

Education de la femme et demande de soins de santé maternelle au Cameroun

Yves André Abessolo

Université de Maroua-Cameroun

Judith Ndada Mangoua

Doctorant Université de Maroua-Cameroun

Résumé

Le système de santé au Cameroun est caractérisé par une précarité grandissante. Cette situation augmente le taux de mortalité au sein de la population vulnérable. L'objectif de cette étude est de montrer le lien qui existe entre l'éducation de la femme et la demande des soins de santé maternelle. Basée sur les données des Enquêtes Démographiques et de Santé du Cameroun (EDS Cameroun 2004 et 2011), cette étude s'appuie sur l'analyse de décomposition simple pour l'explication et la compréhension de ce lien. Les résultats obtenus montrent qu'entre 2004 et 2011, la proportion des femmes ayant reçu les soins de santé prénatals a baissé de 3%, la proportion des femmes ayant été assistée à l'accouchement entre 2004 et 2011 a légèrement diminué de 4%, alors que la proportion des femmes ayant reçus les soins postnatals a augmenté de 8%.

Mots clés : Education, demande des soins de santé maternelle, Cameroun

Introduction

La santé constitue au même titre que l'éducation, une composante du capital humain ¹ et donc un facteur de productivité. Les individus en bonne santé ont une capacité de production élevée. Ce qui entraîne un accroissement de la productivité et des revenus. Cette croissance augmente les moyens financiers qui peuvent être alloués pour la prévention, l'éducation etc. La santé est au centre des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) donc trois concernent directement la santé². Aujourd'hui, les OMD sont remplacés par les objectifs de développement durable (ODD) qui sont encore plus ambitieux. Le domaine des OMD qui n'a pas progressé est la santé maternelle dont les statistiques disponibles sont très différentes entre les pays. La majorité des pays à « faible revenu » se trouve en Afrique subsaharienne. La mortalité maternelle y est très élevée et ne baisse que doucement. Le rythme de baisse de la mortalité maternelle dans la région Africaine reste bas : 1,7% en moyenne par an entre 1990 et 2008. Ce qui correspond à un taux de mortalité de 620 pour 100000 naissances en 2008 (OMS, 2011). Le taux de décès maternels est estimé à environ 32% en Afrique en 2015. Cette hausse de la mortalité maternelle suscite de s'interroger sur ses fondements. D'où la question quel est l'effet de l'éducation de la femme sur la tendance de demande des soins de santé maternelle ?

Pour analyser cette question, les données proviennent des Enquêtes Démographique et de Santé (EDS) réalisées au Cameroun. Cet article décrit le contexte de l'étude et son adéquation avec la présente étude, les perspectives théoriques sur la demande des soins de santé maternelle, les méthodes, les données utilisées et les principaux résultats.

1. Contexte de l'étude

A l'image des autres pays en développement, le Cameroun n'échappe pas à la situation sanitaire évoquée. La crise économique dont les effets sont ressentis depuis le milieu des années 80 a eu des répercussions sur la santé des populations. L'espérance de vie à la naissance a baissé, la durée moyenne de scolarisation de six années, le revenu national brut par habitant (RNB) de 3,315\$. A partir de ces données, l'Indice de Développement Humain a été évalué à 0,556. Le Cameroun se trouve parmi les pays à moyen IDH, classé 151 sur 189 pays (PNUD, 2017). La mortalité maternelle et néonatale reste élevée. En effet, le taux de mortalité maternelle (MM) a augmenté considérablement au cours des dix dernières années. Au Cameroun, une femme meure en donnant la vie toutes les deux heures. Le drame est que 50% de ces décès maternels se retrouvent chez les adolescentes surtout en cas de grossesses précoces. Ces décès sont plus importantes dans les régions où il y'a un retard dans l'accès aux

¹ « L'insuffisance de progrès en matière de santé dans les pays sous-développés doit être préoccupante. Le rôle du capital humain a été reconnu comme indispensable à la croissance économique. Une bonne santé valorise le capital humain et améliore par conséquent la productivité économique des individus et ainsi le taux de croissance économique de l'ensemble du pays. Une meilleure santé accroît la productivité de la main-d'œuvre, aussi bien qualifiée que non qualifiée, en améliorant ses capacités physiques et mentales générales comme la vigueur, le fonctionnement cognitif et l'aptitude au raisonnement, et en réduisant les cas de maladie et d'incapacité. » (Banque mondiale, 2013).

