les femmes cumulent l'école et les maternités. Ces résultats sont incomparables à ceux du MALI qui montré que la majorité de ses répondantes soit 46,7% et 37,4% avaient un niveau scolaire primaire ou non scolarisée (GOITA.N, 2016).

3-2-1-2- Facteurs cognitifs des répondantes

Malgré le fait que toutes les répondantes avaient déjà entendu parle du Plan d'accouchement, seulement 34,1% avaient choisi la bonne réponse et 15,2% soient 21 connaissaient l'importance du Plan d'accouchement. De même, 49 soit 35,5% de nos répondantes connaissaient les concerns du Plan d'accouchement mais seulement 18,1% avaient déjà

fait leur Plan d'accouchement. S'agissant des signes de dangers pendant la grossesse, seulement 13 sur 138 soient 9,4% connaissaient les signes de danger pendant la grossesse. Au regard de ces résultats, il ressort que les gestantes fréquentant l'HD de la Mifi n'avaient pas suffisamment de connaissances concernant le Plan d'accouchement. Ceci se justifierait par le fait que la sensibilisation sur le Plan d'accouchement serait abandonnée aux personnels de santé.

3-2-1- 3. Facteurs socio-économiques

De la figure 12 relative à la profession des répondantes, il ressort que 21% soient 29 étaient salariées, 81 soient 58,7% c'est à dire plus de la moitié des répondantes avaient un revenu mensuel inférieur au salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG) qui est de 36270 francs CFA [Décret n°2014/2217/PM du 24 juillet 2014 portant revalorisation du SMIG]. De même, 81,9% soient 113 n'avaient pas une assistance financière de leur famille. Ces résultats laissent voir que la majorité de répondante n'avait pas de source de financement auxquelles elle puisse accéder en cas de besoin. Or d'après l'OMS, la femme devrait disposer d'un fond nécessaire et d'une assistance financière de sa famille afin de mieux suivre l'évolution de sa grossesse et préparer de façon minutieuse son accouchement.

3-2-1-4- Facteurs socio culturels

S'agissant de la religion, 52, soit 37,7% des répondantes appartenaient à la religion catholique.

3-2-1. analyse multi variées

3-2-1. 1- Relation entre le statut matrimonial et le nombre de CPN au cours d'une grossesse normale

Les résultats de notre montrent que 20 répondantes sur 138 au total avec un statut de mariée ont une bonne connaissance concernant le nombre exact de CPN effectués au cours d'une grossesse normale. Il ressort de ce tableau que la différence statistique est significative car en ce qui concerne la relation entre le statut matrimonial et le nombre de CPN effectués au cours d'une grossesse, les scores moyens sont très différents et sont statistiquement significatifs au seuil de 1% ((194,708) est supérieur au khi-carré lu (1,59)). Au regard de ces résultats, il existe une corrélation parfaite entre les deux variables ceci implique que le statut matrimonial est significatif sur la connaissance du nombre de CPN effectués au cours d'une grossesse normale. Ceci corrobore avec l'étude de GOITA qui avait montré que le statut de gestantes mariées pouvait contribuer, faciliter et ou améliorer à une bonne issue de la grossesse.

3-2-1-2- Relation entre le niveau d'instruction et la définition du Plan d'accouchement

Il ressort du tableau III que, des 47 répondantes ayant choisi la bonne réponse de la définition du PA, 27 soient 19,56% avaient un niveau supérieur, et 20 soient 14,49% avaient un niveau secondaire. Ainsi on peut constater que le niveau d'instruction contribue à la connaissance de la définition du Plan d'accouchement. De même il découle de ce tableau que les écarts constatés sont trop grands pour être dû au hasard. Au seuil de probabilité retenu, ($p=1\%$), les deux caractères sont statistiquement dépendants, plus l'écart est grand, plus la dépendance est forte. Dans le cas d'espèce, le khi carré calculé (186,855) est largement supérieur au khi carré lu (5,91), d'où la connaissance de la définition du Plan d'accouchement dépend du niveau d'instruction des répondantes.

3-2-1-3-Relation entre le niveau d'instruction et l'importance du Plan d'accouchement

Du tableau IV, il ressort que, toutes les 21 (15,21%) répondantes ayant choisi la bonne réponse avaient un niveau supérieur ceci montre que le niveau d'instruction est capitale dans l'amélioration de la connaissance des répondantes sur le Plan d'accouchement. Toujours dans le même sillage, le tableau du test de khi carré montre une différence statistique significative car en ce qui concerne le niveau d'instruction et l'importance du Plan d'accouchement, les scores moyens sont très différents et sont statistiquement significatifs au seuil de 1% (khi-carré-calculé = 238,409 est largement supérieur au khi-carré lu 3,65). Au regard de ces résultats, le niveau d'instruction exerce une influence sur la connaissance de l'importance du Plan d'accouchement.

