INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE

NOTE DE POLITIQUE

ANALYSE DES FACTEURS EXPLICATIFS DE L'ASSISTANCE À L'ACCOUCHEMENT PAR UN PERSONNEL DE SANTÉ FORMÉ



POUR UNE ACCÉLÉRATION DE LA RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ MATERNELLE

Août 2020

UNFPA

NOTE DE POLITIQUE

Analyse des facteurs explicatifs de l'assistance à l'accouchement par un personnel de santé formé : pour une accélération de la réduction de la mortalité maternelle

Août 2020

NOTE DE POLITIQUE

Analyse des facteurs explicatifs de l'assistance à l'accouchement par un personnel de santé formé: pour une accélération de la réduction de la mortalité maternelle

Cette note de politique vise à présenter les facteurs explicatifs de l'accouchement assisté par un personnel de santé formé dans la perspective de l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle. Les données des Enquêtes Démographiques et de Santé au Cameroun (EDSC) de 1991 à 2018 montrent qu'il existe une tendance à la hausse de la proportion d'accouchements assistés par un personnel de santé formé. Cependant, les femmes du milieu rural, celles du groupe d'âges 35-49 ans, celles ayant un bas niveau d'instruction, pauvres, multipares et n'allant pas aux visites prénatales bénéficient moins de l'assistance par un personnel formé pendant leur accouchement. Il se dégage de l'analyse explicative que le lieu d'accouchement, la région d'enquête, le niveau de bien-être économique du ménage et le nombre de visites prénatales sont les déterminants constants sur la période d'étude de l'accouchement assisté par un personnel de santé formé. En conséquence, la sensibilisation accrue et l'augmentation des conditions de vie de ces femmes sont entre autres les éléments fondamentaux pouvant renforcer davantage les accouchements assistés par un personnel de santé et partant, la réduction de la mortalité maternelle au Cameroun.

I. INTRODUCTION

La mortalité maternelle est définie, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), comme « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, qu'elles qu'en soient la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé, mais ni accidentelle ni fortuite ».Estimé à 406 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes sur la période de sept ans précédant l'EDSC-V de 2018 (INS, 2020), le rapport de mortalité maternelle au Cameroun reste très élevé par rapport à la cible de 70 pour 100 000 fixée par les Objectifs pour le Développement Durable (ODD) à l'horizon 2030. Par ailleurs, le rapport

de mortalité liée à la grossesse[1]e, indicateur proxy calculé par le programme DHS et utilisé jusqu'ici pour mesurer le niveau et les tendances de la mortalité maternelle, est resté élevé et sur une pente ascendante pendant plusieurs décennies au Cameroun. Cette situation est particulièrement révélatrice de la précarité de la condition féminine notamment, des insuffisances dans l'accès des femmes aux soins de santé et de la façon dont le système de santé répond à leurs besoins. Elle est tributaire principalement des facteurs directs tels que planification familiale, la consultation prénatale, le service d'accouchement, l'assistance à l'accouchement par un personnel qualifié, l'accès aux soins obstétricaux d'urgence et les soins postnatals (Diallo J. P., 2001; OMS/FNUAP/UNICEF/Banque mondiale, 1999), sans en négliger les facteurs indirects notamment sociodémographiques, économiques, environnementaux ou administratifs (Diallo J. P., 2001 ; OMS/FNUAP/ UNICEF/Banque mondiale, 1999).

Conscients de la situation, les pouvoirs publics, avec l'appui des partenaires au développement et plus particulièrement de l'UNFPA, ont pris de nombreuses mesures et actions ayant permis de réduire de 40% le rapport de mortalité maternelle liée à la grossesse entre les périodes 2004-2011 et 2011-2018. Ces mesures et actions étaient axées sur les facteurs directs, notamment les trois piliers que sont (i)la planification familiale ; (ii) le suivi de la grossesse et accouchements assistés par un personnel de santé formé, (iii) les soins obstétricaux d'urgence.