² OMD 4 : réduire les deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans ; OMD 5 : réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015 le taux de mortalité maternelle ; OMD 6 : combattre le Sida, le paludisme, la tuberculose et les autres maladies.

soins de qualité ; et où les femmes ont moins de chances de bénéficier des soins par un personnel qualifié pendant l'accouchement et après l'accouchement. En effet, le taux d'utilisation des services de soins de santé maternelle est faible dans les régions du Nord et de l'Extrême-Nord (59%) et dans les zones rurales. Les facteurs de risques de la mortalité maternelle sont entre autres la qualité de suivie de la grossesse ou encore le faible niveau d'éducation etc.

Le Cameroun souffre encore de plusieurs maux qui empêchent un véritable décollage économique et une baisse sensible de la pauvreté. Parmi lesquels l'accès aux soins de santé maternelle. La santé maternelle constitue un problème majeur de santé publique dans les pays en voie de développement et notamment au Cameroun. Ce problème est à l'origine de la mortalité des femmes et des enfants à un niveau élevé. Le constat de la mortalité maternelle et infantile peut en partie être expliqué par la non prise en compte des facteurs sociaux, économiques, démographiques et comportementaux. A cela s'ajoute les problèmes infrastructurels qui accroissent les défaillances des structures de santé. Il est donc impératif à mettre en œuvre les actions qui puissent d'une part dynamiser l'accès des femmes à un service de santé de qualité et d'autre part assurer une gestion efficace/efficiente des ressources. Pour ce faire, il faut au préalable connaître les facteurs qui empêchent les femmes d'aller consulter. La compréhension de ces facteurs permet par exemple de désigner les canaux par lesquels les autorités peuvent agir pour réduire la mortalité maternelle et infantile par l'entremise des politiques publiques. Il existe d'autres perspectives de la mortalité maternelle : l'information et l'éducation. L'éducation des jeunes filles est très important pour préserver la santé maternelle et plus tard la santé des enfants. « Lorsqu'une fille est éduquée, elle se marie tard, a moins d'enfants et espace systématiquement leur naissance ; elle cherche les soins médicaux plus tôt pour elle-même et ses enfants, augmente la probabilité de survie de ses enfants, améliore leur éducation et son taux de fécondité est plus faible. » (UNDP, 2003). L'éducation des femmes joue un rôle important dans la demande des soins de santé maternelle.

2. Les perspectives théoriques sur la demande des soins de santé maternelle

Dans la littérature, trois groupes d'approches concourent à l'explication de la demande services de soin de santé maternelle. Il s'agit de l'approche basée sur l'offre des soins en l'occurrence l'approche biomédicale ; l'approche basée sur la demande des soins en l'occurrence l'approche économique, l'approche socioculturelle, l'approche démographique ; enfin des approches intégrant l'offre et la demande des soins en l'occurrence les modèles d'Andersen (1973), de Dujardin et de Fournier/ Haddad. Cette étude est basée sur l'approche économique

Helka et Wheat (1985) soutiennent que du point de vue du patient, c'est-à-dire de la demande des soins, les facteurs qui influencent l'utilisation des services peuvent être regroupées en cinq grandes catégories : l'état de santé et les besoins de santé, les caractéristiques démographiques du patient, la disponibilité du professionnel de santé, les mécanismes de financement du recours aux soins, et les caractéristiques organisationnelles des services de santé. En effet, les études sur la demande des services de santé maternelle ont montré l'importance des caractéristiques des services de santé dans la détermination de l'amélioration de l'utilisation (Becker et al. 1993 ; Develay et al. 1996 ; Magadi et al. 2000). Donc augmenter la disponibilité des professionnels de santé et l'accessibilité aux services de santé améliore son utilisation (Elo, 1992 ; Rosenzweig et Shultz, 1982). Deux facteurs importants : le prix et la qualité sont susceptibles d'affecter la demande des services de santé surtout parmi

