

Bruno Magloire KAMGHO TEZANOU
Démographe
Institut National de la Statistique du Cameroun
BP: 134 Yaoundé - Cameroun
Tél: +237 99 79 92 84/74 35 19 61
E-mail: kamgho@yahoo.com

Mortalité Maternelle et Néonatale au Cameroun: Evaluation des Efforts Consentis Depuis 1990, Défis et Perspectives.

RESUME

Les problèmes de santé de la mère et de l'enfant font partie des préoccupations majeures de la communauté internationale. Au Cameroun, les statistiques hospitalières et des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS), indiquent qu'un nombre relativement important de femmes âgées de 15 à 49 ans meurent chaque année des suites de complications liées à la grossesse et à l'accouchement. Le ratio de mortalité maternelle est estimé à 669 décès maternels pour 100 000 naissances pour la période 1998-2004 contre 454 pour la période 1991-1997. En 1998, ce taux avait été estimé à 430 pour 100 000 naissances. Les résultats jusqu'ici obtenus résultent-ils de la mise en place des systèmes de santé pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale en vue de l'atteinte de l'OMD 4 et 5? Il est donc nécessaire d'apprécier les efforts consentis depuis les années 1990 pour la réduction de ce phénomène.

Mots clés: *Mortalité, maternelle, néonatale*

INTRODUCTION

Les problèmes de santé de la mère et de l'enfant font partie des préoccupations majeures de la communauté internationale. Dans le communiqué de presse de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) du 12 d'octobre 2007 sur la mortalité maternelle, il a été indiqué que 536 000 décès maternels sont survenus en 2005 dans le monde dont 99% dans les pays en développement. Par ailleurs, chaque année, on compte 1,4 million d'enfants mort-nés et entre 1,5 et 2,5 millions de nouveau-nés qui meurent pendant la première semaine qui suit leur naissance, des suites de complications liées à la grossesse ou survenant pendant l'accouchement. Malgré les efforts consentis par la communauté internationale, les chiffres de ces décès restent élevés surtout dans les pays pauvres.

Au Cameroun, les statistiques hospitalières et des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS), indiquent qu'un nombre relativement important de femmes âgées de 15 à 49 ans meurent chaque année des suites de complications liées à la grossesse et à l'accouchement.

Le ratio de mortalité maternelle (RMM) est estimé à 669 décès maternels pour 100 000 naissances pour la période 1998-2004 contre 454 pour la période 1991-1997. En 1998, ce taux avait été estimé à 430 pour 100 000 naissances soit, là encore, très voisin de celui estimé aujourd'hui pour la même période.

En ce qui concerne la mortalité néonatale, la situation n'est pas reluisante. Selon l'OMS, sur les 130 millions de bébés qui naissent chaque année dans le monde, 4 millions vivent moins

de quatre semaines. 99% de ces décès ont lieu dans les pays en développement. La mortalité néonatale représente 38% des décès des enfants de moins de 5 ans. Au Cameroun, le taux de mortalité néonatale est estimé à 29‰¹.

Face à cette situation sanitaire, le Cameroun s'est engagé en 2000 aux côtés des autres pays à réduire de 2/3 la mortalité infantile (OMD 4) et de 3/4 la mortalité maternelle (OMD 5) entre 1990 et 2015. A cet effet, quelques mesures ont été prises par les pouvoirs publics en vue de l'atteinte de ces deux OMD, notamment le lancement de l'Initiative pour une "Maternité Sans Risque" et bien d'autres. Le manque de financements et l'insuffisance de personnel de santé formé à la prise en charge de l'épisode périnatal sont, entre autres, les principaux problèmes auxquels sont confrontés les programmes de santé de la mère et du nouveau-né.

Les résultats jusqu'ici obtenus résultent-ils d'un investissement pour la réalisation des OMD ? De même, le niveau de la mortalité maternelle et néonatale est-il sous-jacente aux capacités des structures responsables de la santé des populations ?

Face à cette situation, il est nécessaire de dresser le cliché de ce phénomène depuis les années 1990 en les mettant en rapport avec les différents engagements consentis jusqu'ici par le pays. Il s'agit donc d'évaluation de la capacité de réponse du gouvernement sur l'atteinte de l'OMD 4 et 5 en 2015 à partir de l'analyse de la stratégie du pays en la matière de réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

Objectif principal

L'objectif principal de cette communication est de faire une évaluation à mi-parcours de l'OMD en rapport avec la réduction de la mortalité maternelle et néonatale afin que des actions ciblées soient prises par les pouvoirs publics du Cameroun pour l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant.

Objectifs spécifiques

- Evaluer le niveau actuel du ratio de mortalité maternelle;
- Analyser la politique du pays en matière de réduction de la mortalité maternelle pour comprendre la situation actuelle ;
- Mesurer le gap entre le niveau actuel et la cible de 2015;
- Rechercher les contraintes pour l'atteinte de ces OMD ;
- Dégager les mesures concrètes à envisager pour l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant
- Mener une analyse des progrès réalisés et des déficits à combler en termes réduction de la mortalité maternelle, les défis à relever et les politiques nécessaires pour y remédier.

¹ lbd.

1. Source des données et méthodologie

L'étude envisagée est purement descriptive. Pour répondre aux préoccupations ci-dessus évoquées, les informations utilisées sont tirées de plusieurs documents, principalement les rapports d'études réalisées par l'Institut National de la Statistique (INS). Il s'agit notamment des différents rapports des Enquêtes Démographiques et de Santé (1991, 1998 et 2004). Il y a également les annuaires statistiques élaborés par l'INS et certains ministères dont le Ministère en charge de la Santé Publique. Par ailleurs, la politique du Cameroun en matière de réduction de la mortalité maternelle et néonatale fera objet d'analyse.

2. Importance de la santé de la femme et de l'enfant pour la réalisation des OMD

La santé de la femme et de l'enfant, qui fait l'objet des OMD 4 et 5, intervient dans la réalisation de *tous* les OMD :

Éliminer l'extrême pauvreté et la faim (OMD 1). La pauvreté favorise les grossesses non désirées et la mortalité et la morbidité liées à la grossesse chez les adolescentes et les femmes, et la sous-alimentation et d'autres facteurs en rapport avec la nutrition interviennent pour 35 % dans les décès d'enfants de moins de 5 ans, en même temps qu'ils nuisent à la santé des femmes. Faire payer moins cher les services de santé réduit la pauvreté et incite davantage les femmes et les enfants à consulter. De nouveaux efforts sont nécessaires au niveau communautaire pour que les interventions nutritionnelles (promotion de l'allaitement maternel exclusif pendant 6 mois, supplémentation en micronutriments et déparasitage, par exemple) fassent partie des soins courants.

