

Optimiser l'utilisation des services de consultation prénatale au Cameroun

Document complet

Cette note d'information stratégique a été rédigée par le Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé (CDBPS), une unité de recherche au sein du chapitre camerounais de l'initiative Evidence Informed Policy Networks (EVIPNet) de l'Organisation Mondiale de la Santé

21 Mars 2012



Audience de cette NIS

Décideurs politiques et leurs conseillers, gestionnaires en santé et autres parties prenantes intéressées par le problème soulevé par cette note d'information stratégique

Pourquoi cette NIS ?

Pour **informer** sur les **délibérations** faites sur les politiques et les programmes de santé en **résumant les meilleures bases factuelles disponibles** par rapport au problème et aux solutions viables envisagées

Qu'est ce qu'une NIS fondée sur des bases factuelles ?

Il s'agit de synthèse de résultats de la recherche regroupant **des bases factuelles globales issues** des revues systématiques et **les bases factuelles locales** pour éclairer la prise de décision et informer les délibérations sur les politiques et programmes de santé
***Revue Systématique :** Un résumé des études qui répondent à une question clairement formulée et qui utilisent des méthodes systématiques et explicites pour identifier, sélectionner et évaluer de façon critique les recherches pertinentes et pour collecter et analyser les données de cette recherche.

Rapport Complet

Cette NIS existe sous forme de **messages clés** et de **résumé d'orientation**.

Auteurs

Renée Cécile Bonono, MSc, Anthropologue

Chercheur, Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé
Hôpital Central – Yaoundé, Cameroun
Email: bonono2003@yahoo.fr

Dr Pierre Ongolo-Zogo, MD, MSc

Directeur, Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé
Hôpital Central – Yaoundé, Cameroun
Email: pc.ongolo@gmail.com

Adresse pour correspondance

Dr Pierre Ongolo-Zogo, B.P 5604 Yaoundé - Cameroon

Procédure de Revue Interne

Cette note d'information stratégique a été revue par Dr Marie-José Essi, Dr Lawrence Mbuagbaw et Dr Habiba Garga du Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé.

Conflit d'intérêts

Aucun.

Remerciements

Initiative pour la Recherche en Santé Mondiale administrée par le Centre de Recherches pour le Développement International – Ottawa, Canada
Le projet de recherche SURE – Bourse de recherche de l'Union Européenne

Citation

Bonono R.C., Ongolo-Zogo P. 2012. Optimiser l'utilisation de la consultation prénatale au Cameroun. Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé – Hôpital Central. Yaoundé, Cameroun



SURE – Supporting the Use of Research Evidence (SURE) for Policy in African Health Systems – is a collaborative project that builds on and supports the Evidence-Informed Policy Network (**EVIPNet**) in Africa and the Regional East African Community Health (**REACH**) Policy Initiative. SURE is funded by the European Commission's 7th Framework Programme. www.evipnet.org/sure



The Centre for Development of Best Practices in Health (CDBPH) is a research unit that was established in June 2008 at the Yaoundé Central Hospital. Its aim is to foster knowledge translation and exchange for better health in Africa. CDBPH is a knowledge brokerage unit designed to link health researchers with health decision makers. This initiative aims to assist researchers by collecting, synthesising, re-packaging, and communicating relevant evidence in user-friendly terms that stakeholders at many different levels can both understand and use effectively. The CDBPH also intends to serve health decision makers by providing capacity building opportunities, providing evidence summaries, and identifying needs and gaps related to Evidence to Practice. www.cdbph.org



The **Evidence-Informed Policy Network (EVIPNet)** promotes the use of health research in policymaking. Focusing on low and middle-income countries, EVIPNet promotes partnerships at the country level between policymakers, researchers and civil society in order to facilitate policy development and implementation through the use of the best scientific evidence available. www.evipnet.org

Messages clés

Le problème

- L'utilisation optimale des services de consultation prénatale recentrée (CPN) 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. 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.
- L'utilisation non optimale de la CPN limite fortement l'impact des mesures prises pour la Campagne de Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique (CARMMA) notamment les subventions et gratuités octroyées pour éliminer la transmission mère-enfant du VIH, prévenir et traiter le paludisme, réduire la prévalence des anémies et de la malnutrition, accroître le recours approprié aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence. L'initiation du continuum de soins prénataux, essentiel pour réduire la mortalité maternelle et néonatale, est ainsi entravée.
- Les facteurs sous jacents de l'utilisation non optimale des services de CPN sont individuels, familiaux, organisationnels et systémiques. Le niveau d'instruction de la femme et du conjoint, le statut matrimonial, les revenus, l'âge et la parité et les antécédents obstétricaux de la femme, la religion interfèrent avec les croyances, les perceptions et pratiques socio culturelles pour décider du recours à l'offre de CPN dont la disponibilité, la qualité et l'accessibilité physique, culturelle et financière sont critiques pour une utilisation effective. Au Cameroun, la sous utilisation tient aux barrières financières du fait de la pauvreté rampante en zones rurales, à l'offre limitée de services de CPN de qualité et aux contraintes socioculturelles.