les plus pauvres (Manley, 2007 ; Sahn et al. 2002 ; Locay and Sanderson, 1987). En outre, dans une étude réalisée sur les déterminants de la demande des soins de santé, (Havemann et al. 2002) ont montré qu'un individu malade a la possibilité de choisir plusieurs hôpitaux ; mais l'individu rationnel choisira les soins qui maximiseront son utilité. Cependant, d'autres études montrent que la recherche des soins de santé maternelle dépend non seulement des caractéristiques organisationnelles, mais aussi des caractéristiques socioéconomiques et du niveau d'éducation. Le niveau d'instruction joue un rôle très important dans l'accès aux soins de santé (Mbacke & Van de Walle, 1987).

Dans la littérature, l'éducation a été vue comme ayant un effet positif sur la demande des services de soins de santé maternelle (Becker et al. 1993 ; Addai, 2000, Mekonnen et Mekonnen, 2003, Chakraborty et al. 2003). La littérature suggère aussi que l'éducation des femmes joue un rôle très important sur l'équilibre du pouvoir dans le ménage ; dans la prise de décision et l'allocation des ressources (Castle, 1993 ; Caldwell, 1979) ; par conséquent modifie la croyance des femmes à propos des causes de la maladie et influence alors la demande des soins de santé moderne (Caldwell, 1979). L'éducation augmente la connaissance des femmes sur les facilités de soins de santé moderne et influence également l'importance qu'elle donne à la demande des services de soins de santé moderne. Même un faible niveau d'éducation est bénéfique pour la santé (Cochrane et al. 1980). L'éducation est associée avec la connaissance, l'imitation et la capacité à manipuler l'environnement social. Les plus éduqués sont plus disposés que les moins éduqués à adopter les comportements innovateurs et à se séparer des pratiques traditionnelles (Caldwell, 1979). Barrera (1990) trouve que l'accès aux services de soins de santé bénéficie plus aux enfants des femmes éduquées qu'aux enfants des femmes moins éduquées.

Les études dans les pays en développement ont montré qu'un niveau d'éducation maternelle élevé affecte la demande des services de santé maternelle et infantile (Niraula, 1994, Caldwell, 1982). Le niveau d'éducation des femmes a un impact important sur l'accès et l'utilisation des services de santé maternelle ; Par conséquent, l'amélioration de l'opportunité de l'éducation pour la femme peut avoir un grand impact sur l'augmentation de l'utilisation de tels services (Elo, 1992). L'éducation augmente l'autonomie féminine afin que les femmes développent une grande confiance et capacités de prendre des décisions concernant leur propre santé (Raghupathy, 1996). Les femmes cultivées recherchent aussi la plus haute qualité de service et ont une grande habileté à utiliser les inputs de soins de santé pour produire les meilleurs soins. Il affirme que les femmes cultivées sont plus informées des problèmes de santé, ont plus de connaissance au sujet de la disponibilité des services de soins médicaux, et utilisent effectivement plus ces informations pour maintenir et accomplir le bon statut de santé.

3. Méthodologie

La méthode de décomposition simple est utilisée pour analyser l'effet de l'éducation de la femme sur les tendances de demande des soins de santé maternelle au Cameroun. La variable indépendante est le niveau d'éducation de la femme et la variable dépendante est la santé maternelle c'est-à-dire les soins prénatals, les soins à l'accouchement et les soins postnatals.

4. Résultats

Le **tableau n°1** en annexe montre que la proportion des femmes ayant reçu les soins de santé prénatals entre 2004 et 2011 a baissé de 3%. Par ailleurs, la variation de l'effet de

composition entre 2004 et 2011 selon le niveau d'instruction des femmes a fait augmenter la proportion des femmes sur cette même période 129,89% par contre l'effet de comportement (sensibilisation, connaissance acquise, l'information) a fait baissé la proportion des femmes ayant fait au moins quatre visite de 29,89%. On peut donc dire que la diminution des visites prénatales est liée à un changement dans le comportement des femmes. Entre 2004 et 2011, la proportion des femmes ayant fait au moins quatre visites a diminué de 3% (ou 3 point). Dans cette diminution, les femmes sans niveau, du niveau primaire, du niveau supérieur ont contribué à la baisse respectivement de : 111,99% ; 45,95% ; 0,66%. Donc pour faire augmenter le nombre de visite prénatale au sein de la population féminine, il faut cibler les femmes sans niveau d'éducation ; augmenter les programmes d'information et d'éducation des femmes en matière de visite prénatale.