Assurer l'éducation primaire pour tous (OMD 2). L'égalité des sexes n'est pas encore une réalité dans le domaine de l'éducation. Elle est pourtant essentielle car si les filles et les femmes sont instruites, les perspectives d'avenir de toute la famille se trouvent améliorées, ce qui contribue à rompre le cycle de la pauvreté. En Afrique, par exemple, les enfants ont 40 % de chances de plus de vivre au-delà de l'âge de 5 ans si les mères ont été scolarisées pendant au moins 5 ans. Les écoles peuvent servir de points de contact pour les femmes et les enfants : elles permettent de communiquer des informations relatives à la santé, d'offrir des services et de promouvoir l'éducation sanitaire.

Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (OMD 3). L'autonomisation des femmes et l'égalité des sexes ont une incidence positive sur la santé de la femme et de l'enfant en augmentant les choix en matière de procréation, en réduisant le nombre de mariages précoces et en constituant un instrument de lutte contre la discrimination et la violence sexiste. Les partenaires devraient étudier les moyens de coordonner leurs programmes de sensibilisation et d'éducation (y compris ceux qui s'adressent aux hommes et aux garçons) avec les travaux des organisations œuvrant pour l'égalité des sexes. Des programmes communs pourraient être envisagés, notamment, pour les services de planification familiale et d'éducation sanitaire et les dispositifs permettant de repérer les femmes exposées au risque de violences conjugales.

Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies (OMD 6). Beaucoup de femmes et d'enfants meurent inutilement de maladies que nous avons les moyens de prévenir et de traiter. En Afrique, un traitement efficace du VIH/sida, la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME), et la prévention et le traitement du paludisme ont permis de réduire la mortalité de la mère et de l'enfant. Nous devrions coordonner les actions que

nous menons dans ces domaines, par exemple en intégrant la PTME dans les services de santé destinés à la mère et à l'enfant et en proposant aux mères qui présentent leurs enfants pour les faire vacciner d'autres interventions essentielles.

Assurer un environnement durable – accès à un approvisionnement en eau potable et à des services d'assainissement (OMD 7). Une eau insalubre et un assainissement insuffisant provoquent des maladies telles que la diarrhée, la fièvre typhoïde, le choléra et la dysenterie, en particulier chez les femmes enceintes, d'où l'importance cruciale d'un accès durable à une eau de boisson salubre et à des installations sanitaires appropriées. Les efforts communautaires en matière de santé doivent viser à mener une action éducative auprès des femmes et des enfants au sujet de l'assainissement et à améliorer l'accès à une eau de boisson salubre.

Mettre en place un partenariat mondial pour le développement (OMD 8). Il est indispensable d'établir un partenariat mondial et de fournir de manière efficace une aide et des financements suffisants. Il faut en outre poursuivre la collaboration avec les laboratoires pharmaceutiques et le secteur privé pour donner accès aux médicaments essentiels à un prix abordable aux personnes qui en ont le plus grand besoin et permettre à celles-ci de bénéficier des nouvelles technologies et connaissances.

Tableau 1: Historique de la politique et des programmes de la santé de la mère

Stations (année)	Contenu	Stratégies
1970	Programme Protection de la santé de la mère et de l'enfant (PMI)	Priorité est donnée à l'enfant. Les femmes peuvent néanmoins bénéficier de planification familiale.
1974	Programme de protection de la Santé de l'Enfant (PSE)	Introduction des trois visites prénatales et une en post natale avec consolidation du programme 1970
1987	Programme de Surveillance de la Grossesse et de l'Accouchement (PSGA)	Mise en avant de la réduction de la mortalité et morbidité maternelle. Fixation des objectifs de couverture prénatale et d'accouchement en milieu surveillé.
1995	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU)	Adoption de la stratégie basée sur le modèle des 3 délais et lancement des SONU avec amélioration de l'offre de soins de qualité pour les soins obstétricaux et néonataux d'urgences
2010	Stratégie d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et infantile (CARMMA)	Objectif de réduire la mortalité maternelle. Focus mis sur l'amélioration de l'accès aux soins, de la qualité de soins et la gouvernance

3. Situation de la santé de la mère et de l'enfant

La situation de la santé de la mère au Cameroun est préoccupante. Le taux de mortalité maternelle est passé de 430 à 669 décès pour 100 000 naissances vivantes entre 1998 et 2004 (EDS II et III). Aujourd'hui, ce taux est estimé à 1000 décès pour 100 000 naissances vivantes.

Cette situation s'explique par des facteurs tels que: la dégradation de la qualité des soins, l'insuffisante disponibilité des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU); un taux élevé des accouchements à domicile en l'absence d'un personnel qualifié (40% - EDS-III), avec un taux d'accouchement assisté relativement faible (60%-MICS 2006).

À cela s'ajoutent la faiblesse du système de référence/évacuations des complications obstétricales et du faible niveau de communication entre les hôpitaux de district et les centres de santé intégré (CSI), l'accès limité (financier, géographique et plateau technique) aux services de SR (particulièrement en milieu rural) et la proportion élevée des avortements qui représentent 20 à 40% des décès maternels. D'autres facteurs importants concernent : l'importance des besoins non satisfaits en Planification Familiale (PF); l'insuffisance du personnel de santé (un médecin pour 10.000 habitants et 1 infirmière pour 3100 habitants) et sa mauvaise répartition géographique ; le mauvais état nutritionnel des femmes enceintes.

Le planning familial est l'intervention clef pour réduire la fécondité et par conséquent diminuer le risque de décès maternel. D'une manière générale, la prévalence contraceptive bien qu'ayant connue une augmentation (elle est passée de 4 % en 1991 à 7 % en 1998 pour atteindre 14 % en 2004) demeure faible, de l'ordre de 13% en 2004 pour les méthodes modernes, avec de fortes disparités entre les milieux urbains (Yaoundé et Douala - 23%) et ruraux (10%). Ce taux de prévalence s'explique par : i) la combinaison des barrières socioculturelles et l'insuffisance des ressources nationales allouées aux méthodes contraceptives comparativement aux besoins nationaux ; ii) le nombre limité des formations sanitaires offrant des prestations de PF; iii) les ruptures fréquentes de stocks aux différents niveaux de la pyramide sanitaire ; iv) l'insuffisance de l'offre de PF en milieu rural et par les formations sanitaires périphériques et v) la faible couverture des services à base communautaire en milieu rural.