Options

- Option 1 : Rendre gratuit l'accès aux services de CPN ;
- Option 2 : Restaurer les unités mobiles de CPN dans les aires de santé rurales pour réduire la barrière culturelle et physique ;
- Option 3 : Soutenir l'engagement communautaire en faveur de la CPN et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence

Considérations de mise en œuvre

- Option 1 : la baisse des revenus des formations sanitaires et des soignants exige une compensation financière sur la base de l'activité effective notamment le nombre de femmes correctement suivies et le taux d'accouchements assistés; l'ignorance de leurs droits par les populations peut être réduite par des campagnes de sensibilisation.
- Option 2 : l'allocation de ressources spécifiques pour la mobilité des équipes et la rémunération sur la base de la performance peuvent contrer la résistance au changement, l'absence de moyens de locomotion dans les centres de santé et la faible motivation des soignants.
- Option 3 : l'information, l'éducation et la communication à travers les associations féminines et les lieux de culte peuvent réduire l'ignorance

•

Le Problème

Contexte

Cette note est une contribution aux délibérations destinées à stimuler l'utilisation des services de consultation prénatale recentrée (CPN) par les femmes enceintes pour atteindre l'optimum recommandé par l'OMS : quatre consultations dont une par trimestre et une avant l'accouchement dans le cadre de la campagne pour la réduction de la mortalité maternelle et assurer le continuum de soins qui crée les conditions pour la réduction de la mortalité maternelle. Après une description de l'ampleur du problème, de ses conséquences et des facteurs sous jacents, trois options contextualisées à partir des données probantes issues des revues systématiques et leurs considération de mise en œuvre sont décrites. Les aspects spécifiques de la qualité de la CPN ne sont pas abordés.

L'utilisation optimale des services de CPN (Villar et al., 2001 ; Carroli, et al., 2001 ; Prual et al., 2002), loin de garantir seule le déroulement heureux d'une grossesse constitue le maillon critique du continuum des soins prénataux et un des quatre piliers de la maternité sans risque (Bhutta et al., 2005) destinés à réduire la mortalité maternelle et néonatale dont les taux culminent au Cameroun à 1000 décès pour 100000 naissances vivantes et 31‰ (Minsanté, 2011). En effet, la CPN permet de sensibiliser sur les signes d'alerte et de danger, de détecter et de traiter précocement les situations à risque et d'améliorer le recours à l'aide appropriée lors de l'accouchement (Prual et al., 2002 ; Ndiaye et al., 2005 ; Mbuagbaw & Gofin, 2010). La CPN optimale de qualité offre des prestations dépassant le seul cadre de la grossesse pour inclure l'adoption d'un style de vie sain et la lutte contre la malnutrition, elle est le point de départ du continuum de soins permettant d'améliorer à la fois la morbidité maternelle et périnatale (Bhutta et al., 2005). Les consultations idéales à 12, 26, 32 et 36 semaines d'aménorrhée ont pour but de : (i) dépister trois risques majeurs la cicatrice utérine, la présentation dystocique et la rupture prématurée des membranes ; (ii) prévenir/ dépister et traiter les complications telles l'hypertension gravidique, les infections (paludisme, maladies vénériennes, VIH, tétanos, infection urinaire), l'anémie et la carence en micronutriments, le diabète gravidique ; (iii) fournir des conseils, le soutien et les informations aux parturientes et aux familles dont l'époux sur les signes d'alerte et de danger et la préparation de l'accouchement (Prual et al., 2002). La CPN recentrée est cardinale pour l'impact des subventions du gouvernement dans la lutte contre le VIH Sida, le paludisme, les IST dont la syphilis, les anémies dont la drépanocytose, la réduction de la mortalité périnatale et la survie du jeune enfant. Si l'amélioration de l'accessibilité géographique des centres de santé offrant le paquet de soins complets et de qualité constitue une priorité du gouvernement, l'augmentation de l'accessibilité financière reste problématique en raison du niveau élevé de la pauvreté monétaire (55% en zones rurales), de la privatisation grandissante de l'offre des services de CPN notamment dans le secteur informel. Le gouvernement a fait du soutien de la demande une priorité (Minsanté, 2010 ; World Bank, 2008).

Ampleur de la sous utilisation des services de CPN

Cette situation critique concerne 970306 femmes enceintes attendues annuellement au Cameroun et leurs conjoints, et les familles et amies des 4500 filles et femmes qui décèdent chaque année des suites de couches. La moyenne nationale est estimée à une seule CPN par grossesse pour 83,3 à 85% des parturientes dont seulement 60% ont bénéficié du minimum de quatre visites (INS, 2011 ; World Bank, 2011). En 2009 et 2010, seulement 35% des parturientes ont bénéficié de la visite prénatale du premier trimestre c.à.d. avant la fin des douze semaines d'aménorrhée.

Manquer cette première visite accroît la morbidité maternelle et hypothèque un processus de CPN complète (Minsanté, 2011 ; Bhutta et al., 2005).

Le gouvernement a souscrit à plusieurs engagements et initiatives pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement n° 4 et 5 dont l'accroissement et l'amélioration de la couverture géographique de l'offre de CPN et le lancement en 2010 de la Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique (CARMMA) dans le cadre du programme santé de la reproduction de la stratégie sectorielle de la santé 2001-2015. Entre autres mesures prises : la subvention ou la gratuité de plusieurs composantes de la CPN telles le dépistage du VIH, les antirétroviraux, la vaccination antitétanique, la supplémentation en vitamine A, le traitement préventif intermittent du paludisme, les moustiquaires imprégnées d'insecticides, le renforcement de l'offre des soins obstétricaux et néonataux d'urgence avec notamment des kits de césarienne etc. (Minsanté, 2010).