Pour ce qui est de l'assistance à l'accouchement, on lit à partir du **tableau n°2** en annexe que la proportion des femmes ayant été assisté à l'accouchement entre 2004 et 2011 a légèrement diminué de 4%. Cette baisse est due d'avantage à l'effet de composition c'est-à-dire à une modification de la structure socioéconomique de la population qu'à celle de leur comportement. En effet, dans cette diminution, l'effet de performance a contribué à la baisse de 68,46% alors que l'effet de structure ou composition a contribué à la hausse de 168,46%. En outre, l'analyse des contributions des catégories nous montre que dans cette diminution, les femmes sans niveau, niveau primaire et niveau supérieur ont plutôt contribué à freiner cette baisse respectivement de : 67,73% ; 66,71% et de 2,74%. En conclusion, ce sont les femmes sans niveau, du niveau primaire et du niveau supérieur qu'il faut cibler pour améliorer l'assistance à l'accouchement.

En ce qui concerne les soins postnatals, on lit à partir du **tableau n°3** en annexe que la proportion des femmes ayant fait les soins postnatals entre 2004 et 2011 a augmenté de 8%. Dans cette augmentation, ce sont les femmes du niveau primaire qui ont le plus contribué à hauteur de 71,94%, tandis que ce sont les femmes du niveau secondaire qui ont le moins contribué à hauteur de 1,5%. Donc ce sont les femmes du niveau secondaire qu'il faut le plus sensibiliser.

5. Conclusion

L'objectif de ce travail était de montrer le lien entre éducation de la femme et demande des soins de santé maternelle. Pour cela la méthode de décomposition simple a été utilisée pour montrer cela. Les résultats montrent que Le niveau d'instruction de la femme favorise la demande des soins de santé maternelle. Une politique de promotion de l'éducation des jeunes filles doit être développée au niveau national surtout dans certaines régions où le problème d'accès à l'éducation se pose avec acuité.

Une bonne éducation permet à l'individu d'améliorer sa condition de vie. Il peut percevoir un revenu élevé, se nourrir convenablement et se soigner lorsqu'il est malade. Les conditions d'éducation en Afrique subsaharienne en général et en Afrique central en particulier montrent que les politiques menés en matière d'accès à l'éducation sont insuffisantes. On observe toujours beaucoup de disparités surtout en zone rurale et dans certaines régions où beaucoup d'enfants sont déscolarisés.

Ces disparités sont un frein à l'amélioration de leur condition de vie et celui de leur famille et les empêchent de participer ainsi au développement. La pauvreté grandissante, le chômage, l'urbanisation désordonnée, la croissance démographique, sont autant de problème auxquels

font face le gouvernement Camerounais. A ces problèmes s'ajoute le grave déséquilibre du système de santé influencé par le manque d'infrastructures (Scanner, plateau technique inexistant..) et le manque de ressource humaine (Médecin, personnel de santé...). Ces problèmes rendent difficile l'accès et l'utilisation des services de santé.

Les mesures visant à réduire ces déséquilibres sont entre autres : augmenter les budgets alloués à l'éducation et à la santé, la gratuité de l'enseignement, la sensibilisation des parents sur les bienfaits de l'éducation, les causeries éducatives, les flatteries etc.