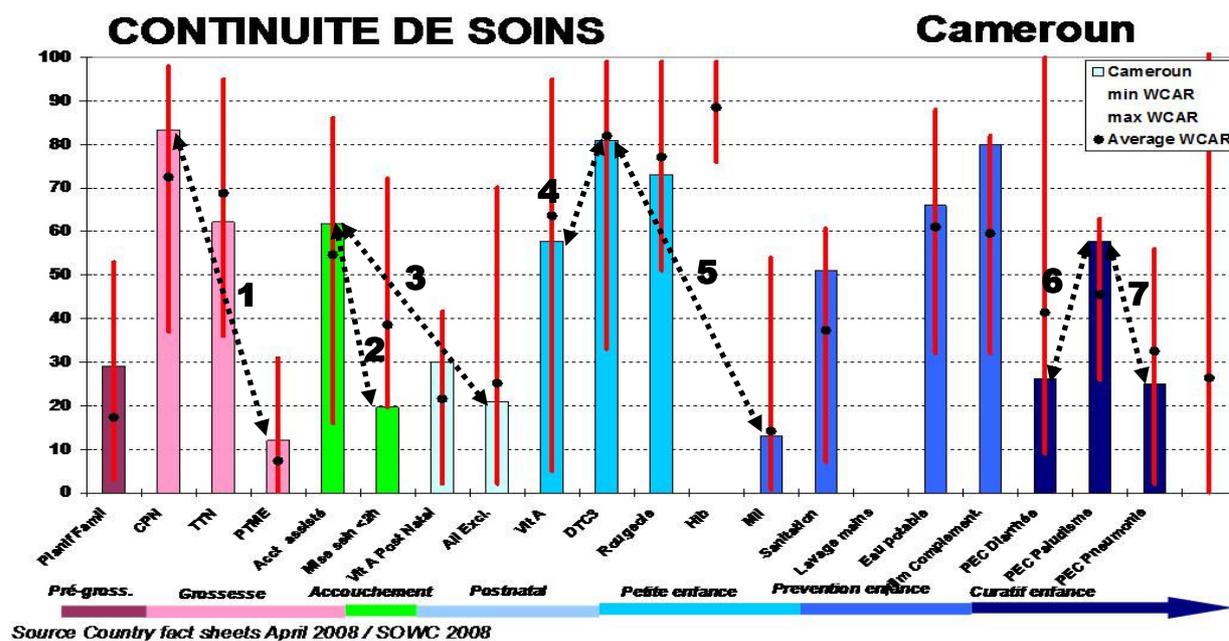
La survie des femmes pendant l'accouchement est un reflet du niveau de développement d'un pays et un taux de mortalité maternelle élevée est le seul indicateur le plus fiable d'un mauvais système de santé.

Un continuum de soins dans le temps et dans l'espace est nécessaire. Dans ce cadre, les services essentiels destinés aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants gagnent en efficacité quand ils sont regroupés et fournis à des étapes critiques du cycle de vie des mères et des enfants, grâce à des systèmes de santé dynamiques solidement installés en des endroits stratégiques et bénéficiant d'un contexte favorable aux droits des femmes et des enfants.

4. Causes conjoncturelles de la mortalité maternelle et infantile

Elles sont essentiellement représentées par le problème d'accès aux soins de qualité, de sous utilisation des services et de gouvernance. Pour ce qui est de l'accès aux soins, on note un faible accès universel aux services et soins de santé de qualité (accès géographique, accès économique, accès culturel). En effet, la faible continuité de soins dans le système de santé entraîne des multiples occasions manquées qui empêchent la mère et l'enfant d'accéder à certaines interventions à haut impact pour leur santé comme le démontre la figure ci-dessous :

Graphique :



L'examen de ce graphique montre une image en dents de scie des différentes interventions avec, pour le même groupe, une diversité des couvertures en interventions passant du simple au triple, voire au quintuple. Ainsi:

- En (1), malgré une couverture de plus de 80% des femmes enceintes en CPN 1, moins de 15% bénéficieraient de la PTME ; donc, 70% des femmes enceintes passent plusieurs fois au système de santé sans que ce dernier ne puisse leur proposer un conseil, un test VIH ni éventuellement une prophylaxie ;
- En (2 et 3), l'allaitement – précoce (20%) et exclusif (22%) – ne profitent pas d'une couverture élevée en suivi prénatal (80%) ou en accouchement assisté (62%), bien qu'il s'agisse des deux occasions cruciales pour conseiller les mères sur les bénéfices d'un allaitement précoce et exclusif à la fois pour elles (amélioration de la délivrance et MAMA²) et pour leurs bébés (prévention de la diarrhée, de l'infection respiratoire et de la malnutrition) ;
- En (4 et 5), la vaccination étant le véhicule idéal de la distribution des consommables promotionnels (respectivement vitamine A et moustiquaires imprégnées), les gradients observés constituent de véritables opportunités manquées qui auraient pu profiter aux enfants de moins de 5 ans ;
- En (6 et 7), dans le cadre d'une PCIME appliquée tant au niveau communautaire (avec CCC) qu'au niveau clinique, les prises en charge des trois principales causes directes de mortalité infanto-juvénile auraient dû être assez proches.

Pour ce qui est de l'accès aux soins obstétricaux, selon les résultats d'une étude récente dans sept régions du pays (Centre, Est, Extrême-Nord, Littoral, Adamaoua, Nord, Nord-ouest) la couverture géographique en formations sanitaires SONU est loin de répondre au minimum requis dans toutes les sept régions enquêtées, avec près de 3 formations sanitaires SONU pour 500 000 habitants (le standard est fixé à 5 structures sanitaires SONU dont une offrant les