La moyenne nationale du taux d'utilisation de la CPN cache une disparité régionale criarde, un gradient urbain/rural de 96%/76% pour une consultation pendant la grossesse et un gradient avantageux pour les ménages économiquement plus aisés. L'estimation des besoins non satisfaits de CPN est supérieure à 40% dans les régions de l'Est, du Nord-ouest, de l'Ouest et du Sud ; il existe une proportion significative de femmes échappant à toute CPN dans toutes les régions avec cependant une plus forte concentration dans le Centre, l'Extrême-nord, le Littoral, l'Adamaoua, le Nord-ouest, l'Ouest et le Sud-ouest. La moitié des femmes accèdent à la CPN dans des formations sanitaires informelles ou chez des accoucheuses traditionnelles (Minsanté, 2009 ; 2011). La sous utilisation est surtout le fait des ménages jeunes, pauvres et ruraux (World Bank, 2011).

Conséquences de l'utilisation non optimale des services de CPN

Un taux d'utilisation optimale des services de CPN estimé à 60% limite fortement l'impact escompté des mesures visant un bon déroulement de la grossesse et des accouchements tels qu'énoncés dans la CARMMA. Les efforts financiers pour une élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, la prévention du paludisme, le contrôle des anémies et de la malnutrition sont compromis : les intrants achetés sur fonds publics périssent dans les formations sanitaires. Le différentiel de la prévalence du VIH parmi les parturientes testées en CPN et celles testées en salle d'accouchement estimé à 7,4%/ 16,6% (Minsanté, 2009 ; 2011) signifie des milliers d'occasions manquées de prévention de la transmission mère-enfant du VIH. 40% des camerounaises en âge de procréer sont anémiées (INS, 2011) et 51% des parturientes sont anémiées (World Bank, 2011); l'anémie favorise et aggrave l'hémorragie lors de l'accouchement - l'une des principales causes de mortalité maternelle, elle peut être prévenue par le suivi nutritionnel, le déparasitage et la supplémentation appropriée en fer et folates pendant la grossesse. Seulement 26% des femmes ont complété leur traitement préventif intermittent (TPI) du paludisme c.à.d. au moins deux doses de Sulfadoxine Pyriméthamine en cours de grossesse alors que des stocks périssent à la Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et consommables Essentiels et les centres d'approvisionnement pharmaceutique régionaux (Minsanté, 2010).

L'utilisation non optimale des services de CPN obstrue l'initiation du continuum de soins prénataux considéré comme un maillon essentiel pour réduire la morbidité maternelle et périnatale (Bhutta et al., 2005) et contribue au faible taux d'accouchement assisté par un personnel de santé estimé en moyenne nationale à 61,8%. Les quatre régions parmi les plus pauvres sur le plan monétaire et les moins nantis en personnel soignant contribuent à plus des ¾ aux 4500 décès maternels annuels enregistrés. Ainsi, alors que 1,5% de femmes décèdent des suites de complication d'une grossesse dans le Littoral, elles sont 5,9% et 6,7% dans le Nord et

l'Extrême – Nord. Le taux d'utilisation des moustiquaires chez les femmes enceintes est de 15,4% en milieu urbain contre 10,2% en milieu rural, le taux le plus bas étant observé dans la région du Nord (5,0%). Le taux d'accouchement assisté par un professionnel compétent est en moyenne de 29,3% dans les trois régions septentrionales contre 71,9 % dans la région du Centre (INS, 2010).

Les facteurs sous jacents à la sous utilisation de la CPN

La sous utilisation des services de CPN dans les pays en développement a fait l'objet de nombreuses analyses contextuelles (Bloom et al., 1999) et de revues systématiques élucidant les facteurs sous jacents (Bhutta et al., 2005 ; Say & Raine, 2007 ; Simkhada et al., 2008). Au plan individuel et familial, les facteurs critiques sont : (i) niveau d'instruction de la femme et du conjoint, (ii) statut matrimonial, (iii) revenu du ménage, (iv) emploi salarié de la femme, (v) exposition aux médias, (vi) antécédents de complications obstétricales, (vii) parité, (viii) âge, (ix) religion, (x) croyances culturelles et (xi) perceptions de la grossesse.

La disponibilité, l'accessibilité physique, financière et culturelle ainsi que la qualité de l'offre de soins conditionnent son utilisation effective et optimale. Le jeune âge, la pauvreté monétaire, le faible niveau d'instruction et les paiements directs pour accéder aux services constituent les barrières dont l'influence relative est variable selon les contextes. Les éléments environnementaux critiques sont la pauvreté, l'organisation des soins et les normes socioculturelles régissant le statut de la femme et surtout de la femme enceinte. Une des revues systématiques conclut qu'il est impératif « d'évaluer les causes propres au contexte des variations du recours aux soins de santé maternels si l'on veut atteindre l'objectif d'une maternité sans risque dans les pays en développement » (Say & Raine, 2007). Au Cameroun, les facteurs sous jacents prépondérants de l'utilisation non optimale sont la pauvreté monétaire estimée à 55% en milieu rural et l'exigence de paiements directs pour accéder aux services de CPN (World Bank, 2008), l'offre limitée de services de CPN de qualité surtout dans les zones rurales désertées par les personnels soignants (Mba et al., 2011) et les obstacles socioculturels qui entravent l'autonomie des femmes (Africa Progress Panel, 2010 ; Minsanté, 2011).