3-2-1-4- Relation entre le régime matrimonial et le fait d'avoir fait le Plan d'accouchement

À la lumière du tableau V, on constate que des 20 répondantes mariées, toutes les 6 soient 30% ayant pour régime monogamie avaient déjà fait leur Plan d'accouchement et 7 sur 14 soient 35% ayant un régime polygamie avaient déjà également fait leur Plan d'accouchement. Ceci s'expliquerait par le fait que le régime monogamie serait favorable pour l'accès aux soins obstétricaux. Au regard de ces résultats, le régime matrimonial exerce une influence considérable sur le fait d'avoir déjà fait son Plan d'accouchement car la différence statistique est significative car le khi carré calculé (4,615) est supérieur au khi carré lu (2,10).

3-2-1. 5- Relation entre la profession et le fait d'avoir fait son Plan d'accouchement

Les résultats relatifs au tableau VI montrent que sur 138 répondantes seulement 13 soient 9,42% étant des salariées avaient déjà élaboré leur Plan d'accouchement. Ceci laisse croire que le facteur économique aurait une importance capitale dans

l'élaboration du Plan d'accouchement car la femme a besoin d'un fond pour mieux élaborer son Plan d'accouchement. On peut également constater que, les écarts entre les valeurs de khi carré sont très grands pour être dû au hasard. au seuil de probabilité retenu ($p=1\%$), les deux caractères sont donc statistiquement dépendants, plus l'écart est grand, plus la dépendance est forte. Dans le cas d'espèce, le khi carré calculé (53,944) est largement supérieur au khi carré lu (16,54) d'où l'élaboration du PA dépendrait de la profession.

3-2-1-6-Relation entre la religion et l'importance du Plan d'accouchement.

S'intéressant au résultat du tableau IV, la remarque selon laquelle, 21 gestantes soit 15,21% appartenant à la religion catholique avait choisi la bonne réponse concernant l'élaboration du Plan d'accouchement. On constate ici qu'aucune gestantes appartenant à d'autres religions (protestante, musulmane, témoins de Jéhova et autres) avait choisi la bonne réponse. On peut une fois de plus constater que les scores moyens sont très différents et sont statistiquement significatifs au seuil de 1% (khi-carré calculé (251,103) est hautement supérieur au khi carré lu (3,00)). Au regard de ces résultats, il ressort que la religion exerce une influence statistique sur la connaissance de l'importance du Plan d'accouchement.

5-Conclusion et suggestions

5-1-Conclusion

Cette étude réalisée auprès de 138 enquêtées aborde la problématique du non élaboration du plan d'accouchement par les gestantes fréquentant le service de consultation prénatale de l'hôpital de district de la Mifi avait pour objectif de déterminer les facteurs entravant l'élaboration du PA par les gestantes fréquentant l'HDM. L'analyse des données après collecte a fait apparaître les insuffisances. La résolution de ces dernières permettrait aux gestantes de mettre sur pied leur PA avec l'aide des personnels soignant qualifiés. Au vue de ces statistiques et de nos hypothèses qui ont été partiellement confirmées nous pouvons conclure que les facteurs entravant l'élaboration du PA par les gestantes fréquentant le service CPN de l'HDM sont entre autre certains facteurs socio démographiques (niveau d'instruction, statut matrimonial et le régime matrimonial), les facteurs socio-économiques, les facteurs cognitifs (connaissances insuffisantes des gestantes sur le PA) et certains facteurs socio culturel (religion)

5-2-suggestions

Renforcer les capacités des personnels de l'hôpital de district de la MIFI sur le plan d'accouchement et à l'endroit du MINSANTE en collaboration avec le ministère de la communication les minutes de la santé dans les medias en sensibilisation des jeunes sur l'importance du plan d'accouchement. Toujours en partenariat avec le ministère de la promotion de la famille, régulariser les conditions des femmes et des familles afin de mieux les aider à s'offrir des soins de qualités.