Il est question de rester dans cette dynamique de baisse du niveau de la mortalité maternelle, en continuant d'agir sur ces piliers, en mettant l'accent sur les facteurs explicatifs de l'assistance à l'accouchement par un personnel de santé formé qui, avec la consultation prénatale en constituent les piliers principaux selon la Stratégie Sectorielle de Santé de 2016- 2027. Par ailleurs, il est estimé que près de 80% des décès maternels sont directement imputables à plusieurs causes notamment l'hémorragie, les dystocies, les infections du postpartum et la pré- éclampsie/éclampsie, etc. (CARMMA_2011- 2013) qui, la plupart du temps, peuvent être traitées par un personnel de santé formé dans un centre de santé.

Les déterminants identifiés permettront au Gouvernement, avec l'appui des partenaires au développement, de continuer à promouvoir l'assistance à l'accouchement par un personnel formé, afin de pérenniser la baisse du

[1] *Il s'agit du décès d'une femme pendant la grossesse ou l'accouchement ou qui se produit dans les deux mois qui suivent l'accouchement ou la fin de la grossesse, quelle que soit la cause du décès*

niveau de mortalité maternelle au Cameroun en vue d'atteindre la cible 3.1 des ODD.

II. METHODOLOGIE

Les données utilisées dans le cadre de cette étude sont issues de la série des cinq Enquêtes Démographiques et de Santé du Cameroun réalisées de 1991 à 2018.Les résultats de ces enquêtes réalisées auprès des ménages sont représentatifs à la fois au niveau national, par région et par milieu de résidence, sauf en ce qui concerne la mortalité maternelle qui est mesurée uniquement au niveau national. Les tailles des échantillons varient d'environ 3500 en 1991 à 15 000 ménages en 2011 ; dans chaque ménage échantillon, toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans sont enquêtées. Cette note repose sur les analyses descriptives et explicatives des données collectées en ce qui concerne l'assistance à l'accouchement. De prime abord, elles consistent à présenter l'évolution de l'accouchement assisté par un personnel de santé formé de 1991 à 2018 suivant certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques. Par la suite, est présentée l'évolution des déterminants de l'accouchement assisté par un personnel de santé, identifiés à l'aide du modèle de régression logistique à partir des données de chaque enquête.

III. RESULTATS

1. Evolution de l'accouchement assisté par un personnel de santé formé suivant certaines caractéristiques

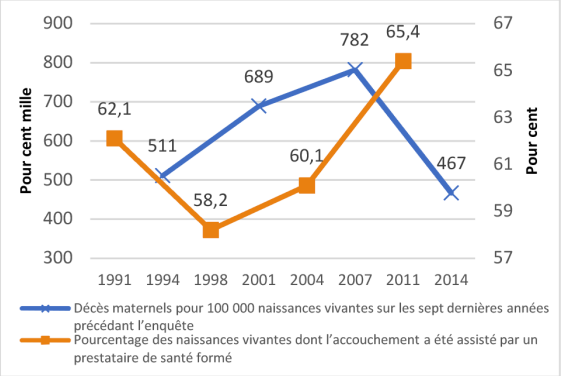
Une tendance à la hausse de la proportion d'accouchements assistés par un personnel de santé formé

Après avoir connu une baisse de 1991 (62,1%) à 1998 (58,2%), le pourcentage des naissances vivantes ayant eu lieu au cours des 3 années précédant l'enquête et dont l'accouchement a été assisté par un personnel de santé formé a augmenté de façon régulière pour atteindre 60,1% en 2004, 65,4% en 2011 et 69,8% en 2018.

L'évolution des deux indicateurs présentés dans le graphique 1 semble révéler une relation un peu ambiguë. Cette ambiguïté peut s'expliquer par le délai de retard avec lequel l'assistance à l'accouchement impacte la mortalité maternelle. En prenant en compte ce délai de retard, les deux indicateurs évolueraient en sens contraire. En d'autres termes, si on augmente le taux d'assistance à l'accouchement, la réduction du rapport

de mortalité maternelle ne se fera pas immédiatement. Pour l'infléchir et la faire baisser, il faudrait une augmentation importante et soutenue du taux d'accouchement assisté et que son niveau dépasse un certain seuil.