Barrières financières

La CPN offre des services et soins préventifs pour lesquels les parturientes sont tenues de payer selon les règles du recouvrement des coûts alors que l'Etat subventionne lourdement une majorité des composantes de la CPN. Les frais à payer varient de 600 à 10 000 voire 20 000 FCFA (Minsanté, 2011) alors même que 39,9% de la population nationale et 55% en milieu rural vit en dessous du seuil de pauvreté (INS, 2010). L'aisance économique est associée à une CPN complète (World Bank, 2011). Une plainte récurrente des populations lors de l'élaboration du DSCE et de l'enquête PETS2 est relative aux frais à payer pour les soins des femmes et des enfants (Commeyras et al., 2006 ; Minepat, 2010 ; INS, 2010). De plus, l'intensité de la pauvreté est plus forte parmi les femmes dans les régions avec les taux d'utilisation les plus bas (INS, 2010). Malgré la modicité des frais exigés pour la consultation prénatale, ils demeurent hors de portée pour les femmes rurales qui ne disposent pas toujours d'argent liquide (INS, 2010). A l'opposé, l'investissement public en subventions et en positionnement des intrants est conséquent puisque planifié sur la base d'une utilisation optimale des services de CPN. Les disparités dans l'utilisation des services sont liées à la pauvreté dans les régions de l'Adamaoua, l'Extrême- nord, l'Est et le Nord où l'indice de pauvreté extrême atteint 31% au Nord à 41% à l'Extrême-nord. Aux coûts de la CPN s'ajoutent ceux du transport en zones rurales du fait de la faible couverture géographique (Mbuagbaw & Gofin, 2010).

Cette situation pose un problème éthique et questionne l'équité, valeur fondamentale du système national de santé ; des centaines de milliers de parturientes qui contribuent à l'expansion de la Nation sont privées de services préventifs parce qu'elles n'ont pas d'argent pour accéder aux services et médicaments par ailleurs subventionnés par l'Etat.

L'offre insuffisante de services de CPN de qualité

Les efforts faits pour rendre géographiquement accessibles les centres de santé à moins d'une heure de marche ne sont pas suivis d'effets en raison de la mal distribution des ressources humaines et des plateaux techniques inappropriés des centres de santé existants. Les ratios population/soignant - 9.245 habitants/ médecin et 1.806 habitants/infirmier – masquent en fait une inégale distribution régionale : 3.657 habitants/médecin dans le Centre contre 61.873 habitants/médecin dans l'Extrême Nord ; 2.036 habitants/infirmier dans l'Ouest contre 7.700 habitants/infirmier dans l'Extrême Nord. Les régions économiquement les plus riches - Centre, Littoral et Ouest - concentrent 59,75% pour desservir 42,14% de la population totale du pays. L'accès inégal des citoyens au paquet minimum d'interventions prioritaires dont la CPN de qualité est compromise : 25% de médecins et 38% d'infirmiers exercent en zones rurales pour desservir 46% de la population ; des dizaines de CSI sont fermées ou fonctionnent avec un aide soignant et un commis de pharmacie (Mba et al., 2011).

Des études anthropologiques soulignent l'inhospitalité de l'hôpital (Jaffré & Olivier de Sardan, 2003), son caractère amplificateur des inégalités sociales et l'importance des réseaux sociaux dans l'accès aux soins (Socpa & Djouda, 2011). Le patient anonyme y est soumis aux longues attentes, aux dépenses supplémentaires non officielles pour finalement n'obtenir qu'une consultation de qualité inférieure. Cette réalité concerne également les services de CPN justifiant ainsi la frustration et l'insatisfaction des femmes (Mburano, 2007) notamment en raison : (i) du manque de confidentialité, la consultation ayant lieu dans une salle commune ; (ii) du manque de courtoisie du personnel, certaines femmes subissant humiliations et railleries ; (iii) des longues attentes et des consultations parfois bâclées. Des femmes vivent mal la présence de soignants masculins surtout lorsque certaines sont objet de brimades pour n'avoir pas respecté le calendrier des visites (Beninguisse et al., 2005). La qualité de la CPN est différente d'une formation sanitaire à l'autre, d'un district de santé à l'autre et du public au privé (Mburano, 2007). Les services de CPN sont offerts au sein des formations sanitaires publiques dont le niveau de satisfaction des usagers est loin d'être optimal selon l'enquête PETS2 : 14% d'indécis et 19% d'insatisfaits (INS, 2010) ou dans les formations sanitaires informelles dont la recherche du profit prend le pas sur la compétence et la qualité.

Si la relation directe entre l'insatisfaction des usagères et le recours aux services de CPN reste insuffisamment élucidée, la réduction au strict minimum du nombre de CPN par femme et son association avec la parité sont expressives d'un environnement qui inflige des « chemins de croix » aux femmes (Socpa & Djouda, 2011). L'heure de marche maximale retenue pour accéder à une formation sanitaire peut être difficile à supporter pour une femme enceinte ; dans certaines aires de santé, il s'agit d'effectuer parfois 15 km à pied en raison de l'absence ou la rareté des moyens de locomotion sans la garantie de trouver le personnel soignant en place. Assister à une CPN peut parfois donc signifier une journée hors du foyer familial alors que les obligations sont pressantes de nourrir la fratrie et le conjoint (INS, 2010).