Références bibliographiques

- A. Hortense ATCHOUMIE, (2010) Cameroun : santé ; comment « tuer » la mortalité maternelle au pays ?
- A. Hortense ATCHOUMIE, (2010), lutte contre le décès maternel et néonatal. Ministère de la Santé au Cameroun avec l'OMS et l'UNICEF, procédure des services de santé de reproduction (2011) .
- Aboubacar SIBY, (2009), Evaluation de la qualité des soins obstétricaux.
- AKOTO et al, (2002), « se soigner aujourd'hui en Afrique de l'Ouest : pluralisme thérapeutique entre tradition et modernité (Bénin Cote D'Ivoire et le Mali) ».
- Beninguisse, Gervais., (2003). Entre tradition et modernité: Fondements sociaux et démographiques de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Cameroun.
- COULIBALI M. Qualité de l'accouchement dans les centres de santé communautaires des communes V et VI du District de Bamako, thèse médecine Bamako 2001-M-46 ; 96
- CARMMA, Une feuille de route pour 2015-2019, accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.
- COULIBALI M. Qualité de l'accouchement dans les centres de santé communautaires des communes V et VI du District de Bamako, thèse médecine Bamako 2001-M-46 ; 96
- Chemgne Valérie, Stéphanie. Ondoua, Owoutou. Honoré, mimche. 2010. Les facteurs explicatifs du recours aux soins postnatals modernes après un accouchement en milieu non hospitalier: cas du Cameroun. Mémoire démographie, (144) à IFORD Université de Yaoundé II.
- CARMMA, Une feuille de route pour 2015-2019, accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.
- Decam C, Duponchel J L, Huguet D. Enquête multicentrique sur la mortalité maternelle grave en

Linjouom et al. : Les facteurs entravant l'élaboration d'un plan d'accouchement par les gestantes fréquentant un hôpital de la MIFI (Région de Ouest, Cameroun)

Afrique de l'ouest. Rapport préliminaire du Mali, 1996.

Donabedian Advis. Exploration in assessment and monitoring, vol 1. The definition of quality and approaches to its assessment: health Administration Press An-Arbor, Michigan, 2019

Dr Lyonel R, Dr Jacqueline R, Lumbroso D. l'accouchement. <http://www-doctissimo.fr/html/santé/femme/sa-571-emennorma12.htm> 2004.12 mai 06

FERRE Jacques. (1982) -*Bulletin de la Société médicale d'Afrique noire de langue française* - DAKAR MEDICAL 1982, N°3, Tome XXVII, pp 331.

Dictionnaire Maloine de l'infirmière, 6^e EDITION, 1994.

Dictionnaire Larousse, paru aux EDITIONS Larousse en 1989.

Enquêtes démographiques de santé réalisée au Mali en 2006.

Evaluation de la qualité des CPN au CSRéf Commune II Thèse de médecine, Présentée et soutenue par MONSIEUR Adama THIAM, 2010 - 2011.

Goita N.: Evaluation de la qualité des consultations prénatales au service de Gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako. Th.Med. FMPOS. 2006; n° 210.

Houweling, Tanja, AJ., Anton, E, Kunst, et Johan, P. Mackenbach. 2003.

Measuring health inequality among children in developing countries: does the choice of the indicator of economic status matter? International Journal for Equity in Health 2 (octobre)

Kondji- Kondji. D, (1995), Le développement sanitaire en Afrique francophone : Enjeux et perspective, Edition L'Harmattan, page 33.

Ministère de la Santé au Cameroun avec l'OMS et l'UNICEF, procédure des services de santé de reproduction (2011).

O.M.S: Rapport sur la santé dans le monde: donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. Edition de 2005-261 P

OMS. (Chronique): Mortalité maternelle: soustraire les femmes de l'engrenage fatal 40(5), 1986, 193-202.

OMS, 2009, statistiques sanitaires mondiales : Données observatoire des femmes fréquentant les services de CPN

OMS. Réduction de la mortalité maternelle et néonatale en Afrique de l'Ouest et du centre. Rapport de l'atelier sur le suivi technique du Forum « vision 2010 ». Bamako October 2003.

Ministère de la Santé au Cameroun avec l'OMS et l'UNICEF, procédure des services de santé de reproduction (2011).

Tatstipie et Rouamba (2011) LUMIERE SUR LA MATERNITE, pp 18

UCL, Département des sciences de la population et du développement, Academia/Bruylant, Institut de démographie, Louvain-La-Neuve.

<https://www.who.int/fr/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>

<http://biennaitre-a-nantes.fr> > [l-oms-et-l-accouchement](#)

<http://biennaitre-a-nantes.fr> > [l-oms-et-l-accouchement](#)

https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af9586789aaa_Plan_partos_frances_BAJA.pdf

https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/201404/rapport_activite_has_2005.