² MAMA : méthode (contraceptive) d'allaitement maternel et d'aménorrhée

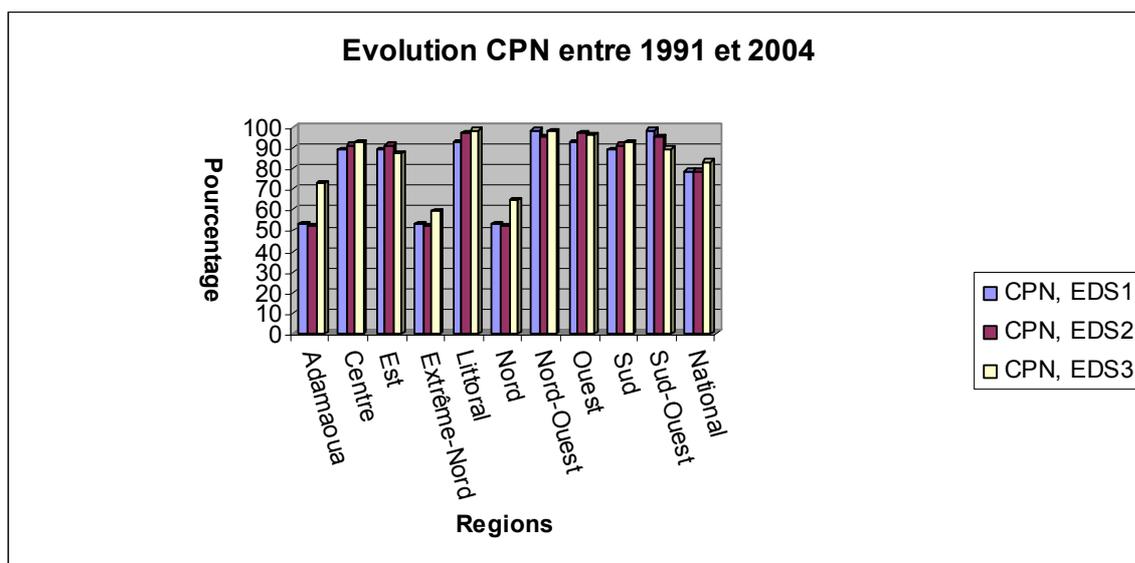
services de SONU complets). La région du Nord ne compte aucun établissement SONU. Les fonctions signalétiques manquantes sont respectivement l'accouchement instrumental par voie basse, la réanimation néonatale et l'administration des anticonvulsivants par voie parentérale. Les formations sanitaires SONU sont inégalement réparties sur le territoire national et le plus souvent situées en milieu urbain³.

Selon la même étude, l'utilisation des formations sanitaires par les bénéficiaires est très faible, avec seulement 6,1% d'accouchement attendus enregistrés dans les FS SONU, et 65,2 % des complications attendues restent dans la communauté, loin du système sanitaire. La dystocie, les complications liées à l'avortement et l'hémorragie sont les complications les plus fréquentes. Le taux de césarienne est très faible (2,3%).

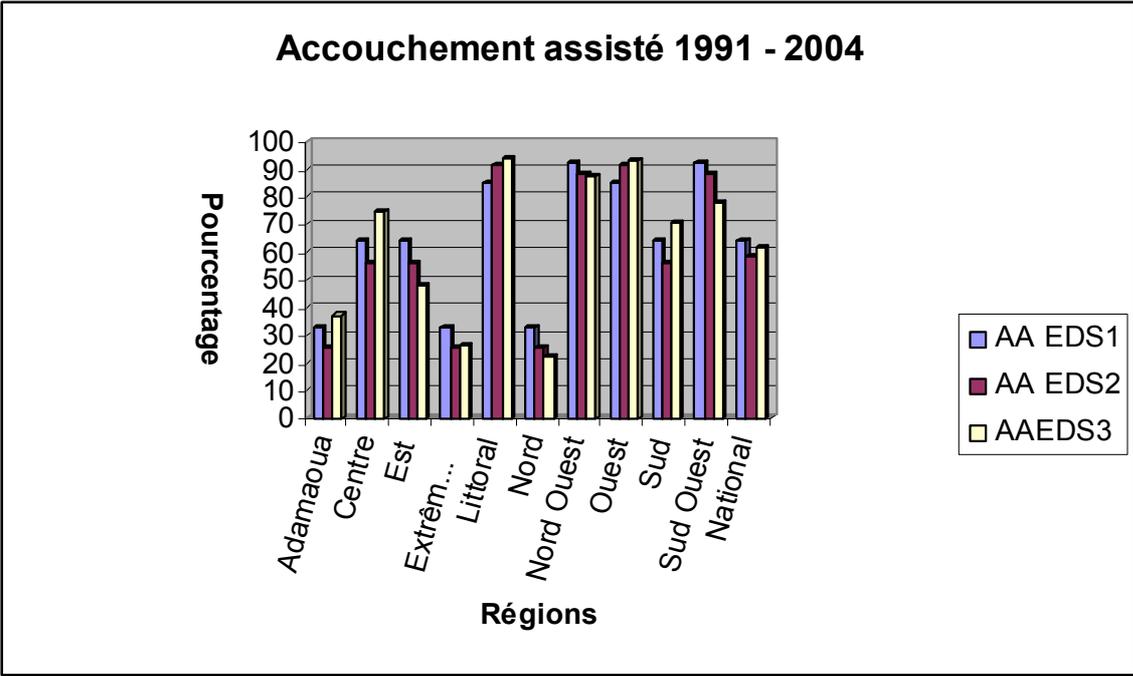
Le taux de létalité intra hospitalière due aux causes obstétricales directes est élevé (2,1%). Les causes les plus fréquentes de décès maternels dans les FS sont l'hémorragie, la dystocie et la pré-éclampsie. Pour ce qui est de la létalité intra-partum et néonatale précoce le taux est de 3,4‰ dans les FS SONU. L'absence de normes amène à considérer les niveaux observés comme base de monitoring. Il en est de même du taux de décès maternels dus à des causes indirectes.

Cette situation qui perdure, est liée à divers dysfonctionnements parmi lesquels on note des difficultés d'accès aux médicaments, des plateaux techniques très incomplets dans de nombreux hôpitaux et une insuffisance en personnel médical et médico-sanitaire en quantité et en qualité.

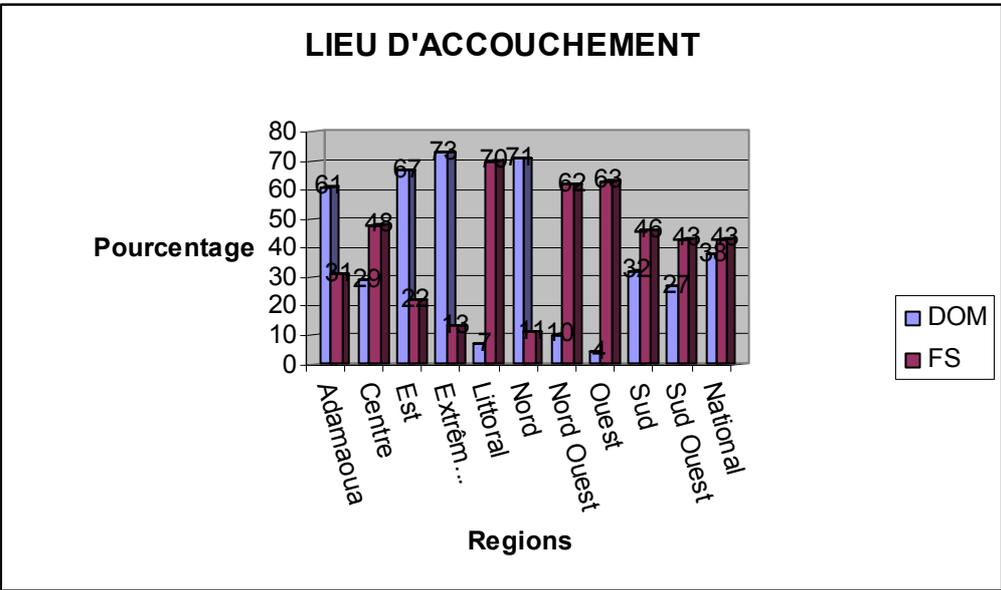
La sous utilisation des services de consultation prénatale et d'accouchement assisté est illustrée par les graphiques ci-dessous. Ainsi selon EDS III, 84% des femmes ont effectué au moins une consultation prénatale lors de leur grossesse avec des disparités entre les régions (99% dans la région de l'Ouest et 65% dans la région du Nord).