***Graphique 1** : Rapport de mortalité liée à la grossesse et taux d'assistance à l'accouchement par un personnel de santé formé*



Les mères âgées de 35-49 ans sont les plus réticentes à se faire assister par un personnel formé durant l'accouchement ?

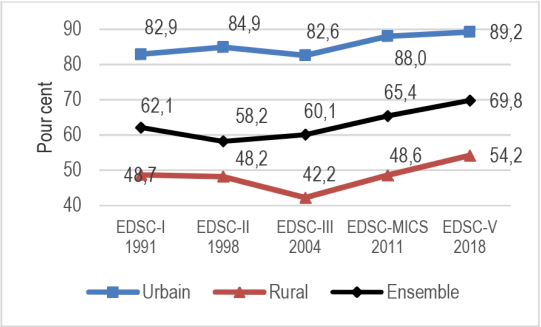
De 1991 à 1998, on observe une baisse du taux d'accouchement assisté par un personnel formé pour tous les groupes d'âges, suivie d'une augmentation continue jusqu'en 2018.Le groupe d'âges 35-49 ans est celui dont la couverture de l'assistance à l'accouchement enregistre les taux les plus bas.

Le milieu rural est toujours à la traine pour ce qui est de l'assistance durant l'accouchement par un personnel de santé formé.

Pour chacune des cinq années considérées dans l'analyse, le pourcentage de naissances vivantes des trois dernières années avant l'enquête dont l'accouchement a été assisté est nettement plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural. Les écarts sont restés quasi stables dans le temps.

***Graphique 2** : Proportion des naissances vivantes dont l'accouchement a été assisté par un personnel de santé formé suivant le milieu de résidence*

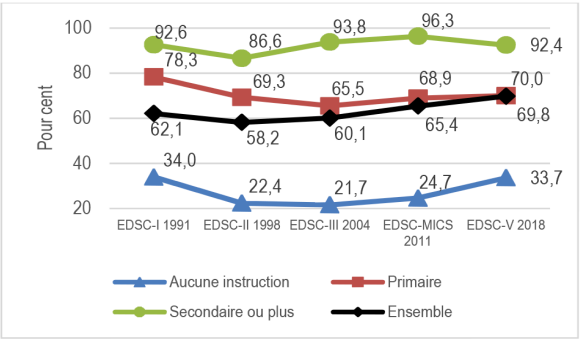
de la mère



Les femmes peu instruites sont moins favorables à se faire assister par un personnel formé durant l'accouchement ?

Le pourcentage des naissances assistées par un personnel de santé formé croît avec le niveau d'instruction de la mère. Les écarts en termes de proportion d'accouchements assistés par un personnel formé entre les mères de niveau secondaire ou plus et celles de niveau inférieur se sont creusés de 1998 à 2011 avant de se resserrer en 2018.

***Graphique 3** : Proportion des naissances vivantes dont l'accouchement a été assisté par un personnel de santé formé suivant le niveau d'instruction de la mère*



Les naissances supplémentaires chez les mères seraient associées au faible niveau de recours à l'assistance des naissances par un personnel de santé formé

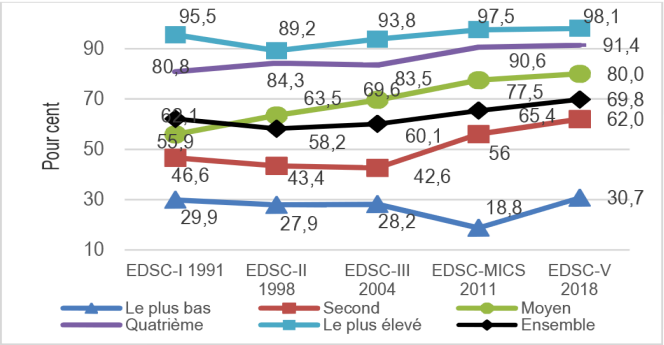
Le pourcentage d'accouchements assistés par un personnel de santé formé tend à baisser lorsque le rang de naissance est élevé. Les écarts les

plus importants sont observés en 2011 où 78,8 % des naissances de rang 1 ont été assistées contre seulement 46,7 % pour celles de rang 6 ou plus.