Les barrières socioculturelles

Il est difficile pour les femmes avec un faible niveau d'éducation de comprendre pourquoi il faut payer alors que la grossesse n'est pas considérée comme une maladie. L'analphabétisme, les

représentations socioculturelles de la grossesse constituent un frein à la fréquentation des formations sanitaires (Bhutta et al., 2005) (Say & Raine, 2007). Au Cameroun comme ailleurs en Afrique, le niveau d'instruction de la femme est associé à l'utilisation optimale des services de CPN (Minsanté, 2011). L'enquête EDS-MICS4 révèle qu'en 2010-11, 60 % de femmes sans niveau d'instruction ont bénéficié des soins prénataux au cours de la grossesse de leur dernier-né. Par contre, cette proportion atteint 89 % chez les femmes ayant un niveau d'instruction primaire et au moins 98 % lorsque la mère a un niveau d'instruction secondaire ou supérieur. Les Régions particulièrement touchées sont le Nord, l'Extrême-nord, l'Est, le Sud, le Sud-ouest et le Nord-ouest ; dans ces régions, l'âge de la première grossesse y est plus bas que la moyenne nationale. Les adolescentes, les femmes rurales, les réfugiées, les pygmées et les nomades sont les plus marginalisées de l'accès aux services de CPN (INS, 2011). L'âge de la première grossesse est associé à la pauvreté, 65% des femmes pauvres âgées de 20 à 24 ans ont eu leur premier enfant avant 18 ans contre 21% chez celles plus riches (World Bank, 2011).

L'image sociale de la grossesse et les enjeux autour du statut de la femme dans la fonction de pérennisation du groupe familial ou ethnique génèrent diverses dynamiques qui situent le recours à l'hôpital au bas des préoccupations lorsque la famille est pauvre ou peu instruite. Si la grossesse en Afrique est perçue comme un état « délicat », les risques relèvent globalement d'un registre nosologique inconnu de la biomédecine ; à l'opposé, les risques biomédicaux sont peu connus et les signes d'alerte et de danger méconnus. La grossesse n'est ni une maladie, ni un état favorable au développement des maladies mais une réalité naturelle (WFPHA, 1984). Les représentations de l'origine des enfants confèrent à la grossesse une essence spirituelle et la mise en route d'une thérapeutique préventive constituée de précautions et rituels divers, de consultations divinatoires, d'interdits et prescriptions alimentaires et comportementaux. Les débuts de la grossesse doivent se gérer dans la discrétion la plus absolue pour en protéger l'issue des forces malignes, ce qui hypothèque le recours à la CPN du premier trimestre (Beninguisse, 2003 ; Beninguisse et al., 2005). A ces contraintes, s'ajoute l'exigence pour la femme d'«être forte» c.à.d. «à conduire sa grossesse sans se plaindre». Dans cet environnement, la décision du recours aux soins, pour de nombreuses femmes capables ou non de mesurer les risques liés à la grossesse et de payer les soins, passe souvent par une négociation avec le conjoint au plus simple voire la mère, les beaux parents etc. ; la femme enceinte est rarement maîtresse de la décision du recours aux services de CPN. De fait, la fréquentation des services de CPN dépend des institutions sociales - coutumes, réseaux de solidarité, représentations symboliques de la grossesse et de l'accouchement et degré d'ouverture à la modernité (Beninguisse, 2003).

Les Options

La réduction de la mortalité maternelle en Afrique tient à la mise en œuvre optimale d'un continuum d'interventions portant à la fois sur l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité des soins (Bhutta et al., 2005 ; De Brouwere, 2008). Le plan stratégique de la CARMMA adresse amplement les questions relatives à la qualité clinique des soins obstétricaux et néonataux cependant que les aspects de convivialité culturelle de l'offre et de l'accessibilité financière pour une utilisation optimale des services prénataux méritent une attention plus soutenue.

Option 1 : Rendre gratuit l'accès aux services de CPN

Cette option se fonde sur des arguments d'équité, d'éthique et d'efficacité économique. La justification d'une cession onéreuse pour des services préventifs tels la CPN au même titre que la vaccination des enfants est tenue surtout si celle-ci obstrue l'accès aux services par ailleurs rendus gratuits par les investissements lourds pour éliminer la transmission mère enfant du VIH, réduire la charge morbide du paludisme, lutter contre la malnutrition et les anémies etc. dont les taux de

couverture demeurent inférieurs aux objectifs (Witter et al., 2008). La Banque Mondiale constate que les cessions onéreuses sont marginales, 5-10% des besoins financiers du système de santé (Ridde & Morestin, 2008).

Les données probantes sur les mécanismes visant à améliorer l'équité financière des services de santé confirment que les paiements directs obstruent l'accès aux soins des plus démunis. La gratuité pour les usagers et les mécanismes assurantiels obligatoires constituent les alternatives les plus efficaces; les transferts conditionnels monétaires et la contractualisation de la performance n'ont pas montré leur efficacité en Afrique sub-saharienne puisque l'une des principales barrières est financière et non pas attitudinale (Lagarde & Palmer, 2006). Les politiques ciblées d'exemption sont rendues inefficaces par la corruption de survie et l'ignorance par les usagers de leurs droits (Ensor & Ronoh, 2005).