³ Etude sur la disponibilité, l'utilisation et la qualité des soins obstétricaux néonataux d'urgence, 2011

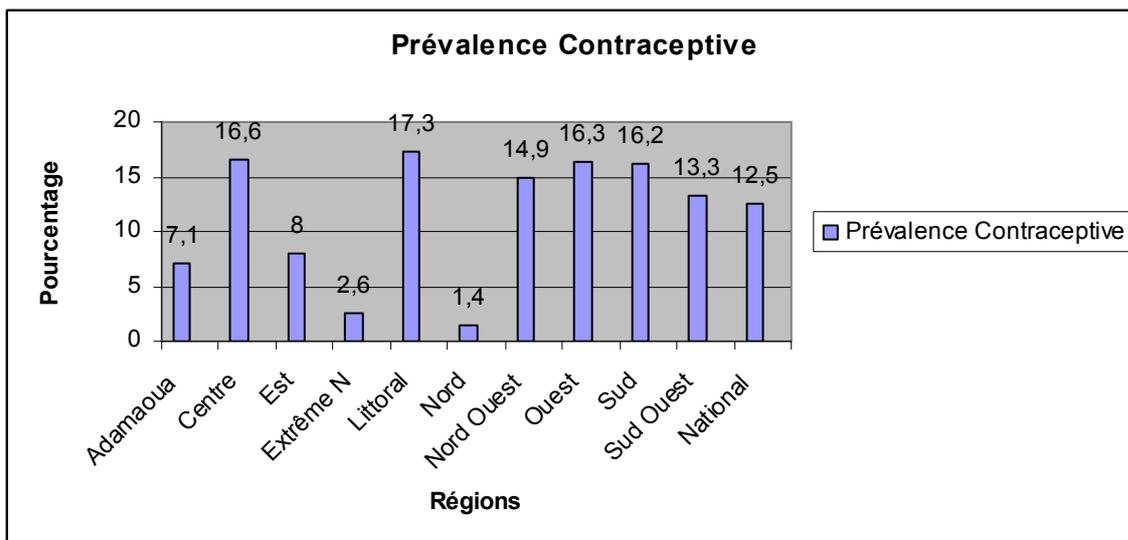


Contrairement aux consultations prénatales où les taux sont satisfaisants, au moins pour la première CPN, le taux d'accouchement dans les établissements sanitaires reste faible (43%) selon MICS, 2006. Ce chiffre même insuffisant, cache des disparités entre les riches (88%) et les pauvres (29,5%), entre les différentes régions (11,1% au Nord contre 69,9% dans le Littoral) et entre les milieux urbain (72,4%) et rural (21,6%).



Source : MICS 2006

Seules 12% de femmes utilisent des méthodes modernes de contraception selon MICS 2006. Les besoins non satisfaits en PF sont estimés à 20% chez les femmes en union (EDS III).



Source : MICS 2006

La vulnérabilité des femmes au VIH, en 2009, est illustrée par leur taux de séroprévalence était de 6,8 % contre 4,1% chez les hommes. En fin 2009, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes âgées de 15 à 49 ans était de 7,6%. (ONUSIDA).

En analysant les ressources humaines, on constate qu'en 1998 le Cameroun comptait 01 médecin pour 9164 habitants et 01 personnel médico-sanitaire pour 2214 habitants. En 2007 le ratio de médecin/habitant était de 1/13 468 hormis les médecins du secteur privé à but lucratif.

En 2010, l'effectif total des personnels des sous secteurs public et privé est de 2 099 médecins (généralistes et spécialistes confondus) et 10 748 infirmiers pour 19 406 100 habitants. Il en découle de manière générale des ratios de 01 médecin pour 9 245 habitants et 01 infirmier pour 1 806 habitants, les normes de l'OMS étant respectivement de 01 médecin pour 10 000 habitants et 01 infirmier pour 5 000 habitants.

Néanmoins, l'idée étant d'apprécier l'accessibilité réelle des populations à des professionnels qualifiés, il convient de tenir compte des tarifs pratiqués dans le sous-secteur privé en termes d'offre de soins et qui sont de loin plus élevés que les coûts en vigueur dans les services publics et, dans une certaine mesure, dans le sous- secteur privé à but non lucratif.

En tenant compte uniquement des agents publics de la santé, la situation n'est pas satisfaisante. En effet, si globalement celle-ci est relativement bonne en ce qui concerne les infirmiers, soit 01 infirmier pour 3258 habitants, il n'en est pas de même pour le personnel médical estimé à 01 médecin pour 11 335 habitants.

Concernant le personnel infirmier et au regard des normes de l'OMS, la situation est bonne pour la plupart des régions, à l'exception de l'Extrême- Nord dont le ratio est de 01 infirmier pour 7 700 habitants. Les meilleurs ratios sont enregistrés à l'Ouest, 01 infirmier pour 2036 habitants, au Centre, 01 infirmier pour 2 053 habitants, et à l'Est, 01 infirmier pour 2 150 habitants.

S'agissant des médecins, le ratio moyen pour l'ensemble des 10 régions est de 01 médecin pour 11 335 habitants. Le seul bon ratio est celui de la région du Centre qui abrite la capitale Yaoundé, avec un médecin pour 3 657 habitants, suivi de la région du Sud avec 01 médecin

pour 11 052 habitants. Pour le reste des régions, la situation est peu reluisante. Les déséquilibres les plus prononcés sont enregistrés dans les régions de l'Extrême- Nord, 01 médecin pour 61 873 habitants, du Nord, 01 médecin pour 47 956 habitants, et du Nord-Ouest, 01 médecin pour 33 969 habitants.