La pauvreté serait défavorable à l'assistance à l'accouchement par un personnel formé

Le pourcentage des naissances dont l'accouchement a été assisté par un personnel de santé formé croît avec le quintile de bien- être du ménage dans lequel vit la mère.

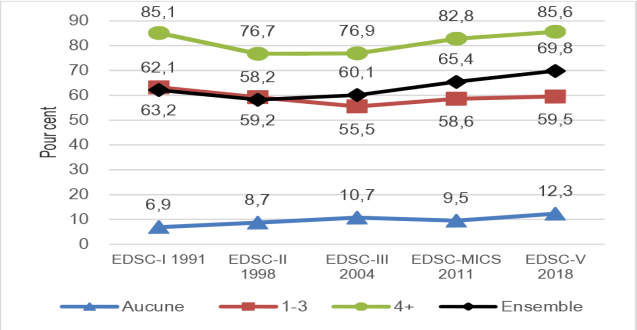
***Graphique 4** : Proportion des naissances vivantes dont l'accouchement a été assisté par un personnel de santé formé suivant le quintile de bien-être du ménage*



Le nombre de visites prénatales semble demeurer dans le temps un facteur influençant l'assistance à l'accouchement par un personnel formé.

Quelle que soit l'année d'enquête considérée, le risque d'avoir un accouchement assisté augmenterait avec le nombre de visites prénatales. Pour les femmes qui ont eu au moins quatre visites prénatales, la proportion de celles dont le dernier accouchement a été assisté par un personnel de santé formé évolue de façon mitigée : elle baisse de 1991 à 1998, est quasi stable de 1998 à 2004, et augmente de 2004 à 2011, puis de 2011 à 2018.

***Graphique 5** : Proportion des naissances vivantes dont l'accouchement a été assisté par un personnel de santé formé suivant le nombre de visites prénatales*



La formation sanitaire comme lieu par excellence de l'assistance à l'accouchement par un personnel formé

De 1991 à 2018, lorsque l'accouchement a lieu dans un centre de santé, la quasi-totalité est assistée par un personnel de santé formé. Ainsi, la réduction de la mortalité maternelle passerait une systématisation des accouchements dans les formations sanitaires

1. Evolution des déterminants de l'accouchement assisté par un personnel de santé formé

Des résultats découlant de la mise en œuvre des modèles de régression logistique, il ressort que, dans l'ensemble, les variables qui déterminent l'accouchement par un personnel de santé formé sont : le lieu de l'accouchement, la région d'enquête, le nombre de visites prénatales et le niveau de vie du ménage. Il est aussi à relever que l'âge de la mère à la naissance, en dehors de 2004, apparait déterminant de l'accouchement par un personnel de santé formé pour les autres années. En 1991, seuls le lieu de l'accouchement et le niveau de vie du ménage sont déterminants.

IV. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Au terme de l'analyse, il se dégage les constats présentés ci-après, lesquels permettent de suggérer des recommandations de politique.

Constat n°1 : Dans l'ensemble, les chances d'avoir un accouchement assisté par un personnel de santé formé sont nettement plus élevées

lorsque l'accouchement a lieu dans une formation sanitaire qu'ailleurs.

Constat n°2: Plus le nombre de visites prénatales augmente, plus les chances sont élevées pour la femme d'avoir un accouchement assisté par un personnel de santé formé. Ainsi la multiplication des visites prénatales encouragerait les femmes à accoucher dans un centre où elle pourrait être assistée par un personnel de santé formé.