Effets escomptés : la gratuité du dépistage et du bilan initial ont permis d'accroître l'utilisation des services de prévention et de traitement malgré la charge de stigma associée au VIH/Sida (Eboko et al., 2010 ; Desclaux et al., 2011). Il est fortement probable que l'efficacité soit décuplée pour l'utilisation de la CPN puisque la grossesse est plus heureuse et valorisée que le VIH/Sida sur le plan social. La gratuité simplifierait le choix des itinéraires thérapeutiques en rendant la CPN moins attractive pour le secteur informel qui l'a transformé en activité lucrative (Commeyras et al., 2006 ; World Bank, 2008). La gratuité améliore l'utilisation des services de santé par les plus démunis (De Brouwere, 2008 ; Ridde & Morestin, 2008). L'abolition des frais peut accroître l'utilisation des services de l'ordre de 17% et 80% pour toutes les couches sociales notamment les adolescentes et les femmes ; les pays ayant rendu les services gratuits ont vu s'accroître le nombre d'accouchements assistés dans les formations sanitaires et le recours aux accoucheuses traditionnelles a diminué de manière drastique (Lagarde & Palmer, 2006) .

Acceptabilité de l'option : Cette augmentation peut s'accompagner d'une augmentation de la charge de travail (Lagarde & Palmer, 2006) à laquelle le personnel peut s'opposer en l'absence de mesures compensatoires. En Afrique du Sud, les infirmières interrogées après la décision de gratuité révélaient leur satisfaction à accomplir honnêtement leur devoir mais 70 à 80% se sentaient exploitées, surmenées et envisageaient de démissionner (Walker & Gilson, 2004). Cette stratégie pourrait entraîner un désintérêt du personnel pour les activités de promotion de la santé et de prévention du fait de la surcharge de travail. Cette option signifie également une réduction des recettes des formations sanitaires à laquelle les membres des comités de gestion et les gestionnaires des mutuelles de santé associées aux formations sanitaires publiques pourraient s'opposer.

Le modèle déjà en vigueur pour les services de vaccination, les unités de prise en charge du VIH et les centres de traitement de la tuberculose pourrait être étendu aux services de CPN pour compenser les « pertes financières ».

Option 2 : Restaurer les unités mobiles de CPN dans les aires de santé pour réduire la distance physique et culturelle entre l'offre et la demande.

Afin de répondre aux difficultés de transport en zones rurales et de promouvoir une convivialité culturelle, il est possible de revenir aux activités mobiles de CPN à périodicité régulière ; cette stratégie a permis d'accroître les taux de couverture vaccinale (Partapuri et al., 2012). Bien que peu de données soient disponibles sur son efficacité et sa rentabilité, le Kenya et des pays développés ont expérimenté avec succès la visite à domicile des femmes enceintes par des professionnels de santé ou des agents de santé communautaire (Edgerley et al., 2007 ; Oakley et al., 2009). Les visites à domicile ont permis par exemple d'accroître l'accès à la CPN du premier

trimestre ; elles offrent une opportunité d'adaptation culturelle de la CPN et peuvent également faciliter l'engagement communautaire et l'interaction avec les accoucheuses traditionnelles dont la présence est toujours forte (Sibley et al., 2007). Cette option permet d'offrir des services de CPN dépouillés de la bureaucratie hospitalière et intégrés (Wallace et al., 2012). Les interventions à base communautaire sont efficaces contre la morbidité maternelle avec une réduction de l'ordre de 25%, une augmentation de 40% des références vers les formations sanitaires, une réduction de 24% de la mortalité néonatale dont 16% de réduction de la mortalité à la naissance et 20 % de la mortalité périnatale (Lassi et al, 2010 ; Lee et al., 2009).

Acceptabilité de l'option : la stratégie mobile est déjà mise en œuvre pour la vaccination, elle est acceptée par les mères qui y conduisent leurs enfants et les personnels de santé y sont habitués. La seule contrainte serait les moyens de la mobilité et les relatives restrictions dans la réalisation des diagnostics biologiques.

Option 3 : Promouvoir l'engagement communautaire en faveur de la CPN et des SONEU

L'engagement communautaire constitue une stratégie efficace pour contrer les barrières culturelles et sociales identifiées dans l'utilisation des services de CPN et l'initiation du continuum de soins prénataux (Lee et al., 2009). Le recours aux médias pour la mobilisation sociale et communautaire et l'engagement du leadership associatif et politique féminin devraient permettre de rétablir un lien de confiance entre la CPN biomédicale et les soins traditionnels aux femmes enceintes. En excluant les services de CPN du secteur marchand, la collaboration entre les matrones et accoucheuses traditionnelles et les autorités sanitaires rendront possibles les ajustements culturels de l'offre des services de CPN notamment dans les régions septentrionales, l'Est et le Nord Ouest (Lassi et al., 2010). Le réseau associatif féminin pourrait devenir un partenaire de premier plan pour sensibiliser les membres et mobiliser la solidarité au profit des femmes enceintes pour faire connaître les avantages et bénéfices de la CPN dans la réduction de la morbidité maternelle et la reconnaissance des signes d'alerte et de danger. La méconnaissance des risques liés à la grossesse par les populations appelle une intervention focalisée sur l'information, la sensibilisation et l'éducation des populations. Pour une frange importante de la population, les risques majeurs de la grossesse relèvent des nosologies non biomédicales (Bhutta et al., 2005 ; Jaffré & Olivier de Sardan, 2003). Cette situation impose une campagne appropriée de sensibilisation en recourant à l'ensemble des moyens mobilisables - notamment la radio très présente en zones rurales avec des programmes en langues locales, la télévision, la téléphonie mobile, l'affichage et les dépliants - pour diffuser les messages culturellement adaptés sur les avantages d'une CPN optimale (Grilli et al., 2009).