Bien qu'avec la prise en compte de l'effectif du sous- secteur privé et parapublic les ratios soient améliorés, il convient de noter le problème de l'accès financier des populations à l'offre de soins dans les structures relevant du privé où les prix pratiqués sont plus élevés que ceux du sous- secteur public.

Tableau : Effectifs du personnel de santé de des sous secteurs publics et privés par région

REGION	Public	Privé	TOTAL	Population	Ratio RH Santé/Population (pour 1 000 habitants)	% Public	% Privé	%Public et Privé
Adamaoua	785	826	1 611	1 015 622	1,59	3,98%	8,02%	5,37%
Centre	6 855	416 ²	9 271	3 525 664	2,63	34,78%	23,45%	30,89%
Est	1 334	540	1 875	801 968	2,34	6,77%	5,25%	6,25%
Extrême Nord	1 316	685	2 001	3 480 414	0,57	6,68%	6,65%	6,67%
Littoral	2 426	960 ¹	4 386	2 865 795	1,53	12,31%	19,03%	14,62%
Ouest	2 496	472	2 967	1 785 285	1,66	12,66%	4,58%	9,89%
Nord	1 194	444	1 638	2 050 229	0,80	6,06%	4,31%	5,46%
Nord Ouest	1 339	526 ¹	2 865	1 804 695	1,59	6,79%	14,82%	9,55%
Sud	935	513	1 448	692 142	2,09	4,74%	4,98%	4,82%
Sud Ouest	1 029	918	1 947	1 384 286	1,41	5,22%	8,91%	6,49%
Total	19 709	10 300	30 009	19 406 100	1,55	100%	100%	

Source : MINSANTE

La disponibilité de la ressource humaine spécialisée en SR constitue un des facteurs majeurs contribuant à maintenir de la santé de la mère et de l'enfant dans une situation inacceptable. En 2009, seulement 104 Sages Femmes Diplômées d'Etat et une centaine de médecins gynéco-obstétriciens ont été dénombrés.

Depuis 1987, le pays a arrêté la formation du personnel qualifié en soins obstétricaux (Infirmiers Diplômés d'Etat et brevetés accoucheurs). Cependant, des infirmiers spécialisés dans le domaine de la santé de la mère et/ou de l'enfant ont été recrutés mais en nombre insuffisant. La formation des infirmiers spécialisés en SR mise en place depuis 2006 n'est pas adaptée aux besoins en santé maternelle et infantile. Aussi, on constate que le nombre peu

élevé de gynécologues obstétriciens formés chaque année, aggravé par l'arrêt des recrutements, ne permet pas de faire face à la demande. En 2009 on dénombrait une centaine de médecins gynéco obstétriciens et 104 Sages Femmes Diplômées d'Etat.

Une autre des grandes faiblesses du système reste l'insuffisance des données administratives sur la gestion rationnelle des ressources et les données statistiques non fiables dues au système d'information sanitaire non performant.

En somme, malgré l'action de viabilisation des districts de santé préconisée dans la Stratégie Sectorielle de Santé, la réponse du système de santé national reste faible principalement à cause d'une importante inadéquation des ressources humaines de santé.

5. Causes structurelles de la mortalité maternelle et infantile

Il s'agit des problèmes liés à la pauvreté, au respect des droits humains et à la prise en compte du genre. La pauvreté, selon la troisième enquête de consommation auprès des ménages (ECAM), demeure importante au Cameroun. En 2007, 7,1 millions de personnes vivaient en dessous du seuil de pauvreté, soit 39,9% de la population estimée à près de 17,9 millions.

Le genre et des droits humains ne sont pas pris en compte dans la mise en œuvre des interventions de santé ou des actions sur les déterminants sociaux de la santé comme par exemple l'éducation ou les mariages précoces, tel qu'observé au Cameroun, ce qui empêche la femme de jouir de la capacité voire l'autonomie nécessaire pour prendre en main sa santé reproductive.

La dépense annuelle de santé par tête est passée de 22 035 FCFA (\$51US) en 2001 à 12775 FCFA (\$ 30 US) en 2007, soit une baisse de 42%. Le PIB par habitant qui, de 1,982.87 \$ en 2000, s'est élevé de 8,9% en passant à 2,160.76 \$ en 2008 (Rapport sur le développement humain - PNUD 2010). Cependant au cours de cette période, le prix des a subi une baisse considérable et l'Etat a décidé de subventionner le traitement des affections comme le paludisme, la tuberculose et le Sida. Ainsi, le financement de la demande de santé reste très précaire à cause de la pauvreté, aggravé par la faible couverture sociale et la performance insatisfaisante voire l'absence des mutuelles de santé.

Au Cameroun, les dépenses totales de santé représentent environ 5,2% du PIB mais 70% sont financés directement par les ménages. L'Etat et les partenaires techniques et financiers ne contribuent que pour 15% chacun. La couverture en mutuelle de santé est faible (1%).

Les dépenses de santé ont rarement dépassées le seuil de 5% du budget de l'Etat au cours des sept dernières années malgré la constante évolution du dit budget.

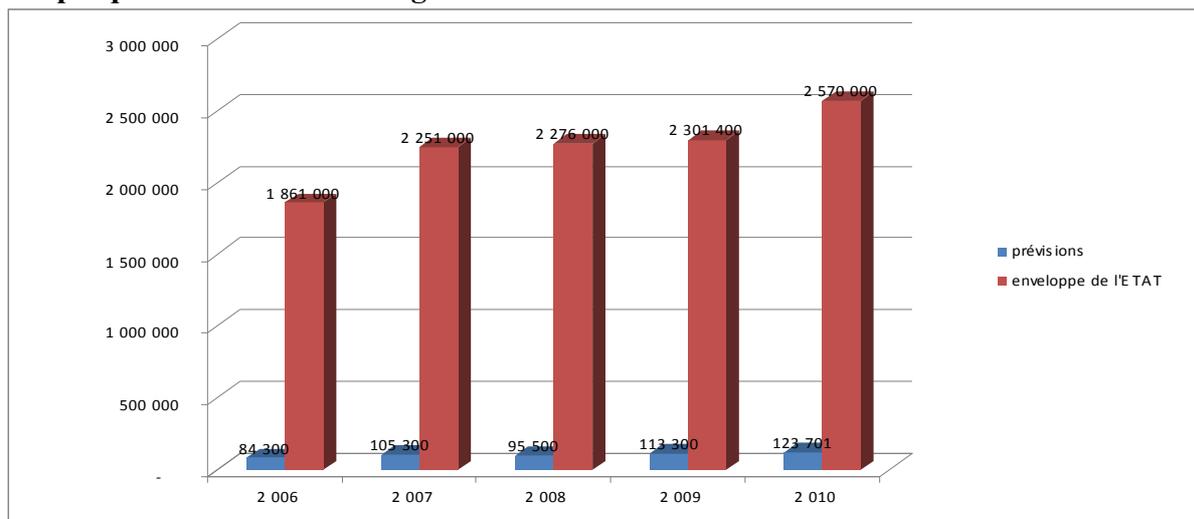
Au-delà de toutes les données structurelles et conjoncturelles qui caractérisent le financement de la santé au Cameroun, le financement de la santé de la mère et de l'enfant souffre d'un certain nombre de problèmes spécifiques, liés notamment au volume des financements ciblés sur ces domaines, à leur adéquation par rapport aux besoins, à leur prévisibilité et enfin à leur consolidation.