Recommandation n°1: Sensibiliser davantage les femmes et leurs partenaires d'une part aux bienfaits des visites prénatales en cas de grossesse, et d'autre part à se faire accoucher dans les formations sanitaires.

Constat n°3: Les régions septentrionales à savoir l'Extrême-Nord, le Nord et l'Adamaoua, ainsi que celle de l'Est, sont celles ayant les plus faibles pourcentages d'accouchements assistés par un personnel de santé formé. Ceci serait dû à des insuffisances en termes d'offre des soins obstétricaux et à une faible utilisation des formations sanitaires par les populations.

Constat n°4: Les chances d'avoir une naissance dont l'accouchement est assisté par un personnel de santé formé augmentent avec le niveau de bien-être du ménage. Ce résultat traduit des inégalités en termes d'accès aux soins obstétricaux suivant le statut de pauvreté ; ces inégalités pouvant être d'ordre financier ou liées à l'accessibilité géographique.

Recommandation n°2: En plus des mesures de sensibilisation, prendre d'autres mesures spécifiques pour réduire les inégalités d'accès aux soins obstétricaux notamment dans la prise en charge des femmes lors de la grossesse et de l'accouchement, particulièrement dans les régions septentrionales et dans la région de l'Est, en réduisant ou en subventionnant par exemple les coûts d'accès aux services et en rapprochant davantage les services et centres de santé des populations.

Constat n°5: Il n'est pas possible avec des enquêtes classiques de type EDS portant sur un échantillon limité de ménages de produire des estimations de la mortalité maternelle par une méthode directe de calcul ni au niveau infranational. Cette lacune empêche de mesurer l'ampleur et l'évolution de ce phénomène ainsi que de déterminer ses facteurs explicatifs à un niveau désagrégé comme celui des régions.

Recommandation n°3 : Rechercher et mobiliser des moyens pour réaliser auprès d'un gros échantillon de ménages une enquête spécifique sur la mortalité maternelle afin de la mesurer et d'en étudier les déterminants jusqu'au niveau régional au moins.

REFERENCES

- Balépa, M., M. Fotso, et B. Barrère. 1992. *Enquêtes Démographiques et de Santé, Cameroun 1991.*Columbia, Maryland, U.S.A. : Direction Nationale du deuxième Recensement Général de la Population et de l'Habitat [Cameroun] et Macro International Inc.
- Dr Diallo J. P. (2001) -« Détermination par l'autopsie verbale des causes de la mortalité chez les femmes en âge de procréer à Niakhar (Fatick) de 1986-1997 ». Thèse de médecine, UCAD, Dakar.
- Every Newborn, An Executive Summary for The Lancet's Series. May 2014.
- Fotso, M., R. Ndonou, P. R. Libité, M. Tsafack, R. Wakou, A. Ghapoutsa, S. Kamga, P. Kemgo, M. K. Fankam, A. Kamdoum et B. Barrère. 1999. *Enquête Démographique et de Santé, Cameroun 1998.*Calverton,
- Maryland, U.S.A. : Bureau Central des Recensements et des Études de Population et Macro International Inc.
- Institut National de la Statistique (INS). 2020.*Document de travail : Analyse des facteurs explicatifs de l'assistance a l'accouchement par un personnel de santé formé: pour une accélération de la réduction de la mortalité maternelle.*
- Institut National de la Statistique (INS) et ORC Macro. 2004. *Enquête Démographique et de Santé du Cameroun 2004.*Calverton, Maryland, USA : INS et ORC Macro
- Institut National de la Statistique (INS) et ORC Macro. 2011. *Enquête Démographique et de Santé et à indicateurs Multiples du Cameroun 2011.*Calverton, Maryland, USA : INS et ORC Macro.
- Institut National de la Statistique (INS), et ICF. 2019. *Enquête Démographique et de Santé du Cameroun 2018. Indicateurs Clés.*Yaoundé, Cameroun, et Rockville, Maryland, USA : INS et ICF.
- Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, Vol 31, N°1 - février 2002, pp 90-99 *Santé maternelle en Afrique francophone*.
- Ministère de la Santé Publique (MINSANTE). 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 (MINSANTE). 2014. *Plan opérationnel de planification familiale au Cameroun 2015-2020.* Yaoundé.
- Ministère de la Santé Publique (MINSANTE). 2014. *Plan Stratégique National de la Santé de Reproduction, Maternelle, Néonatale et Infantile PSN/SRMNI Cameroun 2014-2020.* Yaoundé.
- Ministère de la Santé Publique (MINSANTE). 2014. *Planification familiale, Plan opérationnel du Cameroun 2015-2020.* Yaoundé.
- Ministère de la Santé Publique (MINSANTÉ). 2016.
- *Stratégie Sectorielle de la Santé 2016- 2027.* Yaoundé.
- Ministère de la Santé Publique (MINSANTE). 2015. *Plan stratégique intégré de communication en SRMNI au Cameroun 2016-2021.* Yaoundé.
- Ministère de la Santé Publique (MINSANTE). 2015. *Directives technique de surveillance*