Références Bibliographiques

- Anderson, J. (1973), "Health Services Utilization: Framework and Review". *Health Services Research* 8 (3):184 – 199.
- Becker, S.; Peters, D.; Gray, C. Gultiano, R.; Black, R. (1993). "The determinants of use of maternal and child health services in Metro Cebu, the Philippines". *Health Transition Review*.3(1): 77-89.
- Develay, A. Sauerborn, A. and Diesfeld, H. (1996), "Utilization of health care in an African Urban area: results from a household survey in Ouagadougou, Burkina-Faso". *Social Science and Medecine*, 43 (11): 1611-1619.
- Elo, I. (1992), « Utilization of Maternal Health Care Services in Peru: the Role of Women's education". *Health Transition Review*, 2 (1), 49-69.
- Havemann, R., & Servaas, V. (2002). "Demand for health care in South Africa". *Bureau for Economic Research*. Stellenbosch Economic Working Papers: 6/2002.
- Helka, B. and Wheat, J. (1985), "Patterns of Utilization: The Patient Perspective". *Medical Care* 23 (5): 438-469.
- Locay, L.; Sanderson, W. (1987), "Health Care Financing and the Demand for Medical Care". Living Standards Measurement Study Working Paper N° 36.
- Magadi, M.; Madise, N. and Rodrigues, R. (2000). "Frequency and timing of antenatal care in Kenya: explaining variations between Women of different communities". *Social Science and Medicine* 51 (4): 551-561.
- Manley, J. (2007). "The demand for quality and utilisation of pre-natal care in Indonesia". *University of California, Berkeley*
- Mbacke, C. and Van de walle, E. (1987), "Socioeconomic factors and access to health services as determinants of child mortality". *Paper Presented at IUSSP, Yaoundé*.
- Rosenzweig, M. and Schultz, T. (1982), "Child mortality and fertility in Colombia: individual and community effects". *Health Policy and Education* 2 (3-4): 305-348.
- Sahn, D.; Younger, S. & Genicot, G. (2002), "Demand for health care services in Rural Tanzania". Retrieved from <http://www.georgetown.edu/faculty/gg58/Tanzania.pdf>

Annexes

Tableau n°1: Décomposition des visites prénatales entre 2004 et 2011 selon le niveau d'éducation de la femme

Niveau d'instruction	Période 2004-2011			
	Effet de composition ou de structure	Effet de comportement ou de performance	Contribution de chaque groupe	Part de chaque groupe (%)
Sans niveau	0,03	0,00	0,04	-111,99
Niveau primaire	0,02	0,00	0,02	-45,95
Niveau Secondaire	-0,10	0,01	- 0,09	258,60
Niveau Supérieur	0,00	0,00	0,00	-0,66
Total	- 0,04	0,01	- 0,03	100,00
Changement national observé	- 0,03			
Contribution (%)	129,89	- 29,89		

Source : Traitement des données des EDSC 2004-2011

Tableau n°2: Décomposition de l'assistance à l'accouchement entre 2004 et 2011 selon le niveau d'éducation de la femme

Niveau d'instruction	Période 2004-2011			
	Effet de composition ou de structure	Effet de comportement ou de performance	Contribution de chaque groupe	Part de chaque groupe (%)
Sans niveau	0,022	0,005	0,028	-67,73
Niveau primaire	0,017	0,0101	0,027	-66,71
Niveau Secondaire	-0,110	0,012	-0,098	237,19
Niveau Supérieur	0,0009	0,0001	0,0011	-2,74
Total	-0,069	0,0283	-0,041	100
Changement national observé	-0,041			
Contribution (%)	168,46	-68,46		

Source : Traitement des données des EDSC 2004-2011

Tableau n°3: Décomposition des soins postnatals entre 2004 et 2011 selon le niveau d'éducation de la femme

Niveau d'instruction	Période 2004-2011			
	Effet de composition ou de structure	Effet de comportement ou de performance	Contribution de chaque groupe	Part de chaque groupe (%)
Sans niveau	0,023	-0,008	0,014	17,807
Niveau primaire	0,0100	0,047	0,057	71,947
Niveau Secondaire	-0,059	0,058	-0,001	-1,505
Niveau Supérieur	0,00054	0,008	0,009	11,749
Total	-0,025	0,106	0,080	100
Changement national observé	0,0802			
Contribution (%)	-32,301	132,301		

Source : Traitement des données des EDSC 2004-2011