Considérations de mise en œuvre

Barrières	Stratégies
Option 1 : Rendre gratuit l'accès aux services de CPN	
Rareté des ressources financières Résistance des prestataires dont les revenus directs baisseront	Plaidoyer pour la mobilisation des ressources additionnelles Rémunérer les prestataires sur la base de la performance avec la qualité et la couverture de la CPN et taux d'accouchements assistés comme indicateurs
Option 2 : Redynamiser les unités mobiles de CPN dans les aires de santé rurales afin de réduire la distance physique et culturelle entre l'offre et la demande	
Insuffisance de ressources humaines et logistiques pour la mobilité Résistance au changement Faible motivation des soignants	Associer la CPN aux activités mobiles de vaccination Mobiliser davantage de ressources financières pour la mobilité Introduire une compensation financière et la rémunération des formations sanitaires sur la base de la performance Intégrer la CPN comme priorité lors des exercices de micro planification au niveau des aires de santé et des districts
Option 3 : Promouvoir l'engagement communautaire dans la CPN et la gestion des SONEU	
Sous scolarisation des filles Contraintes socioculturelles Méfiance vis-à-vis des formations sanitaires Collaboration difficile entre biomédecine et médecine traditionnelle	Engager les membres des COSADI et COSA dans les activités de CPN et de SONEU Information, éducation et communication à travers les associations féminines sur les bénéfices de la CPN et les réformes

Références

- Africa Progress Panel. (2010). *Maternal Health: investing in lifeline of healthy societies and economies*. Africa Progress Panel.
- Beninguisse, G. (2003). Fondements sociaux de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Cameroun. Dans G. Beninguisse, *Entre tradition et modernité*. Paris: L'Harmattan & Academia-Bruyant.
- Beninguisse, G., Haddad, S., Fournier, P., & Nikiéma, B. (2005). L'accessibilité culturelle : une exigence de la qualité des services et soins obstétricaux en Afrique. Dans U. Isiugo-Obnihe, E. Ngwe, & V. Kokou, *African Population Studies, Suppl.* Paris.
- Bhutta, Z., Darmstadt, G., Hasan, B., & Haws, R. (2005). Community-based interventions for improving perinatal and neonatal health outcomes in developing countries: a review of evidence. *Pediatrics*, *115*, 519.
- Bloom, S., Lippeveld, T., & Wypij, D. (1999). Does antenatal care make a difference to safe delivery? A study in urban Uttar Pradesh, India. *Health Policy and Planning*, *14*, 38–48.
- Carroli, G., Villar, J., Piaggio, G., Khan-Neelofur, D., Gulmezoglu, M., Mugford, M., et al. (2001). WHO systematic review of randomized control trials of routine antenatal care. *Lancet*, *357*(9268), 1565-70.
- Commeyras, C., Ndo, J., Merabet, O., Kone, H., & Rakotondrabe, F. (2006). Comportement de recours aux soins et aux médicaments au Cameroun. *Cahiers Santé*, *16*(1).
- De Brouwere, V. (2008). Réduire les barrières financières aux soins obstétricaux dans les pays à faibles ressources. Dans V. De Brouwere, *Studies in HSO&P* (p. 25). Antwerp.
- Desclaux, A., Msellati, P., & Sow, K. (2011). Genre et accès universel à la prise en charge. Dans *Les femmes à l'épreuve de VIH dans les pays du Sud*. Paris: ANRS Collection Sciences Sociales et Sida.
- Eboko, F., Abé, C., & Laurent, C. (2010). *Accès décentralisé au traitement du VIH/sida. Evaluation de l'expérience camerounaise*. Paris: ANRS Collection Sciences Sociales et Sida.
- Edgerley, L., El-Sayed, Y., Druzin, M., Kiernan, M., & Daniels, K. (2007). Use of a Community Mobile Health Van to Increase Early Access to Prenatal Care. *Maternal and Child Health Journal*, *11* (3), 235-239.
- Ensor, T., & Ronoh, J. (2005). Effective financing of maternal health services: a review of the literature. *Health Policy*, *75*, 49-58.
- Grilli, R., Ramsay, C., & Minozzi, S. (2009). Mass media interventions: effects on health services utilization. *The Cochrane Library*, Issue 1.
- INS. (2010). *2ème Enquête de Satisfaction des Usagers du Secteur Santé PETS2*. Yaoundé: Institut National de la Statistique.
- INS. (2011). *4ème Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples EDS-MICS 4*. Yaoundé: Institut National de la Statistique.