*des décès maternels, périnataux et riposte ; de la stratégie sectorielle de la santé 2016-2027 au Cameroun.*Yaoundé.

- Nour N. 2008. *An Introduction to Maternal Mortality.Reviews in Obstetrics & Gynecology.*1:77–81.
- OCDE (2017), *« Durée moyenne de séjour à l'hôpital », dans Healthat a Glance 2017* : OECD Indicators, Éditions OCDE, Paris.
- OMS/FNUAP/UNICEF/Banque mondiale. (1999) - Réduire la mortalité maternelle : Déclaration commune des agences de l'ONU. Genève.http:// www.who.int/reproductivehealth/publications/mortalite_ maternelle/mortalité.
- Organisation Mondiale de la Santé, Novembre 2016 *Les femmes enceintes doivent pouvoir bénéficier des soins adaptés au bon moment, Communiqué presse*.
- Organisation mondiale de la Santé, 2007 Mortalité maternelle en 2005. Estimations établies par l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP et la Banque mondiale. Genève

Equipe technique de rédaction

Supervision générale

1. Tedou Joseph, DG/INS
2. She Etoundi Joseph Guy B, DGA/INS

Coordination Technique

1. Libite Paul Roger, *Chef de Département, DDS/INS*
2. Dzossa Anaclet Désiré, *Chef de Division, DDS/INS*
3. Souaibou Moussa, *Chargé d'Etudes, DDS/INS*

Exploitation des données

1. Ndeffo Gouope Guy F., *Chef de Division, DIN/INS*
2. Tchoudja Victorien, *Chargé d'Etudes, DIN/INS*
3. Tchakoute Ngoho Romain, *Chargé d'Etudes, DIN/INS*

Rédaction

1. Dzossa Anaclet Désiré, *Chef de Division, DDS/INS*
2. Ngono Ghislaine, *Chargée d'Etudes, DDS/INS*
3. Tchamgoue Honore, *Chargé d'Etudes, DDS/INS*
4. Mme Mezoe Rose C. épse Pandong, *Chargée d'Etudes/INS, A-R/LT*

Relecture

1. Dzossa Anaclet Désiré, *Chef de Division, DDS/INS*
2. Libite Paul Roger, *Chef de Département, DDS/INS*
3. Souaibou Moussa, *Chargé d'Etudes, DDS/INS*
4. Tatsinkou Christophe, *Chargé d'Etudes, INS*
5. Kouam Félix, *Spécialiste en Suivi-Evaluation, UNFPA*





P. O. Box 134 Yaounde - Cameroon
Tel: (237) 222 22 04 45
Fax: (237) 222 23 24 37
Website: ins-cameroun.cm