En effet, malgré le poids de morbidité et de la mortalité maternelle, la part globale de financement destinée à la santé de la mère et de l'enfant demeure largement insuffisante. Une analyse de la structure des dites ressources tend à établir un constat peu motivant, à savoir que la part des ressources internes allouées directement à la prise en charge des activités opérationnelles de santé de la mère et de l'enfant est très faible. Bien plus, la longueur et la lourdeur des procédures compromettent la mise à disposition efficace des liquidités

financières au niveau opérationnel. Il en découle une faible capacité de porter à échelle des expériences probantes testées avec succès dans des zones pilotes, et un soutien insuffisant aux interventions à haut impact, à l'image de la SASNIM.

Le Cameroun, qui est très engagé pour être au rendez-vous des OMD en 2015, a entrepris de réformes structurelles importantes, qui devraient améliorer sensiblement sa capacité à mobiliser, à allouer et à gérer les financements. Cette mutation va s'opérer à travers la mise en place du SWAp santé, officiellement lancé le 17 juin 2010, et l'admission, le 09 juillet 2010 à IHP+ plus, la mise en place du financement basé sur les résultats et d'un système de développement de la demande.

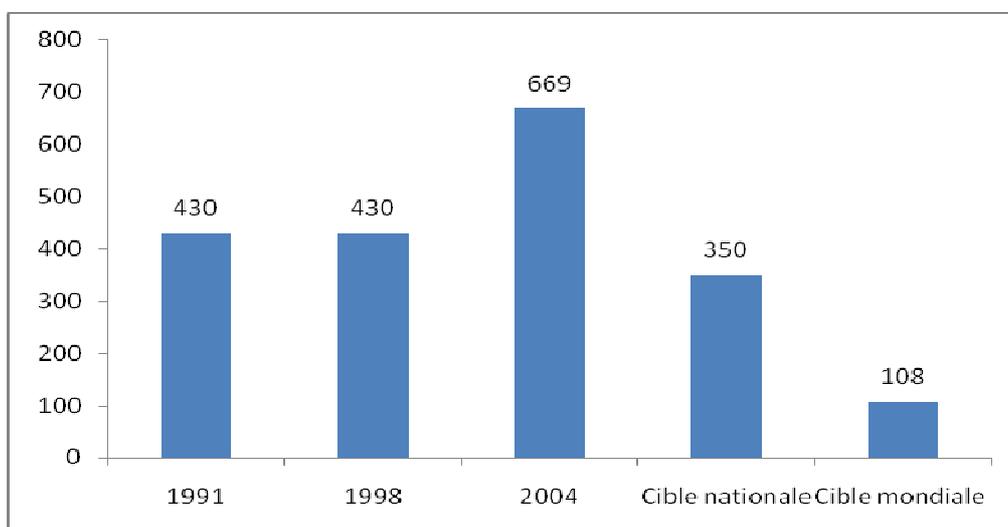
Graphique: Evolution du budget du MINSANTE au cours des 5 dernières années



6. Evaluation du gap pour l'atteinte de l'OMD 5 en 2015

L'examen du graphique ci-après révèle que le chemin est encore long pour l'atteinte de l'OMD 5. En effet, il était attendu un taux de mortalité maternelle de 350 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2015, or les évolutions actuelles montrent plutôt une dégradation de la situation. Le gap est donc énorme de près de 320 décès maternels à réduire.

Graphique : Evolution du taux de mortalité maternelle par rapport à la cible nationale et mondiale en 2015



7. Analyse de la mise en œuvre des interventions depuis 1990

Les actions entreprises ces dernières années en faveur de la santé, notamment les campagnes de vaccination gratuite des enfants, la lutte contre le paludisme, le VIH/SIDA et d'autres pathologies. Sur le paludisme, depuis quelques années, il a été mis en place un programme de gratuité du traitement pour les enfants de 0 à 15 ans et les femmes enceintes, la distribution gratuite des moustiquaires imprégnées. En matière du VIH/SIDA, outre le traitement gratuit des antirétroviraux, il sied de signaler, la gratuité du dépistage et des examens biologiques, la lutte contre la transmission du virus de la mère à l'enfant.

L'analyse de la mise en œuvre des interventions en faveur de la santé de la mère et de l'enfant fait ressortir ce qui suit :

Les forces

- Existence d'un plan stratégique de santé de la reproduction avec un volet vaccination assez performant offrant une gamme consistante de vaccins aux enfants et aux femmes y compris à travers l'organisation régulière des campagnes de vaccination ;
- Disponibilité des documents de formation en SONU, PTME, Technologie contraceptive, PCIME avec des pools régionaux de formateurs et des formations en cours ;
- Début de mise en œuvre de la PCIME avec un Groupe de Travail National. Un cours abrégé est en cours d'expérimentation ;
- Reprise de la formation des sages-femmes ;
- Existence d'un dispositif et d'outils à mobiliser pour le renforcement de la participation communautaire notamment les ONG et associations (y compris ceux travaillant avec d'autres départements ministériels) œuvrant dans le domaine de la SR, de promoteurs des mutuelles de santé et autres mécanismes de partage des coûts des soins, un guide du communicateur local en faveur de la santé maternelle et néonatale
- Existence d'agents relais communautaires

Des interventions efficaces pourraient permettre, en principe, de traiter la majorité des problèmes de santé de la mère et de l'enfant. En pratique, leur mise en œuvre se heurte à des obstacles importants qui doivent être levés pour que le pays puisse progresser en regard des objectifs du millénaire. Sans prétendre à l'exhaustivité, ces obstacles sont :