- INS. (2010). *Tableau de Bord de la Situation des Femmes et des Enfants*. Yaoundé: Institut National de la Statistique.
- Jaffré, Y., & Olivier de Sardan, J. (2003). *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris: Karthala.
- Lagarde, M., & Palmer, N. (2006). *Evidence from systematic reviews to inform decision making regarding financing mechanisms that improve access to health services for poor people*. Geneva: The Alliance for Health Policy and Systems Research.
- Lassi, Z., Haider, B., & Bhutta, Z. (2010). Community-based intervention packages for reducing maternal and neonatal morbidity and mortality and improving neonatal outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*.
- Lee AC, Lawn JE, Cousens S, Kumar V, Osrin D, Bhutta ZA, Wall SN, Nandakumar AK, Syed U, Darmstadt GL. (2009). Linking families and facilities for care at birth: What works to avert intrapartum-related deaths? *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 107: S5–S19
- Mba, R., Messi, F., & Ongolo-Zogo, P. (2011). *Policy Brief: Maintenir la présence des personnels soignants dans les formations sanitaires rurales au Cameroun*. Hôpital Central de Yaoundé. Yaoundé: Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé.
- Mbuagbaw, L., & Gofin, R. (2010). A New Measurement for Optimal Antenatal Care: Determinants and Outcomes in Cameroon. *Maternal and Child Health Journal*, 15(8), 1427-1434.
- Mburano, R. (2007). La qualité des soins prénatals selon la perspective des clients au Cameroun dans les districts de santé de Nkongsamba, Bafang et Mfou. *Africa Population Studies*, 22, 23-46.
- Minepat. (2010). *Document de Stratégie pour l'Emploi et la Croissance*. Yaoundé: Minepat.
- Minsanté. (2011). *Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle et Infantile (CARMMA) au Cameroun (2011 – 2013)*. Yaoundé: Ministère de la Santé Publique.
- Minsanté. (2011). *Plan national d'élimination de la transmission mère enfant du VIH à l'horizon 2015 au Cameroun*. Yaoundé: Comité National de Lutte contre le Sida.
- Minsanté. (2010). *Plan National de Développement Sanitaire 2010-2012*. Yaoundé: Minsanté.
- Minsanté. (2009). *Vers l'accès universel à la prévention en faveur des groupes cibles prioritaires : prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant*. Yaoundé: CNLS.
- Minsanté. (2009). *Vers l'accès universel à la prévention en faveur des groupes cibles: prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant*. Yaoundé: Ministère de la Santé Publique Cameroun.
- Ndiaye, P., Tal, D. A., Diediou, A., Dieye, E., & Dione, D. (2005). Déterminants socioculturels du retard de la 1^{re} consultation prénatale dans un district sanitaire au Sénégal. *Santé publique*, 17, 531-538.
- Oakley, L., Ron, G., Kurinczuk, J., Brocklehurst, P., & Hollowell, J. (2009). A systematic review of the effectiveness of interventions to increase the early initiation of antenatal care in socially disadvantaged and vulnerable women.
- Partapuri, T., Steinglass, R., & Sequeira, J. (2012). Integrated delivery of health services during outreach visits: a literature review of program experience through a routine immunization lens. *Journal of Infectious Diseases*, 205, S20-7.

- Pruhal, A., De Bernis, L., & El, D. (2002). Potential role of prenatal care in reducing maternal and perinatal mortality in sub-Saharan Africa. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.* , 31 (1), 90-99.
- Ridde, V., & Morestin, F. (2008). *Une recension des écrits scientifiques sur l'abolition des frais aux usagers dans les services de santé en Afrique*. Montréal: Université de Montréal.
- Say, L., & Raine, R. (2007). A systematic review of inequalities in the use of maternal health care in developing countries mining the scale of the problem and the importance of context. *Bulletin of the World Health Organization* , 85, 812–819.
- Sibley, L., Sipe, T., Brown, C., Diallo, M., McNatt, K., & Habarta, N. (2007). Traditional birth attendant training for improving health behaviours and pregnancy outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*.
- Simkhada, B., van Teijlingen, E., Porter, M., & Simkhada, P. (2008). Factors affecting the utilization of antenatal care in developing countries: systematic review of the literature. *Journal of Advanced Nursing* , 61 (3), 244–260.
- Socpa, A., & Djouda, Y. (2011). L'hôpital au Cameroun lieu de soins ou espace conflictuel ? Dans B. Nkoum, *Santé plurielle en Afrique perspective pluridisciplinaire*. Paris: l'Harmattan.
- Villar, J., Carroli, G., Khan-Neelofur, D., Piaggio, G., & Gülmezoglu, M. (2001). Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Issue 4), Art. No.: CD000934.
- Walker, L., & Gilson, L. (2004). We are bitter but we are satisfied: Nurses as street-level bureaucrats in South Africa. *Social Science & Medicine* , 59, 1251-1261.
- Wallace, A., Ryman, T., & Dietz, V. (2012). Experiences integrating delivery of maternal and child health services with childhood immunization programs: systematic review update. *Journal of Infectious Diseases* , 205, S6-19.
- WFPHA. (1984). *Training community health worker*. Washington,DC: World Federation of Public Health Associations .
- Witter, S., Armar-Klemesu, M., & Dieng, T. (2008). National fee exemption schemes for deliveries: comparing the recent experiences of Ghana and Senegal. 24, . Dans *Studies in Health Services Organisation and Policy* (pp. 167-98). Antwerp: ASTM.
- World Bank. (2008). *Project Appraisal Document for a Health Sector Support Investment Cameroon*. Washington, DC: World Bank HNP.
- World Bank. (2011). *Reproductive Health at Glance Cameroon*. Washington: World Bank HNP.