Les faiblesses

- Communication quasi inexistante, faible mobilisation et participation communautaire en faveur de la santé de la mère et de l'enfant ;
- Gestion inadéquate des intrants nécessaires pour les prestations notamment de CPNR, PCIME, PF, etc.
- Déficit qualitatif et quantitatif de la ressource humaine et carence de personnel formé en SONEU/PTME/PF/CPNR couplé à une insuffisance de suivi post formation.
- Organisation insatisfaisante du système de santé avec précarité des plateaux techniques, personnel insuffisant en quantité et qualité et réparti de manière peu

rationnelle, non mise en œuvre des protocoles harmonisés de soins, faible disponibilité de la césarienne et de la transfusion sanguine, un faible système de référence/évacuation et contre-référence et un système d'information sanitaire peu performant

- Insuffisance d'intégration dans la mise en œuvre des interventions, de coordination et suivi évaluation y compris la collecte de données y relatives
- Coûts élevés de la formation en cours d'emploi et non intégration des modules de formation en faveur du couple mère et enfant (SR/VIH),
- Gouvernance insatisfaisante et caractérisée par l'indiscipline et l'absentéisme de certains personnels au service, la corruption rampante dans les structures sanitaires, les détournements et le mauvais accueil des malades, ce qui freine considérablement la prise en charge des malades
- Accessibilité insuffisante aux services de qualité
- Insuffisance de financement pour la santé de la reproduction
- Verticalité de la mise en œuvre de la promotion de la santé dans les différents programmes du Ministère de la Santé Publique ;
- Non fonctionnalité de la plupart des structures de dialogue ;
- Faibles capacités des associations, ONG et OSC travaillant dans le domaine de la SR, liées souvent à une insuffisance institutionnelle et de compétences techniques ainsi qu'à leur coordination insuffisante, ce qui réduit leur représentativité et leur force de pression et de plaidoyer ;

Les opportunités:

- Volonté politique marquée
- Volonté affirmée d'appui des bailleurs
- Augmentation du nombre de facultés de médecine
- Reprise du recrutement du personnel de santé
- Intégration en cours des principaux programmes du Ministère de la Santé Publique dans les curricula de formation de base.

Les menaces :

- Croyances, barrières culturelles et religieuses
- Recours aux accoucheuses traditionnelles
- Offre informelle des services et soins
- Enclavement des zones rurales
- Pauvreté et analphabétisme d'une partie non négligeable de la population
- Démographie galopante

Défis et perspectives

Au regard des clichés ci-dessus présentés, comment accélérer l'atteinte des OMD 4 et 5?

Il faudrait trouver des solutions à l'insuffisance des ressources humaines qualifiées à travers le renforcement des capacités nationales, le changement de mentalités des acteurs nationaux et la réaffirmation de l'engagement politique en faveur des OMD.

L'amélioration de la santé des mères et des enfants demande des interventions exhaustives, globales et à fortes retombées au niveau des collectivités et tout au long du continuum de soins : période prénatale, grossesse, accouchement, période postnatale et petite enfance.

L'initiative englobe entre autres les soins prénataux et postnataux; l'accouchement assisté; la planification familiale volontaire; l'éducation sanitaire; le traitement et la prévention des maladies; la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant; la vaccination; la nutrition de base; et des interventions utiles en lien avec l'approvisionnement en eau potable et l'assainissement.

Les actions à entreprendre vont de la planification familiale et de la réalisation des accouchements dans de bonnes conditions de sécurité à l'élargissement de l'accès aux vaccins ou aux traitements contre le VIH et le sida, le paludisme, la tuberculose, la pneumonie et d'autres maladies négligées.

CONCLUSION

Dans la situation actuelle, l'insuffisance des ressources financières ne constitue pas la seule entrave à la réalisation des OMD, il faudrait une approche équitable, basée sur les droits humains, qui cible les plus vulnérables, une volonté politique affirmée, des politiques sectorielles hardies notamment des réformes dans le secteur de l'éducation et de la santé, le renforcement des capacités techniques et institutionnelles.

Des interventions efficaces pourraient permettre, en principe, de traiter la majorité des problèmes de santé de la mère et de l'enfant. En pratique, leur mise en œuvre se heurte à des obstacles importants qui doivent être levés pour que le pays puisse progresser en regard des objectifs du millénaire. Une lueur d'espoir est l'élaboration récente (2010) d'une stratégie campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et infantile. La mise en œuvre rigoureuse de cette stratégie serait un déclencheur de la réduction du niveau de mortalité.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ONU, Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant

Ministère de la Santé du Maroc (2011), «Réduire la mortalité maternelle au Maroc : partager l'expérience et soutenir le progrès»,

Ministère de la Santé Publique du Cameroun (2011), «étude sur la disponibilité, l'utilisation et la qualité des soins obstétricaux néonataux d'urgence au Cameroun en 2010 »

Ministère de la Santé Publique du Cameroun (2011), plan stratégique CARMMA 2011

Institut National de la Statistique du Cameroun (2008), Rapport national de progrès des Objectifs du millénaire pour le développement

BUREAU CENTRAL DES RECENSEMENTS ET DES ETUDES DE POPULATION (2010), Troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitat, Rapport de présentation des résultats définitifs, 68 p.

MAINE D., BAILEY P., LOBIS S., POTTS J., FORTNEY J. (2009), Lignes directrices pour la surveillance de la disponibilité et de l'utilisation des services obstétricaux : Manuel révisé, AMDD, 94 p.

Institut Nationale de la Statistique (INS) [Cameroun] et ORC Macro (1998), Deuxième Enquête Démographique et de Santé Cameroun, 240 p.

INSTITUT NATIONALE DE LA STATISTIQUE [Cameroun] et ORC Macro (2004), Troisième Enquête Démographique et de Santé Cameroun, 324 p.

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE (2006), Programme National de Santé de la Reproduction 2005 – 2010, 157 p.

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE (2009), Stratégie Sectorielle de Santé : 2001 - 2015, 110 p.

MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE (2010), Analyse de la situation des ressources humaines au Cameroun

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE, UNFPA (2001), Evaluation de la disponibilité, de l'utilisation et de la qualité des soins obstétricaux d'urgence dans cinq provinces du Cameroun, Rapport final, 58p.

OMS (1999), Réduire la mortalité maternelle: Déclaration commune OMS/FNUAP/UNICEF/Banque mondiale, 45p.

OMS (2009), Statistiques Sanitaires Mondiales, 149p.

UNFPA (2003), Pour une maternité sans risque en Afrique de l'Ouest : l'utilisation des indicateurs pour programmer les résultats, 36p.

WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank (2010), Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008, 55 p.

Site Internet

www.oms (communiqué de presse du 12 octobre 2007)